

Nordisk Tidsskrift for *Helseforskning*

Nr. 1-2020 // 16. årgang

Leder

Anerkjennelse av det norske språket i vitenskapelige artikler

Johanne Alteren

Fagfellevurderte artikler

Studenterfaringer med veiledning og læring knyttet til deltagelse i et kvalitetsforbedringsprosjekt på sykehus med kunnskapsbasert praksis som arbeidsform, -en beskrivende og utforskende studie

Gro Røkholt, Liv-Signe Davidsen, Heidi Ness Johnsen, Alfhild Dihle

Beholde og rekruttere sykepleiere til sykehjem, en kvalitativ studie av avdelingssykepleieres erfaringer

Hege Berge, Grethe Eilertsen

Fagkunnskap på godt og vondt - helsepersonell som pårørende til egne alvorlig syke barn på sykehus, en kvalitativ studie

Claudine Skaret, Else Lykkeslet, Trude Fløystad Eines

Forekomst, variasjon og kjønns-forskjeller av depressive symptomer blant barn og unge som deltar i ulike fritidsaktiviteter, en tverrsnittstudie

Else Marie Lysfjord Juul, Odin Hjemdal, Tore Aune

Kan omvendt undervisning gi bedre læringsutbytte i legemiddelregning, sammenlignet med tradisjonell undervisning? En kvasiekperimentell kontrollert studie

Christine Tørris

Hand- og benstyrka vid intensivvårdsavdelning (IVA)-mottagning, -en retrospektiv studie

Sara Eliasson, Michael Wanecek, Tomas Block

"Jeg gråter noen tårer hver dag". En fenomenologisk studie av hjemmeboende kreftpasienters beskrivelse av deres livvsituasjon i palliativ fase

Hildegunn Ervik Sønning, Mariann Fossum

Fagfellevurderte essays

Nordiske sundhedsfremmende perspektiver på eldre menneskers deltagelse og trygghed

Marianne Mahler, Anne Clancy, Aud Johannessen, Johanne Lind, Anne Liveng, Anneli Sarvimäki, Bettina Stenbock-Hult, Nina Simonsen

Velferdsteknologi – fremtidens helsevesen med eller uten omsorg?

Stine Hauvik, Solfrid Vatne

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. 1-2020

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

Fagredaktør; Gabriele Kitzmüller; gabriele.e.kitzmuller@uit.no

Fagredaktør; Kjersti Sunde Mæhre; kjersti.s.mahre@uit.no

Fagredaktør; Frøydis Perny Vasset; fv@ntnu.no

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

Fagredaktør; Ingrid Marie Drageset; ingrid.drageset@uit.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

Anerkjennelse av det norske språket i vitenskapelige artikler

Gjennom flere år som redaktør og skriver av vitenskapelige artikler, erfarer jeg en tendens til at forskningen publiseres mer og mer på engelsk. En annen erfaring er at vitenskapelige artikler skrevet på norsk, blir mindre anerkjent, enn artikler skrevet på engelsk.

Språkrådet (2018) tar jevnlig opp det norske språket sin plass i academia. Temaet har i det siste året også vært fokus i flere artikler i *Khrono* (Gujord, Molde, Olsen, & Wunderlich, 2019; Schei, 2019; Svendsen, 2019). Bekymringen er inntrykket av at norsk språk er på vei ut til fordel for engelsk i store deler av forskning og høyere utdanning i Norge. Dette gjelder også i humaniora og samfunnsvitenskap, der norsk har stått relativt sterkt (Svendsen, 2018). Hvilken konsekvens kan denne utviklingen få for anerkjennelsen av vitenskapelige artikler skrevet på norsk? Blir en artikkel som er skrevet på norsk, mindre anerkjent, enn en artikkel skrevet på engelsk?

Hva er hensikten med å publisere forskning og hvem er leseren? Innenfor helseforskning er hensikten å formidle ny og relevant kunnskap med en klinisk profil som er anvendbar for helsepersonell i praksis, og lærere og forskere i academia, med økt kvalitet på helsehjelpen på alle nivå som mål. Anvendelsen av kunnskapen er sentral. Språket kunnskapen formidles på, er av betydning for hvem som leser og anvender kunnskapen i ulike situasjoner. Språkrådet (2018) påpeker at manglende tilgang på det norske språket, gjør at yrkesutøveren mister verdifull trening i å utøve faget sitt på norsk. Uheldige konsekvenser er at fagspråket smuldres bort og at faget omtales på ulike måter innenfor og mellom profesjonene. Et manglende fagspråk kan også få betydning for kommunikasjonen, både verbalt og skriftlig, til pasienter og pårørende som har behov for helsehjelp. Fagspråklig kompetanse utvikles gjennom bruken av det norske språket overfor ulike problemstillinger i ulike situasjoner. Vitenskapelige artikler skrevet på norsk spiller derfor en sentral rolle, og har en utviklende og dannende funksjon.

Så tilbake til spørsmålet: blir en artikkel som er skrevet på norsk mindre anerkjent enn en artikkel skrevet på engelsk? I henhold til drøftingen ovenfor, bør svaret være nei, men når det gjelder academia er svaret ja. En av grunnene er at artikler som er skrevet på engelsk er mer meritterende når det gjelder kompetanseheving enn artikler skrevet på norsk. Dette, selv om artiklene publiseres i tidsskrift som er godkjent av det norske Universitets- og høgskolerådet. Begrunnelsen for at engelsk er mer meritterende, er at kunnskapen når ut til et større internasjonalt miljø utenfor Norden. Jo flere artikler på engelsk, jo høyere anerkjennelse. En slik situasjon kan friste forskere til å publisere i såkalte

<http://dx.doi.org/10.7557/14.5351>



© 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.

røvertidsskrift (Andreassen, 2018). Disse tidsskriftene kjennetegnes ved at de framstår vitenskapelig, tilbyr rask publisering med manglende kvalitetskontroll.

Mer anerkjennelse og merittering, gjør at forskere velger å skrive på engelsk, noe som bidrar til å undergrave det norske språket, med de konsekvensene jeg har pekt på. Det norske språket må anerkjennes på lik linje med det engelske. Språkrådet (2020) har utviklet et dokument bestående av ti punkter som inneholder konkrete råd om hvordan universitetene og høyskolene kan balansere mellom det engelske og norske språket. For til syvende og sist blir spørsmålene: hvorfor og for hvem gjøres forskningen?

Jeg vil benytte anledningen til å takke av som ansvarlig redaktør for Nordisk Tidsskrift for Helseforskning. Det har vært lærerike og interessante år. Redaksjonen har, sammen med fagfellene, forfatterne og leserne, bidratt til å utvikle et tidsskrift, hvor gode og relevante vitenskapelige artikler og essays skrevet på norsk, dansk og svensk er publisert. Jeg takker så mye for samarbeidet og jeg ønsker den nye redaktøren velkommen.

Johanne Alteren

Litteratur

- Andreassen, K. (2018) Slik kjenner du igjen et røvertidsskrift. Universitetet i Bergen, lastet ned: 19. februar 2020: <https://forskning.no/partner-universitetet-i-bergen-forskningsetikk/slik-kjenner-du-igjen-et-rovertidsskrift/1248045>
- Gujord, A-K. H., Molde, E.B., Olsen, A-M. K., Wunderlich, I. (2019) Norsk når du kan, engelsk når du må. Khrono, første gang publisert i Bergens Tidende, lastet ned: 12. februar 2020. <https://khrono.no/norsk-nar-du-kan-engelsk-nar-du-ma/457167>
- Schei, A. (2019) Språkdirektøren: «Se til NHH». Khrono, lastet ned: 10. februar 2020. <https://khrono.no/nhh-norsk-fagsprak-norsk-vs-engelsk/sprakdirektoren-se-til-nhh/398916>
- Språkrådet (2020) Veiviser for språkvalg i universitets- og høyskolesektoren, lastet ned 19. februar 2020: <https://www.sprakradet.no/Sprakarbeid/Forsking-og-hogre-utdanning/veiviser-for-sprakvalg-i-universitets-og-hogskolesektoren/>
- Språkrådet (2018) Språknytt, 46(4).
- Svendsen, N. (2019) Engelsk i academia: Møter få eller ingen krav om å lære norsk. Khrono, lastet ned: 10. februar 2020. <https://khrono.no/engelsk-i-akademia-moter-fa-eller-ingen-krav-om-a-laere-norsk/426750>
- Svendsen, N. (2018) Forskarane publiserer 90 prosent på engelsk – no droppar også humanistane norsk. På høyden, Nyhetsavis for Universitetet i Bergen, lastet ned: 19. februar 2020. <https://pahoyden.no/norsk-fagsprak-publisering/forskarane-publiserer-90-prosent-pa-engelsk---no-droppar-ogsa-humanistane-norsk/383033>

Studenterfaringer med veiledning og læring knyttet til deltagelse i et kvalitetsforbedringsprosjekt på sykehus med kunnskapsbasert praksis som arbeidsform, en beskrivende og utforskende studie

Gro Røkholt, Liv-Signe Davidsen, Heidi Ness Johnsen og Alfild Dihle

Gro Røkholt, førstelektor, hovedfag i sykepleievitenskap, sykepleier, OsloMet – Storbyuniversitetet, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Studiested Kjeller, grokholt@oslomet.no

Liv-Signe Davidsen, spesialrådgiver, hovedfag i helsefag/ fysioterapivitenskap, fysioterapeut, Akershus universitetssykehus HF, Avdeling for kompetanse og utdanning

Heidi Ness Johnsen, spesialrådgiver, master i sykepleievitenskap, sykepleier, Akershus universitetssykehus HF, Avdeling for kompetanse og utdanning

Alfild Dihle, førsteamanuensis, PhD, hovedfag i sykepleievitenskap, anestesisykepleier, OsloMet – Storbyuniversitetet, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Studiested Pilestredet

Abstract

Student experiences with supervision and learning through participation in a quality improvement evidence-based practice project in a hospital, a descriptive and explorative study

A significant part of health care students' education is provided through clinical placement supervised by practitioners with required education and experience. This study has been conducted to increase knowledge of students' experiences with supervision and learning related to participation in a quality improvement project in a hospital using evidence-based practice tools. A descriptive and exploratory design with focus group interviews. Data was analyzed using qualitative content analysis. Three main themes emerged: changed student role, understanding the importance of keeping professional knowledge updated and need for the facilitation of the clinical placement period. The study showed that supervision helped students become equals of their supervisors and part of the community of practice. The project contributed to students' coping skills. Integrating evidence-based practice into practice taught students a method of professional knowledge updating and quality improvement.

<http://dx.doi.org/10.7557/14.5171>



© 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.

Keyword/Nøkkelord

evidence-based practice; focus group interviews; health care students; learning; supervision; clinical placement

kunnskapsbasert praksis, fokusgruppeintervju; helseprofesjonsstudenter; læring; veiledning; praksisstudier

Referee*

Innledning

En vesentlig del av helsefagstudenters utdanning er praksisstudier under veiledning av yrkesutøvere med relevant utdanning og erfaring. Veiledning kan defineres som «en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at fokuspersonens mestringskompetanse styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier» (Tveiten, 2013:21). Tett oppfølging med veiledning fra praksis- og lærerveileder er et viktig virkemiddel for tilrettelegging av læringsprosessen (Universitets- og høgskolerådet [UHR], 2016; Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger, 2017, §2 (punkt 10 -11) og §3). Relasjonen til veileder har betydning for studenters opplevelse av å lykkes og er vesentlig for deres læringsutbytte (Haugan, Aigeltinger & Sørli, 2012). Det anbefales å legge til rette for arenaer i praksis hvor studenter, praksisveiledere og lærere kan reflektere over, utfordre og utvikle hverandres ulike erfaringer og kompetanse (Solvoll & Heggen, 2010; Mæhre & Vestly, 2012; Drange, 2013). Studier av sykepleiestudenters opplevelse av læring har vist at når de føler seg inkludert i miljøet på praksisstedet, erfars læringen som mer relevant og meningsfull (Levett-Jones & Lathlean, 2008; Holmsen, 2010). Det er i tråd med et sosiokulturelt syn på læring, hvor inkludering og interaksjon i praksisfellesskap har betydning for både forståelse, læring og opplevelse av mening for den enkelte (Dysthe, 2001). I motsetning til et syn på læring som kun en individuell prosess, innebærer en sosiokulturell forståelse at kunnskap blir konstruert gjennom dialog og samhandling. I et slikt perspektiv er det enkelte individ alltid en del av en kontekst og kan ikke forstås løsrevet fra den bestemte sammenhengen. Læring i et sosiokulturelt perspektiv er situert og kan sees på som en sosial aktivitet som inkluderer tenkning og kommunikasjon, og hvor mennesker gradvis og kontinuerlig utvikler kompetanse i samhandling med andre (Dysthe, 2001).

Helsetjenester i Norge skal være kunnskapsbaserte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Å utøve kunnskapsbasert praksis innebærer «å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen» (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Reinart & Nordheim, 2012:17). Intensjonen med kunnskapsbasert praksis er å implementere en arbeidsmetode for kvalitetsforbedring og systematisk sikre at forskningsresultater kvalitets vurderes og tas i bruk. Arbeidsmetoden beskrives som en trinnvis prosess: I) refleksjon over praksis, II) formulering av kliniske spørsmål, III) litteratursøk, IV) kritisk vurdering, V) eventuelt anvendelse av forskningen og VI) evaluering av praksis (Nortvedt et al., 2012).

Det fremheves at alle praksisstudier bør være kunnskapsbaserte slik at studenter møter arenaer der de lærer å etterspørre, vurdere og formidle kunnskap i praksis (UHR, 2016; Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger,

2017, §2-3). Studier har vist at undervisning om kunnskapsbasert praksis på universitetet ikke er tilstrekkelig for at studenter skal utvikle en kunnskapsbasert holdning til fagutøvelse. De må erfare arbeidsformen i praksis noe som krever kompetanse hos veiledere og ansatte på praksisstedet (Dawes et al., 2005; Smith-Strøm, Oterhals, Rustad & Larsen, 2012; Olsen, Bradley, Lomborg & Nordtvedt, 2013; Olsen, 2015). I tillegg er det et mål at studenter skal kunne bidra i systematiske og kvalitetsforbedrende arbeidsprosesser, og det anbefales at studenter involveres i forsknings-, utviklings- og innovasjonsarbeid i løpet av praksisstudiene (UHR, 2016; Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger, 2017, §2, punkt 11). Studier har vist at studentdeltagelse i kvalitetsforbedringsprosjekter har bidratt til positive læringserfaringer, gitt studentene større faglig forståelse og stimulert til en kritisk og reflekterende holdning i fagutøvelse (Baille, Bromley, Walker, Jones & Mhlanga, 2014; Erichsen, Røkholt & Utne, 2016; Flaathen, Jensen & Fagerstrøm, 2017).

Samarbeid mellom praksissted og utdanningsinstitusjon fremheves som sentralt for å fremme kvalitet i praksisstudiene (Elsborg Foss, Kvigne, Larsson & Athlin, 2014; UHR, 2016). Denne studien er en del av et samarbeidsprosjekt mellom et universitet og et sykehus hvor den overordnende målsetningen var å utvikle praksisstedet som læringsarena. Hensikten med studien var økt kunnskap om sykepleie- og fysioterapistudenters erfaringer med veiledning og læring knyttet til deltagelse i et kvalitetsforbedringsprosjekt på sykehus med kunnskapsbasert praksis som arbeidsform.

Studiens forskningsspørsmål: Hvilke erfaringer hadde sykepleie- og fysioterapistudenter med veiledning knyttet til deltagelse i kvalitetsforbedringsprosjektet med kunnskapsbasert praksis som arbeidsform? Hvilke erfaringer hadde sykepleie- og fysioterapistudenter med kvalitetsforbedringsprosjektet som arena for læring?

Metode

Design

Studien hadde et beskrivende og utforskende design med fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode. Et fokusgruppeintervju er et kvalitativt intervju i gruppe der hensikten er å få frem ulike erfaringer og synspunkter om temaet som er i fokus (Malterud, 2012; Kvale & Brinkmann, 2015). Fokusgruppeintervju kan gi et godt datamateriale når det er ønskelig å utforske studenters erfaringer med bruk av kunnskapsbasert praksis som arbeidsform i sine praksisstudier på sykehus. I fokusgruppeintervjuer reflekterer deltagerne over egne synspunkter og erfaringer i diskusjon med andre, og gruppedynamikken kan bidra til å få frem bredde og nyanser i datamaterialet. Malterud (2012) anbefaler fem til åtte deltagere i et fokusgruppeintervju.

Veiledning i en modell med kunnskapsbasert praksis som arbeidsform i praksisstudier

Studien var knyttet til utprøving av en modell som ble utviklet i et samarbeid mellom et universitet og et sykehus for å fremme studenters læring i praksis der kunnskapsbasert praksis ble benyttet som arbeidsform. Modellen innebar at studenter i tillegg til ordinær praksis med veiledning fra sine respektive praksisveiledere, deltok i veiledningsgrupper med fokus på kvalitetsforbedringsprosjekter med arbeidsmetoder fra kunnskapsbasert praksis. Gruppene ble ledet av fagutviklingssykepleier eller en annen ansatt med utdanning innen kunnskapsbasert praksis (videre benevnt som gruppeveileder). Det var ønskelig at studentenes praksisveiledere, lærere og ansatte fra enhetene også skulle kunne delta i gruppene.

Gruppeveileder hadde ansvar for planlegging, gjennomføring og oppfølging av veiledningen i gruppene. Rammen var fire til seks gruppemøter på inntil tre timer i løpet av praksisperioden. Arbeidet i gruppene tok utgangspunkt i konkrete faglige problemstillinger fra praksisstedet som var fastsatt i samarbeid med enhetslederne. I tillegg til ansvaret for å finne svar på enhetens problemstilling, var det gruppeveilederes oppgave å involvere studentene slik at de lærte å anvende kunnskapsbasert praksis. Det varierte hvor mange av trinnene studentene deltok på, avhengig av problemstillingens omfang og enhetens plan for kvalitetsforbedringsarbeidet. Studentene skrev rapport om arbeidet, og denne erstattet det ordinære arbeidskravet i praksisperioden.

Utvalg

Før praksisperioden startet fikk 52 bachelorstudenter i henholdsvis sykepleie (44) og fysioterapi (8) som skulle delta i kvalitetsforbedringsprosjekter i sine praksisstudier, informasjon om studien av forskerne. De fikk også informasjon om at de ville bli invitert til å delta i fokusgruppeintervjuer etter fullført praksisperiode. Lærere fra universitetet og gruppeveiledere på praksisstedet rekrutterte studentene til studien underveis i praksisperioden, med muntlig og skriftlig invitasjon til å delta i et fokusgruppeintervju i etterkant av praksisperioden. Studentene bekreftet deretter om de ønsket å delta direkte til en av forskerne på mail eller SMS. Det endelige utvalget besto av 18 studenter, der fire var fysioterapistudenter i tredje år og 14 var sykepleiestudenter i andre år av sin bachelorutdanning. Begge kjønn var representert. Noen av deltagerne hadde hatt undervisning ved universitetet om kunnskapsbasert praksis før praksisperioden startet, mens andre fikk denne undervisningen i etterkant.

Datainnsamling

Modellen for veiledning som beskrevet over ble utprøvd i to påfølgende praksisperioder ved syv enheter ved et sykehus høsten 2016 og våren 2017. Det ble gjennomført to fokusgruppeintervjuer etter første periode og to etter andre

periode, til sammen fire fokusgruppeintervjuer. To fokusgruppeintervjuer foregikk på universitetet og to på sykehuset, med varighet på 60-90 minutter. Fokusgruppene var ulikt sammensatt, en besto av fire fysioterapi- og tre sykepleiestudenter som hadde hatt praksis ved to ulike enheter ved sykehuset. Den andre fokusgruppen besto av tre sykepleiestudenter fra en enhet, i den tredje fokusgruppen var det fire sykepleiestudenter fra fire ulike enheter og i den siste gruppen fire sykepleiestudenter fra to ulike enheter. Til sammen var alle de syv deltagende enhetene representert i fokusgruppene.

Diskusjonene i fokusgruppene tok utgangspunkt i studentenes erfaringer med veiledning, samarbeid, læring og forståelse av kunnskapsbasert praksis knyttet til deltagelse i kvalitetsforbedringsprosjekt i praksis. For å sikre at disse områdene ble belyst, var det utarbeidet en temabasert intervjuguide som støtte for moderator. Førsteforfatter var moderator og ledet alle fokusgruppeintervjuene, tilstrebet en åpen atmosfære som stimulerte til samhandling og diskusjon mellom deltagerne om de aktuelle temaene og vektla at alle deltagerne kom til orde. Andreforfatter var assisterende moderator og tok stikkordsnotater, supplerte moderator med spørsmål, og ledet oppsummeringen av diskusjonen. I oppsummeringen av diskusjonen ble hovedpunkter presentert og deltakerne fikk mulighet til å korrigere eventuelle misforståelser og bekrefte om de kjente seg igjen i hovedpunktene (Malterud, 2012).

Diskusjonene ble tatt opp på lydfil. Lydfilene ble transkribert ad verbatim av en profesjonell transkribtør. For å kvalitetssikre samsvar mellom intervjuene og transkriptene gjennomgikk første og andre forfatter alt materiale, og lydfilene ble deretter slettet. Det anonymiserte tekstmaterialet dannet grunnlag for analysen.

Dataanalyse

Fokusgruppeintervjuene ble analysert med kvalitativ innholdsanalyse med utgangspunkt i Kvale og Brinkmann's (2015) prinsipper for intervjuanalyse. Første del av analysen foregikk under selve intervjuet der deltakerne beskrev og diskuterte sine erfaringer, og selv kunne oppdage nye forhold av betydning. Moderator og assisterende moderator stilte oppklarende spørsmål og deltakerne fikk mulighet til å oppklare misforståelser og fortolkninger. De transkriberte intervjuene ble videre analysert i tre tolkningskontekster: selvforståelse som ligger tett opp til deltagerens egen forståelse, kritisk forståelse basert på sunn fornuft og teoretisk forståelse.

Etter transkriberingen, i tolkningskonteksten selvforståelse, leste tre av forfatterne (GR, LD, HNJ) alt tekstmateriale flere ganger for å forsøke å fange nyanser og helhet i deltagerens perspektiver. Meningsbærende enheter ble identifisert ut fra studiens hensikt og forskningsspørsmål. De meningsbærende enhetene ble kondensert til beskrivelser på en måte som lå tett opp til deltagerens

utsagn. Det ble benyttet fargekoder for å sortere de ulike meningsbærende enhetene. Enheter som omhandlet samme tema ble deretter samlet i kategorier. Enheter som ikke ble funnet relevant for forskningsspørsmålene ble i denne prosessen lagt til side.

For å tolke meningen utover selvforståelse ble det stilt kritiske spørsmål til hva teksten fortalte om erfaring med veiledning og læring knyttet til deltagelse i kvalitetsforbedringsprosjektet. Gjennom tolkningen trådte mønstre i materialet frem og dannet undertemaer og hovedtemaer. Sisteforfatter (AD) leste deretter hele tekstmaterialet og gjennomgikk analyseprosessen. Alle forfatterne diskuterte temaer og undertemaer for å kvalitetssikre tolkningene, konsensus ble etablert, og tre hovedtemaer fremkom. Funnene er presentert på en beskrivende måte og underbygges av sitater. Et eksempel på analyseprosessen illustreres i tabell 1.

Tabell 1: Illustrasjon av analyseprosessen

Hovedtema: Forståelse for betydningen av faglig oppdatering			
Meningsbærende enhet	Kondensert mening	Kategori	Undertema
..man blir mer bevisst på utførelsen av prosedyrer og enkelte ting, og når vi har sett at det er gjort feil i avdelingen, så blir man mer bevisst at ok, det er kanskje greit å sjekke hvordan prosedyren faktisk skal gjøres, og ikke bare stole på at det man ser er riktig (FG2)	Undersøke hvordan prosedyren faktisk skal gjøres	Viktig å undre seg	Spørrende og kritisk holdning til fagutøvelse
..jeg har skjønt at jeg må være kritisk, sette spørsmålstegn, egentlig. Det har veilederne min sagt, sette spørsmålstegn (FG2)	Ikke bare godta observert praksis	Kritisk til praksis	
..men hadde veilederen gjort det, så hadde jeg jo tenkt at det var riktig, da hadde jeg fortsatt å gjøre det (FG2)	Vant til å stole på veilederen		
..tror jeg kommer til å bli tøffere til å spørre om hvorfor ting er som de er. Om jeg kommer til å slå opp i forskningen, det vet jeg ikke. Men jeg kommer i alle fall til å spørre (FG4)	Mot til å spørre	Kultur for å stille spørsmål	
..hvis det er noe som er diffust, så spør man gjerne i stedet for å tenke ja, ja. Jeg har fått treningen i å spørre (FG4)	Fått trening i å spørre		
..og så jobber vi i et yrke som endres hele tiden, det kommer nye prosedyrer, hva er det som er nytt nå? Det å jobbe faglig med prosjektet syns jeg har vært veldig bra (FG1)	Yrket krever faglig oppdatering	Nødvendig å holde seg faglig oppdatert	Metode for å finne svar på faglige spørsmål
... du skal være oppdatert på nyeste forskningen og hele tiden sørge for å holde deg faglig oppdatert. Nå har jeg litt mer forståelse for hva man faktisk gjør. Uten prosjektet hadde jeg kanskje ikke helt skjønt hvordan jeg skulle gjøre det (FG4)	Økt forståelse for hvordan en kan holde seg faglig oppdatert		
...sånn sett var det ikke resultatet i artiklene vi fant som ble det viktigste. Det er å lære seg prosessen og liksom se hvordan den kunnskapsbaserte arbeidsmetoden foregår med alle trinnene. Det har vært det mest lærerike (FG3)	Lært å anvende kunnskapsbasert praksis	Fra teori om kunnskapsbasert praksis til praktisk anvendelse	
Det har vel helt ærlig gått fra tørt, men nødvendig på skolen, til noe ganske spennende nå (FG1)	Fra tørt på skolen til spennende i praksis		

I den siste tolkningskonteksten, teoretiske forståelse, ble funnene tolket videre og diskutert i lys av teori og forskning og presenteres under diskusjonen.

Forskningsetiske hensyn

Studien fulgte generelle forskningsetiske retningslinjer i henhold til «De nasjonale etiske forskningskomiteene» (2014). Denne studien var en del av et større samarbeidsprosjekt mellom sykehuset og universitetet. Sykehuset hadde oppnevnt personvernombud for forskning og kvalitetssikring, og var derfor fritatt for meldeplikt til Datatilsynet (Personopplysningsloven, 2018). Studien ble meldt til Personvernombudet ved sykehuset som tilrådte prosjektet. Tillatelser var innhentet fra ledere ved de aktuelle enhetene på sykehuset og universitet. I forkant av fokusgruppeintervjuene fikk deltagerne muntlig og skriftlig informasjon om studien. Skriftlig informert samtykke, med mulighet til å trekke seg fra studien når som helst i forskningsprosessen ble innhentet. Det ble i oppstarten av intervjuene gjort klart at forskerne hadde taushetsplikt og at alt datamateriale ville bli anonymisert. Ingen identifiserende personopplysninger ble registrert i forbindelse med prosjektet, og i transkripsjonsprosessen ble deltagerne anonymisert slik at ingen personidentifiserende data fremkom.

Funn

Dataanalysen resulterte i tre hovedtemaer: endret studentrolle, forståelse for betydningen av faglig oppdatering og betydningen av praktisk tilrettelegging. Hovedtemaer med tilhørende undertemaer presenteres i tabell 2. Funnene blir presentert under disse temaene. Sitatene representerer et bredt utvalg fra deltagerne og benevnes med FG 1- 4 som angir hvilket fokusgruppeintervju det stammer fra.

Tabell 2: Oversikt over hovedtema og undertema

Hovedtema	Undertema
Endret studentrolle	Samhandling med veilederne – fra ‘de og vi’ til ‘oss’ Fra mottaker til samarbeidspartner
Forståelse for betydningen av faglig oppdatering	Spørrende og kritisk holdning til fagutøvelse Metode for å finne svar på faglige spørsmål
Betydning av praktisk tilrettelegging	

Endret studentrolle

Samhandling med veilederne om et kvalitetsforbedringsprosjekt i praksis med kunnskapsbasert praksis som arbeidsform bidro til en mer aktiv studentdeltagelse. Gjennom arbeidet med prosjektet erfarte studentene at de i større grad ble sidestilt med veilederne i praksisperioden.

Samhandling med veilederne – fra ‘de og vi’ til ‘oss’

Studentene diskuterte hvordan samhandling om felles oppgaver i kvalitetsforbedringsprosjektet hadde bidratt til et mer sidestilt forhold til veilederne. «*Noe av det fineste synes jeg, med å være student i dette prosjektet, har vært at vi kommer på et likt nivå. Vi blir liksom ikke sett på som studenter. Vi blir tatt med, vi jobber likeverdig om prosjektet. Vi har like mye å si som de andre deltagerne.*» (FG1). Studentene erfarte at de medvirket i prosjektarbeidet og at det ble lagt til rette for et åpent klima i gruppene med rom for å luften tanker og spørsmål. Studentene diskuterte betydningen av denne muligheten til å medvirke i gruppene og var ikke fornøyde der de hadde erfart at gruppeveilederen tok avgjørelser uten å involvere eller etterspørre gruppens synspunkter.

Studentene hadde ulike erfaringer med hvor involvert praksisveilederne deres hadde vært i prosjektet. Noen veiledere var orienterte om kvalitetsforbedringsprosjektet studentene deltok i og etterspurte arbeidet, andre brukte tid på å lese og diskutere artikler sammen med studentene, mens noen ikke deltok i det hele tatt. «*Jeg tenker det er en fordel at praksisveiledere er med. Da ser de at vi er aktive, deltar og jobber med fokus på fag og kunnskap. Og så samarbeider vi jo*» (FG3). Det var et gjennomgående ønske fra studentene om at praksisveilederne skulle vært mer med, både for økt samhandling og for å få et bredere grunnlag for vurdering av studentene.

Fra mottaker til samarbeidspartner

Flere av studentene hadde sammen med gruppeveilederne avdekket behov for å kartlegge ulike forhold ved praksis knyttet til problemstillingene i kvalitetsforbedringsprosjektet. I fokusgruppene diskuterte de hvordan slike oppgaver hadde bidratt til å gjøre det mer legitimt å stille spørsmål til de ansatte. «*Når vi i tillegg kan si i avdelingen at vi jobber med et prosjekt med en bestemt problemstilling, har de kanskje tid til å svare på et spørsmål, og det blir lettere å ta det opp med legene eller sykepleierne*» (FG4). Prosjektarbeidene tok utgangspunkt i faglige problemstillinger fra praksisstedet og studentene ble oppfordret til å presentere resultatene for de ansatte mot slutten av perioden, noe som så ut til å bidra til mer bevissthet hos de ansatte. «*Vi hadde fremlegg i går på avdelingen og da var det mange som ikke ante noe om prosjektet, men så begynte folk å prate, om bruken av kunnskapsbasert praksis*» (FG2). Gjennom å være aktive på praksisstedet, stille spørsmål og diskutere problemstillingene erfarte studentene at de bidro på en måte som fikk betydning for de ansatte ved enheten. «*Når vi er så heldige å komme på arbeidsplassen og få lov til å lære så mye, tenker jeg at vi skal kunne gi noe tilbake. Vi skal kunne dele litt informasjon vi også. Det var jo sykepleiere som sa; det har jo jeg faktisk lurt på uten å tenke ordentlig over det*» (FG4). Det så ut til at studentene fant det meningsfylt å samarbeide om problemstillinger fra praksis på denne måten.

Forståelse for betydningen av faglig oppdatering

Gjennom å delta i kvalitetsforbedringsprosjektet videreutviklet studentene evnen til kritisk refleksjon. De hadde oppdaget nødvendigheten av å stille spørsmål ved praksisutøvelsen og lært en metode for hvordan de kunne holde seg faglig oppdatert.

Spørrende og kritisk holdning til fagutøvelse

Gjennom systematisk bruk av den trinnvise prosessen i kunnskapsbasert praksis og i samhandling med veilederne ble studentene mer bevisste på å reflektere over det de observerte. «...jeg har skjönt at jeg må være mer kritisk, sette spørsmålstegn oftere. Og det har jo veilederne mine sagt, sett spørsmålstegn!» (FG2). Flere hadde oppdaget betydningen av ikke bare å godta praksisutøvelsen til praksisveilederen og andre klinikere, men at det var viktig å undre seg og være kritiske til det de observerte: «jeg er blitt mere bevisst på utførelsen av prosedyrer og når vi har sett at det er gjort feil i avdelingen så er jeg nå mer grundig på å sjekke hvordan prosedyren faktisk skal gjøres, og ikke bare stole på at det man ser er riktig» (FG2). Fra før hadde noen av studentene erfaring med at det kunne være vanskelig å si fra hvis de observerte at en ansatt gjorde noe som ikke samsvarte med anbefalt prosedyre eller praksis. Arbeidet med prosjektet så ut til å ha bidratt til at flere var blitt mer modige og stilte flere spørsmål: «jeg tror jeg kommer til å være litt tøffere til å spørre om hvorfor ting er som de er. Om jeg kommer til å slå det opp i forskningen, det vet jeg ikke, men jeg kommer i hvert fall til å spørre» (FG4). Flere studenter hadde blitt inspirerte av å være en del av et arbeidsmiljø som var preget av en kultur der det var naturlig å spørre hverandre, diskutere og finne svar sammen.

Metode for å finne svar på faglige spørsmål

Gjennom diskusjon og refleksjon i prosjektgruppene hadde studentene fått økt forståelse for at de hadde valgt yrker som stiller krav til å være oppdatert på utvikling og forskning innen fagområdet. «...du må være klar over nyeste forskningen og hele tiden sørge for å holde deg faglig oppdatert. Og nå har jeg litt mer forståelse for hva man faktisk gjør. Uten prosjektet hadde jeg kanskje ikke helt skjönt hvordan jeg skulle gjøre det» (FG4). Gjennom veiledningen og bruk av den trinnvise fremgangsmåten i kunnskapsbasert praksis hadde studentene fått et verktøy de kunne bruke for faglig oppdatering. «... sånn sett var det ikke resultatet i de artiklene vi fant som ble det viktigste. Det var det å lære seg prosessen og se hvordan den kunnskapsbaserte arbeidsmetoden foregår, med alle trinnene, det har vært det mest lærerike» (FG3). Studentene uttrykte at de hadde lært kunnskapsbasert praksis på en annen måte gjennom å erfare det i praksis, og at arbeidsmetoden hadde gått fra å være et tørt og nødvendig fag på universitetet til å bli både spennende, meningsfylt og nyttig.

Betydningen av praktisk tilrettelegging

Deltakelse i kvalitetsforbedringsprosjektet var et tillegg til de ordinære arbeidskravene i studentenes praksisperiode. Gruppeveiledernes ansvar for tilrettelegging av arbeidet ble vektlagt av studentene. Koordinering i forhold til pasientrelaterte oppgaver ble fremhevet som spesielt viktig.

Studentene savnet bedre informasjon om organiseringen av prosjektet og hvilke oppgaver som var knyttet til det, selv om de hadde fått tilsendt informasjon fra gruppeveilederen på forhånd. Muntlig gjennomgang i prosjektgruppene ved oppstart av praksisperioden hadde imidlertid bidratt til økt forståelse og positiv innstilling fra studentene til prosjektet. Studentene hadde ulike erfaringer med hvor godt gruppeveilederne hadde lagt til rette for og koordinert den planlagte møteaktiviteten i prosjektgruppen. *«En ting var jo deltagelse i prosjektet med kunnskapsbasert praksis, men så var det jo også selve praksisen. Plutselig midt på dagen var vi borte to timer på kvalitetsforbedringsprosjektet, og vi følte dagen gikk litt til spille, både praksis og prosjektet ble litt halvveis og oppstykket»* (FG4). Betydningen av at arbeidet med prosjektet ble tilpasset andre pasientrelaterte oppgaver og arbeidskrav ble fremhevet som viktig for kunne å oppnå de øvrige læringsutbyttene.

Ettersom studentene var på praksisstedet i en begrenset periode var det flere grupper som ikke fikk fullført alle trinnene i den kunnskapsbaserte arbeidsmetoden, noe flere savnet. *«Jeg føler det er ganske mye energi og tanker i et slikt prosjektarbeid. Du bruker mye av en praksisperiode på det og fokuserer på det, og da kunne det vært greit på en måte å få avsluttet det også»* (FG1). For å få fullført prosjektet overførte studenter i samarbeid med gruppeveilederne prosjektet til neste studentgruppe som overtok og fikk senere referat fra avslutningen av prosjektet.

Diskusjon

Hensikten med studien var økt kunnskap om studenters erfaringer med veiledning og læring knyttet til deltagelse i et kvalitetsforbedringsprosjekt med kunnskapsbasert praksis som arbeidsform. I det følgende diskuteres studiens funn i lys av teori og tidligere forskning.

Deltagelsen i kvalitetsforbedringsprosjektet hadde gitt studentene en arena for samarbeid og læring i praksis. Studentene la spesielt vekt på hvordan denne arenaen hadde bidratt til å gi dem en endret rolle på praksisstedet. Et forhold som så ut til å ha betydning var at studentene arbeidet sammen med veilederne og lærer om problemstillingene. Gjennom denne samhandlingen utviklet de sin kompetanse, slik Dysthe (2001) beskriver læring i et sosiokulturelt perspektiv. I tillegg opplevde studentene at de ble mer sidestilte med gruppeveilederne og rollene mer likeverdige. Når studentene savnet mer deltagelse fra praksisveilederne i forbedringsarbeidet kan det være et uttrykk for et ønske om å

oppleve denne dreiningen i relasjonen også til dem. Studentene erfarte at veiledningen i gruppen bidro til mestring. Dette samsvarer med Haugan et al. (2012) som fant at en god relasjon til veileder bidrar til å gi studentene tro på egne ressurser og gir grunnlag for opplevelse av mestring, og er i tråd med veilednings hensikt som er å styrke studentenes mestringskompetanse (Tveiten, 2013).

Gruppeveilederne utfordret studentene til å bidra med kunnskap fra prosjektet til de andre ansatte på praksisstedet, og studentene erfarte anerkjennelse for sine bidrag. Gjennom å inkludere seg selv i praksisfellesskapet på denne måten ble studentenes læring relevant og meningsfull slik også andre studier har vist (Levett-Jones & Lathlean, 2008; Holmsen, 2010). Tilgang til praksis er nødvendig for å kunne forstå roller og yrkespraksis som grunnlag for utvikling av egen kompetanse (Dysthe, 2001), og det å bli verdsatt og respektert har ifølge Bjercknes og Christiansen (2015) betydning for læringsutbyttet.

Gjennom veiledning og arbeidet med kvalitetsforbedringsprosjektet i gruppene hadde studentene utviklet en spørrende holdning og evne til å stille seg kritiske både til fagutøvelsen de observerte og grunnlaget for denne. Dette samsvarer med praksisstudienes formål om hvordan praktisk trening skal knytte sammen teoretisk kunnskap med autentiske arbeidssituasjoner (Caspersen & Kårstein, 2013). I prosjektarbeidet ble gruppene en læringsarena hvor studentene sammen med medstudenter, veileder og lærer ble utfordret og oppfordret til å stille spørsmål og være kritiske i sin fagutøvelse. Tradisjonell praksisveiledning har vært preget av mester-lærling-tradisjonen, hvor veiledningen har foregått i en-til-en relasjon med et mer asymmetrisk forhold mellom veileder og student. Veileder har forvaltet en faglig merkunnskap og det kan ha vært utfordrende for studentene å uttrykke kritisk holdning (Bjercknes, 2015). Gjennom veiledningen i gruppene i denne studien fikk studentene mot og mulighet til å stille spørsmål ved rollemodellenes praksisutøvelse, også til sine praksisveiledere. Veiledning knyttet til kvalitetsforbedringsarbeid gjennom slike prosjekter kan derfor bidra til at en unngår å videreføre uhensiktsmessig praksis.

Gjennom å delta i forbedringsarbeid på praksisstedet forstod studentene bedre betydningen av å holde seg faglig oppdatert. Flere studier påpeker betydningen av at arbeid med kvalitetsforbedring bør inngå som en del av helsepersonells utdanning for å gi kompetanse til fremtidig kritisk reflektert fagutøvelse (Baillie et al., 2014; James, Beattie, Shepherd, Armstrong & Wilkinson, 2016). For å møte helsetjenestens forventninger og behov for kompetanse til nytenking og innovasjon framholdes det som sentralt at studenten kan tilegne seg ny kunnskap og foreta faglige vurderinger, avgjørelser og handlinger i tråd med kunnskapsbasert praksis (UHR, 2016; Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger, 2017, §2, (punktene 10 og 11)); Albarqouni et al., 2018). Undervisning på skolen om kunnskapsbasert praksis hadde studentene opplevd

som teoretisk og mindre relevant. Ved å anvende metodikken i forbedringsarbeidet erfarte de en sammenheng mellom teori og praksis, og forstod hvordan de kunne benytte kunnskapsbasert praksis videre for å tilegne seg ny kunnskap og holde seg oppdaterte, i samsvar med funn fra andre studier (Smith-Strøm et al., 2012; Olsen et al., 2013; Olsen, 2015).

I tillegg til gruppeveiledernes rolle som fasilitatorer i studentenes faglige utvikling, peker funn i denne studien på betydningen av at veilederne planlegger og organiserer prosjektene godt. Tveiten (2013) fremhever veileders meransvar for å tilrettelegge for at hensikten med veiledning oppnås når studentene er i praksis. Et annet forhold som så ut til å ha betydning for å sikre godt læringsutbytte var å tilpasse forbedringsarbeidet til studentens øvrige praksis og arbeidskrav. Det krever samarbeid og tilrettelegging både fra veiledere og lærer å fremme utvikling av gode læringsarenaer slik tidligere studier har vist. (Vistnes, Ask, Byklum & Graff av Øhr, 2013; Kårstein & Caspersen, 2014). I henhold til forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger, (2017) § 3 om praksisstudier, skal utdanningsinstitusjonene og praksistilbyderne også inngå samarbeidsavtaler som regulerer samarbeidet på alle nivå.

Studiens styrke og begrensing

En styrke for funnenes pålitelighet var at studentene som deltok hadde hatt praksis ved ulike enheter på sykehuset og hadde erfart ulike veiledere og ulike tilnærminger i kvalitetsforbedringsprosjektet. Det kan ha medvirket til å få frem nyanser og bredde i materialet og en kan anta at funnene kan ha betydning i lignende sammenhenger. Intervjuene ble gjennomført kort tid etter avsluttet praksis slik at studentene hadde nærhet til erfaringene. Funnene i denne studien er gjennomgående positive. I og med at deltagelsen var frivillig, er det en mulighet for at det hovedsakelig var studenter med positiv erfaring som takket ja til å delta. Samtidig åpnet det også for at studenter som var mer kritiske kunne gi tilbakemelding.

De tre første forfatterne i denne studien hadde samarbeidet om innføring av kunnskapsbasert praksis på sykehuset og universitetet gjennom flere år, og kjente feltet svært godt. Studien ble planlagt og fulgt tett opp av disse tre. God feltkunnskap og positive forventninger kan ha påvirket både intervjusituasjonen og tolkninger i analysen. Sisteforfatter hadde forskerkompetanse og erfaring med veiledning av studenter i praksis, men hadde ikke vært involvert i samarbeidet tidligere. Hun sto derfor mer utenfor og kunne stille kritiske spørsmål gjennom hele prosessen både til tekst og analyse. Sammen med forfatternes ulike bakgrunn kan det ha bidratt til å unngå at materialet ble tolket på en måte som bekreftet egen forforståelse og motvirket feltblindhet.

Oppsummering

Studien viste at deltagelse i et kvalitetsforbedringsprosjekt på praksisstedet med kunnskapsbasert praksis som metode bidro til at studentene ble mer sidestilte og likeverdige med veilederne og tok en mer aktiv rolle i sine praksisstudier. Deltagelse i prosjektet ga studentene anerkjennelse fra de ansatte og bidro til inkludering i praksisfellesskapet. Prosjektgruppen var en arena for veiledning, samhandling og læring der studenter og veiledere undret seg sammen over problemstillinger fra praksis. Gjennom arbeid med kunnskapsbasert praksis i praksis lærte studentene en metode for kritisk refleksjon, faglig oppdatering og kvalitetsforbedring. Det bidro til studentenes mestringskompetanse og ble et supplement til tradisjonell praksisveiledning. Et forslag til videre forskning er å undersøke hvilken betydning det har for studentenes læring å innføre kvalitetsforbedringsprosjekter i praksisstudiene med vekt på aktiv studentrolle og nært samarbeid mellom utdanningsinstitusjon og praksis.

Forfatterne rapporterer ingen interessekonflikter.

Studien mottok økonomisk støtte gjennom samarbeidsmidler fra OsloMet. I tillegg har Akershus Universitetssykehus og OsloMet bidratt med en egenandel i prosjektet.

Takk til alle som deltok i studien. Takk til våre arbeidsgivere som har gjort gjennomføring av studien mulig.

Litteratur

- Albarqouni, L., Hoffmann, T., Straus, S., Rydland, N., Young, T., Illic, D., ...Glasziou, P. (2018). Core Competencies in Evidence-Based Practice for Health Professionals. Consensus Statement Based on a Systematic Review and Delphi Survey. *JAMA Network Open*. 1(2): e180281. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.0281
<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2685621>
- Baille, L., Bromley, B., Walker, M., Jones, R. & Mhlanga, F. (2014). Implementing service improvement projects within pre-registration nursing education: A multi-method case study evaluation, *Nurse Education in Practice*, 14(1), 62-68.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2013.06.006>
- Bjerknes, M. S. (2015). Veiledning i klinisk praksis. I M. S. Bjerknes & B. Christiansen (Red.), *Praksisveiledning med sykepleiestudenter* (s. 32-49). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bjerknes, M. S. & Christiansen, B. (2015). Praksis som arena for læring. I M. S. Bjerknes & B. Christiansen (Red.), *Praksisveiledning med sykepleiestudenter* (s. 11-31). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Caspersen, J. & Kårstein, A. (2013): *Kvalitet i praksis. Oppfatninger om kvalitet blant praksisveiledere*. (NIFU-rapport 14/2013). Hentet fra <https://www.nifu.no/publications/1024031>

- De nasjonale etiske forskningskomiteene (2014). Generelle forskningsetiske retningslinjer. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>
- Dawes, M., Summerskill, W., Glasziou, P., Cartabellotta, A., Martin, J, Hopayian, K., ...Osborne, J. (2005). Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Medical Education*, 5(1). <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-5-1>
- Drange, B. B. (2013). Utprøving av tospann som veiledningsmodell. *Uniped*, 36(3). <http://dx.doi.org/10.3402/uniped.v36i3.22725>
- Dysthe, O. (2001). *Dialog, samspel og læring*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Elsborg Foss, J., Kvigne, K., Larsson, B.W. & Athlin, E. (2014). A model (CMBP) for collaboration between university college and nursing practice to promote research utilization in students' clinical placements. A pilot study. *Nurse Education in Practice*, 14(4), 396-402. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2013.11.008>
- Erichsen, T., Røkholt, G. & Utne, I. (2016). Kunnskapsbasert praksis i sykepleierutdanningen. *Sykepleien Forskning*, 11(1) 66-76. <http://dx.doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.56829>
- Flaathen, E, Jensen L.H., & Fagerstrøm, L. (2017). Sykepleierstudenters læring om ernæring i sykehjem. *Nordisk sykeplejeforskning*, 7(1), 21-34. <http://dx.doi.org/10.18261/ISSN.1892-2686-2017-01-03>
- Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger. Forskrift 6. september 2017 nr. 15 om universiteter og høyskoler (universitets- og høyskoleloven). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2017-09-06-1353>
- Haugan, G., Aigeltinger, E.& Sørli, V. (2012). Relasjonen til veilederen betyr mye for sykepleiestudenter i sykehuspraksis. *Sykepleien Forskning*, 7(2), 152-158, doi: 10.4220/sykepleienf.2012.0083. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2012/06/relasjonen-til-veileder-betyr-mye-sykepleierstudenter-i-sykehuspraksis>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan*. (Meld.St.16 (2010-2011)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794>
- Holmsen, T.L., (2010). Hva påvirker studentenes trygghet og læring i klinisk praksis? *Vård i Norden*, 30 (1), 24-28 <http://dx.doi.org/10.1177/010740831003000106>
- James, B., Beattie, M., Shepherd, A., Armstrong, L., & Wilkinson, J. (2016). Fear and transformation: Student nurses' experiences of doing a practicum (quality improvement project) in practice. *Nurse Education in Practice*, 19, 70-78. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2016.05.004>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3.utg.) Oslo: Gyldendal.
- Kårstein, A. & Caspersen, J. (2014): *Praksis i helse- og sosialfagutdanningene. En litteraturgjennomgang*. (NIFU-rapport 16/2014). Hentet fra <https://www.nifu.no/publications/1132765/>

- Levett- Jones, T. & Lathlean, J., (2008). Belongingness: A prerequisite for nursing students' clinical learning. *Nurse Education in Practice* 8 (2), 103-111
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2007.04.003>
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæhre, K. S. & Vestly, S. (2012). Om å være i bevegelse mot en profesjonell fagutøvelse. *Uniped*, 35 (1), 62–74. Hentet fra
https://www.idunn.no/uniped/2012/01/om_aa_vaere_i_bevegelse_mot_en_profesjonell_fagutøvelse
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert – en arbeidsbok* (2.utg.). Oslo: Cappelen Damm.
- Olsen, N. R., Bradley P., Lomborg, K. & Nordtvedt, M. W. (2013). Evidence based practice in clinical physiotherapy education: a qualitative interpretive description. *BMC Medical Education*, 13(52), 1-14.
<http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-13-52>
- Olsen, N.R. (2015). *Evidence-based practice in physiotherapy education. Challenges for integration in clinical education*. Doctoral thesis. Universitetet i Bergen. Hentet fra <http://bora.uib.no/handle/1956/10147>
- Personopplysningsloven. (2018). Lov om behandling av personopplysninger. (LOV-2018-06-15-38) Hentet fra
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
- Smith-Strøm, H., Oterhals, K., Rustad, E.C. & Larsen, T. (2012). Culture crash regarding nursing students' experience of implementation of EBP in clinical practice. *Vård i Norden*, 32(4), 55-59.
<http://dx.doi.org/10.1177/010740831203200412>
- Solvoll, B.A. & Heggen, K. M. (2010). Teaching and learning care-exploring nursing students' clinical practice. *Nurse Education Today*, 30(1), 73–77. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2009.06.003>
- Tveiten, S. (2013). *Veiledning - mer enn ord...* (4.utg). Bergen: Fagbokforlaget.
- Universitets- og høgskolerådet (2016). *Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: Praksisprosjektet*. Hentet fra
<https://www.regjeringen.no/contentassets/86921e6e6f4c45d9a2f67fda3e6eae08/praksisprosjektet-sluttrapport.pdf>
- Vistnes, K., Ask, K. L., Byklum, H. K & Graff av Øhr, V. (2013). Samarbeid gir god praksis. *Sykepleien* 101(13), 52-54. DOI:
<http://dx.doi.org/10.4220/sykepleiens.2013.0126>

Beholde og rekruttere sykepleiere til sykehjem – en kvalitativ studie av avdelingssykepleieres erfaringer

Hege Helseth Berge og Grethe Eilertsen

*Hege Helseth Berge, spesialsykepleier, MSc, Drammen kommune,
hege.berge@drmk.no*

*Grethe Eilertsen, professor, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Universitetet
i Sørøst-Norge, USN Eldreforsk/Research Group on Older People's Health
grethe.eilertsen@usn.no*

Abstract

Retaining and recruiting nurses in nursing homes, -a qualitative study of nurse managers' experiences

The purpose of the study was to explore nurse managers in Norwegian nursing homes experiences with retaining and recruiting of nurses. The study has a qualitative exploratory design. Ten nurse managers in nursing homes were interviewed. Two main themes emerged from the analysis: "Retaining nurses - a difficult line to balance" and "Recruiting – a field of excellence with ideals and reality". Retaining and recruiting nurses challenged nurse managers in finding a balance between facilitating professional development, supporting the nurses in independent prioritization of tasks as well as economic and organizational work that were occasionally perceived as an obstacle. Nurse managers play an important role in the nursing homes and influence nurses' retaining rate through active leadership. Good leadership may lead to a good reputation, which in turn is vital in retaining and recruiting nurses.

Keyword/Nøkkelord

nursing home; leadership; retaining; recruitment

sykehjem; ledelse; beholde; rekruttering

Referee*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4648>



© 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 mange land ses en uro over tendensen til høy turnover og lav rekruttering av sykepleiere til helsetjenesten (WHO, 2016). I Norge er bekymringen særlig knyttet til å sikre nødvendig sykepleiekompetanse i de kommunale helsetjenestene (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2015). Et utgangspunkt for denne studien er at avdelingssykepleieres erfaringer med å beholde og rekruttere sykepleiere i sykehjem utgjør en viktig kunnskapskilde. Så langt vi kjenner til er det ingen norske studier fra sykehjem der avdelingssykepleieres erfaringer er undersøkt, og dette er derfor studiens hensikt. Ansatte i sykehjem fremhever ledelsen som en betydningsfull faktor for å utvikle og opprettholde trivsel og arbeidstilfredshet (Häggström, Skovdahl, Fläckman, Kihlgren & Kihlgren, 2005; Bishop, 2013), og et godt rykte fremholdes som viktig for å beholde og rekruttere kvalifisert personale til sykehjem (Havig, Skogstad, Veenstra & Romøren, 2011). Resultatene fra Norsk Sykepleierforbunds avgangsundersøkelse blant 3. års sykepleierstudenter i 2017, viste at kun to av 10 ønsker å arbeide i kommunehelsetjenesten (Fredheim, 2018). I NOVA-rapporten «Underbemanning er selvforsterkende» (Gautun, Øien & Bratt, 2016) ble det avdekket at nesten halvparten av alle sykepleiere som jobber i norske sykehjem eller hjemmetjenesten mistrives og ønsker å slutte som følge av tidspres og for stor arbeidsbelastning. Rapporten konkluderer med at kommunehelsetjenesten vil være taperen i konkurransen om sykepleierne i fremtiden. Norsk sykepleierforbund har ropt varsku gjennom «Sykepleierløftet». De viser til at Norge i dag mangler nesten 6000 sykepleiere, og uten tiltak vil mangelen være nærmere 30 000 innen 20 år (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Samhandlingsreformens hensikt var å styrke samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2009), og sentrale mål var å bedre koordineringen av tjenestene, styrke det forebyggende arbeidet og være bedre rustet til å møte de utfordringer med flere eldre og personer med sammensatte lidelser representerer. Et hovedgrep i reformen var å tydeliggjøre kommunens rolle og oppgaver, og kompetanse ble fremhevet som en hovednøkkel (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2009). Norske kommuner har i dag flere og mer komplekse arbeidsoppgaver enn før reformen, samtidig er det påpekt at innføringen av reformen kom før kommunene rakk å styrke tjenestene med økt bemanning og nødvendig kompetanse (Haukelien, Vike & Vardheim, 2015). Sykepleietjenesten utgjør en viktig del av kommunenes kompetanse, og når det i nyere studier (Gautun et al., 2016; Bratt & Gautun, 2018) avdekkes at sykepleiere opplever økt arbeidsmengde og har mindre tid til å utøve kvalitativ god sykepleie i kommunehelsetjenesten etter at reformen ble innført, er det et urovekkende signal med tanke på å beholde og rekruttere sykepleiere. Bratt & Gautun (2018) finner også at en høyere andel sykepleiere ønsker å slutte i

sykehjem sammenlignet med sykehusansatte, og andelen av de som slutter er størst blant yngre sykepleiere.

I studier av årsaker til at sykepleiere slutter på sykehus er et gjennomgående, sentralt funn utfordringer knyttet til ledelsen (Chan, Tam, Lung, Wong & Chau, 2013; Hayward, Bungay, Wolff & MacDonald, 2016). Særlig beskriver sykepleiere at innsatsen de legger i arbeidet ikke blir tilstrekkelig anerkjent (Li, Galatsch, Siegrist, Müller, & Hasselhorn, 2011). Samtidig fremholdes det at ledelsen kan være nøkkel til forbedringer i sykepleiernes arbeidshverdag. Manglende karrieremuligheter og fagutvikling, utbrenthet, lav fagdekning og for mye ansvar omtales som vesentlige årsaker til at sykepleiere slutter (Estryn-Behar, van der Heijden, Fry, & Hasselhorn, 2010; Flinkman, Laine, Leino-Kilpi, Hasselhorn, & Salanterä, 2008; Flinkman, Isopahkala-Bouret, & Salanterä, 2013; Tummers, Groeneveld, & Lankhaar, 2013). To av studiene (Flinkman et al., 2008; Flinkman et al., 2013) rapporterer at sykepleiere som vurderer å slutte i større grad opplever å gjøre andre oppgaver enn det de trodde de var ansatt til å gjøre. Mye administrativt arbeid og for liten tid til pasientene forsterker opplevelsen og svekker sykepleierens forventninger til sin rolle som sykepleier. Flere peker på betydningen av at ledelsen må forstå hvordan de kan redusere turnover og fremme jobbtilfredshet blant sine ansatte for å forebygge fremtidig bemannings- og kompetanseutfordringer (Havig et al., 2011; Hayward et al., 2016). Til tross for at tilsvarende studier fra sykehjem er begrenset, tyder den tidligere omtalte rapporten fra NOVA (Gautun et al., 2016) på at sykepleiere på sykehus og sykepleiere i sykehjem har sammenfallende vurderinger. Årsaker til høy turnover blant sykepleiere synes å være komplekse og kan forstås både som individuelle anliggender og organisatoriske forhold. Godt lederskap er fremhevet som vesentlig for å motivere og støtte sykepleierne til å yte god pleie og omsorg, blant annet fordi det påvirker sykepleiernes egen helse i arbeidsdagen (Grönlund & Stenbock-Hult, 2014). Samtidig stilles det stadig større krav til dagens medarbeidere i et samfunn i stadig endring, og fører til at ledelse i større grad endres fra detaljstyring mot å fremme utvikling og læring hos den enkelte ansatte (Hetland, 2008). Det finnes en rekke studier og teorier om «godt lederskap», og i kampen om de gode medarbeiderne, står lederegenskaper som evne til å skape motivasjon og inspirere sentralt (Hetland, 2008).

Transformasjonsledelse er en gren innen moderne ledelsesteori som trekker på flere elementer fra ulike ledelsesteorier. I hovedsak utgår transformasjonsledelse fra en grunnleggende antagelse om at inspirerende ledelse fører til endring (Hetland, 2008). I følge Avolio & Bass (2015) dreier inspirerende ledelse seg blant annet om lederens evne til å appellere til organisasjonens overordnede visjon, og til å motivere de ansatte til å yte det ypperste for organisasjonen. Avolio & Bass (2015) beskriver idealisert innflytelse, inspirerende motivasjon,

intellektuell stimulering og individuell støtte som fire påvirkningsstrategier ledere kan bruke for å mobilisere de ansatte til en felles visjon og økt konkurransedyktighet. Gjennom en rekke empiriske studier fundert i teorien om transformasjonsledelse konkluderer Avolio & Bass (2015) med at organisasjoner der ledere oppnår bedre resultater sammenlignet med andre, sannsynligvis har sammenheng med at de stimulerer ansatte til å prestere på et høyere nivå. I et samfunn i endring, vil ledere som behersker kunsten av å inspirere og motivere, i større grad lykkes i endringsprosesser (Stensaker & Haueng, 2019). Avdelingssykepleiere i den kommunale helsetjenesten er «krumtapper», og økt kunnskap om deres erfaringer vil derfor kunne være et bidrag både for å møte dagens bemannings- og kompetanseutfordringer, og for fremtidig planlegging av de kommunale helsetjenestene.

Studiens hensikt

Studiens hensikt var å utforske hvilke erfaringer avdelingssykepleiere har med å beholde og å rekruttere til norske sykehjem. Erfaringer ble definert som det arbeidet avdelingssykepleiere gjør og omfattet både refleksjoner og faktiske handlinger. Følgende forskningsspørsmål ble undersøkt:

1. Hvordan arbeider avdelingssykepleiere for å beholde og rekruttere sykepleiere til sykehjem?
2. Hvordan opplever avdelingssykepleiere (eventuelle) utfordringer i arbeidet med å beholde og å rekruttere sykepleiere til sykehjem?

Design og metode

Studien har et kvalitativt, utforskende design. Et slikt design ble ansett som det mest hensiktsmessige da kunnskap om studiens tema er sparsom. Kvalitativt design er egnet når hensikten er få innsikt i og kunnskap om menneskers erfaringer, opplevelser, tanker og holdninger (Malterud, 2017), og kvalitative forskningsintervjuer er hensiktsmessig for å forstå verden fra intervjupersonenes side (Kvale & Brinkmann, 2015).

Rekrutteringsprosedyre, deltagere og kontekst

Studiens deltagere var avdelingssykepleiere fra kommunale sykehjem. Forespørsel om deltagelse ble gjennomført ved at virksomhetsleder ved en kommunal utviklingsenhet, distribuerte informasjon og forespørsel om deltagelse til samtlige avdelingssykepleiere ved kommunens sykehjem. Studiens inklusjonskriterier var i) autorisert sykepleier, ii) erfaring som avdelingssykepleier i minimum to år, iii) inneha personalansvar for sykepleiere og iv) erfaring med rekruttering og ansettelse av sykepleiere.

Avdelingssykepleiere som ønsket å delta, returnerte signert samtykkeskjema til førsteforfatter per post. I alt ble 18 invitasjoner sendt ut, hvorav 10 svarte

bekreftende på å delta. Blant disse ble ni inkludert, da den tiende ikke ville oppfylle inklusjonskriterium iii på intervjutidspunktet (sluttet i stilling som avdelingssykepleier).

I planleggingen av studien ble det utviklet en temaguide for intervjuene. For å teste innholdets relevans og språk i guiden, ble det gjennomført et prøveintervju med en avdelingssykepleier som fylte inklusjonskriteriene. Vedkommende mottok forespørsel etter samme prosedyre som de øvrige deltagerne. Intervjuet ble vurdert som innholdsmessig interessant, og det ble kun gjort mindre språklige justeringer i temaguiden. Det ble derfor besluttet å sende vedkommende en skriftlig forespørsel om tillatelse til å la intervjuet inngå i studien. Intervjuet ble inkludert etter returnert signert skriftlig samtykke.

Det er på forhånd vanskelig å fastsette nøyaktig utvalgsstørrelse da den vil avhenge av kvaliteten ved det innsamlede materialet. Malterud (2017) anbefaler et utvalg som er stort nok til å kunne analysere problemstillingen, men samtidig lite nok til at det kan analyseres forsvarlig. Etter å ha gjennomført intervjuene vurderte vi datamaterialet som kvalitetsmessig godt og tilstrekkelig for å kunne besvare studiens forskningsspørsmål. Det var heller ikke vesentlig nytt i de siste to intervjuene, noe som kunne tyde på en viss metning i data (Kvale & Brinkmann, 2015).

Avdelingssykepleierne kom fra 10 ulike sykehjemsavdelinger, se tabell 1. Pasientene i de ulike sykehjemmene ble beskrevet som somatisk syke, med ulik grad av kognitiv svikt. Tre av avdelingene var skjermede enheter med pasienter med moderat til alvorlig kognitiv svikt.

Tabell 1 Studiens kontekstuelle data

Årsverk totalt i avd.	Årsverk sykepleiere i avd. (%)	Antall senge-plasser	Kjennetegn ved pasientgruppen	Antall års erfaring fra direkte pasientrettet arbeid	Antall års erfaring som avd.spl.
22,5	9,0 (40%)	31	Sammensatte sykdomsbilder med somatisk og kognitiv funksjonssvikt	8 år	≥ 10 år
15,5	3,6 (23 %)	23	Sammensatte sykdomsbilder med somatisk og kognitiv funksjonssvikt	16 år	≤ 5 år
18	4,0 (22%)	22	Sammensatte sykdomsbilder med somatisk og kognitiv funksjonssvikt	5 år	≤ 5 år
18	4,7 (26 %)	24	Sammensatte sykdomsbilder med somatisk og kognitiv funksjonssvikt (pasienter med kognitiv svikt i skjermet enhet)	3 år	≥ 20 år
14,6	4,0 (27%)	24	Sammensatte sykdomsbilder med somatisk og kognitiv funksjonssvikt	14 år	≥ 10 år
18	5,0 (28%)	23	Sammensatte sykdomsbilder med somatisk og kognitiv funksjonssvikt	7 år	≥ 10 år
18	5,0 (28 %)	20	Sammensatte sykdomsbilder med somatisk og kognitiv funksjonssvikt (pas. med kognitiv svikt i skjermet enhet)	6 år	≤ 10år
15	3,6 (24 %)	26	Sammensatte sykdomsbilder med somatisk og kognitiv funksjonssvikt	10 år	≥ 10 år
16	6,8 (43 %)	26	Sammensatte sykdomsbilder med somatisk og kognitiv funksjonssvikt	11 år	≥ 10 år
13	1,6 (14%)	16	Pasienter med kognitiv svikt i skjermet enhet	11 år	≤ 5 år

Datainnsamling

Data ble samlet inn ved individuelle, samtalepregede intervjuer. Temaguiden ble utviklet med bakgrunn i studiens forskningsspørsmål og tidligere forskning. Samtidig ble det lagt vekt på å legge til rette for en åpen samtale med rom for refleksjon (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjueren oppfordret deltagerne til å fortelle med egne ord, og intervjuene startet med følgende åpne invitasjon: «Jeg er interessert i å høre om dine erfaringer som avdelingssykepleier. Fortell meg om situasjoner der du opplevde at du lyktes godt som avdelingssykepleier, og videre «hva anser du som sentrale områder for deg som avdelingssykepleier for sykepleiere?» I tråd med til Malteruds anbefalinger (2017), ble temaguiden fortløpende justert med bakgrunn i nye temaer som deltagerne selv brakte opp. Dette bidro til å konsentrere fokus og begrense unødvendig mengder materiale med svakt meningsinnhold. For eksempel inngikk ikke «overbooking av sykepleiere» i temaguiden innledningsvis, men fordi flere brakte temaet inn i de første intervjuene, ble dette tatt opp i de påfølgende intervjuene. Samtlige intervjuer ble utført våren 2017 av førsteforfatter, på tidspunkt og sted som passet deltagerne. Intervjuene varte fra 60-80 minutter, ble tatt opp på lydfiler og transkribert av HHB. Det transkriberte materialet utgjorde i alt 100 sider.

Dataanalyse

Intervjuene ble analysert i tråd med Kvale og Brinkmanns (2015) tre analysekontekster. Samtlige transkripsjoner ble innledningsvis lest flere ganger for å få en samlet forståelse av teksten, samtidig ble førsteinntrykk, tanker og spørsmål nedtegnet. Spørsmålene forskeren stiller til teksten, baseres på forskerens antagelser til teksten. Det er mange spørsmål som kan stilles til en tekst, som gir ulike meninger av teksten, og utfordrer kravet om objektivitet. Et slikt fortolkningsmangfold er likevel gjort legitimt i den hermeneutiske fortolkningsforståelsen, og Kvale og Brinkmann (2015) hevder at det er ikke fortolkningsmangfoldet som er en utfordring i intervjuforskning, men tydelig formulerte forskningsspørsmål som stilles teksten. I den første analysekonteksten ble den transkriberte teksten kondensert til meningsenheter samtidig som deltagerens egen forståelse ble beholdt. I denne fortolkningskonteksten forsøker forskeren å formulere deltagerens egne synspunkter om temaet, slik forskeren forstår dem (Kvale & Brinkmann, 2015). I den andre analysekonteksten ble meningsenhetene først slått sammen til underkategorier på et mer generelt forståelsesnivå. Fortolkningene har gjerne en videre forståelsesramme, men holder seg innenfor det som er allment fornuftig tolkning. Det handler om en kritisk lesning, der det fokuseres på innholdet i en uttalelse, eller på personen som uttaler det (Kvale & Brinkmann, 2015). I denne fasen stilte forskerne spørsmål som: Hvordan kan vi forstå deltagerens erfaringer med å beholde sykepleiere? Hva forteller teksten om å rekruttere sykepleiere? Med bakgrunn i vår forforståelse av temaet og kritisk lesning av teksten, åpnet nye spørsmål seg, for eksempel «er det sammenhenger mellom det å beholde og det å rekruttere sykepleiere? Hva

har pasientgruppen-/e å si i å beholde og å rekruttere sykepleiere?». Så vel som å se etter felles mønster, var det interessant å se etter det som ikke var felles, og vi stilte spørsmål om hvordan vi kunne forstå deltagerens til dels sprikende erfaringer. Spørsmålene gav innsikt i at problemstillingene var komplekse og krevende for studiens deltagere. Til sist i denne fasen ble underkategoriene samlet og re-kontekstualisert i to hovedtemaer som representerer de foreliggende resultatene av studien: «Å beholde sykepleiere - en balansekunst på stram line» og «Rekruttering av sykepleiere – å arbeide i et spenningsfelt mellom idealer og realiteter» (tabell 2). I analysen ble transkripsjonene som helhet lest flere ganger, for å sikre at den endelige tolkningen av temaer og nye perspektiver var forankret i dataene. Underkategoriene ble brukt som verktøy i tolkningen av hovedtemaene. I fremstillingen av funnene, er underkategorier innenfor hvert hovedtema slått sammen for å oppnå bedre flyt og abstraksjon av funnene.

I den tredje analysekonteksten diskuteres funnene i forhold til relevant forskning for å få bedre teoretisk forståelse av temaene. Et av de hermeneutiske fortolkningsprinsippene sier at meningsfortolkning slutter når en indre mening i teksten er nådd uten logiske motsigelser (Kvale & Brinkmann, 2015).

Tabell 2 Eksempel på trinn i analysen fra sitat (meningsenhet) til hovedkategori

Sitat fra deltager (meningsenhet)	Kondensert (meningsenhet)	Kode	Under-kategori	Hoved-kategori
<i>Jeg har fått positive tilbakemeldinger på at jeg er tilgjengelig i avdelingen. Vi har jobbet mye med hygiene, og da opplever de det som positivt når jeg går i uniform. Jeg må prioritere å være tilgjengelig selv om tiden er knapp.</i>	Avdelingssykepleier bruker uniform i avdelingen. Bevisst prioritering om å være tilgjengelig for sykepleiere.	Balansere ledelse og administrative oppgaver	Tilgjengelighet - en krevende prioritering av tid	Å beholde sykepleiere – en balansekunst på stram line

Forskningsetiske hensyn

Studien er gjennomført etter internasjonale forskningsetiske prinsipper i tråd med Helsinkideklarasjonen (Verdens legeförening, 2013) og etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden (Sykepleiernes Samarbeid i Norden, 2003). Det ble innhentet skriftlig informert samtykke fra hver enkelt deltager. Hver deltager fikk informasjon om at de uten å oppgi noen grunn hadde mulighet til å trekke seg fra studien helt frem til deres bidrag var behandlet i analysen. All informasjon er behandlet konfidensielt. I de transkriberte tekstene, er alle

identifiserbare data fjernet eller omskrevet. De transkriberte tekstene og lydopptakene ble lagret på pc med personlig kode, og det var kun forskerne som hadde tilgang til materialet. Studien ble vurdert som ikke meldepliktig av NSD, da verken direkte eller indirekte identifiserende personopplysninger ble registrert.

Funn

Den systematiske analyseprosessen resulterte i to hovedtemaer med tilhørende underkategorier, jmfør tabell 3. De to hovedtemaene strukturerer den videre presentasjonen.

Tabell 3 Studiens hovedtemaer og underkategorier

Hovedtemaer	Underkategorier
Å beholde sykepleiere - en balansekunst på stram line	i. Bevisst administrasjon og ledelse ii. Tilgjengelighet – en krevende prioritering av tid og ressurser iii. Arbeidsmiljøets rolle for å beholde sykepleiere
Rekruttering av sykepleiere – å arbeide i et spenningsfelt mellom idealer og realiteter	i. Omdømmets avgjørende betydning ii. Varierende praksis for rekruttering iii. Hvordan tiltrekke seg de beste sykepleierne

Å beholde sykepleiere - en balansekunst på stram line

Bevisst ledelse og administrasjon

Deltagerne var opptatt av at de ansatte skulle trives i sitt arbeid og fikk muligheter til å utvikle seg og sin kompetanse til det beste for pasienten. De vektla at de måtte tenke både på den enkelte og på ansattgruppen som helhet i ledelsen av avdelingen. I det daglige var det mange hensyn og utfordringer som skulle håndteres. Fordeling av ressurser ble omtalt som utfordrende. Lav andel sykepleiere medførte uforholdsmessig stor arbeidsbelastning på den enkelte. Å legge til rette for tilstrekkelig tid og anledning ved bruk av rett kompetanse til rett pasient er en nødvendighet for å beholde sykepleiere i avdelingen slik en deltager beskrev: «*Sykepleiere vil ta hånd om og behandle pasientene, bare de får tid til det - de har jo så mye annen drift. Det handler om å organisere, selv om det ikke er lett med tanke på bemanningen*».

Overbooking i den ordinære turnusen, en sykepleier i tillegg til den ordinære bemanningen, sykepleier «på topp», var et tiltak noen av deltagerne benyttet. Det var imidlertid store variasjoner; noen gjennomførte overbooking systematisk mens andre vegret seg og så ikke muligheten på grunn av de økonomiske og organisatoriske utfordringer det kunne medføre.

Tilgjengelighet– en krevende prioritering av tid

Deltagerne var omforente i at de ønsket å være synlig og tilgjengelig for sykepleierne i det daglige arbeidet både for å kunne observere og å veilede den enkelte sykepleier i vanskelige og utfordrende situasjoner. Deltagerne anså deres tilgjengelighet og tydelige tilstedeværelse både som viktig for å styrke sykepleierens rolle og funksjon i avdelingen, og som et ledd i å ansvarlig gjøre sykepleierne i å prioritere og delegere arbeidsoppgaver. En deltager sa: *«Jeg har jobbet mye med å «sette rollen» som sykepleier i avdelingen. Å kunne være tøff i et tøft miljø med mange «garva» hjelpepleiere som gjerne styrer litt og vil ta tida til sykepleieren. Sykepleiere må aldri bli en helsefagarbeider med sykepleierfunksjon.»*

Flere deltagere brukte uniform, og begrunnet det med å være tilgjengelig ute i avdelingen både for pasienter og ansatte. Disse deltagerne presiserte at de ved siden av å være avdelingssykepleiere, også var sykepleiere, noe uniformen synliggjorde. Samtidig fremholdt de at det var utfordrende å balansere arbeidsoppgaver mellom å være tilstedeværende og tilgjengelige for veiledning og sykepleierfaglig bistand og samtidig jobbe administrativt. Begge deler ble beskrevet som viktige sider av arbeidet som krevde veloverveide prioriteringer. Administrative oppgaver, budsjettoppfølging, avdelingssykepleiermøter og turnusplanlegging gjorde at tiden måtte nøye planlegges og balanseres. Det ble fremhevet som særlig krevende å være ansvarlig for avdelingens økonomi.

Andre deltagere var derimot tydelig på at de ikke gikk i uniform eller deltok i avdelingens daglige gjøremål, og sa: *«Det går mye tid til administrative ting, og hvis en da blir hengende etter med turnuser, sykeoppfølging fordi en deltar mye i stell situasjoner blir det feil prioritering. Man må ha gode fagfolk på jobb en kan konferere med. Jeg skal ikke være spesialist på fag, jeg skal være spesialist på ledelse.»*

Gjennom en tydelig lederatferd mente flere at de skapte trygghet og forutsigbarhet for sykepleierne, noe som bidro til å beholde dem i avdelingen. Deltagerne gav uttrykk for at de stilte tydelige krav til sykepleierne i avdelingen. Kravene var med på å ansvarlig gjøre den enkelte sykepleier til å ta sitt «naturlige lederskap» i kraft av å være sykepleier.

Fagutvikling, kompetanseheving og karrierestiger ble fremhevet som sentrale faktorer for å beholde sykepleiere i avdelingen. Kompetanseheving ble ansett som viktig for å styrke sykepleierne og var med på å gi dem motivasjon i en travel hverdag. Flere motiverte sine sykepleiere til å ta videreutdanning og sørget for at det lot seg gjennomføre med turnusarbeid. Samtidig erfarte de at antallet sykepleiere som kunne tas ut av den ordinære driften samtidig måtte balanseres, i forhold til både økonomi og bemanning, slik en sa: *«Jeg ønsker å bruke mer penger på sykepleierne, men jeg har dem ikke! Det er ikke bare å erstatte*

faglærte med assistenter». Deltagerne omtalte deres eget ansvar for stadig å gi sykepleierne nye faglige utfordringer og selvstendig ansvar i møte med den gamle pasienten og pårørende som avgjørende for den profesjonelle utviklingen.

Arbeidsmiljøets rolle for å beholde sykepleiere

Det kom tydelig frem i deltagerne beskrivelser at arbeidsmiljøet var viktig for å beholde sykepleierne. Et godt arbeidsmiljø ble beskrevet som inkluderende og åpent med takhøyde for faglige diskusjoner. Kollegastøtte ble trukket frem som et virkemiddel for å beholde sykepleiere, og flere deltagere hadde god erfaring med «fadderordning» ved nyansettelser. Trygghet var viktig for sykepleiere, og ble skapt i et godt arbeidsmiljø med andre fagpersoner. En utfordring som ble trukket frem i denne sammenhengen var en sterk hjelpepleiergruppe som krevde tid og hadde tydelige forventninger til at sykepleierne skulle utføre de samme arbeidsoppgavene som dem, i tillegg til sykepleieroppgavene. Med en dominerende hjelpepleiergruppe kunne det være utfordrende for sykepleierne å delegerer og prioritere sitt arbeid, noe som førte til at mange sykepleiere opplevde stress og lav mestring. Deltagerne var opptatt av at sykepleierne måtte prioritere oppgaver som krever sykepleierkompetanse og som derfor andre i teamet ikke kunne utføre, og var bekymret over et stort arbeidspress sykepleierne tidvis ble utsatt for. En sa: *«Det er jo en rekke oppgaver kun en sykepleier kan gjøre. Det er klart belastningen blir stor når du i tillegg skal regnes med i all pleie og stell, og så skal du springe rundt og gjøre alle de andre oppgavene også.»*

Systematisk arbeid for å utvikle et godt arbeidsmiljø ble av flere knyttet til rollen å lede med en tydelig visjon. Deres eget engasjement opplevde de smittet over på de ansatte. Hos en kom det for eksempel til uttrykk gjennom hennes ambisjon om å bli en av de beste avdelingene i byen. Hun ville at avdelingen skulle bli oppfattet som et attraktivt arbeidssted og et godt sted å komme som pasient: *«Jeg er veldig glad i gamle og er opptatt av at de skal ha det bra. Vi skal bli en bra avdeling. Jeg har en tydelig visjon for avdelingen: Vi skal bli en av de beste avdelingene i byen, det skal være kjekt å komme til oss. Det er mange som sier det nå at de var så glade for å komme hit.»*

Deltagerne opplevde at rollen deres var viktig for å påvirke og skape et godt arbeidsmiljø i avdelingen. Det innebar å «fronte» sykepleierne, og være tydelige på at sykepleierne måtte få rom til å utføre spesifikke sykepleieroppgaver.

Rekruttering av sykepleiere – et arbeid i spenningsfeltet mellom idealer og realiteter

Omdømmets avgjørende betydning

I rekrutteringsøyemed beskrev deltagerne omdømme som den sterkeste pådriveren i å rekruttere gode sykepleiere. Omdømme kan ødelegges, og systematisk, målrettet arbeid ble fremhevet som avgjørende for å utvikle og

bevare et godt omdømme. Godt samarbeid med pårørende var et essensielt bidrag i arbeidet med å skape gode dager for pasientene og meningsfullhet blant de ansatte.

Flere deltagere hadde erfart at avdelingens omdømme hadde vært avgjørende for at sykepleierne søkte seg til avdelingen, og de vekta betydningen av praksisperiodene i sykepleiestudiet som en viktig rekrutteringsarena. Flere var svært bevisste på å rekruttere studenter til helgestillinger tidlig i utdanningen. Studentene ble dermed inkludert i arbeidsmiljøet, og fulgt opp med god veiledning både fra kollegaer og avdelingssykepleier. En deltager fortalte: «*Jeg er veldig bevisst på å prate med studentene når de kommer. Om det er noen av dem som kunne tenke seg arbeid i eldreomsorgen så får vi dem inn i faste helger. Det har vært vår strategi, og til dels har vi lyktes med det. Nå ser vi at vi begynner å få et yngre fagmiljø blant sykepleiere. Det er viktig for å beholde dem.*»

Deltagerne viste til at dagens eldreomsorg er mer avansert enn tidligere, og i studentenes praksisperioder har avdelingene en unik mulighet til å vise frem det komplekse arbeidet som gjøres i en sykehjemsavdeling. Dagens pasienter har høy alder med sammensatte sykdomsbilder og flere får medisinsk behandling på sykehjemmet. Sykepleierens rolle i sykehjem er i endring, noe også studentene bemerker når de er praksis. Omdømmet til de ulike sykehjemmene opplevde deltagerne som relativt bra, men det hadde ikke alltid vært slik. Flere deltagere fortalte om tunge tider med dårlig omdømme, og utfordringer med å rekruttere. Fortsatt opplevde noen at geriatri som fagfelt ikke er interessant nok, og at ryktet om eldreomsorgens høye arbeidspress, kjedelige og ensidige arbeidsoppgaver sitter hardt i. Omdømmebygging ble fremhevet av alle deltagerne som et viktig og kontinuerlig arbeid.

Variierende praksis for rekruttering

Det var store variasjoner blant deltagerne med hensyn til langsiktig planlegging av rekruttering av sykepleiere til sin avdeling. Noen deltagere planla bevisst for fremtiden, andre ikke. De sistnevnte viste til at de hadde lav turnover og ingen rekrutteringsutfordringer i dag, og brukte derfor ikke tid på å tenke på slike oppgaver nå.

Det var også ulike erfaringer knyttet til kartlegging og forståelse av årsakene til at sykepleierne sluttet. Enkelte hadde full oversikt over årsakene og jobbet bevisst med tiltak for å redusere turnover, mens andre ikke hadde kartlagt årsakene. De færreste tok likevel i liten grad denne innsikten i bruk i rekrutteringsarbeidet. Slik deltagere beskrev det sluttet flest sykepleiere på grunn av flytting eller pensjonering. En annen årsak var «feilvalg»; arbeidsoppgavene innfridde ikke sykepleiernes forventninger.

Økonomi ble fremholdt som et hinder i rekrutteringsprosessen. Deltagerne opplevde lite handlingsrom og fleksibilitet i arbeidet for å rekruttere de sykepleierne de ville ha. En deltager sukket og sa: *«Det er vanskelig og dumt når det er årsaker som koster litt penger. Og så har jeg ikke penger til å gjøre noe med det»*. Likevel var det noen deltagere som utfordret handlingsrommet for å rekruttere dyktige sykepleiere, slik følgende uttalelse illustrerer: *«Jeg har ikke råd til å la være heller. Jeg tenker at å ha dyktige sykepleiere er kjempeviktig for kvaliteten på pleien som gis her»*.

I en hektisk hverdag kunne intervjuer med søkere bli nedprioritert slik at de som deltok i gjennomføringen var de som tilfeldigvis var tilstede. Noen fortalte også om en overfladisk rekrutteringspraksis, både med tanke på hvor, når og hvordan stillingene ble lyst ut. Utlysningstekstene kunne være lite attraktive, og flere mente det var tilfeldig hvordan avdelingen ble presentert. Noen hadde dårlige erfaringer med å rekruttere når behovet var akutt; blant tilsatte i slike situasjoner sluttet mange etter kort tid. Deltagerne opplevde ingen rekrutteringsoppfordringer i dag. De fikk stort sett ansatt sykepleiere i ledige stillinger, men de hadde ulike erfaringer med hvem de fikk ansatt.

Om å tiltrekke seg de beste sykepleierne

I konkurransen om de beste sykepleierne profilerte deltagere avdelingene sine så godt de kunne. Men deres erfaringer var at dette ikke var nok. Det var behov for å se på nye faktorer for å tiltrekke seg de beste sykepleiere. Karrierestiger og utviklingsmuligheter i avdelingen, gode individuelle avtaler som valgfri stillingsstørrelse og fleksibel turnus var tiltak deltagere vektla som «goder» for sykepleierne. Samtidig var deltagere uenige om hvorvidt sykepleierne skulle rekrutteres på goder. Flere viste til at lønn ikke var avgjørende i rekrutteringen. Derimot opplevde de å få flere søkere til stillinger med arbeid hver fjerde helg. De fleste mente sykepleierne måtte «lokkes» med faglige utfordringer, tid og mulighet til å utføre kvalitetsmessig god sykepleie. Følgende utsagn reflekterer en felles oppfatning:

«Nå skal ikke sykepleier kjøpes med goder, men heller tid, utfordringer og faglig påfyll. Gi dem rom til å gjøre de sykepleieroppgavene de ønsker å gjøre, med den kvaliteten de ønsker. Jeg tror de heller er ute etter det enn goder.»

Det er behov for endringer i organiseringen av sykepleiere i sykehjem, slik deltagere så det. Det handler om å rendyrke sykepleierrollen i sykehjem og å ha økonomi og ressurser til å organisere sykepleiergruppen ut av den ordinære bemanningen. En deltager sa: *«Vi skulle hatt en egen sykepleiergruppe som gikk på huset og gjorde sykepleieroppgaver, som var tatt ut av den ordinære bemanningen. Da ville de ikke bli oppslukt av andre ting, og det ville ikke bli dårlig stemning når sykepleieren går fra avdelingen.»*

Å være selektiv i rekrutteringen var et viktig suksesskriterium for å få de beste sykepleierne. Ved å være tydelig på hvilke krav og forventninger deltagerne hadde til sykepleieren ved ansettelse, og tenke over om vedkommende passet inn i arbeidsmiljøet, økte sannsynligheten for å finne den beste sykepleieren slik en sa: *«Det er ikke hvem som helst som får jobbe her, nei. Det er personavhengig. Det er jeg opptatt av når jeg ansetter. Jeg ser etter de som engasjerer seg, leser seg opp - holder seg oppdatert. Jeg har sett at det lønner seg å se etter dem som liker jobben og som kan passe sammen med resten av personalet. Det fungerer mye bedre, for de blir.»*

Til tross for gode tider for rekruttering av sykepleiere til sykehjem var flere bekymret for fremtiden. Deltagerne etterlyste en tydelig rekrutteringsstrategi fra overordnet ledelsesnivå med fokus på nye faktorer som kan tiltrekke sykepleiere.

Diskusjon

I denne studien er avdelingssykepleieres erfaringer med å beholde og rekruttere til sykehjem utforsket. Deltagernes erfaringer, fra konkrete handlinger og refleksjoner, har bidratt med viktig innsikt fra en krevende arbeidshverdag, med stramme økonomiske rammer og utfordrende prioriteringer. Samtidig er det i deres erfaringer et tydelig ønske om å bidra til å opprettholde og sikre høy sykepleiefaglig kompetanse og utøvelse i et attraktivt arbeidsmiljø.

Resultatene viser at avdelingssykepleierne anså kunnskap om hva slags kompetanse avdelingen til enhver tid hadde behov for, var avgjørende i personalplanleggingen og viktig for å beholde sykepleierne. Grimsø (2004) peker på at en slik innsikt er vesentlig for at riktig kompetanse kan utvikles gjennom kompetanseheving og sikres ved rekruttering. En grunnleggende forutsetning synes dermed å være at avdelingssykepleieren forstår de faglige utfordringene i sykepleiernes arbeid, både for å kunne tilrettelegge god og hensiktsmessig organisering av personalet, sørge for riktig fagkompetanse til rett pasient og for å kunne redusere den totale belastningen på sykepleierne. Det er i denne sammenhengen verdt å nevne Hayes et als studie (2012) som fant at stress, overbelastning og utbrenthet ofte fører til at sykepleiere slutter. De påpeker at støttende ledelse er viktig for å skape et anerkjennende arbeidsmiljø med høy grad av kvalitet og profesjonalitet hos sykepleierne. I den foreliggende studien synes deltagerne langt på vei å arbeide i samsvar med en slik oppfatning. Flere deltagere beskrev for eksempel hvordan de bistod sykepleierne i å prioritere og delegere arbeidsoppgaver for at det skulle være mulig for dem å gjennomføre alle arbeidsoppgavene. De fremhevet at de måtte «stå i ryggen og jobbe sammen med sykepleierne», noe vi tolker som uttrykk for en støttende og anerkjennende ledelse. Estryn-Behar et al. (2010) argumenterer for at ledelsen bør legge til rette for at sykepleiere får tid og anledning til å utføre kvalitativ god sykepleie til pasientene. Overbooking og «sykepleier på topp» ble i denne studien fremhevet

av flere som bevisste strategier for å tilrettelegge for at sykepleierne fikk anledning til å utøve god sykepleie. Videre pekte de på at en høyere prosentandel sykepleiere i avdelingen førte med seg et større og bedre fagmiljø, og hevet kvaliteten i sykepleien til pasienten. Disse avdelingssykepleierne hadde samtidig erfart at det var mulig å spare inn på andre områder, eksempelvis ved færre sykemeldinger og mindre innleie av ekstravakter. Det er grunn til å anta at en slik «fremoverlent» og kreativ holdning til egen ledelse virker positivt på sykepleiernes ønske om å bli værende i avdelingen. Tilstedeværelse og en lyttende, anerkjennende holdning fra ledelsen bidrar til å gi sykepleierne høyere selvtillit i arbeidet og øke jobbtilfredsheten (Hayward et al., 2016; Kristoffersen & Friberg, 2016). Flere studier finner at anerkjennelse av rollen som sykepleier og støtte i det daglige arbeidet er viktig både for å beholde sykepleierne samtidig som et godt arbeidsmiljø øker jobbtilfredsheten blant sykepleiere (Bergland, Vibe & Martinussen, 2010; Chan et.al., 2013; Hayward et.al., 2016; Nei, Snyder & Litwiler, 2015). Hvordan avdelingssykepleierne opptrer ovenfor sykepleierne kan dermed synes å ha en direkte påvirkning på sykepleiernes ønske om å bli værende i avdelingen, noe deltagerne i denne studien arbeidet bevisst med. Arbeidsmiljøet ble fremholdt som en vesentlig faktor for å beholde sykepleierne, og deltagerne anså sin egen rolle som sentral i å bygge et godt arbeidsmiljø i avdelingen. Tilsvarende finner vi i en nyere studie av Keisu, Öhman & Enberg (2017), som viser at avdelingssykepleiere spiller en vesentlig rolle gjennom sin påvirkning av det psykososiale arbeidsmiljøet.

Deltagerne var svært oppmerksomme på betydningen av å legge til rette for fag- og kompetanseutvikling, både for å beholde sykepleiere og i arbeidet med å rekruttere. Samtidig gav de uttrykk for at de økonomiske rammene la begrensninger. De forsøkte likevel å være fokusert på den enkelte medarbeiders behov for vekst og måloppnåelse, noe som er ansett som vesentlig i opplevelsen av individuell støtte (Avolio & Bass, 2015). Klare krav og forventninger til sykepleierne og en tydelig visjon for sin avdeling ble fremholdt. Gjennom intellektuell stimulering utfordret deltagerne sykepleiere til å tenke kreativt og være delaktige i innovative løsninger. I en ny norsk studie er medarbeiderinvolvering fremhevet som en viktig faktor for å fremme sosial innovasjon og stimulere et lærende arbeidsplassmiljø (Totcheva, Vedeler & Slettebø, 2019). Gjennom idealisert innflytelse vil en avdelingssykepleier oppnå å motivere og inspirere de ansatte, og fremstå som en rollemodell i avdelingen (Avolio & Bass, 2015; Kristoffersen & Friberg, 2016; Li, 2013). Flere av deltagerne understreket også at de var ledere av sykepleiefaget, og at det derfor var viktig å opptre som sykepleiere. Vi tolker deres utsagn som et ønske om å være rollemodeller for sykepleierne, både sykepleiefaglig og som ledere. Gjennom å fremme tilhørighet og entusiasme om felles mål og visjon, slik Avolio & Bass (2015) fremholder, peker studiens funn på at deltagerens lederatferd er en viktig faktor for å påvirke sykepleierne til å bli værende i avdelingen. Det synes å være nødvendig at

avdelingssykepleiere har et bevisst forhold til sin lederatferd for å forstå hvordan deres adferd påvirker sykepleiernes ønske om å bli værende. Ved at avdelings- sykepleiere fokuserer på forhold som gjør at sykepleiere blir værende lengst mulig, fremmes samtidig kvaliteten i arbeidet med pasientene og jobbtilfredsheten blant sykepleierne (Andresen, 2016).

Et aktivt fagmiljø er beskrevet som en av de viktigste rekrutteringsfaktorene for sykepleiere til sykehjem (Gautun et al. 2016). Deltagerne koblet et aktivt fagmiljø til et godt omdømme. De fremhevet at et godt omdømme tar tid å bygge opp, men er lett å rive ned. Arbeidsmiljøet ble ansett som avgjørende i omdømmebyggingen og de ansatte ble vurdert som sentrale bidragsytere; hvordan de ansatte snakket om arbeidsplassen og selve jobben ble vurdert som avgjørende. Deltagerne hadde erfart at sykepleiere rekrutterer nye sykepleiere gjennom å snakke positivt om avdelingen. Betydningen av positiv omtale er også fremhevet av Brønn & Ihlen (2012) som argumenterer for at medarbeidere gir uformelle inntrykk til omverdenen utenom sykehjemmet og dermed støtter oppunder omdømmebyggingen. I den foreliggende studien ble tydelig ledelseskommunikasjon ansett som et viktig bidrag for å skape et godt omdømme. Faktorer som ble trukket fram var utvikling av en felles visjon, iverksetting og styring av endringsprosesser, samt å myndiggjøre og motivere ansatte. I lys av teorien om transformasjonsledelse, bidrar disse faktorene til å stimulere ansatte til å prestere på et høyere nivå (Avolio & Bass, 2015), og avdelingssykepleiere som presenterer en tydelig visjon som motiverer og inspirerer, øker jobbtilfredsheten blant sykepleiere (Nelsey & Brownie, 2012). Avdelings- sykepleieres lederatferd synes dermed også å ha en avgjørende påvirkning på omdømmebyggingen, både for å fremme god rekruttering og som vist overfor, bidra til at sykepleiere blir værende i avdelingen.

En annen interessant erfaring deltagerne vektla i rekrutteringsarbeidet var knyttet til sykepleierstudentenes praksisperioder i avdelingene. Praksisperiodene var gyldne anledninger for studentene til å få innsikt i sykepleierens funksjoner og hverdagen på sykehjem. Bakkeli, Sterri & Moland (2016) understreker at gode praksisperioder er avgjørende for at studenter vil se på kommunen som en potensiell arbeidsgiver. Deltagerne erfarte at omdømme lett spres blant studentene. Flere rekrutterte bevisst studenter til helgestillinger, og hadde som en direkte følge av dette erfart å få nye sykepleiere. Et godt omdømme synes dermed å være en særlig viktig faktor for å rekruttere sykepleiere. Allerede for mer enn ti år siden avdekket Rødvei (2006) tilsvarende, men med motsatt fortegn; det dårlige ryktet i kommunal sektor lå i misnøyen hos ansatte. Rødvei fant at misnøyen var størst blant sykepleierne.

Blant utfordringene som måtte håndteres både for å beholde og rekruttere sykepleiere, syntes en særlig prioritering mellom sykepleiefaglig og administrativ ledelse å være krevende. Deltagerne var sentrale i organiseringen

av arbeidsoppgaver og å tilse at sykepleierne fikk tid til å gjøre sykepleieroppgaver skapte tidvis uro blant andre ansatte.

En krevende prioritering var også på den ene siden å være tilgjengelig for å ansvarliggjøre og styrke den enkelte sykepleiers faglige utvikling, og på den andre siden ivareta administrative arbeidsoppgaver som budsjett, sykefraværsoppfølging og turnusplanlegging. Flere påpekte samtidig at den stramme økonomien ofte var en hindring både i arbeidet med å beholde og å rekruttere sykepleiere, og det var derfor viktig å avsette nødvendig tid til disse oppgavene.

De fleste hadde erfart perioder da det hadde vært vanskelig å få tak i sykepleiere. Det var krevende særlig fordi det ofte førte til «ad-hoc-ansettelser» av sykepleiere som ikke fylte den rollen de ble ansatt i, eller som sluttet etter kort tid. Til tross for disse erfaringene hadde bare et mindretall en bevisst plan for rekruttering, og kun en oppgav at hun systematisk kartla årsakene til at sykepleierne slutter. Begrunnelsen for den manglende oppmerksomheten synes å henge sammen med at tilgangen av søkere til ledige sykepleierstillinger for tiden var god, og dermed inngikk ikke rekrutteringsplanlegging i de prioriterte arbeidsoppgavene. Deltagerne hadde likevel erfaringer med uheldige tilsettelser, noe som viser at mangelfullt arbeid i forbindelse med tilsetninger og manglende strategisk kartlegging og planlegging av rekrutteringsarbeidet kan gi utilsiktede konsekvenser. I rekrutteringsøyemed er det understreket at det er avgjørende å ha nøye kunnskap om årsaker til at sykepleiere slutter for å kunne iverksette tiltak (Grimsø, 2004).

Studiens styrker og begrensninger

Studiens utvalg er relativt heterogent med hensyn til alder og erfaring både som sykepleier og avdelingssykepleier, og reflekterer sannsynligvis mangfoldet blant avdelingssykepleiere i norske sykehjem. De fleste deltagerne kan likevel aneeses som å ha relativt lang ledererfaring og det kan tenkes at deltagere med mindre ledererfaring ville vektlagt andre sider av studiens problemstilling. Det er kun kvinner i utvalget. Dette kan være en begrensning i det en kan reise spørsmål ved om mannlige avdelingssykepleiere arbeider annerledes i forhold til studies problemstillinger enn kvinner. Av 18 potensielle deltagere som mottok forespørsel om å delta, svarte 10 bekreftende. Vi har ingen opplysninger om de som ikke svarte. Studien er gjennomført i en mellomstor kommune på Østlandet med nærhet til flere høgskoler og universiteter som utdanner sykepleiere. Tilgang til studenter og nyutdannede er derfor trolig bedre enn i områder med lengre avstand til utdanningsinstitusjoner, og funnenes overføringsverdi kan derfor være begrenset som følge av studiens geografiske setting.

Videre forskning

Da det er få studier som omhandler ledelsesperspektiver knyttet til det å beholde og rekruttere sykepleiere i sykehjem, er det behov for flere studier. Særlig kan

det være interessant å undersøke om avdelingssykepleiere med kort ledererfaring og om mannlige avdelingssykepleiere har andre erfaringer med å beholde og rekruttere sykepleiere i sykehjem. Longitudinelle studier der avdelings- sykepleiere følges over tid vil kunne bidra med kunnskap om utvikling og endringer i arbeidet med å beholde og rekruttere sykepleiere i sykehjem.

Konklusjon

Studiens funn viste mange av utfordringene avdelingssykepleierne håndterer i sin arbeidshverdag for å beholde og rekruttere sykepleiere. I arbeidet med å beholde sykepleiere var avdelingssykepleierne opptatt av å forvalte personalet sitt til det beste for pasientene, og la vekt på å være en tilstedeværende avdelings- sykepleier til tross for at det var en krevende prioritering av tid og ressurser. Arbeidsmiljøet ble ansett som en viktig faktor for å beholde sykepleiere. I arbeidet med å rekruttere sykepleiere viser studien at omdømme er av avgjørende betydning i kampen om å tiltrekke seg de beste sykepleierne. Deltagerne mener god ledelse fører til et godt omdømme som igjen ansees som avgjørende for å beholde og å rekruttere sykepleiere. Avdelingssykepleierne ønsker å være gode rollemodeller, være tilgjengelige for sykepleierne og være tydelige tilstedeværende ledere i avdelingen. Samtidig er det en utfordring å balansere ledelse og administrasjon.

Litteraturliste

- Andresen, I. H., Hansen, T., & Grov, E. (2016). Norwegian nurses' quality of life, jobsatisfaction, as well as intention to change jobs. *Nordic Journal of Nursing Research* 0(0) 1–10.
DOI: <https://doi.org/10.1177/2057158516676429>
- Avolio, B. J. (Red.) & Bass, B. M. (Red.) (2015). *Developing Potential Across a Full Range of Leadership: Cases on Transactional and Transformational Leadership*. Psychology Press Ltd
- Bakkeli, V., Sterri, E. B & Moland, L. E. (2016). *Strategisk rekruttering av unge til kommunal sektor* (FAFO-rapport 2016:04). Hentet fra: <http://www.faf.no/index.php/nb/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/strategisk-rekruttering-av-unge-til-kommunal-sektor-2>
- Bergland, Å., Vibe, O. & Martinussen, N. (2010). Hvordan få sykepleiere til å se på sykehjem som en fremtidig arbeidsplass? Økt tydelighet og anerkjennelse av sykepleiers rolle i sykehjem kan bidra til at flere forblir i jobben. *Sykepleien* 98(1) (52-54) Hentet fra: <https://static.sykepleien.no/sites/default/files/documents/forskning/313556.pdf?c=1410453533>
- Bishop, M. H. (2013). Work engagement of older registered nurses: the impact of a caring-based intervention. *Journal of nursing management*, 21(7) 941-949. <https://doi.org/10.1111/jonm.12182>
- Bratt, C. & Gautun, H. (2018). Should I stay or should I go? Nurses' wishes to leave nursing homes and home nursing. *Journal of nursing management*,

- 26, 1074-1082. Hentet fra: <https://oda.hioa.no/en/item/should-i-stay-or-should-i-go-nurses-wishes-to-leave-nursing-homes-and-home-nursing>
- Brønn, P., S. & Ihlen, Ø. (2012). *Åpen eller innadventt Omdømmebygging for Organisasjoner* Oslo: Gyldendal Norske Forlag
- Chan, Z. C. Y., Tam, W. S., Lung, M. K. Y., Wong, W. Y. & Chau, C. W. (2013). A Systematic literature review of nurse shortage and the intention to leave. *Journal of nursing management*, 21(4), 605-613. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01437.x>
- Estryn-Behar, M., van der Heijden, B. I. J., Fry, C. & Hasselhorn, H. (2010). Longitudinal analysis of personal and work-related factors associated with turnover among nurses. *Nursing Research*, 59(3), 166-177. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181dbb29f>
- Flinkman, M., Isopahkala-Bouret, U. & Salanter, S. (2013). Young Registered Nurses' Intention to Leave the Profession and Professional Turnover in Early Career: A Qualitative Case Study. *ISRN Nursing*, 2013, 12. <https://doi.org/10.1155/2013/916061>
- Flinkman, M., Laine, M., Leino-Kilpi, H., Hasselhorn, H. M. & Salanterä, S. (2008). Explaining young registered Finnish nurses' intention to leave the profession: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(5), 727-739. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.12.006>
- Fredheim, M. (2018, 4. mars). *Kun to av ti nyutdannede sykepleiere har kommunene som førstevalg*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3762979/17093/Kun-to-av-ti-nyutdannede-sykepleiere-har-kommunene-som-forstevalg>
- Gautun, H., Øien, H. & Bratt, C. (2016). *Underbemanning er selvforsterkende, Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem* (NOVA-rapport 6/16). Hentet fra: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-ogarbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2016/Underbemanning-er-selvforsterkende>
- Grimlø, R. (2004). *Rekruttering og utvalg av medarbeidere* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Grönlund, A. & Stenbock-Hult, B. (2014). Vårdpersonalens syn på hälsofrämjande ledarskap. *Nordic Journal of Nursing Research*, Vol 34(1), 36-41. Doi: <https://doi.org/10.1177/010740831403400109>
- Haukelien, H., Vike, H. & Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleieres erfaringer* (TF-rapport nr. 362). Hentet fra: https://static.sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/samhandlingsreformens_konsekvenser18_22_3.pdf
- Havig, A. K., Skogstad, A., Veenstra, M. & Romøren, T. I. (2011). The effects of leadership and ward factors on job satisfaction in nursing homes: a multilevel approach. *Journal of Clinical Nursing*, 20(23-24), 3532-3542. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03697.x>
- Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Laschinger, H. K. S. & North, N. (2012). Nurse turnover: A literature

- review – An update. *International Journal of Nursing Studies*, 49(7), 887-905. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.10.001>
- Hayward, D., Bungay, V., Wolff, A. C. & MacDonald, V. (2016). A qualitative study of experienced nurses' voluntary turnover: learning from their perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 25(9-10), 1336-1345. <https://doi.org/10.1111/jocn.13210>
- Häggström E., Skovdahl, K., Fläckman, B., Kihlgren, A. L. & Kihlgren, M. (2005). Work satisfaction and dissatisfaction--caregivers' experiences after a two-year intervention in a newly opened nursing home. *Journal of Clinical Nursing*, 14(1):9-19. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00977.x>
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St.meld. nr. 47 2008-2009). Oslo: Departementets servicesenter
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Meld. St. 26 2014-2015). Oslo: Departementets servicesenter
- Hetland, H. (2008, 1. mars). Transformasjonsledelse: Inspirasjon til endring. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2008/03/transformasjonsledelse-inspirasjon-til-endring>
- Keisu, B-I., Öhman, A. & Enberg, B (2017). Employee effort – reward balance and first-level manager transformational leadership within elderly care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* <https://doi.org/10.1111/scs.12475>
- Kristoffersen, M. & Friberg, F. (2016). Transformasjonsledelse og økte effektivitetskrav i sykepleien. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36 (1), 13-19. <https://doi.org/10.1177/0107408315595163>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervjuet* (3. utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Li, J., Galatsch, M., Siegrist, J., Müller, B. H. & Hasselhorn, H. M. (2011). Reward frustration at work and intention to leave the nursing Profession - Prospective results from the European longitudinal NEXT study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(5), 628-635. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.09.011>
- Li, J. Z. (2013). Transaksjonsledelse og transformasjonsledelse. I L. Glasø & G. Thompson (red) *Transformasjonsledelse* (s 11-45). Oslo:Gyldendal Norsk Forlag
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nei, D., Snyder, L. & Litwiller, B. J. (2015). Promoting retention of nurses: A meta-analytic examination of causes of nurse turnover. *Health Care Management Review*, 40(3), 237-253. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000255>
- Nelsey, L., & Brownie, S. (2012). Effective leadership, teamwork and mentoring – Essential elements in promoting generational cohesion in the nursing

- workforce and retaining nurses. *Collegian*, 19(4), 197-202. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2012.03.002>
- Norsk sykepleierforbund. (2019, 27.mars). Stor sykepleiermangel i Norge. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/4383476/1740674/Stor-sykepleiermangel-i-Norge>
- Rødvei, P. H. (2006). *Den mekaniske arbeidsgiverpolitikken. En analyse av spenning mellom kommunal arbeidsgiverpolitikk og individualiserte krav og forventninger* (Doktoravhandling) Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Tromsø.
- Stensaker, I. & Haueng, A.C. (2019). *Omstilling den uforutsigbare gjennomføringsprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget
- Sykepleiernes Samarbeid i Norden (2003). *Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden*. Hentet fra: <https://ssn-norden.dk/wp-content/uploads/2016/01/SSNs-etiske-retningslinjer.pdf>
- Totcheva, C.Ø., Vedeler, J.S. & Slettebø, Å. (2019). Forutsetninger for vellykket sosial innovasjon i sykehjem: ledernes perspektiv – en kvalitativ intervjustudie. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, Vol. 15 (1). <https://doi.org/10.7557/14.4645>
- Tummers, L. G., Groeneveld, S. M. & Lankhaar, M. (2013). Why do nurses intend to leave their organization? A large-scale analysis in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 69(12), 2826–2838. <https://doi.org/10.1111/jan.12249>
- Verdens helseorganisasjon. (2016). *Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016–2020*. Hentet fra: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/global-strategic-midwifery2016-2020.pdf
- Verdens legeforening. (2013). *WMA declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hentet fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/he>

Fagkunnskap på godt og vondt -helsepersonell som pårørende til egne alvorlig syke barn på sykehus, en kvalitativ studie

Claudine Skaret, Else Lykkeslet og Trude Fløystad Eines

Claudine Skaret, høgskolelektor, Høgskolen i Molde, claudine.skaret@himolde.no

Else Lykkeslet, professor, Høgskolen i Molde, else.lykkeslet@himolde.no

Trude Fløystad Eines, førstepersonuensis, Høgskolen i Molde, trude.f.eines@himolde.no

Abstract

Expertise - an advantage or a hindrance? Healthcare professionals as relatives of their own critically ill children in hospital, -a qualitative study

The hospitalization of children is a stressful event for parents, and it may be even worse for parents who are healthcare professionals. Scant attention has been given to this issue in the literature and by researchers. This study aim to describe how a small group of health professionals experience the hospitalization of their child, in critically ill cases. The data are based on a qualitative design, using depth interviews with three nurses and a doctor. The interviews were analyzed using a thematic content approach. The findings show how the informants experience role conflicts, and social and psychological difficulties as relatives. This article highlights the importance of how health care professionals interact and support health professionals as relatives for their own children hospitalized.

Keyword/Nøkkelord

health professionals; experiences; family-centered care; dual role; qualitative research; critically ill child

helsepersonell; erfaringer; familiesentrert sykepleie; rollekonflikt; kvalitativ forskning; alvorlig syke barn

Referee*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4669>



© 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

Foreldre til alvorlig syke barn opplever ofte bekymring, usikkerhet, skyld, redsel og sorg (Davidson, Jones & Bienvenu, 2012; Lines, Mannix & Giles, 2015a; Lines, Mannix & Giles, 2015b; Sjuls & Johannesen, 2015; Wray, Lee, Dearmun & Franc, 2011). Å være foreldre i en slik situasjon er utfordrende, spesielt når sykdom oppstår brått og uventet (Curtis, Foster, Mitchell & Van, 2016).

Pårørende er tiltenkt en viktig rolle i fremtidens helsetjenester i Norge. Offentlige dokumenter beskriver behov for innovativt samarbeid med pårørende som et nødvendig satsingsområde i framtidens omsorgspolitik (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019; Helse – og Omsorgsdepartementet, 2013; Helse – og omsorgsdepartementet, 2015). Helsepersonell må derfor involvere, anerkjenne og støtte pårørende (Blindheim, Thorsnes & Brataas, 2016). Fokus på ivaretagelse av pårørende, vil ofte bidra til gevinster både for pasienten og foreldrene. Trygge pårørende er blant annet viktig for å sikre trygge og forutsigbare rammer, samt støtte for det syke barnet (Bøckmann & Kjellevoid, 2015; Curtis et. al., 2016; Stubberud, 2013).

Pårørende har rett til å medvirke i behandlingen av deres barn (Lov om barn og foreldre, 2019; Lov om pasient- og brukerrettigheter, 2018). Samarbeid mellom foreldrene og helsepersonell er derfor viktig i pediatriske avdelinger hvor barn ofte ikke er i stand til å uttrykke egne behov, symptomer og effekt av behandling (Hill, Knafl & Santacroce, 2018). I tillegg bør helsepersonell bruke sin kunnskap om individuelle behov for informasjon, opplæring og veiledning i møte med pårørende (Bøckmann & Kjellevoid, 2015)

Hensikten med denne studien er å beskrive erfaringene til en liten gruppe helsepersonell som pårørende til egne alvorlig syke barn mens de er innlagt på sykehus. Studiens funn kan bidra til kunnskap om hvordan foreldre som selv er helsepersonell bør ivaretas i behandlingen av akutt og kritisk syke barn.

Bakgrunn

Balansen mellom den private rollen og profesjonsrollen kan være utfordrende når helsepersonell blir pårørende til egne syke barn (Cicchelli & McLeod, 2012; Lines, Mannix & Giles, 2015a; Lines, Mannix & Giles, 2015b). Helsepersonells kompetanse – og jobberfaring er derfor styrende for hvilket informasjonsbehov de har når deres egne barn blir syke (Lines, Mannix & Giles, 2015a). Flere studier viser at foreldre til barn med alvorlig sykdom opplever høy grad av stress (Davidson, Jones & Bienvenu, 2012; Sjuls & Johannesen, 2015). I tillegg påvirker høyt stressnivå hos foreldre, forholdet til barnet – og sykdomsprosessen negativt (Wray et al., 2011). Ames, Rennick og Baillargeon (2011), Mattsson, Arman, Castren og Forsner (2014) og Sjuls og Johannesen (2015) fant at det er viktig for foreldrene å føle seg trygge i miljøet som behandler deres syke barn.

Flere studier viser videre at foreldre ønsker å medvirke i beslutningsprosesser som berører behandlingen av deres syke barn (Hill, Knafl & Santacroce, 2018; Latour et al., 2011; Wray et al., 2011). Funn i studien til Sjuls og Johannesen (2015) viser at helsepersonell som foreldre opplever det godt å slippe behandlingsansvar, men de ønsker å bli inkludert i pleien av barnet. Andre studier viser at medvirkning og inkludering er avhengig av hvordan helsepersonell kommuniserer og legger til rette for dette (Hill, Knafl & Santacroce, 2018; Mattson et al., 2014; Sjuls & Johannesen, 2015).

Kunnskap om hvordan mennesker samhandler er også viktig for å forstå relasjonen mellom helsepersonell og pårørende til barn. Mennesker er sosiale aktører der adferden tolkes i lys av hvordan mennesker forholder seg til hverandre i sosiale situasjoner. «En rolle er summen av de forventninger som er rettet mot en person i en bestemt sosial posisjon» (Ekeland, 2014:127). Det er viktig for helsepersonell å ha kunnskap om rollebegrepet for å forstå egen og andres adferd (Ekeland, 2014). Måten helsepersonell fyller sine oppgaver, er imidlertid avhengig av personlige egenskaper og rolleadferden vil derfor variere fra person til person. En rolle de trer inn i og aksepterer, en ervervet rolle, vil gi større mulighet for tilpasning av utfordringer og endrede rammebetingelser enn hva en tilskrevet rolle ofte åpner opp for (Raaheim, 2019). Rollen som pårørende til egne syke barn er en tilskrevet rolle.

Sosiologi og sosialpsykologiske teorier om rollebegrepet kan beskrive og bidra til forståelse for hva som skjer i samhandling mellom pårørende og helsepersonell, samt forholdet den enkelte har til egne roller (Raaheim, 2019). Rollekonflikt oppstår ifølge Ekeland (2014) når det foreligger ulike forventninger fra en selv og andre til en rolle. Rollebegrepet blir også knyttet til begrepet mestring når pårørende har ulike roller. I enhver krise er ønsket om mestring viktig, noe som er relevant i møte med helsepersonell som pårørende til egne syke barn (Bøckmann & Kjellevoid, 2015; Svabø, Bergland & Hæreid, 2012). Pårørende har individuelle – og helt ulike erfaringer, kunnskap og ressurser. I tillegg kan det sosiale miljøet både fremme og hemme mestring av utfordrende livssituasjoner (Ekeland, 2014; Raaheim, 2019).

Metode

Studiens hensikt styrer valg av forskningsmetode (Kvale & Brinkmann, 2015). I denne studien var det ønskelig å innhente kunnskap om helsepersonells erfaringer som pårørende til egne alvorlig syke barn. Malterud (2017) fremhever at kvalitative metoder er egnet for å beskrive og analysere karaktertrekk eller egenskaper ved fenomenene som studeres. Kvalitative metoder egner seg også når det søkes kunnskap om menneskers erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Malterud, 2017). Individuelle intervju ble derfor valgt som forskningsmetode.

Utvalg og inklusjonskriterier

Utvalget i denne studien var helsepersonell som pårørende til egne alvorlig syke barn som har vært innlagt på sykehus. Pårørende er definert som foreldre eller andre omsorgspersoner som har foreldreansvar (Lov om pasient – og brukerrettigheter, 2018).

Inklusjonskriteriene var foreldre til barn som har vært innlagt på intensivavdeling eller annen sengepost for alvorlig syke barn. Alvorlig sykdom blir i studien definert som akutt sykdom eller akutt forverring som følge av kronisk sykdom. Barnets alder skulle være 0-12 år og i live, da sorg i forbindelse med å miste et barn ikke var en del av dette prosjektet. Helsepersonell ble begrenset til å gjelde sykepleiere og leger, fordi de skulle ha kompetanse og erfaring fra et liknende kompetansemiljø i spesialisthelsetjenesten. Utvalget besto av begge faggruppene og det var ønskelig å rekruttere både kvinner og menn. Et annet inklusjonskriterium var at både foreldre og barn skulle være etnisk norske. Deltakerne ble rekruttert av avdelingenes ledere på to ulike sykehus i Norge med barneintensiv avdeling. Fire kvinnelige mødre ble rekruttert. Alderen på barna til mødrene som samtykket til å delta i studien, var 11 måneder, fem, syv og 11 år. Barna hadde ulike diagnoser som cancer, akutte forverrelser av sykdom og utvikling av medfødte lidelser.

Innsamling av data

Det ble utarbeidet en semistrukturert intervjuguide med fokus på pårørendes erfaringer innenfor temaene innleggelse, tilstedeværelse i barneavdelingen, rollen som mamma og helsepersonell og kommunikasjon med personalet på barneavdelingen.

Det ble lagt opp til en åpen samtale hvor pårørende kunne prate fritt innenfor de ulike temaene (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017). Alle intervjuene ble gjennomført retrospektivt 0-12 måneder etter innleggelse på sykehus. Samtlige intervju ble tatt opp på lydbånd og varte i 70 – 130 min. Førsteforfatter gjennomførte og transkriberte intervjuene.

Analyse av data

Analysearbeidet i denne studien støtter seg på Malteruds (2012) modell for systematiske tekstkondensering i fire trinn:

1) «Å få et helhetsinntrykk» omfattet at det transkriberte materialet ble lest nøye av alle tre forskerne flere ganger for å få et helhetsinntrykk av det mødrene hadde formidlet. Stikkordene mestring, rollekonflikter, informasjonsbehov og kunnskap utkrystalliserte seg som foreløpige temaer.

2) «Å identifisere og sortere meningsbærende enheter fra foreløpige temaer til koder» omfattet en tidlig organisering av materialet. Materialet ble brutt ned i deler ut fra meningsinnhold. Eksempler på meningsbærende enheter som ble

markert i teksten var «*måtte bestemme seg for at det var greit å ikke få like mye informasjon*», «*bestemme seg for å være mamma*», «*kunne ikke få svar på alle spørsmål*», «*har ikke kapasitet til å lese seg opp og samtidig være en god mamma*» og «*ville vite alle tankene bak, iallfall helsepersonellbiten i henne ville det.*»

3) «Abstrahering og kondensering» omfatter en videre systematisering av de meningsbærende enhetene i ulike kodegrupper; for eksempel «*rollekonflikt*» og «*stort informasjonsbehov*». Denne prosessen førte til flere justeringer av kodegruppene. Til hjelp i dette arbeidet ble det benyttet et tankekart. Et av tankekartene omfattet kodegruppen «*informasjon*». Rundt «*informasjon*» ble det samlet meningsbærende enheter fra intervjuene, for eksempel «*et umettelig informasjonsbehov*» og «*informasjon var greit å få på lik linje med andre, samtidig som det ikke var greit*». Et annet tankekart omfattet kodegruppen «*trygghet*» med meningsbærende enhet som «*ektemannen var flinkere til å forholde seg til det helsepersonell sa*».

4) «Syntetisering». Tilslutt ble kodegruppene syntetisert og alle funnene fra de ulike intervjuene ble sydd sammen og presenteres under fem ulike temaer som vist i tabell 1.

Hver av de tre forskerne gjennomførte først hvert av trinnene i analyseprosessen individuelt, før vi diskuterte oss frem til konsensus rundt de ulike kodegruppene og temaene.

Tabell 1. Beskrivelse av trinnene i analyseprosessen fra rådata til tema

Rådata	Kodegrupper	Tema
<i>I den situasjonen var du liksom ute av deg selv. Du bare eksisterte. Alt var mørkt (...) Det var så tungt å stå opp hver morgen. Du visste bare at ingenting var positivt. Enten så døde han eller så kom vi til å få et pleietrengende barn.</i>	Reaksjoner på å ha et sykt barn	Uvirkelig når barnet blir akutt og kritisk syk
<i>Hun forsto meg, hadde tid til å prate med bare meg. Jeg følte ikke at jeg forstyrrer henne. Hvis jeg spurte om noe, så følte jeg nesten at hun ble glad (...) Jeg fikk ny energi hver gang jeg snakket med henne.</i>	Behov for å bli ivaretatt Sårbarhet Å bli sett og forstått som pårørende	Godt å bli ivaretatt av helsepersonell
<i>Det kvernet hele tiden på hvorfor han har de ulike symptomene (...) Jeg var hele tiden på hugget og følte meg masete med alle spørsmålene jeg ville ha svar på. Følte at jeg måtte følge med på alt, vite alle blodprøvesvar og hele tiden forstå hvorfor ting skjedde.</i>	Kontinuerlig informasjonsbehov Behov for å forstå alt	Et umettelig behov for kontinuerlig informasjon
<i>Jeg er så avhengig av et godt samarbeid med personalet at jeg bruker det jeg har lært som helsepersonell; kommunikasjon, relasjon og pasientkontakt. Jeg har brukt mye av det for å bli en god pårørende, styrke rollen min som pårørende.</i>	Å bruke egne erfaringer og fagkunnskap i rollen som pårørende Fagkunnskap som stressfaktor	Fagkunnskap – på godt og vondt
<i>Jeg har hele tiden et falkeblikk og må konsentrere meg for ikke å involvere meg for mye. (...) Du må jo bare prøve å skru av (...) Jeg har prøvd å dysse ned den der helsepersonellbiten. Konsentrere meg om å bruke energien på å være best mulig mamma.</i>	Utfordrende å inneha flere roller samtidig Ønske om å være "bare" mamma	Bare mamma eller også helsepersonell?

Etiske betraktninger

Deltakerne fikk informasjonsskriv av avdelingslederne på sykehuset hvor deres barn hadde vært innlagt, og samtykket skriftlig i forkant av intervjuene. Mødrene

hadde stort behov for å fortelle om sine erfaringer som pårørende, og det ble derfor åpnet opp for at tidsrammen for intervjuet kunne justeres ved behov. Studien er tilrådd av Norsk Senter for forskningsdata og vurdert av FOU-utvalgene på de to sykehusene.

Funn

Analyseprosessen resulterte i fem ulike tema som beskriver erfaringene til helsepersonell som pårørende til egne alvorlig syke barn;

1) Uvirkelig når barnet blir akutt og kritisk syk, 2) Godt å bli ivaretatt av helsepersonell, 3) Et umettelig behov for kontinuerlig informasjon, 4) Kunnskap – på godt og vondt og 5) Bare mamma eller også helsepersonell?

Uvirkelig når barnet blir akutt og kritisk syk

Mødrene har ulike erfaringer når det gjelder hvordan de har reagert og håndtert barnets sykdom. Flere beskriver en følelse av å bli handlingslammet:

Jeg klarte ikke å sette ord på det. Jeg forklarte aldri min mann alt om disse apparatene gutten vår hadde. Jeg forsto jo alle målingene, men han måtte bare spørre legen og sykepleieren selv. Jeg klarte ikke, jeg ville ikke at det skulle være reelt.

En annen mor uttrykker at hun fremdeles tar seg selv i å tenke at hun snart skal våkne opp fra en vond drøm. Flere beskriver situasjonen som å være i en krise hvor de har erfart reaksjoner som gråt, sjokk og konsentrasjonsproblemer. Ei mor benytter begrepet «depresjon» som beskrivelse på hvordan hun hadde det:

I den situasjonen var du liksom ute av deg selv. Du bare eksisterte. Alt var mørkt (...) Det var så tungt å stå opp hver morgen. Ingenting var positivt. Enten døde han eller så kom vi til å få et pleietrengende barn.

Flere forteller at de forsøkte å legge til side egne reaksjoner fordi de visste at det ikke gagnet barnet. De valgte heller å fokusere på små positive ting i hverdagen som løftet dem fremover. En forelder beskriver det som å svømme; *Du skal hele tiden fremover, så kommer tankene opp som skyves til side for å komme fremover. Du kunne ikke dykke ned i dypet.*

Godt å bli ivaretatt av helsepersonell

Alle mødrene beskriver noen egenskaper ved helsepersonale som de satt stor pris på; deres genuine interesse for barnet, samt hvordan de ivaretok både mor og familien som en helhet. Vennlighet og trygghet som kommer til syne gjennom helsepersonellets kroppsspråk og tilnærming, blir også nevnt som viktige faktorer. Ei mor beskriver det slik: *Det handler om at vi ikke føler oss som pasienter, og hvordan de kjenner oss (...) De har alltid vært flinke til å ivareta familien (...). I tillegg snakker de med han (barnet). Det betyr så mye.*

Det at personalet vet hva de snakker om og har gode og gjennomtenkte svar på de spørsmålene mødrene stiller, bidrar til en opplevelse av trygghet når de selv har mye fagkompetanse. Helsepersonell som tar seg god tid, blir også løftet frem som en faktor de setter pris på: *Hun forsto meg, og hadde alltid tid til å prate med bare meg. Jeg følte ikke at jeg forstyrret henne. Hvis jeg spurte om noe, så følte jeg nesten at sykepleieren ble glad (...) Jeg fikk ny energi hver gang jeg snakket med henne.*

I relasjonen til personalet kommer det frem at det «å komme godt overens», er viktig for foreldrene. Mødrene uttrykker at relasjonen til sykepleierne var avgjørende for å håndtere de ulike reaksjonene de erfarte i løpet av sykdomsforløpet til barnet: *At jeg fikk være meg, var viktig. Tryggheten på at jeg kunne tre ut av helsepersonellrollen og blottlegge meg helt, uten å tenke at dette burde jeg kanskje ha kunnet.*

Mødrene forteller om en krevende hverdag med et alvorlig sykt barn, spesielt hvis sykdomsperioden strakk ut i tid. Det å få et pusterom uten å oppleve dårlig samvittighet, beskrives som et resultat av sykepleiernes profesjonelle tilnærming og empati for de slitne foreldrene. Likevel var det å være tilstede for barna sine så mye som mulig, viktig.

Mødrene forteller også om personale som gikk i forsvar i tilfeller der de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap for å gi gode svar. De opplevde at det var forskjell på hvem de kunne spørre om alt uten å føle at de maste. De forteller også at det kunne være utfordrende å ha kunnskap om positive og negative forhold i spesialisthelsetjenesten, for eksempel svikt i rutiner og lojalitet mellom ulike fagprofesjoner og kollegaer. Behovet for å være tilstede hos barnet og å ha kontroll i situasjonen, ble forsterket på bakgrunn av dette.

Et umettelig behov for kontinuerlig informasjon

Mødrene beskriver en uforutsigbar hverdag med et stort behov for god og utfyllende informasjon, der mangelfull informasjon var utfordrende å håndtere: *Når jeg selv jobber med faget mitt, er jeg trygg og har alltid et svar. Å sitte i privattøy på den andre siden og snakke med folk som svarer «vi vet ikke, vi må vente å se». Det var veldig vanskelig.*

Ei mor uttrykker et «umettelig» behov for informasjon, mens en annen forteller om et desperat søk etter svar:

Det kvernet hele tiden om hvorfor han hadde de ulike symptomene (...) Jeg var på hugget hele tiden og følte meg masete med alle spørsmålene jeg ville ha svar på. Jeg følte jeg måtte følge med på alt, vite alle blodprøvesvar og hele tiden forstå hvorfor ting skjedde.

Mødrene forteller at de av og til fikk ulik informasjon, noe som førte til usikkerhet og utrygghet. Tilstedeværelse og informasjon i en kritisk og uavklart fase ble løftet frem som viktig for foreldrene. Ei mor opplevde å bli satt på gangen i påvente av en prosedyre i en kritisk fase. Å bli stående på gangen uten tilgang på informasjon om hva som foregikk med barnet, beskriver hun som «å bli helt ribbet».

Informasjonen ble noen ganger gitt på en måte som alle kunne forstå, mens andre ganger ble det benyttet fagspråk. Ved samtaler der begge foreldrene var tilstede, opplevdes det greit at informasjonen ble gitt slik at ektefellen også forsto. Dersom de selv mottok informasjon alene, kunne det oppleves uheldig at fagterminologi ikke ble benyttet. Flere beskrev likevel ulike erfaringer knyttet til hvor lett eller utfordrende det var å forstå informasjonen de fikk.

Fagkunnskap på godt og vondt

Mødrene forteller at utdanning og erfaring kan være en styrke for å forstå sykdomsforløpet og den medisinske behandlingen deres barn fikk. De opplevde at egen fagkunnskap hjalp dem i omsorgen for barnet og evnen til å gi barnet tilpasset informasjon. I tillegg forteller flere at egen erfaring og kunnskap var viktig for egen mestring av den utfordrende sykdomsprosessen mens barnet var syk. De mener også at egen fagkompetanse bidro til færre liggedøgn på sykehuset.

Som helsepersonell og pårørende, opplevde de ulike forventninger fra personalet knyttet til forståelse for sykdomssituasjonen. Flere opplevde forventninger fra helsepersonell ubehagelig fordi de selv var i krise, og ikke klarte å fokusere på fag og kunnskap i en utfordrende situasjon. Flere av mødrene forteller at de selv forventet å skulle ha kunnskap om barnets tilstand i kraft av egen yrkesrolle. Eget kompetansegrunnlag bidro også til mange bekymringer. De forsto ofte hva blodprøvesvarene ga signaler om og de hadde allerede kunnskap om prognosene ved tilbakefall. Ei mor opplevde å være en dårlig fagperson fordi hun selv forventet at hun skulle ha kunnskap om barnets sykdom og behandling. Kommentarer som «*dette vet jo du, du som er sykepleier*», forsterket dette ubehaget. Derfor var det godt å få informasjon om at fagfeltet var et spesialområde og at det ikke var forventet at hun skulle ha kunnskap om pediatri og pediatrik sykepleie. En av de andre mødrene uttrykte at hun selv måtte bestemme seg for ikke å vite eller kunne alt, men heller konsentrere seg om å være ei god mor. I kraft av egen erfaring og kunnskap tolket foreldrene ofte informasjonen som ville komme ved å observere helsepersonalets kroppsspråk. Flere påpeker at det kan ha vært viktig å ha kunnskap om viktigheten av samarbeid mellom helsepersonell og pårørende da de selv gikk inn i pårørenderollen:

Jeg er så avhengig av et godt samarbeid med personalet at jeg bruker det jeg har lært som helsepersonell; kommunikasjon, relasjon og pasientkontakt. Jeg har brukt mye av det for å være en god pårørende, styrke rollen min som pårørende.

Mødrene beskriver at de har opplevd perioder med ulik grad av selvbebreidelse og skyldfølelse. Ei bekymret seg over ikke å ha undersøkt sitt eget barn grundigere og mente hun kunne ha oppdaget hva som feilet barnet på et tidligere tidspunkt. Flere mener de burde ha gjort mer for å ha unngått sykdom hos sitt eget barn. De hadde jobbet mye med denne bebreidelsen uten å ha fått hjelp av helsepersonell.

Bare mamma eller også helsepersonell?

Å ta ansvar på bakgrunn av eget kompetansegrunnlag, beskrives som utfordrende for alle deltakerne i denne studien. Noen forteller at vitebegjæret og behovet for kontroll bidro til at de ble utslitt. Flere opplevde bedre kontroll i situasjonen når de var tilstede hele tiden for å se til at barnet fikk den beste behandlingen og pleie. En forelder uttrykker at hun ikke vet om hun har vært mer bekymret fordi hun er helsepersonell, men ser at mannen ikke undersøkte ting på samme måte som henne. Flere tror ektefellen var tryggere, noe de relaterte til at ektemannen ikke tenkte og kunne like mye om diagnose, avgjørelser og prognosene. En forelder forteller at hun følte seg alene og hadde ønsket seg en til i familien med helsefaglig bakgrunn som hun kunne ha støttet seg på. Flere beskriver også et ønske om bare å være mamma:

Jeg hadde hele tiden et falkeblikk og måtte konsentrere meg for ikke å involvere meg for mye. (...) Du må jo bare prøve å skru av (...) Jeg har prøvd å dysse ned den der helsepersonellbiten, og bare forholde meg til de tingene jeg vet. Jeg måtte heller bruke energien på å være best mulig mamma.

Deltakerne i studien fortalte at det å få være delaktig og inkludert i behandlingen, var viktig for å oppleve mestring i den utfordrende situasjonen de var i. Likevel fremhevet alle mødrene at det var viktig at andre fagpersoner tok de vanskelige beslutningene.

Diskusjon

Funnene i denne studien viser at helsepersonells egen fagkompetanse påvirker deres rolle som pårørende til egne alvorlig syke barn.

Hovedfunnene i studien omhandler rollekonflikten i grensesnittet mellom det å være i en sårbar rolle som pårørende og mamma i en kontekst hvor de til vanlig utøver en yrkesrolle. Helsepersonell som pårørende til egne alvorlige syke barn anvender egen yrkeskompetanse både bevisst og ubevisst i rollen som mamma. Det stilles ulike krav og forventninger både til yrkesrollen og pårønderollen;

som sykepleiere og lege kastes de inn i en pårønderolle på sykehus hvor de til vanlig utøver sitt yrke. Funnene i studien viser at kompetansen de har kan forstyrre - og stjele energi fra ønsket om å være en god mamma og ville det beste for barnet sitt. Erfaringene deres viser at det er viktig med god relasjon til personalet for å tre ut av yrkesrollen og inn i pårønderollen i en sårbar situasjon.

Noen roller krever at mennesket må beherske balansen mellom motstridende krav og forventninger (Ekeland, 2014), noe vi også ser i denne studien. Curtis et al. (2016) påpeker at det å være pårørende er en individuell opplevelse som resulterer i ulike variasjoner av mestring, noe som er viktig for ivaretagelse av helsepersonell som pårørende. Når helsepersonell trer inn i en pårønderolle og føler at de ikke strekker til, er det viktig at helsepersonell er oppmerksom på dette og avklarer forventningene den enkelte forelder har.

Deltakerne i denne studien har forventninger til seg selv om å ta ansvar og ha kontroll på bakgrunn av eget kompetansegrunnlag og yrkesrolle. På en side gir de uttrykk for å være slitne av å være «på vakt», slitne av ikke å få være «bare mamma». På den andre siden, gir de uttrykk for at det er godt å være delaktig i behandlingen fordi deltakelsen fremmer opplevelsen av mestring. Studiene til Ames, Rennick, og Baillargeon (2011) og Hill, Knafl og Santacroce (2018) viser også til utfordringer med å definere mamma - eller papparollen og hvilke forventninger som knyttes til disse rollene på sykehuset, til tross for at deltakerne i deres studie ikke var helsepersonell. Rolleforventninger fra de selv og omgivelsene kan forklare at informantene i denne studien opplever en rollekonflikt.

Forventninger fra helsepersonell som ivaretar deres syke barn, kan forsterke ubehaget mødrene kjenner på. Det kan oppstå situasjoner hvor personen ikke greier å tilpasse seg eller mestre den nye rollen de trer inn i som pårørende (Svabø, Bergland & Hæreid, 2012). Funnene i denne studien viser videre at det er utfordrende å kombinere den profesjonelle rollen og den private pårønderollen. Dette er i tråd med funn i studiene til Lines, Mannix og Giles (2015a, 2015b), som beskriver hvordan helsepersonell som pårørende til egne syke barn opplever det utfordrende å ikke anvende egen sykepleiekompetanse i behandlingen og ivaretagelsen av barnet.

Lines, Mannix og Giles (2015a) fant at helsepersonell som pårørende til egne syke barn har individuelle behov for informasjon avhengig av den enkeltes kunnskapsgrunnlag. Funn i denne studien viser imidlertid at helsepersonell som pårørende har et umettelig behov for informasjon, noe som kan forklares med at de mangler spesialkompetanse knyttet til pediatri eller pediatriisk sykepleie. Det å være i pårønderollen, sitte på andre siden og ikke være med i faglige diskusjoner, oppleves utfordrende og kan forklare deres konstante søk etter mer

informasjon. Helsepersonellrollen er forbundet med å ha kunnskap, kontroll og oversikt. Deres kompetanse som yrkesutøver kan derfor påvirke opplevelsen av å være i en pårønderrolle parallelt med å tre inn og ut av en yrkesrolle som sykepleier eller lege. Mødrene ønsker informasjon på fagspråket, men påpeker at det er viktig at ektefellen får det forklart på en annen måte. Dette er i tråd med Lov om pasient – og brukerrettigheter: «Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte» (2018, § 3-5). God informasjon trygger derfor helsepersonell som pårørende til eget sykt barn og virker ikke å påvirke rollekonflikten negativt.

Funn i denne studien viser videre ulike strategier for mestring i rollen som pårørende til egne alvorlig syke barn. Mødrene brukte kompetansen som helsepersonell i omsorgen for barnet. Likevel bidrar deres erfaringer og kompetanse til at de forstår alvorligheten i situasjonen, noe som oppleves som en ekstra belastning. Deltakerne i denne studien opplever i tillegg en belastning knyttet til at egen kompetanse ikke har vært tilstrekkelig for ivaretagelse av sitt eget syke barn. Tidligere studier viser at pårørende som helsepersonell er redd for ikke å fange opp alle symptom (Lines, Mannix & Giles, 2015a; Lines, Mannix & Giles, 2015b). Kompetanse kan derfor oppleves å være en økt stressfaktor og bygger opp under rollekonflikten pårørende står i som både profesjonsutøver og mamma.

Metodediskusjon

Malterud (2017) påpeker viktigheten av å vurdere om metoden som benyttes er hensiktsmessig for å besvare studiens hensikt. Innen kvalitativ forskning er det fokus på å søke dybdekunnskap om deltakernes erfaringer og opplevelser. Førsteforfatter er selv helsepersonell og har i flere år jobbet med syke barn og deres pårørende. Det ble derfor viktig å inneha en refleksiv tilnærming gjennom hele forskningsprosessen. Førsteforfatter var bevisst egen forforståelse og lot derfor mødrene snakke åpent om temaene i intervjuguiden. Det ble derfor lagt vekt på å stille få og åpne spørsmål slik at deltakerne skulle få tid til å tenke seg om og utdype sine erfaringer. Det ble stilt oppfølgingsspørsmål for at deltakerne skulle utdype noen av svarene. Mødrene ga uttrykk for at de følte seg trygge og våget å være åpne i dialogen med forskeren. Transkripsjonen ble utført av forskeren som gjennomførte intervjuene. Dette styrker validiteten i analyseprosessen, da uklarheter og misforståelser i datamaterialet kan fanges opp tidlig (Malterud, 2012).

For å styrke validiteten, ble datamaterialet analysert sammen med to medforskere fordi det kan være fare for å overse funn som avviker fra egne erfaringer når forskeren selv kjenner konteksten. De to medforskerne gjennomførte hvert av trinnene i analyseprosessen individuelt før alle forfatterne diskuterte seg frem

til en felles konsensus om koder og temaer. Samarbeidet med to medforskere sikret også en mer objektiv tilnærming i analyseprosessen.

Helsepersonell er en stor gruppe hvor kjønn, ulik utdanning og ulik arbeids-erfaring kan påvirke deres erfaringer. Det var ønskelig å rekruttere deltakere av begge kjønn, men studien har kun kvinnelige deltakere. Deltakere av begge kjønn, ville kunne bidra til mer nyanserte funn enn denne studien viser. I tillegg er det en svakhet at utvalget kun består av fire deltakere.

Avslutning

Deltakerne opplever det utfordrende å ha mye kunnskap om sykdommen til barnet når de trer inn i rollen som pårørende. På den andre siden kan deres kompetanse være en positiv faktor og ressurs for å mestre pårørenderollen. Kompetansen til denne pårørendegruppen synes derfor å være tveegget fordi fagkompetanse gir dem utfordringer i forhold til mestring av mamma - og pårørenderollen på en arena hvor de også innehar en yrkesrolle.

Funnene bidrar med ny kunnskap om utfordringer helsepersonell som pårørende står ovenfor, og er et viktig bidrag for å ivareta denne pårørendegruppen bedre. Rolleavklaring bør løftes frem som tema når helsepersonell skal legge til rette for at pårørende skal mestre en utfordrende livssituasjon når deres barn blir innlagt på sykehus.

Vi anbefaler videre studier med flere deltakere av begge kjønn. I tillegg kan det være viktig å forske på helsepersonell som pårørende til egne barn mer spesifikt i forhold til barnets alder og spesifikke diagnoser. Det kan også være av interesse å undersøke helsepersonells erfaringer i møte med helsepersonell som pårørende til egne akutt og kritisk syke barn. Temaet er komplekst og bør belyses med utgangspunkt i ulike aspekt og perspektiv i fremtiden.

Litteratur

- Ames, K.E., Rennick, J.E. & Baillargeon, S. (2011). A qualitative study exploring parents' perception of the parental role in the pediatric intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(3), 143-150. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.03.004>
- Blindheim, K., Thorsnes, S.L. & Brataas, H. V. (2016). Pårørende trenger støtte. *Sykepleien*, 1, 42-46. Doi: 10.4220/Sykepleiens.2016.56188.
- Bøckmann, K. & Kjellevold, A. (2015). *Pårørende i helse og omsorgstjenesten. En klinisk og juridisk innføring*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Cicchelli, L. & McLeod, D. (2012). Lived experiences of nurses as family caregivers in advanced cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 22(1), 53-56. Doi: 10.5737/1181912x2215356
- Curtis, K., Foster, K. Mitchell, R. & Van, C. (2016). Models of Care Delivery for Families of Critically Ill Children: An Integrative Review of

- International Literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 31, 330–341. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.009>
- Davidson, J., Jones, C. & Bienvenu, O.J. (2012). Family response to critical illness: Postintensive care syndrome family. *Critical Care Medicine*, 40(2), 618-624. Doi: 10.1097/CCM.0b013e318236ebf9
- Ekeland, T-J. 2014. *Konflikt og konfliktforståelse*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2019). Veileder for pårørende i helse og omsorgstjenesten. IS-8587. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/parendeveileder>
- Helse – og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg*. Stortingsmelding 29 (2012-2013). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id72325>.
- Helse – og omsorgsdepartementet. (2015). Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter. Stortingsmelding 19 (2014-2015). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>
- Hill, C., Knafl K.A. & Santacroce, S.H. (2018). Family-centered care from the perspective of parents of children cared for in a pediatric intensive care unit: An integrative review. *Journal of Pediatric Nursing*, 41, 22-33. Doi: [10.1016/j.pedn.2017.11.007](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.11.007).
- Kvale S. & Brinkmann, S. 2015. *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Latour, J.M, van Goudoever, J.B., Schuurman, B.E., Albers, M.J.I.J., van Dam, N.A.M., Dullart, E., van Heerde, M., Verlaat, C.W. M., van Vught, E.M. & Hazelzet, J.A. (2011). A qualitative study exploring the experiences of parents of children admitted to seven Dutch pediatric intensiv care unit. *Intensiv Care Medicine*, 37(2), 319-325. Doi: [10.1007/s00134-010-2074-3](https://doi.org/10.1007/s00134-010-2074-3)
- Lines, L.E., Mannix, T. & Giles, T.M. (2015a). Nurses` experiences of the hospitalization of their own children for acute illnesses. *Contemporary Nurse*, 50(2-3), 274-285. Doi: <https://doi.org/10.1080/10376178.2015.1089180>
- Lines, L.E., Mannix, T. & Giles, T.M. (2015b). The missing voice of the nurse-parent: a literature review. *Neonatal, pediatric and child health nursing*, 18(3), 25-34.
- Lov om barn og foreldre. (2019). Barnelova. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7>
- Lov om pasient - og brukerrettigheter. (2018). Pasient - og brukerrettighetsloven. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-6>
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40, 795-805. doi: 10.1177/1403494812465030
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4.utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

- Mattsson, J.Y., Arman, M., Castren M. & Forsner, M. (2014). Meaning of caring in pediatric intensive care unit from the perspective of parents: A qualitative study. *Journal of Child Health Care*, 18(4), 336-345. Doi: <https://doi.org/10.1177/1367493513496667>
- Raaheim, A. 2019. *Sosialpsykologi*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sjuls, M. og Johannesen, B. (2015). Foreldres opplevelser i intensivavdelingen. *Sykepleien Forskning*, 3, 249-255. Doi: 10.4220/Sykepleienf.2015.55027
- Stubberud, D-G. (2013). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Svabø, A., Bergland, Å. & Hæreid, J. (2012). *Sosiologi og sosialantropologi for helsearbeidere*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk forlag A/S.
- Wray, J., Lee, K., Dearmun, N. & Franc, L. (2011). Parental anxiety and stress during childrens hospitalisation: The Stay Close study. *Journal of Health Care*, 15(3), 163-174. Doi: <https://doi.org/10.1177%2F1367493511408632>.

Forekomst, variasjon og kjønnsforskjeller av depressive symptomer blant barn og unge som deltar i ulike fritidsaktiviteter, en tverrsnittstudie

Else Marie Lysfjord Juul, Odin Hjemdal og Tore Aune

Else Marie Lysfjord Juul, psykiatrisk sykepleier, Phd. stipendiat, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord Universitet, Namsos, else.m.juul@nord.no

Odin Hjemdal, psykologspesialist, professor, Institutt for psykologi, Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap, NTNU, odin.hjemdal@ntnu.no

Tore Aune, psykologspesialist, førsteamanuensis, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord Universitet, Levanger, tore.aune@nord.no

Abstract

Prevalence, variation and gender differences of depressive symptoms among children and adolescents participating in various leisure activities, - a cross-sectional study

Depressive symptoms among children and adolescents pose a significant health challenge, yet little is known about gender differences, incidence and variation of depressive symptoms. A population-based sample of children and adolescents aged 11-14, (N = 1748) was mapped for the occurrence of depressive symptoms across various leisure activities. The results show that those who participate in sports, either exclusively or in combination with cultural activities, report lower levels of depressive symptoms compared to those who only participate in cultural activities. The study confirms a considerable incidence of depressive symptoms among children and adolescents and provide new knowledge of variation in the incidence of depressive symptoms. The findings suggest that special attention should be paid to children and adolescents neither participate in sports, nor a range of leisure activities.

Keyword/Nøkkelord

adolescents; depressive symptoms; leisure activities

ungdom; depressive symptomer; fritidsaktiviteter

Referee*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4644>



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

Bakgrunn

Depresjon påfører samfunnet de største helsemessige kostnader i den industrialiserte verden, og de direkte kostnadene til behandling av depresjon i Norge er estimert til 1,5 milliarder kroner årlig (Holte, Siem, & Vartdal, 2014). Det er rapportert at omlag 50 % av den Norske befolkningen rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet, og det er angst og depresjon som forekommer hyppigst (Knudsen, Kinge, Skirbekk, & Vøllestad, 2016). Forekomst av depresjon hos skolebarn (7-12 år) er 1-2 % , og hos ungdom (13-18 år) 1-7 % (Sund, Bjelland, Holgersen, Israel, & Plessen, 2012). Blant yngre barn er det ikke rapportert signifikante kjønnsforskjeller i forekomst av depresjon (Wichstrøm et al., 2012), eksempelvis rapporterer Wichstrøm og kollegaer fra en studie blant førskolebarn ingen kjønnsforskjell i forekomst av depresjon blant barn ved 4 års alder. Kjønnsforskjeller har blitt rapportert fra 13-15 års alder, og blant voksne rapporterer om lag dobbelt så mange kvinner som menn depresjon (Kessler et al., 2012).

Det er altså i tidlig ungdomsåret, og som unge voksne, en ser den sterkeste økning i nye tilfeller av depresjon (Kessler et al., 2005), og tidlig debut er forbundet med langvarige førsteepisoder og høy risiko for tilbakefall (Brent & Maalouf, 2015), noe som settes i sammenheng med langsiktige negative konsekvenser som vanskeligheter med mellommenneskelige forhold og dårlig yrkesutøvelse (Evensen, Lyngstad, Melkevik, & Mykletun, 2016), økt risiko for rusmiddelmissbruk (Lewinsohn, Solomon, Seeley, & Zeiss, 2000), samt selvskaide og selvmord (Walby, Odegaard, & Mehlum, 2006). De langsiktige negative konsekvenser av depresjon tidlig i livet underbygger betydningen av å forebygge utvikling av depresjon blant barn og unge.

For å fremme folkehelse investeres det betydelige midler i idrett-, kultur- og frivillighetsformål (Kulturdepartementet, 2016). Idrettslagene i Norge har en sterk posisjon og rekrutterer mange barn og unge. I ungdomsundersøkelsen 2017 rapporterer 93 % av ungdommene i alderen 13-19 at de har deltatt i organisert idrett i løpet av livet, og rundt halvparten av alle elever på ungdomsskolen trener i et idrettslag én eller flere ganger i uka (Bakken, 2017). Det er videre rapportert at ungdom som driver med fysisk aktivitet har bedre selvbilde, lavere nivå av angst, depresjon og er sjeldnere ensomme enn inaktiv ungdom (Haugen, Ommundsen, & Seiler, 2013; Schuch et al., 2016). For eksempel viser en studie av Breistøl, Clench-Aas, Van Roy og Raanaas (2017) at 15 % av ungdom som driver med idrett har symptomer på psykiske problemer, mens blant ungdom som ikke drev med idrett var tilsvarende andel 27 %.

Kunst og kultur har en unik egenverdi for den enkelte, noe som er utgangspunktet for regjeringens kulturpolitikk. En stor andel av befolkningen (72 %) mellom 9-72 år benyttet seg av kulturtilbud gjennom det siste året, og siden 2001

har om lag 1,7 millioner barn vært elever ved de kommunale kulturskolene (Statistisk sentralbyrå, (SSB), 2017). Til tross for en satsning på å gi barn og unge et rikt kulturtilbud er det relativt få studier der en har undersøkt helseeffekten av denne satsningen. Hansen, Sund, Knudtsen, Krogstad & Holmen (2015) fant i sin studie at det å delta eller trene i en organisasjon eller klubb og være publikum på sportsarrangement var positivt forbundet med selvopplevd helse, men ikke signifikant forbundet med lave angst og depresjonsskåre blant jenter og gutter i alderen 13-16 år. Videre viste resultatene at omfanget av deltakelse i kulturaktivitet ble funnet å ha betydning, hvor de som oppga hyppig deltakelse i kulturelle aktiviteter rapporterte bedre helseutfall på ulike helsemål som: god selvopplevd helse, god livsstil, god selvtillit og lave angst og depresjonssymptomer, sammenlignet med de som var mindre aktive.

I et folkehelseperspektiv, med fokus på å utvikle helsefremmende og forebyggende strategier, er det av stor verdi å ha kunnskap om helseproblemenes utbredelse, variasjon på tvers av befolkningsgrupper, risikofaktorer, beskyttelsesfaktorer og årsakssammenhenger. De fleste studier som har undersøkt forekomsten av depressive symptomer har undersøkt tenåringer (Bakken, 2017; Wartberg, Kriston, & Thomasius, 2018), og det er en mangel på studier som undersøker forekomsten blant yngre aldersgrupper. Både det at det er få studier som undersøker forekomst av depressive symptomer blant de yngre ungdommene (11 – 14 år) samt at det er i puberteten at forekomsten av depressive symptomer øker blant barn og unge (Angold, Costello, & Worthman, 1998) gjør det viktig å undersøke denne aldersgruppen. Vi kjenner ikke til studier i Norge hvor en har undersøkt forekomst av depressive symptomer blant barn og unge i alderen 11-14 år på tvers av ulike fritidsaktiviteter.

Hensikten med denne studien er å kartlegge barn og unges deltakelse i fritidsaktiviteter samt å undersøke;

Hvilke effekter er det mellom idrettsaktiviteter og depressive symptomer når det gjelder jenter og gutter i ungdomsskolealder?

Hvilke effekter er det mellom kulturaktiviteter og depressive symptomer når det gjelder jenter og gutter i ungdomsskolealder?

Metode

Design/utvalg

Studien er en tverrsnitts studie med kvantitativ tilnærming. Alle 6. til 9. klasse elever fra 27 skoler i to av de største kommunene i Midt-Norge ble invitert til å delta i studien (N = 2148).

Deltakelsen var frivillig og både deltakerne og foreldre/foresatte undertegnet et skriftlig informert samtykke. Datainnsamlingen ble gjennomført i samarbeid

med kommune- og skoleledelse, og lærerne gjennomførte datainnsamlingen i en undervisningstime. Seks barn med leseferdigheter tilsvarende under 9 år, og barn med alvorlig mental retardasjon deltok ikke i studien. Det var 1752 barn og unge i alderen 11- 14 år som returnerte et underskrevet samtykkeformular fra dem selv og en av foreldrene/foresatte, noe som ga en svarprosent på 81,6 %.

Datainnsamlingen ble gjennomført som en del av prosjektet «Helse og trivsel», som konkret undersøkte forekomst og effekt av lavterskelintervensjoner i skolen ved sosial angst (Aune & Stiles, 2009b). Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har godkjent gjenbruk av data til å undersøke problemstillinger som omhandler idrett- og kulturdeltakelse og psykisk helse blant barn og unge. Vi har ikke hentet inn ytterligere data fra informantene. Det er sendt ut ny informasjon om prosjektet «Idrett og kulturelle aktiviteter og mental helse blant barn og unge» til alle som har besvart spørreundersøkelsen «Helse og trivsel». Informantene fikk mulighet til å reservere seg fra gjenbruk av data. Fire deltakere ga skriftlig tilbakemelding om at de ikke ønsket å delta i den nye studien. Alle data som var innhentet fra disse fire informantene ble slettet. Utvalget består av 854 gutter og 890 jenter (N = 1748), gjennomsnittsalder = 12.6, SD = 1.1.

Data er oppbevart anonymisert og oppbevares adskilt fra identifiserbare navnelister. Samtykkeerklæringer og navnelister er oppbevart innelåst i tråd med anbefalinger fra Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Måleinstrumenter

Depressive symptomer ble målt med bruk av The Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ), som består av 13 spørsmål, hentet fra 34-spørsmålsskalan The Mood and Feelings Questionnaire ((MFQ) Costello, Benjamin, Angold, & Silver, 1991). Det presenteres 13 utsagn som informantene blir bedt om å ta stilling til, eksempelvis «Jeg følte meg lite verdt», med følgende svaralternativer; «riktig», «noen ganger riktig», eller «ikke riktig». Bevarelsene skåres ved å summere enkeltskårene. Det er rapportert en sensitivitetsskåre på 60 %, og en spesifisitetsskåre på 85 % når en benytter klinisk intervju for å verifisere en depresjonsdiagnose når en benytter anbefalt cut-off grense på 8 poeng eller høyere for SMFQ (Angold, Costello, Messer, & Pickles, 1995) .

Det foreligger god dokumentasjon på psykometriske egenskaper som begrepsvaliditet, konvergerende validitet og reliabilitet for verktøyet, for aldersgruppen 13-15 år (Richter & Sund, 2013). SMFQ har vist høy korrelasjon ($r = .75$) med The Childrens Depression Inventory (CDI), og ($r = .65$) The Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) (Costello et al., 1991), og hvor SMFQ differensierer mellom deprimerte og ikke-deprimerte deltakere i en generell populasjon. SMFQ er tidligere brukt i flere større Norske studier (Lundervold, Breivik, Posserud, Stormark, & Hysing, 2013; Lundervold,

Hinshaw, Sorensen, & Posserud, 2016), og det er tidligere rapportert Cronbach`s alfa verdier på .88 og .86 som indikerer adekvat indre konsistens (Aune & Stiles, 2009a; Costello et al., 1991). For å undersøke reliabiliteten i spørreskjema (SMFQ) ble den indre konsistens mellom leddene som inngår (alle 13 utsagn/spørsmål) målt ved Cronbach`s alfa. I vårt utvalg er Cronbach`s alfa .89, noe som indikerer god konsistens mellom spørsmålene.

En depresjonsdiagnose eller klinisk depresjon er tilstedeværelse av depressive symptomer i en slik grad at kriteriene for depressiv episode oppfylles etter klinisk undersøkelse hvor en har tatt høyde for både inklusjons- og eksklusjonskriterier, eksempelvis i ICD-10, (WHO, 1993). I befolkningsundersøkelser hvor det ikke gjennomføres kliniske undersøkelser omtales dermed ikke forekomst av depresjonsdiagnose men forekomst av depressive symptomer (Dalgard, Bøen, & Keim, 2007). I denne studien benyttes en konservativ grenseverdi på 10 poengskåre på SMFQ, for å angi høy grad av depressive symptomer, for å unngå overrapportering av høy grad av depressive symptomer.

Spørsmålene som kartlegger idrettsdeltakelse er utarbeidet i prosjektet og etterspør deltakelse i idrettsaktiviteter på fritiden, både deltakelse i organisert idrett og uorganisert idrett. Spørsmålene er som følger: «Går du jevnlig på treningsstudio?», «Deltar du i idrettskonkurranser eller kamper?». Hvilke idretter/aktiviteter driver du med? «Ballaktiviteter», «racketidrett», «ski», «skøyter», «kampidrett», «friidrett», «vannsport», «styrketrening», «turn/aerobic», «orientering» eller «annen idrett». Deltakerne i denne studien blir registrert som «idrettsdeltakende» ved at de har svart ja på ett eller flere av disse spørsmålene.

For å kartlegge deltakelse i kulturaktiviteter blir deltakerne spurt om de deltar i «kunst/kulturskole», «spilling av instrument», «korps/band deltakelse», «dans/drama», «tegning/maling», «foto/film», «rollespill» og «deltakelse i speideren 4H eller lignende». Deltakerne blir registret som «kulturdeltakende» dersom de har svart ja på ett eller flere av overnevnte spørsmålene.

For å undersøke potensielle forskjeller i forekomst av høy grad av depressive symptomer ($SMFQ \geq 10$) blant barn og unge som rapporterer deltakelse i ulike fritidsaktiviteter har vi gruppert barn og unge i fire grupper etter rapportert deltakelse: Dersom deltakerne både har svart ja på ett eller flere spørsmål om deltakelse i idrett og samtidig svart ja på ett eller flere spørsmål om kultur-deltakelse er de plassert i gruppen «idrett og kulturaktiviteter». Dersom deltakerne kun har svart ja på ett eller flere spørsmål om deltakelse i kulturaktivitet er de plassert i gruppen «kultur». Videre er deltakere som kun har svart ja på ett eller flere spørsmål om idrettsdeltakelse plassert i gruppen «idrett», og deltakere som ikke har svart ja på noen av spørsmålene som etterspør deltakelse i idrett eller kulturaktiviteter er plassert i gruppen «ingen av

aktivitetene». Videre undersøkes forekomst av depressive symptomer blant barn og unge i de fire ulike gruppene.

Statistiske analyser

Statistiske analyser er utført med SPSS, versjon 23. Det er benyttet deskriptiv statistikk for å beskrive deltakelse i de ulike aktiviteter fordelt på kjønn, samt forekomst av høy grad (SMFQ ≥ 10) og lavere grad (SMFQ ≤ 9) av depressive symptomer i aktivitetsgruppene «idrett og kultur», «kultur», «idrett» og «Ingen av aktivitetene». Kji-kvadrattester er benyttet for å undersøke kjønnsforskjeller i deltakelse og forekomst av høy grad og lavere grad av depressive symptomer blant barn og unge som deltar i de ulike fritidsaktivitetene: «idrett og kulturaktiviteter», «kultur», «idrett», og «ingen av aktivitetene». En har satt statistisk signifikansnivå til $P < 0.05$ samt at vi oppgir 95 % konfidensintervall. For å belyse forskjeller mellom grupper benyttes Cohens`d (Cohen, 1988), hvor effektstørrelser er definert på følgende måte; «lav, $d = ,2$ », «moderat $d = ,5$ » og «sterk, $d = ,8$ », og Cramers V (Liebetrau, 1983) med følgende inndeling : ingen effekt (0–0,099), lav effekt (0,100–0,299), moderat effekt (0,300–0,499) og sterk effekt ($\geq 0,500$) (Agresti, 2018).

For å undersøke og sammenligne gjennomsnittlig depresjonsdybde blant barn og unge som deltar i de ulike aktivitetene er det benyttet sumskåre på SMFQ som kontinuerlig variabel. Gjennomsnittsnivå på SMFQ blant barn i alle fire grupper; «idrett og kultur», «kultur», «idrett» og «ingen av aktivitetene» ble sammenlignet ved hjelp av enveis ANOVA. De signifikante resultatene er presentert i tabell 2.

Resultat

Tabell 1 viser deltakelse i de ulike aktiviteter fordelt på kjønn, samt forekomst av høy grad (SMFQ ≥ 10) og lavere grad (SMFQ ≤ 9) av depressive symptomer i aktivitetsgruppene «idrett og kultur», «kultur», «idrett» og «Ingen av aktivitetene» fordelt på kjønn.

Tabell 1

Deltakelse i de ulike aktiviteter fordelt på kjønn	Idrett og kultur (n= 1555)	Kultur (n=1577)	Idrett (n=1584)	Ingen av aktivitetene (n=1606)
Jente	481/789 (61,0 %)	35/798 (4,4 %)	199/821 (24,2 %)	24/830 (2,9 %)
Gutt	366/766 (47,8 %)	15/779 (1,9 %)	286/763 (37,5 %)	34/776 (4,4 %)
P-verdi/Cramer's V	.000/.132	.005/.070	.000/.144	.110/.040
Høy grad av depressive symptomer, (SMFQ ≥10) (n=1714)	Idrett og kultur (n=836)	Kultur (n=49)	Idrett (n=473)	Ingen av aktivitetene (n=52)
Jente 135/881 (15,3 %)	72/476 (15,1 %)	9/35 (25,7 %)	33/197 (16,8 %)	5/24 (20,8 %)
Gutt 66/833 (7,9 %)	25/360 (6,9 %)	3/14 (21,4 %)	24/276 (8,7 %)	5/28 (15,2 %)
P-verdi/Cramer's V	.000/.115	.000/.126	.753/.045	.008/.122
.578/.074				
Lav grad av depressive symptomer, (SMFQ ≤ 9) (n=1714)	Idrett og kultur (n=936)	Kultur (n=49)	Idrett (n=473)	Ingen av aktivitetene (n=57)
Jente 746/881 (84,7%)	404/576 (84,9 %)	26/35 (74,3 %)	164/197 (83,2 %)	19/24 (79,2 %)
Gutt 767/833 (92,1%)	335/360 (93,1 %)	11/14(78,6 %)	252/276(91,3 %)	28/33 (84,8 %)
P-verdi/Cramer's V	.000/.115	.000/.126	.753/.045	.008/.122
.587/.074				

Resultatene i tabell 1 viser at det er signifikant flere jenter enn gutter som rapporterer at de deltar både i idretts- og kulturaktiviteter, samt i kulturaktiviteter. I idrett er det signifikant flere gutter som rapporterer deltakelse sammenlignet med jentene. I gruppen som rapporterer at de ikke deltar i noen av aktivitetene viser resultatene ingen signifikant kjønnsforskjell.

Resultatene i tabell 1 viser videre signifikante kjønnsforskjeller i forekomst av høy grad av depressive symptomer (SMFQ ≥ 10) blant barn og unge som deltar i idrett og kulturaktiviteter, hvor 15,1 % av jentene og 6,9 % av guttene rapporterer høy grad av depressive symptomer. Videre viser resultatene i tabell 1 en signifikant kjønnsforskjell også i gruppen barn og unge som rapporterer deltakelse i idrett, hvor 16,8 % av jentene og 8,7 % av guttene rapporterer høy grad av depressive symptomer. Blant barn og unge som rapporterer at de deltar i kulturelle aktiviteter eller ingen av aktivitetene er imidlertid ikke kjønnsforskjellen funnet signifikant.

Tabell 2: Statistisk signifikante forskjeller i gjennomsnittsskåre (Mean) på SMFQ mellom barn og unge som deltar i «Idrett og kultur», «idrett» eller «kulturelle aktiviteter».

	n	M	MD	SD	CI (95 %)	P-verdi	Cohen's d
Idrett og kultur	838	4,21		4,81	3,98 - 4,54		
Kultur	49	6,12	1,91	6,69	4,20 - 8,04	.009	0.33
Idrett	474	4,12		5,02	3,66 - 4,57		
Kultur	49	6,12	2,00	6,69	4,20 - 8,04	.010	0.34

M = gjennomsnitt, MD = Gjennomsnittsdifferanse, SD = Standardavvik, CI = Konfidensintervall.

En enveis ANOVA viser at gjennomsnittsskåre på SMFQ er signifikant forskjellig mellom barn og unge som deltar i de ulike aktiviteter, $F(3,1414) = 2,903$, $p = .034$. I oppfølgingsanalysene, ble gjennomsnittsskåre på SMFQ blant barn og unge som deltar i «idrett og kultur», «kultur», «idrett» og «deltar i ingen av aktivitetene» testet mot hverandre ved hjelp av uavhengig t-tester.

Uavhengig t-test viser signifikant lavere skåre av depressive symptomer blant barn og unge som deltar i idrett og kulturaktiviteter sammenlignet med barn og unge som deltar kun i kulturaktiviteter. Resultatene viser også signifikant lavere depresjonsskåre blant barn og unge som deltar i idrettsaktiviteter versus barn og unge som rapporterer deltakelse i kun kulturelle aktiviteter (Tabell 2).

Diskusjon

Resultatene fra denne studien viser at de fleste barn og unge i alderen 11- 14 år enten deltar i idrettsaktiviteter, kulturelle aktiviteter eller begge deler på samme tid. Resultatene viser videre at det er signifikant flere jenter enn gutter som rapporterer at de deltar samtidig i idrett og kulturelle aktiviteter, eller kulturelle aktiviteter som eneste aktivitet. Videre er det signifikant flere gutter enn jenter som rapporterer deltakelse i idrett. Blant barn og unge som ikke deltar i hverken kultur- eller idrettsaktiviteter viser resultatene ingen signifikante kjønnsforskjeller. Det er overraskende at signifikant flere barn og unge som rapporterer høy grad av depressive symptomer ($SMFQ \geq 10$) samtidig også rapporterer deltakelse kun i kulturelle aktiviteter sammenlignet med barn og unge som deltar enten bare i idrett, eller samtidig deltar både i idrettslige- og kulturelle aktiviteter.

Selv om en i en tverrsnitts studie ikke kan uttale seg om årsak og virkning kan resultatene likevel støtte opp under resultatene som rapporteres fra studien til

(Hansen et al., 2015), hvor de undersøkte sammenheng mellom deltakelse i kulturell aktivitet og angst og depresjon blant barn og unge i alderen 13-19 år, hvor det ikke ble rapportert noen signifikant positiv sammenheng mellom deltakelse i kulturell aktivitet og lave skåre på angst og depresjon. I studien til Hansen et al. (2015) ble kulturopplevelser som kinobesøk, organisert trening, og deltakelse i utøvende kulturelle aktiviteter definert som kulturell aktivitet. Det at Hansen og kollegaer har definert organisert trening (idrett) inn i kulturell aktivitet, kan gjøre det utfordrende å sammenligne resultatene når vi i vår studie skiller idrettsdeltakelse fra kulturell deltakelse. På den andre siden rapporteres det fra enkeltstudier av barn og unge i alderen 13-19 år om en positiv effekt av deltakelse i utøvende kulturelle aktiviteter, som drama, dans og sang på utvikling av selvtillit, sosiale ferdigheter, økt samspill og samarbeid (Douglas, Warwick, Whitty, & Aggleton, 2000). Videre viser en systematisk litteraturgjennomgang av forskning som omhandler effekter av utøvende kulturelle aktiviteter, som eksempelvis musikk, teater, drama og dans blant unge i alderen 11- 18 år, at det er sparsomt med forskning, og at forskningen på feltet er heterogen. Kulturelle aktiviteter er forsket på i ulike sammenhenger, eksempelvis i skolesammenheng og fritid, ulike aldersgrupper, og ulike målgrupper som gjør det vanskelig å gjøre en sammenfatning av resultatene (Daykin et al., 2008). Resultatene fra vår studie av barn og unge er ikke i samsvar med funn i en studie av den voksne befolkning hvor Cuypers og kollega (2012) rapporterte at hyppighet av deltakelse i kulturelle aktiviteter blant voksne har en positiv sammenheng med lavere angst og depresjonsskåre for begge kjønn (Cuypers et al., 2012). Funnene i vår studie, sammenlignet med rapporterte funn i studier av voksne (Cuypers et al., 2012), gjør at det kan stilles spørsmål om deltakelse i kulturelle aktiviteter kan ha ulik betydning for barn sammenlignet med voksne. Ut fra de resultatene vi finner kan det være av betydning å undersøke om det er de samme personene som benytter seg av kulturtilbud i barndom og som voksne. Bildet som tegnes blant voksne, er at det er betydelig forskjell i psykisk helse mellom de som direkte utøver kulturaktiviteter, for eksempel musikere, kunstnere og forfattere (Vaag, Bjørngaard, & Bjerkeset, 2015), sammenlignet med de som benytter seg av kulturaktiviteter på fritiden (Cuypers et al., 2012), som kan betegnes mer som brukere av kulturtilbud. Dersom en forfølger en slik tankegang, er det rimelig å anta at de som deltar på ulike kulturtilbud som barn, er mer lik utøvende voksne musikerne og kunstnerne, både med hensyn til personlighet og hvordan de opplever det å skulle presentere foran andre. Framtidig forskning bør se nærmere på slike sammenhenger.

Basert på et måletidspunkt kan det ikke konkluderes med at deltakelse i de ulike aktivitetene har sammenheng med utvikling og forekomst av depressive symptomer, da utvikling og forekomst av depressive symptomer skyldes komplekse sammenhenger, hvor biologiske, personlighetsmessige og psyko-sosiale årsaks og risikofaktorer er av betydning (Dalgard et al., 2007). For å

kunne si noe nærmere om årsakssammenhenger er det nødvendig å gjennomføre longitudinelle studier.

Våre resultater viser at det er blant barn og unge som deltar i idrett og kultur en finner det laveste gjennomsnittsnivå av depressive symptomer. Det er flere jenter enn gutter som deltar både i kultur og idrett, og det er samtidig flere jenter som rapporterer høyt nivå av depressive symptomer noe som gjør at en kan stille seg spørsmålet om deltakelse i idrett og kulturelle aktiviteter har ulik betydning for jenter og gutter. Det kan også stilles spørsmål om det kan være at det er andre faktorer som er mer betydningsfulle for jenter enn gutter med hensyn til utvikling av depressive symptomer.

Det kan også være at idretts og kulturelle aktiviteters ulike natur er av betydning. Når det gjelder idrettsdeltakelse er det blant annet rapportert flere fysiske, psykologiske og sosiale helsefordeler ved deltakelse i idrett for barn og ungdom, som positiv innvirkning på stemningsleie (Lane & Lovejoy, 2001), bedret selvfølelse, selvtillit, stressreduksjon og mestringsfølelse (Biddle & Asare, 2011), bedre søvnkvalitet, sosialisering og integrasjon (Nabkasorn et al., 2006). Idretten gir rom for sosialt fellesskap og en opplevelse av tilhørighet, noe forskere som Seippel (2005) og Ødegård, Bakken & Strandbu (2016) har vist. I tillegg viste Boulard, Quertemont, Gauthier og Born (2012) og Sletten (2015) at manglende sosialt fellesskap gir økt risiko for utvikling av depresjon blant ungdom. Blant ungdom som sjelden eller aldri trener har 13 % av jentene og 18 % av guttene ingen faste vennskapsbånd til jevnaldrende, til sammenligning er andelene blant ungdom som er med i idrettslag henholdsvis 10 og 15 % (Seippel, Strandbu, & Sletten, 2011; Ødegård et al., 2016).

Videre vil det trolig også være av betydning om de barn og unge som deltar i kulturelle aktiviteter eller ingen aktivitet har aktivt valgt dette selv, eller om de på noen måte opplever å falle utenfor idretten. Det å falle utenfor, eller opplevelse av ensomhet er en risikofaktor for utvikling av depressive symptomer (Qualter, Brown, Munn, & Rotenberg, 2010). Videre er også popularitet, status, aksept og sosial anerkjennelse blant jevnaldrende rapportert å være en vesentlig faktor som påvirker ungdommer mentale helse (Daniels & Leaper, 2006), og det at idrett er rapportert å kan ha høyere status enn kulturaktiviteter blant ungdom (Hjelmbrekke & Berge, 2010) vil trolig også kunne påvirke barn og unges mentale helse.

Det kan også være at barn og unge som opplever psykiske plager som betydelige depressive symptomer i mindre grad deltar i fysisk aktivitet og idrett enn de som opplever få depressive symptomer (Sabiston et al., 2013), noe som kan være med og forklare våre resultater som viser lavere skåre på depressive symptomer blant barn og unge som rapporterer deltakelse i idrett, eller idrett og kulturaktiviteter sammenlignet med barn og unge som kun deltar i kulturelle aktiviteter. Andre

mulige faktorer som påvirker både utvikling av depressive symptomer og deltakelse i aktiviteter er sosioøkonomiske ressurser, hvor det er rapportert at idrettsdeltakelse er høyere blant barn av foreldre som er rike på sosioøkonomiske ressurser (Bakken, Frøyland, & Sletten, 2016), samt at andelen barn og unge med depressive symptomer er størst for ungdom fra familier med det som betegnes som dårlig råd (34 %) mot (9 %) av ungdom fra familier med god råd (Bakken, 2014).

I denne undersøkelsen undersøker en aktivitetsdeltakelse blant barn og unge i alderen 11-14 år, og det er sannsynlig at foreldrenes rolle i valg av aktiviteter er betydelig. I en kartlegging av valg av fritidsaktiviteter fremkommer det at foreldrenes rolle er viktig i valg av fritidsaktivitet, særlig i aldersgruppen 12- 16 år. I en rapport fra Bergen kommune (2006) rapporteres det at det ofte er foreldrene som presenterer fritidsaktiviteter og motiverer til deltakelse, og foreldrene velger i større grad idrett og fysisk aktivitet for barna på bakgrunn av økning i stillesittende aktiviteter (pc/telefon), noe som også kan være med å forklare at flest barn og unge rapporterer deltakelse i idrettsaktivitet i denne studien.

Det at resultatene indikerer at barn og ungdom som er aktive i idrett eller aktive på flere arenaer opplever i mindre grad depressive symptomer enn barn og unge som kun deltar i kulturelle aktiviteter, eller ikke deltar i kulturelle eller idrettsaktiviteter gir grunnlag for videre forskning. Selv om en i en tverrsnitts studie ikke kan utale seg om årsak og virkning kan denne studien indikere at det kan være positivt for barn og unge å delta i idrett eller både idrett og kulturelle aktiviteter. Studien indikerer en tydelig variasjon i forekomst av depressive symptomer blant barn og unge som deltar i ulike fritidsaktiviteter, noe viser at det er behov for ytterligere forskning på dette feltet.

Styrker og svakheter

Studien har flere metodiske styrker, samt enkelte svakheter. Det ble benyttet et populasjonsbasert utvalg med en relativt høy svarprosent. Videre ble det benyttet et validert og anerkjent selvrapporteringsskjema for å kartlegge antall rapporterte depressive symptomer og, og en konservativ grenseverdi skåre for å klassifisere høy grad av depressive symptomer. For å verifisere en depresjonsdiagnose er klinisk intervju å regne som gullstandard, men studiens design og økonomiske ramme gav ikke rom for en slik mulighet. Samtidig er det riktig å påpeke at SMFQ samvarierer godt både med kliniske intervju (Angold et al., 1995) og med andre anerkjente selvrapporteringsskjema (Costello et al., 1991).

Til tross for et relativt stort utvalg (N=1748) blir den statistiske styrken noe lav ved sammenligning av forekomst av høy grad av depressive symptomer på tvers av fire ulike aktiviteter. Det hadde vært en styrke for studien dersom data-materialet ga mulighet for ytterligere undersøkelser av mulige kjønnsforskjeller.

Resultatene fra denne studien bør derfor repliseres ved å benytte et større utvalg med et longitudinelt design og med repeterende målinger av de samme individene. Vi ser også at det hadde vært en styrke i studien dersom data-materialet ga mulighet for å undersøke frekvensen av deltakelse i de ulike aktivitetene.

Implikasjoner

Studien viser at det er mange barn og unge i alderen 11-14 år som rapporterer betydelige depressive symptomer. At det er blant barn og unge, som bare deltar i kulturelle aktiviteter en finner de høyeste forekomster av høy grad av depressive symptomer viser behovet for flere studier for å undersøke om en finner tilsvarende resultater i andre populasjoner. I en slik sammenheng er det riktig å påpeke at resultatene fra denne studien ikke kan fastslå at det å delta bare i kulturelle aktiviteter fremmer utvikling av depressive symptomer, men resultatene viser at det akkurat er i denne gruppen en finner mange barn og unge med betydelige depressive symptomer. Videre viser resultatene at kjønnsforskjeller i forekomst av depressive symptomer er til stede allerede fra 11 års alder. Noe som betyr at det allerede på barneskoletrinnene kan rettes tiltak direkte inn mot å forebygge utvikling av depressive symptomer, særlig blant jenter. Når mer enn 90 % av barn og unge i alderen 11-14 forteller at de er aktive innenfor idrettslige- og kulturaktiviteter viser det hvor avgjørende disse arenaene kan være med hensyn til å kunne positivt påvirke barn og unges mentale helse.

Litteratur

- Agresti, A. (2018). An introduction to categorical data analysis: Second Edition. Florida: A John Wiley & sons.
- Angold, A., Costello, E. J., Messer, S. C., & Pickles, A. (1995). Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5(4), 237-249.
- Angold, A., Costello, E. J., & Worthman, C. M. (1998). Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychological Medicine*, 28(1), 51-61.
- Aune, T., & Stiles, T. C. (2009a). The effects of depression and stressful life events on the development and maintenance of syndromal social anxiety: Sex and age differences. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(4), 501-512.
doi:<https://doi.org/10.1080/15374410902976304>
- Aune, T., & Stiles, T. C. (2009b). Universal-based prevention of syndromal and subsyndromal social anxiety: a randomized controlled study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(5), 867.
- Bakken, A. (2014). Ungdata: nasjonale resultater 2013: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA -rapport. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring

- Bakken, A. (2017). Ungdata : nasjonale resultater 2017. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA Rapport 10/17. Oslo: NOVA
- Bakken, A., Frøyland, L., & Sletten, M. (2016). Sosiale forskjeller i unges liv. Hva sier Ungdata-undersøkelsene. Oslo: NOVA-rapport, 3, 2016.
- Bergen Kommune (2006). Skaperglede og deltakelse, innsiktsrapport for kulturkontorene, Bergen kommune 2016.
doi:https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00293/160217_Skaperglede_293508a.pdf
- Biddle, S. J. H., & Asare, M. (2011). Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *British Journal of Sports Medicine*, 45(11), 886. doi:<https://doi.org/10.1136/bjsports-2011-090185>
- Boulard, A., Quertemont, E., Gauthier, J.-M., & Born, M. (2012). Social context in school: Its relation to adolescents' depressive mood. *Journal of adolescence*, 35(1), 143-152.
- Breistøl, S., Clench-Aas, J., Van Roy, B., & Kjørsti Raanaas, R. (2017). Association Between Participating in Noncompetitive or Competitive Sports and Mental Health among Adolescents – a Norwegian Population-based Cross-sectional Study. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 5, 1-11. doi:10.21307/sjcapp-2017-003
- Brent, D., & Maalouf, F. (2015). Depressive disorders in childhood and adolescence. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Retrieved from <https://doi.org/10.1002/9781118381953.ch63>
doi:doi:10.1002/9781118381953.ch63
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* 2nd edn. In United Kingdom: Erlbaum Associates, Hillsdale.
- Costello, E. J., Benjamin, R., Angold, A., & Silver, D. (1991). Mood variability in adolescents: a study of depressed, nondepressed and comorbid patients. *Journal of affective disorders*, 23(4), 199-212.
doi:[https://doi.org/10.1016/0165-0327\(91\)90101-W](https://doi.org/10.1016/0165-0327(91)90101-W)
- Cuypers, K., Krokstad, S., Lingaas Holmen, T., Skjei Knudtsen, M., Bygren, L. O., & Holmen, J. (2012). Patterns of receptive and creative cultural activities and their association with perceived health, anxiety, depression and satisfaction with life among adults: the HUNT study, Norway. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(8), 698.
doi:10.1136/jech.2010.113571
- Dalgard, O. S., Bøen, H., & Keim, H. B. (2007). Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder. Vol. 2008:1.
- Daniels, E., & Leaper, C. (2006). A longitudinal investigation of sport participation, peer acceptance, and self-esteem among adolescent girls and boys. *Sex roles*, 55(11-12), 875-880.
- Daykin, N., Orme, J., Evans, D., Salmon, D., McEachran, M., & Brain, S. (2008). The impact of participation in performing arts on adolescent

- health and behaviour: a systematic review of the literature. *Journal of health psychology*, 13(2), 251-264.
- Douglas, N., Warwick, I., Whitty, G., & Aggleton, P. J. H. E. (2000). Vital youth: evaluating a theatre in health education project. *Emerald Insight* 100(5), 207-215. ISSN: 0965-4283
- Evensen, M., Lyngstad, T. H., Melkevik, O., & Mykletun, A. (2016). The Role of Internalizing and Externalizing Problems in Adolescence for Adult Educational Attainment: Evidence from Sibling Comparisons using Data from the Young HUNT Study. *European Sociological Review*, 32(5), 552-566. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1093/esr/jcw001>. doi:10.1093/esr/jcw001
- Hansen, E., Sund, E., Knudtsen, M. S., Krokstad, S., & Holmen, T. L. (2015). Cultural activity participation and associations with self-perceived health, life-satisfaction and mental health: the Young HUNT Study, Norway.(Research article)(Report). *BMC Public Health*, 15, 544. doi:<https://doi.org/10.1186/s12889-015-1873-4>
- Haugen, T., Ommundsen, Y., & Seiler, S. (2013). The relationship between physical activity and physical self-esteem in adolescents: The role of physical fitness indices. *Pediatric Exercise Science*, 25(1), 138-153. doi:10.1123/pes.25.1.138
- Hjelmbrekke, S., & Berge, O. K. (2010). Når hornet er lagt på hylla: fråfall av tenåringar frå musikkorps. *Telemarkforskning. TF-rapport*. ISBN: 978-82-7401-385-8
- Holte, A., Siem, H., & Vartdal, B. (2014). *Globale helseutfordringer : psykisk helse som global utfordring. Vol. 3/2014*.
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, E., Georgiades, K., Green, J., Gruber, M., Merikangas, K. (2012). Prevalence, Persistence, and Sociodemographic Correlates of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch. Gen. Psychiatry*, 69(4), 372-380. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.160
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of dsm-iv disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593> doi:10.1001/archpsyc.62.6.593
- Knudsen, A. K., Kinge, J. M., Skirbekk, V., & Vollset, S. E. (2016). Sykdomsbyrde i Norge 1990-2013. Resultater fra Global burden of diseases, injuries, and risk factors study 2013 (GBD 2013). *Folkehelseinstituttet*. ISBN: 978-82-8082-840-8
- Kulturdepartementet. (2016). Prop. 1.S (2015-2016). Proposisjon til Stortinget. For budsjettåret 2016.
- Lane, A. M., & Lovejoy, D. J. (2001). The effects of exercise on mood changes: The moderating effect of depressed mood. *Journal of sports medicine*, 41(4), 539-545.

- Lewinsohn, P. M., Solomon, A., Seeley, J. R., & Zeiss, A. (2000). Clinical implications of "subthreshold" depressive symptoms. *Journal of abnormal psychology, 109*(2), 345. doi:<https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.2.345>
- Liebetrau, A. M. (1983). *Measures of association* (Vol. 32) London: Sage publications.
- Lundervold, A. J., Breivik, K., Posserud, M. B., Stormark, K. M., & Hysing, M. (2013). Symptoms of depression as reported by Norwegian adolescents on the Short Mood and Feelings Questionnaire. *Front Psychol, 4*. doi:10.3389/fpsyg.2013.00613
- Lundervold, A. J., Hinshaw, S. P., Sorensen, L., & Posserud, M. B. (2016). Co-occurring symptoms of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a population-based sample of adolescents screened for depression. *BMC Psychiatry, 16*, 46. doi:10.1186/s12888-016-0739-3
- Nabkasorn, C., Miyai, N., Sootmongkol, A., Junprasert, S., Yamamoto, H., Arita, M., & Miyashita, K. J. E. j. o. p. h. (2006). Effects of physical exercise on depression, neuroendocrine stress hormones and physiological fitness in adolescent females with depressive symptoms. *16*(2), 179-184.
- Qualter, P., Brown, S. L., Munn, P., & Rotenberg, K. J. (2010). Childhood loneliness as a predictor of adolescent depressive symptoms: an 8-year longitudinal study. *European Child & Adolescent Psychiatry, 19*(6), 493-501. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0059-y>. doi:10.1007/s00787-009-0059-y
- Richter, J., & Sund, A. M. (2013). Måleegenskaper ved den norske versjonen av the Mood and Feelings Questionnaire - Humøret Ditt (MFQ).
- Sabiston, C. M., O'Loughlin, E., Brunet, J., Chaiton, M., Low, N. C., Barnett, T., & O'Loughlin, J. (2013). Linking depression symptom trajectories in adolescence to physical activity and team sports participation in young adults. *Prev Med, 56*(2), 95-98. doi:10.1016/j.ypmed.2012.11.013
- Schuch, F. B., Deslandes, A. C., Stubbs, B., Gosmann, N. P., Silva, C. T., & Fleck, M. P. (2016). Neurobiological effects of exercise on major depressive disorder: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev, 61*, 1-11. doi:10.1016/j.neubiorev.2015.11.012
- Seippel, Ø. (2005). Orker ikke, gidder ikke, passer ikke? Om frafallet i norsk idrett. Institutt for samfunnsforskning. ISK. Rapport 2006:3.
- Seippel, Ø., Strandbu, Å., & Sletten, M. A. (2011). Ungdom og trening. Endring over tid og sosiale skillelinjer, NOVA-rapport nr 3/2011. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Sletten, M. A. (2015). Psykiske plager blant ungdom. Barn i Norge 2015: Barn i Norge 2015 Tema: "Ungdom og psykisk helse" http://www.ungdata.no/asset/8507/1/8507_1.pdf, 13.
- Statistisk sentralbyrå SSB. (2017). 20 år i år: 100 000 elever på kulturskolen. <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/artikler-og-publikasjoner/20-ar-i-ar-100-000-elever-pa-kulturskolen>

- Sund, Bjelland, Holgersen, Israel, & Plessen. (2012). Om depresjon hos barn og unge med vekt på biologiske modeller. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(1), 31-39.
- Vaag, J., Bjørngaard, J. H., & Bjerkeset, O. (2015). Symptoms of anxiety and depression among Norwegian musicians compared to the general workforce. *Psychology of Music*, 44(2), 234-248. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/0305735614564910>
doi:10.1177/0305735614564910
- Walby, F. A., Odegaard, E., & Mehlum, L. (2006). Psychiatric comorbidity may not predict suicide during and after hospitalization. A nested case-control study with blinded raters. *Journal of affective disorders*, 92(2), 253-260.
- Wartberg, L., Kriston, L., & Thomasius, R. (2018). Depressive Symptoms in Adolescents: Prevalence and Associated Psychosocial Features in a Representative Sample. *Deutsches Ärzteblatt International*, 115(33-34), 549.
- WHO. (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research.
- Wichstrøm, L., Berg - Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L., Solheim, E., & Sveen, T. H. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of child psychology and psychiatry*, 53(6), 695-705.
- Ødegård, G., Bakken, A., & Strandbu, Å. (2016). Idrettsdeltakelse og trening blant ungdom i Oslo: Barrierer, frafall og endringer over tid. Rapport fra Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.

Kan omvendt undervisning gi bedre læringsutbytte i legemiddelregning, sammenlignet med tradisjonell undervisning? En kvasiekseptimentell kontrollert studie

Christine Tørris

Christine Tørris, førsteamanuensis, Fakultet for helsevitenskap, OsloMet–storbyuniversitetet, christine.torris@oslomet.no

Abstract

Flipped classroom improves student learning in dosage calculation: A quasi-experimental control group design

The flipped classroom method has received increased attention in health sciences education, however, few studies have investigated performance data showing its effectiveness. The aim of this study was to compare learning outcome in a flipped classroom with a standard lecture. The hypothesis was that applying a flipped classroom model in a dosage calculation class would improve learning outcome when compared to standard learning. One group was assigned to a flipped classroom (n=43), and the other group to a traditional lecture-based classroom (n=45). Data were collected through answer sheets and test results. Course content, assessments, and instructional time for both models were equivalent. The social educator students in the flipped group performed better in the test, compared to the traditional group, where the flipped group had 22% reduction in failing the exam. The flipped classroom approach is promising as an acceptable approach for teaching in dosage calculation curricular in higher education.

Keyword/Nøkkelord

flipped classroom; student involvement; student active learning forms; just in time teaching; blended learning; peer instruction

omvendt undervisning; student involvering; studentaktive læringsformer; tilpasset undervisning; blended learning; peer instruction

Referee*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4703>



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

Bakgrunn

I Meld. St. nr. 16 (2016-2017) «Kultur for kvalitet i høyere utdanning» pekes det på at begrenset bruk av studentaktive læringsformer er en utfordring for kvaliteten i høyere utdanning. Undervisning i helsefagenes naturvitenskapelige emner har tradisjonelt vært forelesningspreget, noe som kan bidra til at studentene blir passive. Økt studentinvolvering aktiviserer studentene, og kan bidra til å øke studentenes prestasjoner og forbedre deres eksamensresultater (Freeman et al., 2014).

Omvendt undervisning eller flipped classroom er et undervisningsopplegg der deler av undervisningen foregår utenfor klasserommet. Her presenteres aktiviteter på nett, ofte i form av videoleksjoner som inneholder teori-gjennomgang. Leksjonen gjennomføres før studentene kommer til klasserommet. Dette frigjør tid i klasserommet som kan brukes til andre læringsaktiviteter. Et slikt undervisningsopplegg kan bidra til mer aktiviserende og meningsfull undervisning for studentene (Bernard, 2015). Omvendt undervisning ble som modell presentert for snart 20 år siden gjennom «The inverted classroom», den gang som en læringsstrategi med multimedia som grunnstein (Lage, Platt, & Treglia, 2000). Klasserommet ble snudd slik at det som tradisjonelt foregikk i klasserommet, nå skulle finne sted utenfor klasserommet (Lage et al., 2000). Denne definisjonen av omvendt undervisning er likevel ikke helt dekkende, ettersom ideen om å lage videoleksjoner som erstatning for lærerens undervisning er feilaktig (Bernard, 2015; Lage et al., 2000). Selve poenget med omvendt undervisning er å legge videoleksjonene tilgjengelig for studentene før selve undervisningen, slik at tiden i klasserommet skal kunne brukes til aktivt å engasjere studentene i deres egen læringsprosess (Hamdam, McKnight, McKnight, & Arfstrom, 2014). Det viktige her er å skape et læringsrom der studentene kan utforske temaer i dybden (Bernard, 2015).

To meta-analyser har vurdert effekt av omvendt undervisning og tradisjonell undervisning i farmasiutdanningen (Gillette et al., 2018) og en i ulike helsefagutdanninger (Hew & Lo, 2018). Gillette et al. (2018) fant ingen signifikant forskjell mellom de ulike undervisningsformene, men bare en av de seks inkluderte studiene var en randomisert kontrollert studie. I Hew and Lo (2018) sin studie ble 28 studier inkludert, og det ble funnet signifikant bedre effekt av omvendt undervisning sammenlignet med tradisjonell undervisning.

Aktivitetene i klasserommet kan gjennomføres på mange ulike måter og kan inneholde både gruppeaktiviteter og diskusjoner (Bernard, 2015). To eksempler på studentaktive klasseromsaktiviteter er Just-in-Time Teaching og Peer Instruction. Just-in-Time Teaching er en web-basert pedagogikk, selv om den hovedsakelig foregår i klasserommet (Novak, 2011). Her gir studentene tilbakemelding til lærer om hva som var utfordrende å forstå etter å ha sett

videoleksjonene. Tilbakemeldingene kan gis elektronisk i forkant av undervisningen, eller ved skriftlig/muntlig tilbakemelding i starten av undervisningsøkten. Undervisningen i klasserommet legges så opp etter studentenes tilbakemeldinger (Novak, 2011; Schuller, DaRosa, & Crandall, 2015), slik at undervisningen blir tilpasset studentenes ståsted. Formålet med Just-in-Time Teaching er å gripe tak i studentenes erfaringer i rommet mellom undervisning og læring (Novak, 2011). Peer Instruction er en studentaktiv undervisningsform som foregår i klasserommet. Her har den den tradisjonelle forelesningen blitt modifisert, og brutt opp til serier av presentasjoner (inndelt tematisk) som hver avsluttes med spørsmål som studentene diskuterer med medstudent før neste tema presenteres. Spørsmålene som stilles er designet for å engasjere studentene, og få de til å diskutere og begrunne sine svar (Crouch & Mazur, 2001). Peer betyr likemann (likeverdig), og i Peer Instruction får studentene mulighet til å diskutere sine ideer og løsninger med sine medstudenter (peers) (Crouch & Mazur, 2001; Knight & Brame, 2018). Klasseromsaktivitetene struktureres her rundt oppgaver som studentene først løser selv (etter en kort introduksjon av lærer), for så å diskutere svaret med sine medstudenter. Viktige aspekter ved Peer Instruction er at studentene får tid til å løse oppgavene før løsningene diskuteres, og at lærer går igjennom løsninger sammen med studentene til slutt. Både Just-in-Time Teaching og Peer Instruction kan brukes for å optimalisere studentenes læringsutbytte og øke deres motivasjon og kontroll over egen læring (Schuller et al., 2015). Den russiske sosial pedagogen, Vygotsky, legger også vekt på at kunnskap skapes sosialt og i diskusjoner og ikke nødvendigvis enkeltvis. Han har skrevet at språk og samspill er viktig for å lære. I Vygotskys teori skal undervisningen ligge i den proksimale utviklingszone slik at studenten kan strekke seg (Imsen, 2009).

Legemiddelregning er et emne som må bestås med en null-feil-test, der alle oppgavene må være korrekt besvart for å få bestått. Dette er ofte utfordrende for studentene, og strykprosenten har i mange år vært høy. For å bedre studentenes læringsutbytte i legemiddelregning, var det ønskelig å prøve ut omvendt undervisning. Formålet med studien er å undersøke om omvendt undervisning kan gi bedre læringsutbytte sammenlignet med tradisjonell undervisning i legemiddelregning. Dette gjøres ved at to tilsvarende grupper vernepleierstudenter først får ulik undervisningsform (omvendt/tradisjonell), og deretter sammenlignes eksamensresultatene i de to gruppene.

Metode

Design

Denne studien er en kvasiekperimentell studie, som bygger på et kausalt design. Her blir to grupper studenter som får ulikt undervisningsopplegg (omvendt undervisning versus tradisjonell) sammenlignet. Allokeringen til en bestemt

gruppe og behandling er ikke randomiserte, men valgt ut fra hvilken campus de ulike studentene tilhører. Den ene gruppen studenter deltar i omvendt undervisning (flipped, testgruppe) og den andre tradisjonell undervisning (kontrollgruppe). Studien anvender kvantitative data for å beskrive læringsutbytte ut ifra eksamensresultater (bestått/ikke bestått) og strykprosent.

Uvalg

Deltagerne i studien er 88 vernepleierstudenter, som samtidig skulle ha undervisning i legemiddelregning. Selve undervisningen foregikk i løpet av de samme ukene, men på ulike ukedager og ved ulike campus. Alle de 88 studentene gjennomførte eksamen samtidig, og fikk den samme eksamensoppgaven. Studentene var forhåndsinn delt i to grupper etter hvilken campus de gikk på. Test gruppe (flipped) (n=43) deltok i undervisningsopplegget basert på omvendt undervisning, og kontrollgruppen (n=45) deltok i tradisjonell undervisning.

Gjennomføring av studien

Testgruppe (flipped)

Undervisningsopplegget basert på omvendt undervisning besto av videoleksjoner som studentene skulle se før de kom til klasserommet (pre-class activity), og studentaktive klasseromsaktiviteter basert på Just-in-Time Teaching og Peer Instruction (in-class activity).

«Pre-class activity»

Testgruppen (flipped) fikk tilgang til tre nett-baserte videoleksjoner, som forfatter (CT) hadde utviklet. Videoleksjonene ble gjort tilgjengelig for studentene ved at de fikk tilgang til et PDF-dokument som inneholdt lenker til videoleksjonene. Videoleksjonene omhandlet teori knyttet til tema i legemiddelregning, der tema ble valgt ut fra tidligere studentenes behov og læringsutbyttebeskrivelsen i emnet. Videoleksjonene var korte, og varte i gjennomsnitt under tre minutter. I videoleksjonene ble det brukt bilder, animerte figurer og bevegelse, minst mulig tekst, og oppgaver med løsningsforslag. Tema og videoleksjonenes lengde (tid) var:

- Dose, styrke og mengde (2:40)
- Fortynning (2:20)
- Utrekning av fortynning (3:11)

«In-class activity»

I klasserommet var det lagt opp til studentaktive klasseromsaktiviteter (15 timer) basert på Just-in-Time Teaching og Peer Instruction. Etter en introduksjon fra lærer der det ble informert om strukturen for dagen, ga studentene muntlig tilbakemelding om hva som var utfordrende å forstå etter å ha sett video-

leksjonene. På denne måten fikk lærer også informasjon om hvor forberedt studentene var, og om de hadde sett på videoleksjonene eller ikke. Hovedutfordringene ble diskutert i plenum, før oppgavesettene ble delt ut til studentene. Oppgavesettene besto av tidligere eksamensoppgaver og oppgaver basert på læringsutbyttebeskrivelsen med tilhørende fasit/løsningsforslag. Studentene skulle her forsøke å løse oppgavene selv, før de diskuterte egne løsningsforslag og utfordringer med sine medstudenter (peers) som satt ved siden av. Studentene satt sammen i grupper på to til fire studenter, der gruppene ble definert ut ifra hvor i klasserommet de satt. Klasserommet var et åpent klasserom der studentene kunne flytte pulter og stoler. Lærer gikk rundt og veiledet mens studentene løste oppgaver og diskuterte. Både i løpet av undervisningsøkten, og til slutt, ble oppgavene med løsningsforslag diskutert i plenum.

Kontrollgruppe

Studentene i kontrollgruppen deltok i den vanlige undervisningen (15 timer), som besto av forelesning og oppgaveløsning. Oppgavesettene var basert på tidligere eksamensoppgaver med tematisk inndelte oppgaver, og var de samme som i testgruppen. Studentene fikk også fasit/løsningsforslag på oppgavene. Studentene løste oppgavene hver for seg, mens lærer gikk rundt og veiledet.

Datainnsamling

Vurderingsprotokoll og eksamensbesvarelser

Det endelige resultatet (bestått/ikke bestått) ble hentet fra vurderingsprotokoll, og eksamensbesvarelsene fra legemiddelprøven ble undersøkt etter sensur. Eksamen i legemiddelregning inneholdt ti oppgaver, der alle oppgavene måtte være korrekt besvart for å få bestått. Besvarelsene i testgruppen (flipped) og kontrollgruppen som fikk ikke bestått ble sammenlignet. Dette foregikk ved at antall og type feil i de ulike besvarelsene ble registrert. Feilene ble kategorisert som feil i omgjøring (oppgave 1-4), feil i utregning av dose/styrke/mengde (oppgave 7-9) og feil i utregning av fortytning (oppgave 10) (Tabell 1).

Tabell 1. Oversikt over oppgavetyperne i oppgavesettet

Oppgave		Type feil
Oppgave 1-4	Omgjøring innen gramsystemet	Omgjøring
Oppgave 5-6	Utregning av dose/mengde (internasjonale enheter)	Dose, styrke, mengde
Oppgave 7	Utregning av mengde (injeksjonsvæske)	Dose, styrke, mengde
Oppgave 8	Utregning av dose per døgn	Dose, styrke, mengde
Oppgave 9	Utregning av dose	Dose, styrke, mengde
Oppgave 10	Fortytning	Fortytning

Analyse

For å undersøke om omvendt undervisning kan gi bedre læringsutbytte sammenlignet med tradisjonell undervisning ble vurderingsresultat (bestått/ikke bestått) analysert på gruppenivå i statistikkprogrammet IBM SPSS Statistics 26. Strykprosent ble sammenlignet i de to gruppene, og også sammenlignet med strykprosent siste tre år. Effektestimater oppgis som relativ risiko (RR) med tilhørende 95% konfidensintervall. I tillegg ble eksamensresultatene fra de enkelte besvarelsene undersøkt, og antall og type feil ble analysert i Excel 2016.

Etikk

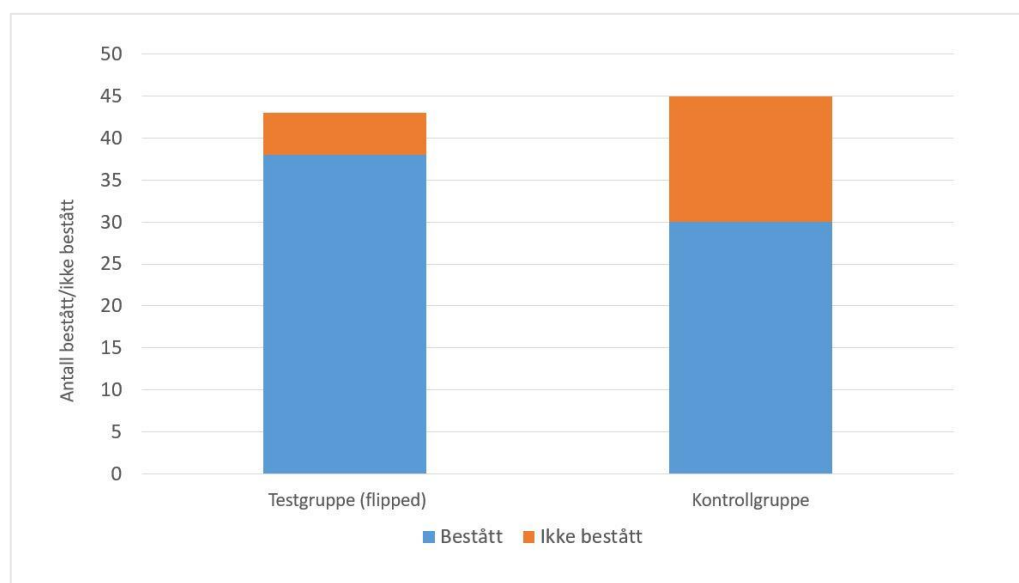
Det ble ikke samlet inn noen informasjon om deltagerne. Kun de anonyme besvarelsene (uten navn) med regnestykker og vurderingsprotokoll med bestått/ikke bestått ble gjennomgått. Studien var derfor ikke meldepliktig til Norsk senter for forskningsdata.

Resultat

Strykprosent

Strykprosenten i testgruppe (flipped) var 11.6%, der 5 av 43 studenter ikke fikk bestått på legemiddelprøven. I kontrollgruppe var strykprosenten 33.3%, der 15 av 45 studenter fikk ikke bestått. Intervensjonsgruppen som deltok i undervisningsopplegget basert på omvendt undervisning hadde 22% reduksjon i strykprosent, sammenlignet med gruppe B (kontroll) som deltok i den vanlige undervisning (Figur 1), RR 0,35 [95% CI 0,14, 0,89], (p=0,02). Til sammenligning var strykprosenten i løpet av 3 år ved begge campuser, inkludert året studien ble gjennomført 34%.

Figur 1. Antall ikke bestått (stryk) i test gruppe (flipped) (n=43) og kontrollgruppe (n=45)

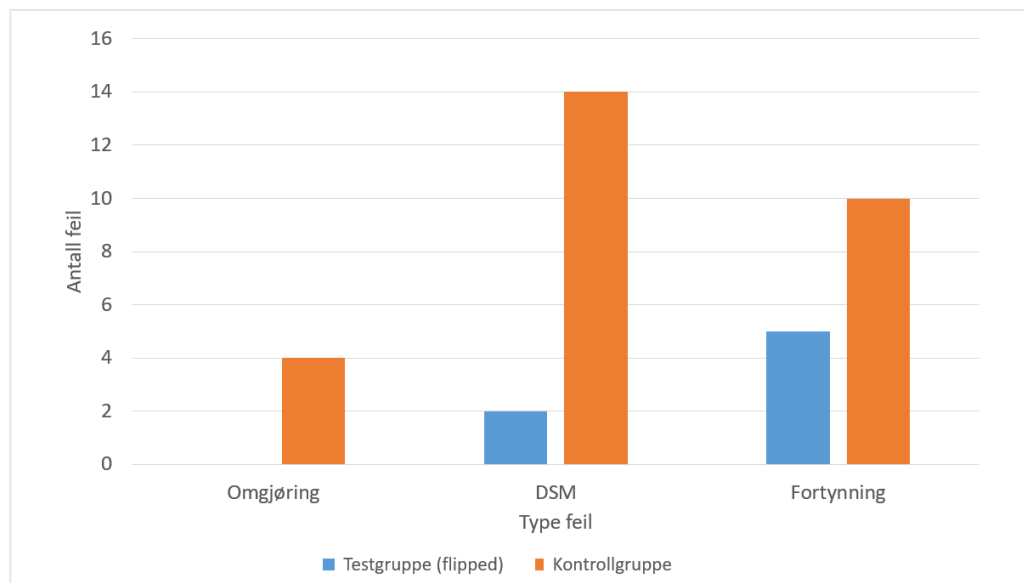


Antall og type feil

Av de fem studentene som fikk ikke bestått i test gruppe (flipped) hadde alle svart feil på oppgave 10 (fortynning). Ingen av besvarelsene inneholdt direkte regnefeil, men det endelige svaret var ikke oppgitt (mengden på fortynningen var oppgitt som svar og ikke mengden som måtte tilsettes). Kun en av de fem studentene hadde flere feil i besvarelsen. I kontrollgruppen hadde seks av 15 studenter flere feil i besvarelsen. Ti av 15 studenter hadde oppgitt feil svar på oppgave 10 (fortynning), og halvparten hadde feil i selve utregningen. I tillegg hadde flere oppgitt mengde på fortynningen som svar og ikke mengden som måtte tilsettes (som det ble spurt om).

Både i test gruppen og kontrollgruppen var det flest feil i oppgave 8, 9 og 10. Test gruppen (flipped) hadde gjennomsnittlig 1,4 feil (range 1-3) og kontrollgruppen hadde 1,9 feil (range 1-7). Etter at årsak til feil i de ulike oppgavene ble kategorisert, hadde kontrollgruppen flere feil i alle oppgavetyper og flere feil til sammen sammenlignet med test gruppen (flipped) (Figur 2).

Figur 2: Type feil og årsak til ikke bestått hos test gruppe (flipped) og kontrollgruppe. DSM: Dose, styrke, mengde



Diskusjon

Hovedfunn

I denne kvasiekperimentelle studien ble det funnet 22% reduksjon i stryk til eksamen i gruppen som fikk undervisningsopplegget basert på omvendt undervisning (test gruppen), sammenlignet med gruppen som fikk tradisjonell undervisning (kontrollgruppen). Resultatene er i samsvar med hva andre eksperimentelle studier har funnet (Anderson et al., 2017; Dehghanzadeh & Jafaraghaee, 2018; Park & Park, 2018; Tang et al., 2017), likevel er ikke alle

resultater like entydige (Beom et al., 2018; Geist, Larimore, Rawiszer, & Al Sager, 2015; Riddell et al., 2017).

Anderson et al. (2017) sammenlignet omvendt undervisning og tradisjonell undervisning i legemiddelregning. Her ble 70 studenter randomisert til enten omvendt undervisning eller tradisjonell undervisning. Gjennomsnittlige eksamensscore var signifikant høyere for omvendt undervisning sammenlignet med tradisjonell undervisning seks uker etter undervisningen. Gruppen med omvendt undervisning hadde fortsatt bedre eksamensscore et halvt år etter undervisning, men forskjellen var ikke lenger signifikant. Strykprosenten var 23% lavere hos de med omvendt undervisning, sammenlignet med tradisjonell undervisning (Anderson et al., 2017). Til sammenligning fant Geist et al. (2015), i en ikke parallell kvasiekperimentell studie (n=86), signifikante forskjeller mellom undervisningsmodellene på tre tester men ikke på den avsluttende eksamen. Det ble her brukt pre-post tester som gjør det mulig å undersøke endringer i test score i løpet av perioden, noe som også har blitt brukt i andre studier (Park & Park, 2018; Riddell et al., 2017; Tang et al., 2017).

Det er utfordrende å sammenligne de ulike studiene, både fordi studiene er ulikt gjennomført og fordi de kan mangle beskrivelse av hvordan undervisningen var. I studien til Anderson et al. (2017), deltok for eksempel studentene i en eller flere pre-class aktiviteter før de kom til klasserommet (forhånds innspilte leksjoner, leseforberedelser, individuelle og gruppe aktiviteter). Det er dermed usikkert i hvor stor grad videoleksjoner ble brukt som pre-class aktiviteter.

Videoleksjoner

Videoleksjoner er i dag en viktig del av omvendt undervisning, enten det brukes egenproduserte eller tidligere utviklede videoleksjoner. Videoleksjoner oppleves som nyttige for studentene, og de fleste studenter ser gjerne på videoleksjonene flere ganger (Tørris, 2015). I denne studien ble videoleksjonene i stor grad brukt, og det var kun en student som ikke hadde rukket å se alle videoleksjonene. Flere studenter brukte også videoleksjonene når de løste regneoppgavene i klasserommet, og lærer observerte at de diskuterte ulike aspekter i videoene med sine medstudenter (observasjonene ble gjort av lærer i klasserommet, og er ikke gjengitt i resultatdelen).

Det finnes i dag mange ulike stiler innenfor videoleksjoner, og det produseres både opptak fra ordinær klasseroms undervisning, samtaler mellom flere personer og ulike PowerPoint presentasjoner med og uten snakkende hoder. I tillegg finnes det en egen Khan-stil, der lærer kan skrive og lage frihåndstegninger ved hjelp av tegnebrett i tillegg til auditive forklaringer. Selv om ulike videoleksjoner kan bidra til økt læringsutbytte, har det blitt sett at de ulike stilene kan påvirke studentenes læring på ulikt (Chen & Wu, 2015; Guo, Kim, & Rubin, 2014; Hew & Lo, 2018). Det er også studier som bruker andre pre-class

aktiviteter enn videoleksjoner, som for eksempel lese oppgaver (Anderson et al., 2017).

For å skape et læringsrom der studentaktive klasseromsaktiviteter kan tas i bruk, ble formidling av informasjon flyttet til videoleksjonene. Studentene fikk dermed rom til å konsentrere seg om å forstå når de kommer til klasserommet. For at videoleksjonene skal kunne bidra med å skape et læringsrom der studentene kan utforske ulike tema i dybden, er det viktig at videoleksjonene er meningsfulle (Bernard, 2015). Dette innebærer blant annet at de er godt knyttet til det studentene skal lære, noe som er beskrevet i læringsutbyttebeskrivelsene. Tema og innhold i videoleksjonene som ble brukt i denne studien baserer seg på læringsutbyttebeskrivelser, noe som gjør at de blir meningsfulle. Meningsfulle tema og innhold kan ha medvirket til det gode resultatet, ettersom det var en klar sammenheng mellom innholdet i videoleksjonene og det studentene skulle lære/ble testet på under eksamen. Videoleksjonene kan her fungere som stillas-bygger, der studentene får en tematisk introduksjon i ulike oppgavetyper som de arbeider med under trygge omgivelser. Formålet er å gi studentene en grunnmur de kan bygge videre på, når de får mer avanserte oppgaver i klasserommet senere. Da fjernes stillaset, og studentene må arbeide mer på egen hånd. I tillegg til å basere tema og innhold i videoleksjonene på lærings-utbyttebeskrivelsene, ble også studenters erfaringer og ønsker fra tidligere år brukt. Denne informasjonen ble innhentet gjennom systematisk evaluerings-arbeid, der tidligere studenter besvarte spørreskjema anonymt (ikke publisert). Evaluerings-arbeidet er en del av det systematiske arbeidet for å utvikle undervisningsformer der studentaktive og digitale læringsformer kunne tas i bruk.

Videoleksjonene i denne studien var på 2-3 minutter, noe som øker studentenes engasjement ovenfor videoene. Lengden på videoleksjonene kan påvirke studenters engasjement, noe som tidligere har blitt undersøkt ved blant annet å undersøke hvor lenge studentene så på videoene (Guo et al., 2014). Her ble det funnet at korte videoer (<6 minutter) var mer engasjerende enn lange, der nær 100% av studentene så hele videoen hvis den var under seks minutter. Hvis videoen var over ni minutter var det bare halvparten av studentene som så videoen ferdig. Det å snakke raskt og entusiastisk i videoleksjonene skapte også større engasjement blant studentene (Guo et al., 2014). I denne studien var videoleksjonene i gjennomsnitt under tre minutter, mens det i andre studier brukes lengre videoleksjoner (20 minutter) (Riddell et al., 2017). Likevel er det overaskende få studier som beskriver videoleksjoner og andre pre-class aktiviteter som blir brukt i studiene (Anderson et al., 2017; Park & Park, 2018). Selv om flere anbefaler å bruke korte videoleksjoner (Brame; Guo et al., 2014), er det noen som ønsker lengre leksjoner og nylig ble studenters ønske om lengre videoleksjoner beskrevet (Zimmerman, 2019).

I denne studien omhandlet videoleksjonene teori knyttet til tema i legemiddelregning, der tema ble valgt ut fra tidligere studentenes ønsker/behov og læringsutbyttebeskrivelsen i emnet. Bruk av videoleksjoner er en god måte å presentere fagstoff på. Videoleksjoner gir studentene ubegrenset tilgang til fagstoffet der studentene kan spole tilbake, stoppe opp, tenke, og se hele eller deler av videoleksjonen flere ganger. Videoleksjoner tilpasses dermed lettere til den enkelte students læringskurve. Studentene kan se videoleksjonene i sitt eget tempo, og oppleves dermed ofte som en mer fleksibel måte å lære på sammenlignet med tradisjonell undervisning. Videoleksjoner har blitt funnet like effektive som forberedelser til medisinsk eksamen som forelesning (Brockfeld, Muller, & de Laffolie, 2018), men resultatene fra studien baserte seg på frivillig deltagelse slik at utvalgsbias ikke kan utelukkes. Tilsvarende resultater har også blitt funnet i en annen studie som sammenlignet videoleksjoner og forelesning i anatomi undervisning (White, McGowan, & McDonald, 2019), der studentene som så videoleksjonene gjentatte ganger fikk høyere karakter sammenlignet med de som ikke gjorde det.

I klasserommet

Ved omvendt undervisning skal det som foregår i klasserommet (in class activity) primært være studentaktive klasseromsaktiviteter, noe som stiller høye krav til god planlegging.

I denne studien er de studentaktive klasseromsaktivitetene basert på Just-in-Time Teaching og Peer Instruction. Undervisningsøkten startet med en kort introduksjon fra lærer der det ble informert om strukturen for dagen, og studentene ga muntlig tilbakemelding om hva som var utfordrende etter at de hadde sett på videoleksjonene. Ved å bruke Just-in-Time Teaching fikk lærer mulighet til å forklare hovedutfordringer og oppklare misforståelser etter at studentene hadde sett videoleksjonene. Lærer fikk samtidig informasjon om hvor forberedte studentene var (uten å bruke tester), og kunne lettere tilpasse undervisning/veiledning til studentenes faktiske kunnskapsnivå og erfaringer. Andre studier, slik som Anderson et al. (2017), kontrollerte studentenes forberedthet ved å bruke tester før klasseromsaktivitetene.

I testgruppen ble det i denne studien brukt en modifisert utgave av Peer Instruction. Ettersom studentene allerede hadde sett presentasjonene (videoleksjoner) før de kom i klasserommet, gikk studentene direkte til å løse oppgaver. Deretter ble løsningsforslag diskutert med medstudent (sin peer). Først når lærer var sikker på at alle hadde løst og diskutert oppgaven med medstudent ble oppgavene gjennomgått på tavla tematisk der 3-5 oppgaver ble gjennomgått samtidig. Gjennomgang på tavla ble gjort for å gjøre undervisningen mer fleksibel og som et forsøk på å tilpasse undervisningen til den enkelte student ettersom de arbeider i ulikt tempo. Denne tematiske gjennomgangen av løsninger er ikke slik Peer Instruction tidligere er beskrevet,

der ulike ideer og løsninger diskuteres fortløpende og studentene introduseres for et og et spørsmål som så diskuteres med sine medstudenter (peers) (Crouch & Mazur, 2001; Knight & Brame, 2018). Viktige aspekter med Peer Instruction ble likevel beholdt, ved at studentene diskuterte sine ideer og løsninger med sine medstudenter (peers) (Crouch & Mazur, 2001; Knight & Brame, 2018). Et viktig aspekt her er å presentere oppgaver som er utfordrende nok for studentene, for å lage større rom for diskusjon (Knight, Wise, & Southard, 2013; Zingaro & Porter, 2014). I denne studien var oppgavesettet som ble delt ut spesialtilpasset ut ifra hva studentene skulle lære (læringsutbyttebeskrivelsene) og tidligere eksamensoppgaver.

I kontrollgruppen ble det kun lagt vekt på å løse oppgaver, ikke det at studentene skulle diskutere løsningsforslagene med hverandre. Det var også fortrinnsvis de oppgavene som flere syntes var utfordrende som ble gjennomgått på tavla, noe som kan ha medført at viktige spørsmål og diskusjoner ikke fikk plass. Selve kraften i Peer Instruction ligger i å bruke de andre studentenes formidling av vanskelige fagstoff til hverandre. Det er sett at studenter som deltar i Peer Instruction i tillegg til tradisjonell undervisning skårer bedre på testene, sammenlignet med de som kun fikk tradisjonell undervisning (Pålsson, Mårtensson, Swenne, Ådel, & Engström, 2017). Likevel er det ikke sikkert at det er kun diskusjonen mellom studentene som påvirker studentenes prestasjoner. En tidligere studie fant at diskusjonen ledet av lærer i tillegg til peer diskusjon mellom studentene økte studentenes prestasjon mer enn peer diskusjon alene (Zingaro & Porter, 2014). I denne studien satt studentene stor pris på lærers diskusjon av løsninger i plenum sammen med studentene, etter at studentene hadde diskutert løsningene seg imellom. Det at studentene har diskutert løsningene med hverandre, gjør at studentene allerede er engasjerte i undervisningen og de blir dermed delaktig i undervisningen. Økt engasjement bidrar til økt studentinvolvering, som igjen kan bidra til økt læringsutbytte og forbedret eksamensresultat (Freeman et al., 2014). I forelesning derimot, vil spørsmål som stilles av lærer ofte engasjere kun de motiverte studentene.

Det at diskusjon ble vektlagt i gruppen som fikk omvendt undervisning, kan ha medvirket til at de fikk redusert sin strykeprosent med 22% sammenlignet med gruppen som fikk tradisjonell undervisning (kontroll). I et sosiokulturelt læringssyn foregår læring ved bruk av språk og deltagelse i sosial praksis, og danner grunnlag for at læring skjer i aktive prosesser gjennom samhandling mellom studenter og mellom student-lærer. Et slikt perspektiv på læring har sitt opphav fra den russiske psykologen Lev Vygotsky (1896-1934) (Imsen, 2009). Læreren blir dermed en medierende hjelper i en undervisning som skal løpe rett foran studentens utvikling. Undervisningen forserer dermed ikke studentens naturlige utvikling, men støtter seg på den. Studenten vil da oppleve mestring, glede, økt selvtillit, motivasjon og trivsel (Imsen, 2009). Dette forutsetter at

undervisningen er tilpasset den enkelte student, noe som kan være enklere å få til i omvendt undervisning sammenlignet med tradisjonell undervisning. Flere studenter synes også at omvendt undervisning er en hyggelig opplevelse, sammenlignet med tradisjonell forelesning (Mortensen & Nicholson, 2015).

Styrker og svakheter

Denne studien inkluderer 88 studenter, noe som er tilsvarende internasjonale studier. Det er også en styrke at strykprosenten i denne studien er sammenlignet med strykprosent de siste tre år. De største svakhetene ved denne studien er at deltagerne ikke er randomisert, at antall deltagere er noe begrenset og at det ikke er samlet inn informasjon om mulige konfunderende faktorer. En kan derfor ikke se bort fra at ulikheter i for eksempel forkunnskaper kan ha påvirket resultatet. Likevel er deltagerne i studien inkludert på bakgrunn av at de var i tilsvarende grupper. Både testgruppen og kontrollgruppen hadde like læringsutbyttebeskrivelser, undervisningen foregikk samtidig og de var oppe til den samme eksamen. Studentene som deltok i studien er også erfaringsmessig tilsvarende i alder og kjønnsandel. Testgruppen og kontrollgruppen var dermed så like som mulig ved inkluderingstidspunktet, og ble bortsett fra intervensjonen behandlet så likt som mulig. Studentene gikk også på ulike campus, slik at intervensjonen ikke «smittet» over på kontrollgruppen. Likevel kan studenter har delt studiemateriale med hverandre, selv om denne muligheten anses liten ettersom studentene ikke møttes naturlig i studiesammenheng. I tillegg ble videoleksjonene kun delt med studentene i test gruppen som lenker i et PDF-dokument, og ikke lagt åpent ut på studentenes læringsplattform. Det at vurderingsprotokoller og eksamensbesvarelser er brukt, gjør at datamaterialet er av god kvalitet. Det er dermed ingen usikkerhet i forhold til rapportering av strykprosent.

Konklusjon

I denne studien ga undervisningsopplegg med omvendt undervisning bedre resultater sammenlignet med tradisjonell undervisning. Omvendt undervisning ga bedre læringsutbytte og redusert strykprosent i legemiddelregning, sammenlignet med tradisjonell undervisning. Denne studien viser at omvendt undervisning kan være et godt bidrag for å øke læringsutbytte og få ned strykprosenten. Selv om betydningen av studentaktive læringsformer vektlegges både politisk og faglig, er det likevel mangel på forskning som sier noe om studentenes læringsutbytte ved bruk av omvendt undervisning. Det er derfor viktig at flere eksperimentelle studier gjennomføres på dette området.

Litteratur

Anderson, H. G., Jr., Frazier, L., Anderson, S. L., Stanton, R., Gillette, C., Broedel-Zaugg, K., & Yingling, K. (2017). Comparison of Pharma-

- ceutical Calculations Learning Outcomes Achieved Within a Traditional Lecture or Flipped Classroom Andragogy. *Am J Pharm Educ*, 81(4), 70. doi:10.5688/ajpe81470
- Beom, J. H., Kim, J. H., Chung, H. S., Kim, S. M., Ko, D. R., & Cho, J. (2018). Flipped-classroom training in advanced cardiopulmonary life support. *PLoS One*, 13(9), e0203114. doi:10.1371/journal.pone.0203114
- Bernard, J. S. (2015). The Flipped Classroom: Fertile Ground for Nursing Education Research. *Int J Nurs Educ Scholarsh*, 12. doi:10.1515/ijnes-2015-0005
- Brame, C. J. Effective Educational Videos: Principles and Guidelines for Maximizing Student Learning from Video Content. *CBE Life Sci Educ*, 15(4). doi:10.1187/cbe.16-03-0125
- Brockfeld, T., Muller, B., & de Laffolie, J. (2018). Video versus live lecture courses: a comparative evaluation of lecture types and results. *Med Educ Online*, 23(1), 1555434. doi:10.1080/10872981.2018.1555434
- Chen, C.-M., & Wu, C.-H. (2015). Effects of different video lecture types on sustained attention, emotion, cognitive load, and learning performance. *Computers & Education*, 80, 108-121. doi:10.1016/j.compedu.2014.08.015
- Crouch, C. H., & Mazur, E. (2001). Peer Instruction: Ten years of experience and results. *Am. J. Phys.*, 69(9), 970-977.
- Dehghanzadeh, S., & Jafaraghaee, F. (2018). Comparing the effects of traditional lecture and flipped classroom on nursing students' critical thinking disposition: A quasi-experimental study. *Nurse Educ Today*, 71, 151-156. doi:10.1016/j.nedt.2018.09.027
- Freeman, S., Eddy, S. L., McDonough, M., Smith, M. K., Okoroafor, N., Jordt, H., & Wenderoth, M. P. (2014). Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 111(23), 8410-8415. doi:10.1073/pnas.1319030111
- Geist, M., Larimore, D., Rawiszer, H., & Al Sager, A. (2015). Flipped Versus Traditional Instruction and Achievement in a Baccalaureate Nursing Pharmacology Course. *Nursing Education Perspectives*, 36(2), 114-115.
- Gillette, C., Rudolph, M., Kimble, C., Rockich-Winston, N., Smith, L., & Broedel-Zaugg, K. (2018). A Meta-Analysis of Outcomes Comparing Flipped Classroom and Lecture. *Am J Pharm Educ*, 82(5), 6898. doi:10.5688/ajpe6898
- Guo, P., Kim, J., & Rubin, R. (2014). How video production affects student engagement: an empirical study of MOOC videos (pp. 41-50).
- Hamdam, N., McKnight, P., McKnight, K., & Arfstrom, K. M. (2014). The flipped learning model: a white paper based on the literature review titled: a review of flipped learning. Retrieved from http://researchnetwork.pearson.com/wp-content/uploads/WhitePaper_FlippedLearning.pdf
- Hew, K. F., & Lo, C. K. (2018). Flipped classroom improves student learning in health professions education: a meta-analysis. *BMC Med Educ*, 18(1), 38. doi:10.1186/s12909-018-1144-z

- Imsen, G. (2009). *Lærerens verden: innføring i generell didaktikk*. Oslo: Universitetsforl.
- Knight, J. K., & Brame, C. J. (2018). Peer Instruction. *CBE Life Sci Educ*, 17(2), fe5. doi:10.1187/cbe.18-02-0025
- Knight, J. K., Wise, S. B., & Southard, K. M. (2013). Understanding clicker discussions: student reasoning and the impact of instructional cues. *CBE Life Sci Educ*, 12(4), 645-654. doi:10.1187/cbe.13-05-0090
- Lage, M., Platt, G., & Treglia, M. (2000). Inverting the Classroom: A Gateway to Creating an Inclusive Learning Environment. *The Journal of Economic Education*, 31(1), 30-43. doi:10.1080/00220480009596759
- Meld. St. nr. 16 (2016-2017). *Kultur for kvalitet i høyere utdanning*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Mortensen, C. J., & Nicholson, A. M. (2015). The flipped classroom stimulates greater learning and is a modern 21st century approach to teaching today's undergraduates. *J Anim Sci*, 93(7), 3722-3731. doi:10.2527/jas.2015-9087
- Novak, G. M. (2011). Just-in-Time Teaching. *New Directions for Teaching and Learning*(128), 63-73. doi:10.1002/tl.469
- Park, E. O., & Park, J. H. (2018). Quasi-experimental study on the effectiveness of a flipped classroom for teaching adult health nursing. *Jpn J Nurs Sci*, 15(2), 125-134. doi:10.1111/jjns.12176
- Pålsson, Y., Mårtensson, G., Swenne, C. L., Ädel, E., & Engström, M. (2017). A peer learning intervention for nursing students in clinical practice education: A quasi-experimental study. *Nurse Educ Today*, 51, 81-87. doi:10.1016/j.nedt.2017.01.011
- Riddell, J., Jhun, P., Fung, C. C., Comes, J., Sawtelle, S., Tabatabai, R., . . . Swadron, S. P. (2017). Does the Flipped Classroom Improve Learning in Graduate Medical Education? *J Grad Med Educ*, 9(4), 491-496. doi:10.4300/jgme-d-16-00817.1
- Schuller, M. C., DaRosa, D. A., & Crandall, M. L. (2015). Using just-in-time teaching and peer instruction in a residency program's core curriculum: enhancing satisfaction, engagement, and retention. *Acad Med*, 90(3), 384-391. doi:10.1097/acm.0000000000000578
- Tang, F., Chen, C., Zhu, Y., Zuo, C., Zhong, Y., Wang, N., . . . Liang, D. (2017). Comparison between flipped classroom and lecture-based classroom in ophthalmology clerkship. *Med Educ Online*, 22(1), 1395679. doi:10.1080/10872981.2017.1395679
- Tørris, C. (2015). Studenters erfaringer med Flipped Classroom i en helsefagutdanning. *Nordisk Tidsskrift for helseforskning*, 11, 189-199.
- White, L. J., McGowan, H. W., & McDonald, A. C. (2019). The Effect of Content Delivery Style on Student Performance in Anatomy. *Anat Sci Educ*, 12(1), 43-51. doi:10.1002/ase.1787
- Zimmerman, W. A. (2019). Long Video Lectures: Shifting to an Adult Learning Perspective.(Reflections). *Adult Learning*, 30(1), 38. doi:10.1177/1045159518797983

Zingaro, D., & Porter, L. (2014). Peer Instruction in computing: The value of instructor intervention. *Computers & Education*, 71(C), 87-96.
doi:10.1016/j.compedu.2013.09.015

Hand- och benstyrka vid post intensivvårdavdelning (IVA)-mottagning, -en retrospektiv studie

Sara Eliasson, Michael Wanecek, Tomas Block

Sara Eliasson, leg fysioterapeut Capio S:t Görans sjukhus, Medicinkliniken och intensivvårdsavdelningen, sara.eliasson@capiostgoran.se,

Michael Wanecek, MD, PhD, sektionschef anestesi kliniken Capio S:t Görans sjukhus, michael.wanecek@capiostgoran.se

Tomas Block, MD, PhD, överläkare anestesi kliniken Capio S:t Görans sjukhus, tomas.block@capiostgoran.se

Abstract

Strength in hand and legs at intensive care unit (ICU) follow up-reception: a retrospective study

Early mobilization is well established in intensive care and includes sitting, standing and walking and thereby lower extremity activation. Equivalent strategy for upper extremity activation is lacking, therefore, there might be a higher degree of remaining disability in the hand/arm. This retrospective study aimed to describe the strength in hand and legs, and the relationship therebetween, at an intensive care unit (ICU) follow up-reception. Hand dynamometer and Timed-Stands Test (TST) were measured and correlated to illness severity by Simplified Acute Physiology Score III (SAPS3). Data from 47 participants was compared to matched control values. The hand strength was lower ($p=0,028$) with low effect ($r=-0,2$), of clinical relevance as it may affect the ability in activities of daily living (ADL). There were no significant differences for strength in the legs, correlation between strength and illness severity and for comparison of strength divided by illness severity. Larger studies are recommended.

Keyword/Nyckelord

*ICU follow up-reception; hand; leg; strength
postIVA-mottagning; handstyrka; benstyrka*

Referee*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4849>



© 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.

Introduktion

Intensivvård innebär vård i sjukhusmiljö av patienter med sviktande vitala funktioner, såsom andning, cirkulation eller sänkt medvetande. På en intensivvårdsavdelning (IVA) är personaltätheten hög och patienterna har mer övervakning än på en vanlig vårdavdelning. Det är för patienten en krävande miljö att vårdas i (Svenska intensivvårdsregistret, 2018). För att en avdelning skall kallas för IVA krävs bland annat att intensivvården skall kunna pågå dygnet runt, ha en hög medicinsk och teknisk kompetens och att vårdteamet skall arbeta multidisciplinärt (Svensk förening för anestesi och intensivvård, 2015). Historiskt sett har patienter inom intensivvård varit nedsövda då det ansågs att riskerna med att hålla patienterna vakna var för stora (Gosselink, Bott, Johnson, Dean, Nava, Norrenberg, Schönhofer, Stiller, van de Leur, & Vincent, 2008). Patienter som vårdas inom intensivvård riskerar att drabbas av effekter av immobilisering, bland annat så kallad critical illness polyneuropati (CIP) och critical illness myopati (CIM), vilket kan leda till försvagad muskulatur med påföljd ökad morbiditet och mortalitet (Koukourikos, Tsaloglidou, & Kourkouta, 2014). Påverkan på muskulaturen visar sig genom nedsatt styrka i andningsmuskulatur och extremiteter (Latronico & Bolton, 2011). Appleton, Kinsella och Quasim (2015) fann vid en systematisk litteraturgenomgång att incidensen för CIP/CIM var 40% bland patienter som vårdas/vårdats inom intensivvård. Rådande regim numer är dock att patienterna under större delen av vårdtiden bör hållas så vakna med så lite sedering, det vill säga lugnande medicinering, som möjligt bland annat för att underlätta så kallad tidig mobilisering då detta visat sig ha stora vinster för patienten (Devlin, Skrobik, Gélinas, Needham, Slooter, Pandharipande, Watson, Weinhouse, Nunnally, Rochweg, Balas, van den Boogaard, Bosma, Brummel, Chanques, Denehy, Drouot, Fraser, Harris, Joffe, Kho, Kress, Lanphere, McKinley, Neufeld, Pisani, Payen, Pun, Puntillo, Riker, Robinson, Shehabi, Szumita, Winkelman, Centofanti, Price, Nikayin, Misak, Flood, Kiedrowski, & Alhazzani, 2018). För att motverka riskerna med immobilisering bör patienten få stöd med tidig mobilisering, en aktivering som bör ske inom de första dygnet efter att patienten har skrivits in på IVA (Paton, Lane, & Hodgson, 2018). Det skall dock nämnas att tydliga effekter av tidig mobilisering av kritiskt sjuka patienter på IVA har ifrågasatts i en systematisk litteraturgenomgång, på grund av att tillgängliga studier för detta hade få deltagare, avsaknad av blindade deltagare i studier, varierade interventioner och mätmetoder samt ofullständig beskrivning av given intervention (Doiron, Hoffmann, & Beller, 2018).

Det skall också nämnas att intensivvård även kan ge negativa psykologiska effekter, såsom ångest, depression och posttraumatiskt stressyndrom (Hatch, Young, Barber, Griffiths, Harrison, & Watkinson, 2018). I en studie

konstaterades att psykologiska problem efter intensivvård är vanligare hos kvinnor än hos män (Schandl, Bottai, Hellgren, Sundin, & Sackey, 2012).

Centrala begrepp

Fysioterapi på IVA och tidig mobilisering

Fysioterapi på IVA innebär bland annat fysioterapeutiska insatser inom andningsvård (lägesändring för sekretmobilisering, hyperinflation, rengöring av luftvägar) vilket när de utförts i ett tvärprofessionellt team har minskat mortaliteten hos intensivvårdspatienter (Pozuelo-Carrascosa, Torres-Costoso, Alvarez-Bueno, Cavero-Redondo, López Muñoz, & Martínez-Vizcaíno, 2018). Fysioterapi på IVA innebär också delaktighet i tidig mobilisering, vilket inte har en entydig definition utan kan innebära både passiva och aktiva aktiviteter. I riktlinjer för tidig mobilisering inom intensivvård i Sverige definieras tidig mobilisering som en aktivitet där patienten medverkar själv eller mobiliseras ur sängen. Detta bör ske progressivt, så snart det medicinska tillståndet tillåter, eller om/när det inte föreligger andra restriktioner (Fysioterapeuterna, 2015). I en australiensisk studie rekommenderas tidig mobilisering, vilken bör utföras av ett tvärprofessionellt team, där fysioterapeut diskuterar eventuella säkerhetsåtgärder med ansvarig läkare. Mobiliseringen kan vara passiv, exempelvis användning av sängcykel för rörelseuttag i nedre extremitet. Den kan också vara aktiv, där målet är så hög delaktighet som möjligt hos patienten samt belastning av benen (Green, Marzano, Leditschke, Mitchell, & Bissett, 2016). I en metaanalys konstaterades att mobilisering och rehabilitering inom intensivvård förefaller vara en säker behandling (Nydahl, Sricharoenchai, Chandra, Kundt, Huang, Fischill, & Needham, 2017). Patienter som vårdas i respirator har visat sig kunna aktiveras och mobiliseras utan att orsaka ofrivillig extubering (Bailey, Thomsen, Spuhler, Blair, Jewkes, Bezdjian, Veale, Rodriquez, & Hopkins, 2007).

Funktionsnedsättning

Funktionsnedsättning definieras av Socialstyrelsen som en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga (Socialstyrelsen, 2019). Inom fysioterapi är funktion ett brett begrepp som avser en människas uppfattning om sin kropp, andning, rörelseförmåga, till delaktighet i aktivitet, arbetsliv och samhälle. Utgångspunkten inom fysioterapi är kroppen, där synen på kroppen avser upplevelse av kroppen och dess funktioner och förutsättning för rörelse inom sin miljö. Målgrupper för fysioterapi är människor med funktionsnedsättningar inom ett flertal områden, såsom rörelse- och stödjeorganen, människor med smärt-problematik, kardiovaskulära sjukdomar och lungsjukdomar (Fysioterapeuterna, 2017).

Samband mellan muskelstyrka och funktion

Det finns ett samband mellan nedsatt handstyrka och ökad mortalitet, förlängd sjukhusvistelse, nedsatt fysisk funktionsförmåga såsom nedsatt självständighet i aktiviteter i dagliga livet (ADL) (Bohannon, 2015) samt depression (Fukumori, Yamamoto, Takegami, Yamazaki, Onishi, Sekiguchi, Otani, Konno, Kikuchi, & Fukuhara, 2015). Handstyrka kan användas som instrument för att förutse IVA-mortalitet (Mohamed-Hussein, Makhlof, Selim, & Gamaleldin Saleh, 2018). Det finns ett samband mellan handstyrka och styrka i övre extremitet hos strokepatienter (Ekstrand, Lexell, & Brogårdh, 2016). Sambandet mellan handstyrka och prestation har studerats. I en studie av basketspelare (Kinnunen, Colon, Espinoza, Overby, & Lewis, 2001) och i en studie av basebollspelare (Pugh, Kovaleski, Heitman, & Pearsall, 2001) sågs ett samband mellan god handstyrka och god prestationsförmåga i kast.

Svaghet i nedre extremitet har i en studie inom slutenvård konstaterats vara en av de faktorer som kan förutsäga fallolyckor hos äldre personer (Chu, Pei, Chiu, Liu, Chu, & Wong, 1999), mätning genom funktionstest för nedre extremitet kan användas som prediktor för funktionsnedsättning bland äldre personer (Wang, Yeh, & Hu, 2011).

Vårddata för intensivvård

I datasystemet Pas-IVA insamlas data för kvalitetsindikatorer inom intensivvård från 61 av Sveriges 84 intensivvårdsavdelningar (Pasiva, u.å.). Kvalitetsindikatorerna redovisas av Svenska intensivvårdsregistret (SIR). I SIR registreras även Simplified Acute Physiology Score III (SAPS3). Värdet för SAPS3 beräknas fram och beskriver patientens förväntade dödlighet, ju högre poäng desto större risk att dö. Underlag för beräkningen är en rad parametrar såsom ålder, komorbiditet, omständigheter som leder till inskrivning till intensivvård och fysiologiska störningar en timme före och efter inskrivning till IVA. Konsensus saknas i Sverige avseende brytvärde för hög och låg mortalitet kopplat till SAPS3-värde men i en tysk prospektiv studie av 1851 patienter konstaterades att sjukhusmortaliteten bland patienter med SAPS3-värde ≤ 40 var $< 3\%$, för SAPS3-värde 40-60 var sjukhusmortaliteten 10% och vid SAPS3-värde > 80 var sjukhusmortaliteten 70% (Sakr, Krauss, Amaral, Réa-Neto, Specht, Reinhart, & Marx, 2008). Schandl, Bottai, Holdar, Hellgren, och Sackey (2014) visade att medelvärdet för SAPS3 var 59 för personer med nytillkommen kvarstående funktionsnedsättning två månader efter utskrivning från IVA. För personer utan nytillkommen funktionsnedsättning var SAPS3-värdet 51.

Post IVA-mottagning

Syftet med uppföljning efter intensivvård vid en post IVA-mottagning, enligt Riksföreningen för anestesi och intensivvård, är att tidigt identifiera problem och initiera åtgärder för snabbare återhämtning och uppnå bästa möjliga hälsa och

livskvalitet, då det visat sig att många intensivvårdspatienter lider av fysiska, psykiska och kognitiva problem i efterförloppet. Uppföljningen skall ske i team där fysiska test bör utföras av fysioterapeut. Vilka fysioterapeutiska tester som utförs varierar, men test av handstyrka och fysisk funktion beskrivs (Riksföreningen för anestesi och intensivvård, 2017). I en systematisk litteraturgenomgång konstaterades att det är osäkert om uppföljning efter intensivvård har någon påverkan på bland annat livskvalitet och fysisk funktion, där fysisk funktion studerades genom patientformulär (Schofield-Robinson, Lewis, Smith, McPeake, & Alderson, 2018). Vid en uppföljning två år efter intensivvård konstaterades att patienter uppgav nedsatt livskvalitet i form av ångest och depression och patienterna beskrev att det hade varit fördelaktigt med uppföljning efter intensivvården (Farley, Eastwood, & Bellomo, 2016). I en beskrivande studie av en multidisciplinär postIVA-mottagning konstaterades att uppföljningen kunde bidra till att identifiera obehandlade psykologiska och fysiska nedsättningar (Schandl, Brattström, Svensson-Raskh, Hellgren, Falkenhav, & Sackey, 2011). Schandl et al. (2014) studerade riskfaktorer för kvarstående nytillkommen funktionsnedsättning två månader efter utskrivning från IVA och fann att största riskfaktorn var låg utbildningsnivå, följt av nedsatt bålstabilitet, frakturer och fler än två dygn på IVA.

Tidigare forskning

I en studie konstaterades att av patienter som vårdats tre dagar eller mer inom intensivvård hade mindre än 1/3 återfått tidigare fysisk funktion sex månader efter utskrivning, där fysisk funktion avsåg förmåga att gå 10 trappsteg och att vara självständig vid toalettbesök (Detsky, Harhay, Bayard, Delman, Buehler, Kent, Ciuffetelli, Cooney, Gabler, Ratcliffe, Mikkelsen, & Halpern, 2017). Personer med nedsatt muskelfunktion innan tiden för intensivvård har konstaterats löpa större risk för funktionsnedsättning sex månader efter utskrivning från intensivvård, då funktionsnedsättning mättes genom självständighet i ADL (Ferrante, Pisani, Murphy, Gahbauer, Leo-Summers, & Gill, 2018). Det fanns en hög grad av funktionsnedsättning i axlar hos patienter sex månader efter intensivvård (Gustafson, Rowland, Watkinson, McKechnie, & Igo, 2018). Vid uppföljning tre och sex månader efter utskrivning från IVA hade personer ≥ 80 år, jämfört med personer 60 - 79 år, en signifikant lägre handstyrka, båda gruppernas handstyrka var lägre än referensvärden (Dietrich, Cardoso, Vargas, Sanchez, Dutra, Moreira, Bessel, Robinson, Falavigna, & Teixeira, 2017). Vid mätning tre månader efter intensivvård konstaterades att 11 av 61 patienter hade pågående fysioterapikontakt. Hos övriga patienter, som inte hade en pågående fysioterapikontakt, noterades dock nedsatt fysisk funktion hos 40 av 50 patienter, jämfört med självrapporterad fysisk funktion innan tiden för intensivvård (Schandl et al., 2011). Två månader efter utskrivning från IVA angav 47% av patienterna i en studie en nytillkommen funktionsnedsättning i form av nedsatt självständighet vid ADL eller sjukskrivning på grund av fysiska

besvär (Schandl, et al., 2014). Vid uppföljning ett år efter intensivvård hade 54% av patienterna i en studie kvarstående begränsningar i dagliga aktiviteter såsom promenader (van der Schaaf, Beelen, Dongelmans, Vroom, & Nollet, 2009).

Forskningsfråga

Genom arbetssättet tidig mobilisering finns en tydlig strategi för att patienten skall få en aktivering/träning av funktionell styrka i nedre extremitet, men motsvarande strategi för aktivering av övre extremitet saknas. Det saknas idag kunskap om det finns en diskrepans mellan hand- och benstyrka en tid efter intensivvård då tidigare studier i ämnet, det vill säga förhållandet mellan hand- och benstyrka vid post IVA-mottagning, så vitt vi vet inte har genomförts tidigare.

Syfte och frågeställningar

Syftet med föreliggande studie var att beskriva hand- och benstyrka, och förhållandet däremellan, vid ett första besök vid en postIVA-mottagning på ett svenskt sjukhus. Syftet uppnåddes genom att svara på följande frågeställningar:

Finns det någon skillnad i handstyrka, mätt i höger hand, respektive i benstyrka, jämfört med matchade kontrollvärden vid ett första besök på postIVA-mottagning?

Hur är förhållandet mellan hand- och benstyrka vid ett första besök på postIVA-mottagning, det vill säga befinner sig värde för benstyrka närmare matchade kontrollvärden än värde för handstyrka, mätt i höger hand?

Finns det ett samband mellan svårighetsgrad av sjukdom under intensivvårdstiden och svagare styrka i höger hand, respektive svagare benstyrka, jämfört med matchade kontrollvärden vid ett första besök på postIVA-mottagning?

Finns det någon skillnad i hand- och benstyrka mellan de som under intensivvårdstiden klassificerats som svårt sjuka, jämfört med övriga, vid ett första besök på postIVA-mottagning?

Design och metod

Föreliggande studie bearbetades enligt kvantitativ metod genom en retrospektiv studiedesign i form av en fall-kontrollstudie. Motsvarande studier till föreliggande saknas, men i en studie av Schandl et al. (2011) av patienter vid postIVA-mottagning, där bland annat hand- och benstyrka studerades, var antal forskningspersoner som studerades avseende fysioterapeutiska tester 26 stycken. Antal önskade mätningar till föreliggande pilotstudie sattes till 30 stycken.

Sjukhusets IVA

Sjukhuset som studien utfördes på är ett svenskt akutsjukhus för vuxna med en blandad medicin- och kirurgintensivvårdsavdelning. För 2017 rapporterade sjukhuset in 545 vårdtillfällen till SIR, totalt för Sverige inrapporterades 45 433 vårdtillfällen. Medelvärde för riket var 527 vårdtillfällen, varav 41% var kvinnor och 59% var män. Mortaliteten på sjukhusets IVA var under 2017 11,7%, medelvärde för riket var 7,63% (Svenska intensivvårdsregistret, u.å.). Medelvårdtiden på sjukhusets IVA var under 2017 3,2 dygn. För 2017 var SAPS3 i genomsnitt 55,6 för Sverige, motsvarande siffra för undersökt sjukhus var 60,0 (Svenska intensivvårdsregistret, u.å.).

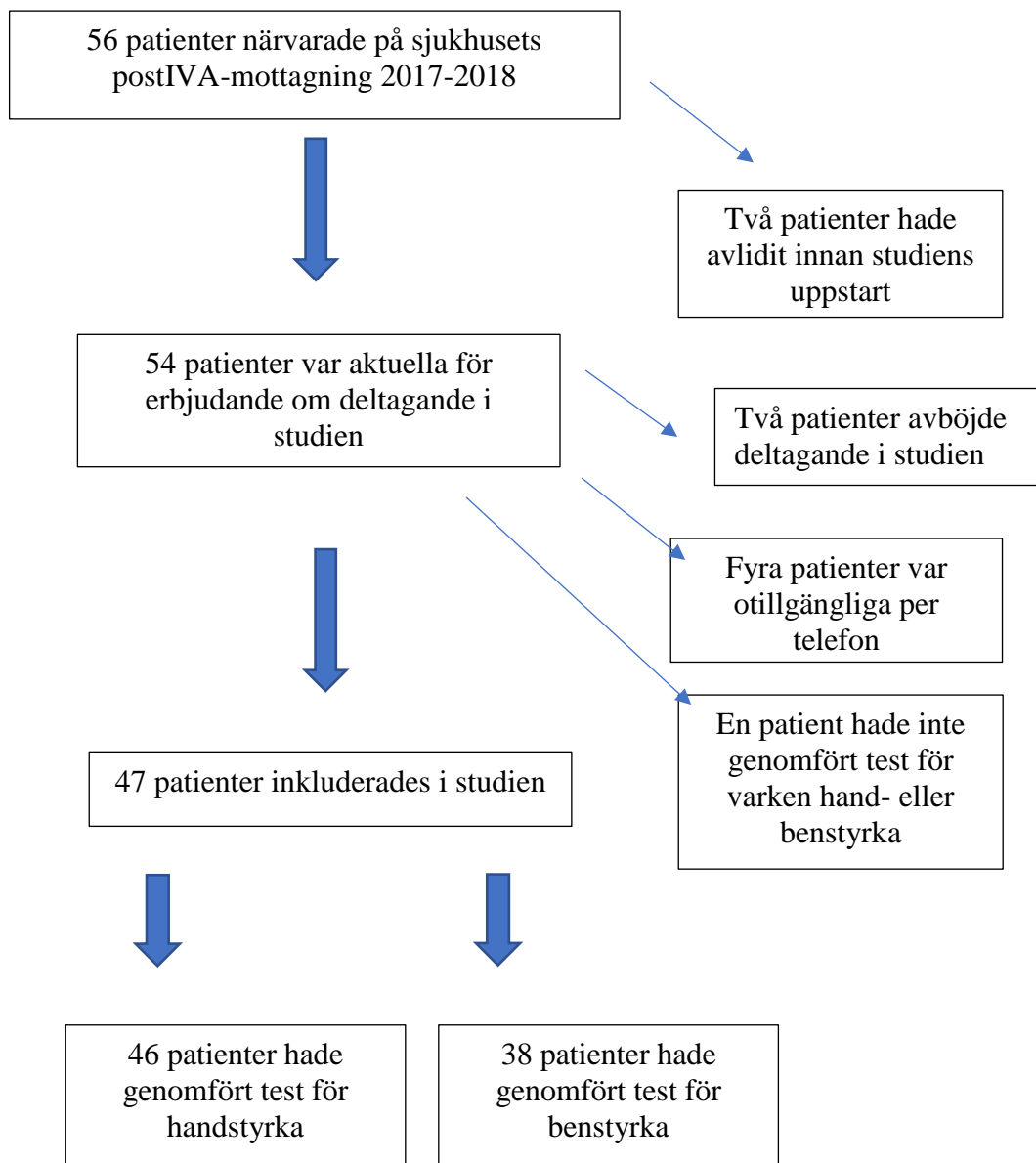
Forskningspersoner

Patienter som vårdats på undersökt sjukhus IVA i tre dygn eller mer blir aktuella för att kallas till sjukhusets postIVA-mottagning tre månader efter utskrivning från IVA. Patienter som inte erbjuds återbesök på sjukhusets postIVA-mottagning är patienter som vårdats för delirium tremens, har en sedan tidigare uttalad psykisk sjukdom eller missbruksproblematik eller har en komorbiditet som omöjliggör att besöka mottagningen. Patienter som varit på ett första besök på postIVA-mottagning under 1/1 2017-31/12 2018 på sjukhuset kontaktades för informerat samtycke till studien.

Inklusionskriterier i aktuell studie var att forskningspersonerna skall ha varit på ett första besök på postIVA-mottagning på undersökt sjukhus under perioden 1/1 2017 – 31/12 2018 och givit sitt medgivande för användning av data till studien. Exklusionskriterier i föreliggande studie var att forskningspersonerna inte hade genomfört test för varken hand- eller benstyrka vid sjukhusets postIVA-mottagning. Forskningspersoner som avlidit exkluderades.

Under 1/1 2017 – 31/12 2018 var 56 patienter på ett första besök på undersökt sjukhus postIVA-mottagning, varav 54 patienter erbjöds deltagande i studien, se figur 1.

Figur 1. Flödesschema för rekrytering av forskningspersoner



Datainsamling och mätinstrument

För övre extremitet studerades handstyrka mätt i kilogram (kg) i höger hand med hjälp av Saehan Hydraulic Hand Dynamometer (Saehan Medical, u.å.). Patienterna instruerades att i sittande position sätta armbågen in till kroppen, hålla armbåge i 90 graders vinkel, handled i neutral position och krama så hårt de kunde runt handtaget med växelvis höger och vänster hand. Tre försök tilläts per hand, högsta värdet noterades i journalen. Data från mätningarna jämfördes med kontrollvärden för friska individer, matchade för kön och ålder (Bohannon, Peolsson, Massy-Westropp, Desrosiers, & Bear-Lehman, 2006). Mätning med

handdynamometer har vid test visat sig ha god validitet och inter-rater och test-retest reliabilitet vid användning av handdynamometer av fabrikat JAMAR (Mathiowetz, Weber, Volland, & Kashman, 1984). Vid en jämförelse med JAMAR har Saehan Hydraulic Hand Dynamometer visat sig ha god validitet och test-retest reliabilitet (Reis & Arantes, 2011).

För nedre extremitet studerades data från Timed-stands test (TST) som är ett test av funktionell benstyrka (Csuka & McCarty, 1985). Patienterna instruerades att från en 46 cm hög stol resa och sätta sig tio gånger, tiden noterades med hjälp av ett stoppur. Patienterna instruerades att undvika att ta stöd av händerna. En testuppresning tilläts. Data från mätningarna, det vill säga antalet sekunder (s) med en decimal, för att resa/sätta sig från en stol 10 gånger, jämfördes med kontrollvärden för friska individer, matchade för kön och ålder. TST har visat sig korrelera till styrka i nedre extremitet. Testet kan användas för friska personer, för personer med inflammatoriska muskelsjukdomar (Csuka & McCarty, 1985), har god reliabilitet för personer med Rheumatoid artrit (RA) och är validerat mot funktionella test för personer med RA (Newcomer, Krug, & Mahowald, 1993).

Data avseende grad av sjukdom hämtades från Pas-IVA, i form av patienternas SAPS3-värde från intensivvårdstiden.

Procedur

Forskningspersonerna kontaktades per brev för informerat samtycke. Brevet beskrev syftet och proceduren för studien. Godkännande att öppna datajournalen för att kunna hämta data avseende styrketest från första besöket på postIVA-mottagning samt att hämta SAPS3-värde från Pas-IVA efterfrågades. Forskningspersonerna informerades om att deltagandet var frivilligt och när som helst under studien kunde avbrytas, att forskningspersonernas anonymitet garanterades, att inget arvode utgick samt att personuppgifter och data från studien skulle förvaras inlåst och otillgängligt för obehöriga i studien. Det framgick även kontaktuppgifter för att undanbedja samtal. Forskningspersonerna informerades om att brevet i sig kunde återuppväcka obehagliga minnen från tiden på IVA och försågs därför med kontaktuppgifter och tillvägagångssätt, om detta skulle uppstå, för att kunna vägledas till samtalsstöd hos lämplig vårdgivare.

Två veckor efter brevets datum kontaktades forskningspersonerna per telefon för att bekräfta eventuellt medgivande till deltagande i studien, medgivandet dokumenterades i patientjournalen. Vid språkförbistring bekräftade anhöriga forskningspersonens svar.

Databearbetning och analys

Signifikansnivån valdes till alfavärde $p < 0,05$. För handstyrka studerades värde i kg för höger hand med hjälp av handdynamometer, för benstyrka antal sekunder för att utföra TST och för grad av sjukdom SAPS3-värdet från intensivvårdstiden. Bearbetning av data genomfördes i flera steg med hjälp av statistikprogram, version 25.0 av IBM SPSS Statistics for Windows (IBM, Armonk, NY, USA). Medianvärde redovisas.

Statistisk analys

Initialt utfördes analys av normalfördelning med Shapiro-Wilks test samt visuell analys av histogram och boxplot för att värdera fördelningen av datat. Då datat för variablerna inte var normalfördelad användes icke-parametriska test. Vid jämförande av variablerna handdynamometer och TST jämfördes uppmätta värden med matchade kontrollvärden. För detta användes Wilcoxon signed rank test.

Efter att data för handdynamometer och TST jämförts med matchade kontrollvärden beräknades variablernas effektmått (r), genom beräkning enligt följande formel: $r = z/\sqrt{N}$, där 0,1 ansågs innebära en låg effekt, 0,3 medelhög effekt och 0,5 hög effekt (Fritz, Morris, & Richler, 2012). För att värdera avvikelse från matchat kontrollvärde beräknades en kvot för forskningsperson/matchat kontrollvärde, det vill säga variablernas uppmätta och matchade kontrollvärde. För handdynamometer innebar kvoten 1 ett jämlikt förhållande, kvot >1 bättre än matchat kontrollvärde och kvot <1 sämre än matchat kontrollvärde. För TST innebar 1 ett jämlikt förhållande, >1 sämre än matchat kontrollvärde och <1 bättre än matchat kontrollvärde.

För analys av samband mellan grad av sjukdom och nedsatt styrka användes variablernas kvot forskningsperson/matchat kontrollvärde och SAPS3-värde för forskningspersonerna. Spearmans rangkorrelationskoefficient (r_s) beräknades.

Vid jämförelse av skillnad i styrka mellan forskningspersoner utifrån grad av sjukdom förutbestämde SAPS3 >60 representera forskningspersoner med hög grad av sjukdom och SAPS3 ≤ 60 övriga forskningspersoner. Kvoter för forskningsperson/matchat kontrollvärde för handdynamometer och TST användes. För statistisk analys användes Mann-Whitney U test.

Etiska aspekter

Föreliggande studie har godkänts för genomförande av Etikprövningsmyndigheten. Negativ aspekt med aktuell studie var att forskningspersonerna kontaktades i efterhand. Det kunde vara svårt att säga nej till att medverka i en studie när en vårdgivare som forskningspersonen varit vårdtagare till kontaktade för att efterfråga godkännande för användning av data till forskning.

Positiv aspekt var att resultatet från föreliggande studie kan gagna framtida patienter genom ökad kunskap hos vårdgivarna.

Resultat

Av de 54 forskningspersoner som erbjöds deltagande i studien inkluderades 47 stycken, se figur 1. Mätning av handdynamometer och TST hade till 93% (44 forskningspersoner) utförts av ordinarie fysioterapeut på postIVA-mottagningen, övriga 7% (3 forskningspersoner) hade utförts av annan fysioterapeut på IVA.

Medianåldern för forskningspersonerna var 70 år, 34% var kvinnor, 66% var män. Mediantiden från utskrivning till postIVA-mottagning var 107 dagar. För handdynamometer användes data från 46 forskningspersoner, för TST från 38 forskningspersoner och SAPS3 från 47 forskningspersoner. Ett SAPS3-värde över 60 noterades hos 68% av forskningspersonerna, se tabell 1.

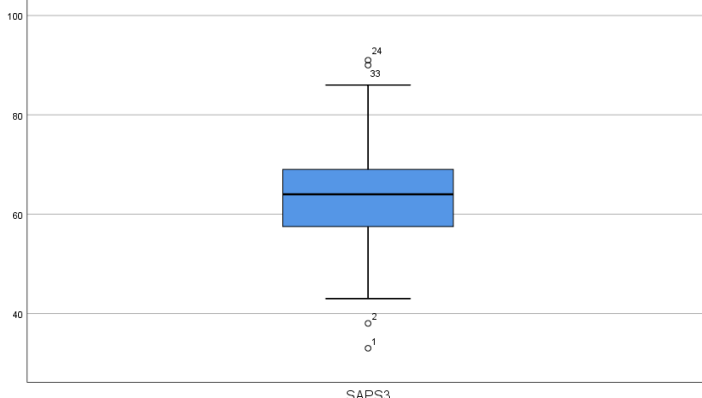
Tabell 1. Bakgrundsfakta om forskningspersonerna

<i>Variabler</i>	<i>Forskningspersoner</i>
Total, n	47
Ålder i år, <i>median, (min-max)</i>	70 (27-85)
Kön	
Kvinnor, <i>n (%)</i>	16 (34)
Män, <i>n (%)</i>	31 (66)
Antal dagar från utskrivning till postIVA-mottagning, median, (min-max)	107 (54-364)
Handstyrka	
Handdynamometer, <i>n (procent av total n)</i>	46 (98)
Benstyrka	
TST, <i>n (procent av total n)</i>	38 (81)
Sjukdomsgrad	
SAPS3, <i>n (%)</i>	47 (100)
SAPS3, <i>median</i>	64
SAPS3 \leq 60, <i>n (%)</i>	15 (32)
SAPS3 $>$ 60, <i>n (%)</i>	32 (68)

Handdynamometer mätt i höger hand (kg), TST=Timed-Stands Test (s), SAPS3=Simplified Acute Physiology Score III

Varians i form av minimum (min), maximum (max) och percentiler för forskningspersonernas SAPS3-värde presenteras i figur 2.

Figur 2. Varians för forskningspersonernas SAPS3-värde (n=47)



SAPS3=*Simplified Acute Physiology Score III*

För handdynamometer fanns en signifikant skillnad med låg effekt mellan forskningspersonerna och matchade kontrollvärden, se tabell 2. För TST fanns ingen signifikant skillnad, se tabell 3. Varians för handdynamometer och TST presenteras i figur 3.

Tabell 2. Handdynamometer (n=46)

Forskningspersoner, <i>median</i>	30
Matchade kontroller, <i>median</i>	30,9
p-värde	0,028
Effekt (r)	-0,2

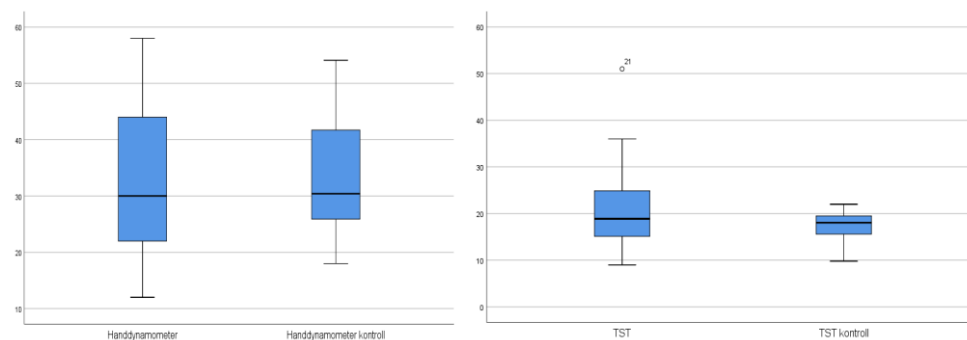
Handdynamometer mätt i höger hand (kg)

Tabell 3. TST (n=38)

Forskningspersoner, <i>median</i>	18,9
Matchade kontroller, <i>median</i>	18,5
p-värde	0,098
Effekt (r)	-0,2

TST=Timed-Stands Test (s)

Figur 3. Varians för forskningspersonerna och matchade kontrollvärden avseende handdynamometer (n=46) och TST (n=38)



Handdynamometer mätt i höger hand (kg), TST=Timed-Stands Test (s)

Förhållandet forskningsperson/matchat kontrollvärde var för handdynamometer 0,91. För TST var kvoten 1,01, men TST skiljde sig inte signifikant från matchade kontrollvärden, se tabell 4.

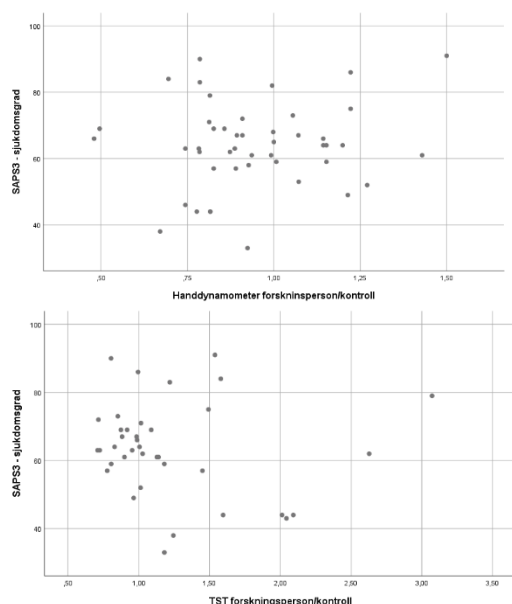
Tabell 4. Kvot forskningsperson/matchat kontrollvärde för handdynamometer (n=46) respektive TST (n=38)

Variabel	Median	Min-max	25 percentil	75 percentil
Handdynamometer*	0,909	0,48-1,5	0,806	1,090
TST	1,0143	0,71-3,07	0,880	1,361

* $p < 0,05$ Handdynamometer mätt i höger hand (kg), kvot >1 är bättre än matchat kontrollvärde, TST=Timed-Stands Test (s), kvot <1 är bättre än matchat kontrollvärde

Det fanns inga signifikanta samband mellan SAPS3 och kvot forskningsperson/matchat kontrollvärde för handdynamometer ($r_s=0,051$, $p=0,736$) respektive TST ($r_s=-0,206$, $p=0,214$), se figur 4.

Figur 4. Sambandsanalys SAPS3 och kvot forskningsperson/matchat kontrollvärde för handdynamometer (n=46) respektive TST (n=38)



SAPS3=Simplified Acute Physiology Score III, Handdynamometer mätt i höger hand (kg), kvot <1 innebar ett värde sämre än matchat kontrollvärde, TST=Timed-Stands Test (s), kvot >1 innebar ett värde sämre än matchat kontrollvärde

Det fanns inga signifikanta skillnader för handdynamometer och TST för kvot forskningsperson/matchat kontrollvärde mellan grupperna SAPS3 ≤ 60 respektive SAPS3 >60 , för detaljerad beskrivning se tabell 5.

Tabell 5. Kvot forskningsperson/matchat kontrollvärde för handdynamometer och TST indelat i SAPS3 ≤60 respektive SAPS3 >60

	SAPS3 ≤60	SAPS3>60	p-värde
Handdynamometer			
<i>Median (n)</i>	0,907 (14)	0,909 (32)	0,896
<i>Min-max</i>	0,67-1,27	0,48-1,50	
<i>25 percentil</i>	0,806	0,793	
<i>75 percentil</i>	1,092	1,125	
TST			
<i>Median (n)</i>	1,213 (12)	0,991 (26)	0,084
<i>Min-max</i>	0,78-2,09	0,71-3,07	
<i>25 percentil</i>	0,976	0,869	
<i>75 percentil</i>	1,909	1,160	

Handdynamometer mätt i höger hand (kg), kvot <1 innebar ett värde sämre än matchat kontrollvärde, TST=Timed-Stands Test (s), kvot >1 innebar ett värde sämre än matchat kontrollvärde, SAPS3=Simplified Acute Physiology Score III

Diskussion

Syftet med föreliggande studie var att beskriva hand- och benstyrka, och förhållandet däremellan, vid ett första besök på ett svenskt sjukhus postIVA-mottagning. Handstyrka mätt med handdynamometer i höger hand var signifikant lägre med låg effekt jämfört med matchade kontrollvärden, för benstyrka mätt med TST fanns ingen signifikant skillnad. Det fanns inget signifikant samband mellan hand- respektive benstyrka och sjukdomsgrad, studerat som Simplified Acute Physiology Score III (SAPS3) från vårdtiden. Det fanns inte heller några signifikanta skillnader i hand- och benstyrka hos forskningspersoner med hög grad av sjukdom jämfört med övriga.

Resultatdiskussion

Aktuell studie visade ett signifikant lägre värde vid test med handdynamometer för forskningspersonerna jämfört med matchade kontrollvärden, vilket överensstämmer med resultat från tidigare studie efter intensivvård där äldre personer (≥ 60 år) ingick i studien (Dietrich et al., 2017). Föreliggande studies medianvärde för handdynamometer var 30 kg, vid uppföljning tre månader efter intensivvård beskriven av Schandl et al. (2011) var medelvärdet för handdynamometer 29 kg med utebliven signifikant förbättring vid uppföljning efter sex och tolv månader. Någon slutsats av jämförelse av resultat från vår studie och resultat från studie av Schandl et al. (2011) går inte att dra då sistnämnda inte redovisar referensvärden för forskningspersonerna. För närmare analys bör dessutom samma typ av centralmått jämföras. Även om det finns ett samband mellan handstyrka och prestation (Kinnunen et al., 2001; Pugh et al., 2001) kan föreliggande studies resultat inte anses jämförbart med tidigare studie av Gustafson et al. (2018), som beskrev en hög grad av funktionsnedsättning i axlar

sex månader efter intensivvård, då Gustafson et al. (2018) använde mätinstrument i form av smärtskala, mätning av ledrörlighet samt standardiserat bedömningsformulär för axelfunktion.

Vad som är minsta kliniskt för patienten betydelsefulla skillnad (minimum clinically important difference) för handstyrka är inte konstaterat, men en litteratursammanställning rekommenderar 5 till 6,5 kg som värde för meningsfull förändring i handstyrka vid upprepade mätningar (Bohannon, 2019). Aktuell studies skillnad i handstyrka (0,9 kg) anses dock inte direkt jämförbar med skillnad beskriven av Bohannon (2019) då forskningspersonernas mätvärden i föreliggande studie jämfördes med matchade kontrollvärden. Då Bohannon (2015) beskrev att det finns ett samband mellan nedsatt handstyrka och nedsatt fysisk funktionsförmåga anser vi att resultatet från aktuell studie bidrar med viktig kunskap då även en liten skillnad i handstyrka kan tänkas påverka förmågan i enklare ADL-situationer såsom att kunna knäppa en knapp eller kunna hålla i en tandborste.

Det fanns ingen signifikant skillnad för TST jämfört med matchade kontrollvärden. Vid jämförelse mellan forskningspersoner med hög grad av sjukdom och övriga fanns inte någon signifikant skillnad avseende kvot forskningsperson/matchad kontroll för handdynamometer och TST. I tidigare studier har funktionsnedsättning efter intensivvård beskrivits, dock har test som förmåga att gå 10 trappsteg och att vara självständig vid toalettbesök (Detsky et al., 2017) självständighet vid ADL (Ferrante et al., 2018) samt nedsatt självständighet vid ADL eller sjukskrivning på grund av fysiska besvär (Schandl et al., 2014) använts som mätvärde. van der Schaaf et al. (2009) beskrev en begränsning i promenader. Schandl et al. (2011) fann att 40 av 50 patienter som inte hade någon fysioterapeutkontakt tre månader efter intensivvård hade en nedsatt fysisk funktion jämfört med självrapporterad tidigare fysisk funktion. Det framgick dock inte av studien om detta avsåg funktioner beroende av styrka i övre eller nedre extremitet, vilket försvårar jämförelse med föreliggande studies resultat. Vid test av TST redovisade Schandl et al. (2011) medelvärde 31,5 sekunder med en signifikant förbättring till 22,5 sekunder efter 12 månader, föreliggande studies medianvärde för TST var 18,9 sekunder. Som tidigare nämndes är en exakt jämförelse mellan studierna svår på grund av redovisning av olika centralmåttstyper och att referensvärden inte framgick i studie av Schandl et al. (2011), men en tänkbar orsak till skillnaden i resultat mellan studierna skulle kunna förklaras av en metodologisk svaghet i föreliggande studie avseende tidpunkt för mätning. Antal mätvärden för test av handdynamometer var högre än för TST i föreliggande studie, vilket kan ha bidragit till att en signifikant skillnad sågs för handdynamometer men inte för TST.

I aktuell studie var antalet forskningspersoner med hög grad av sjukdom fler än övriga, vilket försvårar en jämlik jämförelse mellan grupperna. Det saknades samband för SAPS3 och kvot forskningsperson/matchat kontrollvärde för handdynamometer respektive TST, Schandl et al. (2014) visade dock att SAPS3 var en dålig prediktor för nytillkommen kvarstående funktionsnedsättning efter intensivvård.

Att resultatet för handdynamometer hade låg effekt och att övriga jämförelser saknade signifikans kan inte förklaras av att forskningspersonerna var friskare än övriga intensivvårdspatienter då SAPS3-värdet från forskningspersonernas tid inom intensivvård var högre än riksgenomsnittet (Svenska intensivvårdsregistret, u.å.).

Metodologiska överväganden

Forskningspersonerna i föreliggande studie hade varit på ett första besök på postIVA-mottagning, mediantiden från utskrivning till postIVA-mottagning var 107 dagar (ca 3,5 månader). Spridningen var dock stor vilket är en begränsning i studien, då en mätning vid samma tidpunkt efter utskrivning hade inneburit en mer jämlik jämförelse. Forskningspersonerna delades upp i svårt sjuka och övriga, men bakomliggande sjukdomar analyserades inte. Genom att studera forskningspersoner indelat i homogena grupper, exempelvis indelat per diagnos, hade möjligheten att hitta signifikanta skillnader vid jämförelse mellan forskningspersonerna ökat. Genom att selektera patienter utifrån riskfaktorer i samband med utskrivning från IVA beskrivna av Schandl et al. (2014), där låg utbildningsnivå utgjorde största riskfaktorn för nytillkommen fysisk funktionsnedsättning, skulle skillnader möjligen kunnat detekteras. Antalet forskningspersoner i aktuell studie var 47 stycken, det vill säga en liten studiepopulation, vilket ökar risken för typ I-fel.

I föreliggande studie analyserades data för styrka i övre och nedre extremitet. För övre extremitet hade forskningspersonerna genomfört test med hjälp av handdynamometer, vilket har god validitet för värdering av handstyrka (Mathiowetz et al., 1984). För nedre extremitet användes TST, testet korrelerar med benstyrka (Csuka & McCarty, 1985) och är validerat med funktionella test för personer med RA (Newcomer et al., 1993). TST har dock begränsningar, personer som inte klarar att resa och sätta sig 10 gånger kan inte värderas med hjälp av TST (Csuka & McCarty, 1985). Eftersom intensivvårdspatienter riskerar att drabbas av critical illness polyneuropati (CIP) och critical illness myopati (CIM) (Koukourikos et al., 2014), med konsekvensen nedsatt styrka i extremiteter (Latronico & Bolton, 2011), hade det varit intressant att använda test för isometrisk muskelstyrka för både övre och nedre extremitet. Att TST användes innebär därmed en begränsning i aktuell studie då prestation vid funktionella test påverkas av fler faktorer än muskelstyrka (Chiles Shaffer, Fabbri, Ferrucci, Shardell, Simonsick, & Studenski, 2017). Handdynamometer

värderar isometrisk muskelstyrka (Csuka & McCarty, 1985) medan TST värderar uthållighet och snabbhet i nedre extremitet, vilket påverkas av anaerob förmåga, liksom dyspné, rörlighet, balans/postural kontroll och kognitiv förmåga (Vaidya, Chambellan, & de Bisschop, 2017). Det kan tänkas att antal mätvärden för TST var lägre än för handdynamometer på grund av att TST var för krävande att utföra och därmed kan data ha gått förlorad för de allra svagaste patienterna.

En begränsning i vår studie är att bästa värde vid tre försök för handdynamometer användes. I samband med test av validitet och reliabilitet vid mätning av handstyrka rekommenderades användning av de tre försökens medelvärde (Mathiowetz et al., 1984). I föreliggande studie jämfördes forskningspersonernas värde vid test med hjälp av handdynamometer med referensvärden beskrivet av Bohannon et al. (2006). Referensvärdena baserades på flera studier av friska individer. Bland studierna förekom användning av både medelvärde och bästa värde, det vill säga en variation i vilken typ av värde som användes (Bohannon et al., 2006). I en studie konstaterades att test-retest reliabiliteten var högre vid användning av medelvärde, snarare än ett testvärde eller bäst av tre (Mathiowetz et al., 1984), medan författarna i en annan studie inte fann någon skillnad avseende reproducerbarhet mellan användning av bästa värdet av tre och medelvärde av tre värden och menade att konsensus för vilket av värdena som bör används saknas (Lagerström & Nordgren, 1998).

I aktuell studie användes mätvärden för handstyrka konsekvent för höger hand, ett alternativ hade kunnat vara att mäta värden för dominant hand. I en litteraturgenomgång för jämförande av handstyrka för dominant och icke-dominant hand konstaterades att högerhänta var starkare i den dominant hand, för vänsterhänta var värden för dominant och icke-dominant hand likvärdiga (Bohannon, 2003).

För test av benstyrka, TST, användes i föreliggande studie uppresning från 46 cm höjd, vilket jämfördes med matchade kontrollvärden där motsvarande höjd var 44,5 cm (Csuka & McCarty, 1985) vilket kan ha påverkat resultatet i vår studie. Uppresning från 46 cm höjd har dock tidigare använts i en svensk studie av olika typer av systematisk skleros då TST jämfördes med samma kontrollvärden som i föreliggande studie (Pettersson, Boström, Bringby, Walle-Hansen, Jacobsson, Svenungsson, Nordin, & Alexanderson, 2018).

En styrka i vår studie är att mätningar avseende hand- och benstyrka hade utförts av en och samma fysioterapeut i 93% av fallen, det ska också nämnas att ett av mätinstrumenten (handdynamometer) har en god inter-rater reliabilitet (Mathiowetz et al., 1984).

Aktuell studies interna validitet stärks av att testerna som användes är väl etablerade test inom fysioterapi och att proceduren för genomförandet av studien

redovisats. En styrka är också att föreliggande studie hade förutbestämda frågeställningar och databearbetning, vilket redovisats grundligt.

I aktuell studie användes patienternas SAPS3-värde från intensivvårdstiden vilket kan underlätta jämförelse av resultatet med framtida studiers resultat då det framgår vilken svårighetsgrad av sjukdom (mortalitetsrisk) forskningspersonerna hade. Forskningspersonerna hade varit på ett första besök på ett och samma sjukhus postIVA-mottagning under en period på två år, det vill säga ett representativt urval för undersökningsgruppen. Detta stärker föreliggande studies externa validitet.

En svaghet med retrospektiva studier är den etiska aspekten avseende informerat samtycke. Om vår studie varit prospektiv hade forskningspersonerna inte kontaktats i efterhand och därmed inte behövt riskera att få obehagliga minnen återupptäckta. En annan svaghet med retrospektiva studier är att forskningspersoner kan ha avlidit innan studiens uppstart samt att personer kan vara svåra att nå i efterhand, vilket begränsar antal potentiella forskningspersoner. I föreliggande studie motsvarade detta 11% (6 stycken) av antalet tilltänka forskningspersoner, vilket anses vara ett måttligt bortfall (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), 2014). Bortfallet i aktuell studie kan innebära att data från de svagaste forskningspersonerna gått förlorade, då de kan tänkas lida högre risk att avlida eller vara otillgängliga i efterhand på grund av fortsatt inneliggande vårdbehov.

Kliniska implikationer

Vår retrospektiva pilotstudie ger en beskrivning av förhållandet mellan hand- och benstyrka en tid efter intensivvård. Aktuell studie visade att det vid postIVA-mottagning fanns ett signifikant lägre värde för handstyrka jämfört med matchade kontrollvärden, motsvarande resultat kunde inte påvisas för benstyrka. Skillnaden i handstyrka hade låg effekt, men anses av klinisk relevans då även en liten skillnad i handstyrka kan tänkas påverka förmågan i enklare ADL-situationer som kan ha stor betydelse för patienten, såsom att kunna klä sig själv eller att kunna borsta sina tänder.

Implikationer för fortsatta studier

För kommande studier rekommenderas en prospektiv studie, vilket är lämpligare ur etiskt perspektiv. En större studie rekommenderas för att bekräfta resultatet från föreliggande pilotstudie. Det skulle vara intressant att studera förhållandet mellan hand- och benstyrka hos forskningspersoner som identifierats som högriskpatienter för kvarstående fysisk funktionsnedsättning. Att utvärdera en intervention inriktad på handfunktion, förslagsvis planerad av arbetsterapeut, på IVA skulle vara intressant för att utvärdera dess eventuella effekt på förhållandet mellan hand- och benstyrka. I en kommande studie rekommenderas att använda test av isometrisk styrka även för nedre extremitet, för att jämföra analysen av

hand- och benstyrka. Vid studie med mätinstrument funktionellt test för benstyrka rekommenderas att använda ett test som är mindre krävande, än TST, att utföra för svagare patienter. Det skulle vara intressant att i en kommande studie även analysera data för livskvalitet, för att undersöka om det finns ett samband mellan ökat förhållande mellan hand- och benstyrka och nedsatt livskvalitet.

Slutsats

Föreliggande studies resultat, att intensivvårdspatienter vid postIVA-mottagning har ett lägre värde för hand- men inte benstyrka jämfört med matchade kontrollvärden, bör värderas ytterligare. Större studier rekommenderas för att vidare värdera förhållandet mellan hand- och benstyrka vid postIVA-mottagning.

Litteratur

- Appleton, R. T., Kinsella, J., & Quasim, T. (2015). The incidence of intensive care unit-acquired weakness syndromes: A systematic review. *Journal of the Intensive Care Society*, 16(2), 126-136. doi:[10.1177/1751143714563016](https://doi.org/10.1177/1751143714563016)
- Bailey, P., Thomsen, G. E., Spuhler, V. J., Blair, R., Jewkes, J., Bezdjian, L., Veale, K., Rodriguez, L., & Hopkins, R. O. (2007). Early activity is feasible and safe in respiratory failure patients. *Critical care medicine*, 35(1), 139-145. doi:[10.1097/01.CCM.0000251130.69568.87](https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000251130.69568.87)
- Bohannon, R. (2003). Grip strength: a summary of studies comparing dominant and nondominant limb measurements. *Perceptual and motor skills*, 96(3 Pt 1), 728-730. doi:[10.2466/pms.2003.96.3.728](https://doi.org/10.2466/pms.2003.96.3.728)
- Bohannon, R., Peolsson, A., Massy-Westropp, N., Desrosiers, J., & Bear-Lehman, J. (2006). Reference values for adult grip strength measured with a Jamar dynamometer: A descriptive meta-analysis. *Physiotherapy*, 92(1), 11-15. doi:[10.1016/j.physio.2005.05.003](https://doi.org/10.1016/j.physio.2005.05.003)
- Bohannon, R. W. (2015). Muscle strength: clinical and prognostic value of hand-grip dynamometry. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 18(5), 465-470. doi:[10.1097/MCO.0000000000000202](https://doi.org/10.1097/MCO.0000000000000202)
- Bohannon, R. W. (2019). Minimal clinically important difference for grip strength: a systematic review. *Journal of physical therapy science*, 31(1), 75-78. doi:[10.1589/jpts.31.75](https://doi.org/10.1589/jpts.31.75)
- Chiles Shaffer, N., Fabbri, E., Ferrucci, L., Shardell, M., Simonsick, E. M., & Studenski, S. (2017). Muscle Quality, Strength, and Lower Extremity Physical Performance in the Baltimore Longitudinal Study of Aging. *J Frailty Aging*, 6(4), 183-187. doi:[10.14283/jfa.2017.24](https://doi.org/10.14283/jfa.2017.24)
- Chu, L. W., Pei, C. K., Chiu, A., Liu, K., Chu, M. M., Wong, S., & Wong, A. (1999). Risk factors for falls in hospitalized older medical patients. *The journals of gerontology*, 54(1), 38-43. doi: [10.1093/gerona/54.1.M38](https://doi.org/10.1093/gerona/54.1.M38)

- Csuka, M., & McCarty, D. J. (1985). Simple method for measurement of lower extremity muscle strength. *Am J Med*, 78(1), 77-81. doi: [10.1016/0002-9343\(85\)90465-6](https://doi.org/10.1016/0002-9343(85)90465-6)
- Detsky, M. E., Harhay, M. O., Bayard, D. F., Delman, A. M., Buehler, A. E., Kent, S. A., Ciuffetelli, I.V., Cooney, E., Gabler, N.B., Ratcliffe, S.J., Mikkelsen, M.E., & Halpern, S. D. (2017). Six-Month Morbidity and Mortality among Intensive Care Unit Patients Receiving Life-Sustaining Therapy. A Prospective Cohort Study. *Annals of the American Thoracic Society*, 14(10), 1562-1570. doi:[10.1513/AnnalsATS.201611-875OC](https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201611-875OC)
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P.L., Weinhouse, G.L., Nunnally, M.E., Rochweg, B., Balas, M.C., van den Boogaard, M., Bosma, K.J., Brummel, N.E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G.L., Harris, J.E., Joffe, A.M., Kho, M.E., Kress, J.P., Lanphere, J.A., McKinley, S., Neufeld, K.J., Pisani, M.A., Payen, J.F., Pun, B.T., Puntillo, K.A., Riker, R.R., Robinson, B.R.H., Shehabi, Y., Szumita, P.M., Winkelman, C., Centofanti, J.E., Price, C., Nikayin, S., Misak, C.J., Flood, P.D., Kiedrowski, K., & Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Crit Care Med*, 46(9), e825-e873. doi:[10.1097/CCM.0000000000003299](https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299)
- Dietrich, C., Cardoso, J. R., Vargas, F., Sanchez, E. C., Dutra, F. H., Moreira, C., Bessel, M., Robinson, C., Falavigna, M., & Teixeira, C. (2017). Functional ability in younger and older elderlies after discharge from the intensive care unit. A prospective cohort. *Rev Bras Ter Intensiva*, 29(3), 293-302. doi:[10.5935/0103-507X.20170055](https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170055)
- Doiron, K. A., Hoffmann, T. C., & Beller, E. M. (2018). Early intervention (mobilization or active exercise) for critically ill adults in the intensive care unit. *Cochrane Database Syst Rev*, 3, CD010754. doi:[10.1002/14651858.CD010754.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD010754.pub2)
- Ekstrand, E., Lexell, J., & Brogårdh, C. (2016). Grip strength is a representative measure of muscle weakness in the upper extremity after stroke. *Top Stroke Rehabil*, 23(6), 400-405. doi:[10.1080/10749357.2016.1168591](https://doi.org/10.1080/10749357.2016.1168591)
- Farley, K. J., Eastwood, G. M., & Bellomo, R. (2016). A feasibility study of functional status and follow-up clinic preferences of patients at high risk of post intensive care syndrome. *Anaesth Intensive Care*, 44(3), 413-419. doi: [10.1177/0310057X1604400310](https://doi.org/10.1177/0310057X1604400310)
- Ferrante, L. E., Pisani, M. A., Murphy, T. E., Gahbauer, E. A., Leo-Summers, L. S., & Gill, T. M. (2018). The Association of Frailty With Post-ICU Disability, Nursing Home Admission, and Mortality: A Longitudinal Study. *Chest*, 153(6), 1378-1386. doi:[10.1016/j.chest.2018.03.007](https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.03.007)
- Fritz, C. O., Morris, P. E., & Richler, J. J. (2012). Effect Size Estimates: Current Use, Calculations, and Interpretation. *Journal of Experimental Psychology: General*, 141(1), 2-18. doi:[10.1037/a0024338](https://doi.org/10.1037/a0024338)

- Fukumori, N., Yamamoto, Y., Takegami, M., Yamazaki, S., Onishi, Y., Sekiguchi, M., Otani, K., Konno, S., Kikuchi, S., & Fukuhara, S. (2015). Association between hand-grip strength and depressive symptoms: Locomotive Syndrome and Health Outcomes in Aizu Cohort Study (LOHAS). *Age and ageing*, 44(4), 592-598. doi:[10.1093/ageing/afv013](https://doi.org/10.1093/ageing/afv013)
- Fysioterapeuterna. (2015). Riktlinjer för tidig mobilisering av vuxna patienter som vårdas på intensivvårdsavdelning. Hämtad 2018-11-20 från <https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/professionsutveckling/kliniska-riktlinjer/dokument/kliniska-riktlinjer-for-tidig-mobilisering-iva.pdf>
- Fysioterapeuterna. (2017). Fysioterapi: profession och vetenskap. Hämtad 2019-03-21 från <https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/professionsutveckling/om-professionen/fysioterapi-webb-navigering-20190220.pdf>
- Gosselink, R., Bott, J., Johnson, M., Dean, E., Nava, S., Norrenberg, M., Schönhofer B., Stiller K., van de Leur H., & Vincent, J. L. (2008). Physiotherapy for adult patients with critical illness: recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on Physiotherapy for Critically Ill Patients. *Intensive Care Med*, 34(7), 1188-1199. doi:[10.1007/s00134-008-1026-7](https://doi.org/10.1007/s00134-008-1026-7)
- Green, M., Marzano, V., Leditschke, I. A., Mitchell, I., & Bissett, B. (2016). Mobilization of intensive care patients: a multidisciplinary practical guide for clinicians. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 25(9), 247-256. doi:[10.2147/JMDH.S99811](https://doi.org/10.2147/JMDH.S99811)
- Gustafson, O. D., Rowland, M. J., Watkinson, P. J., McKechnie, S., & Igo, S. (2018). Shoulder Impairment Following Critical Illness: A Prospective Cohort Study. *Critical care medicine*, 46(11), 1769-1774. doi:[10.1097/CCM.0000000000003347](https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003347)
- Hatch, R., Young, D., Barber, V., Griffiths, J., Harrison, D. A., & Watkinson, P. (2018). Anxiety, Depression and Post Traumatic Stress Disorder after critical illness: a UK-wide prospective cohort study. *Critical care : the official journal of the Critical Care Forum*, 22(1), 1-13. doi:[10.1186/s13054-018-2223-6](https://doi.org/10.1186/s13054-018-2223-6)
- Kinnunen, D. A., Colon, G., Espinoza, D., Overby, L. Y., & Lewis, D. K. (2001). Anthropometric correlates of basketball free-throw shootings by young girls. *Percept Mot Skills*, 93(1), 105-108. doi:[10.2466/pms.2001.93.1.105](https://doi.org/10.2466/pms.2001.93.1.105)
- Koukourikos, K., Tsaloglidou, A., & Kourkouta, L. (2014). Muscle atrophy in intensive care unit patients. *Acta Inform Med*, 22(6), 406-410. doi:[10.5455/aim.2014.22.406-410](https://doi.org/10.5455/aim.2014.22.406-410)
- Lagerström, C., & Nordgren, B. (1998). On the reliability and usefulness of methods for grip strength measurement. *Scandinavian journal of rehabilitation medicine*, 30(2), 113-119. doi: [10.1080/003655098444228](https://doi.org/10.1080/003655098444228)
- Latronico, N., & Bolton, C. F. (2011). Critical illness polyneuropathy and myopathy: a major cause of muscle weakness and paralysis. *The Lancet neurology*, 10(10), 931-941. doi:[10.1016/S1474-4422\(11\)70178-8](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(11)70178-8)

- Mathiowetz, V., Weber, K., Volland, G., & Kashman, N. (1984). Reliability and validity of grip and pinch strength evaluations. *J Hand Surg Am*, 9(2), 222-226. doi: [10.1016/S0363-5023\(84\)80146-X](https://doi.org/10.1016/S0363-5023(84)80146-X)
- Mohamed-Hussein, A. A. R., Makhlof, H. A., Selim, Z. I., & Gamaleldin Saleh, W. (2018). Association between hand grip strength with weaning and intensive care outcomes in COPD patients: A pilot study. *Clin Respir J*, 12(10), 2475-2479. doi: [10.1111/crj.12921](https://doi.org/10.1111/crj.12921)
- Newcomer, K. L., Krug, H. E., & Mahowald, M. L. (1993). Validity and reliability of the timed-stands test for patients with rheumatoid arthritis and other chronic diseases. *J Rheumatol*, 20(1), 21-27. <https://www.researchgate.net/publication/14758470> Validity and reliability of the Timed-Stands-Test for patients with rheumatoid arthritis and other chronic diseases
- Nydahl, P., Sricharoenchai, T., Chandra, S., Kundt, F. S., Huang, M., Fischill, M., & Needham, D. M. (2017). Safety of Patient Mobilization and Rehabilitation in the Intensive Care Unit. Systematic Review with Meta-Analysis. *Annals of the American Thoracic Society*, 14(5), 766-777. doi: [10.1513/AnnalsATS.201611-843SR](https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201611-843SR)
- Pasiva. (u.å.). Om pasiva. Hämtad 2019-02-03 från <https://www.pasiva.se/#aboutPage>
- Paton, M., Lane, R., & Hodgson, C. L. (2018). Early Mobilization in the Intensive Care Unit to Improve Long-Term Recovery. *Crit Care Clin*, 34(4), 557-571. doi: [10.1016/j.ccc.2018.06.005](https://doi.org/10.1016/j.ccc.2018.06.005)
- Pettersson, H., Boström, C., Bringby, F., Walle-Hansen, R., Jacobsson, L., Svenungsson, E., Nordin, A., & Alexanderson, H. (2019). Muscle endurance, strength, and active range of motion in patients with different subphenotypes in systemic sclerosis: a cross-sectional cohort study. *Scandinavian journal of rheumatology*, 48(2), 1-8. doi: [10.1080/03009742.2018.1477990](https://doi.org/10.1080/03009742.2018.1477990)
- Pozuelo-Carrascosa, D. P., Torres-Costoso, A., Alvarez-Bueno, C., Caverero-Redondo, I., López Muñoz, P., & Martínez-Vizcaíno, V. (2018). Multimodality respiratory physiotherapy reduces mortality but may not prevent ventilator-associated pneumonia or reduce length of stay in the intensive care unit: a systematic review. *Journal of physiotherapy*, 64(4), 222-228. doi: [10.1016/j.jphys.2018.08.005](https://doi.org/10.1016/j.jphys.2018.08.005)
- Pugh, S. F., Kovaleski, J. E., Heitman, R. J., & Pearsall, A. W. (2001). Upper and lower body strength in relation to underhand pitching speed by experienced and inexperienced pitchers. *Percept Mot Skills*, 93(3), 813-818. doi: [10.2466/pms.2001.93.3.813](https://doi.org/10.2466/pms.2001.93.3.813)
- Reis, M., & Arantes, P. (2011). Assessment of hand grip strength- validity and reliability of the saehan dynamometer. *Fisioterapia e Pesquisa*, 18(2), 176-181. doi: [10.1590/S1809-29502011000200013](https://doi.org/10.1590/S1809-29502011000200013)
- Riksföreningen för anestesi och intensivvård. (2017). Nationella rekommendationer för uppföljning av patienter efter intensivvård. Hämtad 2018-11-20 från

<https://aniva.se/wp-content/uploads/2019/01/Riktlinjer-för-uppföljning-efter-IVA-efter-tredje-korr.pdf>

- Saehan Medical. (u.å.). Hydraulic Hand Dynamometer. Hämtad 2019-03-16 från <http://saehanmedical.com/sub/eng/main/main.html>
- Sakr, Y., Krauss, C., Amaral, A. C. K. B., Réa-Neto, A., Specht, M., Reinhart, K., & Marx, G. (2008). Comparison of the performance of SAPS II, SAPS 3, APACHE II, and their customized prognostic models in a surgical intensive care unit. *British journal of anaesthesia*, 101(6), 798-803. doi:[10.1093/bja/aen291](https://doi.org/10.1093/bja/aen291)
- Schandl, A., Bottai, M., Hellgren, E., Sundin, Ö., & Sackey, P. (2012). Gender differences in psychological morbidity and treatment in intensive care survivors--a cohort study. *Critical care*, 16(3), 1-9. doi:[10.1186/cc11338](https://doi.org/10.1186/cc11338)
- Schandl, A., Bottai, M., Holdar, U., Hellgren, E., & Sackey, P. (2014). Early prediction of new-onset physical disability after intensive care unit stay: a preliminary instrument. *Critical care*, 18(4), 1-9. doi:[10.1186/s13054-014-0455-7](https://doi.org/10.1186/s13054-014-0455-7)
- Schandl, A. R., Brattström, O. R., Svensson-Raskh, A., Hellgren, E. M., Falkenhav, M. D., & Sackey, P. V. (2011). Screening and treatment of problems after intensive care: a descriptive study of multidisciplinary follow-up. *Intensive Crit Care Nurs*, 27(2), 94-101. doi:[10.1016/j.iccn.2011.01.006](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.01.006)
- Schofield-Robinson, O. J., Lewis, S. R., Smith, A. F., McPeake, J., & Alderson, P. (2018). Follow-up services for improving long-term outcomes in intensive care unit (ICU) survivors. *Cochrane Database Syst Rev*, 11, CD012701. doi:[10.1002/14651858.CD012701.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012701.pub2)
- Socialstyrelsen. (2019). Socialstyrelsens termbank. Hämtad 2019-02-03 från <https://www.socialstyrelsen.se/>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2014). Mall för kvalitetsgranskning av randomiserade studier. Hämtad 2019-04-29 från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_randomiserade_studier.pdf
- Svensk förening för anestesi och intensivvård. (2015). Riktlinjer för svensk intensivvård. Hämtad 2018-11-25 från <https://sfai.se/wp-content/uploads/2015/02/Riktlinjer-Svensk-Intensivvård-rev-2015.pdf>
- Svenska intensivvårdsregistret. (2018). Vad är intensivvård. Hämtad 2018-11-25 från <https://www.icuregswe.org/patient-och-narstaende/test/>
- Svenska intensivvårdsregistret. (u.å.). Svenska intensivvårdsregistrets utdata-portal. Hämtad 2018-12-20 från <http://portal.icuregswe.org/ver2/Rapport.aspx#>
- Svenska intensivvårdsregistret. (u.å.). Nyckeltal SAPS3. Hämtad 2019-02-03 från <http://portal.icuregswe.org/utdata/report/q2.saps3-nyckeltal>
- Vaidya, T., Chambellan, A., & de Bisschop, C. (2017). Sit-to-stand tests for COPD: A literature review. *Respiratory medicine*, 128, 70-77. doi:[10.1016/j.rmed.2017.05.003](https://doi.org/10.1016/j.rmed.2017.05.003)
- van der Schaaf, M., Beelen, A., Dongelmans, D. A., Vroom, M. B., & Nollet, F. (2009). Functional status after intensive care: a challenge for

- rehabilitation professionals to improve outcome. *Journal of rehabilitation medicine*, 41(5), 360-366. doi:[10.2340/16501977-0333](https://doi.org/10.2340/16501977-0333)
- Wang, C.Y., Yeh, C.J., & Hu, M.H. (2011). Mobility-related performance tests to predict mobility disability at 2-year follow-up in community-dwelling older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52(1), 1-4. doi:[10.1016/j.archger.2009.11.001](https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.11.001)

«Jeg gråter noen tårer hver dag»: En fenomenologisk studie av hjemmeboende kreftpasienters beskrivelse av deres livssituasjon i palliativ fase

Hildegunn Ervik Sønning og Mariann Fossum

Hildegunn Ervik Sønning, universitetslektor, cand.san., Senter for omsorgsforskning, Sør, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder, Kristiansand, hildegunn.sonning@uia.no

Mariann Fossum, professor, Ph.D., Senter for omsorgsforskning, Sør, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder, Grimstad, mariann.fossum@uia.no

Abstract

“I cry a few tears every day” – a phenomenological study of at-home cancer patients’ descriptions of their life situations under palliative care

The aim of this study was to investigate how at-home cancer patients perceived their life situations during the palliative care phase. The study employed a qualitative exploratory research design involving in-depth personal interviews with six women and two men between the ages of 35 and 63. All the interviewees lived at home, experiencing different life situations and suffering from different types of cancer. The interviews were recorded and transcribed verbatim. Data analysis was carried out using the descriptive phenomenological method presented by Giorgi. The findings are grouped under four themes; living with uncertainty and future unpredictability, perceptions of being seen and heard in encounters with health professionals and others, stress associated with the perception of disappointing close relatives, and challenges linked to meeting everyday demands. The patients’ stories relate their views on life, suffering and pain relief.

Keyword/Nøkkelord

phenomenological study; cancer patients; qualitative design; suffering; relief

fenomenologisk studie; kreftpasienter; kvalitativt design; lidelse; lindring

Referee*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4319>



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

Bakgrunn

Siden registreringen av krefttilfeller startet i 1950 årene, har antall nye krefttilfeller økt hvert år i Norge. Samme utvikling er også forventet i årene fremover (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Av alle dødsfall i Norge forårsakes omtrent 25 % av ulike kreftformer (Larsen, 2015:5). Antall mennesker som lever med uhelbredelig kreft over lengre tid øker (Rossi, Baili, Capocaccia, Caldora, Carrani, Minicozzi, Pierabbunzio, Santaquilani, Trama, Allemani, Belot, Buzzoni, Lorez & De Angelis, 2015). Å leve med uhelbredelig kreft påvirker blant annet menneskers livskvalitet (Willing & Wirth, 2018). En nasjonal målsetning for alvorlig kreftsyke pasienter er best mulig livskvalitet for pasienter og pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

I de senere år er det lagt mer vekt på å imøtekomme den enkelte kreftpasients behov for palliasjon (NOU 2017:16, 2017). Palliasjon kan defineres som «aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid» (NOU 2017:16, 2017:20). En studie av mennesker som levde med kreft oppsummerte fem temaer av betydning for livskvaliteten; verdsettelse av det ordinære i livet, opprettholde et positivt liv, lindret lidelse, betydningen av relasjoner og håndtering av livet når personen er syk. Å være med på daglige og sosiale aktiviteter til tross for kreft, når det var mulig, var viktig for pasientene (Johansson et al., 2006).

Mange pasienter ønsker å være hjemme den siste tiden av livet (Gomes, Calanzani, Gysels, Hall & Higginson, 2013), men en nyere systematisk kunnskapsoversikt trekker frem at hvor stor andel som virkelig ønsker å dø hjemme er usikkert, fordi studier ofte ikke tar med de som ikke svarer eller de som ikke har uttrykt sitt ønske (Hoare et al., 2015). En nyere studie rapporterte også at pasienten og nære pårørende opplever at kvaliteten ved palliativ omsorg er best for de pasientene som dør hjemme eller i hospice (Boer, Hofstede, de Veer, Raijmakers & Francke, 2017). Dette på tross av at det er en påkjenning for de pårørende å være i denne rollen (Sørhus, Landmark & Grov, 2016). I denne sammenheng er det viktig at helsepersonell viser åpenhet og løfter frem hvilke fordeler og utfordringer det er med å ta imot hjemmebasert palliasjon (Hunstad & Svindseth, 2011; Utne, Miakowski, Paul & Rustøen, 2013). For pasienten vil det oppleves som lindring å kunne stole på at de pårørende får støtte i omsorgen (Borstrand & Berg, 2009). En trygg palliativ fase vil styrkes gjennom at pårørende trekkes med i omsorgen. Dette er positivt for pasient og for pårørende (Brudal, 2014; Benkel, Wijk, & Molander, 2014; Moir, Roberts, Martz, Perry & Tivis, 2016). Vekten bør legges på samarbeid med de pårørende for å kunne legge til rette for gode omsorgsrutiner hvor relasjonen mellom pasienten og de pårørende ivaretas (Sørhus et al., 2016). Pasienten opplever trygghet når helsenivåene samarbeider og er i dialog med hverandre (Rögenes, Moen & Grov, 2013).

Imidlertid viser det seg at selv der disse forholdene ligger til rette, opplever noen pasienter god palliativ omsorg, mens andre pasienter og deres pårørende opplever at de ikke får tilstrekkelig god palliativ omsorg (Bergdahl, Benzein, Ternestedt, Elmberger & Andershed, 2013). Selv om pasientenes behov for palliativ omsorg kan være ulik, så fremstår det et tydelig behov for kompetent helsepersonell også i hjemmet. Kompetent helsepersonell er sammenfallende med de kravene som også helsepersonell stiller til egen kompetanse i det utfordrende palliative feltet (Arnaert & Wainwright, 2009). Selv i den palliative fasen er det et sterkt behov for informasjon, dialog og oppfølging (Sinclair, Beamer, Hack, McClement, Bouchal, Chochinov & Hagen, 2016), noe som kan vise seg gjennom behov for kontakt med helsepersonell fra førstelinjetjenesten som pasientene kjenner fra den kurative fasen. Det er viktig at den palliative omsorgen er planlagt, at det er gjort klare avtaler og at det finnes nok helsepersonell med tilstrekkelig kompetanse (Brogaard, Jensen, Sokolowski, Olesen & Neergaard, 2011).

Faglig kompetanse og erfaring, blant annet innen kommunikasjon, er viktige faktorer for å støtte den palliative pasienten og fremme mulighetene for at pasienten kan ha mest mulig hjemmetid i den palliative fasen (Hunstad & Svindseth, 2011; Rögenes et al., 2013). Mest mulig hjemmetid vil i stor grad være avhengig av at helsepersonell i hjemmetjenesten er åpne for å ta de utfordrende samtalene. Døden, det å ha omsorg for en døende pasient, kan utfordre sykepleierens eget avklarte eller uavklarte forhold til liv og død. Det skal mot til for å tåle andres lidelse ved å være nærværende. Derimot vil manglende mot kunne bidra til avstand, utrygghet og lidelse (Appelin, Brobäck, & Berterö, 2005; Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007; Bergdahl, Wickström & Andershed, 2007; Danbolt & Nordhelle, 2012).

En ny metasyntese konkludere med at kreftpasienter strever etter å leve meningsfylt mens de venter på å dø, og at religion kan spille en viktig rolle når de skal forsones seg med døden (Willing & Wirth, 2018). Å forstå pasientens opplevelse av palliasjon og å ha kompetanse på å imøtekomme individuelle behov er viktig, men krevende for helsepersonell. Det er derfor bruk for mer forskning som gir innblikk i og forståelse av pasientens egen opplevelse av palliativ omsorg.

Hensikten med denne fenomenologiske studien var å beskrive hvordan hjemmeboende kreftpasienter opplevde sin livssituasjon i den palliative fasen, for å øke kunnskapen om hva som kan bidra til god palliativ omsorg. Forskningsspørsmålet var: Hvordan opplever hjemmeboende kreftpasienter sin livssituasjon i den palliative fasen?

Metode

Design

Studien har et utforskende kvalitativt design med individuelle dybdeintervjuer. Giorgi (2009) sin deskriptive fenomenologiske forskningsmetode ble brukt for å få kunnskap om pasientenens livssituasjon i den palliative fasen. Fenomenologi handler om den subjektive opplevelsen av et fenomen. Det er mennesket som konstituerer virkeligheten, ikke omvendt (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2006:7). Husserl regnes som grunnleggeren av moderne fenomenologisk tenkning (Giorgi, 2009). Han mente at et fenomen eksisterer i folks bevissthet, og at det bare kan forklares ut fra perspektivet til de som har opplevd det.

Utvalg

Rekruttering av deltakere ble gjort i samarbeid med ansvarlig ledelse i Kreftforeningen i to fylker. Åtte hjemmeboende pasienter med avsluttet kurativ behandling ble rekruttert. De var i ulike livsfaser og fikk palliativ behandling, kun én hadde sporadisk kontakt med hjemmesykepleien. Tidsaspektet for gjenværende levetid var usikkert å anslå. Tre av deltakerne var aleneforsørgere med små barn, to var gift og hadde små barn, to var i nye forhold og hadde voksne barn, og en av deltakerne var gift og hadde voksne barn. Seks var kvinner, og to var menn, og de var i alderen 35–63 år. Alle deltakerne var norskspråklige, syv var etnisk norske, og én hadde innvandrerbakgrunn.

Datainnsamling

Deltakerne kunne selv velge hvor intervjuene skulle gjennomføres. Seks av intervjuene ble gjennomført hjemme hos deltakerne, ett intervju ved en poliklinikk ved et sykehus og ett intervju på et møterom på et universitet. Forskningsintervjuene skulle åpne opp for spesielle områder av erfaring uten å påvirke deltakerne til å gi uttrykk for spesielle detaljer som forskeren søker etter (Giorgi, 2009:123).

Det ble brukt en intervjuguide med tre overordnede temaer. Det første temaet var en beskrivelse av hvordan deltakerne opplevde å være i den palliative fasen. Hensikten var å få frem deres historie, deres behov og deres lengsler, samt drømmer og håp i denne fasen. Dette ledet naturlig over på de to neste temaene, som var hvilke utfordringer de opplever med å være i den palliative fasen, og egne beskrivelser av hva som bidrar til gode dager. Oppfølgende spørsmål slik som: «Kan du fortelle mer om det?» og «Hva gjorde det med deg?» ble brukt avhengig av hvordan intervjuene forløp. Intervjuene ble tatt opp og varte fra 40–84 minutter (gjennomsnitt 59 minutter), og datamaterialet ble transkribert ordrett direkte etterpå. Lydfilene ble oppbevart på en passordbeskyttet datamaskin ved universitetet inntil analysen var gjennomført.

Analyse

Datamaterialet ble analysert i tråd med Giorgi (2009:137) sin deskriptive fenomenologiske analyseprosess. Først leste vi alle åtte intervjuene sammenhengende for å danne oss en helhetsforståelse, så identifiserte vi meningsdannede enheter (tabell 1). Innholdet i de meningsdannede enhetene ble transformert fra et hverdagspråk til et mer sykepleievitenskapelig språk. Beskrivelsene fra deltakerne ble endret fra første person til tredje person. Betydningen av de meningsdannede enhetene ble så sammenfattet for hvert intervju, og fellestrekkene i alle åtte intervjuer ble identifisert. Fellestrekkene dannet en generell beskrivelse av fenomenet. Ervervet innsikt og forståelse fra deltakerne ble satt inn i en større sammenheng, og på denne måten kan beskrivelsene av fenomenene overskride deltakernes egen umiddelbare formulering av opplevelsen av palliasjon. I følge Giorgi (2009) er målet å beskrive essensen av fenomenet uten å tolke.

Tabell 1 Praktiske eksempel på analyseprosess

Meningsenhet	Transformert til sykepleievitenskapelig språk og sammenfattet meningsenhet	Tema
De skal jo ha en mor – ikke sant. Jeg vet jo at de vil klare seg godt, og at de har jo en snill far og alt det der – han er så snill. Det er det verste. Ja, det er det. Jeg har spilt mange tårer på det uten at det hjelper (Nr. 5).	Pasienten vet at barna vil klare seg godt fordi de har en snill far når hun er borte, men hun gråter mye over følelsen at de ikke vil ha en mor lengre.	Den belastende følelsen av å svikte de nærmeste
Jeg er redd for å få tilbakefall og redd for å dø. [...] Det er faktisk litt kjipt bare det å være jente – sånn utseendemessig – uten vipper og bryn og håret i en tupp. Det er ganske mange utfordringer i løpet av dagen. [...] Jeg føler at det alltid er noe. [...] Jeg synes hver dag er en lidelse. [...] Jeg griner noen tårer hver dag for et eller annet (Nr. 4).	Pasienten er redd for å få tilbakefall og for å dø. Det er vanskelig å oppleve utseendemessige forandringer som følge av sykdommen. Det er mange utfordringer i løpet av dagen, og pasienten synes hver dag er en lidelse.	Utfordringen med å håndtere hverdagens krav

Forskningsetikk

Etiske prinsipper innen klinisk forskning (Beauchamp & Childress, 2001) ble fulgt med godkjennelse fra Regional etisk komité og Norsk samfunns-

vitenskapelig datatjeneste. Et skriftlig informasjonsbrev og skjema for informert samtykke ble gjennomgått med hver enkelt informant før vedkommende underskrev samtykket. Forskeren som gjennomførte intervjuene var sykepleier og hadde lang erfaring med temaet. Denne erfaringen ble brukt til å ivareta deltakernes integritet, tatt i betraktning at dette er en svært sårbar gruppe.

Funn

De fire temaene vil bli presentert gjennom deltakernes beskrivelser. Det er opplevelser knyttet til: å leve med usikkerhet og uforutsigbarhet om fremtiden, å føle seg sett og hørt i møte med helsepersonell og medmennesker, den belastende følelsen av å svikte de nærmeste og utfordringen med å håndtere hverdagens krav. Tallene bak sitatene viser til nummer på deltakerne.

Å leve med usikkerhet og uforutsigbarhet om fremtiden

Deltakerne opplevde at etter den «trygge» kurative fasen hvor de ble fulgt opp med prøver, undersøkelser, samtaler og behandling, var de nå i større grad blitt overlatt til seg selv og sin egen usikkerhet. En sa: «*Help yourself – på en måte*» (6). Manglende oppfølging ble beskrevet som «alenetid». Deltakerne beskrev det som krevende, og det skapte usikkerhet i hverdagen. De uttrykte også usikkerhet om utfallet av diagnosen og om hvordan de selv ville klare å følge opp sin egen helse. De hadde forståelse for at de var i den palliative fasen og at døden nærmet seg. En fortalte: «*Jeg vet at døden er nær. To til tre år igjen å leve – er sagt for seks måneder siden. Så er du bare overlatt til deg selv? Det er jo altfor mye for et menneske*» (4). Det å være alene i denne fasen opplevde flere som krevende. Å leve i uforutsigbarheten ble beskrevet som vanskelig, men likevel viktig. En sa: «*Jeg får ikke kurerende behandling, men livsforlengende behandling. Likevel lever jeg i håpet om at kreften skal forsvinne. Den tanken får ingen ta fra meg*» (5).

Flere av deltakerne la vekt på at de søkte til troen. Troen opplevde noen som støttende i en vanskelig situasjon. Gjennom troen beskrev flere at håp og styrke for dagen og dagene ble skapt. En sa: «*Jeg har en tro som bærer meg gjennom alt. Det er en nåde jeg får lov til å leve i – som har blitt konkret disse årene*» (6). Ordene kunne søkes enten i relasjon med andre, eller alene sammen med sin Gud. Ordene som ble talt gjennom troen ga flere av informantene kraft og styrke.

Å føle seg sett og hørt i møte med helsepersonell og medmennesker

Deltakerne mente at det å bli sett, hørt og «være kjent» var viktig. En uttrykte: «*Det er vanskelig å begynne å snakke med folk som ikke vet noe om meg. Jeg har jo hatt kreft i lang tid*» (1). Flere beskrev at de hadde angst: «*Angsten var vond – angsten er vond*» (2). Angsten ble beskrevet som vond og kom spesielt snikende på kvelds- og nattestid. En sa: «*Jeg kan legge handa på henne og bare kjenne at hun ligger der – om natta når jeg er våken. Det gjør godt! – Stille gråt*»

(7). Behovet for samtale overskygget behovet for sovemedisin. Det å bli lyttet til og respektert mente de skapte trygghet og tillit. Det å vite at noen hadde tid til samtale var viktig. En sa: «*Jeg trengte samtale, for jeg var alene. Jeg trengte det veldig – og de hadde ikke tid*» (2).

Deltakerne trakk frem at det kunne være en stor belastning å holde tanker, usikkerhet og redsel for seg selv. Flere beskrev at de gjennom gråt opplevde å få bearbeidet og «få ut» noe av sin sårhet: «*... jeg griner noen tårer hver dag*» (5). De opplevde at det i etterkant ble lettere å gå videre i hverdagen. De vektla at helsepersonell tok seg tid til samtale, for å skape trygghet og beskrev en forventning om at helsepersonell var mer tilstedeværende og så hele mennesket, også angsten og usikkerheten. En nevnte: «*De har vist omsorg slik at mine dager har gått lettere. Dersom det er noe kan jeg bare ringe – så har de tid til meg*» (4).

Flere av deltakerne sa at det skapte angst, frustrasjon og sinne når venner, familie og helsepersonell trampet over med sine spørsmål, kommentarer og refleksjoner. Det ble beskrevet som energitappende. «*Hun kan grave så dypt – spesielt om hvordan jeg har det psykisk. Det gjør kjempevondt*» (5). Det å anvende uforstandige ord eller å trå over private grenser var med på å øke lidelsen, ifølge deltakerne. En nevnte at utsagn slik som: «*Jeg skal selvsagt hjelpe deg hele veien. Jeg vet at dette er en vanskelig situasjon*» (4) skapte respekt, trygghet og lindring.

Den belastende følelsen av å svikte de nærmeste

I den palliative fasen av livet opplevde deltakerne at relasjonen til de nærmeste ble mer intens og nær. En sa: «*Små ting får større verdi – som den gode samtalen med barn, mann og venner*» (8). Opplevelsen av å påføre sine nærmeste en ekstra belastning som de ikke hadde kontroll over ble trukket frem. Spørsmålet om de sviktet sine nærmeste ved ikke å kunne bli frisk, ble av flere beskrevet som overveldende. Bekymringer rundt barn som pårørende ble uttrykt som nærmest utholdelig. En sa: «*Det eneste jeg tenkte på, var ungene. Det var bare ungene – hvordan skal alt gå – det var det eneste som kvernet i hodet mitt*» (2). Det ble beskrevet som smertefullt å måtte fortelle barna at de kom til å miste sin mor. Spørsmål som hele tiden meldte seg, var: «*Hvor skal de være når jeg er på sykehus?*», «*Hvem tar seg av dem?*», «*Hvordan takler de situasjonen?*» og «*Hva skjer med dem når jeg er død?*» (2).

Den største bekymringen med tanke på fremtiden for deltakerne var ikke det at de skulle dø, men opplevelsen av å skulle svikte dem en er glad i. Det opplevdes vanskelig å ikke kunne love at en skulle bli frisk, og å måtte ta avgjørelsen om å avslutte behandling.

Dialog og samtale mellom pasientene, helsepersonell og pårørende, også med barn, ble beskrevet som nødvendig. En fortalte: «*Mamma har vært med meg flere ganger når jeg har hatt behandling. Hun kan snakke med legen og sykepleieren min. Hun får gode samtaler med de om situasjonen. De er veldig flinke her. Jeg kunne ikke fått bedre behandling*» (5). De ga uttrykk for at de ønsket at pårørende var tilstede ved undersøkelser og behandling. En sa: «*Ungene har vært med. Jo mer de vet og får sett, dess mer forstår de. Det blir ikke så skummelt da. Lidelsen for de blir mindre. Når deres lidelse blir lindret, så blir også min lindret*» (5). Å være med var viktig for å unngå fantasier og redusere angst. De mente at det også kunne skape en åpning hvor en lettere kunne snakke om livet, døden og tiden etter døden. De opplevde at det kunne bidra til en forståelse om at de ikke sviktet sine nærmeste.

Viktigheten av samspillet mellom pasientene og pårørende kom tydelig frem. En sa: «*Jeg hadde ikke klart meg uten henne. Stille gråt*» (7). Noen uttrykte det så sterkt at de opplevde det som smertelindring å vite at de hadde noen som var glad i dem. De beskrev at dette ga trygghet og hadde en lindrende effekt: «*Å ha noen å ringe til – når du trenger hjelp. Det lindrer jo problemet på en måte*» (8).

Utfordringen med å håndtere hverdagens krav

Kampen i hverdagen beskrevet av deltakerne var ikke nødvendigvis relatert til selve kreftsykdommen med smerter og ubehag, men indirekte til alt de ikke mestret på grunn av sin livssituasjon. En deltaker sa: «*Hver dag en lidelse*» (2). Mange beskrev en uro for alt som skulle vært gjort: «*Hvordan mestre de daglige gjøremål?*», og «*Hvordan klare å gi barna en trygg hverdag?*» var spørsmål de strevde med. For å mestre utfordringene opplevde deltakerne at det var en hjelp i å kunne forholde seg til én ting av gangen. «*Jeg har som regel seks lapper som jeg kaller 'bokser'. Jeg lar den som plager meg mest ligge fremme for å jobbe med den. Problemet blir mindre, og jeg blir fornøyd. Men det koster energi*» (4). Uansett hvilken strategi de valgte uttrykte de at det tappet krefter, noe de opplevde som mangelvare.

Deltakerne trakk også frem økonomi som en kamp i hverdagen på følgende måte: «*Økonomien er en lidelse. Det er en kjempebelastning og en bekymring*» (5). Hverdagen hadde fått et nytt innhold. Mange hadde gått fra et yrkesaktivt liv til å være sykmeldt og arbeidsufør. Noen valgte å avslutte sitt arbeidsforhold på bakgrunn av diagnose, prognose og hjemmesituasjon. Dårlig økonomi på grunn av sykdom opplevdes som en unødvendig tilleggslidelse for mange. I denne sammenheng ble saksbehandling og ventetid trukket frem som avgjørende forhold. Når saksbehandlingstiden var over, var det kanskje for seint. Midt i en alvorlig sykdomsfase var det mye som måtte tas stilling til, planlegges og jobbes gjennom. En sa: «*Hva kan jeg gjøre? Hvem kan jeg kontakte? Jeg orker det ikke*» (5). Utfordringene ble beskrevet som komplekse, og de var både fysiske, sosiale og juridiske.

Hverdagen ble av flere beskrevet som kontinuerlig jobbing med seg selv for å leve i nuet: «*Benytte dagen – ikke gjøre all verdens, men kjenne at du er her, og at det gjør godt*» (8). De vektla å konsentrere seg om «livsveien», om den var kort eller lang: «*Nå er det viktigste for meg å se fremover – videre, liksom. Det å se livsveien min på en litt annerledes måte enn det jeg gjorde før*» (2). I dette arbeidet understreket de hvor viktig det var å kjenne at de tok kontroll over hverdagen, kunne trekke frem tidligere gode erfaringer og ha det godt med seg selv. Noen av ga uttrykk for at kreftdiagnosen hadde skapt en kraft som de ikke trodde var mulig. De opplevde seg sterkere, så ting på en annen måte og så hva som var viktig og mindre viktig. Deltakerne trakk frem ulike forhold som var viktige for å mestre hverdagen. De syntes det var viktig å ha noen å snakke med, noen å være åpne sammen med som en kunne stole på. Det ble fremhevet at det var godt å kunne leve de alminnelige hverdagene. En sa: «*Det å gå inn i en butikk med fine ting – se på interiør, se på fine klær, eller gå på en kunstutstilling. Det har vært viktig. Samle på gode opplevelser*» (6). Betydningen av slike dager ble vektlagt for å kunne mestre kampen i hverdagen.

Diskusjon

Hensikten med denne fenomenologiske studien var å beskrive hvordan hjemmeboende kreftpasienter opplevde sin livssituasjon i den palliative fasen, for å øke kunnskapen om hva som kan bidra til god palliativ omsorg.

Å leve med usikkerheten og uforutsigbarheten om fremtiden var naturlig nok en utfordring for pasientene. Å få en alvorlig kreftdiagnose oppleves som et sjokk. I metaanalysen til Willig & Wirth (2018) beskrives situasjonen som et traume som også inkluderer eksistensiell engstelse. Prognose, symptomer, kurativ og palliativ behandling påvirker hvordan fremtiden kan planlegges. Deltakerne i studien ga uttrykk for et ønske om å leve så normale dager som mulig og kunne være hjemme lengst mulig. Økt livskvalitet i den palliative fasen er nært knyttet til forutsigbarhet (Johansson et al., 2006; Hunstad & Svindseth, 2011), og til tross for at det er beskrevet som utfordrende, ønsker mange kreftpasienter å dø hjemme med sine nærmeste rundt seg (Bell, Somogyi-Zalud & Masaki, 2010; Gomes et al., 2013; Burge, Lawson, Johnston, Asada, McIntyre & Flowerdew, 2015; Rønsen & Jacobsen, 2016). Forutsetningen er at både pasienten og pårørende kan få den hjelpen de har behov for, uansett når det måtte være på døgnet (Hunstad & Svindseth, 2011).

For å unngå ensomhet, utrygghet, angst og smerte i den palliative fasen uttrykker deltakerne i denne studien et sterkt behov for opplevelse av forutsigbarhet og økt kontakt med helsevesenet. Pasientene uttrykker at opplevelse av forutsigbarhet og trygghet er nært knyttet til vissheten om at de blir ivaretatt av profesjonelt helsepersonell. For å kunne yte optimal palliasjon må helsepersonell ha høy faglig kompetanse (Helsedirektoratet, 2015a, b; Slåtten, Fagerstrøm, & Hatlevik,

2010). Kunnskap knyttet til palliativ omsorg og palliativ behandling hos helsepersonell vil kunne forbedre pasienters opplevelse av palliativ omsorg. Helsepersonell med høy kompetanse vil kunne se pasientens og pårørendes behov i den palliative fasen og på den måten bidra til økt forutsigbarhet (Slåtten et al., 2010).

Det å ha en tro, et religiøst håp, var viktig for noen i denne studien. Åndelig omsorg må ta utgangspunkt i pasientens livssyn. En tidligere studie konkluderte med at det er viktig at helsepersonell er åpne for, og kan identifisere ulike behov (Leenderts, 2014). Tidligere studier har også vist at religion kan spille en viktig rolle for mennesker i den palliative fasen (Willig & Wirth, 2018). Den psykososiale omsorgen har vist seg å være viktig (Bainbridge, Giruparajah, Zou & Seow, 2017). Omsorgsfulle og støttende omgivelser for pasienten og pårørende er viktig i hjemmebasert palliativ omsorg og betydningsfullt både for samfunnet, for helsepersonell, for pårørende og for pasienten (Akiyama, Hirai, Takebayashi, Morita, Miyashita, Takeuchi, Yamagishi, Kinoshita, Shirahige & Eguchi, 2016).

Deltakerne i denne studien beskrev kommunikasjon som viktig i den palliative fasen. Ord kunne oppleves som lindring, men de kunne også forårsake lidelse. En økt bevissthet rundt hvordan informasjon og kommunikasjon gjøres for mennesker i den palliative fasen kan være av stor betydning (Gjerberg, Lillemoen, Førde & Pedersen, 2015; Mack, Weeks, Wright, Block & Prigerson, 2010). Kommunikasjonen og dialogen mellom helsepersonellet og pasienten bør kvalitetssikres både for å forebygge og for å forhindre lidelse (Ventura, Burney, Brooker, Fletcher & Ricciardelli, 2014). Hva sies, hvilke ord anvendes, hvilket kroppsspråk har helsepersonell og hvor mye informasjon gis til hvilke tidspunkt er av stor betydning for pasienten (Wallace, 2001). De ekte samtalene skjer i øyeblikket, og det er her helsepersonell har en viktig oppgave. Samtalene hvor svarene blir til underveis er en måte å beskrive det på (Brudal, 2015). Der kommunikasjonen, både verbalt og nonverbalt, anvendes bevisst i møte med pasienten, vil det kunne ha en positiv innvirkning på pasientens situasjon (Rohde, Kersten, Vistad & Mesel, 2017).

Deltakerne i denne studien opplevde at relasjonen til de nærmeste ble mer intens og nær i den palliative fasen. På samme tid var det en belastning for dem å se at også de nærmeste led på grunn av kreftsykdommen. Pasientene beskriver at det er en fortvilelse og en skyldfølelse i den lidelsen de opplever å påføre sine nærmeste ved å være syk og ikke kunne bli frisk. Det kan virke som om denne opplevelsen er mer fremtredende når de er i sitt eget hjem og ikke i institusjon. Lidelsen kan ha sammenheng med at pårørende i hjemmet opptrer både som omsorgspersoner og som pårørende (Appelin et al., 2005). Pasienten opplever at pårørende påtar seg en stor rolle. De har ikke selv overskudd lengre til å følge

opp på ulike arenaer slik som tidligere. De merker at de pårørende er delaktig 24 timer i døgnet for deres skyld (Appelin et al., 2005:321).

Et vesentlig forhold for å redusere pasientens skyldfølelse kan være at pårørende – også barn – deltar ved undersøkelser, oppfølging og informasjonsmøter. Gjennom en åpen dialog kan deltakelsen bidra til å skape en felles forståelse av situasjonen. En åpen samtale mellom pasient, pårørende og helsepersonell som tar for seg livet, døden og tiden etter døden. Den åpne samtalen er svært ofte preget av sterke følelser og mye gråt. En trygg palliativ fase vil styrkes gjennom at pårørende trekkes med i omsorgen. Dette kan være positivt både for pasient og pårørende (Brudal, 2014; Benkel et al., 2014; Moir et al., 2016).

Når livet går mot slutten, ser en ofte at perspektivet endrer seg. Livet blir mer intenst (Rønsen & Jakobsen, 2016). Dette kom også til uttrykk hos deltakerne i denne studien, som vektla det å kunne leve i nuet. I den palliative fasen er perspektivet i mye større grad her og nå. Det dreier seg om å være til stede i sitt eget liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Samtidig finnes det et håp i det å legge vekt på nuet. Det gjelder å gjøre det maksimalt, kjenne at en er her, og at en lever. Pasienter i den palliative fasen viser oftest stor grad av realisme sammen med håp og pågangsmot. På tross av at de kjenner sin diagnose og sin prognose, ønsker de å få lov til å leve i håpet om at kreften skal forsvinne (Solano, Gomes da Silva, Soares, Ashmawi & Vieira, 2016). Det er en tanke som ingen har lov til å ta fra dem (Servan-Schreider, 2010). Håpet er en av de viktigste drivkreftene i mennesket, og det er viktig at håpet ikke forsvinner i smerten (Benzein, Norberg & Saveman, 2001). Kampen i hverdagen som deltakerne beskriver kan knyttes til flere forhold. Det kan være smerte, psykisk lidelse, opplevelse av manglende mestring i hverdagen, bekymring for fremtiden og økonomiske konsekvenser. På tross av alle bekymringene i hverdagen viser det seg at palliativ omsorg mottatt i eget hjem har en fremmede faktor for den «normale» hverdagen (Willig & Wirth, 2018).

Studiens kvalitet og videre forskning

Førsteforfatter var intervjuer, transkriberte alle intervju og gjorde analysearbeidet i studien. To forskere gikk gjennom analysene og arbeidet sammen om temaene, samt gikk gjennom sitatene og samarbeidet om skriving av manuset. Det er med på å styrke funnenes troverdighet at en og samme person har vært med på hele prosessen, og at forskerne har samarbeidet i utviklingen av teamene for å øke kvaliteten til resultatene av studien. Forfatterne var ikke i kontakt med deltakerne før selve intervjusituasjonen og hadde heller ikke hatt noen relasjon til dem tidligere. Slik kunne de ikke påvirke hvem som sa seg villig til å bli intervjuet.

Bruk av Giorgi sin deskriptive fenomenologiske forskningsmetode forutsetter at forskere beskriver deltakernes opplevelser uten å tolke ut fra egne opplevelser

(Giorgi, 2009). Forfatterne er sykepleiere, og en av disse har flere års erfaring innen palliativ omsorg. Det har vært høy bevissthet rundt at forskernes vitenskapelige forhåndskunnskap om palliasjon var satt i parentes. Bruk av åpne spørsmål bidro til at deltakerne kunne beskrive selv det de opplevde som viktig, og analysearbeidet ble ferdigstilt før det ble gjort grundigere litteratursøk om temaet. Det er få norske studier som handler om palliative pasienters opplevelsesverden, men forfatterne har søkt i internasjonal forskning og vurdert denne studiens funn opp mot den internasjonale forskningen. Det styrker studiens validitet at funnene i denne studien i stor grad samsvarer med funn i lignende studier. I studien er det et begrenset antall deltakere, men de har ulik bakgrunn, alder og livssituasjon, noe som styrker overførbarheten av kunnskapen fra studien.

For å oppnå målet om et godt og nært helsetjenestetilbud er det avgjørende at helsepersonell har høy kompetanse til å behandle kreftpasienter i den palliative fasen. Å utvikle mer kunnskap om hvordan helsepersonell mestrer å være i møtet med den døende pasienten og dens pårørende er sentralt i videre forskningsarbeid (Angelo, Egan & Reid, 2013). Fordi lindrende omsorg har som mål at både pasienten og familien skal oppleve velvære, omsorg, trygghet, nærhet og kjærlighet, blir spørsmål om hvordan pårørende på en best mulig måte kan mestre hverdagen også viktig i videre arbeid.

Avslutning

Opplevelsene av uforutsigbarhet, viktigheten av å føle seg sett og hørt, følelsen av å svikte de nærmeste og å være i en kamp i hverdagen var pasientens opplevelse av situasjonen oppsummert. Deltakernes historier beskrev deres behov, lengsler, drømmer og håp i den palliative fasen. Historiene til deltakerne beskrev sårheten, varheten og kampen de levde i. Det ble beskrevet som en lidelse å se smerten de opplevde å påføre sine nærmeste. Det å måtte se fortvilelsen i blikket til de nærmeste, og bare å kunne trøste uten å lindre, opplevdes vondt. Deltakerne ga uttrykk for fortvilelse og redsel for å dø fra dem de var glade i. På samme tid som sårheten og lidelsen kom til uttrykk, ga de uttrykk for at det var viktig å kunne leve her og nå, ikke i fortiden og heller ikke i fremtiden. De ønsket å være mer til stede i livet, være mer rolige og mer harmoniske. Historiene reflekterte også behovet for mer informasjon, oppfølging og tilstedeværelse i dialog med helsetjenesten.

Litteratur

Akiyama, M., Hirai, K., Takebayashi, T., Morita, T., Miyashita, M., Takeuchi, A., Yamagishi, A., Kinoshita, H., Shirahige, Y. & Eguchi, K. (2016) The effects of community-wide dissemination of information on perceptions of palliative care, knowledge about opioids, and sense of security among

- cancer patients, their families, and the general public. *Supportive Care in Cancer*, 24(1), 347–356. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2788-4>
- Angelo, J. K., Egan, R. & Reid, K. (2013) Essential knowledge for family caregivers: a qualitative study. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(8), 383–388. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2013.19.8.383>
- Appelin, G., Brobäck, G. & Berterö, C. (2005) A comprehensive picture of palliative care at home from the people involved. *European Journal of Oncology Nursing*, 9(4), 315–324. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2004.11.001>
- Arnaert, A. & Wainwright M. (2009) Providing care and sharing expertise: reflections of nurse-specialists in palliative home care. *Palliative & Supportive Care*, 7(3), 357–364. <https://doi.org/10.1017/S1478951509990290>
- Bainbridge, D., Giruparajah, M., Zou, H. & Seow, H. (2017) The care experiences of patients who die in residential hospice: A qualitative analysis of the last three months of life from the views of bereaved caregivers. *Palliative & Supportive Care*, 16(4), 421–431. <https://doi.org/10.1017/S147895151700058X>
- Beauchamp, T.L. & Childress J.F. (2001) *Principles of biomedical ethics*, 5th ed. Oxford: Oxford University Press.
- Bell, C. L., Somogyi-Zalud, E. & Masaki, K.H. (2010) Factors associated with congruence between preferred and actual place of death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(3), 591–604. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.07.007>
- Benkel, I., Wijk, H. & Molander, U. (2014) Challenging Conversations with Terminally Ill Patients and Their Loved Ones: Strategies to Improve Giving Information in Palliative Care. *SAGE Open Medicine*, v. 2, 1–8. <https://doi.org/10.1177/2050312114532456>
- Benzein, E., Norberg, A. & Saveman, BI. (2001) The meaning of the lived experience of hope in patients with cancer in palliative home care. *Palliative Medicine*, 15(2), 117–126. <https://doi.org/10.1191/026921601675617254>
- Bergdahl, E., Benzein, E., Ternstedt, BM., Elmberger, E. & Andershed, B. (2013) Co-creating possibilities for patients in palliative care to reach vital goals – a multiple case study of home-care nursing encounters. *Nursing Inquiry*, 20(4), 341–351. <https://doi.org/10.1111/nin.12022>
- Bergdahl, E., Wickström, BM. & Andershed, B. (2007) Esthetic abilities: a way to describe abilities of expert nurses in palliative home care. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), 752–760. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01658.x>
- Blomberg, K. & Sahlberg-Blom, E. (2007) Closeness and distance: a way of handling difficult situations in daily care. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 244–254. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01503.x>
- Boer, D., Hofstede, JM., de Veer, AJE., Raijmakers, NJH. & Francke, AL. (2017) Relatives' perceived quality of palliative care: comparisons

- between care settings in which patients die. *BMC Palliative Care*, 16(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0224-x>
- Borstrand, I. & Berg, L. (2009) Nærstående erfarenheter av ett palliativt hemsjukvårdsteam. *Vård i Norden*, 29(4), 15–19. <https://doi.org/10.1177/010740830902900404>
- Brogaard, T., Jensen, AB, Sokolowski, I., Olesen, F. og Neergaard, MA. (2011) Who is the key worker in palliative home care? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 29(3), 150–156. <https://doi.org/10.3109/02813432.2011.603282>
- Brudal, L. H. (2014) *Empatisk kommunikasjon*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Burge, F., Lawson, B., Johnston, G., Asada, Y., McIntyre, PF. & Flowerdew G. (2015) Preferred and Actual Location of Death: What Factors Enable a Preferred Home Death? *Journal of Palliative Medicine*, 18(12), 1054–1059. <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0177>
- Danbolt T. & G. Nordhelle. (red.) (2012) *Åndelighet – mening og tro. Utfordringer i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Giorgi, A. (2009) *The Descriptive Phenomenological Method in psychology*. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.
- Gjerberg, E., Lillemoen, L., Førde, R. & Pedersen, R. (2015) End-of-life care communications and shared decision-making in Norwegian nursing homes – experiences and perspectives of patients and relatives. *BMC Geriatrics* 15(1): 103. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0096-y>
- Gomes, B., Calanzani N., Gysels, M., Hall, S., Higginson, I.J. (2013) Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliative Care*, 15;12:7, 1–13. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-12-7>
- Helsedirektoratet (2015a) *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*, utgitt: 03/2015, publikasjon nr. IS-2285. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf>
- Helsedirektoratet (2015b) *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt – å skape liv til dagene*. Rapport nummer: IS-2278 Hentet fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport_hdir_palliasjonsrapport_160315.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018) *Leve med kreft Nasjonal kreftstrategi (2018–2022)*. Hentet fra Statsministerens kontor (no) https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1eec38940888a589ec86d79da20/regjeringens_kreftstrategi_180418.pdf
- Hoare, S., Morris, Z. S., Kelly, M. P., Kuhn, I. & Barclay, S. (2015) Do Patients Want to Die at Home? A Systematic Review of the UK Literature, Focused on Missing Preferences for Place of Death, *Plos One*, 10 (11) <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142723>

- Hunstad, I. & Svindseth M. F. (2011) Challenges in home-based palliative care in Norway: a qualitative study of spouses' experiences. *International Journal of Palliative Nursing*, 17(8), 398–404.
<https://doi.org/10.12968/ijpn.2011.17.8.398>
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Kristoffersen, L. (2006) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*, 3. utgave. Oslo: Abstrakt forlag.
- Johansson, C. M., Axelsson, B. & Danielson, E. (2006) Living with incurable cancer at the end of life-patients' perceptions on quality of life. *Cancer Nursing*, 29(5), 391–399.
- Larsen, I. K. (Editor-in-chief) (2015) *Cancer in Norway 2015. Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*, Hentet fra: https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2015/cin_2015.pdf
- Leenderts, T. A. (2014) *Person og profesjon. Om menneskesyn og livsverdier i offentlig omsorg*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mack, J.W., Weeks, J.C., Wright, A.A., Block, S.D., Prigerson, H.G. (2010) End-of-life discussions, goal attainment, and distress at the end of life: predictors and outcomes of receipt of care consistent with preferences. *Journal of Clinical Oncology*. 28:1203–8.
<https://doi.org/10.1200/JCO.2009.25.4672>
- Moir, C., Roberts, R., Martz, K., Perry, J. & Tivis, L. (2015) Communicating with Patients and Their Families about Palliative and End-of-Life Care: Comfort and Educational Needs of Nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 21, (3), s. 109–112.
<https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.3.109>
- NOU 2017:16 (2017) *På liv og død*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/ed91baf5d25945b1a0b096c0ce376930/no/pdfs/nou201720170016000dddpdfs.pdf>
- Rohde, G., Kersten, C., Vistad, I. & Mesel, T. (2017) Spiritual Well-being in Patients With Metastatic Colorectal Cancer Receiving Noncurative Chemotherapy A Qualitative Study. *Cancer Nursing*, 40(3), 209–216.
<https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000385>
- Rossi, S., Baili, P., Capocaccia, R., Caldora, M., Carrani, E., Minicozzi, P., Pierabbunzio, D., Santaquilani, M., Trama, A., Allemani, C., Belot, A., Buzzoni, C., Lorez, M. & De Angelis, R. (2015) The EURO CARE-5 study on cancer survival in Europe 1999–2007: Database, quality checks and statistical analysis methods. *European Journal of Cancer*, 51(15):2104–19. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2015.08.001>
- Rögenes, GK., Moen, A. & Grov, EK. (2013) Heimesjukepleiarens perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen, *Klinisk Sygepleje*, 27(1), 65–76.
- Rønsen, A. & Jakobsen, R. (2016) *Å fullføre et liv: omsorg for døende og de som står nær*, 1. utgave. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Servan-Schreider, D. (2010) *Kreft & «Terrenget» ditt*, Oslo: Arneberg.
- Sinclair, S., Beamer, K., Hack, T. F., McClement, S., Bouchal, S. R., Chochinov, H. M., & Hagen, N. A. (2016) Sympathy, Empathy, and Compassion: A

- Grounded Theory Study of Palliative Care Patients Understandings, Experiences, and Preferences. *Palliative Medicine*, 2016, 1–11. <https://doi.org/10.1177/0269216316663499>
- Slåtten, K., Fagerstrøm, L. & Hatlevik, O. E. (2010) Clinical competence in palliative nursing in Norway: The importance of good care routines. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(2): 80–6. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2010.16.246753>
- Solano, J.P.C., Gomes da Silva, A., Soares, I.A., Ashmawi, H. A. & Vieira, J. E. (2016) Resilience and Hope during Advanced Disease: A Pilot Study with Metastatic Colorectal Cancer Patients. *BMC Palliative Care*, 15 (1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s.12904-016-0139-y>
- Sørhus, G.S., Landmark, B.Th. & Grov, E.K. (2016) Ansvarlig og avhengig – Pårørendes erfaringer med forestående død i hjemmet. *Klinisk Sygepleje*, 02 (30), 87–100. <https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2016-02-03>
- Utne, I., Miakowski, C., Paul, S.M. & Rustøen, T. (2013) Association between hope and burden reported by family caregivers of patients with advanced cancer. *Support Care Cancer*. 21(9):2527-2535. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1824-5>
- Ventura, A.D., Burney, S., Brooker, J., Fletcher, J. og Ricciardelli, L. (2014) Home-based palliative care: a systematic literature review of the self-reported unmet needs of patients and carers. *Palliative Medicine*, 28(5), 391–402, <https://doi.org/10.1177/0269216313511141>
- Wallace, P. (2001) Improving palliative care through effective communication. *International Journal of Palliative Nursing*, 7(2), 86–90. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2001.7.2.8919>
- Willig, C. & Wirth, L. (2018) A meta-synthesis of studies of patients' experience of living with terminal cancer. *Health Psychology*, 37(3), 228–237. <http://dx.doi.org/10.1037/hea0000581>

Nordiske sundhedsfremmende perspektiver på ældre menneskers deltagelse og tryghed¹

Marianne Mahler, Anne Clancy, Aud Johannessen, Johanne Lind, Anne Liveng, Anneli Sarvimäki, Bettina Stenbock-Hult og Nina Simonsen

Marianne Mahler, Dr.PH., Institut for filosofi og læring, Aalborg University, Copenhagen, Danmark, Marianne_mahler@godmail.dk

Anne Clancy, professor, PhD., UiT Norges arktiske universitet, Institutt for helse- og omsorgsfag, Campus Harstad, Norge

Aud Johannessen, professor, Dr.PH., Universitet i Sørøst Norge, Campus Vestfold, Norge

Johanne Lind, lektor, cand mag, MPH, Københavns Professionshøjskole, Institut for Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelserne, Danmark

Anne Liveng, Associate Professor, Ph.D., Roskilde Universitet, Danmark

Anneli Sarvimäki, PhD, Äldreinstitutet, Finland

Bettina Stenbock-Hult, överlärare emerita, PhD, Nylands svenska yrkeshögskola Arcada, Finland

Nina Simonsen, Ph.D. Folkhälsan Research Center, and Department of Public Health, University of Helsinki, Finland

Abstract

Demographic changes and the growing elderly population in Scandinavia provide an incentive to study Health Ageing in the Nordic Countries. The chosen Nordic perspective takes into account commonalities and differences in socio-economic status, welfare systems, gender, history and culture. It also involves focusing on the health of individuals and populations. The Nordic perspective and the authors' understanding of health and health promotion provide a backdrop for the essay. The authors are part of the Nordic Health Promotion Network (NHPRN), which is grounded in an ethics of health and well-being. This understanding highlights key values such as participation, justice and equality (freedom from discrimination), autonomy (independence). The authors focus mainly on the importance of participation and on the older person's sense of security in this paper. We seek answers to what prevents and in which way Healthy Ageing can be promoted in the Northern countries. Concepts such as discrimination, retirement, dementia, nursing

¹ Artiklen er en bearbejdning og videreudvikling af en samling working papers. Stenbock-Hult B, Sarvimäki A. (red.) Healty Ageing. Nordiska perspektiv på äldres hälsa och främjande av äldres hälsa. Arcada Working Papers 2/2016.

<http://dx.doi.org/10.7557/14.5176>



© 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.

home residents' access to nature and the elements, and the importance of relationships are illuminated.

Keyword/Nøkkelord:

Healthy Ageing; Nordic Countries; security; participation

Healthy Ageing; Nordiske lande; tryghed; deltagelse

Referee*

Introduktion

Befolkningen i de nordiske lande bliver ældre. Mellem 1990 og 2013 øgedes den forventede livslængde mellem 6 og 8 år. Andelen af personer over 80 år er for nærværende 4,8 % i Norden og den forventes at stige til 8,6 % frem til 2040. Samme udviklingstendens kan ses over hele Europa, hvor andelen af personer, der er fyldt 65 år forventes fordoblet fra 2010 til 2050. For tiden er andelen af personer over 65 år sammenlignet med andelen af 29-64-årige noget højere i Norden end i det øvrige Europa (EuroHealthNet, 2015; Haagensen, 2014).

Den voksende andel af ældre motiverer til opmærksomhed på ældres sundhed som et sundheds- og samfundspolitisk mål. Sundhed er vigtigt for de ældre selv, for at de skal kunne leve et så godt liv som muligt. Endvidere er det vigtigt for samfundet og samfundsøkonomien. En inkluderende samtale forudsætter at også ældre har mulighed for at deltage, eller som det udtrykkes i Verdenssundhedsorganisationen (WHO, 2016b) 'We are determined to leave no one behind....'. Også med tanke på samfundets økonomiske sammenhængskraft er det væsentligt at ældres behov for intensiveret omsorg kommer så sent i livet som muligt. Derfor har både Den Europæiske Union (EU) og World Health Organization (WHO) fremført sundhed og et aktivt ældreliv som centrale mål.

Termen Healthy Ageing lanceredes i et EU-projekt 2004-2007 hvor det defineres på følgende måde: 'Healthy Ageing is the process of optimising opportunities for physical, social and mental health to enable older people to take an active part in society without discrimination and to enjoy an independent and good quality of life' (The Swedish National Institute of Public Health, 2006:16).

Definitionen fremhæver centrale værdier som deltagelse, retfærdighed og ligestilling (frihed fra diskriminering), autonomi (selvstændighed). Healthy Ageing er fokus for WHO's (2016a) arbejde i forhold til ældre i årene 2015 – 2030. Begrebet erstatter det tidligere Active Ageing (WHO, 2002) og baserer sig på de samme

værdier og udgangspunkter. Active Ageing fremhæver også tryghed, samt retningslinjer for sundhedsfremme og ret til sundhed.

I dette essay vil vi fokusere på deltagelse og tryghed som centrale værdier i Healthy Ageing. Deltagelse indgik som central værdi i EU's oprindelige definition (The Swedish National Institute of Public Health, 2006). Senere blev den fremhævet af WHO (2016b) som et vigtigt element i en bæredygtig udvikling. Eftersom deltagelse indebærer at de ældre kan være aktive i samfundet uden at blive diskriminerede, kan man sige at deltagelse rummer både autonomi og retfærdighed. Ældres ret til tryghed blev understreget allerede for 20 år siden af De Forenede Nationer (FN) (United Nations 1999) og indgik i Active Ageing. Da diskriminering medfører utryghed, kan man sige at tryghed, på samme måde som deltagelse, indbefatter retfærdighed.

Deltagelse kan inddeles i socio-kulturel, intellektuel og emotionel. At være socio-kulturelt deltagende indebærer at have mulighed for at være aktiv i samfundet og i kulturlivet: at kunne tage beslutninger, deltage i samfundspolitik eller i organisationslivet og påvirke beslutninger, der berører ens egen livssituation. Dette forudsætter et tilgængeligt miljø. Der kræves for eksempel at trafikløsninger tager hensyn til ældre, at der findes bænke at hvile på og at gaderne er tilgængelige om vinteren. Intellektuel deltagelse betyder at ældre skal have mulighed for at bidrage med viden, erfaringer og refleksioner. Ældre skal kunne indgå i dialog dels for at blive informerede, dels for selv at bidrage med synspunkter. At muliggøre emotionel deltagelse indebærer at gøre det muligt for ældre at føle sig respekterede og involverede i sammenhænge samt at udtrykke deres følelser i relation til andre (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2008).

Forenede Nationer (FN) (United Nations, 1999) siger at ældre bør have mulighed for at leve i miljøer som er trygge og som kan tilpasses ældres præferencer og foranderlige kapacitet. At leve i tryghed indebærer også ikke at blive udnyttet af andre eller blive udsat for psykisk misbrug. Dertil kommer at ældre bør have adgang til sociale og juridiske tjenester, som kan styrke deres autonomi, beskyttelse og omsorg. Det som FN betoner, er den ydre tryghed. Den indre tryghed bygger på en følelse eller fornemmelse. Følelsen af tryghed kan indebære at man har tiltro til sig selv og sine evner til at klare sig i hverdagen. Den kan også indebære at man stoler på sine omgivelser og føler sig sikker i sit miljø, både det sociale og det fysiske (Andersson, 1984; Sarvimäki & Stenbock-Hult, 1996).

Formålet med dette essay er at undersøge de sundhedsfremmende værdier i forståelsen af Healthy Ageing i en nordisk kontekst ved at fremhæve deltagelse og tryghed. Vores undersøgelse går ud fra to spørgsmål:

Hvad er det som forhindrer Healthy Ageing (deltagelse og tryghed)?

På hvilken måde kan Healthy Ageing (deltagelse og tryghed) fremmes?

Vi søger svar på disse spørgsmål ved at undersøge holdninger til alderdom og aldring på samfundsniveau og i forestillingerne om overgangen fra arbejdsliv til pensionistliv. Det øgede antal ældre vil medføre en voksende gruppe med forskellige sundhedsproblemer og funktionsevnededsættelser. Det vil være en udfordring med tanke på Healthy Ageing. Personer med demenssygdom er en sådan gruppe, derfor gransker vi denne gruppe nærmere. Derefter udforsker vi forudsætningerne for Healthy Ageing på plejehjem. Trods det at de fleste ældre bor og vil blive ved med at bo i deres egne hjem, kan svigtende helbred og funktionsevne gøre, at mange kommer til at leve de sidste år på plejehjem. Til slut gransker vi hvordan Healthy Ageing kan fremmes i lokalsamfundet.

Det er vigtige problemstillinger for alle, der beskæftiger sig med ældreområdet. Særligt vil dog social-, sundheds- og omsorgsuddannede kunne få glæde af vores refleksioner.

Hvor der refereres til empirisk forskning og interviews er de forskningsetiske regler respekteret og overholdt.

Syn på at blive gammel

Aldersdiskrimination

Alderdom beskrives ofte med en forfaldsretorik med fokus på fysisk og mental forringelse (Nielsen, 2010). Denne retorik har sneget sig ind i den almene opfattelse af alderdom og er blevet til en forfaldsideologi, der kollektivt er internaliseret af mange både unge og gamle. Det er i dag udbredt at anvende udtryk som ”ældrebyrde” når gruppen af ældre omtales. De holdes ofte ansvarlige for økonomiske kriser og ungdomsarbejdsløshed og bliver derved ofre for desperate projiceringer, som kan fremsættes straffrit af såvel sundhedsprofessionelle som politikere. I modsætning til for eksempel race- og kønsdiskrimination rammer aldersdiskrimination først senere i livet og derved kan mennesker være mere uforberedte og sårbare

På trods af den såkaldte ”demografiske tsunami” (Lundgren, 2013) af ældre, synes de ikke meget i offentligheden. Sociale- og trykte medier kredser om den ungdommelige og tjekkede krop og strør om sig med socialt konstruerede stereotyper vedrørende den gamle krop.

Mange ældre har modstridende holdninger til ældrelivet. På den ene side udviser de distance fra andre ældre, som de opfatter som skrøbelige og ældre end dem selv, og nyder at have og vise at de selv har, et aktivt og indholdsrigt liv. På den anden side, så ved de, at de selv engang bliver som dem, de oplever som gamle, og oplever derfor angst og sårbarhed i forhold til aldring og død. På den måde bekræfter de samfundets og de kulturbårne aldersdiskriminerende fordomme. Der findes ikke en enkelt sandhed om ældre. Det er netop, når den enkeltes individualitet negligeres at aldersdiskrimination opstår (Lund & Engelsrud, 2008).

Ældre mennesker, som er udsat for vedvarende diskrimination og stereotypisering, altså stigmatisering, risikerer at udvikle dårlig mental sundhed, nedsat oplevelse af well-being, stress og kronisk sygdom som for eksempel hjerte-kar-sygdomme. De er i risiko for ubevidst at internalisere denne stigmatiserende opfattelse af alderdom og kan forandre både deres adfærd, identitet og selvtillid, hvilket kan få stor betydning for deres oplevelse af indre og ydre tryk og kræfter til at være aktive deltagende i deres liv som unikke subjekter og som samfundsborgere. (Allen, 2015; Goffman, 1990). Kvinder oplever sig oftere mere utrygge end mænd. Negative stereotyper om alderdommen hindrer italesættelse af individuelle følelser og oplevelser og fremmer derved oplevelsen af utrykthed blandt ældre (Hoff, 2006). De fleste selvmord i Danmark sker blandt ældre mennesker og selvmordsraten stiger i takt med stigende alder. For kvinders vedkommende sker stigningen fra 60-årsalderen og for mænds fra 70-årsalderen (Jensen & Konieczna, 2015). I de ældre interviewpersoners fortællinger om krop, aldring og fysisk aktivitet (Hoff 2006), kommer angsten for forfaldet og ønsket om at leve op til det stereotype billede af succesfuld aldring til udtryk i form af personernes deltagelse i fysisk aktivitet. Men strategien kan virke som en boomerang, idet det derved kan blive vanskeligere for dem at leve med de funktionstab, som, på trods, rammer de fleste.

Kan humanistisk aldringsforskning belyse ældre menneskers forestillinger og visioner om hvad der fremmer Healthy Ageing – deltagelse og trykthed?

Forestillinger om overgangen fra arbejde til pensionistliv

Overgangen fra arbejdsliv til livet som pensionist symboliserer en indtræden i det sene liv og kan medføre psykiske, identitetsmæssige og eksistentielle udfordringer (Erikson & Erikson, 1998; Fristrup & Munksgaard, 2009; Goodwin & O'Connor, 2012).

Forskningsprojektet ”Exploring Life Transitions in Old Age through a Visual Matrix” belyser betydningen af indre trykthed for oplevelsen af emotionel, socio-kulturel og intellektuel delagtighed (The Joint Committee for Nordic Research Councils in the Humanities and Social Sciences (NOS-HS) 2014-15). Empiri blev

produceret gennem metoden Visual Matrix: en psykodynamisk inspireret gruppe metode, der udforsker det emotionelle og affektive. Gennem associativ tænkning fremkaldes personlige og kollektive forestillinger, der grundet følelsesmæssige tyngde rutinemæssigt udelukkes fra hverdagens bevidsthed og kommunikation (Froggett, Manley & Roy, 2015). Der refereres ikke primært til sanset erfaring, men til kulturelle billeder af aldring (Liveng et al., 2017). Forestillingerne kan fortælle om belastninger forbundet med aldring, som kan påvirke ældres mentale sundhed negativt. De følgende citater stammer fra workshoppen, der omhandlede overgangen fra arbejde til pensionistliv. Fjorten kvinder og en mand deltog. Deltagerne var hovedsagligt 50-65 år og stadig aktive på arbejdsmarkedet (Liveng, 2019).

Karakteristisk var en vekslen mellem forestillinger om håb og muligheder og forestillinger om angst og tab. Overgangen markerede indgangen til alderdommen - tærsklen til den velfungerende ”3. alder” men samtidig indeholdende ”4. alders” forfald (Laslett, 1991). Gennemgående temaer var: a) frygt for passivitet kontra længsel efter at ”lade stå til”, b) angst for tab af individualitet og synlighed kontra glæde over nye muligheder, og c) fortvivlelse over det individuelle livs slutning kontra håb for de kommende generationers liv.

Billedet ”den dybe lænestol” returnerer i flere udformninger under matrixen, med modsatrettede konnotationer. Lænestolen associeres med tryghed og ro – og med opslugning og passivitet. Indledningsvis repræsenterer lænestolen en angstfyldt forestilling: *”Jeg forestiller mig, at jeg sidder i en stor brun lænestol. Stor, stor, stor pude og jeg er lige ved at drukne i den. Der er jeg. Sidder. Jeg tænker, at denne overgang handler om at blive gammel og i disse dage er jeg meget bange for, at jeg vil miste min forstand. At jeg vil blive opslugt af ... Alzheimers eller demens. (...). Fordi nogle af mine venner er i den situation. Og jeg synes det er så skræmmende og uhyggeligt. (...) Er dette, hvad det er at øh, nu er vi lukket ude af samfundet, ude af livet.”*

Senere associeres lænestolen med hygge og ro, da en deltager erindrer sine besøg hos bedsteforældrene, hvor hun får læst historier siddende på bedstemors skød.

Lænestolen repræsenterer frygten for tilstande af væren, der nærmer sig døden: at forsvinde ud af det sociale fællesskab, miste forstand og individualitet, men også en kravløs tilstand af tryghed. At drukne i lænestolen beskriver en angst for at blive fanget af ukontrollable kræfter. Som demensen frygtes at sluge hjernen, sluger lænestolen i forestillingen personens krop og handlekraft. De angstfyldte dimensioner af transitionen hænger, som de udtrykkes i billedet, sammen med angst

for passivitet og afmagt, for isolation og tab af socialt liv og betydning. Senere bearbejdes visualiseringen til at indeholde en længsel efter samme passivitet.

Billedet "de grå hjelmes hær" afspejler en ambivalent forestilling om ældre kvinder som identitetsløse. I higen efter at skjule deres aldrende krop. Samtidig fremkom en vredesfyldt bevidsthed om at tilhøre denne gruppe: *"Hver gang jeg ser en gruppe som denne, når jeg er på museum eller vandrer i bjergene, føler jeg mig frustreret (...) alle disse kvinder med gråt eller farvet hår og alle deres tørklæder om halsen og deres briller, røde briller, du ved, for ikke at se for gammel ud, jeg synes det er synd for dem og jeg tænker, at jeg aldrig vil være ligesom dem. Og nu er jeg her."*

Visualiseringen cirkledede om identitet som ældre. Hvem blev man? Hvordan kunne man fortsat blive genkendt som unikt subjekt? Vreden over at tilhøre en forestillet ens masse fremstod afmægtig: at skille sig ud var umuligt. Senere forestillinger antydede, at de grå hjelmes hær havde skjulte muligheder, for eksempel kulturelle oplevelser, andre ikke havde tid til at nyde.

Centralt i visualiseringerne stod spørgsmålet om individualitet og samhørighed. Her afspejles samtidige opsplittede diskurser om ældre mennesker som enten "det grå guld", sunde, rige og i færd med at realisere deres potentialer; eller som en "ældre tsunami", der på grund af sygdom og funktionsnedsættelser er en udgift for samfundet. Overgangen til pensionistlivet repræsenterede en indgang til ukendte tilstande, hvor indre tryghed er udfordret og hvor det frygtes, at emotionel, social og intellektuel delagtighed mistes. Samtidig viser forestillingerne, hvor væsentlig oplevelsen af delagtighed er.

Visualiseringerne fortæller om mentale udfordringer, der er forbundet med aldring og som kan hindre Healthy Ageing. Deltagerne forestillede sig ikke pensionistlivet som en tryk periode. Tværtimod var angsten for at blive ramt af sygdom, særligt sygdom der medfører kognitive funktionsnedsættelser, central. Identitetstab forbundet med alder kunne føre til eksklusion og manglende autonomi. Det er tænkevækkende, at de fire værdier: deltagelse, tryghed, autonomi og retfærdighed mest af alt glimrede ved deres fravær.

Angsten for sygdom og funktionsnedsættelser kan ses som eksistentiel. Samtidig kan forestillingerne også tolkes i et samfundsperspektiv. Deltagerne forventer ikke et samfund, der kan integrere svækkede ældre eller tilbyde disse et meningsfuldt liv. Forestillingerne peger på overgangen til det sene liv som en voldsom udfordring, som et aktivitetsdyrkende samfund ikke er i stand til at afhjælpe, noget som kan være en hindring for Healthy Ageing.

At leve med en demenssygdom

I den vestlige verdens befolkning har vi bedre sundhed og sundhedstjenesterne er blevet bedre, noget som igen har ført til længere levealder og dermed større fremkomst af demenssygdomme (Alzheimers disease Report, 2016). Nyere studier som denne af Satizabal et al. (2016) viser at incidensen af demenssygdomme er på vej ned i lande med højere indkomst. I dette afsnit vil vi belyse hvordan demenssygdom kan påvirke deltagelse og tryghed hos de som rammes.

For at kunne tilrettelægge muligheder, så personer med demenssygdom kan fremme egen sundhed gennem deltagelse, fordrer det at tryghed er omdrejningspunkt. I denne sammenhæng har (WHO, 2012) lagt vægt på at demenssygdomme må prioriteres i de offentlige sundhedsvæsen. Det understreges også i Alzheimer disease Report (2016).

Personer som rammes af en demenssygdom, er ofte i god fysisk form, lever et aktivt liv og er deltagende i samfundet på forskellige arenaer, men som konsekvens af den progredierende sygdom vil personen med en demenssygdom møde store udfordringer. Der vil være brug for særlige tiltag for at personen kan opretholde tryghed i en fortsat deltagelse i at fremme egen sundhed (Johannessen & Møller, 2013).

For at optimere behandlingen for personer med demenssygdom, så egen sundhed kan blive varetaget, er det vigtigt med indsigt og forståelse af hvordan det er at leve med en demenssygdom. En oversigtsartikel af Spreadbury og Kipps (2017) viser at personer med en demenssygdom i høj grad kan sætte ord på egne behov. De oplever også ændringer i kognition og funktionsniveau/-evne, og de bruger forskellige strategier for at håndtere og mestre situationer. Studier viser at personer med demenssygdom kan opleve sorg, isolation og stigmatisering. Artiklen har fokus på yngre personer med demenssygdom, men en demenssygdom hos personer over 65 år viser sig sandsynligvis på samme måde, bortset fra at familierne er i en anden fase i livet (Engedal & Haugen, 2018). Dette indebærer at de fleste ældre med en demenssygdom og deres pårørende er pensionister og ikke har mindreårige børn boende hjemme (Haugen, 2012).

Denne viden indebærer at de som selv har sygdommen må få mulighed for at blive hørt ligesom der må være rum for selvbestemmelse når der tilrettelægges aktiviteter og at disse er trygge (Johannessen & Möller, 2013; Mayrhofer et al., 2017; Spreadbury & Kipps, 2017). Deres meninger vil bidrage til øget træfsikkerhed i udformningen og gennemførelsen af både generelle og individuelle sundhedstjenestetilbud, og give personer med demenssygdom generel mulighed for at påvirke og bestemme over eget liv. At leve med demenssygdom indebærer for mange at de

må kæmpe med sig selv om omgivelserne for at bevare værdighed ved deltagelse i aktiviteter hvor tryghed også er i fokus. Personer med demenssygdom kan let føle sig overset og opleve at de ikke bliver regnet med eller taget med i beslutninger (Griffin, Oyebode & Allen, 2015; Rostad, Hellzen & Enmarker, 2013). Denne viden er vigtig at tage hensyn til for at bistå til at opretholde og fremme sundhed hos personer med demenssygdom gennem tryk deltagelse.

Personer med en demenssygdom ønsker at blive behandlet som andre mennesker, og at deltage sammen med ligesindede (Beattie et al., 2004). Personer med en demenssygdom – som mennesker flest – er optaget af at have noget at gøre og at have noget at gå til. De har behov for at udføre aktiviteter, fordi de ikke længere kører bil og ikke alle mestrer at benytte offentlig transport. I mange sammenhænge er de afhængige af andre for at kunne være trygge ved deltagelse i disse aktiviteter (Johannessen & Möller, 2013). Det at opretholde holdepunkter og forankringer til omgivelserne og andre mennesker er noget af kernen i det som skaber meningsfuldhed i menneskers liv (Buber, 1927).

Økonomiske konsekvenser som følge af sygdommen er også beskrevet som vanskelig af mange, specielt yngre personer (Gibson, Anderson & Acocks, 2014). Disse konsekvenser indebærer at det er vigtigt at tilrettelægge tryghed knyttet til den økonomiske situation.

Værdier - betydning af natur og relationer i livet på plejehjem

At blive syg og gammel kan medføre at skulle flytte til et plejehjem. Her skal det gerne være muligt at deltage på alle livets områder, også i naturen og i relationer, kendte som ukendte. Ottawa Chartret (WHO, 1986) fastslår at sundhed skabes der hvor mennesker lever, elsker, arbejder og leger. Det er kulturelt betinget hvilke sansepåvirkninger der har haft betydning. Den første del af dette afsnit vil handle om naturens betydning i en nordnorsk kontekst. Sidste del af afsnittet vil fokusere på at relationer som familie, venner, kæreste, naboer bliver delagtige i den ældres dagligdag på plejehjem, da det er betydningsfuldt for hvordan livet fortsætter i den sidste tid af livet.

Naturens betydning for den nord-norske plejehjemsbeboer

Tryghed i alderdommen kan indebære retten og friheden til at opleve natur-elementerne. Adgang til betydningsfulde steder kan give rodfæste og eksistentiel mening (Bachelard, 1994). Den nord norske filosof Meloe (1995) skriver om ydmyghed, interesse og forståelse for hvad et sted og tilgang til elementerne kan betyde for et menneske. Steder rummer elementerne. Det nordlige menneske lever i

pagt med naturen og må forholde sig til naturelementerne. Det kan være vekslende vinde, havstrømme og bølger, nysne og søle, såvel som mørketid og midnatssol.

Med udgangspunkt i denne forståelse er det let at begribe stedets og naturens betydning for ældre menneskers sundhed, tryghed og velbefindende. Plejepersonale må have forståelse for denne tænkning. Ældre mennesker på et plejehjem skaber ikke identitet gennem projekter eller aktiviteter. Verden og aktionsradius er snævret ind. Det kan give en frihedsoplevelse at deltage i naturaktiviteter. Det kan gøres ved at plejepersonalet tilrettelægger naturoplevelser eller inspirerer til samtaler som fremkalder erindringsbilleder. Mennesker kan skabe billeder, der transporterer dem væk fra en ellers trang tilværelse. Det er nærliggende at forstå tryghed som en skærmet tilværelse på plejehjemmet beskyttet fra vejr og vind. Det kan siges at sted er tryghed og rum er frihed (Tuan, 1977). Plejehjemmet kan være det hjem ældre syge mennesker tilbringer deres sidste år. Livet indendørs vil være reguleret af rutiner. Lysforhold og temperatur vil være kontrolleret og forudsigeligt. De vejrmæssige omskiftelser og kontrasterne kan blive usynlige. Neutralisering af vejrforhold kan give tryghed, men det kan også fjerne stimulerende elementer. Vigtige rammer kan blive borte for fiskeren og jægeren som har levet og risikeret et helt liv ude i naturens elementer. Interviews med ældre mennesker på nord norske plejehjem og deres opfattelser af faldhændelser giver indsigt i dristige fortællinger om at leve i nord (Clancy et al., 2015). Det findes et nord norsk mundheld 'å ha vært ute en vinterdag før'. Mennesker på plejehjem har redet mange storme af og været ude mange vinterdage før til trods for dårligt helbred nu. Bachelard (1994) skriver om koblingen mellem steder (naturen) og det intime (det som giver livsmod). Det handler om at være åben overfor hvad steder kan betyde for den enkeltes livsmod.

At tilbringe dagene beskyttet fra elementerne kan give en 'taget for givet' tryghed for den gamle fisker, men samtidig frarøve ham oplevelsen af at komme hjem i tryk havn. Deltagelse i naturen behøver ikke at kræve de store ressourcer. Sanser som smag, lugt, syn og hudkontakt kan give tilgang til naturelementerne. Huden kan være en kilde til erfaring. At stå lige udenfor plejehjems døren i haglvejr og mærke hvordan det prikker og slår i ansigtet kan give en stærkere sanselig erfaringsoplevelse end at række hånden ud gennem en dørsprække for at tjekke om der er nedbør. Men selv det er bedre end at se gennem vinduesglas og få besked fra plejepersonalet at det er frygteligt vejr udenfor. Plejehjemmet kan blive et meningsfuldt sted hvis vi opretholder og fremmer dets betydning som et sted at være, et sted at bevæge sig ud fra, og et sted at returnere til. Det kan kræve mere personale at følge den gamle ud for at mærke nordenvinden, få hagl i håret, lade sneen smelte på hånden eller til og med på tungen. Samtidig kan sådanne korte ture frembringe en følelse af at deltage i livet og en glæde over at være på et trygt sted.

Plejhjemmet vil være et godt sted, hvis det forstærker og ikke frarøver livsmod. Med tanke på en øget ældre befolkning, migration af flygtninge og trange økonomiske tider vil det være vigtigt at fremme stedet og naturens betydning i folkesundhedsforskning, - uddannelse og praksis. Opmærksomhed på steders betydning for sundhed og velbefindende vil anerkende et vigtigt værdigrundlag som vil kunne fremme tryghed, deltagelse, det vil være i tråd med principperne for Healthy Ageing.

Beboere, familien og netværkets deltagelse i livet på plejehjem

Det kan også blive afgørende for relationerne med familie, venner og bekendte at de ældre flytter på plejehjem. At være den/de betydningsfulde nærmeste er en sårbar relation i transitionen fra eget opbyggede hjem til det nye, der skal skabes i en institutionel ramme. Hjemmet er følelser og substans ligesom det også omfatter trivsel og sociale relationer (Heidegger, 2007; Mahler et al., 2014) men det nye hjem er anderledes reguleret, da det også er en arbejdsplads for sundhedspersonale. Kickbusch (2015) fremhævede, at ældre menneskers livsperspektiv ofte bliver medkonstituerende, når den dominerende medicinske diskurs omkring risiko-forebyggelse kommer ind i hjemmet. Den pårørende er en person, der er knyttet til den ældre og betragtes i det sundheds professionelle perspektiv ikke som person i sig selv. Personen ses i forhold til hvordan plejhjemmet ønsker pårørende skal bidrage og være en ressource for både den ældre og institutionen (Bilfeldt, Jørgensen & Mahler, 2012). For et ældre menneske vil der ofte være flere nærtstående personer i forskellige situationer. At blive pårørende kan således ændre relationen mellem den ældre, der flytter på plejehjem og den betydningsfulde anden/ de betydningsfulde andre. Det kan ensrette og indskrænke de personlige relationer. For at den ældre kan opleve tryghed og meddelagtighed i hverdagen i den nye kontekst er de menneskelige bånd til den tidligere fase i livet essentielle.

Ofte er det ikke kun de ældre, der flytter på plejehjem der er kommet op i årene, men også de nærtstående kan være ældre med de muligheder og begrænsninger, som alderen kan medføre. Ikke desto mindre er det ægtefæller og især voksne børn, der er de, der bidrager med mest hjælp og omsorg til de gamle familiemedlemmer når de bor hjemme, og når de flytter til beskyttede vilkår (Ulmanen, 2015).

At familie, venner, netværk deltager i den livsomstilling, det er at flytte og bo på plejehjem er afgørende for en ældres oplevelse af tryghed og om det kan lykkes at skabe en kontekst, hvor livet som det levedes, kan fortsætte, og hvor den ældre har lyst til og mod på at deltage i nye fællesskaber. Indflytning kan være overvældende, og meget tyder på at familierne gør hvad de kan, for at få det bedste ud af den situation, der ikke altid er det mest ønskelige for de involverede (Davies & Nolan,

2003). At have kendte ansigter omkring sig bidrager til at den ældre kan få indrettet sig med bekendte artefakter, og opleve støtte til at udvikle evne til trygt at kunne klare sig i nye omgivelser.

Hvordan hverdagen, de daglige rutiner og relationer etableres er vigtige for hvordan livet lykkes, og hvordan relationer kan opretholdes og forandres i takt med hvordan livssituationerne udvikler sig. Harnett (2010) har beskrevet hvordan magt-strukturerne kommer til udtryk, og således påvirker hvordan ældre og deres netværk kan være sammen, stadig bevare selvstændighed, integritet og deltage i livet indenfor og udenfor plejehjemmets rammer. Det kræver en særlig organisatorisk årvågenhed og måske også et opgør med tidligere tiders paternalistiske tankegang i de sundhedsprofessionelles uddannelser at samarbejde med de ældre, der bor på plejehjem og deres pårørende. Det fordrer respekt for værdighed og integritet, og det fordrer at medarbejdere behersker sundhedspædagogiske metoder, så alle parter trygt kan bevare kontrollen over eget liv (Andersen & Bilfeldt, 2010) vedligeholde og styrke funktionsevner. En sådan opmærksomhed hindrer eksklusion af gamle mennesker fra fællesskab.

De rammer, det kan foregå under, må være transparente. Det indebærer beskrivelse af det formelle demokrati/ de formelle indflydelsesstrukturer og de mere uformelle måder, hvorpå den ældre, familie, venner og netværk kan deltage i dagligdagen på plejehjemmet og i nærsamfundet uden unødige restriktioner (Persson & Wästerfors, 2009). Ældreomsorgen i den nordiske velfærdssamfund har bevæget sig fra det individuelle til at være familieorienteret (Grøn, 2016).

At muliggøre et sundhedsfremmende nærsamfund for ældre

Nærsamfundet har en afgørende rolle i at opretholde og fremme de ældres fysiske, sociale og mentale sundhed. Sundhed, velbefindende og funktionsevne er afhængig af menneskers indre ressourcer og af faktorer i det omgivende miljø samt interaktionen mellem de to (WHO, 1986; 2016a).

I dette afsnit vil vi fokusere på faktorer som muliggør et sundhedsfremmende nærsamfund med udgangspunkt i tryghed og deltagelse. Vi tager udgangspunkt i aktører som har en vigtig rolle i sundhedsfremmende på lokalt niveau og på deres forudsætninger for at bidrage til et sundhedsfremmende nærsamfund.

Udgangspunktet for sundhedsfremme er ifølge WHO (1986) muligheden for at kunne påvirke de faktorer og forhold som bestemmer ens sundhed – at have en rimelig kontrol over sit liv. Også hvis man bliver afhængig af andre i de daglige aktiviteter er mulighed for kontrol og selvbestemmelse vigtig. Ekelund (2014) beskriver selvbestemmelse som den ældres formåen og frihed til at styre sin dag, sin

tid og sin krop, hvor forudsætningerne for dette blandt andet er trygge relationer, at blive set og regnet som tilregnelig, have mulighed for at kunne påvirke og føle sig involveret.

At muliggøre et sundhedsfremmende nærsamfund for de ældre, et samfund hvor forudsætningerne for selvbestemmelse i det daglige liv – såsom respekt og tryghed, deltagelse og følelsen af sammenhæng samt at være kompetent – skabes og forstærkes, kræver indsatser på forskellige niveauer. Tre centrale aktører er i følge Ottawadeklarationens handlingsstrategier (WHO, 1986) de lokale politiske beslutningstagere, helse- og sygehuspersonalet inklusiv ældreomsorgen og de frivillige foreninger.

Hvilke faktorer er det, som muliggør disse aktørers engagement i den sundhedsfremmende indsats? Forudsætningerne for sundhedsfremme kan tage afsæt i ”the multilevel health promotion model” (Rütten et al., 2000), de beskrives som værdier eller målsætninger, kompetencer eller ressourcer og muligheder (Simonsen, 2013). Gennem at forstærke og støtte disse faktorer muliggøres sundhedsfremme for de ældre i lokalsamfundet.

Værdier og målsætninger har betydning for engagement i sundhedsfremme. En klart udtalt vision om ældres sundhed i kommunens strategier, i helse- og sygehus-tjenesterne og i ældreomsorgen og i foreningerne, kan ses som udgangspunkt (Frankish et al., 2006). Visionen kan beskrives som en understregning af at udvikle aldersvenlige miljøer med speciel vægt på selvbestemmelse og deltagelse, hvilket WHO (2016a) fremfører i sine strategier, og hvor tryghed – både indre og ydre tryghed er grundlaget.

WHO (2016a) betoner også personcentreret omsorg i sundhedsvæsenet i ældreomsorgen og i tjenester, der tilpasses de ældres behov. Tilmed det psykosociale arbejdsklima vil skulle udvikles så personalet kan få betingelser for at arbejde sundhedsfremmende. Værdier i omsorgsorganisationer som støtter sundhedsfremmende arbejde, indebærer et stimulerende arbejdsmiljø hvor personalet kan anvende sin viden og færdigheder, hvor man har mulighed for refleksion, beslutninger og udvikling af kollegial støtte i at arbejde sundhedsfremmende (Simonsen-Rehn et al., 2009).

Kompetence er stærkt associeret til engagement i sundhedsfremmende arbejde. Det er vigtigt at have viden om hvilke faktorer, der betyder noget for ældres sundhed og hvordan selvbestemmelse tager sig ud i lokalsamfundet, og have forståelse for hvordan tryghed og deltagelse indvirker på sundhed. I Finland er kommunerne forpligtede til at følge befolkningens sundhed og de relaterede faktorer for hver

befolkningsgruppe. WHO (2016a) understreger specielt behovet for at udvikle relevante indikatorer. Disse kunne omfatte selvbestemmelse, integritet, værdighed og tryghed. Tilgangen til denne slags opgaver og diskussionen om dem og andre spørgsmål relaterede til fremme af ældres sundhed er en grund til udvikling af sundhedsfremmende lokalsamfund (Simonsen, 2013).

Udover værdier og kompetence er mulighederne i form af samarbejde og deltagelse en vigtig forudsætning for et sundhedsfremmende lokalsamfund for ældre. Samarbejde mellem forskellige aktører hænger sammen med større engagement i sundhedsfremmende arbejde både hvad gælder personale i sundheds- og socialtjenesterne og i de frivillige foreninger (Simonsen-Rehn et al., 2009; 2006). WHO (2016a) understreger at en multisektoriel indsats er nødvendig for at skabe ældrevenlige miljøer. Det gælder også samarbejde med det politiske niveau. Samarbejde påvirker engagement i sundhedsfremme direkte og indirekte ved at virke på udvikling af kompetencer (Rütten et al., 2000). Deltagelse – i diskussioner om ældres sundhed og sundhedsdeterminanter, og muligheden for at påvirke beslutningstagning angående disse spørgsmål i lokalsamfundet – støtter også de frivillige organisationers engagement i sundhedsfremme (Simonsen-Rehn et al., 2006). At de ældre kan deltage i foreningslivet og andre fora for at påvirke beslutninger kan støttes af lokalsamfundet.

Centrale værdier i lokalsamfundet som sundhedsfremmende arena for de ældre er deltagelse og tryghed, retfærdighed og autonomi. Mekanismerne for hvordan de forskellige aktører, også de ældre, gives mulighed for at deltage i diskussioner og beslutninger har brug for at blive udviklet, ligesom forskellige slags mødepladser for at forbedre samarbejds muligheder mellem aktører skal det. Oplevelsen af at deltage er vigtig for de ældre og deres sundhed, det er tryghed der konstituerer deltagelsen. Det muliggør selvbestemmelse og er udgangspunkt for et sundhedsfremmende og ældrevenligt nærsamfund.

Konklusion

Med afsæt i humanistisk gerontologisk forskning trådte deltagelse og tryghed frem som væsentlige sundhedsfremmende værdier i en nordisk forståelse af Healthy Ageing. Der er områder hvor disse værdier/ rettigheder er truede, hvilket hindrer Healthy Ageing. Overordnet er tendensen til aldersdiskriminering i de nordiske lande en samfundsmæssig udfordring for et værdigt ældre liv. Set i et menneskerettighedspejl er det overgangen i det sene liv, der er afgørende for sundhed, livskvalitet og den sociale inklusion. Perioden i overgangen fra arbejdsliv til pensionistliv rummer bekymring for social eksklusion og for demenssygdomme da det vil være en barriere i forhold til at bevare autonomi, værdighed og at være

deltagende i trygge rammer. Flytning på et sent tidspunkt i livet er en anden markant overgang. For at styrke denne proces og ældres velbefindende opfordres til at styrke den kulturelle sanselighed, inklusion og integration af familien og netværket i indsatsen. Det kræver økonomisk prioritering og sundhedsprofessionelle kompetencer. Ældrelev og plejehjem er ikke kontekstløse -at fortsætte med at være en del af det nære samfund er i forlængelse af Healthy Ageing tankegangen, men det kræver særlig omtanke at indrette rummelige, tilgængelige miljøer, der kan bidrage til at fremme ældre menneskers deltagelse og tryghed.

Referencer

- Allen, J. O. (2015). Ageism as a risk factor for chronic disease. *The Gerontologist*, 56(4), 610-614. DOI: 10.1093/geront/gnu158
- Alzheimer disease Report. (2016). *Improving healthcare for people with dementia*. London: Alzheimer's Disease International.
- Andersen, J., Bilfeldt, A. (2010). Aktionsforskning på plejehjem: et alternativ til new public management? *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 12(1), 67–81.
- Andersson, K. (1984). *Patienters oplevelser av trygghet och otrygghet*, Solna: Esselte studium.
- Bachelard, G. (1994). *The Poetics of Space*. Boston: Beacon Press.
- Beattie, A., Daker-White, G., Gilliard, J., & Means, R. (2004). 'How can they tell?' A qualitative study of the views of younger people about their dementia and dementia care services. *Health Social Care in the Community*, 12(4), 359-68. DOI: 10.1111/j.1365-2524.2004.00505.x
- Bilfeldt, A., Jørgensen, S. M., & Mahler, M. (2012). *Fra pres til ressource – pårørende samarbejde og psykisk arbejdsmiljø*. Aalborg: Institut for læring og filosofi: Aalborg Universitet.
- Buber, M. (1992). *Jeg og du* (2.utg.), Oslo: Cappelen.
- Clancy, A., Balteskard, B., Perander, B., & Mahler, M. (2015). Older persons' narrations on falls and falling. Stories of courage and endurance. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10(1) 26123. DOI: 10.3402/qhw.v10.26123
- Davies, S., & Nolan, M. (2003). 'Making the best of things' Relatives experiences of decisions about care-home entry. *Ageing and Society*. 23(4), 429.50. DOI: 10.1017/S0144686X03001259
- Ekelund, C. (2014). Att vara agent i sitt eget liv. Hur självbestämmande kan förstås, uppfattas och utvärderas i en kontext av hemmaboende sköra äldre personer. Doctoral dissertation. Göteborg: Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs universitet.
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2018). *Demens- Sykdommer, diagnostikk og behandling*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

- Erikson, E. H., & Erikson, J. M. (1998). *The life cycle completed: Extended Version*. New York: W. W. Norton.
- Eriksson, M. (2015). *Salutogenes: om hälsans ursprung- från forskning til praktisk tillämpning*. Stockholm: Liber.
- EuroHealthNet. (2015). *Healthy Ageing*. Hentet fra: www.healthyageing.eu.
- Frankish, C. J., Moulton, G., Rootman, I., Cole, C., & Gray, D. (2006). Setting a foundation: underlying values and structures of health promotion in primary health care settings. *Primary Health Care Research & Development*, 7(2), 172-182. DOI:10.1191/1463423606pc279oa
- Fristrup, T., & Munksgaard, M. E. (2009). Alderdommen er ikke, hvad den har været. In S. Glasdam, B. Appel Esbensen, & K. Andersen-Ranberg (Eds.), *Gerontologi: Livet som ældre i det moderne samfund*. (1., pp. 76–91). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Froggett, L., Manley, J., & Roy, A. N. (2015). The Visual Matrix Method: Imagery and Affect in a Group-based Research Setting. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*. Forum: Qualitative Social Research. DOI: [10.17169/fqs-16.3.2308](https://doi.org/10.17169/fqs-16.3.2308)
- Gibson, A. K., Anderson, K. A., & Acocks, S. (2014). Exploring the service and support needs of families with early-onset Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 29(7), 596600. DOI: 10.1177/1533317514558160
- Goffman, E. (1990). *Stigma*. New Jersey: Penguin Books.
- Goodwin, J., & O'Connor, H. (2012). Notions of fantasy and reality in the adjustment to retirement. *Ageing and Society*, 34(4), 569–589. DOI: [10.1017/S0144686X12001122](https://doi.org/10.1017/S0144686X12001122)
- Grenier, A., & Phillipson, C. (2013). Rethinking agency in late life: Structural and interpretive approaches In Baars, J., Dohmen, J., Grenier, A., Phillipson, C. (Red.). *Ageing, Meaning and Social Structure*. Bristol: Policy Press.
- Griffin, J., Oyebode, J. R., & Allen, J. (2016). Living with a diagnosis of behavioural-variant frontotemporal dementia: The person's experience. *Dementia*, 15(6), 1622-1642. DOI: 10.1177/1471301214568164.
- Grøn, L. (2016). Old age and vulnerability between first, second and third person perspectives. *Ethnographic explorations of ageing in contemporary Denmark*. *Journal of Aging Studies*, 39, 21-30. DOI: 10.1016/j.jaging.2016.09.002
- Haagensen, K. M. (2014). *Nordisk statistisk årsbok 2014*. Volume 52. Nord 2014:001. Köpenhamn: Nordiska ministerrådet. Hentet fra www.norden.org/sv/fakta-om-norden/siffror-och-statistik
- Harnett, T. (2010). *The Trivial matters. Everyday Power in the Swedish Elder Care*. Diss. *School of Health Sciences, Jönköping University 9*.
- Haugen, P. K. (2012). *Demens før 65 år, Fakta, utfordringer og anbefalinger*, Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Heidegger, M. (2007). *Væren og tid*. Aarhus: Klim.

- Hoff, M. (2006). Som en tyv om natten – Analyser af fortællinger om krop, aldring og fysisk aktivitet. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Jensen, S. G. & Konieczna, A. (2015). Selvmord i Danmark – rateudvikling for perioden 2003-2013. Faktaserien nr. 35, Center for Selvmordsforskning, Odense.
- Johannessen, A., & Möller, A. (2013). Experiences of persons with early-onset dementia in everyday life: a qualitative study. *Dementia*, 12(4), 410-424. DOI: 10.1177/1471301211430647
- Kickbusch, I. (1996). New challenges for public health. *Socialmedicinsk tidsskrift*, 5:212-16.
- Laslett, P. (1991). *A fresh map of life*. Cambridge: Harvard University Press.
- Liveng, A. (2019). Angst og håb i kvinders forestillinger om transitionen fra arbejdsliv til pensionistliv: Udforsket gennem metoden Visual Matrix. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 30. 151-173.
- Liveng, A., Ramvi, E., Froggett, L., Manley, J., Hollway, W., Lading, A., & Gripsrud, B. H. (2017). Imagining transitions in old age through the visual matrix method: thinking about what is hard to bear. *Journal of Social Work Practice*, 31(2), 155-170. DOI:10.1080/02650533.2017.1305342
- Lundgren, AS. (2013) «Et problem i systemet» - Ældre billeder i mediernes repræsentationer af den aldrende befolkning. *Gerontologi. Aldring og ældre – forskning og udvikling*, 29(1) 2013.
- Lund, A. & Engelsrud, G. (2008). "I am not *that* old": interpersonal experiences of thriving and threats at a senior centre. *Ageing & Society*, 28, 675-692. DOI:10.1017/S0144686X07006988
- Mahler, M., Sarvimaki, A., Clancy, A., Stenbock-Hult, B., Simonsen, N., Liveng, A., Ziden, L., Johannessen, A., & Horder, H. (2014). Home as health promoting setting for older adults. *Scandinavian Journal of Public Health* 42 (suppl. 15), 36-40. DOI:10.1177/1403494814556648
- Meloe, J. (1995). *Steder i Hammarn*, Tromsø, 3, s. 6-12.
<http://www.jakobmeloe.com/wp-content/uploads/2015/04/steder3.pdf>
- Nielsen, M. K. (2010). Det gode liv før døden. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 12, 51-73. DOI:10.7146/TFSS.v7i12.2956
- Persson, T., & Wästerfors, D. (2009). 'Such Trivial Matters'. How staff account for restrictions of residents' influence in nursing homes. *Journal of Aging studies*, 23(1), 1-11. DOI:10.1016/j.jaging.2007.09.005
- Rostad, D., Hellzén, O., & Enmarker, I. (2013). The meaning of being young with dementia and living at home. *Nursing Reports*, 3(1), 3. DOI: 10.4081/nursrep.2013.e3
- Rütten, A., von Lengerke, T., Abel, T., Kannas, L., Lüschen, G., Rodríguez Diaz, J. A. & van der Zee, J. (2000). Policy, competence and participation: empirical evidence for a multilevel health promotion model. *Health Promotion International*, 15(1), 35-47. DOI 10.1007/s00038-003-2118-3

- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. (1996). *Vård. Ett uttryck för omsorg*, Stockholm: Liber.
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. (2008). *Omvårdnadens etik. Sjuksköterskan och det moraliska rummet*, Stockholm: Liber.
- Satizabal, C. L., Beiser, A. S., Chouraki, V., Chêne, G., Dufouil, C., & Seshadri, S. (2016). Incidence of dementia over three decades in the Framingham Heart Study. *New England Journal of Medicine*, 374(6), 523-532. DOI: 10.1056/NEJMoal504327.
- Simonsen, N. (2013). *Health promotion in local contexts and enabling factors: A study of primary healthcare personnel, local voluntary organizations and political decision makers*. Doctoral dissertation. Helsinki: University of Helsinki, Faculty of Medicine; Publications of Public Health M 218:2013.
- Simonsen-Rehn, N., Øvretveit, J., Laamanen, R., Suominen, S., Sundell, J., & Brommels, M. (2006). Determinants of health promotion action: comparative analysis of local voluntary associations in four municipalities in Finland. *Health Promotion International*, 21(4), 274-283. DOI:10.1093/heapro/dal026
- Simonsen-Rehn, N., Laamanen, R., Sundell, J., Brommels, M., & Suominen, S. (2009). Determinants of health promotion action in primary health care: Comparative study of health and home care personnel in four municipalities in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(1), 4-12. DOI:10.1177%2F1403494808096171
- Spreadbury, J H. & Kipps,C. (2017). Measuring younger onset dementia: What qualitative literature reveals about the ‘lives experience’ for patients and caregivers. *Dementia* 1: 147130126684401. DOI: 1177/ 1471301216684401.
- The Swedish National Institute for Public Health. (2006). *Healthy Ageing – A Challenge for Europe*. The Swedish National Institute for Public Health R 2006:29. Stockholm: The Swedish National Institute for Public Health. Hentet marts 2018 fra www.healthyageing.eu/sites
- United Nations. (1999). *United Nations Principles for Older Persons*. Hentet marts 2018 fra: www.un.org/development/desa/ageing/resources/international-year-of-older-persons
- Tuan, Y. (2001). *Space and Place: The Perspective of Experience*. The University of Minnesota: Minnesota University Press.
- Ulmanen, P. (2015). Kvinnors och mäns hjälp til sine gamla föräldrar. *Socialvetenskapligt tidsskrift* 22(2), 111-132.
- World Health Organization (WHO). (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Hentet marts 2018 fra http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
- World Health Organization (WHO). (2002). *Active Ageing. A Policy Framework*. WHO/NMH/NPH/02 B. Geneva.

- World Health Organization (WHO). (2011) Global Health and aging. Acc.Who.int/ageing/publications/global health 260718.
- World Health Organization (WHO) (2012) *Dementia: A Public Health Priority*. World Health Organization and Alzheimer's Disease International. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/04.04.16
- World Health Organization (WHO). (2013). *Health Systems. Equity*. Hentet fra www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/
- World Health Organization (WHO). (2016a). *Global strategy and action plan on ageing and health (2016-2020)*.
- World Health Organization (WHO). (2016b). *Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development*.

Velferdsteknologi – fremtidens helsevesen med eller uten omsorg?

Stine Hauvik og Sofrid Vatne

Stine Hauvik, høyskolelektor, Høgskolen i Molde, stine.hauvik@himolde.no

Sofrid Vatne, professor, Høgskolen i Molde, solfrid.vatne@himolde.no

Abstract

Welfare technology – healthcare in the future with or without care?

In the future, it will be a challenge to maintain today's quality of care. Welfare technology may be a solution to reduce the expected care crisis. The public healthcare system is influenced by New Public Management ideals as "what can we afford? rather than "what are the patients' need". Questions concerning patients' rights and healthcare providers' moral obligation seem to be less important. In the discussion Martinsen criticizes that caring has become a secondary term where patients' have less power. To increase the patient's user involvement, Habermas suggests communicative discourse as a solution to the discrepancy between the public healthcare systems focus on earnings, and the patients' need for care.

Keyword/Nøkkelord

welfare technology; elderly; care; patients' participation; New Public Management; Kari Martinsen; Jürgen Habermas

velferdsteknologi; eldre; omsorg; brukermedvirkning; New Public Management; Kari Martinsen; Jürgen Habermas

Referee*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4803>



© 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.

Utfordringer i fremtidens helsevesen

Å beholde dagens standard for helsehjelp vil være en utfordring i fremtiden. Ikke bare øker andelen personer som har behov for bistand, men også mangelen på personer som kan yte helsehjelp (Nakrem & Spilker, 2014; Gautun & Øien, 2016; Gautun, Øien & Bratt, 2016). Innen 2050 vil dagens behov for personell innen helse- og omsorgstjenestene fordobles (St.meld. 47/2008-2009), og allerede i 2035 forventes det at mangelen på sykepleiere vil nå 28 000 årsverk (Gautun & Øien, 2016). Terskelen for å få tildelt sykehjemsplass øker stadig (Gautun & Hermansen, 2011), som følge av en sterk økning i antall eldre som trenger hjelp, men også på grunn av en pågående reduksjon av antall kommunale sykehjemsplasser (Gabrielsen, 2013). Vi mener det derfor vil være nødvendig med ny tenkning når det gjelder hvordan vi i årene fremover ønsker at samfunnet skal forvaltes for å møte vårt økende behov i helse- og omsorg.

Innenfor helsetjenesten er det overordnede målet å løse problemet med flere hjelpetrengende, mindre hjelpende hender og mindre økonomiske ressurser (Hofmann, 2010). Bare ett år etter «Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid» (St.meld 47/ 2008-2009), så vi tydelig at et av det offentliges satsningsområder var økt fokus på hjemmebaserte tjenester og behandling i hjemmet, i stedet for institusjonsbaserte omsorgstjenester (Brevik, 2010; NOU 11/2011). Vi opplever at vår tids rivende utvikling innenfor teknologi blir sett på som en stor ressurs når man skal løse problemet med økende mengde pasienter i sammenheng med en økende mangel på faglært arbeidskraft i helsevesenet (Helsedirektoratet, 2012; St.meld. 29/ 2012-2013; Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013). Målet er at velferdsteknologi skal bidra til å forebygge behov for økte hjemmebaserte tjenester og eventuell innleggelse i institusjon, samt å øke mestring av egenomsorg (NOU 11/2011). Velferdsteknologi blir av Hagen-utvalget definerte som: «Teknologisk assistanse som skal bidra til økt trygghet, sosial deltakelse, mobilitet og kulturell aktivitet, og styrke den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne» (NOU 11/2011:99). I tillegg mener Hagen-utvalget at velferdsteknologi skal fungere som støtte til pårørende, bidra til økt tilgjengelighet for brukeren, bedre ressursutnyttelse og god kvalitet på tjenestetilbudet.

I dette essayet reflekterer vi med bakgrunn i forskning og teori, over hvilke utfordringer en ensidig vekt på instrumentelle løsninger som velferdsteknologi, kan medføre for brukere av helsetjenesten.

Bruken av velferdsteknologi – et mål i seg selv?

Det synes å være en vanlig oppfatning at vi kan forme fremtiden gjennom god planlegging, hvor vi gjennom å forberede oss godt kan bestemme hva som skal skje i fremtiden. I vår teknologiske tidsalder ser vi det som naturlig at også

helsesektoren løfter frem velferdsteknologi som en viktig del av løsningen. Ifølge Knarvik et al. (2017) var det allerede i årene mellom 2013 og 2016 registrert over 200 pågående prosjekter i norske kommuner som omhandlet velferdsteknologiske løsninger. Forskjellige typer velferdsteknologiske løsninger lanseres nå fortløpende som et middel for å øke trygghet og skape bedre tjenester for brukere og pårørende. Samtidig poengteres det at velferdsteknologi kan gi en mer effektiv bruk av ressursene i kommunene (Helsedirektoratet, 2019). Flere pilotprosjekt innenfor velferdsteknologi indikerer imidlertid at teknologien, ofte utarbeidet av private aktører, har stort rom for forbedring; særlig innenfor brukervennlighet, men også når det gjelder feilkilder og levetid (Raustøl & Falkenberg, 2014; Nortug, Aasan & Myren, 2015; Dugstad, Nilsen, Gullslett, Eide & Eide, 2015). Vi mener at å vurdere utbyttet av velferds-teknologi kan vise seg å bli moralsk utfordrende, for eksempel hvem har mest nytte av velferdsteknologi? Er det pasienten/ brukeren som trenger bistand, den som yter helsehjelp, pårørende, og det offentlige som skal betale for tjenesten, eller er det den private industrien som selger de teknologiske løsningene som «tjener mest»? Vi argumenterer for at noen velferdsteknologiske løsninger vil gi størst utbytte for den som yter helsehjelp og det offentlige som skal betale, og ikke økt vinning eller verdighet for brukeren som burde være i fokus.

Hvis vi går til offentlig sektor, så finner vi at sektoren i hovedsak har basert seg på instrumentell formålsrasjonalitet, hvor de søker de optimale løsninger og måloppnåelser gjennom rasjonelt å vurdere konsekvenser, heller enn å stole på de spontane prosessene som karakteriseres av samhandling mellom ulike aktører (Amdam & Veggeland, 2011). Dette skjer ofte på et overordnet nivå, og ikke med hjelp av de som er nærmest problemet som skal løses. Amdam og Veggeland (2011) argumenterer også for at instrumentell formålsrasjonalitet fører til egoisme, klientifisering og fragmentering. Dette er et argument som støttes av kritikere av det nye markedsorienterte styringsidealet som ble populært på 1980-tallet: New Public Management (NPM), hvor målet for helsevesenet er et skifte fra for eksempel innbyggernes behov for gode helsetjenester, til lønnsomhet for stat og kommune (Grabowski, 2006; Vetlesen, 2010; Skogsaa, 2011). Vi reiser spørsmålet om helsetjenester skal vurderes ut ifra lønnsomhet eller kvalitet? Med bakgrunn i at formålsrasjonelle handlinger er styrt av resultatorientering, mener vi det er viktig å vurdere hvilke resultater som veier tyngst i omsorgsarbeidet.

Helse- og omsorgstjenester finansieres i hovedsak av såkalte «frie midler», som i korte trekk vil si «penger uten faste rammer for bruk». Kommunen står fritt til å fordele midlene ut ifra egne prioriteringer, så fremt de innfrir de krav de er pålagt i henhold til for eksempel innhold og kvalitet i kommunale helsetjenester (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2011). I tråd med New Public

Management, og med loven i ryggen, kan politikerne bestemme hvordan offentlige oppgaver skal løses, og de kan benytte seg av både private og eller offentlige aktører, som konkurrerer om ansvaret. Målet er «så gode resultater som mulig, så billig som mulig» (Falleth & Saglie, 2012; Harrington, Olney, Carrillo & Kang, 2012; Skogsaas, 2011; Vetlesen, 2010). Kvaliteten på helsetjenestene kan dermed leveres på et minimumsnivå av hva som lovmessig kreves av kommunen. Menon-rapporten fra 2018 (Theie, Lind, Jenssen & Skogli, 2018) slår fast at hvis Norge skal kunne møte det stadig økende behovet innenfor helse- og omsorgssektoren i årene fremover, må tjenesten bevege seg bort fra tankegangen om at sektoren er en bunnløs utgiftspost eller en salderingspost. Det satses i dag svært lite på investeringer i helse- og omsorgssektoren. Denne trenden må snus, hvis det fremtidige omsorgsbehovet skal bli møtt (Theie et al., 2018).

I Helsedirektoratets andre gevinstrealiseringsrapport (2017) for implementering av velferdsteknologi, synes omsorg å være fraværende: «Budskapet er entydig: Velferdsteknologi gir store gevinster i form av spart tid, unngåtte kostnader og økt kvalitet på tjenesten for tjenestemottaker, pårørende og ansatte» (Helsedirektoratet, 2017:7). Velferdsteknologiske løsninger skapes i stor grad av private aktører som ikke kjenner helsevesenet, brukernes, pårørendes eller de ansattes behov. De som står for utformingen av tilbudet har ingen relasjon til, eller føler omsorg for de mennesker de skaper de teknologiske løsningene for. Den såkalte «verdighetsgarantien» vedtatt i 2010 stadfester imidlertid retten til å få leve en «verdig, trygg og meningsfull alderdom» i samsvar med sine individuelle behov; vilkårlig om vi bor i hjemmet, i institusjon eller lignende (Forskrift om en verdig eldreomsorg, 2010).

Omsorg kan forsvinne i fremtidens helsevesen

En grunn til kritikken mot, og skepsisen til velferdsteknologien er at den er ment å erstatte menneskelig hjelp og nærhet i mange tradisjonelle omsorgsoppgaver (Percival & Hanson, 2006; Sparrow & Sparrow, 2006). Hvis teknologien er ment å erstatte menneskelig omsorg og kontakt, vil det være kontroversielt, noe som kan reise spørsmål om hvorvidt teknologien faktisk bidrar til velferd: Det vil si hvorvidt velferdsteknologien er egnet til å sørge for sentrale aspekter ved menneskers velferd (Hofmann, 2010).

Ifølge Martinsen, som fokuserer på omsorgsteori, har samfunnet tillat at effektivitet og produktivitet er blitt de viktigste indikatorer på kvalitet i helsevesenet. Omsorg er blitt et sekundært begrep, hvor pleien av de syke og svake i samfunnet først og fremst måles i penger brukt og penger tjent (Martinsen, 2013). Dette står i sterk kontrast til hva Martinsen (2003a:14) mener er omsorgens fundament: «Omsorg har med nestekjærlighet å gjøre, å handle mot andre som vi vil at andre skal handle mot oss».

Omsorgens relasjonelle side beskriver en samhandlende situasjon mellom pasient og sykepleier, hvor sykepleier forsøker å sette seg inn i pasientens livsverden, for å forstå pasientens behov og hvordan møte pasientens behov (Martinsen, 2003a). Når det gjelder den velferdsteknologiske storsatsningen vil kontrasten til omsorgsrasjonell tankegang gjøre seg gjeldende dersom for eksempel digitale medisindispensere erstatter brukerens ønske om omsorg i form av tilsyn og menneskelig kontakt (Kiran & Nakrem, 2017). Eldre som mangler et personlig, sosialt nettverk mister sine daglige besøk av hjemmetjenesten, og hjemmetjenesten mister sin mulighet til å daglig observere brukerens helhetlige helsetilstand. Noen vil føle lettelse over å slippe flere besøk enn nødvendig fra hjemmetjenesten, og vil omfavne de velferdsteknologiske løsningene, mens andre ønsker en hverdag hvor det er plass for både teknologi og tradisjonell omsorg, i form av hjemmebesøk (Botsis & Hartvigsen, 2008; Hofmann, 2010).

Martinsen (2013) argumenterer for at utviklingen innenfor helse- og sosialfagene har redusert kroppen til en målbar enhet; hvor man utelukker subjektiviteten til en person, og hvor man er opptatt av de objektive målinger som kan utføres. På denne måten vil kroppen befinne seg i et kontinuum, hvor den stadig «overvåkes» i henhold til hvor frisk, eller hvor syk, man blir målt til å være. Et eksempel på velferdsteknologiske løsninger som kan tilbys hjemmeboende pasienter med kroniske sykdommer i dag, er telemonitorering av vitale tegn ved hjelp av kroppssensorer. Denne måten å kategorisere en person, som enten frisk eller syk, strider imot hvordan pasientrollen oppfattes innfor et omsorgsperspektiv, at mennesket reduseres til tall (Arman, Ranheim, Rydenlund, Rytterström & Rehnsfeldt, 2015).

Vi oppfatter at det i begrepet «omsorgens moralske side» ligger en forståelse av at vi alle er avhengige av hverandre. Vi har et ansvar for de svake blant oss, og solidaritet må etterleves som et grunnprinsipp. Martinsen (2003b) hevder at å yte omsorg for noen handler også om å lære seg å håndtere den makten som gis i situasjonen (Martinsen, 2003b). Så lenge noen er avhengig av andre mennesker ligger det et maktmisforhold i bunnen av relasjonen. Maktmisforholdet kan gjøre seg svært gjeldende innenfor implementering av velferdsteknologiske løsninger: Hvem bestemmer hvilke løsninger som skal tilbys? Er løsningene tilpasset hver enkelt brukers individuelle behov? Hvor stor innvirkning har hver enkelt bruker på sin situasjon? Samtidig er det viktig at tidligere erfaring med teknologi, muligheter for opplæring, hvilket støtteapparat bruker har rundt seg, og brukers ønsker tas i betraktning (Kiran & Nakrem, 2017). Teknologien i seg selv kan bidra til at makten i situasjonen forskyves i brukerens favør i form at økt egenomsorg og mindre behov for bistand, men også gjøre brukeren avhengig av hjelpemidlene, eller føre til mindre mulighet til sosial interaksjon og medmenneskelig omsorg (Hofmann, 2010). På samme måte kan kommunens

prioriteringer av sine frie midler tvinge frem bruken av velferdsteknologi, ved å styre hvilke omsorgstilbud kommunen tilbyr.

Tanken om velferdsteknologi i eldreomsorgen utfordrer «omsorg» som et praktisk begrep, gjennom å bidra til å endre måten sykepleiefaget er ment å skulle utøves i fremtiden. Å tilegne seg, og å vise forståelse for andres behov gjennom praktisk samhandling og felles erfaringer og kunnskap, er fundamentalt for å yte omsorg (Austgard, 2010; Martinsen, 2003a). Omsorgsutøvernes forståelse vil dermed kunne settes på prøve når hele, eller deler, av omsorgsarbeidet skal erstattes av teknologiske løsninger. Forskning har vist at mye av motstanden til velferdsteknologi dreier seg om mangel på forståelse; både i når det gjelder selve utøvelsen, og hvordan man bruker teknologien rent praktisk, men også av manglende erfaringer med bruk (Chou, Chang, Lee, Chou & Mills, 2013; de Veer & Francke, 2010; Hofmann, 2010; Powell, Gunn, Lowe, Sheehan, Griffiths & Clarke, 2010;). Samtidig viser forskning at brukere av brukere av velferdsteknologi for eksempel telemonitoreringstjenester, i større grad føler økt egenkontroll og trygghet i situasjonen (Devik & Hellzen, 2012; Hofmann, 2010), hvis de i utgangspunktet er trygge i bruken av moderne teknologi, som for eksempel datamaskiner og smart telefon. Tidligere forskning viser at innføring av velferdsteknologi i omsorgstjenesten er tosidig, noe vi vil utdype nærmere gjennom forskningsresultater.

Hva har forskning avdekket?

Forskning som har undersøkt ansatte i hjemmetjenesten sine holdninger til informasjons- og kommunikasjonsbasert (IKT) velferdsteknologi har belyst et åpenbart paradoks. Til tross for liten direkte bruk av IKT løsninger, var deltakerne positive med tanke på å skulle bruke løsningene i arbeidet sitt. Hovedparten av deltakerne hadde imidlertid ikke fått tilbud om noen form for kursing eller opplæring i bruken av IKT hjelpemidler (Øyen, Sunde, Solheim, Moricz & Ytrehus, 2017). Annen forskning peker i retning av at manglende informasjon og erfaring ved bruk av velferdsteknologiske løsninger gir negative forventninger og motstand mot bruken (de Veer & Francke, 2010; Hofmann, 2010; Powell, Gunn, Lowe, Sheehan, Griffiths & Clarke, 2010).

Flere omsorgsutøvere er skeptisk til bruken av velferdsteknologi. Skepsisen handler om hvor nyttig, funksjonell og trygg i bruk teknologien er for både ansatte og pasientene. Hvilken påvirkning kan implementeringen av velferdsteknologi ha på kvaliteten på pleie og omsorg? Det fundamentale for omsorgens praktiske side er å oppnå forståelse, gjennom å søke kunnskap og erfaringer, samt gjennom samhandling (Austgard, 2010; Martinsen, 2003a). Omsorgsutøverens praktiske dimensjon utfordres når deres forståelse settes på prøve. Det vil si når måten man skal yte omsorg på ikke føles forståelig i bruk. I tillegg utfordres omsorgens relasjonelle, moralske sider gjennom bekymring for

de man skal yte omsorg til, både når det gjelder behovet for brukermedvirkning, men også følelsen av ansvar for de svake (Nilsen et al., 2016).

Ansattes positive forventninger når det gjelder bruk av IKT løsninger i hjemmebaserte tjenester kan skyldes ansattes egne positive erfaringer vedrørende bruk av lignende teknologiske løsninger. Mange ansatte i helsevesenet i dag har personlig erfaring med bruk av internett og sosiale medier, som kan bidra til å «ufarliggjøre» tanken på kommunikative løsninger for eldre hjemmeboende brukere. Yngre ansatte var også mer positiv til bruk av IKT enn de eldre ansatte (Øyen, Sunde, Solheim, Moricz & Ytrehus, 2017).

Forskning har vist at eldre brukere av hjemmebaserte tjenester er bekymret over helsevesenets økte fokus på velferdsteknologi. Særlig ble det uttrykt skepsis til å erstatte ansikt-til-ansikt kommunikasjon (Chou et al., 2013; Mort, Roberts, Pols, Domenech, Moser, 2013) med monitorering, alarmer og kommunikasjon gjennom skjerm, for å kutte kostnader (Mort, Roberts, Pols, Domenech, Moser, 2013).

Mort et al. (2013) mener at velferdsteknologi i seg selv hverken er en måte å spare penger på, eller å løse krisen med flere omsorgsbehov og mindre hjelpende hender. De kritiserer måten det offentlige overfører omsorgsansvaret fra helsevesenet, over på de eldre selv og dere nærmeste. Velferdsteknologiske løsninger krever en høyere grad av involvering og kunnskap av brukeren, samtidig som det ikke løser mange av de grunnleggende behov brukere av hjemmetjenesten kan ha, som for eksempel toalettbesøk og hjelp til måltider.

Er diskurs løsningen?

Mens Martinsen (2013) synes å ha en negativ innstilling til velferdsteknologi i omsorgspraksis, viser forskningen et tosidig bilde. Habermas (1999) setter fokus på at instrumentelle løsninger kan være positive, men det instrumentelle problemet som oppstår, kan løses i en diskurs eller det han kaller kommunikativ handling. Mulighet til å påvirke sin egen situasjon gjennom direkte medvirkning i en diskurs, kan medføre en felles forståelse og dermed løsninger tilpasset brukeren, brukerens nærmeste og omsorgsutøveren.

Habermas mener at problemet som rir det moderne samfunn er at systemverdenen, for eksempel kommune og stat, som er preget av formålsrasjonalitet, penger og byråkratisk makt, har en tendens til å invadere og kolonisere områder av vår livsverden, hvor gjensidig solidaritet og kommunikativ fornuft burde dominere (Eriksen & Weigård, 1999; Norborg, 2010). Innenfor den formålsrasjonelle systemverdenen kan det være vanskelig å argumentere for de myke verdiene i helse- og omsorgssektoren. Det er tall eller hypoteser, tuftet på det objektive og testbare som gjelder. Motstykket er en kommunikativ rasjonalitet som åpner for en åpen, subjektiv og demokratisk dialog med utgangspunkt i etikk

og livsverdenens normer (Eriksen & Weigård, 1999). Det å handle kommunikativt rasjonelt betinger imidlertid at de ulike aktørene ikke ser på hverandre som opponenter, men heller lagspillere som arbeider mot et felles mål.

Anvendelse av dialog og bottom-up perspektivet i en medvirkningskontekst danner hos Habermas grunnlaget for den kommunikative handling, eller diskurs (Eriksen & Weigård, 1999; Habermas, 1999). I en kommunikativ handling er forståelsesrasjonaliteten knyttet til subjekt-subjekt relasjoner mellom individer som er kommuniserende og samhandlende. Det vil si at man går inn i en diskurs om problemet man ønsker å løse, med det formål å oppnå gjensidig forståelse og enighet, slik at man kan koordinere felles handlinger for å oppnå et bestemt mål (Eriksen & Weigård, 1999). I diskursen kan deltakerne bringe inn formålsrasjonelle synspunkt, sammen med omsorgsverdier og emosjoner. På den måten bidrar kommunikasjon til å fremme felleskap, handlingskapasitet og helhetstenkning både i samfunn og hos individer (Amdam & Amdam, 2000; Eriksen & Weigård, 1999). Samtidig kan kommunikativ handling også bidra til å utvikle dialogen mellom en hjelper og en hjelpetrequende gjennom prosessen med å formulere felles mål, samt å beskrive veien mot måloppnåelse. Habermas diskursprinsipp legger til grunn at en norm kun er gyldig med 100 % oppslutning, og at enigheten er nådd gjennom en herredømmefri dialog, hvor det beste argument skal vinne fram, og ikke tvang eller underkastelse (Habermas, 1999).

Helsevesenet har blitt kritisert for å være styrt av eksperter og markedskrefter, samtidig som det ikke har vært tatt hensyn til, eller diskutert, grunnleggende verdier og samfunnsdeltakernes meninger (Habermas, 1987; Harrington, Olney, Carrillo & Kang, 2012). Vi mener at målet bør være at det kommunikative er overordnet det instrumentelle når velferdsteknologi innføres i helsesektoren. Basert på Habermas sin teori om den ideelle samtalesituasjon som er tuftet på maktlikevekt og begrunnelsestvang, kan helsepersonell, brukerorganisasjoner, administratorer og teknologer drøfte seg fram til gode teknologiløsninger for brukerne som ivaretar omsorgsnormer.

I Norge blir brukere i økende grad invitert til å bidra på systemnivå ved utforming av helsetjenester. Brukererfaringer benyttes til å forbedre helsetjenester og bidrar med unik kunnskap og erfaringer fra pasientperspektivet som man ikke får tilgang til ellers (Jamtvedt & Nortvedt, 2015). Vi kan enkelt tenke oss at uten brukermedvirkning i utviklingen av velferdsteknologi, vil teknologien vanskelig kunne svare direkte på brukerens behov).

Habermas (1999) sin teori om kommunikative rasjonalitet handler om solidaritet og kommunikativ samhandling. I helse- og omsorgssammenheng kan vi si at vi snakker om brukermedvirkning og autonomi, hvor personen saken angår, aktivt får delta i beslutninger om eget liv. Støttet av Jamtvedt og Nortvedt (2015:188)

som skriver: «Spørsmålet er ikke om pasienter skal medvirke, det er heller hvilken form en slik medvirkning skal ha og hvordan den skal gjennomføres».

Diskursprinsippet fokuserer ikke på hvilke motiver man har i utgangspunktet, men hvordan man oppnår felles beslutningsgrunnlag, og koordinering av felles handlinger. Normen danner grunnlaget for at de felles beslutninger som tas, uansett er forankret i hver diskursdeltakers moralske- og interesseorienterte meninger. Habermas sine tanker om kommunikative handlinger gjør det dermed mulig å utvide begrepet rasjonalitet fra å fokusere på objektive, tallbaserte saksforhold, til å omfatte både normative verdier for eksempel etiske problemstillinger som reises av pasienter og helsepersonell, i tillegg til ekspressive verdier, eller følelsesmessige oppfatninger, knyttet til pasientens ønsker eller negative opplevelser (Habermas, 1999).

Både begrunnelsestvang og maktlikevekt er eksempler på moralske verdier som verdsettes høyt. Habermas (1999) framsetter diskurs i en likeverdige dialog som hjelpemiddel for å oppnå felles forståelse. I motsetning til Martinsen (2013) framhever Habermas formålsrasjonaliteten som et viktig virkemiddel for å oppnå opplevd framskritt også for brukerne, men at denne møter normative og ekspressive argument i en likeverdige kommunikativ dialog. Dette beskriver imidlertid en idealsituasjon, hvor det kan by på etiske utfordringer at diskursen er tuftet på ulike maktforhold hos deltakerne.

Omsorg, velferdsteknologi og brukervedvirkning

Velferdsstaten Norge har store ambisjoner innen helse, noe den tydelige satsningen på velferdsteknologi viser. Det er likevel viktig å poengtere at bruken av velferdsteknologi må være et hjelpemiddel for å nå målet, ikke målet i seg selv. Vi mener at det overordnede målet for velferdsstatens helsetjeneste bør være å finne en løsning på det økende problemet med flere hjelpetrgende, mindre hjelpende hender og mindre bruk av økonomiske ressurser.

New public management (NPM) som styringsideal gir oss et helsevesen som styres av kroner og øre, mens det å innfri innbyggernes helsemessige behov kommer i andre rekke (Grabowski, 2006; Skogaas, 2011; Vetlesen, 2010). Måten pleie- og omsorg skal utøves på vil derfor styres av «hva vi har råd til?» mer enn «hva trenger pasienten?». Dagens hjelpende hender er utdannet innenfor en helsefaglig tradisjon bygget på grunnleggende omsorgsverdier. Våre omsorgsverdier blir dermed utfordret, når omsorgsutøverne står mellom byråkratiet på den ene siden, og egne omsorgsverdier, solidaritet og moral, på den andre siden (Nortvedt, 2014). Ifølge Eriksen & Weigård (1999) vil det omsorgsmessig være lite strategisk å holde på det skarpe skillet mellom vår opplevde livsverden, og ønsket om kommunikativ rasjonalitet på den ene siden, og en økonomistyrte systemverden med sin formålsrasjonale tankegang på den andre siden.

Med bakgrunn i argumentasjonene ovenfor vil brukermedvirkning være viktig når man skal utvikle velferdsteknologiske løsninger for fremtidens helsetjeneste. Et samarbeid mellom pasienter, ansatte og de som skal designe teknologien er viktig. De ansatte er på sett og vis også brukere av samme velferdsteknologi som pasienten, når de assisterer brukerne av hjemmebaserte tjenester med deres behov. Tilpassede løsninger, trygg teknologi, brukervennlighet er viktige begrep for å bidra til å bryte barrieren mange kan føle på, når det gjelder implementering av velferdsteknologi i sine liv, og sin hverdag (Helsedirektoratet, 2012).

Som en løsning kan man se for seg en gylden middelvei, et kontinuum, hvor man sammen med bruker fortløpende evaluerer behovet for teknologi og omsorg, og at det er ressurser til å møte behovene som hele tiden kan være i endring. Kan opprettelse av brukerråd være en vei å gå for å gi omsorgens normer en stemme, viske ut maktskillet mellom brukere og tilbydere av tjenestene? Pasienter får i en brukerrådssammenheng en viktig rolle som deltaker i likeverdig dialog sammen med både sykepleierne, og for eksempel representanter for tilbyderne av velferdsteknologiske løsninger.

Innenfor velferdsteknologisk implementering kan det virke som om at «veien blir til mens man går», og at både brukere og tilbydere av velferdsteknologiske løsninger utfordres av denne usikre strategien. Forskning etterlyser mer trygghet og løsninger tilpasset de som skal bruke dem i forståelse og samarbeid. Flere eldre og ansatte i helsevesenet er positive til bruken av velferdsteknologi, men som et supplement, ikke som eneste løsning (de Veer & Francke, 2010; Hofmann, 2010; Powell, Gunn, Lowe, Sheehan, Griffiths & Clarke, 2010; Mort et al., 2013; Øyen, Sunde, Solheim, Moricz & Ytrehus, 2017). Man kan ikke fase ut de varme hendene, og erstatte de med kun kald teknologi, og man kan ikke yte omsorg uten relasjoner og moral. Samtidig som man heller ikke kan fase ut ny teknologi som kan bedre brukerens situasjon. Det overordnede spørsmålet blir derfor: Hva skal veie tyngst innenfor omsorgstjenesten; kroner og øre, eller brukernes medbestemmelse og verdighet?

Litteratur

- Amdam, J. & Amdam, R. (2000) Kommunikativ planlegging. Regional planlegging som reiskap for organisasjons- og samfunnsutvikling. Oslo, Det Norske Samlaget.
- Amdam, R. (2010). Empowerment planning in regional development. *European Planning Studies* 18(11):1805-1819
- Amdam, J. & Veggeland, N. (2011). Teorier om samfunnsstyring og planlegging. Oslo: Universitetsforlaget
- Arman, M., Ranheim, A., Rydenlund, K., Rytterström, P. & Rehnsfeldt, A. (2015). The Nordic Tradition of Caring Science: The Works of Three Theorists. *Nursing Science Quarterly* 28(4):288–296.

- Austgard, K. (2010). Omsorgsfilosofi i praksis: Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien. 2. utg. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Botsis, T. & Hartvigsen, G. (2008). Current status and future perspectives in telecare for elderly people suffering from chronic diseases. *Journal of Telemedicine and Telecare* 14(4):195-203.
- Brevik, I. (2010). De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg. Utvikling og status i bruk av hjemmebaserte tjenester 1989-2007. NIBR-rapport 2/2010. Oslo: Norsk institutt for by- og regionsforskning.
- Brunborg, H. (2004). Befolkningen blir eldre. Økonomiske analyser nr 5/2004. s.9-20. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Chou, C., Chang, C., Lee, T., Chou, H. & Mills, M. E. (2013). Technology Acceptance and Quality of life of the Elderly in a Telecare Program. *Computers, Informatics, Nursing* 31(7):335-342.
- de Veer, A. J. & Francke, A. L. (2010). Attitudes of nursing staff towards electronic patient records: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 47(7):846-54.
- Den norske legeforening (2001). Når du blir gammel – og ingen vil ha deg... Statusrapport. Hentet 21.04.18 fra: <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Statusrapporter/statusrapport-om-situasjonen-i-helsetjenesten-nar-du-blir-gammel-og-ingen-vil-ha-deg/>
- Den norske legeforening (2006). Godt og bli gammel i Norge? Fra ord til handling i eldreomsorgen. Statusrapport. Hentet 21.04.18 fra: <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Statusrapporter/Godt-a-bli-gammel-i-Norge/>
- Devik, S. A. & Hellzen, O. (2012). Velferdsteknologi og hjemmeboende eldre - Hvilke gevinster er oppnådd med velferdsteknologi som kommunikasjonsstøtte for hjemmeboende eldre i kommunehelsetjenesten? - Og hva kan påvirke utbyttet? [Rapport] 79/2012. Høgskolen i Nord-Trøndelag.
- Dugstad, J., Nilsen, E. R., Gullstlett, M. K., Eide, T. & Eide, H. (2015). Implementering av velferdsteknologi i helse og omsorgstjenester: Opplæringsbehov og utforming av nye tjenester – en sluttrapport. Skriftserien 13/2015. Høgskolen i Buskerud og Vestfold.
- Eriksen, E. O. & Weigård, J. (1999). Kommunikativ handling og deliberativt demokrati: Jürgen Habermans teori om politikk og samfunn. Bergen: Fagbokforlaget.
- Falleth, E. & Saglie, I. L. (2012) Kommunal arealplanlegging I: Utfordringer for norsk planlegging. red. Aarsæther, N., Falleth, E., Nyseth, T. & Kristiansen, R. s. 85-100. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (2010). Hentet 29.04.18 fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>
- Gabrielsen, B. (2013). Færre eldre bor på sykehjem. I: Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester. red. Jorun Ramm. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

- Gautun, H. & Hermansen, Å. (2011). Eldreomsorg under press. Rapport 12/2011. Oslo: Fafo.
- Gautun, H. & Øien, H. (2016). Kartlegging av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem. Rapport. Oslo: NOVA.
- Gautun, H., Øien, H. & Bratt, C. (2016). Underbemanning er selvforsterkende: Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem. Rapport 6/2016. Oslo: NOVA.
- Grabowski, D. (2006). The cost-effectiveness of long-term care services: review and synthesis of the most recent evidence. *Medical Care Research and Review* 63(1):3-28
- Habermas, J. (1987). *The theory of Communicative Action*. Boston: Polity Press.
- Habermas, J. (1999). *Kraften i de bedre argumenter*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Harrington, C., Olney, B., Carrillo, H. & Kang, T. (2012) Nurse Staffing and Deficiencies in the Largest For-Profit Nursing Home Chains and Chains Owned by Private Equity Companies. *Health Services Research* 1(1):106-128
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012-2013). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet (2012). *Velferdsteknologi. Fagrappport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2017). *Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger: Nasjonalt velferdsteknologi-program*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2019). *Velferdsteknologi*. Hentet 22.01.19 på: <https://helsedirektoratet.no/velferdsteknologi>
- Hofmann, B. (2010). *Etiske utfordringer med velferdsteknologi*. Notat. Oslo: Nasjonal kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Jamtvedt, G. & Nortvedt, M. W. (2015). Brukermedvirkning i sykepleie. *Sykepleien Forskning* 10(2):188-191
- Kiran, A. H. & Nakrem, S. (2017). *Etiske perspektiver ved bruka av velferdsteknologi. I: Velferdsteknologi i praksis: Perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. red. Nakrem, S. & Sigurjónsson. s. 100-114. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Knarvik U., Rotvold G. H., Bjørvig S. & Bakkevoll P. A. (2017). *Kunnskapsoppsummering om velferdsteknologi. Rapport fra 12/2017. Nasjonalt senter for e-helseforskning*.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011). Hentet 22.01.19 på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Martinsen, K. (2003a). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays*. 2 utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003b). *Fenomenologi og omsorg: Tre dialoger*. 2 utg. Oslo: Universitetsforlaget
- Martinsen, K. (2013) *Omsorg, sårbarhet og tid. I: Nødvendige omveier – en vitenskapelig antologi til Kari Martinsen 70-årsdag*. red. Alvsvåg, H.,

- Bergland, Å. og Førland, O. s. 369-375. Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Means, R. (2007). Safe as houses? Ageing in place and vulnerable older people in the UK. *Social Policy and Administration* 41(1):65-85
- Mort, M., Roberts, C., Pols J., Domenech M. & Moser, I. (2013). Ethical implications of home telecare for older people: a framework derived from a multisited participative study. *Health Expectations* 18(3):438-449.
- Nakrem, S & Spilker, K. (2014). Velferdsteknologi som ressurs, mulighet og strategi i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. I: *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. red. Haugan, G. & Rannestad, T. s. 242-253. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Nilsen, E. R., Dugstad, J., Eide, H., Gullslett, M. K. & Eide, T. (2016). Exploring resistance to implementation of welfare technology in municipal healthcare services – a longitudinal case study. *BMC Health Services Research*. DOI: 10.1186/s12913-016-1913-5
- Nordtug, B., Aasan, H. M. & Myren, G. E. S. (2015). Implementering av velferdsteknologi. En kvalitativ studie: Hvilken nytte og hvilke utfordringer erfarer ansatte i kommunal helsetjeneste? Senter for omsorgsforskning, Midt-Norge. Rapportserie 1/2015. Høgskolen i Nord-Trøndelag.
- Nortvedt, P. (2014). Er omsorg realistiske? *Sykepleie* 102(5):66-67
- Norborg, R. W. (2010). Medvirkning i samfunnsplanlegging og helsefremmende arbeid - Mellom politikk og realitet. Rapport 3/2010. Volda: Høgskolen i Volda & Møreforskning.
- NOU 11/2011. Innovasjon i omsorg. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Percival, J. & Hanson, J. (2006). Big brother or brave new world? Telecare and its implications for older people's independence and social inclusion. *Critical Social Policy* 26(1):888-909.
- Powell, J., Gunn, L., Lowe, P., Sheehan, B., Griffiths, F. & Clarke, A. (2010). New networked technologies and carers of people with dementia: an interview study. *Ageing & Society* 30(6):1073-1088.
- Raustøl, T. & Falkenberg, G. (2014). Hvordan lykkes med velferdsteknologi? [debatt] Hentet 22.04.18 fra: http://kommunal-rapport.no/debatt/hvordan_lykkes_med_velferdsteknologi
- Sixsmith, J., Sixsmith, A., Fänge, A. M., Naumann, D., Kucsera, C., Tomsone, S., Haak, M., Dahlin-Ivanoff, S. & Woolrych, R. (2014). Healthy ageing and home: the perspectives of very old people in five European countries. *Social Science & Medicine* 106:1-9
- Skogsås, B. P. (2011) Conflicts and ambivalences: a case study of clinical pathways in Norway. *Journal of Social Work Practice*, 25(3):335-349
- Sparrow, R. & Sparrow, L. (2006). In the hands of machines? The future of aged care. *Minds and Machines* 16(2):141-161.
- St.meld. 47/2008-2009. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

- St.meld. 29/2012-2013. Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Syse, A., Pham, D. Q. & Keilman N. (2016). Befolkningsframskrivinger 2016-2100: Dødelighet og levealder. Økonomiske analyser 3:25-36.
- Theie, M. G., Lind, L. H., Jenssen, T. B. & Skogli, E. (2018). Bemanning, kompetanse og kvalitet: Status for kommunal helse- og omsorgstjenestene. Rapport 51/2018. Oslo: Menon Economics
- Vetlesen, A. J. (2010). Empati under press. Sykepleien 98(3):60-63.
- Wiles, J. L. (2005). Home as a new site of health care consumption. London: Routledge
- Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J. & Allen, R. E. S. (2012). The Meaning of «Aging in Place» to Older People. *The Gerontologist* 52(3):357–366
- Øyen, K. R., Sunde, O. S., Solheim, M., Moricz, S. & Ytrehus, S. (2017). Understanding attitudes toward information and communication technology in home-care: Information and communication technology as a market good within Norwegian welfare services. *Informatics for health & social care*. DOI: 10.1080/17538157.2017.1297814

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**.