

Nordisk Tidsskrift for *Helseforskning*

Nr. 1-2019 // 15. årgang

Leder

Erfaring som kilde til kunnskapsutvikling i helseforskning

Johanne Alteren

Fagfellevurderte artikler

**Helsevesenet trenger vår kompetanse- hvorfor ikke bruke den?
En kvalitativ studie av filippinske sykepleieres opplevelse av veien
til autorisasjon i Norge**

Kari Dahl, Vibeke Lohne, Line Nortvedt

**Sykelig overvektiges erfaringer og utfordringer med å delta i en livsstil intervensjon,
- et beskrivende design**

Randi Vangen Skyrud, Anne Trollvik

**Forutsetninger for vellykket sosial innovasjon i sykehjem:
ledernes perspektiv - en kvalitativ intervjustudie**

Catherina Øverås Totcheva, Janikke Solstad Vedeler, Åshild Slettebø

**Pleiepersonalets selvrapporterte evaluering av opplæring i ergonomisk forflytning,
bruk av teknikker og hjelpemidler i en kommune - en longitudinell pilotstudie**

Bente Nordtug, Karin Torvik, Jorunn Bjerkan, Nanna Hellesø, Hildfrid Vikkelsmo Brataas

**Foreldres erfaringer med utfylling av ASQ kartleggings skjema i forbindelse
med to års konsultasjonen på helsestasjonen - en kvalitativ studie**

Linda Herigstad, Kari Glavin

**Pasienttilfredshet i en avrusningsinstitusjon for pasienter med rusmiddelproblemer
- en kvantitativ deskriptiv studie**

Cathrine Ask, Marte Hanche-Olsen, Marit Følsvik Svindseth

Bokomtaler

Mellom tro og tvil. Praktisk kunnskap i psykisk helsevern av Ruth H. Olsen

Rita Jakobsen

Nordisk Tidsskrift for Helseforskning

ISSN 1891-2982 til tittelen: Nordisk Tidsskrift for Helseforskning

Utgiver: Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord universitet i samarbeid med UiT Norges arktiske universitet

Ansvarlig redaktør: Johanne Alteren; johanne.alteren@nord.no

Fagredaksjon for artikler publisert i Nr. 1-2019

Fagredaktør; Frøydis Perny Vasset; fv@ntnu.no

Fagredaktør; Betty-Ann Solvoll; betty.a.solvoll@nord.no

Fagredaktør; Anne Kasèn; anne.kasen@nord.no

Gjesteredaktør; Atle Ødegård; atle.odegard@hiMolde.no

Bilde forsiden: Havstrøm utenfor Lofoten av Ragnhild Angelsen

Trykk: Trykkeriet, Nord universitet

Nordisk Tidsskrift for Helseforskning har 2 utgivelser pr. år, juni og desember

Web adresse:

Septentrio Academic Publishing

<http://www.ub.uit.no/baser/septentrio/index.php/helseforsk/index>

Nordisk Tidsskrift for Helseforskning er indeksert i DOAJ (Directory of Open Access Journals) CINAHL, Sve-med, NORART, Helsebiblioteket, og EBESCO

Tidsskriftet har en åpen publiseringspolitikk der tidsskriftsmaterialet publiseres på internett med åpen tilgang til alt innhold. I tillegg står forfatterne fritt til å disponere eget materiale i ettertid.

Tidsskriftet er godkjent på nivå 1 av det norske Universitets- og Høgskolerådet.

Leder

Erfaring som kilde til kunnskapsutvikling i helseforskning

Erfaring er en viktig og mye anvendt kilde til kunnskapsutvikling i helseforskning. Erfaringene til pasienten, brukeren, pårørende, helsepersonell, studenter og andre involverte, bidrar med relevant og essensiell kunnskap som har betydning for å kunne utvikle og bedre helsetilbudet. Kunnskapen kan beskrives som generell og spesiell. Generell kunnskap er allmenn, handler om årsaksforhold og det som er felles for en gruppe. Spesiell kunnskap handler om det unike individet og er tilknyttet en kontekst. For å kunne utvikle og bedre helsetilbudet må den generelle og spesielle kunnskapen integreres og utvikles i den tilhørende konteksten.

Brukernes erfaringer er tema i artikkelen «Sykelige overvektiges erfaringer og utfordringer med å delta i en livsstilsintervensjon, -et beskrivende design». Hensikten er å beskrive erfaringer brukerne har med å delta i en livsstilsintervensjon over en lengre periode. Gjennom intervju og med utgangspunkt i deltakernes tidligere erfaringer, utvikler forskerne ny kunnskap. Brukernes erfaringer integreres i og styrker tidligere forskning. Eksempel er forskning som beskriver at det er et livslangt prosjekt å endre livsstil og opprettholde resultat. Individuelle erfaringer i denne tilhørende konteksten blir allmenngjort. Dessuten påpeker forskerne at individets erfaring, det unike, bør vektlegges i behandlingen.

En hensikt med artikkelen «Pasienttilfredshet i en avrusningsinstitusjon for pasienter med rusmiddelproblemer – en kvantitativ deskriptiv studie» er å utvikle og forbedre behandlingstilbudet og tjenesten til individet. Sammenhengen mellom pasienttilfredshet og behandlerrelasjonen studeres ved hjelp av et spørreskjema som måler pasienters erfaringer med døgnopphold ved institusjoner innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, TSB. Med utgangspunkt i erfaringene til en gruppe pasienter, utvikler forskerne kunnskap som har som mål å være anvendbar overfor det unike individet i denne avgrensede konteksten.

Erfaring som kilde til kunnskap er sentral i boken «Mellom tro og tvil. Praktisk kunnskap i psykisk helsearbeid» som anmeldes i denne utgaven av tidsskriftet. Erfaringer fra helsepersonell sine arbeidssituasjoner danner grunnlaget for utvikling av kunnskap gjennom fortellingen. Hensikten er å øke forståelsen for og å håndtere egen praksis. Gjennom refleksjonen integrerer og utvikler helsepersonell den generelle og spesielle kunnskapen.

Neste utgave av Nordisk Tidsskrift for Helseforskning (2-2019) er et tema-nummer som belyser og reflekterer rundt fenomenene «liv og livsmot». Tema-

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4868>



© 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.

nummeret består av artikler og essays skrevet av forfattere fra ulike miljø i Norden. Velkommen som leser.

Johanne Alteren

«Helsevesenet trenger vår kompetanse- hvorfor ikke bruke den?» En kvalitativ studie av filippinske sykepleieres opplevelse av veien til autorisasjon i Norge

Kari Dahl, Vibeke Lohne og Line Nortvedt

Kari Dahl, førstelektor, OsloMet Storbyuniversitet, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Vibeke Lohne, professor, OsloMet Storbyuniversitet, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Line Nortvedt, førsteamanuensis, OsloMet Storbyuniversitet, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Abstract

«The healthcare system need our competence – why not use it?» A qualitative study of Filipino nurses experience of their way to accreditation in Norway

Healthcare professionals educated outside the EU/EEA are an important source of labor in the Norwegian healthcare system, where nurses and auxiliary nurses from the Philippines constitute the largest group. Complicated authority requirements are attached to accreditation in Norway. The study explores how Filipino nurses with three different approvals in the authorization process, experience the process of accreditation in Norway, using qualitative research interviews. The results show that nurses face challenges related to the authorization process in Norway, which they experience as unworthy, unfair, baffling and economically burdensome, but also with experiences of hope for good prospects. A predictable and a dignified authorization process for Filipino nurses should be developed, so that their knowledge and competence can be included and appreciated in the Norwegian health care services.

Keywords/Nøkkelord:

filipino nurses; accreditation; migration

filippinske sykepleiere; autorisasjon; migrasjon

Referee*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4461>



© 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

Internasjonal sykepleiemigrasjon har vært økende de siste 15 årene og alt tyder på at det vil fortsette inn i framtiden (Debesay og Tschudi-Madsen, 2018). I dagens norske helsevesen er det underskudd på 2500 autoriserte sykepleiere, og beregninger viser at underskuddet vil, parallelt med et økende omsorgsbehov, være mer enn tidoblet innen 2035 (Samfunnsøkonomisk analyse, 2018; Gautun, 2016). Sykepleiere og helsefagarbeidere utdannet på Filippinene er den største kilden til arbeidskraft fra land utenfor EU/EØS i Norge, og de er et viktig bidrag for å dekke nevnte omsorgsbehov. I dag bor det 21.283 filippinske innvandrere i Norge (SSB, 2018) og i 2017 var 1808 helsefagarbeidere fra Filippinene sysselsatt i norsk helsevesen. Sansynligvis er de fleste helsefagarbeidere utdannet sykepleiere og ifølge Helsedirektoratet, et ubenyttet kompetansepotensiale (NHSP 2020-2023). I 2017 var det i Norge sysselsatt 946 sykepleiere fra Filippinene, og disse utgjorde den tredje største gruppen av utenlandske sykepleiere, etterfulgt av Sverige og Danmark.

Imidlertid viser studier at migrasjon av sykepleiere kan skape utfordringer både i landet sykepleiere reiser fra og i landet sykepleiere reiser til (Delucas, 2014; Ortiga, 2014; Moyce, Lash, & de Leon Siantz, 2016). En sentral problemstilling i denne sammenheng er utfordringer knyttet til sykepleiernes autorisasjonsprosess, når en sykepleier er utdannet i ett land og skal utøve sin profesjon i et nytt land. Samtidig må alt helsepersonell ha autorisasjon for å utøve sitt yrke, noe som er viktig for pasientsikkerhet og for at befolkningen skal ha tillit til helsevesenet.

Bakgrunn

Verdens Helseorganisasjon (WHO) sin globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell bygger på verdenserklæringen for menneskerettigheter og har som mål å etablere og fremme frivillighetsprinsipper og normer for etisk rekruttering av helsepersonell. Den globale koden er et viktig bidrag til at fattige land ikke blir tappet for helsepersonell (Helsedirektoratet 2010 s.7). Internasjonale studier viser likevel til utfordringer ved at fattige land blir tappet for kvalifiserte sykepleiere, for å dekke behovet for helsepersonell i rike land (Rodriguez, 2010; Isaksen, 2010, 2012; Dywili, Bonner & O'Brien, 2013; Delucas, 2014). Filippinsk økonomi er avhengig av at penger overføres fra migrerte arbeidere til hjemlandet (remittering) og 10 % av det filippinske BNP (over 30 milliarder kroner) er overførte penger gjennom remittering (FN-sambandet, 2016). Filippinene regnes ikke til gruppen av land med kritisk mangel på helsepersonell (Helsedirektoratet, 2007). Imidlertid viser en kvalitativ studie hvor 58 ansatte fra sykepleierutdanning på Filippinene ble intervjuet, at kvaliteten i utdanning og helsevesen kan bli lidende når en «produserer» sykepleiere for eksport (Ortiga, 2014). En systematisk litteraturstudie hvor 44

artikler var inkludert, viser til utfordringer når utenlandske sykepleiere ankommer nytt land. Utfordringene er knyttet til kommunikasjon, rasisme, undervurdering av kompetanse, ulikt syn på sykepleiepraksis, kulturell ulikhet, savn av familie og religionsutøvelse (Moyce, Lash, & de Leon Siantz, 2016). En australsk kvalitativ studie som inkluderte fem sykepleiere fra Japan og Korea om erfaringer med arbeid i australsk helsevesen, fant at de var fornøyd med arbeidsforholdene, men hadde problemer knyttet til språk, kulturelle forskjeller og syn på sykepleie (Takeno, 2010). En norsk studie viser at sykepleiere utdannet utenfor EØS er stolte over egen utdanning, men opplever utfordringer knyttet til språk, sykepleierolle og rasisme (Dahl, Dalen, Larsen & Lohne, 2018). En annen norsk studie (Munkejord, 2017) viser til migrerte helsepersonells positive mestringserfaringer ved å arbeide i eldreomsorgen, men også utfordringer knyttet til at helsepersonell som sykepleiere og leger ikke opplever å få anvendt kompetansen fra sine utdanninger.

Autorisasjon som sykepleier- ulike krav i ulike land

Å bli autorisert sykepleier synes ulikt praktisert i forskjellige land i verden fordi både myndighetskrav og innhold i utdanningene kan være svært ulike. Innenfor EU/EØS er det utarbeidet kriterier gjennom direktiver som hvert medlemsland må følge (Utenriksdepartementet, 2009), og kriteriene er styrende for sykepleieautorisasjon og utøvelse av profesjonen i alle EU/EØS land. En studie fra USA viser til at det er forskjellige godkjenningsordninger i de ulike statene, men at de fleste stater stiller krav til å gjennomføre et akkrediteringsprogram samt gjennomføre en eksamen på engelsk, og det er Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools (CGFNS), som gjennomfører den faglige vurderingen (Pendergast, 2005). En sammenlignende studie fra flere asiatiske land (Effendi, Kurniati & Gunawan, 2018) viser ulike krav til sykepleieres lisensseksamen (Nursing Licensing examination), og konkluderer med at systemene er uensartet i de asiatiske land og dermed komplisert å vurdere i mottakerlandet. England og Henry (2013) beskriver i sin artikkel det britiske godkjenningssystemet for utenlandsk utdannede sykepleiere. Programmet som er utviklet av Nursing and Midwifery Council (NMC) og introdusert i 2005, inneholder obligatorisk teori og praksis, og stilte fra 2007 strengere krav til engelsk språk, noe som skapte større utfordringer for migrerte sykepleiere i Storbritannia. I Australia og New Zealand gjør Nursing and Midwifery Board of Australia (NMBA, 2019) den faglige vurderingen av sykepleierutdanningen. Canada og USA synes å være land hvor mange sykepleiere fra Filippinene ønsker å migrere til (Freeman, Beaulieu & Crawley, 2015), og studier fra Canada viser til utfordringer som å finne fram i et komplisert system, samt språkproblemer når filippinske sykepleiere søker autorisasjon og skal finne arbeid i Canada. En rapport fra Nordisk ministerråd (2017a, b) viser til at godkjenningsordningene i de nordiske land synes like på det overordnede nivå, mens det er store forskjeller når det gjelder de ulike aktørenes mandat og organisering av godkjenningsprosessen.

Rapporten beskriver blant annet utfordringer innen autorisasjon i Norden hvor konsekvensen er mangelfull nyttiggjøring av helsepersonell sin kompetanse.

Autorisasjon som sykepleier i Norge

Alt helsepersonell i Norge er underlagt helsepersonelloven og autorisasjon av helsepersonell er hjemlet i samme lov og i EU sitt yrkeskvalifikasjonsdirektiv fra 2005 (Helsepersonelloven 1999; Utenriksdepartementet, 2009). Disse dokumentene legger premisser for hvordan myndighetskravene innen autorisasjon og utdanning skal forstås. Det er Helsedirektoratet som utsteder autorisasjon ved å vurdere jevngodhet og kyndighet ved å sammenligne søkers utdanning med norsk utdanning. Det er utarbeidet et rundskriv (Helsedirektoratet, 2012) av Helsedirektoratet med kommentarer til helsepersonelloven. Her vektlegges det at autorisasjonsordningen har som mål å ivareta pasientens sikkerhet og at helsepersonell har de nødvendige kvalifikasjoner for å utøve yrket, og at en bestemt tittel som sykepleier innebærer en bestemt kompetanse. Autorisasjonsordningen skal også ivareta søkers rettsikkerhet og behov for forutsigbarhet (kommentarer til §48). Med jevngodhet forstås at noe er sidestilt, jevnbyrdig og likeverdig og rundskrivet forklarer jevngodhet med likestilt teori og praksis samt tilstrekkelig bredde og fordypning i de enkelte fag.

Med bakgrunn i retningslinjer gitt av Helsedirektoratet har forfatterne gjennom flere år gitt faglige råd ved å sammenligne norsk og utenlandsk sykepleierutdanning. Retningslinjene er knyttet til vurdering av jevngodhet og nødvendig kyndighet, og beskriver ulike vedtak:

Vedtak 1. Søker blir vurdert med jevngod utdanning, som betyr at utdanningen er likeverdig med norsk utdanning. Da må søker gjennomføre tilleggskravene: norsk språkprøve, kurs i nasjonale fag med legemiddelhåndtering samt fagprøve.

Vedtak 2: Utdanningen til søker blir vurdert til å ha vesentlige, men reparable avvik på nivå 1. Det betyr i hovedsak at søkers kliniske praksis er mangelfull, for eksempel svært spesialisert eller svak faglig innretning av praksis, langt fravær fra yrket eller lignende. Utdanningen kan da godkjennes, etter gjennomført tilleggskrav og veiledet praksis av ulik lengde og karakter.

Vedtak 3: Dette vedtaket beskriver at utdanningen til søker innehar vesentlige, men reparable avvik på nivå 2 og betyr at mangler i utdanning kan anses å kompenseres for/avdekkes ved gjennomført klinisk praksis og/eller enkeltemner ved et norsk lærersted. Utdanningen vil da bli godkjent etter gjennomførte tilleggskrav, og eventuelt veiledet praksis samt enkeltemner.

Vedtak 4: Det siste mulige vedtaket sier at utdanningen til søker innehar omfattende, ikke reparable avvik fra norsk utdanning knyttet til dokumenterte kunnskaper og ferdigheter som ikke kan kompenseres for gjennom veiledet

praksis eller enkeltemner. Her vil søker anbefales å søke opptak på bachelorutdanning og eventuelt søke om fritak fra enkelte fag etter en vurdering ved et norske lærestedet.

Både utdanningen på Filippinene og i Norge gir Bachelorgrad i sykepleie, men den filippinske sykepleierutdanningen godskrives kun med to år i Norge (120 studiepoeng). Den filippinske grunnutdanningen har en varighet på 10 år og bachelor tar 4 år å gjennomføre. Imidlertid godkjennes ikke de to første årene av den filippinske bachelorutdanningen som høyere utdanning i Norge (Nokut, 2016). Videre viser rammeplanen på Filippinene fra 2009 til kjerneverdiene omsorg, kjærlighet til Gud, mennesket og landet (Ched Memorandum Order, 2009), mens kjerneverdiene i den norske rammeplanen fra 2008 er formulert som et helhetlig menneskesyn, respekt, autonomi og medbestemmelse, pleie, omsorg og behandling (Kunnskapsdepartementet, 2008). Naturvitenskapelig kunnskap og grunnleggende sykepleie, hvor en benytter 23 amerikanske sykepleie-teoretikere, er vektlagt i filippinsk utdanning. Som motsats er sykepleiefaget og yrkesgrunnlaget, sykepleiens faglige og vitenskapelige grunnlag, medisinske og naturvitenskapelige emner, samt samfunnsvitenskapelige emner vektlagt i norsk sykepleierutdanning. På Filippinene er praksis i all hovedsak lagt til sykehus og i kommunehelsetjenesten hvor omsorg for mor, barn og familie er i fokus, mens i Norge er praksis i spesialisthelsetjeneste innen kirurgi, medisin og psykisk helse, samt eldreomsorg, geriatri og hjemmesykepleie krav som må gjennomføres fordelt på 50 uker. Både på Filippinene og i Norge er rammeplaner i sykepleie under revidering og vil få konsekvenser for framtidig jevngodhetsvurdering.

Fra 2017 ble det innført en ny forskrift for helsepersonell utdannet utenfor EU/EØS hvor blant annet sykepleiere, etter jevngodhetsvurdering med norsk utdanning, stiller krav om å gjennomføre tilleggskrav innen tre år (Forskrift om tilleggskrav for autorisasjon for helsepersonell, 2016). Tilleggskravene er: Norsk språkkrav på B2 nivå, Kurs i Nasjonale fag, legemiddelhåndtering og fagprøve. Før 2017 var det kun Kurs i Nasjonale fag og legemiddelhåndtering som var et tilleggskrav etter å ha blitt vurdert som jevngod. Kurs i Nasjonale fag er i dag et profesjonsnøytralt kurs som har som mål å gi deltagerne kunnskap om norsk helsevesen og kultur slik at helsepersonellovens intensjoner skal sikres. Kurset består av emnene: Oppbygging og organisering av helse og omsorgstjenesten, helse-, trygde- og sosialrett, kulturforståelse samt nasjonale satsningsområder. Fagprøven består av en praktisk og en teoretisk test. Alle tilleggskrav legges ut på anbud av Helsedirektoratet og kandidatene må selv betale for gjennomføringen, hvor kostnadene for sykepleiere er cirka 30.000 NOK. Det er i dag to lærersteder i Norge som tilbyr kompletterende utdanning for sykepleiere hvor alle kravene kan gjennomføres og hvor kostnadene er langt mindre (Dahl, Nortvedt & Ligan, 2017).

I figur 1 vises veien til autorisasjon fra en utenlandsk sykepleier ankommer Norge (A) til han/hun eventuelt blir autorisert (D eller E).

Figur 1: Veien til autorisasjon

Sykepleier utdannet utenfor EU/EØS	Relevante myndigheter	Vedtak
A. Ankomst Norge	Utlendingsmyndigheter	Oppholdstillatelse
B. Søknad om autorisasjon	Helsedirektoratet	Vedtak 1, 2, 3 eller 4 (beskrevet på side 4)
C. Gjennomføre vedtak	Helsedirektoratet innhenter anbud for tilleggskrav	Vedtak 1: Jevngod, og må gjennomføre tilleggskrav
	Søker ordner selv veiledet praksis i norsk helsevesen	Vedtak 2: Må gjennomføre praksis for å bli jevngod og deretter gjennomføre tilleggskrav
	Søker gjennomfører kompletterende utdanning eller deler av enkeltemne ved universitet/høgskole samt veiledet praksis	Vedtak 3: Må gjennomføre praksis og/eller enkeltemner for å bli jevngod og deretter gjennomføre tilleggskrav / eventuelt få fritak fra tilleggskrav
	Søker gjennomfører sykepleier-utdanning på universitet/høgskole	Vedtak 4: Avslag og anbefaling om å starte på nytt ved en sykepleier-utdanning og be om fritak for tidligere gjennomførte fag
D. Gjennomført vedtak	Søke Helsedirektoratet om autorisasjon	Vedtak eller avslag om autorisasjon
E. Mulighet for å påklage vedtaket	Helseklage	Nytt vedtak: Avslag eller autorisasjon

Hensikten med denne artikkelen er å få en forståelse av hvordan sykepleiere utdannet på Filippinene opplever veien mot autorisasjon i Norge.

Metode

Studien anvender kvalitative forskningsintervju basert på Kvale og Brinkmann (2015) med et hermeneutisk design. Hermeneutikk forstås som læren om fortolkning hvor formålet er å oppnå gyldig og allmenn forståelse av teksten og hvor forskeren orienterer seg i en kontinuerlig dialektikk mellom selvfortolkning og fortolkning av andre (Kvale og Brinkmann, 2015).

Utvalg

Studiens utvalg ble rekruttert gjennom universitetets databasesystemer og sykepleierne ble forespurt anonymt via mail/informasjonskriv av studieadministrativt personale. Det studieadministrative personalet ble bedt om å gjøre et tilfeldig utvalg innen tre grupper av sykepleiere. De tre gruppene var fordelt ut fra ulike prosesser og veier til autorisasjon slik vedtak 2, 3 og 4 i figur 1 viser.

Sju kvinner og tre menn med en gjennomsnittsalder på 30 år, den eldste 38 år og den yngste 27 år var med i studien. Alle deltakerne var uteksaminerte sykepleiere med graden Bachelor of Science in Nursing på Filippinene mellom 2007 og 2012, og ankom Norge mellom 2009 og 2014 (hvorav halvparten i 2013). Sykepleierne hadde hatt opphold i Norge mellom 3 og 8 år og alle hadde arbeidet i norsk helsevesen som helsefagarbeidere, de fleste i eldreomsorgen. Fire av ti deltakere hadde fått autorisasjon som helsefagarbeider før de reiste til Norge, mens de andre seks søkte og fikk autorisasjon som helsefagarbeider da de ankom Norge. Tre av deltakerne, utdannet i 2007 og 2012, har fått autorisasjon som sykepleier etter å ha gjennomført et kompletterende studie på 33 studiepoeng, to praksisperioder og Kurs i Nasjonal fag.

Gjennomføring

Datasamlingen ble utført våren og høsten 2017. De tre forskerne i prosjektet intervjuet hver sin gruppe, hvorav hver deltaker ble intervjuet individuelt, og en semistrukturert intervjuguide ble anvendt. Intervjuguiden besto, etter en introduksjon, av tre hovedspørsmål som omhandlet hvilken erfaring de hadde som sykepleier fra utdanning og yrke på Filippinene, hvordan de begrunnet valg av Norge som migrasjonsland, og til slutt hvordan de opplevde veien mot autorisasjon i Norge. Intervjuene ble tatt opp digitalt og transkribert av profesjonelle. Intervjuene ble gjennomført der deltakerne ønsket, i all hovedsak i universitetets lokaler. Intervjuene varte mellom 35-60 minutter.

Dataanalyse

De transkriberte tekstene på cirka 70.000 ord ble analysert gjennom hermeneutisk meningsfortolkning i tre ulike fortolkningskontekster: Gjennom selvforståelse, kritisk forståelse basert på sunn fornuft og teoretisk forståelse (Kvale og Brinkmann, 2015). Hver av de tre forskerne foretok først en naiv lesing av tekstene for å danne seg et helhetsinntrykk. Tekstene ble deretter gjennomlest og diskutert av alle tre medforfattere. De meningsbærende enhetene ble markert i transkripsjonen, og senere satt inn i en tabell. Tekstene ble ut fra de meningsbærende enhetene kondensert. De kondenserte meningsbærende enhetene ble deretter kodet. Kodene er essensen i de kondenserte meningsbærende enhetene. Abstraheringen fortsatte og kodene ble delt inn i kategorier. Kategoriene utgjør det manifeste innholdet i teksten. Til slutt ble det dannet to tema 1) Erfaringer og opplevelse fra autorisasjonsprosessen 2) Erfaringer og

opplevelse fra egen utdanning. Det første overordnede tema knyttet til erfaringer og opplevelse fra autorisasjonsprosessen i Norge er aktuelt i denne artikkelen.

Meningsenheter	Koding	Kategorier
<i>Så etter å ha gjennomført kravene søkte jeg igjen og fikk avslag med å søke høgskole og be om fritak-da raste alt sammen</i>	Urettferdig og frustrerende	Opplevelse av veien til autorisasjon
<i>Jeg skjønner ikke hvorfor vedtakene blir slik de blir når vi har gått på samme skole. Er det bare flaks?</i>	Urettferdig og frustrerende	Opplevelse av veien til autorisasjon
<i>Vedtaket i SAK om å ta praksis i psykiatri, eldreomsorg og hjemmesykepleie og kurs i Nasjonale fagen venn hjalp meg ..da skrev jeg til helse-direktoratet og de sa jeg måtte skrive om søknaden og skrive tydelig og 8.mai klokka 2 fikk jeg autorisasjon...det er et vakkert ord....</i>	Et komplisert system	Opplevelse av veien til autorisasjon
<i>Når jeg er ferdig skal jeg gråte og ta sånn skikkelig ferie og så ønsker jeg egentlig å arbeide på sykehus....</i>	Framtidsutsikter	Opplevelse av veien til autorisasjon

Figur 2: Eksempel fra analyseprosessen

Etiske overveielser

Studien ble registrert i Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) og konfidensialitet er ivaretatt i alle ledd av forskningsprosessen. Det var av stor betydning at deltakerne ikke skulle føle seg presset til å være med fordi de var redde for at intervjuet kunne få negative konsekvenser for autorisasjonen og at det til enhver tid var mulighet for å trekke seg fra studien. Videre var det viktig å informere om og kontrollere at alle hadde forstått at å være med på prosjektet ikke ville påvirke autorisasjonsprosessen, hverken positivt eller negativt. Det ble kontinuerlig reflektert og diskutert hvordan språk, kultur og maktforhold mellom deltaker og forsker kan påvirke funnene.

Funn

Deltakerne mener at valg av sykepleieyrke er bestemt av familie eller et ønske fra det filippinske samfunn. Videre er viktigheten av å sende penger hjem som en takk for at familien har støttet dem økonomisk i få en utdanning, sentralt for alle deltakerne. En deltaker sier: *«Da jeg var ung var det veldig vanskelig økonomisk faktisk, for moren min skulle forsørge meg alene og det var onkler og tanter som betalte utdanningen min»*. Valg av Norge som migrasjonsland synes tilfeldig og funnene blir videre presentert ut fra hvordan sykepleierne fra Filippinene erfarer og opplever veien til autorisasjon i Norge. Tre hovedfunn trer frem når sykepleierne beskriver autorisasjonsprosessen: Opplevelse av urettferdighet og frustrasjon, opplevelse av et komplisert system, men også opplevelse av gode framtidsutsikter.

Urettferdighet og frustrasjon

Veien til autorisasjon i Norge beskrives først og fremst som urettferdig, uforutsigbar, uforståelig og uverdigg, blant annet fordi deltakerne ikke forstår vedtakene og ikke opplever å bli verdsatt med den utdanningen de har med seg fra Filippinene.

Flere sier de har mistet tillit til norske myndigheter og beskriver opplevelsen rundt autorisasjonsprosessen som psykisk belastende med depresjon og manglende selvtillit som et resultat av å ikke bli godkjent som sykepleier.

De som har studert ved et ordinært bachelorløp i Norge, opplever det både urettferdig og lite tilfredsstillende å studere, fordi de mener de har mye av kunnskapen fra tidligere. Selv om de får fritak fra emner og skal gjennomføre kun 60 studiepoeng, må de følge progresjonen i utdanningen, og alle ser ut til å bruke minst to til tre år for å gjennomføre de 60 studiepoengene. De fleste arbeider i 80-100 % stilling ved siden av å studere for å kunne beholde arbeidstillatelsen. En deltaker sier: *«Sykdomslære, farmakologi og medisin er akkurat det samme som på Filippinene. Jeg jobber 100 % ved siden av å studere og tok bare ferie da jeg skulle i praksis ... jeg går egentlig ikke på forelesninger»*. Det kommer fram at de ikke helt forstår hvorfor de må ta enkelte fag som sykdomslære, da de mener å ha grundige kunnskaper om dette fra tidligere. Imidlertid forteller en at han ikke besto eksamen, men begrunner dette med språkproblemer.

De som ikke går på skole, men som må gjennomføre praksis for å bli jevn god, forteller om to jobber og bruker ofte ferien sin for å gjennomføre tilleggskravene. Flere undrer seg også over hvorfor de ikke får anvendt sin kompetanse, og som en sier: *«Det er veldig rart at Norge som trenger mange sykepleiere, og vi prøver men får avslag.»* Følelse av nedstemthet når de er utdannet sykepleiere, men får lønn og arbeidsoppgaver som helsefagarbeidere er fremtredende. Sykepleierne setter også ord på en redsel rundt å glemme det de har lært tidligere. Opplevelse

av urettferdighet blir videre knyttet til at andre sykepleiere med samme utdanning får ulike vedtak: *«Jeg hadde to venninner med nesten samme sak som fikk autorisasjon. Jeg klagde i nesten ett år og de sa de hadde forandret reglene. Jeg klagde til nemda også og de var veldig bestemt på å telle timer- det er urettferdig de kan ikke basere kunnskapen på timer på skolebenken!»*

Det mest frustrerende beskrives å handle om å gjennomføre vedtak fra Helse- direktoratet, for så å få et nytt avslag: *«Det er så frustrerende å investere penger og innsats og få nytt avslag etter å ha blitt ferdig med det de har bedt om.»* Dette sitatet viser også at det er svært økonomisk belastende, og en forteller å ha brukt 30.000 kroner for å kvalifisere seg. Enkelte har fått støtte fra Fagforbundet, men andre har ikke noen økonomisk støtte til å gjennomføre tilleggskrav.

Et komplisert system

Økonomiske belastninger samt lang tid mellom hvert vedtak er dessuten framtrepende. For å beholde oppholdstillatelsen forteller flere av deltakerne at de må jobbe som helsefagarbeider samtidig som de gjennomfører krav som veiledet praksis og teori: *«Så etter å ha gjennomført kravene i praksis i 2011 fikk jeg avslag i 2014 og beskjed om å starte på høgskole og be om fritak- da raste alt sammen og jeg ble frustrert og gråt og gråt. Jeg hadde brukt veldig mye tid og penger».*

Vedtak som anbefalte gjennomføring av praksisemnene opplevdes ulikt, fra å være relevant til å være unødvendig. Flere har fått anbefalinger om å gjennomføre praksis i eldreomsorg, i geriatri og psykiatri og noen i tillegg kirurgi. Å finne praksisplass på egenhånd, som de måtte gjøre dersom de ikke var studenter ved høgskole/universitet, viste seg utfordrende, spesielt innen psykiatri.

Endring av regler gjør dem redde. Flere har fått ett vedtak, gjennomført anbefalingene for så å søke igjen og få avslag med ytterligere vedtak om å søke høgskole/universitet og be om fritak fra enkeltemner. Flere forteller i tillegg om problemer med å forstå hva vedtaket innbefatter og at det er et komplisert språk. En deltaker sier *«Det er også vanskelig å forstå vedtakene fordi de bare er på norsk.»* Flere formidler at de ikke har tillit til vedtakene, at de ikke stoler på myndighetene og forteller om venner som har gitt opp og fortsetter å arbeide som helsefagarbeidere.

Gode framtidsutsikter

Å utdanne seg som sykepleier på Filippinene er knyttet til en bedre framtid, noe følgende utsagn viser: *«Hvis du blir sykepleier har du en framtid og det er et stort behov for sykepleiere i hele verden».* Det at det ble Norge som migrasjonsland synes mer eller mindre vilkårlig. Enkelte ser for seg en lys og god framtid i Norge og spesielt kommer det fram hos de som har fått autorisasjon som

sykepleier. Gleden over å få autorisasjon kommer fram i dette sitatet: «*Herregud endelig- fra å plukke flasker, jobbe på Rema og i et bakeri til nå å ha hus og fast jobb som sykepleier, nå er det bare å nyte livet*». De beskriver dessuten ønsker for framtiden, at de vil ta videreutdanning eller at de ønsker å forske. Drømmen om å bli autorisert er størst, men det kan se ut som at det å arbeide som sykepleier på sykehus er den største drømmen for mange, noe dette sitatet illustrerer: «*Jeg har lyst til å jobbe på sykehus, det er spennende med masse prosedyrer og sånt, så jeg har lyst til å bli operasjonssykepleier*». Det synes imidlertid noe ulikt hvordan deltakerne trives med å arbeide i eldreomsorgen.

Diskusjon

Hensikten med studien var å få en forståelse av hvordan filippinske sykepleiere opplevde veien mot autorisasjon i Norge. Funnene viser at valg av sykepleieryrket er fundert i filippinske myndigheters og familiens ønske, og at veien til autorisasjon i Norge oppleves urettferdig og komplisert, samtidig som de innehar et framtidshåp. Deltakerne synes å ha reist fra Filippinene av fri vilje og med et ønske om å sende penger hjem til familien. Dette er i tråd med filippinske myndigheters remitteringspolitikk (Rodriguez, 2010; Isaksen 2010, 2012; Dywili, et.al, 2013; Delucas, 2014) og ivaretar WHO sin globale kode for rekruttering av helsepersonell, men kan skape kvalitetsutfordringer for både helsevesen og utdanning (Ortiga,2014). Filippinene regnes ikke som et land med kritisk mangel på helsepersonell. De uttrykker at valg av Norge som migrasjonsland synes mer eller mindre tilfeldig, men at kunnskap om vestens behov for sykepleiefaglig kompetanse er en bevisst vurdering for å migrere.

Jevngod og kompetent sykepleier - hva er rettferdig og hvem bestemmer?

Et gjennomgående resultat er at sykepleierne opplever at norske myndigheter ikke forstår og heller ikke viser respekt for utdanningen fra Filippinene. Dette er i tråd med en studie fra Canada hvor kravet om språklig og faglig kompetanse skulle vurderes og hvor de filippinske sykepleierne var bekymret og ikke hadde mulighet for å arbeide mens de gikk på skolen (Hawkins & Rodney, 2015). De beskriver hvor krevende og hard utdanningen i hjemlandet er, som er i tråd med en studie hvor stolthet er framtredd blant asiatiske sykepleiere som bor og jobber i Norge (Dahl, et.al, 2017).

Det er et stort behov for sykepleiekompetanse for å dekke omsorgsbehovet i Norge og andre industrialiserte land (Eggen, 2018; Gautum, 2016; Delucas, 2014). Samtidig ser vi en klar tendens til at deltakerne opplever at de ikke får brukt sin kompetanse, og er redd for å glemme det de har lært på Filippinene. Mangelfull bruk av kompetanse er også fremhevet i rapporten fra Nordisk ministerråd samt i ulike studier (Moyce et.al, 2015; Munkjordet, 2017). En etnografisk studie fra Storbritannia viser at 21 høyt kvalifiserte sykepleiere fra Nepal ikke fikk anvendt sine kvalifikasjoner i sykehjem (Adgikari & Melia,

2015). Er det slik at det som er lært i filippinsk utdanning ikke er relevant for sykehjem? Filippinsk utdanning har ikke praksis i eldreomsorg, men hvorfor har en helsefagarbeider kompetanse til å arbeide i eldreomsorgen, men ikke sykepleieren? Hva er rettferdig vurdering av kompetanse når teori og praksis skal sammenlignes og jevngodhet vurderes? Jevngodhet forsås i lovverket som en utdanning som i det vesentlige har teori og praksis som tilsvarer norsk utdanning, samt tilstrekkelig bredde og fordypning i enkelte fag (Helsedirektoratet, 2012). Det er problematisk når to ulike utdanninger skal vurderes, og det krever innsikt i begge utdanninger når denne vurderingen skal gis. EU sitt direktiv om utdanning (Utenriksdepartementet, 2009) viser omfang ved å telle timer, og er en svært uklar og utilfredsstillende indikator når en skal vurdere ulike utdanninger opp mot innhold i antall timer, noe en deltaker også påpeker. På den annen side blir sykepleieutdanning gjennomført innenfor EU-land automatisk godkjent av Helsedirektoratet. En kan undre seg over om nevnte godkjenning alltid ivaretar pasientsikkerhet og tillit til helsevesenet når det ikke stilles noen tilleggskrav til slik utdanning. Arbeidsgiver kan imidlertid stille krav til for eksempel språklig kompetanse.

Det at mange av deltakerne fått et vedtak, gjennomfører anbefalingene for så å få et nytt vedtak med nye anbefalinger om å starte helt på nytt, synes også svært problematisk. Imidlertid er hensyn til pasientens sikkerhet samt faglig forsvarlighet noe som vil være overordnet deltakernes opplevelse av en rettferdig vurdering.

Skillet mellom når en er jevngod og hva som legges til grunn som tilleggskrav for å bli autorisert, ser ut til å være ulikt og oppleves urettferdig, spesielt når reglene og praktisering av reglene stadig endres. Dette ble også beskrevet som problematisk for filippinske sykepleiere i Canada (Hawkins & Rodney, 2015). Sett i lys av internasjonale studier, viser det seg at i Storbritannia, USA og Australia foretar «board of nursing» de faglige vurderingene (Pendergast, 2005; Mcgills Hall et.al, 2014; England & Henry, 2013). Vurderinger av innholdet i utenlandsk utdanning knyttet til jevngodhet og kyndighet er komplisert, og det er etter vår mening sentralt at helsemyndigheter og utdanningsmyndigheter samarbeider om hva som skal kreves for å bli autorisert, hvor innhold i vurderingen av jevngodhet må ligge hos utdanningsmyndighetene.

Den nye norske forskriften av 2017 (Forskrift om tilleggskrav for autorisasjon for helsepersonell, 2016) har forutsigbare løsninger på veien til autorisasjon for helsepersonell utdannet utenfor EU, med et tydeligere forløp og med tilleggskrav som må gjennomføres innen tidsfrister. Tilleggskravene var kostbare, ettersom kravet for jevngodhet pålegger norskferdigheter, kurs i nasjonale fag og fagprøve. Nevnte kurs og prøver er for en sykepleier estimert til cirka 30.000 norske kroner, og vi stiller spørsmål om det er rettferdig og en verdig bruk av sykepleiernes tid, økonomi og kompetanse.

Overgangsreglene fra gammel til ny forskrift synes problematisk, også fordi flere sykepleiere fra Filippinene «faller mellom to stoler». For eksempel vil sykepleiere innen gammel ordning, som har fått anbefaling om å gjennomføre tilleggskrav som kompletterende utdanning eller praksis innen 2017, kanskje ikke ha mulighet til å gjennomføre tilleggskravet før i 2018, hvor ny forskrift er gjeldende (Dahl, Nortvedt & Ligan, 2017). Det kan være utfordrende å gjennomføre tilleggskravene innen gitte tidsfrister når mange sykepleiere må arbeide samtidig med at de gjennomfører tilleggskravet.

Det er forfatterens oppfatning at det må legges til rette for å utnytte kompetansen til filippinske sykepleiere ved samtidig å legge til rette for et forutsigbart og verdig løp.

Studiens begrensninger

Studien har noen begrensninger. Det er kun ti deltakere inkludert og overførbarheten gjelder ikke alle filippinske sykepleiere som søker autorisasjon. Imidlertid stemmer mange av deltakernes beskrevne erfaringer med inntrykk to av forskerne har fått via mange års studentarbeid med denne gruppen sykepleiere. Det må videre påpekes at møtene gjennom ulike kurs med filippinske sykepleiere kan være en annen begrensning, da forforståelsen kan ha påvirket resultatene, noe vi har vært oss bevisst både i intervjuene og i analysearbeidet.

Avsluttende refleksjon

Filippinske myndigheters remitteringspolitikk er et tveegget sverd hvor det på den ene siden er avgjørende for filippinsk økonomi at migranter sender penger hjem, fordi det er en betydningsfull del av landets brutto nasjonal produkt. På den annen side kan det få negative konsekvenser når resurssterke og faglig dyktige sykepleiere reiser ut og taper landet for kompetanse.

Vi har gjennom denne studien sett at det er store forbedringspotensialer med hensyn til hvordan filippinske sykepleiere blir møtt av norske myndigheter, både innen det norske helsevesen og innen utdanning, noe forskningsmiljøer bør ta innover seg og framskaffe mer kunnskap om, men da knyttet til sykepleiere og annet helsepersonell fra ulike land i verden. Basert på denne studien mener vi det bør være utdanningsmyndighetene som vurderer utenlandsk utdanning, mens helsemyndighetene bør vurdere helsetjenesten og at utlendingsmyndighetene vurderer migrasjon. Dette må videre være forankret i lovverket og stiller store krav til samarbeid på tvers av de ulike departement og underliggende myndigheter innen helsevesen, utdanning og migrasjon. Slik vi ser det, vil nevnte forslag kunne bidra til at sykepleiere utdannet utenfor EU møter et verdig og forutsigbart løp for autorisasjon til beste for norsk helsevesen.

Takksigelser

Forfatterne ønsker å takke alle filippinske sykepleiere som har bidratt til vår studie, samt førsteamanuensis Ann-Kristin Bjønnes som har oppmuntret og gitt faglige råd i skriveprosessen.

Litteratur

- Adgikari,R. og Melia,K.M. (2015).The (mis)management of migrant nurses in UK: a sociological study. *Journal of Nursing Management*, 23, 359-367.
- Ched Memorandum Order (2009). *Policies and standards for bachelor of science in nursing program*. Hentet fra <https://www.scribd.com/doc/17353767/CHED-MEMORANDUM-ORDER-CMO-No-14-Series-of-2009-PinoyRN-net>
- Dahl, K., Dahlen, K. J., Larsen, K., og Lohne, V. (2017). Conscientious and proud but challenged as a stranger: Immigrant nurses' perceptions and descriptions of the Norwegian healthcare system. *Nordic Journal of Nursing Research*, 37(3), 143-150.
- Dahl, K. Nortvedt, L. og Ligan, C.B. (2018). *Kompletterende sykepleierutdanning gir verdig vei mot autorisasjon*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2018/03/kompletterende-sykepleierutdanning-gir-verdig-vei-mot-autorisasjon>
- Debesay J. Tschudi-Madsen C. Migrasjon, helse og profesjon. Oslo: Gyldendal; 2018.
- Dywili, S., Bonner, A., og O'Brien, L. (2013). Why do nurses migrate? - a review of recent literature. *Journal of Nursing Management*, 21(3), 511-520.
- Delucas, A.C. (2014). Foreign nurse recruitment: Global risk. *Nursing Ethics*, 21(1), 78-65.
- Efendi,F.,Nursalam,N.,Kurniati,A .og Gunawan,J.(2018)Nursing qualification and workforce for the Association of Southeast Asian Nation Economv Community. *Nursing Forum* 53(2)
- England, K og Henry, C (2013).Care work, migration and citizenship: international nurses in the UK. *Social & Cultural Geography*, 14(5), 558-574.
- Forskrift om tilleggskrav for autorisasjon for helsepersonell. (2016). Forskrift om tilleggskrav for autorisasjon for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra land utenfor EØS og Sveits av 19 desember 2016 nr 1732. Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-19-1732?q=forskrift om tilleggskrav](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-19-1732?q=forskrift%20om%20tilleggskrav)
- FN-sambandet. (2016). Hentet fra <https://www.fn.no/Land/Filippinene>
- Gautun, H. Øien,H.og Bratt C. (2016). Underbemanning er selvforterkende (*NOVA rapport 6/2016*).
- Freeman, M., Beaulieu L. og CrawleyJ. (2015) Canadian Nurse Graduates considering Migrating Abroad for Work: Are Their Expectations Being Met in Canada? *The Canadian journal of Nursing Research*. 47(4)80-96.

- Gautun, H. Øien, H. og Bratt, C. (2016). *Underbemanning er selvforsterkende konsekvens av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem*. NOVA rapport 6/16
- Hawkins, M og Rodney. (2015). A precarious Journey: Nurses from the Philippines seeking RN Licensure and Employment in Canada. *The Canadian Journal of Nursing Research*. 47(4)97-112.
- Helsedirektoratet (2018). NHSP 2020-2023-Kunnskapsgrunnlag til underprosjektet «Helsepersonell med utdanning fra utlandet». Rapport IS-2792
- Helsedirektoratet. (2007). *En solidarisk politikk for rekruttering av helsepersonell* (IS-1490). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/en-solidarisk-politikk-for-rekruttering-av-helsepersonell>
- Helsedirektoratet (2010). Brukerveiledning til WHO's globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell (IS-0315). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/787/Bruker-veiledning-til-whos-globale-kode-for-internasjonalt-rekruttering-av-helsepersonell-IS-0315.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 2 juli 1999 nr.64. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>.
- Helsedirektoratet(2012) Helsepersonelloven med kommentarer IS-IS-8-2012. Hentet fra <https://lovdata.no/static/ROO/is-2012-0008.pdf>
- Isaksen, L. W. (2010). Transnational care: The social dimensions of international nurse recruitment. In L. W. Isaksen (Ed.), *Global Care Work: Gender and Migration in Nordic Societies* (pp. 137-158). Lund: Nordic Academic Press.
- Isaksen, L. W. (2012). Transnational Spaces of Care: Migrant Nurses in Norway. *Social Politics*, 19(1), 58-77.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleieutdanning*. Fastsett 25.januar 2008 av Kunnskapsdepartementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Kvale, S., og Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mcgillis Hall, L. ; Gates, M., ; Peterson, J. Jones, C., og Pink, GH.(2014). Waiting and watching: Nurse migration trends before a change to the National Council Licensure Examination as entry to practice for Canada's nurses, *Nursing Outlook*, 62(1), 53-58.
- Moyce, S., Lash, R., og de Leon Siantz, M. L. (2015). Migration Experiences of Foreign Educated Nurses: A Systematic Review of the Literature. *Journal Of Transcultural Nursing: Official Journal Of The Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*. 27(2),181-188.
- Munkejord, M. C. (2017). "I Work With my Heart": Experiences og Migrant Care Workers in a Northern, Rural Context. *Population Ageing*, 10:229-246.

- NOKUT (2016). Filippinene. Hentet fra <https://www.nokut.no/databaser-og-fakta/nokuts-landdatabase2/nokuts-landdatabase/filippinene/>
- Nordisk Ministerråd. (2017a). *Utdanning, arbeid og integrering i Norden: – Kartlegging av godkjenningsordninger for utenlandske utdanninger, yrkeskvalifikasjoner og kompletterende utdanninger. Delrapport 1* (TemaNord 2017:556).
- Nordisk Ministerråd. (2017b). *Utdanning, arbeid og integrering i Norden: – Kartlegging av godkjenningsordninger for utenlandske utdanninger, yrkeskvalifikasjoner og kompletterende utdanninger. Delrapport 2* (TemaNord 2017:557).
- Nursing and midwifery Board og Australia (2019). Hentet fra <http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Registration-and-Endorsement/International.aspx>
- Ortiga, Y. Y. (2014). Professional problems: The burden of producing the 'global' Filipino nurse. *Social Science & Medicine*, 115, 64-71.
- Pendergast, J.M. (2015). International Health Care Professional Migration. *Journal of Nursing Law* (10)4, 208-213.
- Rodrigues, R.M. (2010) Migrant for export. How the Philippine State brokers labour to the world. Minneapolis, Minesota: University og Minnesota Press.
- Ronquillo, C., Boschma, G., Wong, S. T., og Quiney, L. (2011). Beyond greener pastures: exploring contexts surrounding Filipino nurse migration in Canada through oral history. *Nursing Inquiry*, 18(3), 262-275.
- Samfunnsøkonomisk analyse. (2018). Helse-Norge 2040: hvordan vil framtiden bli? Hentet fra <http://www.samfunnsokonomisk-analyse.no/nye-prosjekter/2018/1/19/helse-norge-2040-hvordan-vil-framtiden-bli>
- Statistisk Sentralbyrå (2018). 14 prosent av befolkningen er innvandrere. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/14-prosent-av-befolkningen-er-innvandrere>
- Takeno, Y. (2010). Facilitating the transition of Asian nurses to work in Australia. *Journal og Nursing Management*. 18, 2015-224.
- Utenriksdepartementet (2009). Europaparlaments- og rådsdirektiv 2005/36/EF av 7. september 2005 om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner: uttrykt vedlegg til St.prp. nr. 29 (2007-2008). Hentet fra: https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/ud/rapporter_planer/rapporter/vedlegg_utrykte/europaparlaments_radsdirektiv_200536/id494917

Sykelig overvektiges erfaringer og utfordringer med å delta i en livsstils intervensjon, -et beskrivende design

Randi Vangen Skyrud og Anne Trollvik

Randi Vangen Skyrud, spesialsykepleier, førstelektor, Høgskolen i Innlandet, Institutt helse og sykepleievitenskap, Elverum, randi.skyrud@inn.no

Anne Trollvik, sykepleier, helsesøster, førsteamanuensis, Høgskolen i Innlandet, Institutt helse og sykepleievitenskap, anne.trollvik@inn.no

Abstract

The experiences and challenges faced by morbid obese subjects when participating in lifestyle intervention, -a descriptive design

The aim of this study was to examine the experiences and challenges of the morbidly obese when participating in a long-term lifestyle intervention. The subjects, whom qualified as morbidly obese, participated for over a year in a group-based lifestyle intervention with ongoing treatments. A qualitative design was chosen to collect descriptive information throughout semi-structured interviews. There was a total of seven informants (male and female). Weight loss in the morbidly obese is typically achieved through conservative management and lifestyle intervention, with bariatric surgery reserved as a last option. Patients diagnosed with morbid obesity are often concerned about failing yet again after multiple attempts of weight loss. However, when guidance, education, and support from health professionals is provided in addition to active participation within a supportive group with other morbidly obese people, patients become reality-oriented and able to both initiate and sustain an effective lifestyle change.

Keywords/Nøkkelord

morbid obesity; group based lifestyle intervention; qualitative design

sykelig overvekt; gruppebasert livsstilsintervensjon; kvalitativ forskning

Referee*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4212>



© 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

Overvekt og fedme er et viktig helsespørsmål i hele verden. Verdens helseorganisasjon (WHO) beskriver at det i 2016 var mer enn 1,9 milliarder voksne som var overvektige. Fedme er en alvorlig kronisk tilstand og WHO har klassifisert fedme grad I (kroppsmasseindeks, KMI mellom 30-34,9) til økt risiko for diabetes. Fedme grad II (KMI fra 35-39,9) medfører høy risiko for flere helseproblemer samt økt dødelighet. Ved fedme grad III, (KMI \geq 40) medfører dette ytterligere økt helserisiko (Helsedirektoratet, 2011; WHO, 2017). Globalt er fedme en av de vanligste dødsårsakene. Mer enn 3,4 millioner mennesker dør hvert år som følge av tilstanden (WHO, 2017). Det er et nasjonalt mål å forebygge og behandle overvekt og fedme i befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Folkehelseinstituttet anslår at det i Norge er 20 % menn og 17 % kvinner som lider av fedme (Folkehelseinstituttet, 2015). I Danmark er 47 % av den voksne befolkning overvektige, og 13 % lider av fedme (Sundhetsstyrelsen, 2017). I Sverige har det i perioden 2004-2013 vært en økning hos voksne med fedme, fra 11-14 % (Folkhälsomyndigheten, 2016).

Benevnelsen sykkelig overvekt omhandler personer med KMI \geq 40 og/eller med KMI \geq 35 med tillegg av komplikasjoner relatert til fedme (Helsedirektoratet, 2015 a). Risiko for hjerteinfarkt, hjerneslag, hypertensjon, ulike kreftformer, type 2- diabetes, gallesten, psykiske lidelser, muskel- og skjelett lidelser, stress og infertilitet, er noen av de sykdommer som viser seg å oppstå på grunn av fedme. Risikoen stiger med økt grad av fedme. I Norge er sykkelig overvekt definert som kronisk sykdom. I 2004 ble helseforetak pålagt å etablere behandlingstilbud til personer med sykkelig overvekt (Hjelmesæth & Sandbu, 2010). I det offentlige helsevesen foregår behandlingen av sykkelig overvekt både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2015 b).

Behandlingen i primærhelsetjenesten koordineres av fastlegen, som vurderer hvem som skal henvises videre til spesialisthelsetjenesten.

I spesialisthelsetjenesten får personer med sykkelig overvekt tilbud om en ikke-kirurgisk behandling og/eller vektreduserende kirurgi (Helsedirektoratet, 2011). Den ikke-kirurgiske behandlingen, som også benevnes som konservativ behandling, innebærer kostholdsendring, fysisk aktivitet og/eller adferdsterapi. En gruppebasert poliklinisk behandling, en livsstils intervensjon, utviklet i samarbeid med spesialiserte endokrinologer, psykologer, fysioterapeuter og sykepleiere, kan inneholde individuell medisinsk screening som består av måling av livvidde, vekt, blodprøver og kartlegge matvaner/aktivitetsnivå ved oppstart, etter 6 måneder og etter 12 måneder (Skyrud, Aaseth & Birketvedt, 2011). En fellesnevner i all fedmereduserende behandling er varig endring av livsstil, og behandlingen bør vare livet ut. En slik varig behandling blir imidlertid ikke gjennomført i praksis. Det kan se ut til at 12-24 måneder er vanlig oppfølgings-

tid (Hjelmesæth, Hofsø, Handeland, Johnson & Sandbu, 2007; Hjelmesæth & Sandbu, 2010; Helsedirektoratet, 2011; Dombrowski, Knittle, Avenell, Araújo-Soares & Sniehotta, 2014).

For å oppnå en endring over tid, kreves det en innsats over flere år, og egen tro på å lykkes med endringsarbeidet. Banduras teori om «self-efficacy» kan bidra til å forstå hvordan en person selv bedømmer muligheten til å mestre en livsstilsendring. Det å ha tro på å motivere seg selv til det å regulere egen helseatferd, det å ha følelsen av en kontroll over eget liv, er avgjørende faktorer både for å kunne endre en helsefarlig livsstil, og å opprettholde nye og sunne vaner. «Self-efficacy» kan påvirke personens valg av atferd, forberedelser til endringsarbeid, forsøk på endring, tankemønsteret og emosjonelle reaksjoner. Å ha tro på egen evne til å lykkes med å gjennomføre en handling, er nødvendig for å kunne starte et endringsarbeid som skal føre til resultat over tid. (Bandura, 1997; 2004). Andre studier viser at mestringstro og graden av mestringstro, har innflytelse på en persons innsats, utførelse, utholdenhet og målsetting (Borge, Christiansen & Fagermoen, 2012; Torgersen, Foreman, Husebø & Reime, 2017).

Etter en systematisk gjennomgang av tidligere forskning, finner vi få kvalitative studier som omhandler sykkelig overvektiges erfaringer og utfordringer med å delta i livsstilsintervensjon eller livsstils-behandling over en lengre periode. Forskning som omhandler gruppebehandling for sykkelig overvekt, hvor deltakere får kunnskap om sin sykdomssituasjon og i tillegg lærer selvstyrkende metoder, bidrar til bedre mestringforventning og selvfølelse (Fagermoen, Bevan, Berg, Bjørnsborg, Mathiesen, Gulbrandsen, Hustadnes & Strøm, 2014). Tjelta og Holsens (2013) forskning, viser at deltakere som deltar på poliklinisk gruppebasert pasientopplæring for mestring av diabetes type 2, får kunnskap om sin sykdom. Kunnskap fører til bedre forståelse. De beskriver også betydningen av å møte andre deltakere i samme situasjon, og det å dele erfaringer.

Knutsen, Bossy og Foss (2017) beskriver signifikante forskjeller på de deltakerne som hadde deltatt i gruppebasert lærings- og mestringstilbud for økt mestringskompetanse, sammenliknet med ikke-deltakere.

Det å delta i et gruppebasert tilbud, kan forebygge komplikasjoner ved diabetes type 2. Forskingen viser at det var høyere andel kvinner og personer med høy utdanning, som deltok i et slik gruppebasert tilbud.

Tarrant, Khan, Farrow, Shah, Daly og Kos (2017) sin forskning, viser til at personer med sykkelig overvekt som har deltatt i gruppebehandling for å mestre sin sykdom, beskriver gruppen som en ressurs for livsstilsendring. Deltakerne etablerte en felles sosial identitet, en interaksjon og støtte, som de mente bidro til å komme i gang, men også til å opprettholde individuell livsstilsendring. Deltakere som er kirurgisk behandlet for sykkelig overvekt, forteller at kognitiv teori kan være et nyttig verktøy i endringsprosessen. I tillegg fremkommer det

at motivasjon til livsstilsendring først skjer, når deltakerne får for store helseplager (Borge et al., 2012). Liebl, Barnason og Hudsons (2016) kvalitative studie omhandler det å opprettholde vektreduksjon etter kirurgisk behandling for sykkelig overvekt. De beskriver at deltakerne erfarte en oppvåkning og et nytt perspektiv på deres liv. Deltakerne identifiserte sine negative holdninger, hva og hvem de ble påvirket av, og sin egen atferd.

De endret sitt miljø for å kunne opprettholde sine sunne levevaner, selvdisiplin og god struktur i hverdagen. God støtte i gruppen og det å omsette kunnskap om nødvendige livsstilsendringer over til handling, forsterket deltakernes mestrings-tro. Deltakerne i studien til Torgersen et al. (2017) har gjennomgått kirurgisk behandling, og forskerne beskriver at deltakerne ønsket tettere individuell oppfølging etter sin operasjon samt gruppeveiledning, for å dele sine erfaringer med hverandre.

Livsstilsendring er alternativet for de aller fleste som skal ned i vekt, uansett ikke-kirurgisk eller kirurgisk behandling. Det handler om å tilegne seg gode helsevaner med et sunt kosthold, aktivitet og nye spisevaner (Giske, Lauvrak, Elvaas, Hofmann, Håvelsrud, Vang & Fure, 2014; Torgersen et al., 2017). Varig vektreduksjon og regelmessig fysisk aktivitet, er vanskelig å vedlikeholde over tid. Flesteparten av de som deltar i et livsstilsendningsprogram for vektreduksjon, viser en tilbakegang til sin startvekt en viss tid etter at intervensjonen er over (Norris, Zhang, Avenell, Gregg, Brown, Schmid & Lau, 2007; Dombrowski et al., 2014; Gilmartin & Murphy, 2015). Forskning viser at også de som er kirurgisk behandlet for sykkelig overvekt, møter problemer med vektøkning, hvis personene ikke mestrer en livsstilsendring (Hofsø, Aasheim, Søvik, Jakobsen, Johnson, Sandbu & Hjelmesæth, 2011; Torgersen et al., 2017). Mange med sykkelig overvekt står overfor dilemmaet risiko for alvorlig sykdom og tidlig død, kontra mulige komplikasjoner og bivirkninger etter kirurgisk inngrep (Giske et al., 2014; Groven & Engelsrud, 2014).

Hensikten med studien er å beskrive hvilke erfaringer og utfordringer personer med sykkelig overvekt har med å delta i en livsstilsintervensjon over en lengre tid. Kunnskapen fra denne studien gir innsikt i pasientgruppens perspektiv på egne opplevelser, og innsats som må til for å mestre en livsstilsendring.

Deres erfaringer kan bidra til å utvikle og forbedre behandlingstilbud og intervensjoner.

Problemstilling: Hvilke erfaringer og utfordringer har sykkelig overvektige når de deltar i en livsstilsintervensjon over tid?

Metode

Studien benyttet kvalitativ metode med et beskrivende design. For å oppnå struktur og kvalitet på forskningsintervjuet, ble Kvale og Brinkmanns (2015) syv

stadier for intervjuundersøkelse fulgt. Stadiene er: tematisering, planlegging, intervjusituasjonen, transkribering, analysing, verifisering (metodediskusjon) og rapportering. Forskerens erfaring med pasientgruppen og faglige interesse, bidro til å avgjøre problemstillingen og perspektivet.

Datasamling

Det ble benyttet semistrukturerte intervjuer i datainnhenting. Denne form for intervjuer gir tilgang til opplevd erfaring, og et forskningsintervju setter allmennmenneskelige fenomen som det er samtale om, inn i en faglig sammenheng (Kvale & Brinkmann, 2015). Det ble utarbeidet en semistrukturert intervjuguide med tema; diagnosen sykkelig overvekt, støtte til gjennomføring av behandling og endringsprosessen, og erfaringer og utfordringer med livsstilsendring. Intervjuet ble innledet med at deltakerne skulle fortelle om seg selv i forhold til sykkelig overvekt, og om hvorfor de startet på intervensjonen. Det ble gjennomført et prøveintervju der intervjuguiden ble testet ut og endret. Temaet støtte til gjennomføring av behandling ble tatt inn i den endrede intervjuguiden. Intervjuene varte fra 1-1,5 timer og lydopptak ble benyttet.

Uvalg

Det ble benyttet et strategisk utvalg, fra personer som deltok i en livsstilsintervensjon. Tilgang til rekruttering av deltakere til studien ble innhentet etter skriftlig søknad til medisinsk avdeling/poliklinikk for sykkelig overvekt.

Inklusjonskriterien var; voksne personer mellom 18-60 år med $KMI \geq 35/40$. Informantene skulle ha deltatt ved intervensjon for sykkelig overvekt i mer enn ett år. I tillegg skulle deltakerne ha deltatt i intensiv behandling ved et behandlingssenter for sykkelig overvekt. De skulle vært henvist fra lege til livsstilsintervensjonen.

Invitasjon om deltakelse ble skriftlig sendt ut til 12 personer som fylte inklusjonskriteriene, og syv av de inviterte svarte ja, fire kvinner og tre menn.

Fem av de inviterte besvarte ikke invitasjonen. Tre av deltakerne var separert, en var skilt. De andre var gift eller hadde samboer. Fem hadde høyskoleutdanning, seks var arbeidstakere og en uføretrygdet.

Samtlige hadde deltatt i livsstilsintervensjon hvor gruppebasert veiledning utgjorde hoveddelen av intervensjonen. Deltakerne kom fra ulike gruppesammensetninger både fra intervensjon ved poliklinikk og ved institusjonsbehandling. De hadde i tillegg deltatt i individuell screening og veiledning ved oppstart, etter 6 og etter 12 måneder. Intervensjonen var utviklet av et team, og pasientene brukte ingen diett, foruten å følge retningslinjer for kosthold og aktivitet, utarbeidet av Helsedirektoratet (Skyrud et al., 2011; Helsedirektoratet, 2011).

Dataanalyse

Førsteforfatter foretok intervju og transkribering. Den transkriberte teksten ble lest av førsteforfatter for å få et helhetsinntrykk av materialet, deretter ble teksten kondensert. Meningskategoriene og tema ble analysert av begge forfatterne. Den kondenserte teksten ble ivaretatt best mulig ut i fra det opprinnelige materialet for å få frem meninger og erfaringer slik det ble formidlet og oppfattet. Kombinasjonen av meningskondensering, meningsfortetting og meningsfortolkning ble foretatt (Kvale & Brinkmann, 2015). Ved å stille spørsmål om meningen i teksten, kom det videre frem tema som ble satt inn i en tabell, hvor data ble kodet.

Hvert tema fikk sin fargekode. Teksten ble deretter markert i ulike fargekoder før den ble satt inn i tabellen. Det ble søkt å finne likheter og forskjeller mellom ulike svar for å finne meningskategoriene, og som resulterte sentrale tema.

Forskningsetiske overveielser

Kvale og Brinkmann (2015) beskriver et forskningsintervju å være fylt med moralske og etiske spørsmål. Et samspill mellom mennesker som påvirker intervjupersonene og den kunnskap som produseres under intervjuet vil påvirke vårt syn på menneskets situasjon. Forskningsetiske vurderinger ble foretatt under samtlige syv forskningsstadier. Informert samtykke ble ivaretatt da deltakerne i forkant fikk tilsendt informasjon om studiens hensikt, samt at dette ble gjentatt i forkant av intervjuet. Samtykkeerklæring ble underskrevet, og alle ble informert om at de hadde mulighet til å trekke seg fra studien uten begrunnelse. Ingen av deltakerne valgte å trekke seg underveis. Data ble behandlet konfidensielt og anonymisert ved presentasjon av sitat som er omskrevet fra dialekt til bokmål. Studien er godkjent av Regional Etisk Komité (REK) (6.2008.2118) og Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) (20971/2/JE). Deltakerne fikk hvert sitt nummer og oversikt over navn og nummer ble forsvarlig oppbevart innelåst i arkivskap.

Funn

Analyse av data frembrakte tre tema som deltakerne hadde erfaringer og utfordringer med under en livsstilsintervensjon for sykkelig overvektige. De tre temaene var: «redd for ikke å lykkes», «en snuoperasjon» og «støtte i vanskelige perioder».

Redd for ikke å lykkes

Deltakerne hadde flere års erfaring med overvekt. De hadde også erfaring med å ha prøvd ut ulike slankekurs før de startet på livsstilsintervensjonen. Samtlige hadde erfaring med alvorlige tilleggssykdommer, og et ønske om å gjøre noe, for å oppnå en bedre helse og forebygge eventuelle andre sykdommer. Erfaringer de fortalte om fra tidligere slankekurs, var at de hadde oppnådd et vekttap, men

etter endt kurs, hadde vekten økt igjen. De fortalte om en redsel for å falle tilbake til gamle vaner, og ikke lykkes denne gangen heller. Fem av deltakerne fortalte om en barndom og ungdomstid som overvektige. En av mennene som tidligere var aktiv med idrett fortalte; «*mat, drikke, null trening og problemer i ekteskapet bidro til diagnosen sykkelig overvektig*». Samtlige av kvinnene fortalte om en betraktelig økning i vekt etter gjennomført svangerskap. En kvinnelig deltaker fortalte det slik; «*Jeg har tidligere deltatt på et slankekurs og hadde en vektreduksjon på 50 kilo. Etter to graviditeter økte vekten igjen, og livet har bestått av jo-jo slanking*». En mannlig deltaker fortalte om sine erfaringer med ulike slankekurer; «*Vekten har gått ned og opp igjen etter hver kur jeg har gjennomført, og da jeg startet på denne behandlingen hadde jeg hatt høyt blodtrykk over en lengre tid*».

Utfordringene de fortalte om, var for flere av deltakerne, inngrodde vaner fra barneårene. Vaner ble til adferd og bidro til at kiloene ble et problem.

En snuoperasjon

Samtlige deltakere fortalte at de under livsstilsintervensjonen, har oppnådd resultat som reduksjon i midjemål, vektreduksjon og endringer i kostholdet. For de sykkelig overvektige deltakerne handlet ikke endringen om et stort vekttap i antall kilo, men mer en realitetsorientering om sin egen helse. I tillegg fortalte de om stressmestring i hverdagen, det å mestre sitt nye spisemønster, prioritere seg selv og lage avtaler med seg selv om treningstider. Å oppnå en livsstilsendring er mulig, men deltakerne erfarte at gamle vaner er vanskelig å endre. Utfordringen er at endringen også skal vare etter intervensjonstiden. Underveis i behandlingsperioden, ble deltakerne bevisst på hvorfor kiloene har sneket seg sakte men sikkert på kroppen. Flere av deltakerne hadde erfaringer med å gjemme seg bort og spise i smug. De fortalte at de hadde mye kunnskap om både mat og trening. De fleste fortalte at de aldri, før de startet på behandlingen, hadde inntatt sitt første måltid før etter skole/arbeidstid, det vil si «frokost» cirka klokken 15.30. En kvinnelig deltaker beskrev det slik; «*Jeg spiste aldri frokost og matpakke. Spiste en stor middag. Før behandlingen kjøpte jeg en stor helnøtt sjokolade, men nå kan jeg kose meg med en liten plate sjokolade i helgen. Tidligere kjente jeg ikke på smaken, men spiste og så på TV uten å kjenne etter hva jeg spiste, og hvor mye*». Deltakerne fortalte at de benyttet mat og godteri som belønning og kos. En kvinnelig deltaker karakteriserte endret kosthold som en tapsopplevelse og sorg over ikke å kunne spise «god mat». Hun fortalte at god mat for henne var; «*Pizza, gode sauser, is, potetgull, kaker, brus og godteri, som jeg ikke kan spise i samme store porsjoner som tidligere*».

Deltakernes erfaring og utfordringer med aktivitet, er at det er tungt og slitsomt å være i fysisk aktivitet over en lengre periode. De fortalte at det å gå en lengre distanse sammenhengende, var vanskelig. De unngikk oppoverbakker, vanskelig terreng og lengre distanser. Samtlige fortalte om et ønske om å være mer aktive.

Deltakerne erfarte at de nå var mer i bevegelse etter at de startet behandlingen for sykkelig overvekt. En mannlig deltaker fortalte det slik; *«Har sittet i sofaen i femten år. Kiloene har sneket seg sakte men sikkert på».*

Tre av deltakerne erfarte hvor viktig det var å innse at sykkelig overvekt er en sykdom og hvor viktig det er å foreta en «snuoperasjon» i livet. En av mennene fortalte det slik; *«Har innsett at det er en sykdom på lik linje med hjerneslag og hjerteinfarkt. Får hjelp på sykehuset og i tillegg av fastlegen. Det er viktig å ta grep og innse at det er et problem og en sykdom. Glad jeg har tatt skrittet videre, med hjelp av familie og venner, og innført noe viktig i livet mitt».* En annen kvinnelig deltaker fortalte; *«har ikke sett på meg selv som sykkelig overvektig og ble kvalm ved tanken på at jeg skulle til en overvektsklinikk. Ble en a-ha opplevelse å få en slik diagnose og jobbet mye med meg selv. Føltet som å være narkoman eller alkoholiker når jeg skulle til en intensiv behandling ved en institusjon».*

Støtte i vanskelige perioder

Deltakerne fortalte at helsepersonell bidro til at de hadde riktig fokus. Gruppen hjalp og støttet hverandre når de mistet sitt fokus og alt ble vanskelig. Informantene uttrykte at det å oppleve støtte til livsstilsendring av ektefelle, samboer og nærmeste familie var viktig. Manglende støtte av samboer og/eller ektefelle derimot, opplevdes problematisk. Tre av deltakerne fortalte at skilsmisse/separasjon bidro til at de klarte å gjennomføre livsstilsendringen.

En kvinnelig deltaker fortalte at; *«Jeg hadde ikke støtte av mannen min og mat var en trøst som dempet mye av det som var problematisk».* Mat ble en trøst som dempet de emosjonelle faktorene i en problematisk situasjon. Det å rydde bort noe i livet sitt, kan bidra til å mestre en livsstilsendring. En annen kvinnelig deltaker som i løpet av livsstilsendringen ble skilt, fortalte at; *«Jeg har nå ryddet plass for en livsstilsendring og for å mestre denne endringen. Jeg klarte å gjennomføre dette etter separasjon fra min mann».* Relasjoner i arbeidslivet kan også føles vanskelig, og en mannlig informant fortalte; *«Relasjoner på arbeidsplassen er en utfordring, og jeg har opplevd stigmatisering. Dette ble vanskelig og følelser dempes med usunn mat».*

En deltaker fortalte at hun fikk støtte og ble forstått av helsepersonell og andre deltakere i intervensjonen, da de i gruppetimen snakket om det å få tilbakefall. Hun beskrev en opplevelse av skam når hun fikk tilbakefall. Hun fortalte; *«når jeg møtte opp i gruppen, opplevde jeg å få støtte til å komme meg videre med endringsarbeidet».* En annen deltaker erfarte det å delta i gruppebehandling slik; *«Viktig med støtte i gruppen og fra helsepersonell som forstår hva vi sliter med. Positivt å få gode råd og støtte. Følte meg ikke helt alene som overvektig. Å få støtte når en møter veggen, opplevdes som trygghet. Kom fortere i gang igjen hvis jeg hadde sklidd ut. Jeg har fått en ballast med kunnskap i stedet for ballast*

med kilo». En tredje deltaker hadde disse erfaringene med gruppebehandling; «Det var motiverende å møte andre likemenn og andre som sliter med det samme problemet. Fikk kunnskap og foredrag som motiverte meg. Fikk svar på mine problem. Hvordan stress virker på vekten. Et stavkurs med en kjendis, motiverte meg til å trene med staver. Når jeg deltok i gruppen, måtte jeg skjerpe meg. Det var en positiv kontroll for meg å måtte veie meg under intervensjonen». Deltakerne fortalte at når de deltok ved livsstilsendring, lærte de å ha mer fokus på helse og det å komme i bedre form. Ikke kun fokus på vektreduksjon. En kvinnelig deltaker fortalte; «Jeg er ikke like opptatt av tall og vekt denne gangen, som når jeg deltok på tidligere slankekurs. Det handler om å kjenne mer på velvære, og med tiden, det å nå en trivselsvekt som kan vare livet ut». Planlegging, struktur og videre støtte til livsstilsendring var faktorer samtlige erfarte som utfordring for å opprettholde resultatet.

Diskusjon

Hensikten med studien er å undersøke hvilke erfaringer og utfordringer personer med sykkelig overvekt har ved å delta i en livsstilsbehandling over tid. Funnene gir innsikt i deltakernes perspektiv på å delta i en livsstilsbehandling. Deltakerne kjenner på det å være redd for ikke å lykkes med endringsarbeidet. De er mer realitetsorientert om hvordan kiloene har sneket seg på over tid, og de kjenner på en tapsfølelse over mat som de ikke lenger kan spise. De er bevisst på at maten brukes både som trøst og stressdemper, og hvor viktig det er å ha støtte i vanskelige perioder. Endring er mulig, ved at de foretar en snuoperasjon i livet sitt, men det er mange utfordringer.

Mestringstro og livsstilsendring

Å kjenne på en redsel for ikke å mestre en livsstilsendring er vanskelig. Deltakernes tidligere erfaring med en stor vektreduksjon som ikke opprettholdes over tid, er en erfaring som påvirker forventninger om utfall og mestringsforventning. Har en person liten tro på egen evne til å mestre nye vaner, har dette sammenheng med hvor motivert en person er for en atferdsendring (Bandura, 1997; 2004; Torgersen et al., 2017).

Deltakerne har kunnskap, men har vanskelig for å omsette kunnskap til en varig endring i praksis. Å endre livsstil er krevende, og inngrodde vaner står i motsetning til hvordan de overvektige skal handle. Har de ikke innsikt i hvordan vaner påvirker helse, opplever de ikke en god nok grunn til å endre vanene (Torgersen et al., 2017). Diagnosen sykkelig overvekt er kompleks på grunn av psykologiske, sosioøkonomiske, hormonelle og metabolske faktorer som spiller inn og vanskeliggjør endringsarbeidet. Biologiske barrierer er viktige aspekt i en livstils-intervensjon, og er ikke hensyntatt i særlig grad i gjeldende veiledere (Puhl & Brownell, 2006; Helsedirektoratet, 2011; Ochner, Tsai, Kusher & Wadden, 2015). Selv om sykkelig overvekt er en kompleks diagnose så er det i

hovedsak miljømessige faktorer, med økt inntak av mat med høyt kaloriinnhold og økt passivitet, som er de mest sentrale årsaker til overvekt (Helsedirektoratet, 2011). Deltakerne forteller om flere år med inntak av mat og drikke som erfares å ha bidratt til at kiloene har sneket seg på kroppen. Det er derfor viktig å innse dette og bli realitetsorientert under livsstils-behandlingen. Mange er ikke oppmerksomme på sine vaner og på sine reflekshandlinger, som for eksempel at de på autopilot leter etter snacks i skap hvis de opplever stress (Rand, Vallis, Aston, Price, Piccinini-Vallis, Rehman & Kirk, 2017). Deltakerne i vår studie forteller at mat blir valgt som trøst, og at ulike typer mat har en trøstende effekt når de opplever problemer i hverdagen. Å legge om spisevaner, er en stor utfordring for de fleste. Mat oppleves som et rusmiddel og føles smertestillende og/eller oppkvikkende (Borge et al., 2012). I studien til Liebl et al. (2016) beskriver de deres deltakeres slåsskamp med «matdemonene». Deltakerne i studien til Liebl et al. (2016) forteller om å ha lyst til å spise tre is i stedet for en is, og at de alltid kikker etter kjeks eller noe annet godt å spise på ettermiddagen. Denne lysten på noe godt å spise, beskrives som at den aldri forsvinner, heller ikke for de personene som er kirurgisk behandlet for sykkelig overvekt.

En stor kropp og fysiske plager, hemmer det å være fysisk aktiv. Wiklund, Olsén og Willén (2011) beskriver at det å være sykkelig overvektig hemmer deg på jobb og ellers i hverdagen. Å være sykkelig overvektig fører til å benytte seg av unnskyldninger, og at hverdagslige oppgaver blir vanskelige å gjennomføre. Deltakerne i vår studie forteller at det er viktig å innse at de har en diagnose som medfører mange tilleggssykdommer. Det er viktig å ha en realitetsforståelse for hva sykdommen kan føre til, og ikke fortsette og benekte sin egen helsetilstand og/eller underrapportere sin egen vekt. Strømme, Bakken, Andenæs, Klöckner, Mårvik, Kulseng og Holsen (2015) beskriver det å benekte egen helsetilstand som en utfordring. De mener at helsepersonell må være mer direkte og ta initiativ til samtale om overvekt og fedme. Fastleger kvier seg for å diskutere overvekt med sine pasienter for ikke å støte pasienten. Det kan være vanskelig for helsepersonell og være tydelige og ha en mer direkte uttrykksmåte, uten å være konfronterende.

Mange sosiale aktiviteter som bursdager, høytidsdager, helger og fester er forbundet med spising og drikking. Deltakerne i vår studie forteller om følelser og mat i forbindelse med å takle problemer og miste kontroll. Hvis opplevelsen av å delta på en livsstilsintervensjon gir en tapsopplevelse over mat som ikke kan spises, kan en slik opplevelse være en risikosituasjon.

Deltakerne i studien til Borge et al. (2012) forteller om å bli oppmerksomme på egne vaner og handlingsmønster i forhold til spising. Sammenlignet med vår studie, forteller deltakerne både i Borge et al. og vår studie, at det handler om å spise få måltider, vente mange timer med å spise neste måltid, eller at de spiser for ofte og aldri kjenner på sult. De forteller videre at de spiser store porsjoner

til måltidene og tenker mye på mat. Hvis det å delta i en livsstilsintervensjon oppleves som et tap, kan det være en grunn til at noen faller fra videre deltakelse i intervensjonen. Maten erfares å være en kompensasjon for problemer og stress. Deltakerne i vår studie beskriver at de har lagt seg til en vane i forhold til både mat og aktivitet. Sykelig overvekt er en kronisk tilstand og preget av gjentatte og mislykkede endringsforsøk og tilbakefall. Motivasjon til å holde ut og ikke gå tilbake til tidligere vaner er helt avgjørende for å endre livsstil over tid (Helsedirektoratet, 2011; Borge et al., 2012; Dombrowski et al., 2014).

Det er viktig å ha forståelse for hvor kompleks diagnosen sykkelig overvekt er, både for personen med sykkelig overvekt, pårørende og for helsepersonell. En forståelse for kompleksiteten kan bidra til nødvendig bevisstgjøring av hva som må til for å endre livsstil (Helsedirektoratet, 2011). Etter hvert i en livsstilsintervensjon erverves mer kunnskap og deltakerne blir mer bevisst sine erfaringer gjennom undervisning og/eller veiledning. Deltakerne får erfaring og opplever at det å endre vaner og leve på en ny måte kan bidra til å unngå alvorlige komplikasjoner. En slik opplevelse kan også bidra til å skape et mer optimistisk og håpefullt syn på situasjonen. Deltakerne i vår studie forteller at de har kunnskap om både kosthold og aktivitet, men trenger hjelp til å omsette sin kunnskap i hverdagen.

Deltakerne forteller også om ønsker og behov for å endre livsstil, oppnå en bedre helse og unngå risikosykdommer. De har ikke erfaring fra tidligere med å lykkes med sine forsøk over lengre tid. Individuelle erfaringer og opplevelser som en forforståelse er med på å prege deres grad av mestringstro (Bandura, 1997; 2004).

Støtte fra helsepersonell, gruppen og andre viktige relasjoner

Deltakerne forteller at de også trenger støtte og veiledning i hvordan de skal komme seg igjennom tilbakefall. Det handler om å være forberedt på hvordan de kan arbeide seg gjennom følelser forbundet med det de opplever som stress situasjoner. Deltakerne i vår studie forteller at det å delta i gruppebehandling er fordelaktig, og gruppen er en ressurs for livsstilsendring. Etablere psykososial kontakt med andre og dele sosial identitet opplevdes som nøkkelen til livsstilsendring (Tarrant et al. 2017). Borge et al. (2012) samt Liebl et al. (2016) beskriver i sin forskning hvor viktig det er med sosial støtte og at gruppebehandling gir en mulighet for nye nettverk, sosial trening og en tilgjengelig støtte. Støtte fra helsepersonell, og ikke en ovenfra og ned holdning, er viktig. Christiansen, Karlsen og Larsens (2017) forskning beskriver de negative normene som må legges til side og møte sykkelig overvektige på en åpen og fordomsfri måte. I vår studie forteller deltakerne at når helsepersonell bidrar til å ha riktig fokus på helse og støtte under vanskelige perioder, som ved tilbakefall i endringsarbeidet, oppleves dette som støtte. Deltakerne i vår studie beskriver videre at positive relasjoner bidrar til at de mestrer livsstilsendring over

tid. Det er viktig at ekteparet og/eller familien «eier» livsstilsendringen sammen på sin hjemmearena da de forteller hvor viktig det er med støtte både av helsepersonell og familie i en endringsprosess. Bruze, Holmin, Peltonen, Ottoson, Sjöholm, Näslund, Neovius, Calsson og Svensson (2018) har forsket på sammenheng mellom sykelig overvektige som har gjennomgått kirurgisk behandling og endringer i mellommenneskelig status. Sykelig overvektige som var single før kirurgisk behandling, hadde sammenlignet med kontrollgruppen, høyere forekomst av ekteskap etter behandlingen. Sykelig overvektige som derimot levde i et samboerforhold eller ekteskap før kirurgisk behandling, hadde en høyere forekomst i skilsmisse/separasjon, både 4 og 10 år etter den kirurgiske behandlingen. Forskningen støtter opp om det deltakerne forteller i vår studie. Dersom ektefeller ikke ønsket å være inkludert og/eller ikke var støttende i endringsarbeidet, bidro dette til separasjon og skilsmisse.

Metodiske overveielser

Hensikten med studien er å få frem erfaringer fra sykelig overvektige som deltar i en livsstilsintervensjon, og kvalitativ metode er en troverdig metode for å kunne få svar på problemstillingen. Ifølge Kvale og Brinkmanns (2015) kvalitetskriterier har vi nøye fulgt syv stadier for intervjuundersøkelse som nevnt under metodekapitlet. Allerede under intervjusituasjonen startet en intersubjektiv validering ved å kunne stille oppklarende spørsmål til informanten for å bekrefte intervjuers fortolkninger. Troverdigheten i studien er også styrket ved at funn er underbygget med sitater fra deltakerne og sammenfaller med andre studier (Kvale & Brinkmann, 2015).

Påliteligheten styrkes ved at deltakerne hadde ulike erfaringer, ulik alder og kjønn som gir en sterkere mulighet til å belyse problemstillingen fra ulike perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2015). De har likevel fellestrekk, med erfaringer og opplevelse av sykelig overvekt og deltakelse i livsstilsintervensjonen. Deltakerne som takket ja til å delta i studien, kan være de som har mestret en livsstilsendring bedre, enn de andre som valgte å takke nei til deltakelse i studien. Deltakerne er hentet fra ett behandlingssted i Norge. Overføringsverdien av funnene bygger på et lite utvalg i forhold til den populasjonen det forskes på. Funnene er ikke representative for alle sykelig overvektige, og heller ikke representative for annet helsepersonell og andre relasjoner, enn det som våre deltakere beskriver.

Konklusjon

Deltakerne i vår studie har deltatt ved en livsstilsintervensjon i mer enn ett år, uten å oppnå sitt ønske om flere kilo vekttap. De har derimot en ny erfaring om at endringsarbeid fører til en bedre helse og muligens utsatt risiko for tilleggsykdommer som diabetes, hjerte/kar og kreft. Deltakerne har med seg tidligere erfaring med å mislykkes med det å opprettholde vekttap etter

«slankekurer», og er derfor redde for ikke å lykkes når de deltar ved en livsstilsintervensjon. Denne studien viser til, og styrker forskning som beskriver at det synes som et livslangt prosjekt å endre livsstil og opprettholde resultat. Deltakelse i gruppebehandling er fordelaktig og gruppen er en ressurs for livsstilsendring. Når relasjoner oppleves som problematiske, kan en slik opplevelse føre til tilbakefall i en livsstilsendring for sykkelig overvektige. Sorg, relasjoner innad i familien, problem i forhold til venner eller arbeidskollegaer, erfares som utfordringer. Utfordringene kan utløse trøstespising og tap av kontroll. Tap av kontroll over en ny struktur i hverdagen, som innebærer nye matvaner og det å være i fysisk aktivitet. Endringsarbeidet er en snuoperasjon og krever en innsats av hver enkelt deltaker. Å være forberedt på enkeltindividenes utfordringer under en livsstilsintervensjon er et tema som bør inkluderes i behandling for sykkelig overvektige. For å utbedre og forbedre behandlingstilbudet, er god og riktig kommunikasjon mellom helsepersonell og sykkelig overvektige en viktig faktor. Støtte, også fra helsepersonell, er nødvendig. Helsepersonell må være tydelige, og ta initiativet til å snakke om fedme med pasienten uten å være krenkende i sine uttalelser.

Videre forskning bør undersøke langtidseffekt av det å delta i en livsstilsendring med fokus på relasjoner, både mellom helsepersonell og pasient, relasjoner pasienter med sykkelig overvekt seg imellom og relasjoner i deres sosiale setting med venner og familie. Som helsepersonell i arbeid med personer med sykkelig overvekt er det viktig å skaffe til veie kunnskap om langtidsresultat slik at helsepersonell og sykkelig overvektige ikke mister troen på at endringsarbeid nytter.

Litteratur

- Bandura, A. (1997). Insights. Self-efficacy. *Harvard Mental Health Letter*, 13(9), 4-6.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2).
<https://doi.org/10.1177%2F1090198104263660>
- Borge, L., Christiansen, B., Fagermoen M. S. (2012). Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt. *Sykepleien Forskning*, 7 (1):14-22. DOI: 104220/sykepleienf.2012.0024
- Bruze, G, Holmin, T.E., Peltonen, M., Ottoson, J. Sjöholm, K., Näslund, I., Neovius, M., Carlsson, L. & Svensson, L-A. (2018). Associations of bariatric surgery with changes in interpersonal relationship status: results from 2 Swedish cohort studies. *JAMA Surg*.
Doi: [10.1001/jamasurg.2018.0215](https://doi.org/10.1001/jamasurg.2018.0215)
- Christiansen, S. W., Karlsen, T-I. & Larsen, I. B. (2017). Materiell og profesjonell stigmatisering av mennesker med sykkelig overvekt. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* nr. 2, 13. årgang.
<http://dx.doi.org/10.7557/14.4195>

- Dombrowski, S. U., Knittle, K., Avenell, A., Araújo-Soares, V. & Sniehotta, F.F. (2014). Long Term maintenance of weight loss with non-surgical interventions in obese adults: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials. *British Medical Journal*, 348:g2646 doi: 10.1136/bmj.g2646
- Fagermoen, M. S., Bevan, K., Berg, A. C., Bjørnsborg, E., Mathiesen, C., Gulbrandsen, H., & Hustadnes, A. L. & Strøm, A. (2014). Personer med sykkelig overvekt hadde økt mestringsforventning og selvfølelse etter pasientkurs. *Sykepleien Forskning*, 3(9), 215-223. Doi:10.4220/sykepleienf.2014.0132
- Folkehelseinstituttet (2015). Overvekt og fedme hos voksne. Hentet fra: <https://www.fhi.no/fp/overvekt/overvekt-og-fedme-hos-voksne/>
- Folkhälsomyndigheten (2016). Övervikt och fetma. Hentet fra: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/nationella-folkhalsoenkaten/levnadsvanor/overvikt-och-fetma/>
- Gilmartin, J. & Murphy, M (2015). The Effects of Contemporary Behavioural Weight Loss Maintenance Interventions for Long Term Weight Loss: a Systematic Review. *Journal of Research in Nursing*, 20 (6), s.481-496. <https://doi.org/10.1177/1744987115599671>
- Giske, L., Lauvrak, V., Elvaas, I-K., Hofmann, B., Håvelsrud, K, Vang, V. & Fure, B. (2014). Langtidseffekter etter fedmekirurgi. (Rapport nr. 1 fra Kunnskapssenteret) Hentet fra: https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2477865/K_Rapport_2014_01_Fedmekirurgi.pdf?sequence=1
- Groven, K, S & Engelsrud, G. (2014). Når fedmekirurgi vurderes som «siste utvei». *Forskning* nr. 3, 9: 252-259 doi:10.4220/sykepleienf.2014.0136
- Helsedirektoratet (2011). Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonale-faglige-retningslinjer-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne>
- Helsedirektoratet (2015) a. Prioriteringsveileder – sykkelig overvekt. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sykkelig-overvekt/seksjon?Tittel=tilstander-for-sykkelig-overvekt-9659>
- Helsedirektoratet (2015) b. ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifisering av sykdommer og beslektede helseproblemer. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/743/Icd-10-den-internasjonale-statistiske-klassifikasjonen-av-sykdommer-og-beslektede-helseproblemer-2015-IS-2277.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014). Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter. Meld. St. 19, 2014-2015. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>

- Hjelmesæth, J., Hofsvø, D., Handeland, M., Johnson, L. K. & Sandbu, R. (2007). Livsstilsbehandling av sykkelig fedme. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 127: 2410-2.
- Hjelmesæth, J. & Sandbu, S (2010). Sykkelig overvekt – ulikt behandlingstilbud. *Tidsskrift for den Norske legeförening*. 130:1808.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.0622>
- Hofsvø, D., Aasheim, E. T., Svøvik, T. T., Jakobsen, G. S., Johnson, L. K., Sandbu, R. & Hjelmesæth, J. (2011). Oppfølging etter fedmekirurgi. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 131(19), 1887. doi: 10.4045/tidsskr.10.1463
- Knutsen. I. R., Bossy, D. & Foss, C. (2017). Gruppebaserte lærings- og mestringstilbud gjør det lettere å mestre sykdommen. Likevel takker halvparten nei til slike tilbud. *Sykepleien.no/Forskning* doi: 10.4220/Sykepleienf. 2017.60171.
- Kvale, S & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.) Oslo: Gyldendal Akademiske
- Liebl, L., Barnason, S., & Hudson, D. B. (2016). Awakening: A qualitative study on maintaining weight loss after bariatric surgery. *Journal of Clinical Nursing*. Volume 25, issue 7-8; 951-961. DOI: 10.1111/jocn.13129
- Norris, S. L, Zhang, X., Avenell, A., Gregg, E., Brown, T.J., Schmid, C. H. & Lau, J. (2007). Long-Term Non Pharmacological Weight Loss Interventions for Adults with Type 2 Diabetes Mellitus. Review. *The Cochrane library*, Issue 4.
- Ochner, C. N., Tsai, A. G., Kushner, R. F. & Wadden, T. A. (2015). Treating obesity seriously: when recommendations for lifestyle change confront biological adaptations. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 3 (4), 232:234.
[https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(15\)00009-1](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(15)00009-1)
- Puhl, R. M. & Brownell, K. D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity*, 14, 1802:1815.
- Rand, K., Vallis, M., Aston, M., Price, S., Piccinini-Vallis, H., Rehman, L. & Kirk, S. (2017). “It is not the diet; it is the mental part we need help with.” A multilevel analysis of psychological, emotional, and social well-being in obesity. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. Vol. 12, 1306421.
<http://dx.doi.org/10.1080/17482631.2017.1306421>
- Skyrud, R. V, Aaseth, J & Birketvedt, G. S (2011). Outpatient, Multidisciplinary Treatment of Morbidly Obese Patients: A Two-Year Retrospective Study. *The Open Behavioral Science Journal*, 2011, 5, 00-00
- Strømme, M, Bakken, I. J., Andenæs, E, Klöckner, C. A., Mårvik, R., Kulseng, B. & Holen, A. (2015). Fet, feit eller bare overvektig? *Tidsskrift for Den norske legeförening*. 20, 135:1816. doi: 10.4045/tidsskr.14.0828.
- Sundhedsstyrelsen (2017). Overvægt. Hentet fra:
<https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/overvaegt>
- Tarrant, M., Khan, S., Farrow, C., Shah, P, Daly, M. & Kos, K. (2017). Patient experiences of a bariatric group programme for managing obesity: A

- qualitative interview study. *British Journal of Health Psychology*, 22, 77-93. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12218>
- Tjelta, M., & Holsen, I. (2013). “Det går an å mestre det meste ved å gå på sanne kurs som dette her”. Gruppebasert opplæring og mestring ved diabetes type 2: En kvalitativ studie. *Nordisk sygeplejeforskning* nr. 3, vol. 3, ss. 193-205. ISSN 1892-2678
- Torgersen, Å., Foreman, R. J., Husebø, S. E. & Reime, M. H. (2017). Gastric bypass- ingen snarvei til ny livsstil. Pasienterfaringer to år etter kirurgi. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* nr. 1, 13. Årgang. <http://dx.doi.org/10.7557/14.4125>
- WHO (2017). Obesity and overweight. Hentet fra: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Wiklund, M., Olsén, M. F., & Willén, C. (2011). Physical activity as viewed by adults with severe obesity, awaiting gastric bypass surgery. *Physiotherapy Research International*, 16(3), 179-1

Forutsetninger for vellykket sosial innovasjon i sykehjem: ledernes perspektiv – en kvalitativ intervjustudie

Catherina Øverås Totcheva, Janikke Solstad Vedeler og Åshild Slettebø

Catherina Øverås Totcheva, forsker III, Nordlandsforskning, cat.overas@gmail.com

Janikke Solstad Vedeler, forsker II, Nordlandsforskning, jve@nforsk.no

Åshild Slettebø, professor, Universitetet i Agder, ashild.slettebo@uia.no

Abstract

Preconditions for successful social innovation in nursing homes: Managers' perspectives – a qualitative interview study

In this article, we investigate preconditions for social innovation in institution-based elderly care in Norway and Denmark. The article draws on two semi-structured interviews and one focus-group interview. The interviewees are managers in elderly-care facilities that are known to be proficient with regards to innovation. The analysis point to three principles managers describe as being pertinent to successful social innovation. Firstly, an overall theme across the interviews was that the managers underscored the importance of eagerness and willingness to change as a prerequisite for innovation. Secondly, the managers claimed that another crucial condition to facilitate innovation is to involve the employees in both the negotiation and the implementation of innovation. Thirdly, the managers reported that they strive to create a learning environment, arguing that learning and social innovation are interrelated terms and should be treated as such.

Keyword/Nøkkelord

nursing home; social innovation; leadership

sykehjem; sosial innovasjon; ledelse

Referee*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4645>



© 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

Velferdsstaten står overfor det vi kan kalle en trippelutfordring: et økende antall eldre, behov for ny, kostbar teknologi, og innbyggernes økte forventninger til kvaliteten og omfanget av offentlige velferdstjenester (Bevan, 2012). Helse- og omsorgstjenesten utgjør om lag en tredjedel av virksomheten i kommunene, og møter og vil fortsette å møte store krav om forbedringer og ressurseffektivisering i årene som kommer. Både fra politisk og forskningsmessig hold løftes innovasjon fram som en nødvendig løsning på slike utfordringer. Innovasjon har således blitt en del av politiske programerklæringer og nasjonale styringsdokumenter (Willumsen & Ødegård, 2015), og innovasjonskravet er et sentralt emne hos politikere og praktikere i helse- og omsorgssektoren (NOU 2011:11, 2011; Tanggaard & Wegener, 2016).

Begrepet «innovasjon» var opprinnelig knyttet til privat sektor og industriproduksjon (Berge, 2015), og har i senere tid blitt anvendt i offentlig sektor (NOU 2011:11, 2011). Når begrepet brukes i offentlig sektor, er oppmerksomheten gjerne rettet mot innovasjon mellom personer og tjenester, og således introduseres «sosial innovasjon» som begrep (Willumsen, Sirnes, & Ødegård, 2015). I offentlig sektor anses sosiale innovasjoner å kunne innebære nye løsninger som møter sosiale behov og fører til nye eller forbedrede tjenester og bedre bruk av eksisterende ressurser (for en hyppig brukt definisjon, se the Young Foundation, 2012). Det sosiale aspektet ved innovasjon understreker at innovasjonen skal være iverksatt «av eller med samfunnets aktører – ikke for dem» (Hougaard & Keller Lauritzen, 2014, s. 6). Selv om innovasjon ikke nødvendigvis skapes ovenfra, spiller ledere en nøkkelrolle for innovasjon, da det er de som kan skape en gunstig kultur for dette (ibid.). Ledere kan ta grep for å legitimere innovasjon på arbeidsplassen, for eksempel ved å gi medarbeidere muligheten til å komme med ideer, og bidra til at disse ideene blir hørt, tatt på alvor og satt ut i live.

En studie viser at det rapporteres om et stort innovasjonsarbeid i offentlig sektor (Foyn, 2011), og lederes verdigrunnlag ser ut til å sammenfalle med verdier som kan stimulere innovasjon (Gjelsvik, 2015). Det eksisterer imidlertid begrenset med forskning om sosiale innovasjoner i offentlig tjenesteytende sektor generelt, og på implementering av innovasjoner innenfor helsefagprofesjonene spesielt (Jeon, Merlyn, & Chenoweth, 2010; Kristiansen, Westeren, Obstfelder, & Lotherington, 2016). Vår hensikt er å levere etterspurt forskningsbidrag om sosiale innovasjoner i helse- og omsorgssektoren, og i denne artikkelen utforsker vi ledere i sykehjem sine fortellinger om hva de mener er forutsetninger for vellykket sosial innovasjon. Vi spør: Fra et lederperspektiv, hva er sentralt for å skape et gunstig arbeidsplassmiljø for sosial innovasjon?

Perspektivet i artikkelen er inspirert av situert læringsteori (Lave & Wenger, 2003). Situert læringsteori foreslår at læring skjer gjennom deltakelse i sosial praksis, altså i menneskers interaksjoner og relasjoner. Læring anses dermed som en integrert del av hverdagspraksis. Teorien definerer læring som forandret sosial praksis, og derfor anses læring som en livslang prosess, ikke et produkt. Lave og Wenger (2003) beskriver uformelle, lærende samarbeidsgrupper som lokaliseres i det daglige arbeidet, og kaller disse praksisfellesskaper. Praksisfellesskaper er nettverk av relasjoner, hvor deltakerne har felles forståelse for hva de gjør og hva det betyr for deres virksomhet. Et situert læringsperspektiv lar oss utforske arbeidsplassen som en læringsplass. I de senere år har det vært økt fokus på koblingen mellom læring og innovasjon, men inntil nå har denne kobling ikke blitt undersøkt i sykehjem.

I artikkelen trekker vi også på Schön (2001), som i likhet med Lave & Wenger (2003), forstår læring som en relasjonell aktivitet. Schön (2001) baserer sin teori på en antagelse om at viten skapes i interaksjoner, eksempelvis når man engasjerer seg i en refleksjonsprosess. Refleksjon-over-handling finner sted når vi skal forklare andre hvorfor vi har gjort som vi har gjort. Dette kan, som vi vil illustrere i diskusjonsavsnittet, føre til læring.

Kunnskapsstatus for innovasjon i sykehjem

Det ble utført et systematisk søk i PubMed og CINAHL med søkeordene «social innovation», «management» og «nursing homes» fra januar 2000 til desember 2018. Litteraturen viser at ledelse er en sentral faktor for innovasjon i sykehjem (Bezboruah, Paulson & Smith, 2014). De fant i en større studie at lederes holdninger var av betydning for implementering av teknisk innovative løsninger. Gifford, Graham & Davies (2013) fant at ledere bør kjenne til barrierer som hindrer innovative endringer i sykehjem. De fant at det både var individuelle så vel som organisatoriske barrierer, der manglende kunnskaper og ferdigheter var den største barrieren mot innovasjon (ibid). Kulturelle endringer i sykehjem er et tema som er diskutert innenfor innovasjon i sykehjem (Gartshore, Waring & Timmons, 2017; Miller, Mor & Burgess, 2016; Nieboer & Strating, 2012; Sturdewant, Mueller & Buckwalter, 2018). Gartshore et al. (2017) viser i en scoping review at det er utfordringer med å implementere trygghetskulturer i sykehjem, mens Sturdewant et al. (2018) fant i en systematisk review at kulturendring i sykehjem er lite forsket på og resultatene sparsomme da det benyttes mange ulike metoder for å måle kulturendring i sykehjem. Nieboer & Strating (2012) utførte en større empirisk studie og fant store forskjeller i innovative kulturer i sykehjem. De forklarte dette primært med organisatoriske forskjeller som for eksempel å ha et dynamisk miljø, samt at de menneskelige ressursene og kunnskapsledelse hadde betydning for å styrke innovative kulturer. En kulturendring som ble gjennomført av Chisholm, Zimmermann, Rosemond, McConnell, Weiner, Lin & Hanson (2018) var en innovasjonsstudie der

Målrettet omsorg (Goals of Care) ble implementert. Erfaringer fra denne studien viste at blant annet erfaringer med innovasjon forbedret kommunikasjonen til deltakerne i tråd med den implementerte endringen. Rosemond, Hanson, Ennett, Schenck & Weiner (2012) påpeker at lederes holdninger forstått som å være synlige, støttende, mottakende og fleksible og med gode kommunikasjonsferdigheter er viktig for innovasjon (Tyler, Lepore, Shield, Looze & Miller, 2014). De må også være inkluderende med ansatte, pasienter og pårørende. Det tyder på at en kultur der endring og innovasjon er verdsatt øker sannsynligheten for at ledelsen får gjennomført innovative kulturendringer i sykehjem (Adams, Verbeek & Zwakhalen, 2017; Eines & Vatne, 2018, Rosemond et al., 2012). Dette understøttes av Adams et al. (2017) der de anbefaler ledere i sykehjem å bidra til sosial støtte og godt arbeidsmiljø for å øke jobbmotivasjon, jobbtilfredshet og derved endringsvilje hos ansatte.

Dette er forskning internasjonalt, men også i Norden og Norge har det vært studier av innovasjon i sykehjem. En svensk studie undersøkte 12 case der innovasjon i helsetjenesten var gjennomført. De fant at kliniske ledere var viktige for endringsprosesser og at administratorer var av mindre betydning. De påpekte også at i stedet for implementering av endring, bør man snakke om organisatorisk utvikling (Øvretveit, Andreen-Sachs, Carlsson, Gustafsson, Hansson, Keller, Löfgren, Mazzocato, Tolf & Brommels, 2012). Rokstad, Vatne, Engedal & Selbæk (2015) fant i en studie av tre norske sykehjem at ledere må være aktive rollemodeller med en klar visjon der helsepersonellet inkluderes i innovasjonen for å lykkes med utviklingsprosesser. Andreassen, Kjekshus og Tjora (2015) problematiserer i en norsk studie at prosjekter ser ut til å bli bare det, at det er vanskelig å få til varige endringer ut fra innovasjonsprosjekter i helsetjenesten. Men de argumenterer med at ledelsen spiller en stor rolle for endring til å bli implementert. I en annen norsk studie av Eines & Vatne (2018) anbefales at ledere må være engasjerte i endringsprosesser sammen med helsepersonell og frivillige i alle stadier i en innovasjonsprosess. De fant at dersom ledelsen ikke deltok eller engasjerte seg i innovasjonen ble den vanskelig å innføre og førte ikke til endringer av kulturen i sykehjem.

Metode

Artikkelens empiriske grunnlag er ett semistrukturert intervju med to sykehjemsledere i Danmark, ett intervju med en sykehjemsleder i Norge og ett fokusgruppeintervju med fem sykehjemsledere (norske og danske). Intervju-personene er ledere og områdeledere på sykehjem i Norge og Danmark.¹ Sykehjemmene inngår som del av forskningsprosjektet «Sosial innovasjon i sykehjem» som finansieres av Norges forskningsråd (under tildelingsnummer

¹ Selv om vi her trekker veksler på intervjuer både i Norge og Danmark, er ikke oppmerksomheten rettet mot nasjonale særtrekk i den foreliggende analysen.

256647), og disse sykehjemmene har et særlig fokus på innovasjon. Intervjuene handlet om hva sykehjemslederene anså som forutsetninger for å drive innovasjonsarbeid og hva slags innovasjoner som hadde blitt implementert. De ble gjennomført i 2016 og 2017.

Forskningsprosjektet ble tilrådd av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Intervjuene med sykehjemslederene er basert på muntlig og skriftlig informert samtykke. Intervjupersonene var informert om hva prosjektet handler om, og de ble invitert med på prosjektsamlinger. Deltakelsen i intervjuene var frivillig, og lederne var kjent med hva intervjuviten skulle brukes til. Da disse lederne har taushetsplikt i kraft av sin ansettelse på sykehjemmene, var det viktig at intervjuene ble gjennomført slik at ikke slike taushetsbelagte opplysninger ble registrert. Intervjupersonene ble minnet om dette i forbindelse med intervjuene. Vi har anonymisert sykehjemmene og lederne i denne artikkelen.

Intervjuene ble transkribert, og deretter analysert ved bruk av tematisk analyse. Denne analysemetoden blir brukt for å identifisere, analysere og rapportere mønstre i kvalitative data (Braun & Clarke, 2006). Metoden lar oss utforske sosiale praksiser slik de kommer til uttrykk gjennom språklige ytringer. I analysen av datamaterialet har vi vært opptatt av innhold (hva informantene forteller om holdninger og praksiser knyttet til innovasjon) framfor form (hvordan informantene forteller) (Lieblich, Zilber, & Tuval-Mashiach, 1998). Alle former for erfaringssentrerte fortellinger innebærer avgrensninger og fortolkninger. Fortellinger gir ikke objektiv viten om hendelser, men kan gi oss et innblikk i informantenes erfaringer. Dermed er det viktig å huske at ledernes fortellinger om forutsetninger for å innovere er konstruert fra deres egne perspektiv, likesom vår bearbeiding og framstilling av datamaterialet er farget av våre interesser og hensikter. Data kodes ikke i et epistemologisk vakuum, og kvalitativ forskning er en verdiladd aktivitet (Braun & Clark, 2006; Karpatschhof, 2010).

Etter gjennomlesning av transkripsjonene, ble framtrepende koder markert, og deretter vurdert i lys av intervjuene i sin helhet. Deretter organiserte vi kodene i overordnede temaer, med henblikk på hvilke temaer som best kunne bidra til å belyse problemformuleringen. Vi beveget oss mellom data og teori, og således anla vi en abduktiv analysetilgang, som best kan forstås som en kombinasjon av den induktive og deduktive tilgangen. Ut fra analysen identifiserte vi tre temaer som bidro til å belyse ledernes perspektiv på forutsetninger for sosial innovasjon. Disse var: ledernes oppfatthet av forandringsvilje, medarbeiderinvolvering og læringsmiljø.

Funn

I intervjuene fortalte sykehjemslederene om ulike aktiviteter som ledere og ansatte hadde satt i gang for å bedre livskvaliteten til beboerne. Disse

innovasjonene hadde primært to drivkrefter. Enten kom de i gang som svar på påtrykk utenfra, slik som innføring av e-rom (et elektronisk dokumentasjons-system) og sertifisering som livsgledesykehjem, eller så ble de utviklet for å møte lokale behov på sykehjemmet. Et slikt lokalt behov var eksempelvis kompetansehevede tiltak for ansatte, for å møte beboerne på en enda mer faglig forsvarlig måte. Ett av sykehjemmene hadde derfor for en tid tilbake innført internundervisning, faglunsjer og fagdager, for å gi ansatte faglig påfyll på arbeidsplassen. Behovene for mer kunnskap om enkelte fagområder oppstår i møte med beboerne. I forskningsprosjektet er oppmerksomheten først og fremst rettet mot innovasjoner som er utviklet lokalt, altså av ledere og medarbeidere, og i det som følger skal vi se på hvilke forutsetninger lederne knyttet til disse.

For å gi et eksempel på en innovasjon utviklet lokalt, skal vi kort presentere en retrokafé som et av sykehjemmene har åpnet. Kaféen ble åpnet etter lederne og medarbeiderne fikk inspirasjon fra en 70-talls kafé på et sykehjem i en annen by. Retrokaféen ble driftet av en ungdomsskoleklasse, og hadde blant annet som formål å gi en ny sosial arena til beboerne og deres familier, samt å åpne sykehjemmet opp for lokalsamfunnet. For at innovasjoner som denne kan finne sted, må idéer omgjøres til handling. I det som følger retter vi oppmerksomheten mot tre forhold som i intervju materialet framsto som vesentlig for at innovasjoner som den ovenstående kunne gå fra å være ideer til å bli implementert.

Forandringsvilje

På tvers av intervjuene formidlet lederne en holdning om at de alltid ønsket å være i utvikling. De forfektet at denne holdningen var en essensiell del av deres innovative kultur. Mange av deres utsagn illustrerte et gjennomgående fokus på hele tiden å utfordre gamle vaner, et mål om alltid å *«holde gryten i kok»*, som en av lederne uttrykte det. Mens noen av forandringene oppsto med utgangspunkt i lokale ønsker og behov, var andre endringer tilpasninger til forandringer som skjer utenfor sykehjemmet, eksempelvis endringer i bruker-gruppen. Lederne beskrev trivsel i begge typer forandringer, og en leder forklarte det slik:

«Det har aldri vært flere forandringer enn det er nå. Vi får noen helt, helt andre brukere. Vi skal kunne så mye mer. Det stiller store krav til hele organisasjonen [...] Vi kan ikke lenger bare «trekke noe opp av ryggsekken», [...] og det er jeg veldig tilpass med, for det er egentlig da jeg opplever at det skjer en forandring».

Utsagnet demonstrerer en trivsel i forandringsprosesser som var gjennomgående i intervjuene. I tråd med slik trivsel i forandringsprosesser, fortalte en annen leder at hun ikke ville trivdes i en statisk arbeidshverdag: *«Jeg tror at jeg hadde visnet hen om jeg ikke fikk lov å drive så mye utviklingsarbeid som vi gjør.»* Hun framhevet også at stadig å være i gang med innovasjoner, gjør det mer trivelig å komme på jobb. Slik trivsel kunne hun for eksempel se gjenspeilet i nedgang i

sykefraværet, fortalte hun. Hun forklarte nedgangen i sykefraværet ved å tegne et kausalt forhold mellom innovasjon og arbeidsglede: «*Skal vi ha arbeidsglede i en sykehjemsverden, så må du være innovativ [...]. Får du til det, får du en veldig stor arbeidsglede inn et sykehjem.*» Og med økt arbeidsglede fulgte mindre fravær, ifølge lederen. En annen fortalte: «*Man skal ikke gå på jobb med hodet under armen og gjøre som man pleier [...]. Vi er nødt til hele tiden å skape utvikling.*» Her framstilte lederen kontinuerlig utvikling som en forutsetning for innovasjon.

Mål om kontinuerlig endring som trer fram i materialet, kommer også til uttrykk i følgende utsagn: «*Man er hele tiden nødt til å være på tå hev og se 'kan det optimeres? Kan vi gjøre det annerledes?' [Hvis] situasjonen blir annerledes, kan vi da gjøre det på en annen måte? Er det noen som kan se noe nytt?*» En annen leder fortalte: «*[Vi må] bruke all inspirasjon til å snu bøtten på hodet og si 'kunne vi tenke noe helt annerledes?'*»

Medarbeiderinvolvering

Et annet gjennomgående tema var at lederne hevdet at en av de viktigste måtene de tilrettelegger for innovasjon på, foregår ved å involvere medarbeiderne både i forhandling og implementering av innovasjon. En leder fortalte at involvering fører til forandring: «*Vi skal involvere medarbeiderne, og så fort de blir involvert, så skjer det noe. Det er helt tydelig.*» I vårt materiale demonstrerte lederne altså et eksplisitt fokus på medarbeiderinvolvering. En annen framstilte det slik: «*Og det handler om involvering. Involver de du skal lede, og de blomstrer.*»

Da lederne ble spurt om de opplevde motstand blant de ansatte mot å bli med på å skape forandring i sykehjemmet, svarte en av lederne: «*Ja, men kun hvis [idéen] kommer ovenfra og man ikke er med på å utvikle den. Hvis de ansatte selv er involverte, vil de ofte gjerne bidra til forandringer. Det er alltid mulig å få med de ansatte i prosesser hvis man involverer dem.*» En annen leder fortalte at hun er opptatt av at sykehjemmets målsetning skal ha forankring i de ansattes egne visjoner:

«*Og det tror jeg handler om det som jeg er mest opptatt av i mitt lederskap, involvering. [...] Det handler om [medarbeidernes] mulighet til å jobbe ut egne målsettinger og visjoner. Så får de et eierskap til det, og det tror jeg er noe av suksessfaktoren også. [...] De er involvert i veldig mange prosesser, og det er veldig tydelig at de trives med det.*»

For å illustrere hvordan ansatte ble involvert, fortalte en av lederne om et kurs i prosjektledelse der hun hadde tatt med seg en av hjelpepleierne. Hun var imidlertid den eneste av de 25 lederne på kurset som gjorde det. Til de andre lederne på kurset, hadde hun sagt: «*Ja, selvfølgelig har jeg tatt med meg en av*

mine ansatte. [For] jeg vil ha det implementert i måten vi jobber på.» Her argumenterte lederen for at hvis hennes ansatte skal kunne innovere, må de være involvert i forhandlingen om innovasjoner. Hun framstilte involvering som en essensiell del av innovasjon, og påpekte at ansattes eierskap til innovasjonsideene er grunnleggende hvis de skal bli implementert på sykehjemmet. Eksempelet illustrerer viktigheten av at lederen ser bak det formelle organisasjonskartet, for, med lederens ord, «å finne gullet i egne rekker».

Læring

Læring var det tredje viktige temaet som vi identifiserte. Lederne framhevet at et godt læringsmiljø er en viktig forutsetning for innovasjon. De uttrykte at de ser på medarbeiderinvolvering som en viktig del av læringsmiljøet, en av dem forklarte det slik: «Og det handler jo også om involvering. Det handler ikke om å gjøre noe for systemets skyld, det handler om å få snakket om det som skjer, og få læring i det. Det er jo læringsprosessen som er viktig.» En annen av lederne sa:

«Jeg har i alle fall en veldig lang erfaring med en gammel kultur som jeg tenker, den skal vi bevege oss i en annen retning fra: Vi skal ikke avskaffe at man skal på skolebenken, men vi skal ha mer skolebenk ut på arbeidsplassen. Det er jeg opptatt av».

Hva er det lederen her siktet til? Tidligere hadde sykehjemmet sendt mange medarbeidere av sted på ekstern undervisning og kursing. De opplevde som kollegialt fellesskap å få minimalt utbytte av det. De opplevde at kunnskapen som medarbeiderne tilegnet seg på kurs, forsvant fort, fordi «vi har det travelt og vi skal videre». For å løse dette problemet, endret de rammen for noen av kursene:

«På et tidspunkt hadde vi en bestemt demensutdannelse. Da flyttet vi noe av utdannelsen ut på arbeidsplassen. Da ble undervisere med ut [hit på sykehjemmet], og så ble resten av gruppen involvert i noen seanser her ute. Det så vi gode resultater av».

Lederne beskrev at ved å invitere kursholderne til sykehjemmet, framfor å kun sende medarbeiderne på eksterne kurs, ble læringskonteksten mer praksisnær. Medarbeiderne tilegnet seg kunnskap som var kontekstspesifikk for deres arbeidsplass, og dermed fikk de høyere utbytte av undervisningen.

Flere utsagn fra de andre lederne bekreftet behovet for å få mer skolebenk ut på arbeidsplassen. En leder framhevet at det ikke nyttet «å sende folk på kurs i alt mulig. Vi skal ha det her ute», og en annen leder supplerte med: «Jeg tenker at vi er veldig fokuserte på å få noe ut av det vi gjør [...]. Når det lykkes å skape et læringsmiljø, så er det en hel masse annet vi sparer på.» Eksempelvis opplevde lederne å spare tid og penger på å flytte undervisningen til sykehjemmet.

Diskusjon

I artikkelen utforsker vi forutsetninger for sosial innovasjon, sett fra sykehjemsledernes ståsted. Analysen av intervjuene har vist at lederne pekte på særlig tre forhold for at innovasjoner skulle gå fra å være en idé til å bli implementert, nemlig forandringsvilje, medarbeiderinvolvering og fokus på læring. Ifølge situert læringsteori er de to sistnevnte forholdene (medarbeiderinvolvering og fokus på læring) uløselig knyttet sammen, idet læring finner sted gjennom deltakelse. Dette er i tråd med annen forskning om ledelse og innovasjon (Bezboruah et al., 2014; Rokstad et al., 2015; Rosemond et al., 2012). I det som følger vil vi utdype sammenhengen mellom disse tre forholdene.

Sykehjemslederne trakk fram at for å kunne innovere, er det viktig å ha en holdning om alltid være i endring. Denne holdningen innebærer to aspekter. Det ene kan vi knytte til det sykehjemslederne omtalte som trivsel. De framhevet at det er spennende å drive med utviklingsarbeid. Slikt arbeid krever refleksjon-over-handling (Schön, 2001). Refleksjon kan forstås som en mekanisme som lar oss omgjøre erfaring til læring (Schön, 2001). Mye av arbeidet på et sykehjem er preget av rutine og prosedyrer, hvilket lederne fortalte kan føre til kjedsomhet blant de ansatte. Det kan derfor foreslås at innovasjon kan fungere som en buffer for denne kjedsomheten, idet å initiere innovasjoner og sette dem ut i livet, medfører et brudd med hverdagspraksisen. Bruddet krever refleksjon over tidligere praksis samt refleksjon over ny praksis. Refleksjon-over-handling finner sted når vi skal forklare andre hvorfor vi har gjort som vi har gjort (Schön, 2001), og slik refleksjon kan føre til læring. En visner ikke hen, men deltar på en arbeidsplass der læring og utvikling står i fokus.

Det andre aspektet ved forandringsviljen, handler om arbeidet med hele tiden å bedre tjenestetilbudet i sykehjemmet. I tråd med eksisterende kunnskap på feltet (se Gjelsvik, 2015), fortalte sykehjemslederne at de til stadighet blir stilt overfor nye krav om effektivitet og forbedrede tjenester. I følge Gjelsvik (2015) møter offentlig sektor høye krav til fleksibilitet og forandringsevne, og disse kravene vil etter all sannsynlighet øke i årene framover. I sykehjemmene vi har undersøkt kom det fram argumenter for at innovasjon er et nødvendig svar på kravene sykehjemmene møter. En slik innovasjonsvillighet gjenspeiles i SSBs undersøkelse om innovasjon i offentlig sektor, hvor 80 prosent av respondentene oppga å ha gjennomført én eller flere innovasjoner de siste årene (Foyn, 2011). Offentlig ansattes motivasjon til å drive innovasjonsprosesser kan knyttes til ønsker om å forbedre produkter og tjenester (Gjelsvik, 2015), slik sykehjemslederne forfektet. At innovasjoner preger offentlig sektor i så stor grad, kan virke overraskende all den tid innovasjon ofte forbindes med privat sektor (Fitjar, 2015), men innovasjon og offentlig sektor ser ut til å være et begrepspar vi vil se mer av.

Medarbeiderinvolvering framtrer i vårt materiale som en annen forutsetning for innovasjon, slik også Gjelsvik (2015) viser til. Å lede forandlingsprosesser, som innovasjoner, er et komplekst fenomen som kan kreve en situert, distribuert og reflekterende lederskapspsykologisk forståelsesramme (Elmholdt, Keller, & Tanggaard, 2015). Distribuert lederskap handler om å inndra medarbeidere i organisasjonsvalg, eksempelvis i kontekst av innovasjon. Å skape og opprettholde en innovasjonsvennlig kultur avhenger av at lederen anerkjenner og legger til rette for anvendelse av kompetansen de ansatte besitter. Anerkjennelse av medarbeideres kompetanse understøttes som viktig av studien til Nieboer & Strating (2012). I en undersøkelse av holdninger til innovasjon (Gjelsvik, 2015) kommer det fram at en majoritet av ledere, særlig i offentlig sektor, mener det kan være riktig å la ansatte få gjennomslag for sitt syn på løsninger. Med andre ord, ledere ønsker velkomment initiativ fra medarbeiderne og verdsetter medarbeiderinvolvering som en grunnleggende verdi. Dette er oppløftende, sett i kontekst av Darsø (2012), som påpeker at en av de største barrierene for innovasjon, er at medarbeidere ofte fratras muligheten til å innovere. Gifford et al. (2013) fant både individuelle så vel som organisatoriske barrierer for innovasjon. De peker på manglende kunnskaper og ferdigheter som den største barrieren mot innovasjon i deres studie (ibid). Sykehjemslederne vi har intervjuet framhevet imidlertid at medarbeiderne må involveres for å kunne drive med innovasjon. De understreket behovet for medarbeideres eierskap til innovasjonsprosesser og -resultater. De fortalte om erfaringer som tilsa at dersom de involverte de ansatte, ble de i retur møtt med engasjement og ønske om å bidra til forandringer. Denne tilnærmingen resonerer med argumentasjonen til Kesting og Ulhøi (2010), som foreslår at ettersom det er medarbeiderne som har eksklusiv kunnskap om hverdagspraksisen, må ledere legge til rette for at nettopp de ansatte kan foreta innovasjonsvalg. For å skape en kultur hvor medarbeiderne kan innovere, må lederen skape rom for at de ansatte tør ytre sine meninger, komme med forslag til forbedring, og, sist, men ikke minst, må lederen lytte til medarbeideres forslag, og ta disse på alvor (Fitjar, 2015).

Sykehjemslederne vektla at det skal være stort rom for å prøve og feile på sykehjemmet, så sant det ikke går utover pasientsikkerheten. Takhøyde for prøving og feiling er et vesentlig kjennetegn ved en arbeidsplass som er opptatt av læring. Og nettopp arbeidsplassen som et godt læringsmiljø er det tredje forholdet som trer fram i datamaterialet vårt. I den senere tid har forholdet mellom læring og innovasjoner fått økt oppmerksomhet. Ellström (2010) framhever at innovasjoner i økende grad blir sett på som en funksjon av kunnskapsformeringen som finner sted i organisasjonen. At læring har blitt et nøkkelbegrep i forskning på innovasjoner, medfører at arbeidsplassen ikke bare ses som en produksjonsplass, men en læringsplass. Arbeidsplassen som læringsplass kommer i vårt materiale blant annet til uttrykk da lederne fortalte at de flyttet eksterne kurs inn på sykehjemmene. Dette samsvarer med situert

læringsteori, fordi her forstås læring som kontekstspesifikk, og derfor vil man anta at læring på kurs som er atskilt fra hverdagspraksisen ikke vil kunne overføres til hverdagspraksis. Ifølge Lave og Wenger (2003) er deltakelse kanalen til læring, fordi læring ikke først og fremst finner sted ved å lytte til undervisning eller ved å gjenta andres prestasjoner. Ledernes grep for å få «*mer skolebenk ut på arbeidsplassen*» kan illustrere et situert perspektiv på læring, idet det lærte ses som et resultat av deltakelse i yrkespraksisen. I følge Eines & Vatne (2018) er ledelsens deltakelse og engasjement i innovasjon en forutsetning for innføring og endring i sykehjem.

Konklusjon

I artikkelen har vi undersøkt forutsetninger for innovasjon, slik de er analysert fram med utgangspunkt i intervjuer med sykehjemsledere. Vi har utforsket hva ledere i sykehjem anser er sentralt for å skape et gunstig arbeidsplassmiljø for sosial innovasjon. De tre forholdene som trådte fram var forandringsvilje, medarbeiderinvolvering og læring. Betydningen av vilje til endring er en forutsetning for innovasjon. Samtidig må medarbeidere involveres i endringer og forhandlinger i innovasjonsprosessen. Dette kan bidra til et lærende miljø der læring og sosial innovasjon henger uløselig sammen. Gjennom vår analyse har vi ønsket å bidra med ny innsikt i temaet sosial innovasjon i helse- og omsorgssektoren. Ved å utforske hvilke forutsetninger sykehjemsledere ser som nødvendige for sosial innovasjon, kan kunnskapen forhåpentligvis bidra til bedre innovasjonsprosesser i sykehjem.

Artikkelens begrensning

Enkeltstående tilfeller er interessante, for de kan vise oss noe om hva som generelt er tilfellet (Tanggaard & Brinkmann, 2010). For å kunne lære av de enkelte tilfeller, må vi imidlertid være oppmerksomme på graden av forførelse som kan ligge i kvalitative intervjuer. I vårt datamateriale har lederne først og fremst fortalt om de positive sidene ved innovasjon, og i svært liten grad omtalt utfordringer og problemer. De har på mange måter trukket fram suksesshistoriene. Denne til dels ensidige vektleggingen kan tyde på at det ville vært hensiktsmessig å hypotesetestet hva lederne sier de har gjort i forhold til hva de i realiteten har gjort. Ofte ses det en diskrepans mellom hva individer hevder å gjøre og hva de i realiteten gjør (Argyris & Schön, 1974). Feltobservasjoner kan derfor vært et relevant supplement til analysen, blant annet for å få tilgang til flere aktørers tilnærminger til innovasjonsarbeidet. Videre er innovasjoner begrenset av sosiale, politiske og økonomiske rammer, en samfunnsmessig kontekst artikkelen i liten grad har viet oppmerksomhet til. En analyse som kontekstualiserer datamateriale i denne sammenhengen, ville vært aktuell. En slik diskusjon vil være spennende å følge videre (i prosjektet og framtidig forskning), da det kan gi relevant innsikt i eksemplvis maktaspektet ved

innovasjon (Fairclough 1992, 2008). Disse opplagte begrensningene vil i forskningsprosjektets videre gang følges opp da prosjektet har til hensikt å undersøke sosial innovasjon i sykehjem ved hjelp av ulike metoder, inklusiv feltarbeid og survey.

Implikasjoner for praksis

Artikkelen har presentert utvalgte sykehjemslederens fortellinger om innovasjon, men det er behov for mer forskning på området. Dette betyr ikke at forskningen ikke har relevans for praksis, men at den forventningen om en friksjonsfri sammenheng mellom forskning og praksis med fordel kan utfordres. For forholdet mellom forskning og samfunnspraksis er komplekst, og forskning kan gi verdifulle bidrag til forbedring av samfunnsmessige praksiser uten nødvendigvis å kunne spesifisere hvordan gitt praksis skal utføres (Chaiklin, 2007). Det er lite kunnskap om sosial innovasjon i kommunesektoren, slik NOUen Innovasjon i omsorg (NOU 2011:11, 2011) problematiserer. Dermed kan det fortsatt være en lang vei å gå innenfor dette område, før vi for alvor kan snakke om forskningens direkte implikasjoner for praksis. Artikkelen foreslår at medarbeiderinvolvering, et godt læringsmiljø og forandringsvilje kan være viktige forutsetninger for suksessfull innovasjon, forslag hvis handlingsverdi nok best kan bedømmes ved videre utforskning.

Litteratur

- Adams, J., Verbeek, H., & Zwakhalen, S.M.G. (2017). The Impact of Organizational Innovations in Nursing Homes on Staff Perceptions: A Secondary Data Analysis. *Journal of Nursing Scholarship* 49(1), 54–62. <https://doi.org/10.1111/jnu.12271>
- Andreassen, H. K., Kjekshus, L. E., & Tjora, A. (2015). Survival of the project: a case study of ICT innovation in health care. *Social Science & Medicine* 132, 62–69. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.03.016>
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1974). *Theory in practice, increasing professional effectiveness*. New York: John Wiley & Sons, INC.
- Berge, D. M. (2015). Innovasjon – et begrep i drift. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Sosial innovasjon – fra politikk til tjenesteutvikling* (s. 117-133). Bergen: Fagbokforlaget.
- Bevan, H. (2012). A trilogy for health care improvement: Quality, productivity and innovation. I P. Spurgeon, L. H. Cooper, & R. J. Burke (Red.), *The innovation imperative in health care organizations: critical role of human resource management in the cost, quality and productivity equation* (s. 37-61). Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Bezboruah K.C., Paulson D.& Smith J. (2014). Management attitudes and technology adoption in long-term care facilities. *Journal of Health Organization and Management* 28 (3), 344–365. <https://doi.org/10.1108/JHOM-11-2011-0118>

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3(2), 77-101.
[doi:10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)
- Chaiklin, S. (2007). Relationer mellom forskningsviden og praksis: en guide for den desorienterede. I S. Brinkmann, & L. Tanggaard, *Psykologi, forskning og profession* (s. 217-246). København: Hans Reitzels Forlag.
- Chisholm, L., Zimmerman, S., Rosemond, C., McConnell, E., Weiner, B.J., Lin, F-C. & Hanson, L. (2018). Nursing home staff perspectives on adoption of an innovation in goals of care communication. *Geriatric Nursing* 39, 157–161. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.08.001>
- Darsø, L. (2012). Innovation Competency — An Essential Organizational Asset. In S. Høyrup, M. Bonnafous-Boucher, C. Hasse, M. Lotz, & K. Møller (Eds.), *Employee-Driven Innovation*. London: Palgrave Macmillan.
- Eines, T.F. & Vatne, S. (2018). Nurses and nurse assistants' experiences with using a design thinking approach to innovation in a nursing home. *Journal of Nursing Management* 26, 425–431.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12559>
- Ellström, P.-E. (2010). Practice-based innovation: a learning perspective. *Journal of Workplace Learning* 22(1/2), 27-40.
<https://doi.org/10.1108/13665621011012834>
- Elmholdt, C., Keller, H. D., & Tanggaard, L. (2015). *Ledarskapets psykologi : Att leda medarbetare i en föränderlig värld*. Malmö: Gleerup.
- Fairclough, N. (1992). *Discourse and social change*. Oxford: Polity Press in association with Blackwell Publishing Ltd.
- Fairclough, N. (2008). *Kritisk diskursanalyse*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Fitjar, R. D. (2015). Innovasjon for utvikling i offentlig og privat sektor - prinsipielle forskjeller (pp. 63-84). Bergen: Fagbokforlaget, 2015.
- Foyn, F. (2011). *Innovasjon i offentlig sektor*. Rapporter (Statistisk sentralbyrå : online), Vol. 2011/25.
- Gartshore, E., Waring, J. & Timmons, S. (2017). Patient safety culture in care homes for older people: a scoping review. *BMC Health Services Research* 17, 752. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2713-2>
- Gifford, W.A., Graham, I.D. & Davies, B.L. (2013). Multi-level barriers analysis to promote guideline based nursing care: a leadership strategy from home health care. *Journal of Nursing Management* 21, 762–770.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12129>
- Gjelsvik, M. (2015). Offentlige ledes holdninger som potensial for innovasjon (s. 193-212). Bergen: Fagbokforlaget, 2015.
- Hougaard, K. F., & Keller Lauritzen, J. R. (2014). *Sammen om velfærd : bedre løsninger med social innovation*. København: Gyldendal Business.
- Jeon, Y. H., Merlyn, T., & Chenoweth, L. (2010). Leadership and management in the aged care sector: A narrative synthesis. *Australasian Journal on Ageing* 29(2), 54-60. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2010.00426.x>

- Karpatschof, B. (2010). Den kvalitative undersøgelsesforms særlige kvaliteter. In S. Brinkmann, & L. Tanggaard, *Kvalitative Metoder – En Grundbog* (s. 409-428). Latvia: Hans Reitzels Forlag.
- Kesting, P., & Ulhøi, J. P. (2010). Employee-driven innovation: extending the license to foster innovation. *Management Decision* 48(1), 65-84. <https://doi.org/10.1108/00251741011014463>
- Kristiansen, M., Westeren, K. I., Obstfelder, A., & Lotherington, A. T. (2016). Coping with increased managerial tasks: tensions and dilemmas in nursing leadership. *Journal of Research in Nursing* 21(7), 492-502. <https://doi.org/10.1177/1744987116668940>
- Lave, J., & Wenger, E. (2003). *Situeret læring – og andre tekster*. København: Reitzel.
- Lieblich, A., Zilber, T., & Tuval-Mashiach, R. (1998). *Narrative research: reading, analysis, and interpretation*. Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Miller, S.C., Mor, V. & Burgess, J.F. Jr., (2016). Studying Nursing Home Innovation: The GreenHouseModel of Nursing Home Care. *Health Services Research* 51(1), 335-343. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12437>
- Nieboer, A.P. & Strating, M.M.H. (2012). Innovative culture in long-term care settings: The influence of organizational characteristics. *Health Care Management Review* 37(2), 165Y174. DOI: 10.1097/HMR.0b013e318222416b
- NOU (2011). *Innovasjon i omsorg*, NOU 2011:11, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Rokstad, A. M., Vatne, S., Engedal, K., & Selbæk, G. (2015). The role of leadership in the implementation of person-centred care using dementia care mapping: a study in three nursing homes. *Journal of Nursing Management* 23(1), 15–26. <https://doi.org/10.1111/jonm.12072>
- Rosemond C.A, Hanson L.C., Ennett S.T., Schenck A.P., & Weiner B.J. (2012) Implementing person-centered care in nursing homes. *Health Care Management Review* 37 (3), 257–257. DOI:10.1097/HMR.0b013e318235ed17
- Schön, D. A. (2001). *Den reflekterende praktiker : hvordan professionelle tænker, når de arbejder*. Århus: Klim.
- Sturdevant, D.L., Mueller, C.A. & Buckwalter, K.C. (2018). Measurement of Nursing Home Culture Change: Systematic Review. *Research in Gerontological Nursing* 11(2), 103-112. <https://doi.org/10.3928/19404921-20171205-01>
- Tanggaard, L., & Brinkmann, S. (2010). Intervjuet: samtalen som forskningsmetode. I S. Brinkmann, & L. Tanggaard, *Kvalitative metoder, en grundbog* (ss. 29-53). København: Hans Reitzels Forlag.
- Tanggaard, L., & Wegener, C. (2016). Why novelty is overrated. *Journal of Education and Work* 29(6), 728-745. <https://doi.org/10.1080/13639080.2015.1040379>
- Tyler D.A., Lepore M., Shield R.R., Looze J., & Miller S.C. (2014). Overcoming Resistance to Culture Change: Nursing Home Administrators' Use of

Education, Training, and Communication. *Gerontology & Geriatrics Education* 35(4), 321–336.

<https://doi.org/10.1080/02701960.2013.837049>

- Willumsen, E., Sirnes, T., & Ødegård, A. (2015). Innovasjon innen helse og velferd - sosial innovasjon (pp. 26-44). Bergen: Fagbokforlaget, 2015.
- Willumsen, E., & Ødegård, A. (2015). Innovasjon – et konsept i endring. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Sosial innovasjon – fra politikk til tjenesteutvikling* (pp. 17-24). Bergen: Fagbokforlaget.
- Young Foundation (2012). *Social Innovation Overview: A deliverable of the project: “The theoretical, empirical and policy foundations for building social innovation in Europe” (TEPSIE)*, European Commission – 7th Framework Programme, Brussels: European Commission, DG Research
- Øvretveit, J., Andreen-Sachs, M., Carlsson, J., Gustafsson, H., Hansson, J., Keller, C., Löfgren, S., Mazzocato, P. Tolf, S. & Brommels, M. (2012). Implementing organization and management innovations in Swedish healthcare lessons from comparison 12 cases. *Journal of Health Organization and Management* 26(2), 237–257.
- <https://doi.org/10.1108/14777261211230790>

Pleiepersonalets selvrapporterte evaluering av opplæring i ergonomisk forflytning, bruk av teknikker og hjelpemidler i en kommune – en longitudinell pilotstudie

Bente Nordtug, Karin Torvik, Jorunn Bjerkan, Nanna S. Hellesø og Hildfrid V. Brataas

Bente Nordtug, førsteamanuensis, Nord universitet, bente.nordtug@nord.no

Karin Torvik, førsteamanuensis, Nord universitet og Norges teknisk-naturvitenskapeligs universitet – NTNU

Jorunn Bjerkan, førsteamanuensis, Nord universitet

Nanna S. Hellesø, forhenværende universitetslektor, Nord universitet

Hildfrid V. Brataas, professor emerita, Nord universitet

Abstract

Healthcare workers' self-reported evaluation of ergonomic transfer training, use of techniques and aids in a municipality - a longitudinal pilot study

Healthcare workers' self-reported evaluation of ergonomic transfer training, use of techniques and aids in a municipality – a longitudinal pilot. Traditionally, healthcare work in nursing homes is regarded as physically strenuous work with a risk of back injuries stemming from adverse movement techniques. The purpose of the study was to analyse healthcare workers' self-reported evaluation of ergonomic transfer training in a municipality in Norway. The training aimed to improve healthcare personnel's ergonomic patient handling. N = 73 health care employees from a nursing home and homes to the disabled. Mean response rate during the three points of measurement was 77 %. Data were collected by questionnaire at baseline, at the end of the training, at 18 months, and 36 months after baseline. Then the data were compared using quantitative analysis at group level. Participants reported adequate training, improved availability of transfer-related resources, and increased use of transfer techniques over the course of the measurement periods. Respondents who asked transfer experts for guidance used transfer techniques more than others did.

Keyword/Nøkkelord

ergonomics; employee health; healthcare; patient transfer

ergonomi; arbeidshelse; forflytningsteknikk; omsorg; kompetanse

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4433>



© 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.

Referee*

Bakgrunn

Pleie har tradisjonelt blitt betraktet som fysisk tungt arbeid med høy risiko for plager, og skader i muskler- og skjelett (Andersen, Clausen, Burr & Holtermann, 2012; Oranye & Bennet, 2017). Ryggplager og uheldige arbeidsteknikker ved pasientforflytning har sammenheng (Andersen et al., 2014; Mayeda-Letourneau, 2014). Denne kvantitative studien er en del av et prosjekt i implementering av ergonomisk pasientforflytning blant helsepersonell i en norsk rural kommune (Brataas, Hellesø & Flått, 2011).

Det er de siste tre decennier forsket for å redusere belastninger ved flytting av pasienter. I starten handlet det mest om å finne og bruke riktig løfteteknikk, der det var selve løftet som måtte gjennomføres riktig. Det gjaldt tunge forflytningsoppgaver og tiltak for å hindre belastningslidelser. Målet var å sikre at utstyr, gjenstander, arbeidsplassens utforming, arbeidsoppgaver og omkringliggende arbeidsmiljø ikke utsatte arbeidstakeren for helseskadelig belastning. Utviklingen har siden dreid seg mer mot ergonomisk forflytning uten løfting, friksjonsreduisering, bruk av forflytningsutstyr og pasientens friske bevegelsesmønster (Andersen et al., 2014; Baptiste, Boda, Nelson, Lloyd & Lee, 2006; Lunde, 2011; Rogers, Buckheit & Ostendorf, 2013). Ergonomisk pasientforflytning er i dag en del av utdanningen for helsepersonell (Hellesø, Nordtug & Brataas, 2016; Lunde, 2011).

Til tross for dette synes det fortsatt å være utfordringer. I en studie med cirka 9000 helsearbeidere som jobbet i eldreomsorgen, rapporterte mellom 12 % og 28 % langvarig smerte av minst tre måneders varighet (Andersen, Clausen, Mortensen, Burr & Holtermann, 2012). Risikoen for ryggsmertesmerter og helseskader hos pleiepersonell har vært høyere i sykehjem enn i sykehus (Andersen et al., 2014; Collins & Menzel, 2006; Waters, Collins, Galinsky & Caruso, 2006). Mange har forlatt helsesektoren via sykmeldinger og uføretrygd i Norge (St.meld.nr. 47, 2009), med store kostnader for samfunnet og for den enkelte arbeidstaker (Aslam, Davie, Feldman & Martin, 2015). Fremtidsvyene tilsier at det blir færre helsearbeidere og flere eldre. Da er det betydningsfullt å tilrettelegge for at flest mulig av helsearbeiderne kan forsette i arbeidet uten helseplager grunnet ugunstige metoder for pasientforflytning.

Ved å innføre ergonomisk forflytningsteknikk har noen studier vist nedgang i forekomsten av ryggplager hos helsepersonell (Garg & Kapellusch, 2012; Martin, Harvey, Culvenor & Payne, 2009). En annen studie viste varierende resultater (Schoenfish, Lipscomb, Pompeii & Dement, 2013). Det foreligger lite forskning som viser vedvarende nedgang i arbeidsrelaterte muskel- og skjelett plager ved innføring av forflytningsteknikker (Hogan, Greiner & O'Sullivan, 2014). Forskning tyder på at ergonomisk forflytningspraksis der

flere tiltak settes inn samtidig, har større betydning for ansattes arbeidshelse enn intervensjoner med én type tiltak (Aslam et al., 2015; Choi & Brings, 2016; Hellesø et al., 2016; Martimo et al., 2008; Tullar et al., 2010; Wanless & Page, 2009).

Organisasjoner som er opptatt av arbeidstakernes arbeidshelse og sikkerhet, legger vekt på personellet kompetanse, men også på mengde, kvalitet og tilgjengelig teknologi for å utføre arbeidsoppgavene (Kleiner, Hettinger, DeJuy, Huang & Love, 2015). Slike organisasjoner synes å ha ledere som er sterkt og synlig forpliktet til å fremme ansattes kompetanse og engasjement (Kleiner et al., 2015; Senge, 2006). Kompetanse hos helsepersonellet innebærer at de har tilstrekkelige teoretiske kunnskaper og yrkesspesifikke ferdigheter (Brataas & Furunes, 2012) og dessuten har energi, erfaring, motivasjon og vurderingsevne til oppgavene (Berman, Snyder & Frandsen, 2016). Organisasjoner som stimulerer ansattes motivasjon og fremmer deres muligheter for å lære, vil ifølge Senge (2006) lykkes med å skape ønskede resultater. Å lykkes betyr i denne sammenhengen at ansatte bruker kunnskap de har lært om ergonomisk forflytning i praksis.

Statens arbeidsmiljøinstitutt peker på tre typer tiltak som må iverksettes for å lykkes med å forebygge muskel og skjelettplager (Knardal et al., 2008) : 1) tiltak for å redusere mekaniske eksponeringer, 2) tiltak rettet mot psykologiske, sosiale og organisatoriske faktorer og 3) individrettede tiltak. Wijk & Mathiassen (2011) fremhever fire strategier for å endre fra å løfte pasienter til ergonomisk forflytningspraksis; a) tiltak rettet mot den enkelte arbeidstaker, b) endringer i arbeidsmiljøet, c) tiltak for å oppnå godt samspill mellom arbeidstakere, og d) strukturelle og organisatoriske endringer. Aslam et al. (2015) har gransket forskning på feltet og beskriver tiltak med følgende komponenter: Det er teknologiske tiltak, pedagogiske tiltak og retningslinjer for forflytningspraksis i kombinasjon for å ivareta ansattes sikkerhet.

Tidligere kvalitative funn fra samme kommune og prosjekt viser at ansatte opplevde tiltak med implementering av ergonomisk forflytningsteknikk som betydningsfullt for sin kompetanse, arbeidshelse og sikkerhet (Brataas et al., 2011; Hellesø et al., 2016). Implementeringen motiverte til bedre kvalitet i retningslinjer for pasientforflytning og samarbeid om gode løsninger for pasientene (Brataas et al., 2011; Hellesø et al., 2016). Det trengs imidlertid mer kunnskap om betydning over tid av slik tidsavgrenset opplæring med og bruk av ergonomisk forflytning.

Hensikten med denne studien var å analysere pleiepersonalets selvrapporterte evaluering av opplæring, bruk av ergonomiske hjelpemidler og forflytningskunnskap over tid. Studien hadde følgende forskningsspørsmål:

Ble opplæringen vurdert som god eller dårlig av deltakerne?

Etterspurte deltakerne selv individuell veiledning i ergonomisk forflytning?

Hadde alder, kjønn, type stilling, antall år deltakerne hadde arbeidet i stillingen, noe å si for bruken av ergonomisk forflytning?

Var det bedret tilgang av ergonomiske hjelpemidler etter opplæringen?

Hadde bruken av ergonomisk forflytning økt etter opplæringen og vedvarte økningen over tid etter opplæringens slutt?

Metode

Studien hadde et longitudinelt design med tre målinger på gruppenivå.

Prosjektet hadde en utstrekning på 18 måneder i 2009-2011. Opplæringen omfattet flere tiltak. Prosjektet bygget på forskningsbasert ergonomisk forflytningskunnskap (Lunde, 2011) og teori om kunnskapsbasert praksis (Orvik, 2015). Kunnskapsbasert praksis innebar å benytte erfaringer og teori, kunnskap om de enkelte pasientene og pleiesituasjonen i planlegging og gjennomføring av aktiviteter (Brataas et al., 2011; Fogstad & Christensen, 2011). Prosjektet la opp til erfaringslæring med veiledning og refleksjon over forflytningspraksisen (Beverley & Worsley, 2007; Fogstad & Christensen, 2011; Lunde, 2011).

Utvalg

Utvalget besto av alle ansatte innen pleie- og omsorg i sykehjem og tjeneste for funksjonshemmede i kommunen. Før opplæringen startet, ved baseline (T1), besto staben av 73 fast ansatte og vikarer. Svarprosent ved T1 var 85 % (n = 62). Ved avslutning av opplæringen etter 18 måneder (T2) ble de som hadde svart ved T1 invitert til å svare på spørreskjema og 63 % (n = 46) svarte. Tre år etter oppstart ble det bestemt å foreta enda en måling (T3). For å unngå lav svarprosent, fikk alle i utvalget tilbud om å delta, og ved T3 svarte 84 % (n = 61). I analysene videre blir kun de som har svart på spørreskjemaene vist til i beregningene, mens prosentberegninger forholder seg til hele utvalget (N= 73).

Opplæringen

I starten ble det i kommunen gjennomført to dager med undervisning og praktisk opplæring i forskningsbasert ergonomisk forflytningskunnskap for alt pleiepersonell.

Deretter ble det gitt både individuell og gruppeveiledning i konkrete pasient-situasjoner gjennom hele prosjektperioden.

Videre ble det utarbeidet undervisningsvideo, retningslinjer samt verktøy for å kartlegge pasientenes individuelle behov for hjelp til forflytning. Videoen ble brukt som undervisningsmaterieell for de ansatte.

Nytt utstyr til forflytning ble anskaffet etter hvert som behovene ble tydelige. Dette var for eksempel sammenleggbare mobile heiser, nye typer dusjstol, og ulike typer seil til forflytning.

Gjennomføring av prosjektet

Prosjektet ble ledet av en prosjektleder fra kommunen. Prosjektansvarlige på sykehjemmet var en sykepleier og en fysioterapeut, - begge med spesialkompetanse i ergonomisk forflytning. I tillegg fikk en ansatt på hver avdeling som sin spesielle oppgave å motivere og drive aktiv forflytningsveiledning i den kliniske hverdagen. Videre ble det leid inn ekstra personalressurser for å kunne gjennomføre prosjektet. Ansatte deltok sammen med de to med spesialkompetanse i utarbeidelse av forflytningsplaner for alle pasienter med behov for forflytningshjelp.

Datasamling og variabler

Beskrivelser av deltakerne, variabler som kjønn, alder, og antall år de hadde vært ansatt, ble hentet inn. Likedan utgjorde type stilling en variabel, med svarkategoriene «sykepleier», «vernepleier», «omsorgsarbeider», «hjelpepleier», «assistent» og «ansatt i annen stilling». Videre hadde spørreskjemaet spørsmål om deltakerne hadde fått opplæring i forflytningsteknikk, om opplæringen var god nok, og om de selv hadde bedt om veiledning. Alle spørsmålene hadde svar på en kategorisk variabel med svaralternativene «ja» og «nei». Deltakerne rapporterte hvor ofte de brukte forflytningsteknikkene på en kategorisk skala med svaralternativene «ja, alltid», «hvis det er tid til det», «ja, om det er tilgjengelig», «hvis jeg husker det», «hvis andre bruker det», «sjelden» og «aldri». I tillegg handlet et spørsmål om det var tilstrekkelig med hjelpemidler til forflytning ved arbeidsplassen, med svarkategoriene «ja» og «nei».

Analyse

Dataene ble analysert på gruppenivå ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS-23. Deskriptive og eksplorerende analyser ble utført. På grunn av små grupper er deskriptive data presentert som frekvenser (Field, 2005). Utvalgene ved de tre undersøkelsestidspunktene var ikke normalfordelte ifølge Kolmogorov-Smirnov's test = $p < 0,001$ (Field 2005). Chi-Square tester og Kruskal-Wallis test ble brukt for å teste signifikante forskjeller i kategoriske data. Jonckheere-Terpstra test ble brukt for å analysere om det var noen vedvarende trend mellom de ulike måletidspunktene (Field, 2005).

«Sykepleier» og «vernepleier» ble slått sammen til en kategori, fordi den ene yrkesgruppen besto av svært få, samt at de hadde samme utdanningsnivå. Det samme gjaldt «assistent» og «ansatt i annen stilling», slik at variabelen «type stilling» nå utgjorde tre typer stillinger; «omsorgsarbeider / hjelpepleier», «sykepleier / vernepleier», og «assistent / annen stilling».

Svaralternativene til variabelen om «hvor ofte de brukte forflytningsteknikkene» ble omkodet til tredelt kategorisk skala. Den første kategorien; 1 = «ja, alltid» + «ja, dersom det er tid til det», ble kalt «alltid, hvis tid». Den andre kategorien, 2 = «ja om det er tilgjengelig» + «ja, når jeg husker det» + «ja, hvis andre bruker det» ble benevnt «hvis tilgjengelig, husker det, andre bruker det». Den tredje kategorien, 3 = «sjelden» + «aldri» + «jeg arbeider sjelden eller aldri med pasientforflytning», ble til «sjelden, aldri».

Etikk

Det ble rådført med Personvernombudet for forskning (NSD) om meldeplikt. Ettersom studien ikke samlet inn identifiserbare personopplysninger og ikke benyttet koblingsnøkler var prosjektet ikke meldepliktig. Med hensyn til siste måling der det ble brukt nettbasert besvarelse, ble NSD søkt om vurdering, og framgangsmåten ble godkjent (NSD).

Alle ansatte fikk muntlig informasjon om studien av prosjektleder i kommunen og skriftlig informasjon fra forskerne før forespørsel om deltakelse. Det ble også informert om at deltakelse var frivillig og at de kunne trekke seg fra studien på et hvilket som helst tidspunkt uten at det ville få konsekvenser for dem. Besvarelsene ved de tre måletidspunktene ble behandlet på slik måte at deltakerne ikke kunne identifiseres på noe tidspunkt. Forskerne brukte ikke navneliste. Det var ikke mulig å matche data fra enkeltdeltakere på de tre måletidspunktene. Det ble regnet som informert skriftlig samtykke når deltakeren fylte ut spørreskjemaet. Ved T1 fikk alle ansatte utdelt spørreskjema av kommunens prosjektleder, mens ved T2 ble de som hadde fylt ut spørreskjema ved T1 forespurt om deltakelse. Svarkonvolutter med spørreskjema ble sendt til forsker direkte. Ved T3 ble quest back spørreskjema utsendt til alle ansatte via e-postliste fra kommunens prosjektleder for intervensjonen. Kommunenes prosjektleder deltok ikke i behandling av datamaterialet. Quest back besvarelser ble direkte oversendt til en av forskerne.

Resultater

Beskrivelse av deltakerne

Flertallet av deltakerne i studien var sykepleiere, omsorgsarbeidere og hjelpepleiere, mens vernepleiere, assistenter og ansatte i andre stillinger utgjorde et mindretall.

Det var ingen signifikante forskjeller mellom de som svarte med hensyn til type stilling ved T1, T2 og T3 ($\chi^2 = 4,486$, df 4, $p > ,344$) (tabell 1).

Tabell 1. Fordeling av svar fra deltakerne på type stilling ved de tre måletidspunktene

N= 73

Type stilling	T1	T2	T3
Omsorgsarbeider / hjelpepleier	27 (37 %)	18 (25 %)	22 (30 %)
Sykepleier / vernepleier	27 (37 %)	22 (30 %)	36 (49 %)
Assistent / annen stilling	8 (11 %)	6 (8 %)	3 (4 %)
Total	62 (85 %)	46 (63 %)	61 (84 %)

Tabell 1 viser at ved siste måling har flere sykepleiere og vernepleiere svart enn omsorgsarbeidere og hjelpepleiere, men forskjellen mellom type stilling ved T3 var ikke signifikant. ($\chi^2 = 4,260$, df 2, $p > ,119$). Assistenten og ansatte i andre stillinger utgjør et mindretall ved hver måling.

Ti (14 %) av deltakerne var under 30 år, mens andelen over 40 år eller mer var 34 (47 %). To var menn. 26 (36 %) av deltakerne hadde arbeidet 10 år eller mer. Fem ansatte (8 %) rapporterte stillingsprosent under 50 %. De fleste, 54 (74 %), arbeidet turnus på dag- og kveldstid.

Opplæring i bruk av ergonomisk forflytningsteknikk

Angående opplæring i forflytningsteknikk, sa 59 (81 %) at de hadde fått det ved T1, ved T2 var det 46 (63 %), og ved T3 var det 61 (84 %), og forskjellene var signifikante ($\chi^2 = 17,874$, df 2, $p > ,001$). Imidlertid var det mange som ikke svarte på spørsmålet om opplæringen var god nok, spesielt ved første og andre måling (tabell 2).

Tabell 2. Personalets selvrapporing om hvorvidt opplæring i forflytningsteknikk var god nok

N = 73

Har du fått god nok opplæring?	T1	T2	T3
Nei	12 (16 %)	3 (4 %)	0
Ja	37 (51 %)	33 (45 %)	61 (84 %)
Total	49 (67 %)	36 (49 %)	61 (84 %)

Tabell 2 viser at de fleste rapporterer å ha fått god nok opplæring ved siste måletidspunkt.

Individuell veiledning

Det kom frem at 35 (48 %), rapporterte å ha tatt initiativ til å få veiledning ved siste måletidspunkt ($\chi^2 = 13,180$, df 2, $p < ,001$). De som hadde tatt initiativ til å få forflytningsveiledning brukte forflytningsteknikker signifikant mer enn de som ikke hadde spurt om slik veiledning (Kruskal-Wallis test $H(2) = 20.82$, $p < .0001$). Dette var også en signifikant trend, altså en økt bruk av forflytningsteknikker gjennom de tre måletidspunktene (Jonckheere-Terpstra test $J = 3520$, $z = -4.46$, $r = -.34$).

Sammenheng mellom bruk av ergonomisk forflytning og beskrivelse av deltakerne

Det var ingen forskjell mellom type stilling og bruk av forflytningsteknikker ($\chi^2 = 7,323$, df 4, eksakt $p = ,120$), og heller ikke forskjeller mellom stillingsprosent og bruk av forflytningsteknikker ($\chi^2 = 3,336$, df 2, eksakt $p = ,217$). Videre var det ingen signifikante forskjeller i antall år de hadde arbeidet i stillingen og bruk av forflytningsteknikkene ($\chi^2 = 1,645$, df 4, eksakt $p = ,830$), eller alder og bruk av teknikkene ($\chi^2 = 7,498$, df 4, eksakt $p = ,106$). Ettersom det kun var to menn i utvalget ga det ingen mening i å analysere kjønnsforskjeller.

Tilgang av ergonomiske hjelpemidler etter opplæringen

Det var en signifikant økning av ansatte som meldte om bedre tilgang av ergonomiske hjelpemidler; fra 39 og 38 (cirka 52 %) ved T1 og T2, til 58 (80 %) ved T3 ($\chi^2 = 17,799$, df 2, $p < ,001$).

Deltakernes rapporterte bruk av forflytningsteknikk

Når det gjelder bruk av forflytningsteknikker rapporterte 20 (27 %) av deltakerne at de brukte dem «alltid, hvis tid» ved T1. Ved T2 tilkjennega 29 (40 %) at de gjorde det, mens ved siste måling, T3, økte den ytterligere til 36 (49 %). Andelen som brukte forflytningsteknikker «hvis tilgjengelig, husker det, andre bruker det» utgjorde 36 (49 %) ved T1, og 17 (23 %) ved T2, for så å øke til 22 (30 %) ved T3. De som bruker forflytningsteknikker «sjelden, aldri» er få (tabell 3).

Tabell 3. Personalets selvrapportering om bruk av forflytningsteknikk

N = 73

Bruk av forflytningsteknikk	T1	T2	T3
Bruker teknikkene alltid, hvis tid	20 (27 %)	29 (40 %)	36 (49 %)
Bruker teknikkene hvis tilgjengelig, husker det, andre bruker det	36 (49 %)	17 (23 %)	22 (30 %)
Bruker teknikkene sjelden, aldri	5 (7 %)	0	3 (4 %)
Total	61 (84 %)	46 (63 %)	61 (84 %)

Tabell 3 viser at andelen som bruker forflytningsteknikkene øker for hvert måletidspunkt. Forskjellene mellom tidspunktene var signifikante ($\chi^2 = 14,229$, df 4, eksakt $p < ,004$).

Diskusjon

Undersøkelsen viste at deltakerne rapporterte om økt bruk av de ergonomiske teknikkene; både etter opplæringsperioden, og ett og et halvt år senere. Videre meldte de om bedret tilgang av tekniske hjelpemidler, og stadig flere rapporterte å ha fått god nok opplæring, gjennom de tre måletidspunktene. De som selv ba om veiledning, sa de brukte teknikkene mest.

Organisasjonens opprusting av kompetanse og teknologi hadde trolig betydning for kvalitet og sikkerhet på forflytningsoppgavene (Lunde, 2011). De fleste deltakerne anga å ha fått undervisning om forflytning før deltakelse i forflytningsopplæringen. En relativt stor andel hadde arbeidet i stillingen mer enn ti år, og hadde følgelig helsefaglig utdanning fra mer enn ti år tilbake. Ettersom ergonomisk forflytning som fagfelt er relativt nytt (Lunde, 2011; Nelson et al., 2006), kan en anta at disse ikke har hatt forflytning, men løfteteknikk som fag under utdanningen og har blandet sammen begrepene i første runde med spørreskjema.

Siden alle deltok i forflytningsopplæring, kunne alle bidra i utvikling av forflytningspraksis. Felles opplæring og inkludering kan medvirke til økt engasjement (Hurtado, Dumet, Greenspan & Rodriguez, 2018), og påvirke holdninger og utvikling av kultur for gode forflytningsmetoder i staben (Hellesø et al., 2016). Det at opplæringen skjedde teoretisk og praktisk på kurs, og i fellesskap på arbeidsplassen, ga rom for ulike opplæringsmåter (Fogstad &

Christensen, 2011; Hurtado et al., 2018; Lauridsen, 2007). Når de lærte ergonomisk forflytningsteknikk av og med hverandre uansett stilling, ga det rimelig økt felles forståelse av ergonomisk kunnskap og ferdigheter (Fogstad & Christensen, 2011).

Å ha spesialutdannede forflytningsveiledere, og i tillegg en ansatt på hver avdeling med spesielt ansvar og forpliktelse for ansattes kompetanse og engasjement, kan ha medvirket til søkelys på prosjektet. Når det også ble leid inn ekstra personell på dager med forflytningsveiledning, ble det skapt rom for opplæring i avdelingen, uten stressende tidspress. Det kan ha fremmet samarbeidskulturen og utviklet et miljø for kunnskapsbasert praksis (Kleiner et al., 2015).

Slik opplæring med bruk av forflytningskunnskap fordrer økonomiske og personellmessige ressurser. Ikke alle kommuner synes å kunne prioritere det. Økonomisk støtte via prosjektmidler bidro til organisering og tilrettelegging.

Retningslinjer, kartleggingsverktøy og forflytningsplaner ble utviklet for alle pasienter under opplæringen (Hellesø et al., 2016). Disse kan siden være nyttige i kartlegging og utvikling av individuelle tiltak, der pasienten skal oppleve å bli forflyttet på etisk og behagelig måte (Brataas et al., 2011).

Individuell veiledning underveis ga mulighet for refleksjon og fysisk rettleiding i praksissituasjonen. Det førte trolig til bedret ergonomisk forflytning med mindre feilbelastning og slitasje på de ansatte (Beverley & Worsley, 2007; Hellesø et al., 2016; Hurtado et al., 2018; Lunde, 2011). Kompetanse gir forutsetninger for mestring i praksis, og mestring kan i neste omgang motivere til vedvarende læring (Brataas, 2003; Brezinka, 1988). Forflytningskunnskap, men også personlig kompetanse som holdninger, tenkesett og væremåter er betydningsfulle deler av profesjonaliteten (Skau, 2011). Erfaringslæring og personlig kompetanseutvikling i staben som helhet var antakelig viktig for resultatet. I følge Lunde (2011) er forflytningsveiledning mer egnet enn tradisjonell undervisning som pedagogisk metode.

Flere ansatte var i store stillinger, og kun et fåtall hadde stillingsprosent under 50. At de fleste har store stillingsprosenter bidrar til samarbeid og motiverende arbeidsmiljø (Ingstad & Amble, 2015). Kontinuitet, organisering, samt forflytningsveiledning på arbeidsstedet, kan ha gitt anledning til mye trening. Motivasjon hadde klar betydning for bruken av forflytningsteknikkene, ettersom de som ba om veiledning brukte teknikkene mer enn andre.

For å ha god kvalitet på forflytningspraksis, kreves en del utstyr til gjennomføringen slik det beskrives i prosedyrene (Lunde, 2011). Tilgjengelige hjelpemidler og riktig bruk av disse så ut til å ha innflytelse på hvor ofte teknikkene ble praktisert. Resultatene viser at de ansatte fortsatte å bruke utstyr og

ergonomiske teknikker fra perioden med opplæring til siste måling, et og et halvt år senere. At endringen vedvarte kan bety at de ansatte syntes bruk av ergonomisk forflytning var en forbedring.

Når kommunal helsetjeneste satser på kvalitet og kompetanse i opplæring av forflytningsteknikk i form av flere tiltak samtidig for alle ansatte, kan det ha positiv betydning. At alle ansatte erfarer å bli sett og forstått gjennom systematiske utviklingstiltak, kan gi dem motivasjon og mestringsevne som fører til høyere kvalitet på deres tjenester (Senge, 2006).

Styrker og svakheter ved undersøkelsen

Utvalget kjennetegnes ved høy deltakelse, med variasjon på yrke, stillingsandeler, arbeidssted og type vakter. Svarprosenten ved T1 og T3 var over 83 %. Resultatene kan likevel vanskelig generaliseres ut over studiepopulasjonen. Ettersom det bare var de som hadde svart ved T1 som fikk tilbud om å delta ved T2, måtte dataene behandles på gruppenivå.

Det ble derfor ikke benyttet parvis match av deltakere på de tre måletidspunktene. Dette er en statistisk begrensning. Spørsmål med kun ja og nei spørsmål gav lite rom for nyanser. Hva folk legger i «nok» opplæring og hjelpemidler, kan være forskjellig. Spørsmål om de har fått opplæring eller ikke, sier ingenting om hva slags opplæring de har fått. Dataene avdekker heller ikke styrker eller svakheter ved selve undervisningsopplegget, eller mulighet for å si noe om hvilke av de ulike tiltakene som hadde størst og minst effekt. Betydning av lederens rolle kommer heller ikke frem. Optimalt sett kunne en ønske å måle bruk av pasientforflytning ved observasjon. En kontrollgruppe ville styrket funnene i studien. Ved sammenligning må det tas høyde for faktorer slik som stillingsandeler, ansiennitet, type stillinger, organisering- og ledelsesforhold. De siste dataene er samlet inn i 2013. Nyere forskning støtter våre funn og viser at det fremdeles er behov for opplæring i ergonomisk forflytning basert på fler-komponentlige tiltak over tid.

Konklusjon

Ut fra studien ser det ut til at opplæring i ergonomisk forflytningspraksis med flere tiltak samtidig kan ha bidratt til vedvarende endring i pasientforflytning ved de to avdelingene som deltok. Lengden på opplæringsperioden og pedagogiske tiltak på arbeidsstedet, samarbeid, veiledning med øving og erfaringslæring, kan ha vært vesentlig for resultatet. Organisasjonen synes å ha oppnådd suksess gjennom å rette oppmerksomhet mot de ansattes motivasjon, kompetanse og kvalitetspraksis.

Det trengs flere longitudinelle studier, effektstudier, og oppsummert kunnskap om opplæringsmetoder i ergonomisk forflytning i helsetjenesten.

Referanser

- Andersen, L. L., Burdorf, A., Fallentin, N., Persson, R., Jakobsen, M. D., Mortensen, O. S., Clausen, T., Holtermann, A. (2014). Patient transfers and assistive devices: prospective cohort study on the risk for occupational back injury among healthcare workers. *Scand J Work Environ Health*, 40(1), 74-81. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3382>
- Andersen, L. L., Clausen, T., Burr, H. & Holtermann, A. (2012). Threshold of musculoskeletal pain intensity for increased risk of longterm sickness absence among female healthcare workers in eldercare. *PLoS One*, 7(7), e41287. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0041287>
- Andersen, L. L., Clausen, T., Mortensen, O. S., Burr, H. & Holtermann, A. (2012). A prospective cohort study on musculoskeletal risk factors for long-term sickness absence among healthcare workers in eldercare. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 85(6), 615-622. <https://doi.org/10.1007/s00420-011-0709-5>
- Aslam, I., Davie, S. A., Feldman, S. R. & Martin, W. E. (2015). A Review of Patient Lifting Interventions to Reduce Health Care Worker Injuries. *Workplace Health & Safety*, 63(6), 267-275. <https://doi.org/10.1177/2165079915580038>.
- Baptiste, A., Boda, S. V., Nelson, A. L., Lloyd, J. D. & Lee, W. E. (2006). Friction-reducing devices for lateral patient transfer: a clinical evaluation. *AAOHN J*, 54(4), 173-180. <https://doi.org/10.1177/216507990605400407>
- Berman, A. T., Snyder, S. & Frandsen, G. (2016). *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing* (bd. 10th Edition). New York: Pearson.
- Beverley, A. & Worsley, A. (2007). *Learning & teaching in social work practice*. New York: Palgrave Macmillan.
- Brataas, H. V. (2003). Kvalitet i samspill. I H. V. Brataas & T. Steen-Olsen (Red.), *Kvalitet i samspill. Innføring i kommunikasjon og kulturell forståelse for helsepersonell* (s. 129-135). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Brataas, H. V. & Furunes, K. A. (2012). Pasientforløp, samarbeid og samhandling. I H. V. Brataas (Red.), *Pasientforløp, samarbeid og samhandling* (s. 223-238). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brataas, H. V., Hellesø, N. & Flått, T. M. (2011). *Tjenestekvalitet - forebygging – helse. Forflytningsteknikk i pleie- og omsorgstjenesten. HINT-Rapport 72: Høgskolen i Nord-Trøndelag*. Hentet fra: <http://ask.bibsys.no/ask/action/show?kid=biblio&cmd=reload&pid=111475562>.
- Brezinka, W. (1988). Competence as an aim of education. I B. Spiecker & R. Stroughan (Red.), *Philosophical issues in moral education and development* (s. 75-98). Milton Keynes, Philadelphia: Open University Press.
- Choi, S. D. & Brings, K. (2016). Work-related musculoskeletal risk associated with nurses and nursing assistants handling overweight and obese patient: A literatur review. *Work*, 53(2), 439-448.

<https://doi.org/10.3233/WOR-152222>

- Collins, J. W. & Menzel, N. N. (2006). Scope of the problem. I A. L. Nelson (Red.), *Safe Patient Handling and Movement. A Guide for Nurses and Other Health Care Providers* (s. 3-26). New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS*. London: SAGE Publications Ltd.
- Fogstad, L. & Christensen, B. (2011). Moving the boundaries: peer learning between nursing and physiotherapy students. *Nursing Science & Research in the Nordic Countries*, 31(3), 25-29.
- Garg, A. & Kapellusch, J. M. (2012). Long-term efficacy of an ergonomics program that includes patient-handling devices on reducing musculoskeletal injuries to nursing personnel. *Hum Factors*, 54(4), 608-625. <https://doi.org/10.1177/0018720812438614>
- Hellesø, N., Nordtug, B. & Brataas, H. V. (2016). Patient transfer skills and safety culture. *Journal of Nursing and Education and Practice*, 6(10), 1-8. <https://doi.org/10.5430/jnep.v6n10p93>
- Hogan, D. A., Greiner, B. A. & O'Sullivan, L. (2014). The effect of manual handling training on achieving training transfer, employee's behavior change and subsequent reduction of work-related musculoskeletal disorders: a systematic review. *Ergonomics*, 57(1), 93-107. <https://doi.org/10.1080/00140139.2013.862307>
- Hurtado, D. A., Dumet, L. M., Greenspan, S. A. & Rodriguez, Y. I. (2018). Social Network Analysis of peer-specific safety support and ergonomic behaviors: An application to safe patient handling. *Applied Ergonomics*, 68, 132-137. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2017.11.009>
- Kleiner, B. M., Hettinger, L. J., DeJuy, D. M., Huang, Y.-H. & Love, P. E. D. (2015). Sociotechnical attributes of safe and unsafe work systems. *Ergonomics*, 58(4), 635-649. <https://doi.org/10.1080/00140139.2015.1009175>
- Knardal, S., Veiersted, K. B., Medbø, J. I., Matre, D., Jensen, J., Pedersen, L. M., Strøm, V., Gjerstad, J., Wærsted, M. (2008). *Arbeid som årsak til muskel- og skjelettlidelser: kunnskapsstatus* Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) Årg. 9, nr 22. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/288562>
- Lauridsen, O. (2007). *Fokus på læring – om læringsstiler i dagligdagen, profesjonelt og privat*. Aarhus: Akademisk Forlag.
- Lunde, P. H. (2011). *Forflytningskunnskap: Aktivisering, hjelp og trening ved forflytning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Martimo, K. P., Verbeek, J., Karppinen, J., Furlan, A. D., Takala, E. P., Kuijjer, P. P., Jauhiainen, M., Viikari-Juntura, E. (2008). Effect of training and lifting equipment for preventing back pain in lifting and handling: a systematic review. *BMJ*, 23(336(7641)), 429-431. <https://doi.org/10.1136/bmj.39463.418380.BE>
- Martin, P. J., Harvey, J. T., Culvenor, J. F. & Payne, W. R. (2009). Effect of a nurse back injury prevention intervention on the rate of injury compensation claims. *J Safety Res*, 40(1), 13-19.

- <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2008>
- Mayeda-Letourneau, J. (2014). Safe patient handling and movement: a literature review. *Rehab Nurs*, 39(3), 123-129. <https://doi.org/10.1002/rnj.133>
- Nelson, A., Matz, M., Chen, F., Siddharthan, K., Lloyd, J. & Fragala, G. (2006). Development and evaluation of a multifaceted ergonomics program to prevent injuries associated with patient handling tasks. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 717-733. <https://doi.org/10.1177/0193945909342878>
- Oranye, N. O. & Bennet, J. (2017). Prevalence of work-related musculoskeletal and non-musculoskeletal injuries in health care workers: the implications for work disability management. *Ergonomics*, 61(3), 355-366. <https://doi.org/10.1080/00140139.2017.1361552>
- Rogers, B., Buckheit, K. & Ostendorf, J. (2013). Ergonomics and nursing in hospital environments. *Workplace Health & Safety*, 61(10), 429-439. <https://doi.org/10.3928/21650799-20130916-09>
- Schoenfisch, A. L., Lipscomb, H. J., Pompeii, L. A. & Dement, J. M. (2013). Musculoskeletal injuries among hospital patient care staff before and after implementation of patient lift and transfer equipment. *Scand J Work Environ Health*, 39(1), 27-36. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3288>
- Senge, P. M. (2006). *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization*. Chatham, Kent: Random House Business Books.
- Skau, G. M. (2011). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- St.meld.nr. 47. (2009). *Samhandlingsreformen* Oslo. Hentet fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>
- Tullar, J. M., Brewer, S., Amick, B. C., Irvin, E., Mahood, Q., Pompeii, L. A., Wang, A., Van Eerd, D., Gimeno, D. & Evanoff, B. (2010). Occupation safety and health interventions to reduce musculoskeletal symptoms in the health care sector. *Journal of Occupation Rehabilitation*, 20, 199-219. <https://doi.org/10.1007/s10926-010-9231-y>
- Wanless, S. & Page, A. (2009). Moving and handling education in the community: technological innovations to improve practice. *British Journal of Community Nursing*, 14(12), 530-532. Hentet fra: <https://search.proquest.com/docview/733692473?accountid=26469>
- Waters, T., Collins, J., Galinsky, T. & Caruso, C. (2006). NIOSH research efforts to prevent musculoskeletal disorders in the healthcare industry. *Orthop Nurs*, 25(6), 380-389. Hentet fra: <https://search.proquest.com/docview/195962909?accountid=26469>
- Wijk, K. & Mathiassen, S. E. (2011). Explicit and implicit theories of change when designing and implementing preventive ergonomics interventions — a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 37(5), 363-375. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3159>

Foreldres erfaringer med utfylling av ASQ kartleggingsskjema i forbindelse med to års konsultasjonen på helsestasjonen – en kvalitativ studie

Linda Herigstad og Kari Glavin

Linda Herigstad, helsesykepleier, Oslo kommune, lindaherigstad@gmail.com

Kari Glavin, professor, VID vitenskapelige høyskole, kari.glavin@vid.no

Abstract

Parents' experiences of completing the ASQ tool at the two-year consultation at the Child Health Center – a qualitative study

This study has investigated the user perspective of parent-based screening tools at Child Health Centers. Age & Stage Questionnaires (ASQ) are used at the two years consultation at Child Health Centers. The aim was to explore parents experience of completing the ASQ tool at two years consultation at the Child Health Center. We used qualitative research methodology with in-depth interviews with parents. The findings show that parents felt positive to fill in the ASQ form. The study also shows a large variation in how parents experienced how the tool was used at the Child Health Centre. The parents' experiences are discussed against theory and other research in the field. The findings are also discussed in light of the purpose of implementing screening tools and results of previous studies in the field. The study concludes that there are many challenges related to the implementation of the tool in the service, and more research is needed in this area.

Keyword/Nøkkelord

development screening instrument; ASQ; user perspective; implementation

kartleggingsverktøy; ASQ; brukerperspektiv; implementering

Referee*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4426>



© 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

I Norge satses det på gode oppvekst og levekår for barn og unge. Det er økt fokus på styrking av den generelle folkehelsen og på å hindre sykdomsutvikling i befolkningen. Helsestasjonen skal ha en sentral rolle ved forebygging og tidlig identifisering av skjevutvikling hos barn. Oppgavene tjenesten skal utføre er omfattende og forankret i en nasjonal retningslinje (Helsedirektoratet, 2017). Det er stadig flere kommuner som tar i bruk ulike kartleggingsverktøy for å vurdere barns utvikling, både i helsestasjoner, barnehager, barnevern og i spesialisthelsetjenesten (Holme, 2010). I begrepet kartleggingsverktøy legges intervjuer, utfyllingsskjemaer, rutiner og prosesser for screening og observasjoner som kan brukes på helsestasjonen for å vurdere barnets utvikling (Holme, Olavsén, Valla & Hansen, 2016).

Det utvikles jevnlig nye verktøy for kartlegging av barn. Det oppfattes at det er bred politisk og faglig enighet om at dette er bra for at barn så tidlig som mulig skal få hjelp og tilrettelegging ved behov. Alle kartleggings-skjemaene er utviklet med på tanke på ønsker om barnets beste. Et felles trekk for verktøyene er at de har lagt normer om hva som defineres innenfor det normale (Pettersvold & Østrem, 2012; Ersvik, 2012).

Etter hvert som kartleggingsverktøy er tatt i bruk er det flere politikere, fagfolk og foreldre som er kritiske til innføringen av kartleggings-skjema for barn. Bakgrunnen er blant annet at det ikke er dokumenterte effekter av verktøyene, det settes strenge normer for hva som er normal utvikling og det kan bidra til å underkjenne fagfolks profesjonalitet (Pettersvold & Østrem, 2012; Ersvik, 2012).

Ved helsestasjonene brukes det flere ulike kartleggingsverktøy. Tanken er å gi helsesykepleier en bedre oversikt over barnets helse og utvikling og å komme tidlig inn med tiltak når det oppdages utviklingsavvik. Bruk av kartleggingsverktøy kan forebygge sykdomsutvikling, øke barnets forutsetning for å innhente normalutvikling og legge forholdene til rette for bedre trivsel for familien (Glavin, Helseth & Kvarme, 2007). Samtidig kan også bruk av kartleggingsverktøy påvirke relasjonen mellom foreldre og helsesykepleier i negativ retning, fordi omfattende kartlegging av barns utvikling bygger på et godt tillitsforhold mellom foreldre og helsesykepleier. Hvis gjensidig tillitt ikke er til stede kan det føre til en uønsket effekt og hindre avvik fra og oppdages. Det vil derfor være av betydning hvordan verktøyene brukes og implementeres i tjenesten (Bråten og Sønsterudbråten, 2016).

I en rapport om ulike kartleggingsverktøy oppsummerte Kunnskapssenteret (2008) at ingen av metodene er godt nok validert til å si at de har en effekt. De konkluderte med at det er mange metoder og få av dem er validert for norske forhold. Det påpekes at ved bruk av kartleggingsverktøy generelt er det knyttet

stor usikkerhet til fordel for screening av alle barn i førskolealder. Bakgrunnen er at det mangler studier som bekrefter at tidlig indentifisering ved screening gir bedre effekt enn når diagnosen blir stilt uten tidlig indentifikasjon. Etter dette har ikke kunnskapssenteret fulgt opp med en ny rapport om temaet.

Bruk av kartleggingsverktøy for å følge med på barns utvikling er en arbeidsmetode som ikke er forankret i nasjonal retningslinje for helsestasjon- og skolehelsetjeneste (Helsedirektoratet, 2017). Det er opp til den enkelte kommune å velge om de vil innføre kartleggingsverktøy og eventuelt hvilke.

Ages & Stages Questionnaires (ASQ)

Ages & Stages Questionnaires (ASQ) er et omfattende kartleggingsverktøy utviklet for barn 0-5 år. Verktøyet består av 19 skjemaer som fylles ut ved ulike alderstrinn fra barnet er fire måneder til det er fem år. Det er foreldrene som fyller ut skjemaene som er delt inn i hovedområdene kommunikasjon, grovmotorikk, finmotorikk, problemløsning, personlighet og sosial utvikling (Holme, 2015). ASQ ble utviklet i USA på 80-tallet for å indentifisere barn med avvik i utviklingen så tidlig som mulig. Hensikten var å komme inn med tiltak på et tidlig tidspunkt da en nasjonal statistikk viste at færre enn 30% av barn med utviklingsavvik ble indentifisert før barnehagestart (Morelli, Pati, Butler, Blum, Gerdes, Pinto-Martin & Guevara, 2014). ASQ er et resultat av flere tiår med forskning, utprøving og erfaring. Nå er versjon 5 utarbeidet i USA, i tillegg til et eget verktøy med spesielt fokus på sosial og emosjonell utvikling, ASQ-se (agesandstages.com, 2017). Tidlig på 2000 tallet ble ASQ validert for norske forhold ved psykologisk Institutt, UiO (Martinussen & Valla, 2013). Nå er det Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør (RBUP Øst-Sør, 2018), som distribuerer verktøyet. Helsestasjoner som kjøper inn verktøyet anbefales å delta på en kursdag i regi av RBUP før de tar i bruk skjemaet.

Det som skiller ASQ fra andre kartleggingsverktøy er foreldrenes deltagelse i utfyllingen av skjemaene. Hensikten er å hjelpe foreldrene til å bli mer bevisst barnets utvikling og dermed bidra til å fremme utvikling ved at de blir mer sensitive og oppmerksomme og at foreldre selv kan følge med på barnas utvikling (agesandstages.com, 2017; Squires, Bricker & Potter, 1997).

Hele eller deler av verktøyet kan tas i bruk, men ved bruk av hele programmet vil det gi et grundigere resultat (agesandstages.com, 2017). Foreldrene fyller ut skjemaet hjemme sammen med barnet og tar det ferdig utfylte skjemaet med til helsekonsultasjonen hvor de går gjennom det med helsesykepleier. Helse-sykepleier registrerer opplysningene inn i et eget elektronisk skjema som vil indikere en score (Pettersvold & Østrem, 2012).

En engelsk artikkel om implementeringen av ASQ i helsetjenesten beskriver hvordan foreldre opplevde å bruke skjemaene (McKnigh, 2015). Artikkelen omhandler implementering av ASQ som et ledd i styrkingen av tjenesten og skulle bidra til fokus på tidlig intervensjon. Familier som hadde fylt ut skjemaet ble av helsesykepleier oppfordret til å fylle ut et evalueringsskjema vedrørende bruk av ASQ. I alt 47 familier gav tilbakemelding, noe som var en svarprosent på 33,6 %. Foreldrene synes de fikk for dårlig informasjon om skjemaet på forhånd, de forsto ikke hensikten med spørsmålene og følte lite utbytte. Flere påpekte at det var viktig å snakke med helsesykepleier ansikt til ansikt og å drøfte barnets utvikling og helse. Andre synes de oppdaget nye ting hos barnet og ble mer bevisst på hva barna kunne og gjorde. Konklusjonen var at foreldre måtte få bedre og grundigere informasjon på forhånd og at studien ikke kunne generaliseres. I 2015 ble det gjennomført et prosjekt i London med fokus på å kvalitetssikre implementeringen av ASQ i helsetjenesten gjennom et opplæringsprogram for helsesykepleierne (Zur, 2015). Det inkluderte en grundig opplæring av helsesykepleier, diskusjon av problemstillinger og spørsmålsskjema deltagerne skulle svare på. Opplæringen resulterte i at det ble identifisert stort behov for opplæring i bruk av ASQ. utfordringer ved bruk av ASQ ble identifisert og det dannet bakgrunn for videre utvikling av et opplæringsprogram til ansatte ved implementering av ASQ i tjenesten. Deltagerne i prosjektet opplevde det positivt å gjennomgå en omfattende opplæring. I USA og flere andre land er det gjort mange studier på bruken og effekten av ASQ (Squires et al., 1997; Wagner, Jenkins and Smith, 2006; Elbers, Macnab, McLeod & Gagon, 2008; Morelli et al., 2014). Studiene viser at foreldrene kan oppleve det positivt å fylle inn skjemaet (Morelli et al., 2014) og kan bli mer bevisst på barnas utvikling (Elbers et al., 2008). Helsearbeidere opplevde det som en ekstra kvalitetssikring og en systematisk metode for å ha oversikt over barnets utvikling (Wagner et al., 2006; Squires et al., 1997). ASQ er tatt i bruk i flere land og i alle verdensdeler.

Det er lite forskning på bruk av ASQ i Norge. I en artikkel fra 2015 oppsummeres forskning gjort på spedbarn opp til 12 måneder, hvor det ble undersøkt hvor mange barn med utviklingsavvik som ble identifisert ved bruk av ASQ (Valla, Wentzel-Larsen, Hofoss & Slinning, 2015). Forskningen begrenset seg til spedbarn og viste både behov for mer forskning og en kritisk vurdering til måleegenskapene i skjemaet. I 2016 kom en rapport med spørsmål om foreldreveiledning virker (Bråten & Sønsterudbråten, 2016). Rapporten berører så vidt ASQ og forfatterne mener effekten av kartleggingsverktøy henger nøye sammen med hvordan de implementeres i tjenesten.

I denne studien ønsket vi å se på brukerperspektivet ved foreldrebasert kartleggingsverktøy i helsestasjonen. Helsestasjonen i den aktuelle kommunen har tatt i bruk verktøyet ved to års konsultasjonen. Målet var å finne ut hvordan

foreldre i en stor norsk kommune erfarte å fylle ut Age & Stages Questionnaires (ASQ) i forbindelse med to års konsultasjonen på helsestasjonen.

Metode

For å finne svar på forskningsspørsmålet har vi brukt kvalitativ forskningsmetode som er det mest egnede designet når forskningen handler om foreldrenes opplevelser og erfaringer (Grimen & Terum, 2009:115). Det ble utarbeidet en intervjuguide i samarbeid med helsesykepleierne i kommunen for å sikre at relevante spørsmål ble stilt. Intervjuguiden inneholdt spørsmål om hvordan foreldrene hadde blitt introdusert til skjemaet, hvordan de opplevde utfyllingen hjemme, om de opplevde det nyttig å fylle ut skjemaet og om oppfølgingen på helsestasjonene etter utfyllingen. I intervjusituasjonen ble det stilt oppfølgende refleksjonsspørsmål for å få så utdypende svar som mulig.

Utvalg og rekruttering

Vi ønsket å intervju foreldre til barn på to år som hadde fylt ut ASQ kartleggingsskjema i forbindelse med to års konsultasjonen på helsestasjonen. Kriteriene som ble lagt til grunn var å rekruttere fortløpende etter oppstart av studien i januar 2016 og foreldrene måtte snakke godt norsk. Helsesykepleierne hjalp til med rekrutteringsarbeidet ved å informere de som hadde vært på to års konsultasjon og videreformidle skriftlig informasjon om studien til de som ønsket å delta. For bredest mulig utvalg ble det rekruttert foreldre fra alle helsestasjonene i kommunen til sammen 12 foreldre. De fleste som ble spurt sa ja til deltakelse. To foreldre sa de likevel ikke hadde anledning da forskeren kontaktet dem. Rekrutteringen ble stoppet når det var tilstrekkelig antall deltakere. Det ble ikke notert hvor mange som ble spurt eller hvor mange som ikke ønsket å delta. Kontaktinformasjon ble formidlet til forsker og foreldrene ble kontaktet. Intervju ble avtalt fortløpende, senest etter to uker. Alle deltakerne skrev under samtykkeskjema og ble både muntlig og skriftlig informert om at det var frivillig å delta i studien og at de når som helst kunne trekke seg uten å oppgi grunn. De ble også informert om at deres deltakelse ikke ville ha noen betydning for kontakten med helsestasjonen og at alle opplysninger ble behandlet konfidensielt og anonymisert ved publisering.

Datainnsamling

Gjennomføringen av intervjuene ble gjort i tidsrommet januar til mai 2016. Intervjuene ble avholdt både morgen, ettermiddag og kveld og ble foretatt på helsestasjonen, i familiens hjem, eller på dennes arbeidssted. Det ble brukt omtrent en time per intervju, og deltakerne var innforstått med at de måtte være uforstyrret under intervjuet. Deltakerne godkjente bruk av båndopptaker. Ved de fleste intervjuene var en av foreldrene til stede, men i tre av intervjuene deltok begge foreldrene.

Etter ti intervjuer med foreldre nådde studien datametning, ved at deltakerne gav sammenfallende informasjon. Ved gjennomføring av de to siste intervjuene ble dette ytterligere bekreftet (Tjora, 2012). De gjennomførte intervjuene ble transkribert fortløpende, de fleste en eller to dager etter intervjuet. Ved transkriberingen ble alle ord og lyder nedskrevet.

Analyse

Analyse av dataene ble gjennomført etter inspirasjon fra Tjoras (2012) stegvis-deduktiv - induktiv metode og Graneheim og Lundmans (2004) kvalitative innholdsanalyse.

Etter flere gjennomlesinger av de transkriberte intervjuene ble meningsenheter identifisert. Vi arbeidet induktivt med analyseprosessen i etapper med rådata som videre ble kondensert og kodet. Den empirinære kodingen la videre grunnlaget for neste steg i analysen (Tjora, 2012). For hvert steg i analyseprosessen gikk vi tilbake til studiens problemstilling og forsknings spørsmål, det deduktive i metoden (Tjora, 2012). Det ble utarbeidet sub-kategorier og kategorier med koder av samme mening og det munnet ut i tre hovedtemaer. Et eksempel på hvordan analyseprosessen vises i tabell 1.

Tabell 1 Eksempel på analyse

Mening	Kondensert mening	Kode	Sub kategori	Kategori	Tema
M: At han kunne tre en skollisse gjennom et sånn hull. (latter)	Oppdaget at barnet var bedre på finmotorikk enn de trodde	Oppmerksom på barnets ferdigheter	Økt oppmerksomhet	Positiv opplevelse	Foreldres oppdagelse av barnet og seg selv
For da var det sånn..., for det var litt morsomt å gjøre oppgavene også, for da fikk man noe å gjøre..., men jeg er ikke..., jeg er ikke ergoterapeut, jeg hadde ikke tenkt på at de skulle tre en skollisse gjennom et hull eller en perle, he-	Ble mer oppmerksom på flere av områdene hos barnet				

Etisk vurdering

For å ivareta de etiske vurderinger ved planleggingen og gjennomføringen av studien ble Kvale og Brinkmanns (2015:86-87) etiske spørsmål før intervjuundersøkelsen lagt til grunn. Informasjonsskriv og samtykkeskjema til foreldrene ble utarbeidet etter Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjenestes (NSD) mal. Studien og dens hensikt er meldt til NSD. Analyse og fortolkningen av dataene er utført så redelig og ærlig som mulig, svarene er gjengitt så nyansert og riktig som mulig og etter beste skjønn (Kvale & Brinkmann, 2015).

Resultater

Det ble avholdt 12 individuelle intervjuer. Utvalget fremstår som relativt homogent. I tabell 2 vises fordeling av kjønn, alder, yrke, hvem av foreldrene som deltok i utfyllingen av ASQ-skjemaet og hvem av foreldrene som var tilstede ved intervjuet.

Tabell 2 Deltakere i studien

Deltaker	Kjønn	Alder	Sivil-status	Yrke	Antall barn	Tilstede ved intervju	Hvem fylte ut skjema
1	K	37	G	Ingeniør	2	Mor	Begge foreldre
2	K	47	A	Sykepleier	1	Mor	Begge foreldre
3	K	38	S	Sykepleier	6	Mor	Mor
4	K	39	S	Sykepleier	2	Mor	Mor
5	K+M	28	G	Sykepleier	1	Mor og Far	Begge foreldre
6	K	35	S	Kontor	1	Mor	Begge foreldre
7	K	37	G	Logoped	3	Mor	Begge foreldre
8	K	38	S	Økonom	1	Mor og far	Begge foreldre
9	M	37	S	Kontor	2	Far	Begge foreldre
10	K	35	G	Fysioterapeut	2	Mor	Begge foreldre
11	K+M	39	G	Lege	2	Mor og Far	Begge foreldre
12	K	41	S	Ingeniør	1	Mor	Begge foreldre

K=Kvinne, M=Mann, G=Gift, S=Samboer, A=Alene

Funnene fra analyseprosessen munnet ut i tre hovedtemaer som blir presentert under: 1) Opplevelsen av skjemaet og utfyllingen, 2) Påvirkning av skjema-utfyllingen, 3) Møtet med helsestasjonen og helsesykepleier. Temaene underbygges med sitater fra foreldrene.

Opplevelsen av skjemaet og utfyllingen

Foreldre var positive til utfyllingen av ASQ kartleggingskjema forut for to års konsultasjonen på helsestasjonen. Det var bare to av deltakerne som uttrykte skepsis til skjemaet, noe de begrunnet med at de opplevde det som en standardisering av barn. De fleste foreldrene uttrykte en positiv holdning til mottagelsen av skjemaet, og synes utfyllingen var morsom. *”Ja, selve skjemaet synes jeg var bra, fordi det her er jo mitt første barn, så, så det jeg...., og jeg vil*

jo selvfølgelig gjøre det beste for min datter, og jeg synes det er vanskelig å vite hva skal jeg følge med på.”

Foreldrene fortalte at de ikke visste om skjemaet før det kom i posten. Derfor var den første reaksjonen på mottagelsen av skjemaet noe delt, men mest positiv. En av foreldrene sa det slik: *”- jeg, jeg ble veldig positivt overrasket jeg altså, absolutt. Vi tok det veldig seriøst da.”*

Foreldrene tok utfyllingen av skjemaet på alvor uansett tanker rundt både skjemaet, tidsbruk og eventuelt videre bruk. Foreldrene fortalte om engasjerende episoder når de skulle fylle ut spørsmål hvor de involverte barnet. Det var et spørsmål i skjemaet som de lot seg engasjere av, en beskriver det slik: *”- å tre en skollisse igjennom skohullet, liksom. Jeg tenkte: men det har vi jo.., hvem er det som tester det, åssen i all verden skal vi vite det, så vi gav ham en sko, og så viste ham hva han skulle gjøre, og så se om det gikk, og det gjorde det.”*

Selv om foreldrene uttrykte en generell positiv opplevelse ved utfyllingen av skjemaet var det også flere som uttrykte at skjemaet kom overraskende og uforberedt, flere foreldre synes det var mange spørsmål, og en uttrykte det slik: *”Den første tanken var litt stønn.. dette var mye..Det er vel sikkert ganske vanlig, men så fant vi ut at vi egentlig synes det var ganske allright.”*

Noen foreldre mente at de visste på forhånd hvordan barnet lå an i utviklingen, mens andre var litt usikre, men følte utfyllingen gav dem bekreftelse på at barnet lå innenfor normalutviklingen. De opplevde at det var fint å fylle ut skjemaet når de bare kom i gang og hadde god tid. Siden oppgavene inkluderte barnet også var det flere som uttrykte det som meningsfylt å fylle ut skjemaet. Under selve utfyllingen tenkte de ikke på hva det skulle brukes til videre samværet med barnet og fokus på oppgavene som skulle gjøres var det som engasjerte foreldrene. Noen av foreldrene fortalte at de ikke så nytteverdien av å fylle ut skjemaet.

Det fremkom også at informasjonen om skjemaet var mangelfull. Foreldrene sa de ikke hadde fått informasjon på forhånd, de synes det var lite og ufullstendig skriftlig informasjon vedlagt skjemaet. De fleste ønsket mer informasjon om hensikten med spørsmålene, hvorfor dette ble etterspurt og hva som var meningen med dette spørsmålet? De etterlyste også informasjon om hvordan det utfylte skjemaet skulle brukes i videre konsultasjoner på helsestasjonen.

Påvirkning av skjema utfyllingen

Foreldrene opplevde at utfyllingen av skjemaet hadde en positiv effekt på oppmerksomheten mot barnet og på seg selv. Foreldrene fortalte at de hadde oppdaget at barnet kunne mer enn de trodde da de fylte ut skjemaet, at de oppdaget nye ting hos barnet og at barnet var i en raskere utvikling enn de hadde tenkt på. Som noen foreldre uttrykte det: *”altså at du blir litt mer oppmerksom,*

egentlig, eh, ja, litt mer bevisst på hva hun kan og liksom hva en gjennomsnittlig to åring forventes å skulle kunne.” Foreldrene fortalte at de nye oppdagelsene handlet om enkelte ting, som at barnet kunne hoppe med begge bena eller tre en skolisse noe de ikke hadde tenkt over på forhånd. Foreldrene fikk ikke store overraskelser over hva barnet kunne eller ikke kunne gjennom utfyllingen av skjemaet.

Noen opplevde at de ikke oppdaget noe nytt ved barnet gjennom utfyllingen av skjemaet: *” jeg har vært så heldig at jeg opplevde å være en som ikke finner ut noe om barnet mitt. Ikke egentlig fant ut så mye nytt om meg selv heller.*” Men de fleste foreldrene fortalte at de gjorde nye oppdagelser ved seg selv da de fylte ut skjemaet. De fortalte at de hadde blitt mer klar over at de ikke hadde vært så flinke til å se utviklingen hos barnet. Flere av foreldrene hadde blitt mer oppmerksomme på hvilke aktiviteter de kunne gjøre sammen med barnet som stimulerte barnets utvikling og at de dermed kunne bidra til barnets positive utvikling. En sa: *”- kanskje jeg skal begynne å lese litt mer for henne, eller et eller annet sånt noe.”*

Foreldre sa at fokuset på barnet gjennom utfyllingen av skjemaet har fått dem til å tenke mer over adferdsmønsteret overfor barnet: *”Ja, kanskje jeg ble mer bevisst på min måte å være på overfor barnet.”* sa en mor.

Noen foreldre så sitt eget konkurranseinstinkt slå inn i det de ønsket at barnet skulle skåre best mulig på oppgavene i testen. Andre fortalte at de hadde fått nye ideer på hva de kunne gjøre sammen med barnet, mens andre var blitt bevisst sin egen følelse av stolthet når barnet presterte på testen. De fleste foreldrene oppdaget noe nytt hos barnet som de ikke var oppmerksom på fra før.

Møte med helsesykepleier og helsestasjon

Dette hovedtemaet handler om betydningen foreldrene synes det utfylte skjemaet hadde for to års konsultasjonen på helsestasjonen og hvordan de opplevde at helsesykepleier benyttet seg av opplysningene.

Foreldrene var mest delt i svarene i dette temaet. Omtrent halvparten av foreldrene mente de hadde større utbytte av to års konsultasjonen på helsestasjonen når de hadde fylt ut skjemaet på forhånd. De fortalte at de hadde tenkt igjennom en del ting og spørsmål og det ferdig utfylte skjemaet ble brukt som utgangspunkt for konsultasjonen. På bakgrunn av spørsmålene i skjemaet og de tankene foreldrene hadde rundt svarene, synes flere av dem at de fikk en god diskusjon med helsesykepleier. De opplevde skjemaet som en ekstrasjekk av barnet og følte at de fikk god tid til samtalen. Foreldrene fortalte at det virket trygghet når helsesykepleier gikk gjennom skjemaet med dem og støttet dem på at barnet var innenfor det som er forventet. De som synes utfyllingen av skjemaet hadde en positiv betydning for to års konsultasjonen var de som kom

med positive kommentarer knyttet til helsesykepleier, slik som: ”Synes vi har fått ekstremt bra oppfølging” og ”Skjemaet betydde lite, uansett ville hun tatt tak i tingene”.

Den andre halvdel foreldre fortalte om en to års konsultasjon som ikke svarte til forventningene. Flere foreldre synes de hadde brukt mye tid og engasjement på å fylle ut skjemaet og følte skuffelse over at det bare ble sett på av helsesykepleier og så lagt bort. Dette var uavhengig av om de var positive til utfyllingen i utgangspunktet. De reagerte på at helsesykepleier ikke var interessert i å gå gjennom spørsmålene med dem og sjekke ut med barnet om svarene stemte. Flere sa at helsesykepleier ikke kunne vite om de hadde fylt skjemaet ut riktig. De gav også uttrykk for at de ønsket at helsesykepleier skulle kommentere svarene deres og gi noen positive tilbakemeldinger om barnets utvikling, sammen med en forklaring til hvorfor det ble stilt akkurat disse spørsmålene. ”Det blir vanskelig å vite om det er riktig, hvis du ikke vet hva du kontrollerer” var det en av foreldrene som sa. Det var også foreldre som opplevde konsultasjonen som meningsløs. Flere av foreldre savnet spørsmål om hvordan de opplevde å motta og besvare det tilsendte skjemaet.

Diskusjon

Funnene i denne studien viser at foreldre opplever det positivt å fylle ut ASQ kartleggings skjema ved to års alder. De bruker ord som morsomt og spennende og de oppdager nye ting hos seg og barnet. Ser vi dette opp mot empowerment (Tveiten, 2007) hvor enhver er ekspert i eget liv og at brukerens vurdering skal respekteres, kan det støtte opp om bruk av ASQ i forbindelse med to års konsultasjonen. Det kan se ut som selve utviklingen av ASQ (agesandstages.com, 2017) bygger på en empowerment tankegang om at foreldre er ekspert på eget barn og at skjemaet skal hjelpe foreldrene til å utvikle sin ekspertrolle. Foreldrenes opplevelse av barnas helse og utvikling var positiv da de oppdaget at barna var innenfor det forventede området i utviklingen og presterte mer enn foreldrene trodde. Utfyllingen av skjemaet åpnet for et mer bevisst samspill mellom barn og foreldre i forbindelse med utførelsen av de forskjellige oppgaver. Dette er positivt sett ut fra den nasjonale retningslinjen for helsestasjon- og skolehelsetjeneste hvor det fremheves at samspill skal være i fokus (Helsedirektoratet, 2017). Foreldre og barn delte positive opplevelser, som igjen dannet grunnlag for etablering og videreføring av et godt samspill, trygghet og tilknytning, noe som kan føre til en større helsegevinst for barnet (Moe, Slinning & Bergum, 2010; Rye, 2009). Men studien og dens resultater åpner for mange spørsmål. Selve implementeringen av verktøyet i helsestasjonen kan se ut til å være utfordrende. Videre diskuteres funnene ut i fra de tre hovedtemaene.

Opplevelsen av skjemaet og utfyllingen

Den positive tilbakemeldingen foreldrene gav på utfyllingen av skjemaet understøtter en viktig del av ASQs intensjon, at foreldrene er aktivt deltagende i utfyllingen av skjemaet (agesandstages.com 2017). De lar seg engasjere, og opplever utfyllingsprosessen positiv. Dette samstemmer med funn gjort i flere utenlandske studier (McKnigh, 2015; Morelli et al., 2014).

Foreldrene synes det var morsomt å utføre oppgavene med barna, selv om noen fortalte at det ble noe hastverk på slutten. De fleste foreldrene hadde ingen skeptiske tanker til selve skjemaet. Det kan tyde på at barnet og oppgavene var i fokus og søken etter bekreftelse på barnets utvikling var viktigere for foreldrene å få bekreftet, enn tanker rundt selve skjemaet. Flere fortalte også at det var først når de ble konfrontert med studien at de gjorde seg tanker omkring skjemaet. Noen av foreldrene hadde en kritisk innstilling til enkelte av spørsmålene, fordi de ikke skjønnte hensikten med spørsmålet eller synes det var irrelevant. Dette understøtter behovet for å drøfte spørsmålene i skjemaet med helsesykepleier, noe som også har kommet frem i flere undersøkelser (Elbers et al., 2008; McKnigh, 2015) og også i denne studien. Alle foreldrene trakk frem et punkt i skjemaet som etterspurte om barnet kunne tre en skolisse gjennom hullet. De synes ikke det var relevant fordi barna ikke bruker skolisser lenger. Samtidig var det dette spørsmålet de reflekterte mest rundt. Derfor kan spørsmålstillingen i skjemaet i seg selv være et godt redskap til foreldrenes refleksjon rundt spørsmålene om barnets utvikling. At foreldre undrer seg over spørsmålene kan bidra til en økt sensitivitet overfor barnet og videre føre til bedre samspill med barnet og styrke tilknytningen (Moe, 2010).

En oppdagelse i studien var foreldrenes opplevelse av å få bekreftelse på at barnet var innenfor normalutviklingen. Det resultatet kan ha både positive og negative elementer i seg. Det kan gi en økt mestringsfølelse hos foreldrene å vite at barnets utvikling er normal, noe som kan påvirke foreldrenes syn på barnet og bidra til positivt samspill (Rye, 2009). Ulempene er derimot at det kan gi foreldre en falsk trygghet på barnets utvikling og svekke deres mulighet til å se utviklingsavvik hos barnet. Morelli og medarbeidere (2014) så på bruk av kartleggingsverktøy mot risikofamilier og stilte spørsmål om foreldrenes vurderinger var gode nok. Fordi det ikke er noen garanti for at kartleggingen alene kan identifisere utviklingsavvik og den i tillegg er gjort av foreldre som har varierende grad av kunnskap for å vurdere det faglige i det som testes, kan helsesykepleier ikke gå ut fra at resultatet av utfyllingen er riktig (Squires et al., 1997). Mange av foreldrene fortalte at de visste hvordan barnets utvikling var før de fylte ut skjemaet, noe som kan øke risikoen for å gi uriktige opplysninger i skjemaet. Foreldrene kan ha fylt ut det de mener barnet kunne uten at de har testet det. Det er også en mulighet at foreldrene kan ha krysset av på svar de ønsket at barnet kunne, fordi de trodde at barnet kunne utføre de angitte

oppgavene. I artikkelen til Wagner et al. (2006) beskrives behovet for å bruke kartleggingsverktøy i samarbeid med sykepleier. De mener sykepleier må hjelpe foreldre i vurderingen og fremhevet at det at foreldre krysser av feil trenger ikke bety at de er bevisst at de ikke angir rett svar. Foreldrene i den studien opplevde at de var usikre på om barnet skåret som forventet på skjemaet. De opplevde også at utfyllingen gav dem bekreftelse på at barnet lå innenfor normalutviklingen (Wagner et al., 2006). Noen foreldrene i vår studie fortalte at det ble litt preget av konkurranseinstinkt når de fylte ut skjemaet fordi de ville vise hvor mye barnet kunne. Dette kan tyde på at foreldre også trenger god opplæring i utfyllingen av skjemaet. Det kan stilles spørsmål om utfyllingen av skjemaet også kan gi foreldrene feil informasjon om barnets utvikling.

Et positivt moment som kom frem gjennom vår studie var foreldrenes engasjement ved utfyllingen av skjemaet. De opplevde at de hadde det morsomt sammen med barnet. Foreldrene måtte sette av tid sammen med barnet for å gjøre oppgavene og det kan tenkes at en effekt av selve engasjementet rundt utfyllingen har vært så positivt for foreldrene at det kan føre til at de bevisst satte av mer tid til samvær med barnet. De positiv holdningene foreldrene hadde til skjemaet ved at de viste engasjement og deltagelse, kan være en viktig ressurs i innføringen av kartleggingsverktøyet på helsestasjonen.

Påvirkning av skjemautfyllingen

Mange av foreldrene fortalte at de visste på forhånd hvordan barnet lå an i utviklingen. Likevel opplevde de fleste at utfyllingen av skjemaet sammen med barnet hadde hatt en positiv effekt på dem selv. De oppdaget at barnet kunne mer enn de trodde. Det viser at å bruke et skjema som foreldrene fyller ut sammen med barnet bidrar til en større bevisstgjøring av barnets kompetanse (McKnigh, 2015). Foreldrene vil da i større grad kunne være i stand til å bekrefte barnet og ha fokus på felles utforskning, noe som igjen trygge relasjonen mellom foreldrene og barnet (Moe, 2010). Samtidig kan en økt bevisstgjøring av foreldres oppmerksomhet mot barnets utvikling styrke foreldrenes kompetanse i å følge med på utvikling og eventuelt oppdage avvik. Foreldrene fortalte at de oppdaget evner og kompetanse hos barnet, som de tidligere ikke hadde vært klar over gjennom å fylle ut kartleggings-skjema. Funnene stemmer med intensjonen for foreldre-utfylte kartleggingsverktøy, at foreldrene skal bli mer bevisst barnas utvikling og kunne følge mer aktivt med på den (agesandstages.com, 2017; Elbers et al., 2008). Dette resultatet bør vektlegges i vurderingen om videreføring og implementering av ASQ i helsetjenesten, fordi det både kan bekrefte noe av hensikten med ASQ og kan ha positive ringvirkninger på forholdet mellom foreldre og barn (agesandstages.com, 2017). Foreldrene forteller at de også hadde oppdaget noe hos seg selv under utfyllingen, blant annet at de ikke hadde vært så flinke til å se barnets kompetanse og bruke tid

med barnet. Dette kan føre til at de omprioriterer og bruker mer tid med barnet, noe som kan styrke samspill og tilknytning.

Møte med helsesykepleier og helsestasjonen

Studien viser store forskjeller i hvordan foreldrene opplevde nytteverdien av å fylle ut skjemaet i møte med helsesykepleier og to års konsultasjonen på helsestasjonen. Dette tilsvarer resultatene fra en større evaluering av implementeringen av ASQ i helsesykepleiertjenesten i England (McKnight, 2015). I studien til McKnight (2015) var foreldrenes meninger også svært delte. Mange synes de fikk for dårlig informasjon om skjemaet på forhånd, de synes det tok tid, forsto ikke hensikten med spørsmålene og følte lite utbytte. Flere påpekte at det var viktig å snakke med helsesykepleier ansikt til ansikt og drøfte barnets utvikling og helse.

Vår studie indikerer også manglende muntlig og skriftlig informasjon til brukerne, manglende kunnskap hos helsesykepleiere om hensikten med skjemaet, hensikten med spørsmålene og hva de ulike spørsmålene var ute etter å måle. Foreldrene kjente heller ikke til en plan for videre bruk og informasjon om hvordan skjemaet og opplysningene eventuelt skulle brukes i en større sammenheng. Det kan se ut som implementeringen av verktøyet i helsestasjonen og blant helsesykepleierne har vært mangelfull. Dette ser ikke ut til å være unikt da det samme kom frem i McKnights studie (2015).

En nyere engelsk rapport (Zur, 2015) beskrev evalueringen av et pilotprosjekt for en større opplæring av helsesykepleiere i London, med utgangspunkt i implementering av ASQ-3 og ASQ-se i tjenesten. Rapporten dokumenterte behovet for en omfattende opplæring blant helsesykepleiere for at verktøyet skal kunne brukes etter hensikt og intensjon (Zur, 2015). Det ville også i Norge kunne være nyttig å se på implementeringsprosessen, både i helsetjenesten generelt og hos den enkelte helsesykepleier. Ved arbeid for lik utøvelse i bruken av skjemaet, bør implementeringen være så god at det sikres at det er et positivt verktøy i tillegg til allerede eksisterende praksis og fagkompetanse. Den gode hensikten med verktøyet vil ikke oppnås om ikke implementeringsarbeidet er godt ivaretatt (Holme et al., 2016). Når foreldrene fortalte at de hadde en seriøs tilnærming til skjemaet, kan det knyttes til at skjemaet kom fra en offentlig tjeneste. Hvis vi tenker at bakgrunnen for det er tillit og respekt for tjenesten, vil det være viktig å oppfylle forventningene til seriositeten til tjenesten. En mangelfull implementeringsprosess kan derfor være med på å svekke tilliten til helsestasjonstjenesten og personalets faglige kompetanse.

Funnene viser også at flere av foreldrene har stor tillitt til helsesykepleiers vurdering av barnet. De sa at helsesykepleier ville oppdaget avvik uansett. Det samme sa foreldrene i McKnights (2015) sin studie, at det var viktig å snakke med helsesykepleier ansikt til ansikt. Kritikere stiller spørsmål om bruk av

kartleggingsverktøyet vil svekke helsesykepleierens faglige integritet og om bruken av dem kan redusere helsesykepleierens tillitt til egen faglig kompetanse og vurderinger (Pettersvold & Østrem, 2012). Dette spørsmålet ble bekreftet i en studie fra 2015, hvor forskeren undersøkte helsesykepleiers erfaringer med bruk av kartleggingsverktøy. I studien kom det frem at helsesykepleiere var redd for å bli avhengig av støtten kartleggingsverktøy ga, og dermed kunne få svekket troen på egen faglig kompetanse (Sleveland, 2015). Foreldre har beskrevet bruk av kartleggingsverktøy i tjenesten som en ekstra kvalitetssikring, noe som også er sammenfallende med utenlandske helsearbeideres oppfatning av kartleggingsverktøy (Squires et al., 1997; Wagner et al., 2006; McKnight, 2015).

Foreldrene i denne studien forventet at helsesykepleier i større grad skulle kontrollere barnet opp mot skjemaet, gi foreldrene tilbakemelding og dele kunnskap om utviklingen til barnet utfra det utfylte skjemaet. De opplevde å ha lagt mye arbeid og tid i utfyllingen av skjemaet og hadde forventninger til helsesykepleiers fokus på skjemaet under to års konsultasjonen. Håndteringen av det utfylte skjemaet på helsestasjonen gav foreldrene mindre mening til utfyllingen av skjemaet enn de hadde forventninger om.

Styrker og svakheter ved studien

I studien deltok 12 foreldre, alle fra samme kommune, men ulike bosteder i kommunen. Mer enn halvparten av foreldrene hadde en helsefaglig bakgrunn og det er derfor mulig at de som deltok i studien var mer motivert for å bli intervjuet, var mer opptatt av forskning på ulike områder eller mer opptatt av å få frem et helhetlig bilde av barnets utvikling. Foreldrene oppfattes å være en homogen gruppe, ganske like i alder, gift eller samboer, heterofile, med høyere utdanning og tilsynelatende god økonomi. Ingen i utvalget meldte om forsinkelse eller avvik fra normalutviklingen og således kan det tenkes at resultatet kunne vært annerledes om det var en større spredning i barnas skåre på skjemaet. Foreldrene fikk tid til å tenke gjennom opplevelsen av utfyllingen før intervjuet og det kan også ha påvirket resultatet. Samtidig samsvarte mange av funnene tilsvarende forskning relatert til foreldrenes erfaringer med utfyllingen av skjemaet, noe som kan styrke studien (McKnight, 2015). Imidlertid må det tas høyde for at studier foretatt i andre land ikke har samme overføringsverdi da konteksten kan være svært forskjellig. Av forskning det er henvisning til er det ingen som har tilsvarende helsetjenestetilbud som i Norge.

Kritisk vurdering

Foreldrenes største nytteverdi ved utfyllingen av ASQ skjemaet var at de fikk bekreftelse på at barnet var innenfor normalutvikling. Denne studien kan ikke si noe om skjemaet kan bekrefte en normal utvikling hos barnet selv om alle spørsmålene skårer innenfor normalområdet. Det må være mange små nyanser som bare et trent øye kan se, og som andre forfattere og forskere har pekt på før

(Pettersvold & Østrem, 2012; Sleveland, 2015). Dette kan reise spørsmål om kartleggings skjema undergraver helsesykepleiers tro på egne faglige vurderinger. Det må stilles spørsmålet om det er å vilde foreldre når de mottar et skjema fra helsestasjonen, som indikerer at barnet er innenfor normalutviklingen når de har skåret tilfredsstillende på alle spørsmål.

Når det gjelder brukerperspektivet viser studien at foreldrene har positiv opplevelse av å fylle ut skjemaet og vil gjøre det igjen. Studien er liten og undersøkelsen omfatter bare foreldrenes opplevelse i forbindelse med utfylling av ASQ ved en bestemt aldersgruppe.

Konklusjon

Studien kan konkludere med at de foreldrene som ble intervjuet var positive til å fylle ut spørsmålsskjemaet ASQ i forbindelse med to års konsultasjonen på helsestasjonen. De hadde derimot varierende opplevelse av hvordan det utfylte skjemaet ble håndtert av helsesykepleier på konsultasjonen etter utfyllingen. Velger kommunen å innføre verktøyet må tjenesten beregne omfattende planarbeid. Tid og grundig opplæring til ansatte er en viktig faktor for at implementeringen skal lykkes for både brukere og tjenesten. Det kom også frem i studien at informasjonen om skjemaet var mangelfull. Foreldrene sa de ikke hadde fått informasjon på forhånd, de synes det var lite og ufullstendig skriftlig informasjon vedlagt skjemaet. De fleste ønsket mer informasjon om hensikten med spørsmålene, hvorfor dette ble etterspurt og hva helsetjenesten ville finne ut med de ulike spørsmålene. De etterlyste også informasjon om hvordan det utfylte skjemaet skulle brukes i videre konsultasjoner på helsestasjonen. Det er en del løse tråder rundt bruken og implementeringen av ASQ i Norge, i tillegg til at det ikke er vurdert som et godkjent kunnskapsbasert verktøy for norske forhold (Kunnskapscenteret, 2008). Det kan være vanskelig å ta stilling til om ASQ skal innføres i tjenesten eller ikke. Det trengs mer forskning på bruk av ASQ og andre kartleggingsverktøy i helsestasjonen, noe som også er konkludert i tidligere studier (Sleveland, 2015; Valla et al., 2015; Holme et al., 2016). Foreldrene stilte spørsmålstegn ved hensikten med skjema utfyllingen, derfor burde det også vært gjort studier på effekten ved bruk av ASQ i helsestasjonstjenesten. Denne studien gir ikke svar på om det blir identifisert flere barn med utviklingsavvik ved innføring av ASQ. I denne studien mangler også helsesykepleiernes erfaring med bruk av ASQ og det ville være kompletterende å også se problemstillingen i lys av helsesykepleiers vurderinger.

Litteratur

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium, den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- ASQs hjemmeside. (2017). <http://agesandstages.com> USA

- Bjørk, I.T. & Solhaug, M. (2013). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe AS
- Bråten, B. & Sønsterudbråten, S. (2016). *Foreldreveiledning – virker det?* Oslo: Fafo
- Dosman, C.F., Andrews, D. & Goulden, K.J. (2012). Evidence-based milestone ages as a framework for developmental surveillance. *Paediatrics & Child Health* 17(10), 561-568
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3549694/>
- Elbers, J., Macnab, A., McLeod, E. & Gagnon, F. (2008). The Ages and Stages Questionnaires: feasibility of use as a screening tool for children in Canada. *Can J Rural Med* 13
<http://www.srpc.ca/PDF/cjrm/vol13n1/pg9.pdf>
- Ersvik, A.G. (2012). Ikke alt som teller kan telles og ikke alt som telles teller. *Tidsskrift for helsesøstre* 2
<https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/kartleggingsverktøy.pdf>
- Glavin, K., Helseth, S. & Kvarme, L. (2007). *Fra tanke til handling*, Oslo: Akribe AS
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 105 (1012)
[http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917\(03\)00151-5/abstract](http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917(03)00151-5/abstract)
- Grimen, H. & Terum, L.I. (2009). *Evidensbasert profesjonsutøvelse*, Oslo: Abstrakt forlag
- Helsedirektoratet (2017). Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. *Helsedirektoratet*.
<https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Helsestasjons-og-skolehelsetjenesten.pdf>
- Holme, H. (2010). Foreldrebasert kartlegging av barns utvikling. *Helsesøstre* 1, 7-9. https://www.nsf.no/Content/385300/Helsesostre_1-2010.pdf
- Holme, H. (2015). Foreldrebasert kartlegging av barns utvikling. *Regionsenter for barn og unges psykiske helse, R-bup Sør-Øst*.
<http://www.rbup.no/CMS/cmspublish.nsf/doc/4262838185610E14C1257743004266C6>
- Holme, H., Olavsen, E.S., Valla, L. & Hansen, M.B. (2016). *Helsestasjonstjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kunnskapssenteret (2008). *Kartleggingsverktøy og instrumenter for tidlig avdekking av utviklings-, atferds- og psykososiale vansker hos barn 0-6 år*.
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/kartleggingsverktoy-og-instrumenter-for-tidlig-avdekking-av-utviklings-atferds-og-psykososiale-vansker-hos-barn-0-6-ar>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk

- Martinussen, M. & Valla, L. (2013). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Ages and Stages Questionnaires (ASQ). *PsykTestBarn* 1(6). <http://www.psyktestbarn.no/CMS/ptb.nsf/pages/asq?open&ql=fulltekst>
- McKnigh, S. (2015). Implementing the Ages and Stages Questionnaire in health visiting practice. *Community Practitioner* 87(11), 28. <http://search.proquest.com/1622037314?OpenUrlRefId=info:sid:primo&a...>
- Moe, V., Slinning, K. & Bergum M.H. (2010). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Morelli, D., Pati, S., Butler, A., Blum, N.J., Gerdes, M., Pinto-Martin, J. & Guevara, J.P. (2014). Challenges to implementation of developmental screening in urban primary care: a mixed methods study. *BMC Pediatrics* 14(16). <http://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-14-16>
- Pettersvold, M. & Østrem, S. (2012). *Mestrer – mestrer ikke. Jakten på det normale barnet*. Oslo: Res Publica
- R-BUP Øst-Sør (2018). Regionsenter for barn og unges psykiske helse, R-BUP Øst-Sør, internettside: <http://www.r-bup.no/pages/asq>
- Rye, H. (2009). *Tidlig hjelp til bedre samspill*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Sleveland, B. (2015). *Helsesøsters erfaringer ved bruk av kartleggingsverktøy på helsestasjonen for barn 0-5 år*. UiT, Norges Arktiske Universitet
- Squires, J., Bricker, D. & Potter L.W. (1997). Revision of a Parent-Completed Developmental Screening Tool: Ages and Stages Questionnaires. University of Oregon. *Journal of Pediatric Psychology* 22(3), 313-328
- Thomassen, M. (2015). *Vitenskap, kunnskap og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Tjora, A.H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker...* Oslo: Fagbokforlaget
- Valla, L., Wentzel-Larsen, T., Hofoss, D. & Slinning, K. (2015). Prevalence of suspected developmental delays in early infancy: results from a regional population-based longitudinal study. *BMC Pediatrics*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4683867/>
- Wagner, J., Jenkins, B., Smith, J.C. (2006). Nurses' Utilization of Parent Questionnaires for Developmental Screening. *Pediatric Nursing* 32(5), 409-412. <http://www.medscape.com/viewarticle/547631>
- Zur, J. (2015). Evaluation of training for implementation of the Ages and Stages Questionnaire in London Health Visitor Services. *Institute of Health Visiting*. <http://ihv.org.uk/wp-content/uploads/2015/08/ASQ-final-report.pdf>

Pasienttilfredshet i en avrusningsinstitusjon for pasienter med rusmiddelproblemer – en kvantitativ deskriptiv studie

Cathrine Ask, Marte Hanche-Olsen, Marit Følsvik Svindseth

Cathrine Ask, MHS, RN, Helse Møre og Romsdal, avdeling for tverrfaglig spesialisert rusbehandling, Ålesund behandlingssenter, cathrine.ask@helse-mr.no

Marte Hanche-Olsen, MSc, forskning-og utviklingskoordinator, Helse Møre og Romsdal, avdeling for tverrfaglig spesialisert rusbehandling, Ålesund behandlingssenter, marte.hanche-olsen@helse-mr.no

Marit Følsvik Svindseth, professor, PhD, MHS, RN, Institutt for helsevitenskap, NTNU Ålesund, marit.f.svindseth@ntnu.no

Abstract

Patient satisfaction in inpatient detoxification for substance use disorders - a quantitative descriptive study

The primary purpose of the study is to discover important factors for patients at inpatient detoxification by studying patient satisfaction. Data were collected from a patient experience survey carried out from 2013-2015 at a detoxification unit in Norway. The study includes 185 responses (response rate 62 %). Data were analyzed with descriptive and inferential statistics. Significant associations were found between patients' satisfaction and all the factors of the therapeutic relationship except respect and courtesy, support and motivation, which were non-significant in this study. Conversations with therapist showed the largest effect on patient satisfaction (effect size (ES) = 1.27), followed by conversations with doctor (ES = 0.78) and compassionate staff (ES = 0.52). The results suggest that the therapeutic relationship is associated with patient satisfaction in inpatient detoxification.

Keyword/Nøkkelord

patient satisfaction; therapeutic relationship; detoxification; substance use disorders; inpatient; patient experiences

pasienttilfredshet; behandlerrelasjon; avrusning; rusmiddelproblemer; døgnbehandling; pasienterfaringer

Referee*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4399>



© 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

I Norge er avrusning preget av et mangfold av behandlingstilnæringer som ikke alltid er like godt forankret i forskning (Helsedirektoratet, 2016). Dette gjelder både den medikamentelle behandlingen, psykososiale støttetiltak og rammene rundt behandlingen. I 2016 kom Helsedirektoratet med nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler, som legger føringer for mer standardiserte pasientforløp ved avrusning. I Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene for 2017 var det forventninger om at pasienterfaringer, sammen med kvalitetsmålinger og pasientsikkerhetsmålinger, skal brukes aktivt i utformingen av tjenestetilbudet og i systematisk forbedringsarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Tidligere studier viser en sammenheng mellom pasientens tilfredshet med rusbehandling og effekt av behandlingen, inkludert bedre fysisk og psykisk helse og redusert rusmiddelbruk (Boden & Moos, 2013; Blonigen, Bui, Harris, Hepner & Kivlahan, 2014; Carlson & Gabriel, 2001; Kendra, Weingardt, Cicciare & Timko, 2015; Ries, Jaffe, Comtois & Kitchell, 1999). Økt grad av pasienttilfredshet fører også til flere fullførte behandlingssløp (Schulte, Meier & Stirling, 2011). Verdens helseorganisasjon (WHO) anbefaler systematiske målinger med mål om økt pasienttilfredshet blant pasienter i rusbehandling (Marsden et al., 2000).

Begrepsavklaring

Pasienterfaringer er pasientenes evaluering av behandlingen de mottar i henhold til egne ønsker og behov (Marsden et al., 2000). Avrusning anses ikke som rusbehandling, men som abstinensbehandling og forebygging av komplikasjoner (Dahle & Iversen, 2011^b; Hole, 2014; Lossius, 2012; Mørland & Waal, 2016; Timko, Below, Schultz, Brief & Cucciare, 2015). Avrusning kan foregå i spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste, både poliklinisk og ved innleggelse i institusjon (Mørland & Waal, 2016). Et avrusningsopphold varer vanligvis fra en til fire uker, avhengig av hvilke rusmidler pasienten har brukt, hvor lenge og i hvilke mengder (Hole, 2014; Lossius, 2012).

I denne studien er begrepet avrusning benyttet som døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten; tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Begrepet TSB ble tatt i bruk da Rusreformen i 2004 ga pasienter med rusmiddelproblemer de samme pasientrettigheter som andre pasienter innen spesialisthelsetjenesten, og rusbehandling ble en del av spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet (2009) definerer TSB slik:

«TSB for rusavhengighet innebærer at behandlingstilbudene i stor grad er sammensatt av både helsefaglig og sosialfaglig personell. Tilbudene består både av polikliniske tjenester, dagtilbud, ambulante tjenester, døgnbaserte tjenester

som avrusningsenheter, korttidsbehandling og langtidsbehandling i institusjon opp til ett år eller mer».

I tråd med WHO sitt utgangspunkt for rusbehandling, innebærer TSB en biopsykososial tverrfaglig tilnærming, der leger, psykologer, sykepleiere, sosionomer og vernepleiere jobber i team og er tverrfaglig involvert i behandling av pasientene. Pasientens rusmiddelproblemer ses i relasjon til pasientens psykiske og somatiske helseproblemer samt pasientens sosiale situasjon (Helse Midt-Norge, 2015; St. Olavs Hospital, 2016). Det medisinfaglige er mest vektlagt i avrusning.

Bakgrunn

Kirouac, Witkiewitz og Donovan (2016) hevder at pasienters evaluering av behandlingen ofte er et oversett aspekt i behandling og forskning på rusmiddelmisbruk som bør tas i betraktning. Flere studier dokumenterer også at pasienttilfredshet og pasienterfaringer er viktige for evaluering og kvalitetsforbedring (Haugom, Iversen, Bjertnæs & Lindahl, 2017; Kirouac et al., 2016; Xesfingi & Vozikis, 2016). Det finnes ifølge Helsedirektoratet (2016) relativt få studier på pasienterfaringer ved avrusning både i Norge og internasjonalt. Mye av forskningen på avrusning er medisinske studier på effekten av ulike medikamenter for å lindre og behandle abstinenssymptomer. Generelt er TSB et forskningssvakt område. Sett i forhold til fagområdets størrelse målt i antall årsverk, er forskningsvirksomheten i TSB betydelig lavere enn for både somatikk og psykiatri (Nasjonal kompetansetjeneste TSB, 2017). Forskning på avrusning må slik ses i sammenheng med foreliggende forskning innen rusbehandling og psykiatri.

Rusmiddelproblemer og psykiske plager opptrer ofte samtidig (Dahle & Iversen, 2011^b; Hole, 2014). Disse pasientene har også oftere dårlig somatisk helse, og alkohol alene bidrar til utviklingen av 60 ulike sykdommer (WHO, 2011). I USA er det estimert at 65 % av pasienter med alvorlige vedvarende psykiske lidelser også har rusmiddelproblemer. Studier av pasienttilfredshet blant disse pasientene viste at god behandlerrelasjon og gode samtaler med personalet, var assosiert med høyere grad av tilfredshet (Bellack, Bennett, Gearon, Brown & Yang, 2006).

For å identifisere temaer som var viktige for pasienter innen rusbehandling, gjennomførte Dahle og Iversen (2011^a) semistrukturerte intervju av 13 pasienter ved to avrusningsenheter og en poliklinikk i Norge. Studien viste at noen pasienter ønsket legemidler for psykiske lidelser, mens alle ønsket hjelp av medikamentell behandling ved avrusning. De ønsket at både psykiske og somatiske lidelser skulle bli tatt på alvor. Pasientene tok opp at de ønsket å bli behandlet med respekt, å bli sett, hørt og tatt på alvor. De fleste var også enige om viktigheten av at ansatte er tilgjengelig og bevisst på å skape god behandler-

relasjon. Dette støttes av både nyere og eldre forskning, som viser at god behandlerrelasjon er viktig for at pasienten skal være tilfreds med behandlingen, gjennomføre behandlingsforløpet og holde seg rusfri etter behandlingen (Ball, Carroll, Canning-Ball & Rounsaville, 2006; Bellack et al., 2006; De Weert-Van Oene, Schippers, De Jong & Schrijvers, 2001; Grosenick & Hatmaker, 2000; Kasarabada, Hser, Boles & Huang, 2002; Kirouac et al., 2016; McCallum, Mikocka-Walus, Gaughwin, Andrews & Turnbull, 2016).

I Norge er det gjennomført en case-studie på frafall i rusbehandling med vekt på både pasient og behandler perspektivet (Ormbostad, Dale, Gjengedal & Stallvik, 2017). Et av funnene var at bedre matching mellom pasient og miljøkontakt bør få økt fokus og studeres nærmere. Samhandling mellom pasient og personalet blir også fremhevet i en kvalitativ studie fra Australia av pasienter ved en avrusningsklinikk, et sykehus, en rusbehandlingsskole og en poliklinikk (McCallum et al., 2016). Resultatene viste at støttende relasjoner, medbestemmelse, en effektiv og helhetlig tilnærming og et ikke-dømmende miljø var viktig for pasienttilfredsheten. Egenskaper hos personalet som var viktig for pasienttilfredsheten var empati, forståelse, tillit, respekt og kunnskap. Studien antyder at personal som manglet disse egenskapene gjorde pasientene utilfreds med behandlingen, og bidro til at pasientene følte seg isolert, skyldig og misforstått (McCallum et al., 2016).

Skatvedt og Schou (2010) hevder i sin kvalitative studie at «small talk» er viktig i rusbehandling. Studien har deltakende observasjon og intervjuer som metode, og er basert på analyser av det hverdagslige samværet mellom pasienter og ansatte ved en behandlingsskole for rusmiddelmissbrukere i Norge. De har hatt fokus på pasientenes perspektiv og samhandlingssituasjonene utenfor terapisonene. Forskerne hevder det finnes et stort potensiale for terapi i situasjoner i det hverdagslige samværet mellom pasientene og personalet. Studien viste at situasjoner som i utgangspunktet virker ubetydelige kan berøre pasientene på en følelsesmessig måte, slik at de endrer syn på seg selv. Å bli møtt som et alminnelig menneske, og ikke en rusmiddelmissbruker, var viktig for pasientenes selvbilde, følelse av normalitet og verdighet.

I Dahle og Iversens (2011^a) studie ønsket også pasientene å bli behandlet som vanlige mennesker, og de fremhevet betydningen av gode holdninger hos de ansatte. Ilgen, McKellar, Moos og Finney (2006) sin kvantitative studie indikerer at behandlerrelasjon kan være viktigere enn behandlingsmetode og samtaleteknikk i behandling av alkoholmisbruk.

Franken og Hendrix (1999) har gjennomført en kvantitativ studie av 175 pasienter ved en avrusningsenhet i Nederland, og hevdet at forskere og behandlere burde være forsiktig med å sammenligne resultater for pasienter innlagt for rusbehandling og pasienter innlagt for avrusning. Konklusjonen i

artikkelen var at det i avrusning bør være fokus på medisinske tilstander og direkte konsekvenser av rusmiddelbruken, slik som abstinenssymptomer og rus sug. Forskjellen mellom avrusning og rusbehandling viste seg også i studien til Dahle og Iversen (2011^b), der pasientene så på avrusningsinstitusjoner som noe annet enn rusbehandling, og ikke forventet rusbehandling når de var innlagt for avrusning.

Med bakgrunn i eksisterende kunnskapsgrunnlag som fremhever betydningen av god behandlerrelasjon i rusbehandling, samt at det er lite kunnskap om betydningen av innhold i avrusning for pasientene, har studien som mål å se nærmere på sammenhengen mellom behandlerrelasjon og pasienttilfredshet ved avrusning.

Forskningsspørsmål

Hvilke sammenhenger finnes mellom pasienttilfredshet og behandlerrelasjon ved avrusning i tverrfaglig spesialisert rusbehandling?

Metode

I denne studien er det valgt kvantitativ metode med deskriptivt design. Det er ønskelig med et høyt antall informanter som grunnlag for å kunne generalisere kunnskap om i hvilken grad de ulike behandlerrelaterte faktorene påvirker pasienttilfredshet ved avrusning. Det er brukt spørreskjema, som gjør at respondentene kan være fullstendig anonyme uten påvirkning fra intervjuer (Polit & Beck, 2012). Studien bygger videre på Dahle og Iversens (2011^b) kvalitative studie, som er viktig i valideringen av spørreskjemaet.

Beskrivelse av institusjonen

I den studerte rusinstitusjonen er overlegene spesialister innen rus- og avhengighetsmedisin og psykiatri. Resten av legene er i spesialisering for rus- og avhengighetsmedisin. Cirka halvparten av sykepleierne, sosionomene og vernepleierne har videreutdanning i rus og psykiatri. De fleste ansatte er sykepleiere, og leger deltar i tverrfaglige team med ansvar for den medikamentelle behandlingen. Sykepleiere, vernepleiere og sosionomer er behandlere og har ansvar for den miljøterapeutiske oppfølgingen av pasientene. Studien er gjennomført i Norge ved en institusjon i TSB som består av en avrusningsenhet, korttids døgnbehandling og poliklinikk. Avrusningsenheten dekker et geografisk område med cirka 570 000 innbyggere over 18 år, sammen med en privat avrusningsenhet av samme størrelse. Det er en lukket døgnbehandlingsenhet med plass til 17 pasienter, hvorav 14 elektive og tre rusakutt. Rusakutt er akutt avrusning inntil 72 timer. Pasientene har enerom med eget bad.

Uvalg

Spørreundersøkelsen ble gjennomført to dager før planlagt utskrivelse.

Inklusjonskriterier var kvinner og menn over 18 år som var i ferd med å fullføre et avrusningsopphold fra 14. oktober 2013 til 2. februar 2015. Utvalget består av 185 respondenter.

Eksklusjonskriterier var pasienter innlagt rusakutt og pasienter som avbrøt avrusningen. Pasienter under 18 år er kun i spesielle tilfeller innlagt i TSB og er derfor ikke inkludert i studien. Det anbefales å ekskludere pasienter som avbryter behandlingen i denne type spørreundersøkelser fordi disse pasientene ofte har rus sug eller er langt nede psykisk. Det kan også være vanskelig å få tak i og motivere denne gruppen til å delta. Fagpersoner mente at det vil være uetisk å be disse om deltakelse (Dahle & Iversen, 2011^b). Det var 364 elektive pasienter innlagt i perioden, ingen under 18 år. Det er registrert 64 brutte behandlingsløp. Populasjonen er dermed 300 pasienter (N = 300), med totalt 4685 liggedøgn. Frafallet (N = 115) skyldtes i hovedsak at personalet glemte å spørre pasientene om å delta. 18 pasienter ønsket ikke å delta. 13 pasienter ble overflyttet annen seksjon tidligere enn planlagt, og ble derfor ikke spurt om å delta. Det var 13 pasienter som ble vurdert av personalet til ikke å være i stand til å svare på spørreskjemaet av årsaker som psykisk helse, språkvansker og kognitive vansker.

Datainnsamling

Behandlerne hadde ansvar for innsamling av data. Pasientene fikk utdelt et informasjonsskriv om spørreundersøkelsen i løpet av oppholdet, og det var frivillig å delta. To dager før planlagt utskrivelse spurte behandler om pasienten ønsket å delta. Pasienten fikk utdelt en iPad og fikk sitte alene på et rom for å svare. Behandler eller annet personale var tilgjengelig for spørsmål. På grunn av varierende internett-tilgang besvarte noen pasienter spørreundersøkelsen i papirutgave. De fikk da en konvolutt som de limte igjen før de leverte inn skjemaet. Lukkede konvolutter ble levert til rusinstitusjonens forskning- og utviklingskoordinator, som fysisk og organisatorisk er plassert utenfor avrusningsenheten uten oversikt eller kunnskap om pasienter innlagt til avrusning.

Instrument

Det er benyttet en tilpasset versjon av et validert spørreskjema som Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i Norge (Kunnskapssenteret) har utviklet. Kunnskapssenteret er nå innlemmet i Folkehelseinstituttet. Kunnskapssenteret anbefalte spørreskjemaet for å måle pasienters erfaringer med døgnopphold ved institusjoner innen TSB (Haugum et al., 2017). Spørreskjemaet har følgende hovedområder: behandling og behandlerrelasjon, mottakelse og tilgjengelighet, og miljøtilbud. Spørsmål som gjelder behandling og behandlerrelasjon er med i

denne studien. Spørreskjemaet har 27 spørsmål som det tar cirka 10 minutter å svare på. Svarene er gradert med Likert-skala, som er den mest brukte formen for gradering (Polit & Beck, 2012). Det er fem svaralternativer som er gradert med: Helt enig, delvis enig, verken eller, delvis uenig og helt uenig. Spørsmål vedrørende behandling som gjelder samtale med psykolog og gruppebehandling er ikke med i studien, da denne behandlingen ikke var et tilbud ved denne avrusningsenheten.

Dataanalyse

Det er gjennomført kvantitative analyser i form av statistiske tester av materialet i IBM SPSS versjon 23. Alle data er høykorrelerte (se også avsnitt om styrker og begrensninger), kollineariteten mellom de uavhengige variablene er høy og det er lav N, derfor er ikke regresjonsanalyse utført (Greenland, Schwartzbaum, & Finkle, 2000; Ranganathan, Pramesh, & Aggarwal, 2017). Det er valgt et signifikansnivå på $p = 0.05$. Kategoriske variabler er analysert ved chi square test (χ^2). Cohens d er rapportert der denne verdien kan gi klinisk informasjon (Cohen, 1992). For å skille pasienter som er tilfreds og pasienter som ikke er tilfreds, er data dikotomisert på mean. Effektstørrelse (ES) forteller oss hvor uttalt forskjellen mellom gruppen av pasienter som er tilfreds er, sammenlignet med gruppen av pasienter som ikke er tilfreds. Effektstørrelsen beregnes ved at gjennomsnittsforskjellen mellom gruppene divideres med standardavviket i gruppene. Verdi > 0.6 regnes som stor forskjell.

Etikk

Spørreundersøkelsen er meldt til Norsk Samfunnsfaglig Datatjeneste (NSD) for godkjenning. Tilbakemeldingen fra NSD er at prosjektet ikke medfører meldepplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningsloven § 31 og 33. Studien følger de etiske føringene gitt i Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2013). Det er sendt framleggingsvurderingsskjema til regional etisk komité (REK), som har vurdert prosjektet til ikke å være framleggingspliktig. Kvalitetsutviklingsprosjektet er godkjent av personvernombud i avrusningsenhetens helseforetak.

Styrker og svakheter

Studien er anonym og det er en viktig styrke for å få ærlige svar fra pasientene (Polit & Beck, 2012). Det inngår bare en institusjon i studien, men den dekker et stort geografisk område, og er blant de største avrusningsenhetene i Norge. Spørreundersøkelsen har pågått over en periode på ett og ett halvt år, som øker sannsynligheten for at resultatene ikke er tilfeldig for en kortere tidsperiode. Det kan også bidra til at resultatene blir generaliserbare. Det er en svakhet ved studien at noen pasienter ikke har blitt spurt om å delta. Svakheten ved tidsperioden kan være at det ikke er de samme forholdene eller personalet pasientene svarer for. Andre faktorer kan i den inneliggende fasen være med å

påvirke den avhengige variabelen, for eksempel at miljøpersonalet oppholder seg lengre tid sammen med pasientene sammenlignet med leger. Våre data kan dessverre ikke si noe om disse. Uten tilgang til forhold ved variabler om frafallet kunne vi ikke gjøre frafallsanalyse. Institusjonens forsknings- og utviklingskoordinator har tilpasset Kunnskapssenterets validerte spørreskjema til denne avrusningsenheten. Spørsmål som gjelder rusbehandling, men som ikke er relevante ved en avrusningsenhet, er fjernet og noen spørsmål er omformulert.

Resultater

Det presenteres fire tabeller. Tabell 1 er en demografisk oversikt over inkluderte pasienter, de tre neste vil belyse forskningsspørsmålet om hvilke sammenhenger som finnes mellom pasienttilfredshet og behandlerrelasjon ved avrusning. Tabell tre og fire viser hvor uttalt forskjellen er mellom gruppen av pasienter som er tilfreds, i forhold til gruppen av pasienter som ikke er tilfreds med samtaler med pasientansvarlig behandler og lege i avrusningsenheten.

Tabell 1 Demografisk oversikt pasienter innlagt for avrusning

Variabler	Antall N=185	Missing
	N (%)	N (%)
<i>Alder</i>		
18-29 år	47 (25)	
30-49 år	85 (46)	
Over 50 år	53 (29)	
<i>Kjønn</i>		
Kvinne	39 (21)	2 (1)
Mann	144 (78)	
<i>Sivil status</i>		
Gift/samboer/kjæreste	37 (20)	128 (69)
Enslig	20 (11)	
<i>Utdanning</i>		
Grunnskole (≤ 9 år)	64 (35)	2 (1)
Videregående (10 – 11 år)	95 (51)	
Høgskole/universitet (≥ 12 år)	24 (13)	
<i>Mest brukte rusmiddel før denne innleggelsen¹</i>		
Alkohol	103 (56)	
Cannabis	58 (31)	
Kokain	6 (3)	
Amfetamin	60 (32)	
Heroin/morfinstoffer	30 (16)	
Legemiddel	49 (26)	
Syntetiske rusmiddel	9 (5)	
Annet	9 (5)	
Ikke aktuelt	1 (1)	

¹ Her har det vært anledning til å krysse av for flere rusmidler.

Demografisk oversikt over pasientene

Den største pasientgruppen (46 %) er mellom 30 og 49 år. En fjerdedel (25 %) er mellom 18 og 30 år, øvrige (29 %) er over 50 år. Det er flest menn innlagt til avrusning, 78 % menn og 21 % kvinner. Mange (69 %) av pasientene har ikke oppgitt sivilstatus. Alkohol er det mest brukte (56 %) rusmiddelet før innleggelse. (Tabell 1).

Tabell 2 Sammenhenger mellom pasienttilfredshet og samhandling med personalet

Variabler	Tilfreds (N=130)	Mean (SD)	Ikke tilfreds (N=55)	Mean (SD)	Pearson chi- square	Total (N=185)	Effect Size
Er du enig i følgende utsagn om personalet?	N (%)	M (SD)	N (%)	M (SD)	p	N (%)	Cohens D
<i>Snakket forståelig</i>		0.22 (0.41)		0.43 (0.50)	0.002		0.47
ENIG	91 (70)		25 (46)				
UENIG	39 (30)		30 (54)				
<i>Har forstått min situasjon</i>		0.17 (0.38)		0.40 (0.50)	0.001		0.52
ENIG	71 (55)		15 (27)				
UENIG	59 (45)		40 (73)				
<i>Motiverte meg</i>		0.26 (0.44)		0.39 (0.49)	0.08		0.29
ENIG	95 (73)		33 (60)				
UENIG	35 (27)		22 (40)				
<i>Støttet meg</i>		0.24 (0.43)		0.36 (0.48)	0.08		0.26
ENIG	75 (58)		24 (44)				
UENIG	55 (42)		31 (56)				
<i>Var tilgjengelig</i>		0.23 (0.42)		0.38 (0.49)	0.02		0.33
ENIG	78 (60)		23 (42)				
UENIG	52 (40)		32 (58)				
<i>Vist respekt og høflighet</i>		0.26 (0.44)		0.38 (0.49)	0.10		0.26
ENIG	98 (75)		35 (64)				
UENIG	32 (25)		20 (36)				

Sammenhenger mellom pasienttilfredshet og samhandling med personalet

Analyse av hele utvalget viste signifikante sammenhenger mellom pasienttilfredshet og tre av variablene i samhandling med personalet. Den største effektstørrelsen ble funnet i sammenhengen mellom pasienttilfredshet og forståelse for pasientens situasjon ($d = 0.52$), etterfulgt av personalet snakket forståelig til pasienten ($d = 0.47$) og tilgjengelig personale ($d = 0.33$). Det er ikke signifikante sammenhenger mellom pasienttilfredshet og motivering fra personalet ($d = 0.29$), vist respekt og høflighet ($d = 0.26$) og støtte fra personalet ($d = 0.26$) (Tabell 2).

Tabell 3 Sammenhenger mellom pasienttilfredshet og samtaler med behandler² og lege³

Har du vært tilfreds med behandlingen med tanke på;	Tilfreds (N=112)	Mean (SD)	Ikke tilfreds (N=55)	Mean (SD)	Pearson chi-square	Total antall (N=167)	Effect Size
<i>Samtaler med pasientansvarlig behandler</i>							
JA	90 (80)	0.14 (0.35)	40 (73)	0.65 (0.48)	<0.001	105 (63)	1.27
NEI	22 (20)		15 (27)			62 (37)	
<i>Samtaler med lege/overlege/psykiater</i>							
JA	63 (55)	0.13 (0.33)	9 (16)	0.48 (0.50)	<0.001	72 (43)	0.78
NEI	51 (45)		46 (84)			97 (57)	

* Avviket mellom rapportert N (167 og 169) og total N (185) er missing-verdiene.

² Pasientansvarlige behandlere er sykepleiere, vernepleiere og sosionomer.

³ Lege/overlege/psykiater har det medisinske ansvaret for pasientene.

Sammenhenger og forskjeller mellom pasienttilfredshet og samtaler med pasientansvarlig behandler og lege/overlege/psykiater

Analysen viser signifikante assosiasjoner mellom pasienttilfredshet og samtaler med pasientansvarlig behandler og lege/overlege/psykiater. Den største effektstørrelsen ble funnet på sammenhengen mellom samtaler med behandler og pasienttilfredshet ($d = 1.27$), etterfulgt av samtaler med lege/overlege/psykiater ($d = 0.78$) (Tabell 3).

Tabell 4 Sammenligning av forskjeller mellom behandlers og legers behandling, t-test

N=167	Mean	SD	95 % CI	t-verdi	df	P
Forskjeller mellom behandlergruppene	0.41	1.37	0.20-0.62	3.90	166	<0.001

Tabell 4 viser at det er statistisk signifikante forskjeller mellom de to behandlergruppene med en p-verdi <0.001.

Diskusjon

Tabell 1 viser interessante funn, både når det gjelder forskjeller i studiens populasjon, men også når det gjelder nasjonalt populasjonsregister. Derfor gis disse funn en noe større plass. Studien viser at cirka en femdel av pasientene ved avrusning er kvinner. Denne kjønnsfordelingen avviker fra TSB totalt, der data fra Norsk Pasientregister (NPR) har vist en stabil kjønnsfordeling de siste årene, med omtrent en tredel kvinner (Indergård et al., 2017). I NPR er data fra avrusning og rusbehandling samlet i en statistikk for TSB. Årsakene til at det er færre kvinner i avrusning enn i TSB totalt, kan være at det er flere kvinner som ikke har behov for avrusning før rusbehandling, og at kvinner i større grad benytter seg av et lavere omsorgsnivå ved poliklinisk avrusning. Det kan også indikere mindre somatiske og psykiske helseplager og færre tidligere komplikasjoner hos kvinner ved avrusning. Ifølge Helsedirektoratet (2016) er det faktorene som avgjør om pasienter bør ha avrusning poliklinisk eller i døgnbehandling. Hovedtyngden (46 %) av pasienter innlagt for avrusning i denne studien er mellom 30 og 49 år. Cirka 25 % av pasientene er i aldersgruppen 18 til 29 år, mens 29 % av pasientene over 50 år. Dette er en aldersfordeling som samsvarer med tall for hele TSB, som har vært stabile de siste årene, på henholdsvis 48 % mellom 30 og 49 år, 24 % mellom 18 og 29 år og 28 % over 50 år (Indergård et al., 2017).

Halvparten (51 %) av pasientene i denne studien har videregående skole, mens en stor andel (35 %) bare har fullført grunnskole. Fåttallet (13 %) har studert ved høyskole/universitet. Disse tallene avviker fra den norske befolkningen generelt, hvor 41 % har videregående og 32 % har høyskole- eller universitetsutdanning (Statistisk sentralbyrå, 2017).

I denne studien er alkohol det mest brukte rusmiddel før innleggelse. På verdensbasis er også alkohol det mest brukte rusmiddelet (Mørland & Waal, 2016). Misbruk av amfetamin og metamfetamin er økende på verdensbasis (Indergård et al., 2017), og i denne studien er amfetamin det nest mest brukte rusmiddel før innleggelse. Ifølge Indergård (2017) er cannabis det mest brukte

illegale rusmiddel i Norge. I denne studien er cannabis det tredje mest brukte rusmiddel før innleggelse.

Samtaler med behandler er den faktoren som har sterkest sammenheng med pasienttilfredshet ved avrusning i denne studien ($p < 0.001$, $d = 1.27$). Det samme funnet kommer også frem i Tabell 4, som viser statistisk signifikante forskjeller i tilfredshet mellom de to behandlergruppene. Dette funnet støttes av Bellack (2006) sin studie. Selv om samtaler med lege også var viktig for pasientene ($p < 0.001$, $d = 0.78$), viser analysen at det er samtaler med behandler som er viktigst for pasienttilfredsheten, noe som kan bety flere ting. Behandler har som en del av tverrfaglig team ansvar for behandlingen av pasienten, og de har jevnlig samtaler. Det er blant annet daglige støttesamtaler, daglige observasjoner og kartlegging av abstinenssymptomer, pårørendekontakt, kartlegging av rusmiddelmissbruk før innleggelsen og planlegging av videre oppfølging. Når behandler ikke er opptatt med behandleroppgaver, er de miljøpersonell, som er sammen med pasientene i fellesstuene for dagligdags samvær. Ifølge Skatvedt og Schou (2010) er nettopp uformelt samvær viktig for pasientene, og kan forklare hvorfor behandlerne er viktigere enn legene for pasienttilfredshet i denne studien. Legene har alltid en innkomtsamtale med pasientene og har ansvar for foreskrivning av den medikamentelle behandlingen. De har samtaler med pasienter på eget initiativ eller ved forespørsel fra pasient eller behandler, men har ikke uformelt samvær med pasientene. Derfor har pasientene mye mer kontakt med behandler og øvrig personale enn med lege under oppholdet, og kanskje er det derfor at disse samtalene med behandler har så stor betydning for pasientene. Gjennom det dagligdags samværet kan maktforholdet i rollene bli mindre tydelig, og det kan være lettere å oppnå en likeverdig relasjon mellom pasient og behandler. Det kan være en trygghet for pasientene å ha behandler så mye tilstede for seg, slik de får sjansen til å bli litt kjent med vedkommende og tør å si ifra hvis det er noe de kjenner på. Dette er et viktig funn som indikerer at behandlerrelasjon har en betydelig rolle ved avrusning, slik som den har i rusbehandling og psykiatri (Ball et al., 2006; Bellack et al., 2006; De Weert-van Oene et al., 2001; Grosenick & Hatmaker, 2000; Kasarabada et al., 2002; Kirouac et al., 2016; McCallum et al., 2016; Ormbostad et al., 2017; Skatvedt & Schou, 2010).

Den medikamentelle abstinensbehandlingen er en viktig faktor, ofte den viktigste ved avrusning, som ikke er tatt med i denne studien (Dahle & Iversen, 2011^a; Franken & Hendriks, 1999; Hole, 2014; Lossius, 2012; Mørland & Waal, 2016; Timko, Below et al., 2015; Vederhus, Birkeland & Clausen, 2016). Abstinenssymptomer kan være svært plagsomme og er i noen tilfeller livstruende, og det er en av hovedårsakene til at pasienter legges inn i spesialist-

helsetjenesten for abstinensbehandling (Hole, 2014; Lossius, 2012; Mørland & Waal, 2016; Timko, Below et al., 2015).

Den tredje viktigste behandlerrelaterte faktoren for pasienttilfredshet i avrusning, er at personalet har forstått pasientens situasjon ($p = 0.001$, $d = 0.52$). Selv om det sannsynligvis er en moderat sammenheng mellom pasienttilfredshet og forståelse for pasientens situasjon, kan funnet støtte seg til McCallum et al. (2016) sin kvalitative studie, som viser at forståelse og empati er egenskaper hos personale som pasientene mener er viktig for en god relasjon. Sammenhengen mellom pasienttilfredshet og tilgjengelig personale ($p = 0.02$, $d = 0.33$) støttes av de kvalitative studiene til McCallum et al. (2016) og Dahle og Iversen (2011^a) som viktig, og kan også knyttes til Skatvedt og Schou (2010) sin studie der det hverdagslige samværet er viktig for pasienter i rusbehandling. Gjennom hverdagslig samvær vil personalet være tilgjengelig for pasientene. At personalet snakker forståelig til pasienten har signifikant sammenheng med pasienttilfredshet i denne studien ($p = 0.002$, $d = 0.47$). Effekttørrelsen er middels, og vi vil hevde at personalet bør uttrykke seg på en måte som pasientene forstår, uten faguttrykk.

Selv om Dunsæd, Kristensen, Vederhus, Clausen og Høie (2016) hevder at å motivere pasientene til videre behandling er en av tre grunnleggende oppgaver ved avrusning, er ikke våre funn for motivasjon fra personalet statistisk signifikante ($p = 0.08$). Forklaringen kan være at vårt utvalg besto av et flertall av pasienter med egen motivasjon eller at de minst motiverte ligger i frafallet. For å kunne motivere pasienter som er umotiverte er det ifølge Ilgen et al. (2006) viktig med en god behandlerrelasjon. Tilgjengelig personale er også viktig for å fange opp og støtte pasienter som har det vanskelig og de som er umotiverte. Alle de behandlerrelaterte faktorene henger sammen og dokumenterer ulike sider ved behandlerrelasjon. Det å bli møtt med høflighet og respekt har i tidligere studier kommet frem som noe av det viktigste for pasienter i rusbehandling (Dahle & Iversen 2011^a; McCallum et al., 2016). I denne studien er det ikke like viktig for pasientene å bli møtt med høflighet og respekt ($p = 0.10$, $d = 0.26$). Det er heller ikke signifikante sammenhenger mellom pasienttilfredshet og støtte fra personalet ($p = 0.08$, $d = 0.26$) i denne studien. I motsetning til McCallum et al. (2016) sin kvalitative forskning, der støtte fra personalet var en av de viktigste faktorene for pasienttilfredshet. Tidligere studier har dokumentert viktigheten av en god behandlerrelasjon i rusbehandling (Ball et al., 2006; Bellack et al., 2006; Dahle & Iversen 2011^a; De Weert-Van Oene et al., 2001; Grosenick & Hatmaker, 2000; Kasarabada et al., 2002; Kirouac et al., 2016; McCallum et al., 2016; Ormbostad et al., 2017; Skatvedt & Schou, 2010). Denne studien skiller seg fra disse tidligere studiene ved at den er gjennomført ved en ren avrusningsenhet, og at det er studert flere faktorer i behandlerrelasjonen. Studien støtter seg til tidligere forskning fra rusbehandling og psykiatri, og viser at god behandlerrelasjon er viktig også ved

avrusning. Samtidig har denne studien funnet hvilke faktorer som er viktig i denne relasjonen, som kanskje ikke er dokumentert i tidligere forskning på avrusning.

Implikasjon til praksis og videre forskning

Ved å finne ut i hvilken grad de ulike faktorene i behandlerrelasjonen påvirker pasienttilfredsheten ved avrusning, kan denne studien gi viktig kunnskap til avrusningsenheter for å gjennomføre kvalitetsforbedringer innen områder som betyr mest for pasientene. Studien kan også tilføre generell kunnskap og gi innsikt til helsepersonell som jobber med avrusning. Behandlere og leger i TSB bør være bevisst på at behandlerrelasjonen er en viktig del av behandlingen ved avrusning og prioritere samtaler med pasientene. Personale som jobber med avrusning bør forsøke å sette seg inn den enkelte pasient sin situasjon for å forstå hvordan pasienten har det. I samhandling med pasientene vil dagligtale være å foretrekke foran fagspråk og avanserte uttrykk. Avrusningsenheter bør organiseres slik at det til enhver tid er miljøpersonale som er tilgjengelig for pasientene. Det anbefales videre forskning i forhold til pasienttilfredshet og behandlerrelasjon i avrusning, og at data fra tilstrekkelig antall respondenter hentes inn slik at regresjonsanalyser med odd ratio kan utføres. I tillegg med kvalitativ metode eller mixed methods for å få dybdeinformasjon.

Konklusjon

Behandlerrelasjon er en viktig del av behandlingen for pasienter som er innlagt for avrusning. Spesielt viktig er samtaler med behandler og samtaler med lege. Forståelse for pasientens situasjon, snakke med et forståelig språk, samt tilgjengelig personale for pasientene var også statistisk signifikant, men med lavere effektverdier sammenlignet med samtaler med behandler og lege. Funn fra denne studien kan ikke generaliseres og videre forskning anbefales.

Litteratur

- Ball, S.A., Carroll, K.M., Canning-Ball, M. & Rounsaville, B. (2006). Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addictive Behaviors*, 31 (2), 320-330. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.05.013>
- Bellack, A.S., Bennett, M.E., Gearon, J.S., Brown, C.H. & Yang, Y. (2006). A randomized clinical Trial of a New Behavioral treatment for Drug Abuse in people with Severe and Persistent Mental Illness. *Archives of General Psychiatry*, 63 (4), 426-432. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.63.4.426>
- Blonigen, D.M., Bui, L., Harris, A.H., Hepner, K.A. & Kivlahan, D.R. (2014). Perceptions of behavioral health care among veterans with substance use disorders. *Journal of substance abuse treatment*, 47 (2), 122-129. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2014.03.005>

- Boden, M.T. & Moos, R. (2013). Predictors of substance use disorder treatment outcomes among patients with psychotic disorders. *Schizophrenia Research*, 146, 28-33. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.02.003>
- Carlson, M. & Gabriel, R.M. (2001). Patient satisfaction, use of services, and one-year outcomes in publicly funded substance abuse treatment. *Psychiatric Services*, 52 (9), 1230-1236. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.52.9.1230>
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Dahle, K.A. & Iversen, H.H. (2011^a). *Hva er viktig for pasienter innen rusbehandling*. Notat fra Kunnskapssenteret. Hentet fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/hva-er-viktig-for-pasienter-innen-rusbehandling>
- Dahle, K.A. & Iversen, H.H. (2011^b). *Utvikling av metode for å måle pasienterfaringer med døgnopphold innen spesialisert tverrfaglig rusbehandling* (PasOpp-rapport 1/2011). Hentet fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/utvikling-av-metode-for-a-male-pasienterfaringer-med-dognopphold-innen-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling>
- De Weert-Van Oene, G.H., Schippers, G.M., De Jong, C.A.J. & Schrijvers, G. J. P. (2001). Retention in substance dependence treatment: the relevance of in-treatment factors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20 (4), 253-261. [http://dx.doi.org/10.1016/S0740-5472\(01\)00160-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0740-5472(01)00160-X)
- Dunsæd, F., Kristensen, Ø., Vederhus, J.K., Clausen, T. & Høie, M.M. (2016). Standardisert avrusning ved blandingsmisbruk. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 19 (136), 1639-1642. [10.4045/tidsskr.16.0308](https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0308)
- Franken, I.H.A. & Hendriks, V.M. (1999). Predicting outcome of inpatient detoxification of substance abusers. *Psychiatric Services*, 50 (6), 813-817. <http://dx.doi.org/10.1176/ps.50.6.813>
- Greenland, S., Schwartzbaum, J.A. & Finkle, W.D. (2000). Problems due to Small and Sparse Data in Conditional Logistic Regression Analysis. *American Journal of Epidemiology*, 151 (5), 531-539. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a010240>
- Grosenick, J.K. & Hatmaker, C.M. (2000). Perceptions of staff attributes in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19 (3), 273-284. [http://dx.doi.org/10.1016/S0740-5472\(00\)00109-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0740-5472(00)00109-4)
- Haugom, M., Iversen, H.H., Bjertnæs, Ø. & Lindahl, A.K. (2017). Patient experiences questionnaire for interdisciplinary treatment for substance dependence (PEQ-ITSD): Reliability and validity following a national survey in Norway. *BMC Psychiatry*, 17 (1), 73. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-017-1242-1>
- Helsedirektoratet (2016). *Nasjonalt faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Avrusning%20fra%20rusmidler%20og%20vanedannende%20legemidler.pdf>

- Helse Midt-Norge (2015). *Regional plan for Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB) 2016-2020*. Hentet fra: <https://helse-midt.no/Documents/2016/Regional%20plan%20for%20tverrfaglig,%20spesialisert%20behandling%20av%20rusmiddelproblemer%202016%20-%202020.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/prioriterte-utviklingsomrader/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling/id536813/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017). *Oppdragsdokument Helse Midt-Norge RHF, pkt.3*. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/oppdragsdokument/2017/oppdragsdokument_helse_midt-norge_rhf_2017.pdf
- Hole, R. (2014). *Forebygging og behandling av rusproblemer*, Oslo: Universitetsforlaget
- Ilgen, M.A., McKellar, J., Moos, R. & Finney, J.W. (2006). Therapeutic alliance and the relationship between motivation and treatment outcomes in patients with alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31 (2), 157-162. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2006.04.001>
- Indergård, P.J., Solbakken, T. & Urfjell, B. (2017). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2016*. Norsk pasientregister. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1297/IS-2608-Aktivitetsdata-PHV-TSB-2016.pdf>
- Kasarabada, N.D., Hser, Y.I., Boles, S.M. & Huang, Y.C. (2002). Do patients' perceptions of their counselors influence outcomes of drug treatment? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23 (4), 327-334. [http://dx.doi.org/10.1016/S0740-5472\(02\)00276-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0740-5472(02)00276-3)
- Kendra, M.W., Weingardt, K., Cicciare, M.A., & Timko, C. (2015). Satisfaction with substance use treatment. *Addictive Behaviors*, 40, 27–32. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.08.003>
- Kirouac M., Witkiewitz K. & Donovan D.M. (2016). Client Evaluation of Treatment for Alcohol Use Disorder in COMBINE. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 67, 38-43. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2016.04.007>
- Lossius, K. (2012) *Håndbok i rusbehandling*, Oslo: Gyldendal Akademisk
- Marsden, J., Stewart, D., Gossop, M., Rolfe, A., Bacchus, L., Griffiths, P., Clarke, K. & Strang, J. (2000). Assessing client satisfaction with treatment for substance use problems and the development of the treatment perceptions questionnaire (TPQ). *Addict Research Theory*, 8 (5), 455-470.
- McCallum, S.L., Mikocka-Walus, A.A., Gaughwin, M.D., Andrews, J.M. & Turnbull, D.A. (2016). 'I'm a sick person, not a bad person': patient experiences of treatments for alcohol use disorders. *Health Expectations*, 19 (4), 828-841. <https://dx.doi.org/10.1111/hex.12379>

- Mørland, J. & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Nasjonalt kompetansetjeneste TSB. (2017). Faglige rammer for TSB. Hentet fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/prosjekter/prosjekter-for-kompetanseutvikling-og-spredning/faglige-rammer-og-fagutvikling-i-tsb/forskningsvirksomhet>
- Ornbostad, H.A.K., Dale, K.Y., Gjengedal, E.J. & Stallvik, M. (2017). Faktorer som virker inn ved frafall i døgnbehandling for pasienter med ruslidelser. En case-studie med vekt på både pasient- og behandlerperspektivet. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 13 (1). <http://dx.doi.org/10.7557/14.4076>
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*, Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins. <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1403494810382814>
- Ranganathan, P., Pramesh, C.S. & Aggarwal, R. (2017). Common pitfalls in statistical analysis: Logistic regression. *Perspectives in Clinical Research*, 8 (3), 148-151. [10.4103/picr.PICR_87_17](https://doi.org/10.4103/picr.PICR_87_17)
- Ries, R.K., Jaffe, C., Comtois, K.A. & Kitchell, M. (1999). Treatment satisfaction compared with outcome in severe dual disorders. *Community Mental Health J*, 35 (3), 213-221. <https://doi.org/10.1023/A:1018737201773>
- Schulte, S.J., Meier, P.S. & Stirling, J. (2011). Dual diagnosis clients' treatment satisfaction - a systematic review. *BMC Psychiatry*, 11, 64. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-11-64>
- Skatvedt, A. & Schou, K. C. (2010). The potential of the commonplace: A sociological study of emotions, identity and therapeutic change. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38 (5), 81-87.
- Statistisk sentralbyrå. (2017). *Nøkkeltall for utdanning*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/utdanning/nokkeltall>
- St. Olavs Hospital (2016). *Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB)*. Hentet fra: <https://stolav.no/korus/rusbehandling/veiledere-og-retningslinjer/tverrfaglig-spesialisert-behandling-tsb>
- Timko C., Below M., Schultz NR, Brief, D. & Cucciare, M.A. (2015). Patient and Program Factors that Bridge the Detoxification-Treatment Gap: A Structured Evidence Review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 52, 31-39. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2014.11.009>
- Vederhus, J.K., Birkeland, B. & Clausen, T. (2016). Perceived quality of life, 6 months after detoxification: Is abstinence a modifying factor? *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 25 (9), 2315-2322. <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-016-1272-z>
- World Health Organization (2011). *Global status report on alcohol and health*. Hentet fra: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf

- World Medical Association. (2013). World medical association declaration of helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, *310* (20), 2191-2194.
<http://dx.doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Xesfingi, S. & Vozikis, A. (2016). Patient satisfaction with the healthcare system: Assessing the impact of socio-economic and healthcare provision factors. *BMC Health Services Research*, *16* (1), 94.
<http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1327-4>



Mellom tro og tvil Praktisk kunnskap i psykisk helsevern

Forfatter: Ruth H. Olsen

Forlag: Gyldendal, 2019

Sidetall: 204

ISBN: 9788205512450

**Rita Jakobsen, professor,
Lovisenberg diakonale høgskole**

I ei tid hvor kunnskaper i helsetjenesten fremstilles som en polarisering mellom teori og praksis er det befriende og lese tekster som handler om praktisk kunnskap som fenomen, der omtalte polarisering

ikke eksisterer. Med praktisk kunnskap mener forfatteren kunnskap som viser seg i handling. Lesere som ikke er innforstått med fenomenet og begrepet praktisk kunnskap kan forledes til å tenke at dette handler utelukkende om gjøremålet. Denne boken handler om mye mer. Den viser hvordan fortellinger fra arbeidssituasjoner danner utgangspunkt for utvikling av kompetanse til å handle i en menneskebehandlende praksis; Kunnskaper om hva praksis er, hvordan den må utføres for at den skal være riktig, og hvorfor. Riktig i denne sammenheng er riktig overfor det enkelte menneske, i henhold til profesjonens kunnskap og kriterier for kunnskapsutøvelse og i forhold til samfunnets lover og regler. Kritisk refleksjon er et sentralt begrep i denne sammenheng, men også den indre dialogen i situasjonen har betydning da helsearbeidere ofte arbeider alene sammen med pasienter.

Boka er bygd opp i tre deler og sju kapitler:

Del 1: Praktisk kunnskap og utvikling av profesjonspraksis

Dette kapitlet er teoretiske betraktninger og begrunnelser for forståelse av praktisk kunnskap. Klokskap, tillit, fornuft, sansning, overveielse, forståelse og kritisk refleksjon er sentrale elementer i denne delen. Forfatteren sier innledningsvis at denne delen kan godt leses etter del 2 og 3. Jeg vil kanskje anbefale dette- altså en mer induktiv tilnærming da jeg tenker innholdet vil være enklere å forstå når fortellingene er på plass.

Del 2: Psykisk helsearbeid i praksis

Denne delen utgjør bokens essens. Her reflekteres det over kunnskap i handling, rundt hva som skal overveies, hvordan praksis kan beskrives og ordlegges og

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4845>



© 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.

hvordan kritisk refleksjon kan utvikles og gi innsikt. I denne delen er fortellingene og erfaringene sentrale. Å reflektere over egne og andres erfaringer er således utgangspunktet for utvikling av kunnskap, forståelse og fornuft rundt handlinger og holdninger i profesjonsutøvelse. Forfatteren beveger seg naturlig mellom fortolkninger av fortellingene, teoretiske/filosofiske betraktninger, kritisk refleksjon og slik utvikler en mer fullstendig og språklig artikulert forståelse av praktisk kunnskap. Hun viser også hvordan evne til kritisk refleksjon i egen praksis kan oppøves. Erfaring, sansning og et «trent øye» er begreper som reflekteres over i utvikling av forståelse av egen handling. Dialogen med seg selv trekkes frem som essensiell i møte med pasienten. Å gjøre det rette krever innsikt og forståelse i situasjonen. Det er i situasjonen, i overveielser at utøveren viser hvorvidt vedkommende evner å velge og å handle riktig, faglig og etisk. Denne delen av boka gir den nysgjerrige leseren nye kunnskaper og forståelser av helsetjenestens praksiser. Selv om miljøterapeuter er yrkesgruppen i boken, er tenkningen relevant for alle menneskebehandlerne profesjonsutøvere.

Del 3. Å forske på praktisk kunnskap

I denne delen løfter forfatteren fenomenet Praktisk kunnskap inn i forskningsverden. Hun redegjør og reflekterer over metodiske forhold der hun tar utgangspunkt i sine egne spørsmål knyttet til boken; Hvordan dannes forståelsen av hva den unike situasjonen uttrykker? Hvordan uttrykkes innsikten i handlingen? Hvordan dannes erfaringen? Samtalene, refleksjonene i dialog med filosofi og teori skapte tekster som fremstår som språklig artikulert praktisk kunnskap. I siste del reflekteres det over inntrykk, uttrykk, innsikt og erfaringer i møte med miljøterapeutene og refleksjon over fortellingene.

Oppsummering

Dette er ei bok som tar oss med inn i en menneskebehandler praksis der innsikt og forståelse av situasjonene/møtene med pasienter utvikles gjennom kritisk refleksjon. I fortellingene og den kritiske refleksjonen rundt disse, forenes ulike kunnskapsformer, der forskning, etikk og erfaringer hører hjemme. Alle profesjonsutdanninger kan gjennom å tilegne seg innholdet i denne boken bedre forstå og håndtere sin egen praksis. God lesning!

Nordisk Tidsskrift for Helseforskning

Nordisk Tidsskrift for Helseforskning er et fagfelle-vurdert vitenskapelig tidsskrift for helseforskere i Norge og Norden. Tidsskriftet publiserer vitenskapelige artikler og essays, og fagartikler.

Nordisk Tidsskrift for Helseforskning ønsker å formidle relevant og interessant kunnskap med tydelig klinisk profil som er anvendelig for helsepersonell i praksis så vel som teori.

Tidsskriftet publiserer artiklene på et skandinavisk språk; norsk, svensk eller dansk.

Nord universitet, fakultet for sykepleie og helsevitenskap står som utgiver av tidsskriftet, i samarbeid med UiT - Norges arktiske universitet.

Tidsskriftet kommer ut med to nummer i året. Første utgivelse var februar 2005.

Velkommen som leser og forfatter i **Nordisk Tidsskrift for Helseforskning**.