

SYKEPLEIERNES  
SAMARBEID  
I NORDEN  
SSN

# vård I NORDEN

NORDIC JOURNAL OF NURSING RESEARCH

Sett ord på sykepleien  
Nordisk konferanse  
Se side 46–47

Nå online!

2. 2010

**Ansvarlig redaktør**

Guðrún Kristjánsdóttir, PhD

**Redaksjonsansvarlig**

Marit Helgerud

**Redaksjonskomité**

Lise Hounsgaard, Danmark PhD  
 Lisbeth Fagerström, Finland, PhD  
 Erla Kolbrún Svavarsdóttir, Island PhD  
 Ida Torunn Bjørk, Norge Dr. polit  
 Ole Söderhamn, Sverige PhD

**Vård i Norden**

Vård i Norden er et nordisk tidsskrift som utgis av Sykepleiernes Samarbeid i Norden (SSN).

**Mål**

Vård i Norden formidler et bredt spekter av sykepleievitenskap og utvikling for å høyne standarden på sykepleien.

**Målgruppe**

Vård i Norden tilbyr sykepleiere fra de nordiske land å publisere vitenskapelige artikler og andre typer artikler på dansk, norsk, svensk og engelsk.

Vård i Nordens målgruppe er både forskere og sykepleiere i klinisk praksis så vel som lærere og studenter i sykepleierutdanning på alle nivå.

**Innhold**

Vård i Norden publiserer i første rekke artikler som omhandler klinisk sykepleie/omvårdnad, sykepleiepraksis og utdanning. Andre typer artikler kan være pilotstudier, metodeartikler og artikler om evidensbasert sykepleie/vård.

Også forfattere med annen bakgrunn er velkomne til å sende inn artikler for publisering dersom artiklene bidrar til kunnskapsutvikling innen sykepleie/omvårdnad.

**Artikler**

Vård i Nordens vitenskapelige artikler referebedømmes. Vitenskapelige artikler skal ikke overskride 5.000 ord inkludert abstract, referanser, figurer og tabeller.

Andre artikler/short papers som pilotstudier, metodeartikler og artikler om evidensbasert sykepleie o.l. skal ikke overskride 2.500 ord alt inklusive.

Komplett manuskriptveiledning finnes på Vård i Nordens hjemmeside [www.vardinorden.org](http://www.vardinorden.org)

Refereegruppen består av 215 medlemmer fra de nordiske land.

Refereegruppens sammensetning er under konstant vurdering for å sikre at den til enhver tid representerer den nødvendige og ønskede kompetanse.

Refereeprosessen er dobbelt blind. Hver artikkel bedømmes av minst 2 av de personer som inngår i refereegruppen.

Alle artikler indekseres og skal ha engelsk abstrakt og nøkkelord.

Andre artikler, som har forskningsinteresse og relevans i forhold til sykepleiefagets utvikling, bedømmes bare av Vård i Nordens redaksjonskomité og redaktør.

**Redaksjon**

Vård i Norden  
 Postboks 456 Sentrum  
 Besøksadresse:  
 Tollbugt. 22  
 0104 Oslo, Norge  
 Telefon +47 22 04 33 04  
 +47 22 41 08 29  
 Marit Helgerud  
 Telefax +47 22 04 32 80  
 e-mail: [marit.helgerud@sykepleierforbundet.no](mailto:marit.helgerud@sykepleierforbundet.no)

Alle artikler skal innsendes til redaksjonen elektronisk

**Vård i Nordens hjemmeside**

[www.vardinorden.org](http://www.vardinorden.org)  
[www.vardinorden.no](http://www.vardinorden.no)

**Abonnementskontor**

Vård i Norden  
 Postboks 456 Sentrum  
 NO-0104 Oslo, Norge

Tlf.: +47 22 04 33 04  
 mail: [medlemstjenester@sykepleierforbundet.no](mailto:medlemstjenester@sykepleierforbundet.no)

Birgitte K. Nyberg  
 Faks: +47 22 04 31 10

Vård i Norden utkommer 4 ganger årlig.

**Abonnement**

Abonnementskategorier og abonnementspriser for 2009/2010:

Universitetsbibliotek	kr. 5.000
Høgskolebibliotek	kr. 2.500
Sykehusbibliotek/ Sykehus	kr. 1.000
Enkeltabonnet online & papir	kr. 300
Enkeltabonnement bare online	kr. 150
Studenter	50% rabatt

De tre første kategorier innebærer registrering av IP-adresser.

Abonnement tegnes via hjemmesiden eller byrå.

**Konti for innbetaling av abonnementsavgift:**

**Danmark:**  
 BG Bank 9541-0007499841

**Finland:**  
 SAMPO 800019-70732641

**Norge:**  
 Den norske Bank/postgiro  
 7877.08.56808

**Sverige:**  
 PostGiro 47 88 87-3

*vård*  
 I NORDEN

*Nordic Journal of  
 Nursing Research*

Enkeltabonnement skal tegnes gjennom hjemmesiden

For å få tilgang til Vård i Norden online brukes bare abonnementsnummer.

**Indeksering**

ASSIA, CINAHL/EBSCO, Swemed+, ArtikkelSøk

**Opplag**

1.500 print & online  
 Bare online 120

**Layout**

Allservice AS, N-4017 Stavanger

**Trykk**

Bryne Stavanger Offset

ISSN: 0107-4083

Fotografisk, mekanisk eller annen form for gjengivelse eller mangfoldiggjørelse av dette tidsskrift eller deler av dette er ikke tillatt ifølge gjeldende lov om opphavsrett

Redaksjonen  
 avsluttet 14.06.10

# Editorial:

## *Examining the effectiveness of nursing practice: The meaning of outcomes*

Guðrún Kristjánsdóttir, redaktør

Dear readers!

«Some of the most basic and most beautiful of life's traditions are in the health professions. Practitioners of human care and treatment throughout history have tended to view the world in ways different from those in other sectors such as business and industry. In return, societies have granted honor and privilege to health care practitioners. Those differences between health care and business are diminishing. We must now account for what we do, why, what we produce, and how much it costs.» (Sue T. Hegyvary, 1991).

In recent years, outcome research has become a trend in many disciplines, including nursing. Research is faced with increasing demand for efficiency in growing health care systems, particularly in the Western world. New managerial and economic models of health care call for measures that make hospitals boards and health care centers more accountable for their expenditures. It is now acknowledged that nursing is one of the largest contributors to outcomes of hospitals and health care centers. Some of the urgent questions are: What is needed to provide sufficient and appropriate nursing care? Where in health care has nursing the most potential for providing desired outcomes? How can we efficiently identify conditions of people that urgently need nursing care? What kind of nursing care is sensitive to particular conditions? What kind of information is sensitive to the outcomes of nursing care? What kind of knowledge development and scientific inquiry is needed to provide answers to these questions?

New knowledge has accumulated providing nursing sensitive indicators that are now being tested for reimbursements. However, patient outcome research in nursing is not new (Hegyvary, 1991). What is new is the emphasis on translating evidence into practice in a systematic manner for the efficient control of nursing care.

The matter is delicate. Despite accumulating research evidence, the nursing profession is still struggling with the identification and definition of nursing conditions, and their contextual and universal links to nursing interventions. Any quest for standardization of conditions and indicators of quality and outcomes of care for the sake of funding must be conducted with an open mind and humbleness toward diversity and complexity of knowledge that is still scattered and incomplete.

A key issue in developing sensitive outcomes is to define the conditions they are related to. «How do we know he is better», Nightingale (1859) asked in her chapter on nursing observation in *Notes on Nursing*. The sensitivity and quality of observations and measurements are fundamental in any surveillance activity and quest for interventions and outcomes. So is the development of a comprehensive common language for documenting the effectiveness of nursing practice.

Research shows that particular outcomes are more sensitive to nursing care than others, and are named nurse sensitive quality indicators. Recently a group of Nordic nursing specialists, appointed by SSN's (Sykepleiernes Samarbeid i Norden) member organizations, presented a report on quality indicators in nursing in relation to the Nordic countries. To further their work and discussion within a Nordic context, SSN in collaboration with *Vård i Norden*, announces an open forum on Quality indicators and terminology in nursing. The conference will be held in Stockholm, November 23–24 2010, and will feature general discussions on quality indicators, the development of terminology and a common professional language, as well as more specific discussions on terminology, pain, nutrition, falls, staffing, and pressure ulcers. We welcome you all to join us in Stockholm in November. See page 46 & 47.

*Dr. Gudrun Kristjánsdóttir, Editor*

1) Hegyvary, S. T. (1991). Outcomes Research: Integrating nursing practice into the world view.

<http://www.ninr.nih.gov/NR/rdonlyres/B3322AAC-2C54-4309-BE83-E09AAD41D1AB/4730/IntegratingNursingPracticeintotheWorldView.pdf>

# Exploring issues that motivate contact with Adolescent Health Clinics

Ragnhild Sollesnes, Førstelektor

## ABSTRACT

Adolescent health clinics (AHC) are a low threshold health service for adolescents, focusing on mental health and sexual health. However, 90% of the users are young girls. This article discusses factors that can influence adolescents' use of AHC, particularly attendance of adolescent males. The article is based upon six focus group interviews with adolescent males and females in upper secondary schools ( $n = 32$ ), average aged 17. AHC was seen by the female participants of this study as a place for adolescents to discuss matters which might be difficult to discuss with parents or their regular general practitioner. AHC was perceived by the male participants to be exclusively for adolescent females. Gender differences were apparent in their view of health and in help seeking behavior. These findings indicate that health professions are challenged to use new methods and technology in order to attract adolescent males. Gender perspectives must be given a higher priority in public health research.

**KEY WORDS:** Gender, adolescent health clinics, focus group, mental health, sexual health

## Introduction

Few adolescent males are users of adolescent health clinics (AHC) in Norway, about 90% of the users are young girls (1). The same pattern is visible in health services in general: Young men with good self-reviewed health seek regular general practitioners (RGP) less often than any other group (2). The Norwegian government intends to offer low-threshold services, like adolescent health clinics, which are equal attractive for adolescent males as for females (3). In this article «adolescent» refers to persons aged 13 to 20.

According to World Health Organization (WHO) (4), «gender refers to the socially constructed roles, behaviour, activities and attributes that a particular society considers appropriate for men and women». A critical question in public health is what gender implies for planning public health services to promote peoples' health. A systematic literature search of relationship between children (age 0 – 18), health and gender in nursing research concluded that full consideration of gender issues was found largely to be absent (5). When gender theory is over-looked, existing and male-dominated views have often been preserved (6). In AHC it is a challenge that the female view seems to dominate (3).

This article presents findings from focus group interviews with adolescents from upper secondary school. It explores how adolescent males and females perceive health issues and health services. Furthermore it discusses how these findings can contribute to more male friendly adolescent health clinics.

## Background

### Adolescent health clinics

Adolescent health clinics (AHC) are a relatively new health service in Norway, made mandatory by a regulation from 2003. Contraceptive clinics have been the forerunners for these clinics in many municipalities. Partly encouraged by governmental plans like *Action plan for preventing unwanted pregnancy and abortion* (7) and *Escalating plan for mental health* (8), there has been a rapid growth in the number of clinics. In 2005 more than 90% of Norwegian adolescents in the age 13–20 years had access to AHC in their municipality (9). Public health nurses and General Practitioners are the most common professionals at the clinics. The main issues have been to prevent unwanted pregnancy, and to limit abortions and sexually transmitted diseases. However, lately there is a growing awareness of mental health and psychosocial problems and lifestyle related issues in general (10). Adolescents with somatic health problems are advised to go to their Regular General Practitioner (RGP), and adolescents with severe mental health pro-

blems are referred to specialist health care. For many young people the adolescent health clinics are a door opener to other health services. WHO indicates that the characteristics of adolescent friendly health service are to be «accessible, equitable, acceptable, appropriate, comprehensive, effective and efficient», and involvement of young people and use of empowering strategies are advised (11). It is presumed that through counselling and discussions AHC can contribute to promote self-care, responsibility and self-efficacy among adolescents (10).

### Health status in adolescence

Adolescents face many health-related challenges. Longitudinal studies among Norwegian school children and youth show a growing number of psychosocial and somatic health problems (12), and the same findings were present in a multi-national survey (13). The way these challenges are dealt with in adolescence will be of significance for future health. Many of the health problems are preventable through easy access to primary health care, including adolescent health clinics (14).

Several studies on help-seeking behaviour find that adolescent females are generally more likely to seek help than males are (15, 16, 17, 18). Even if adolescent girls report higher level of somatic and psychological complaints (13, 19, 20), there are several reasons to increase the attention on adolescent males: They do also have mental health needs, but they do not utilise existing health service or discuss problems with others to the same degree as adolescent girls (16, 21). Adolescent males, as well as females, face high rates of Chlamydia infection in Norway, and in this matter it is vital to reach both sexes. Furthermore males are likely to suggest that reproductive health, and thereby contraceptive use is a «female» concern (22). Adolescent males tend to have attitudes that accept sexual exploitation to higher degree than do girls (23), and patterns of viewing women as sexual objects begin in adolescence and may continue on to adulthood (21). Mossige (24) suggests that involving them in discussions about gender issues and sexuality may change their attitudes. WHO confirms the need to apply a gender perspective in health care services (21, 25), and in Norway this perspective also is highlighted (3, 10).

### Aim of the study

The adolescent health clinics should be based on adolescents' needs and wishes, and it is therefore essential to be in dialogue with the potential users. There is also a common understanding that gender perspectives must be considered in health promotion in general (26, 27). The purpose of this study was to obtain insight to factors that can influence adolescent males and females' use of adolescent health clinics.

## Methods

This paper explores gender aspects related to use of adolescent health clinics. In social constructivism, which frames the research, the individual seeks to understand the world in which they live and work (28). Subjective meanings are formed through interaction with others and through historical and cultural norms that operate in individual life. In this approach the researcher generates or develops inductively theory or patterns of meaning, rather than start with *a priori* theory. The researcher is seen as an active participant in all stages of the research process (29). Focus group interview was regarded as a well-suited method to enlighten the research question, and students from three upper secondary schools were invited to participate in the groups.

Focus group discussions explore a predefined and limited topic, and it is a direct approach to get rich information within a social context (30). Crossing traditional boundaries is an advantage of focus group interviews, and through the group interaction there may emerge data that would not reach the surface in individual interviews (31). The author and a colleague acted as moderator and co-moderator. Both have backgrounds as public health nurses with experience from adolescent health clinics.

## Participants

Student-inspectors at the upper secondary schools were central in recruiting the participants. We were interested in adolescents' beliefs, whether they had attended adolescent health clinics or not. The students received information about the study, and they gave oral consent to participation. They were from 16 to 19 years old, on average 17 years old. Females appeared to be more willing to participate than males, and four focus groups with girls (n=22) and two groups with boys (n= 10) were carried out. The groups were divided by gender since we were interested in exploring different attitudes between adolescent males and females. We did also assume that gender-based discussions would be easier facilitated.

The moderator started each group discussion by explaining the purpose of the study, and it was underlined that the information in the group should be treated confidentially, both by the participants and by the moderators. The study received ethical approval from Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

## Procedure

Each group discussion lasted for approximately one hour. The interview guide covered the following themes: beliefs about health and what influences their health, the use of health services, including experience with and knowledge about health clinics for adolescents. The moderators had a concluding dialogue after each interview, and summary and memos were written. The interviews were tape-recorded and transcribed in full text. The interviews were conducted and transcribed in Norwegian and later translated into English. Therefore the interview data reported here might sound stilted, but the researchers have ensured the integrity of the speakers' voices through a faithful translation of what was spoken.

## Data analysis

Using elements from the methods of grounded theory (32), the initial analysis of the data started after the first interview through constant comparison method: data from each group were compared with data from previous groups and issues for further probing were identified. Through open coding process the moderators read the transcripts line by line, and codes were identified and labelled. Each code was compared with other codes, and those with similar content, formed categories, such as «Marketing» and «Meet the needs of the boys». In the next stage, axial coding, we were looking for connections between the categories in order to reduce the categories to some main categories. Axial coding led for instance to the following main categories: «Easy access to adolescent health clinic» and «Comfortable place to seek advice». An overview-grid described by Knodel (33), with the different themes on one axis, and the content of the discussions on the other axis, was constructed. The overview-grid gave a descriptive

summary of the content of the group discussions, and made clear either the degree of consensus or lack of consensus.

## Rigour

Several steps were taken to enhance the credibility of the study. Pilot interview with adolescent males and females were performed in order to refine the interview guide. The moderators did the initial coding independently, and the findings were compared. During axial coding, the moderators discussed and identified the main categories.

## Findings

The study gave information about the adolescents' beliefs about health and health services. In the group discussions adolescents said that they did not think so much about health in their daily life. However, they outlined that there are depressive tendencies among adolescents, and many of the participants were worried about younger adolescents in secondary school concerning group pressure and use of illegal drugs. Most of the participants did not have much contact with health services in general, but they still had clear opinions of how a youth friendly clinic should be organized. Both males and females in this study had beliefs about gender perspectives concerning health and health services.

## The idea of health

All the participants in this study had an understanding or idea of what health meant for them, but they found it difficult to speak about health related matters, since they felt that it did not particularly affect them. *«I don't think that young people think much about health issues, actually. They certainly have other worries than health»*. It was a dominating view that they did not think of or cared about health very often. Most of the adolescents represented in this study took good health for granted. Some of the girls attended health and social subjects at school, but they hardly discussed health issues outside school. If they thought about health and health related issues, it was not in order to prevent future diseases:

*«Regarding smoking I don't think of how our heart will function at the age of forty, it is rather that I regret smoking 20 cigarettes this particular day»*. The same view was expressed about exercising: *«If I exercise it is not in order to prevent illness in some years, it is to look good today»*.

The results indicated gender differences in view of health. In the two groups of adolescent males it was expressed a more limited view of health, and exercising, food and sleeping habits were mentioned as factors related to health. The idea of health as a purely physical issue was apparent in this discussion in one group of boys:

*«Psychological factors does not concern health»*  
*«When I think of health, I think of the body and of how healthy the body is»*  
*«Do you (to the moderators) really mean that health has anything to do with the mental part, can it really lead to bad health?»*

In the groups of adolescent females there were articulated a broader view of health, in the sense that they also included aspects like social relations and psychological issues.

## The knowledge and use of health services

We wanted to explore what kind of knowledge they had of health services in general, and asked them what they would do if their best friend had for instance signs of depression. The group discussions demonstrated little openness about mental problems, and the threshold for seeking help was high. A common solution was to be supportive themselves in one-way or another: The females would first and foremost talk about the problems: *«It is more common that you go to friends and talk, than to go to a psychologist. Then you can speak to someone you know, and can trust»*. The males were more action-directed; they would go visiting the person and take him out, to a cinema or something like that. The adolescents were asked what they would do if more professional help was needed. Several of the females mentioned

public health nurse at school as a door opener for further help. They expressed great faith in the school health service, but at the same time they stated that the service was too insignificant: *«It is a very weak health service for adolescents. The public health nurse is present once a week at school, and who would bother to go to perhaps get an appointment the one hour she is present.»* The males expressed less knowledge about health services in general. They had no serious suggestions about where to go if they needed professional help.

It was a common view among the participants that males have a higher threshold for admitting problems, and thereby also faced a higher threshold for seeking help. Even if they were aware of their problems, they would not verbalise them. One of the adolescent males expressed it this way: *Boys keep things inside until they break down.* Embarrassment was mentioned as a barrier for seeking help. The females in this study, generally speaking, meant that it was easier for them to talk about problems, both together and with others. One of them said: *I know people who go to psychologists, but I do not know any boys. I believe very few boys would go by their own free will to a psychologist.*

### High threshold for seeking physician

All Norwegian citizens are entitled to have their Regular General Practitioner (RGP). The adolescents meant that it could be easier to go to health clinic for adolescents than to seek their RGP. To go to the physician they had to be really ill, in contrast to a health clinic for adolescents, where the level for attendance was perceived to be lower. It was of great importance that the health staff maintained confidentiality. Many adolescents have the same RGP as the rest of their family. This profound knowledge is seen as an advantage for the RGP, but can be felt as a disadvantage of the adolescent: *«The physician knows too much about you and your family».* Anonymity is another vital issue, and at the physician's waiting room they could risk meeting family members or other acquaintances. Costs, waiting time for an appointment and that the practitioner often was short of time, were also mentioned as constraints for seeking their RGP.

### A place solely for adolescents

In general, few of the participants in the focus groups had ever visited a health clinic for adolescents. Nevertheless, they had many constructive thoughts and points of view. Of those who knew the clinics, the clinics were perceived as a place to go when they had problems they did not want to talk about with parents: *«It is not that easy to sit down and talk with parents about contraceptives or drugs, or – mummy, I think I drink too much!»* Again, confidentiality was expressed as important. They considered it as an advantage that the staffs at the clinic were there solely for the adolescents, and that they were used to talking with young people. They also perceived that the adolescents were treated as important persons, and it *«felt okay»* to go there. Hours of waiting were mentioned as an inconvenience, but they had practical proposals of how to make this time more comfortable. Both males and females discussed if it could be beneficial to have specific opening hours solely for male teens. There was no common view in this matter, but it was said that for some adolescent males it could be a barrier to sit in the waiting room surrounded by females. It was also mentioned that written information should be directed towards both sexes. When words like *«contraceptive»* and *«unwanted pregnancy»* were essential in brochures and posters, it was perceived as directed only to the girls.

## Discussion

The main purpose of this study was to get profound knowledge about factors that may influence adolescents' use of health services, in order to develop a health service that appeal to both gender. Barriers for adolescent males to make use of adolescent health services, or youth-friendly primary-care services, seem to be a worldwide phenomenon (17, 22, 34). Quantitative studies have demonstrated that there is lower attendance of young males compared with females (1, 17). Qualitative research design is well suited to explore *why* things are as described.

Adolescence is a fragile period of life. Even though parents are important persons concerning health and health related behaviour, other

adolescents and social norms are very influential. This study indicates that adolescent males seem to have a more limited concept of health than the females express, mainly restricted to physical health. This may partly explain the observed gender differences in health related complaints. However, Hetland et al. (19) point out that gender differences can be a reflection of social norms that allow females, to greater extent than males, to report symptoms. They do not exclude that the observed differences can be real, that modern life and gender roles may cause higher level of stress impacting on females. Regardless of explanations, health professionals working with adolescents ought to have a broad concept of health, which includes psychological and social beliefs besides the medical view of health. It is particularly important to be aware of unspoken needs when attending to adolescent males.

The participants in this study uphold that females *«talk more»* about health related issues. They particularly mentioned mental health, well-being and sexuality related topics, which are the main topics in adolescent health clinics. The male teens also pointed to the fact that they did not need to discuss the need for contraceptives, they could just buy condoms in the nearest shop. Studies point out that adolescent males have lower level of knowledge than females in these matters (35, 36). Bender and Kosunen (37) state the need to focus more on adolescent males than previous, in order to create a better balance between gender with regard to responsibility for sexuality and contraception. The school health service is in the position to reach all adolescents attending school. Through this service such discussions could take place, and males could also be better informed about where to seek help when health related questions arise.

In the Norwegian primary health care the Regular General Practitioner Scheme was implemented in 2001, and many adolescents use their Regular General Practitioner (RGP) (2). However, this study points out that there are limitations for which kind of health-related issues they want to discuss with their RGP. These findings are supported by Marcell and Halpern-Felsher (38). They found that adolescents prefer informal resources and significant adults concerning risk behaviour and mental health, while physicians were preferred when their needs were related to physical health. Other studies find that young people with mental problems tend not to seek help (16, 39). Our study indicates that there is a lower threshold for attending adolescent health clinic than to go to RGP, and many problems might be solved at this level. Furthermore low threshold services as school health service and AHC, may pave the way for other health professionals, when needed.

In this study, the adolescent health clinic was upheld as a sheltered place for adolescents, but it rather appears to be a sheltering place for adolescent girls. AHC is meant to be a service for all adolescents, but the female teens are the main users. Some of the informants thought that AHCs were open for females only, and this belief is supported by other research (40). The reason given for this understanding was the focus on contraceptive and reproductive health, which apparently was regarded solely as a female matter. There is a need to better inform adolescent males about how and why AHC is a relevant service for them, and to formulate oral and written information that takes gender perspective into consideration. Male teens seem to a greater degree to use the Internet and text messages (SMS) when they have health related questions (3). A Norwegian study indicates that short waiting time and use of SMS might influence males' use of AHC (35). Health professionals are challenged to involve the adolescents in developing youth friendly health service, as well as start using new methods and technology in order to reach both males and females.

### Limitations

This qualitative study only represents the views of some Norwegian adolescents, and caution must be exercised in transferring findings to other settings or other cultures. Still the present findings do contribute to understand some underlying reasons in the use of health services. The study is weakened by the small number of adolescent males (n=10) compared with females (n=22). It was easier to recruit female participants to discuss these topics. One reason might be that the young males consider the themes to be of less importance. However, the male teens in the two focus groups were consistent in their discus-

sion, and the described gender differences were apparent. In focus groups, the data emerge by interrelation and interaction between the participants and the moderators. A weakness with group discussions is that the group process can influence the individual members and lead to conformity or polarization (31). The moderators were aware of this fact, and tried to explore further if such were discovered. On the other hand, conformity and polarization also do reflect the «real world».

### Implications

Lately, gender perspectives have become more visible concerning health and health related issues, and the purpose of the study was to obtain insight to factors that particularly can influence use of adolescent health clinics. As previously mentioned, there are several reasons for getting in touch with adolescent males concerning health related matters. The grapevine telegraph seems to function well between groups of Norwegian females; they attend AHC almost independent of announcement. Still it is necessary to be aware of different subgroups, like immigrants and females belonging to marginalized groups. Concerning adolescent males, both lack of information and general gender differences seem to influence their use of adolescent health clinics. AHC is a voluntary service, and information which appeals to both males and females must be accessible at places where adolescents are present, as well as making use of new technology. The adolescents themselves are well qualified for being an active part in developing a youth friendly service. It is also important to be aware of gender perspectives when doing research with reference to adolescents. Males and females think and act differently, and we will gain useful data for practice by attending to the ideas, needs and issues of both male and female adolescents.

### Acknowledgement

I would like to thank the students who participated in this study. I would also thank Liv Tønjum for her contribution to data collection and the initial data analyses.

Accepted for publication 11.02.2010

Ragnhild Sollesnes, Førstelektor ved Høgskolen i Bergen, Institutt for videreutdanning, Møllendalsveien 6, NO – 5009 Bergen.  
Tlf. +47 55 58 78 33 / rso@hib.no

### References

1. Helsetilsynet i Hordaland. Kartlegging av helsetenester til ungdom i kommunane. (Mapping health services for adolescents in the municipalities). Bergen: Helsetilsynet i Hordaland; 2008.
2. Sandvik H. Evalueringsrapport for fastlegeordningen. (Evaluating report of Regular General Practitioner). Oslo: Norsk Forskningsråd; 2006.
3. St.meld.nr. 8 (2008–2009). Om menn, mansroller og likestilling. (About men, male gender role and equalization). Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.
4. WHO. Gender. 2008. Retrieved August 15, 2008 from <http://www.who.int/topics/gender/en>
5. Taylor J, Green L. Children, health and gender: recognition in nursing research? *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17:3226–3237.
6. Öhman A. Global public health and gender theory: The need for integration. *Scandinavian Journal of Public Health* 2008; 36(5): 449–451.
7. Helsedepartementet. Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 2004–2008. Plan for preventing unwanted pregnancy and abortion 2004–2008. Oslo: Helsedepartementet; 2004.
8. St.prp. nr. 63 (1997–98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006. (About Escalating plan for mental health 1999 – 2006. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
9. Kjelvik J. Bare halvveis i satsningen på barns psykiske helse. (Only half way in prioritizing children's mental health). Samfunnspeilet nr. 3. Oslo: SSB; 2007.
10. Sosial og helsedepartementet. Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (The municipalities' health promotion and disease preventive work in the health clinic and school health service). Oslo: Sosial- og helsedepartementet; 2004.
11. WHO. Adolescent Friendly Health Service – An Agenda For Change; 2002.
12. Torsheim T, Samdal O, Wold B, Hetland J. Helse og trivsel blant barn og unge: norske resultater fra studien «Helsevaner blant skoleelever: en WHO-studie i flere land». (Health and wellbeing among children and youth: WHO-study from several countries). Hemilrapport nr. 3. Bergen: Universitetet i Bergen; 2004.
13. Cavello F, Zambon A, Borraccino A, Raven-Sieberer U, Torsheim T, Lemma P. The HBSC Positive Health Group. Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Quality of Life Research* 2006; 15(10): 1577–1585.
14. Tylee A, Haller D M, Graham T, Churchill R, Sanci L A. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *Lancet* 2007; 369:1565–73.
15. Barker G. Adolescents, social support and help-seeking behaviour: an international literature review of programme consultation with recommendations for action. Geneva: WHO; 2007.
16. Rickwood D J, Deane F P, Wilson C J (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Medical Journal of Australia* 2007; 187(15): 35–39.
17. Morgan J, Haar J. Who goes to sexual health clinic? Gender differences in service utilization. *New Zealand Medical Journal* 2008; 121(1287): 44–49.
18. Pearson S. Promoting sexual health services to young men; findings from focus group discussions. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2003; 29(4): 194–198.
19. Hetland J, Torsheim T, Aarø L E. Subjective health complaints in adolescence: Dimensional structure and variation across gender and age. *Scand J Public Health* 2002; 30: 223–230.
20. Breidablik H-J, Meland E, Lydersen S. Self-rated health in adolescence: A multifactorial composite. *Scandinavian Journal of Public Health* 2008; 36:12–20.
21. WHO. Boys in the picture: gender based programming in adolescent health and development in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2000.
22. WHO. What about boys? A Literature Review on the Health and Development of Adolescent Boys; 2000.
23. Mossige S, Ainsaar M, Svedin CG (eds.). The Baltic Sea Regional Study an Adolescents' Sexuality. Report 18. Oslo: NOVA; 2007.
24. Mossige S. Ungdommers holdninger til seksuelle krenkelser og overgrep. (Adolescents attitudes to sexual offence and assault). Report 16. Oslo: NOVA; 2001.
25. Payne S. How can gender equity be addressed through health systems. Copenhagen: WHO; 2009.
26. Östlin P, Eckermann E, Mishra US, Nkowane M, Wallstam E. Gender and health promotion: A multisectoral policy approach. *Health Promotion International* 2007; 21(S1): 25–35.
27. Schei B, Bakkeiteig LS. Kvinner lider – menn dør. Folkehelse i et kjønns- perspektiv. (Women suffer – men dies. Public health in gender perspective). Oslo: Gyldendal Akademisk; 2007.
28. Creswell J W. *Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Second Edition. Thousand Oaks London New Dehli: Sage Publications; 2007.
29. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning (Qualitative methods in medical research)*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
30. Robinson N. The use of focus group methodology – with selected examples from sexual health research. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 29(4), 905–913.
31. Morgan D L. *Focus groups as qualitative research*. Second Edition. Thousand Oaks London New Dehli: Sage Publications; 1997.
32. Corbin J, Strauss A. *Basic of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. 3<sup>rd</sup> ed. Thousand Oaks California: Sage Publications; 2008.
33. Knodel J. *The Design and Analysis of Focus Group Studies: A Practical Approach*. In: Morgan D L (ed): *Successful Focus Groups*. Newbury Park London New Dehli: Sage Publication; 1993.
34. Lindberg C, Lewis-Spruill C, Crownover R. Barriers to sexual and reproductive health care: Urban male adolescents speak out. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 2006; 29:73–88.
35. Torvestad E, Steinsland A. Å tilpasse tenestene til kvinner og menn – prosjektrapport ved helsestasjon for ungdom. (To adjust the services to women and men – project report from adolescent health clinic). Bergen: Bergen kommune; 2002.
36. Rikter-Svendsen U. Men's health in Norway. In: Wilkins D. and Savoye E. (red.) *Men's health around the world*. Brussels: EMHF; 2009.
37. Bender S S, Kosunen E. Teenage Contraceptive Use in Iceland: A Gender Perspective. *Public Health Nursing* 2005; 22 (1):17–23.
38. Marcell A V, Halpern-Felsher B L. Adolescents' Belief about Preferred Resources for Help Vary Depending on the Health Issue. *Journal of Adolescent Health* 2007; 41: 61– 66.
39. Zachrisson H D, Rødje K, Mykletun A. Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: A population based survey. *BMC Public Health* 2006. Retrieved June 12, 2008 from <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/34>.
40. Pearson S (2003). Men's use of sexual health services. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2003; 29(4):190–194.

# Livshistorier og førstegangpsykose – en klinisk metode for systematisk narrativt arbeid: hvordan vurderer pasienten nytten av Kronologisk livs- løpsdiagram (KLD) i utredning av førstegangpsykose?

Marit Lindaas, Fagutviklingssykepleier, MCHC, psykiatrisk sykepleier – Nina Helen Mjøsund, Enhetsleder, cand.san., psykiatrisk sykepleier – Paul Møller, Forsker/overlege, dr.med., spesialist i psykiatri

LIFE STORIES AND FIRST-EPISODE PSYCHOSIS – A CLINICAL METHOD FOR SYSTEMATIC NARRATIVE WORK: HOW DOES THE PATIENT EVALUATE THE CHRONOLOGICAL LIFESPAN CHART (CLC) IN ASSESSMENT OF FIRST-EPISODE PSYCHOSIS?

## ABSTRACT

**Aim.** To gain knowledge about first-episode psychosis patients' experience with and judgements of a specific narrative method, as part of initial assessment.

**Background.** Subjective illness insight is an important yet underfocused goal for psychosis treatment and should be aided as early as possible, even during assessments. No study, to our knowledge, has explored psychotic patients' experience with specific clinical methods to promote insight.

**Methods.** Psychosis is often associated with difficulties in telling coherent life stories. Chronological Lifespan Chart (CLC) is a means to systematically recreate parts of the patients' subjective life story. Through semi-structured interviews, 19 patients were asked to describe and quantify the experienced value of using this narrative tool, with particular reference to recognition, participation and self-understanding. The study has a qualitative, phenomenological, and hermeneutic approach.

**Findings and conclusions.** The patient-therapist cooperative work with CLC gave the majority of the patients a strong sense of being recognized, clearly encouraging the dialogue. They further experienced being active participants during initial assessments, and the felt ownership of their narratives increased. The patients' self-understanding was strengthened by raising the consciousness about own coping strategies and consequences of the illness in daily life.

**KEY WORDS:** Psychosis, schizophrenia, assessment, narrative, patient experiences, qualitative research.

## Introduksjon

Det finnes etter det vi vet ingen studier av hvordan unge mennesker med psykose opplever og vurderer *spesifikke* arbeidsmetoder i klinisk praksis (1), og hvilken innvirkning disse metodene oppleves å ha på deres forståelse av seg selv og lidelsen. Eksisterende forskning på pasienterfaringer i psykisk helsevern gir i hovedsak generell informasjon om virksomme elementer i utredning og behandling (2). Relasjonen mellom pasient og behandler er en betydningsfull faktor ved ethvert behandlingsforløp i psykisk helsevern (3). For mennesker som opplever psykose er i tillegg deres forståelse av seg selv og kunnskap om lidelsen særlig viktig for forløpet, fordi psykose oftest innebærer manglende selvforståelse (4). Fenomenologisk forståelse av schizofreni/psykose innebærer at det typiske ved lidelsen ikke er å finne i et bestemt symptom eller sett av symptomer, men i en underliggende endring i bevisshetsstrukturen, som fører til karakteristiske endringer i måten å oppleve seg selv, andre og verden på. Denne forstyrrelsen rammer mentale prosesser som bl.a. er med på å gi en opplevelse av det selvfølgelig eierskapet til egne erfaringer og forståelsen av opplagte sammenhenger og meninger i tilværelsen (5). Studier av mennesker i tidlig psykotisk fase viser nettopp at de har en svekket evne til å presentere seg selv (6) og sin livshistorie (7). Denne svekkelsen virker negativt inn på helsefremmende faktorer som muligheten for å forstå sin situasjon, opplevelsen av å kunne håndtere tilværelsen og gi egeninnsats mening (8, 9). Artikkelen omhandler Kronologisk livsløpsdiagram (KLD) og pasienterfaringer ved å bruke dette. KLD er et klinisk verktøy anvendt i systematiske samtaler mellom pasient og primærkontakt (PK) ved utredning av mulig psykoselidelse. Tre tema ble

a priori valgt som viktige å undersøke nærmere: anerkjennelse (av egen person, liv og lidelse), delaktighet (i utredning og behandling av livs- og sykehistorie) og selvforståelse (kunnskap om egen lidelse, innsikt i egen psyke). Opplevd *anerkjennelse* er et allment akseptert terapeutisk mål (10, 11) og knyttes til positive behandlingsresultater (12). I vår sammenheng innebærer det at PK (psykiatriske sykepleiere) utviser genuin og aktiv interesse for pasientens erfaringer og liv. Pasientene skal møtes i en subjekt-subjekt relasjon (11, 13) der livshendelser og følelser gyldiggjøres. Gjennom KLD utforskes forståelse av og mening i livshendelser og tilhørende opplevelser. *Delaktighet* i nedtegnelse og sammenstilling av sin egen historie er også en intuitiv og allment akseptert faktor for utvikling av forståelse, innsikt og meningsdannelse (9). Pasientene gjør selv nedtegnelsene i KLD, enten på PC eller på papir. Om nødvendig skaffes også informasjon fra nær familie. Skriveprosessen i KLD er således en semi-strukturert narrativ tilnærming hvor den subjektive livs- og sykehistorien gjennom korte fortellinger blir rekonstruert (14). Arbeid med KLD kan gi styrket opplevelse av sammenheng (9, 15), tydeliggjøre subjektiv mening og identifisere stressfaktorer (16), mestringsstrategier (17) og motstandsressurser (9). Dette er sentrale bidrag til *selvforståelse*. Anvendelse av KLD kan dermed bidra til sentrale terapeutiske virkninger (4, 15). Målsettingen for vår studie var å frembringe kunnskap om hvordan pasientene har erfart å bruke Kronologisk livsløpsdiagram i utredning av mulig psykoselidelse.

**Følgende tredelte forskningsspørsmål ble stilt:** I hvilken grad og hvordan opplever pasienten anerkjennelse, delaktighet og økt selvforståelse gjennom arbeidet med KLD?

**Tabell 1. Sosiodemografiske og kliniske karakteristika**

Informanter	19
Kjønn; menn/kvinner (% menn)	11/8 (58)
Alder, år; gjennomsnitt (SD, spredning)	22 (4, 17–29)
Varighet av opphold, uker; gjennomsnitt (SD, spredning)	26 (10, 5–45)
S-GAF inn; gjennomsnitt (SD, spredning)	33 (9, 18–50)
S-GAF ut; gjennomsnitt (SD, spredning)	42 (6, 32–53)
ICD-10 hoveddiagnoser	
F10-19. Stoffutløst lidelse med psykotiske symptomer	2
F20-29. Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	13
F30-39. Affektiv lidelse med psykotiske symptomer	3
F40-48. Sosial fobi med psykotiske symptomer	1

zofrenispektrum (F20-29)(22). De som ikke fikk en psykoselidelse som hoveddiagnose hadde alle betydelige psykosesyntomer som en del av lidelsen (F10, F30 og F40) (se tabell 1). Elleve pasienter ble ekskludert, fem pasienter var innlagt for kort, tre samtykket ikke, en hadde utviklingsforstyrrelse, en var innlagt for justering av medikasjon og en benyttet ikke KLD. De inkluderte fikk muntlig og skriftlig informasjon og samtykket skriftlig til deltakelse. Samtlige hadde samtykkekompetanse. Forskningsintervjuene ble gjennomført siste uke før utskriving.

#### Instrumenter

Følgende standard måleinstrumenter ble brukt i hovedprosjektet: Splittet versjon av Global Assessment of Functioning (S-GAF)(23), Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS)(24) og Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)(25). Kun S-

## Materiale og Metode

### Design

Studien er deskriptiv og i hovedsak kvalitativ, med en hermeneutisk metodisk tilnærming. For innhenting av data ble det kvalitative forskningsintervju kombinert med kvantitativ metode.

### Setting

Studien ble gjennomført ved en utredningsenhet for unge med nyoppdaget eller mistenkt schizofreni/psykose ved Sykehuset Buskerud (18, 19). Enheten har et systematisk og integrert utredningsprogram med et gjennomgående fokus på den subjektive dimensjon ved schizofreni (19, 20). Programets vitenskapelige plattform bygger på fenomenologisk psykiatrisk forskning på karakteristiske opplevelsesendringer ved schizofreni, særlig i prodromalfasen (21). Tre kliniske verktøy/virkemidler er sentrale: Diagnostisk arbeidsdiagram (DAD) (18), KLD, og en systematisert fenomenologisk orientert grunnholdning blant fagpersonalet. Forskningsprosjektet «Opplevd kvalitet ved psykoseutredning» ble iverksatt for å dokumentere pasientenes opplevde nytte av disse. Denne artikkelen omhandler kun Kronologisk livsløpsdiagram (KLD).

### Inklusjon og eksklusjon

Inklusjonskriterier var: innlagt i enheten minst tre uker, alder 16 – 30 år, benyttet og fullført alle relevante utredningsverktøy. Eksklusjonskriterier var: psykisk utviklingshemming, kjent hjerneskade eller nevrologisk sykdom, gjennomgripende utviklingsforstyrrelse. Gjennom halvannet år (2007–2008) ble 30 pasienter innlagt, og av disse ble 19 pasienter (17–29 år) fortløpende inkludert, de fleste tilhørende det brede schi-

**Diagram 1. Eksempel på utfylt KLD (fiktiv pasient)**

## ”Livsløpsdiagrammet”: En kronologisk oversikt over livshendelser og tilhørende opplevelser/reaksjoner

Pasienten; født (år, sted, evt. nummer i rekken) 1988, nr. 4 av fire søsken		
Mor (alder, jobb, helse) 52 år, hjelpepleier, god helse		
Far (alder, jobb, helse) 53 år, ingeniør, god helse		
Søsken (alder, skole/jobb, helse) Bror, 24 år, student, Søster 27 år, gift, fast arbeid, Søster 29 år, sykepleier, samboer		
Psykisk sykdom i slekta Onkel, (mors eldre bror), depresjon		
Viktige fakta og livshendelser	Når? Mnd/år og alder	Reaksjoner/symptomer/opplevelser ifm. livshendelser og sykdomsutv.
Oppvekst, skoler, jobb (fungering), samliv/ekteskap/skilsmiss (foreldres og eget), flytting, barn, evt. ulykker, overgrep osv. (Her føres selve hendelsene)		Psykkiske plager, symptomer, tegn, atferdsendringer, samt psykiatrisk behandling og innleggelses. (Her føres psykiske reaksjoner på ulike hendelser).
Normalt svangerskap, ukomplisert fødsel, Begynte i barnehage.	1988 3 år	Trivdes ikke, vet ikke hvorfor Var kanskje litt passiv, lekte mest for seg selv. Hørte flere ganger en stemme som sa hans navn, ble ikke redd, trodde alle hørte det
Begynte på barneskolen. Fikk en kamerat. Begynte med fotball.	1994 6 år	Kjente ingen fra før. Likte godt gym og matte, lærerne var greie.
En del alene hjemme etter skolen.	1998 10 år	Var ofte redd, likte ikke å være alene. Spilte musikk for ikke å høre etter lyder i huset.
Flyttet til ny by. Sluttet med fotball.	2002 13 år	Tenkte det var spennende, men dumt å flytte fra vennen, syntes det var trist.
Begynte på ungdomsskolen, M og G i karakterer. Lite utenfor hjemmet i fritiden. Spiller mye PC spill.	2002- 2005 13- 16 år	Syntes dette var skummelt, kjente ingen, ble ikke kjent med mange, følte seg alene alle tre årene. Tenkte at ingen ønsket å være sammen med han. ”Det var greit å være så mye alene, klarte meg fint alene.”
Begynte på videregående skole.	2005 16 år	Lite motivert, veldig tungt. Har problemer med å konsentrere seg i timene. Begynner å høre en stemme, som sier at han ikke er som de andre, men noe mer. Liker stemmen, føler seg mindre alene.
Stort fravær fra skolen, sosiallærer tar kontakt, innkaller han og foreldre til møte. Time hos fastlegen	2006 17 år	Orker ikke gå på skolen. ”Jeg så ikke mening i å være i noe jeg ikke tilhørte”  Henvist BUPA, poliklinisk oppfølging
Forsøker suicid med overdose paracet.	2007 18 år	Innlagt Psyk. avd. Er usikker på hva som er reelt eller ikke. Hører stemmer, alt er kaos.

Tabell 2. Opplevd anerkjennelse

ANERKJENNELSE	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Synes du arbeidet med livsløpsdiagrammet gjorde at du kunne fortelle om viktige hendelser i livet ditt, og om hvordan du reagerte på dem?	0	1	3	9	6
<b>Undertema: Bli lyttet til, sett og forstått</b>					
Jeg ble møtt på en profesjonell måte, PK kjente igjen problematikken, forståelsen fra PK var god. Jeg ble virkelig tatt på alvor (15)					
PK virket veldig interessert og engasjert. Jeg fikk ingen reaksjoner på at det jeg sa var rart eller annerledes. Jeg ble akseptert for det jeg sa (19)					
<b>Få hjelp til å fortelle</b>					
Jeg visste ikke hvor jeg skulle begynne å fortelle, men da hjalp PK meg, PK spurte og jeg svarte (13)					
PK kunne spørre; hvordan var det for deg? Hadde hun bare sittet der hadde det ikke vært så lett å snakke. Det ble veldig lett å fortelle om det, når jeg kom i gang så kom alt (19)					

Merk: PK = primærkontakt (psykiatriske sykepleiere). Tall i parentes er pasientens ID.

GAF-verdiene (= den laveste av GAF-s og GAF-f) presenteres i denne artikkelen, for å demonstrere psykotisk alvorlighetsgrad i pasientmaterialet og gjennomsnittlig bedring til ikke-psykotisk nivå i løpet av oppholdet.

### Kronologisk livsløpsdiagram

*Utvikling.* KLD er utformet av PM, og anvendt ved denne utrednings-enheten siden 2002. Det er et elektronisk skjema for systematisering og dokumentasjon av pasientenes *subjektive livs – og sykehistorie*. Liknende skjema finnes i ulike versjoner innen psykisk helsearbeid, «livslinje» (26) og «telefonpælen» (27). Det vanlige er å benytte

frem mot utskrivning. Ved utskrivning får alle pasienter med seg det klargjorte livsløpsdiagrammet (se diagram 1) i en perm med sentrale dokumentasjoner fra oppholdet (personlig «epikrise»).

### Datainnsamling

Det kvalitative forskningsintervju (28) ble benyttet. PM utformet et semistrukturert intervju-skjema som besto av ett generelt, innledende, åpent spørsmål og deretter fem mer spesifikke spørsmål rettet mot tre hovedtemaer: opplevd anerkjennelse, opplevd delaktighet i utredningen og tre spørsmål rettet mot selvforståelse (kunnskap om egen lidelse, innsikt i egen psyke). Etter hvert av de fem spesifikke spørsmålene ble pasientene bedt om også å gradere nytten av KLD på en femdelts skala: (0 = ikke i det hele tatt, 5 = i svært stor grad). Ved å kombinere kvalitative beskrivelser med tallmessig gradering åpnet vi for en noe bredere utfyllende vurdering av fenomenene (29). Bruken av begge typer respons var ment å ivareta den betydelige begrensning og variasjon i verbal uttrykksevne hos denne pasientgruppen (17, 30). Vi brukte ikke båndopptaker, pasientenes uttalelser ble nøyaktig notert av intervjuer (ML) og etter intervjuene gjennomgått og sjekket sammen med pasienten. Intervjuene varte i gjennomsnitt 20 min, de renskrevne notatene utgjorde 20 A4 sider.

### Etiske overveielser

Forskningsprosjektet er godkjent av REK, og ble tilrådd av NSD. Intervjueren (ML) var ansatt ved enheten, men uten pasientansvar. Hun informerte pasientene om prosjektet, forespurte om deltakelse og foretok alle intervjuene. Det gjensidige kjennskap mellom pasienter og intervjuer bidro til trygghet under intervju-

Tabell 3. Opplevd delaktighet

DELAKTIGHET	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Synes du arbeidet med livsløpsdiagrammet gjorde at du kunne være aktivt med på å skape en bedre oversikt enn før, over livet ditt og situasjonen din?	1	0	2	12	4
<b>Undertema: Krevende arbeid</b>					
Det har hjulpet meg mye, det var tøft å grave i fortiden, så ikke meningen først, nå som jeg er bedre ser jeg mening i det (6).					
I begynnelsen var det ganske tøft, å snakke om ting som jeg tidligere ikke hadde nevnt. Det var etter hvert deilig å snakke om både positive og negative hendelser (14)					
Det var litt vanskelig, det var som jeg opplevde ting om igjen (18)					
<b>Medbestemmelse over innhold, retning og tempo</b>					
Jeg kunne velge hva som skulle stå der (15)					
Det var jeg som kom med det som skulle med, fikk lese det etter hver samtale, spurte mor om ting jeg ikke husket (19)					
<b>Fremme eierskap til egen livshistorie</b>					
Det var meg og mine ord som ble skrevet inn, jeg fikk sett gjennom hele livet mitt ganske nøyaktig (15)					
Jeg leste igjennom det helt til slutt og kunne si at det var bra, det var min historie (16)					
Jeg leser nedover og det er livet mitt (19)					
<b>Hjelpe seg selv ved å fortelle</b>					
Det kan også gjøre det enklere for andre, å lese og få vite om livet mitt, så slipper jeg å si det om igjen (13)					
Jeg måtte hjelpe meg selv ved å fortelle, arbeidet vil også hjelpe med å finne en diagnose, det har gjort det lettere for behandler å hjelpe meg (17)					

Tabell 4. Økt selvforståelse (1)

SELVFORSTÅELSE	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Synes du arbeidet med livsløpsdiagrammet gjorde at du kunne forstå litt mer om sammenhengen mellom ting som har hendt deg og din reaksjon på hendelsene?	0	3	4	10	2
<b>Undertema: Få oversikt og sammenheng</b>					
Jeg husker ikke så mye tilbake i livet, hva jeg følte eller tenkte (2)					
Jeg fikk tenke over reaksjonene mine, det har gjort det lettere å se sammenhengen mellom reaksjoner og hendelser. Det har gitt meg oversikt og i noen grad ryddet opp (11)					
Jeg forstår hvorfor jeg reagerer slik jeg gjør i situasjoner jeg har opplevd før (14)					
Det har kanskje hjulpet meg å danne bilder i hukommelsen. Når jeg tenker tilbake er det flere hendelser jeg har kommet på (16)					
<b>Få positiv distanse til livshistorien</b>					
Det ble som å se seg selv gjennom et annet perspektiv, som gjorde det lettere (13)					
Jeg har fått skrevet det ned og ser det der svart på hvitt. På grunn av arbeidet med diagrammet har jeg fått en distanse til det vanskelige i livet mitt (14)					
Når jeg leser det etterpå kan jeg se hva som skjedde og forstå mer (19)					

ene. Det ble dermed vurdert som etisk forsvarlig at ML gjennomførte intervjuene.

#### Analyse

Hensikten med analysen var å beskrive, fortolke og forstå pasientenes svar og å søke variasjonsbredde og dybde. Etter intervjuene ble de nedskrevne notatene gjennomlest flere ganger og sammenliknet for å finne fellestrekk, mønstre og variasjon. Hovedtemaene ble fokusert samtidig som vi var åpne for nye tema. Tekstene for hvert spørsmål ble systematisk kondensert (28), ved kvalitativ innholdsanalyse (31). Meningsbærende enheter ble identifisert, og dannet grunnlag for etablering av undertema (tabell 2–5), støttet av typiske utsagn. Undertemaene ble til slutt sett i relasjon til de tre forhåndsbestemte hovedtemaene. I analysen har vi konsentrert oss om det manifeste nivå, det pasientene faktisk sa. Pasientenes beskrivelser ble videre drøftet i relasjon til vår problemstilling og relevant teori.

#### Validitet

Det tekstmessige resultatet i tabellene er direkte forankret i det empiriske materialet (28). Under intervjuene forsøkte intervjueren gjennom kontrollspørsmål å sikre at hun hadde oppfattet pasienten riktig (dialogisk validering). Pasienten leste i tillegg intervjuerens notater umiddelbart etter intervjuet med mulighet til retting og tilføyer (tekstbasert validering). Under analysearbeidet var det fortlø-

Tabell 5. Økt selvforståelse (2)

SELVFORSTÅELSE	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Synes du arbeidet med livsløpsdiagrammet gjorde at du kunne forstå litt mer om din totale livssituasjon og hva du må ta hensyn til?	2	1	7	6	3
<b>Undertema: Erkjennelse av alvorlig psykisk lidelse</b>					
Jeg skjønnte mer hvorfor ting var blitt som de var blitt, kom på ting som kunne være årsak til psykosen min (6)					
Det har gitt meg mer innsikt i meg og min sykdom, jeg identifiserte meg med sykdommen tidligere, kan nå sette et skille mellom den jeg er som person og sykdommen min (14)					
Jeg har fortalt om livet mitt så mange ganger før slik at jeg visste mye, forstår at jeg har hatt store psykoseproblemer gjennom hele livet (15).					

pende drøfting mellom forfatterne vedrørende berettigelsen av undertema og hovedtema.

#### Resultater

Vi stilte fem spesifikke spørsmål for å belyse tre forhåndsutvalgte hovedtema rundt opplevd nytte av KLD. Funnene presenteres med graderinger og utvalgte illustrerende sitater (sortert etter undertema) i felles tabeller. Dette gir mulighet til å sammenholde betegnelse på hovedtema og undertema, samt kvalitative og kvantitative responser. Sitater ble utvalgt etter konsensus blant forfatterne, etter relevans for hovedtemaet og for å vise variasjon i opplevelsene. Komplette sitatoversikt er tilgjengelig hos forfatterne.

#### Anerkjennelse

Spørsmål 1 skulle belyse anerkjennelse ved at pasientene under utredningen *opplevde* å komme tilstrekkelig til orde med en sammenhengende fortelling om seg selv og sitt liv, og at PK utviste genuin og aktiv interesse for dem. Femten av de 19 opplevde dette i stor eller svært stor grad, tre i noen grad (tabell 2). Pasientene opplevde at PK hadde relevant kunnskap, at samarbeidet rundt KLD var preget av å bli tatt på alvor, bli sett, lyttet til og forstått. Pasientene fikk hjelp til å sette ord på opplevelser, det ble lettere å åpne seg og fortelle.

#### Delaktighet

Spørsmål 2 skulle belyse delaktighet ved at pasientene *opplevde* å være aktive og reelt medvirkende leverandører av eget materiale til utredningen, at de selv kunne gjøre nedtegnelser i KLD og drøfte disse med PK. Seksten av de 19 opplevde dette i stor eller svært stor grad, to i noen grad (tabell 3). Pasientene beskrev at arbeidet kunne være krevende. Flertallet opplevde å ha innflytelse på arbeidet, samarbeidet omkring diagrammet økte eierskapet, og det ble en mulighet til aktivt å hjelpe seg selv.

#### Selvforståelse

Spørsmålene 3–5 skulle belyse selvforståelse. Spørsmål 3 fokuserte på økt forståelse av sammenhengen mellom livshendelser og reaksjoner. Tolv av de 19 bekreftet dette i stor eller svært stor grad, fire i noen grad (tabell 4). De opplevde å bli gjort oppmerksom på mulige sammenhenger i livet og få vekket minner. Å lese om livshendelser og se dem fysisk nedtegnet på papiret opplevdes positivt, det gjorde også at de gradvis husket mer og kunne skrive mer.

Spørsmål 4 fokuserte på økt forståelse av livssituasjonen generelt og hensynstaken til den. Ni av 19 bekreftet dette i stor eller svært stor grad, sju i noen grad (tabell 5). Nedtegnelsen av livshendelser hjalp flere til en begynnende erkjennelse av at de hadde slitt med psykose og angst i lang tid og nå måtte ta hensyn til dette videre. Enkelte beskrev at de kunne skille bedre mellom seg selv og sykdommen. Noen få

Tabell 6. Økt selvforståelse (3)

SELVFORSTÅELSE	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Synes du arbeidet med livsløpsdiagrammet gjorde at du alt i alt kunne forstå deg og sykdommen bedre enn før?	1	3	5	7	3
<b>Undertema: Styrket og bedre kjent med seg selv</b>					
Det var til hjelp, men jeg ville gjerne forstått mer (3)					
Jeg føler meg styrket og har nå mer kontroll over hva jeg skal fylle livet mitt med (14)					
Jeg vet at ulike situasjoner utløser stress, vet mer hva jeg skal gjøre for å unngå dette og få det bedre (15)					
Det å finne ut diagnosen og sykdommen har gjort meg mer moden (17)					
Arbeidet vekket nysgjerrigheten min. Jeg ble mer kjent med meg selv (19)					

hadde gått i terapi tidligere og opplevde dermed at arbeidet med KLD i liten (N=1) eller ingen grad (N=2) påvirket slik erkjennelse nå.

Spørsmål 5 fokuserte på økt forståelse av seg selv og sykdommen totalt sett. Ti av de 19 bekreftet dette i stor eller svært stor grad, fem i noen grad (tabell 6). Flere ble nysgjerrig på seg selv. Arbeidet med diagrammet bevisstgjorde sårbarhet for stressutløsende situasjoner og hvordan unngå eller minske den. Arbeidsformen bidro til styrket opplevelse av kontroll og økt bevissthet på hva de kunne gjøre for seg selv etter utskrivning.

### Diskusjon

Studiens hensikt var å skaffe systematisk kunnskap om pasienterfaringer ved bruk av KLD som ramme for samtaler om livshistorien. Kunnskapen skal bidra til å utvikle og forbedre praksis og tjenestetilbudet til unge med psykoseutvikling. Utvalget er ikke representativt for mennesker med debuterende psykose, men er antakelig typisk for en gruppe som trenger og ønsker døgnutredning i tidlig fase av mistenkt psykoselidelse.

### Metode

Kombinasjonen av åpne spørsmål og kvantitativ gradering kan ha bidratt til at data ikke ble av den bredde og variasjon som et rent kvalitativt design søker. Samtidig var det viktig å gjøre det lettere for mindre verbale pasienter å formidle sin vurdering. Fordi intervjueren var ansatt ved utredningsenheten kunne en utfordring oppstå i forhold til å oppnå analytisk distanse (28). Når forskeren har god kompetanse på sitt forskningsfelt ligger det også en viss fare i at svar kan «tas for gitt» uten at det stilles klargjørende spørsmål. Intervjueren søkte derfor å stille oppfølgingsspørsmål som «har jeg forstått deg rett når du sier». Det kan imidlertid også være en vesentlig fordel å ha kjennskap til og kunnskap om temaet, ved å fokusere mer presist på de fenomener som ønskes utforsket, og bidra til at disse etterspørres mer effektivt (28). Intervjuene ble ikke tatt opp på bånd. Manuelle notater ble vurdert som tilstrekkelig ut fra det begrensede omfang, og som hensiktsmessig ut fra hensynet til pasientenes relativt nyoppståtte psykotiske lidelse med tilhørende utrygghet.

### Opplevd anerkjennelse

Vi ville undersøke anerkjennelsens mulige rolle ved utredning av

Tabell 7. Alle fem spørsmål summert

Opplevd nytte av KLD	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Antall skårer gitt av antall mulige, <i>ratio</i> (prosent)	4/95 (4 %)	8/95 (8 %)	21/95 (22%)	44/95 (46%)	18/95 (19%)

psykose fordi denne lidelsen ofte oppfattes som *uforståelig* og av den grunn er vanskelig å anerkjenne på en autentisk måte. Utredningsenheten arbeider etter en psykoseforståelse der de tilsynelatende uforståelige symptomer kan gis en begynnende forståelse ved å benytte en subjektivitetsmodell (20). Psykosefenomener tas imot «slik de viser seg» og bearbeides (18). Anerkjennelse forutsetter at pasienten kan formidle sin livshistorie og at terapeuten kan ta den imot med forståelse, aksept og toleranse. Begge delprosesser er utfordrende ved schizofreni/

psykose, men våre funn (tabell 2) illustrerer i tall og tekst at slike prosesser ble understøttet av KLD. Alle pasientene fikk hjelp til å fortelle – de fleste i stor grad – og de opplevde seg lyttet til og forstått. En slik narrativ tilnærming til pasienter i schizofrenispektrumet er særlig nyttig på grunn av deres vansker med å verbalisere sine opplevelser (6). Slike vansker virker dessuten negativt inn på forholdet til andre (jeg-du perspektivet) (30). Den intersubjektive deling blir vanskelig, og evnen til å dele erfaringer og opplevelser gjennom livshistorien svekkes (7). Den holdningen som pasientene fornemmet hos PK, samsvarer med innholdet i et praktisk anerkjennende nivå (11). Ved å utvise aksept og toleranse i dialog og samhandling viser erfaring at det utvikles en terapeutisk relasjon (11, 32). PK hadde spesifikk kunnskap om lidelsen og formidlet dermed en troverdig forståelse, en sentral virksom faktor i behandling (32, 33). I samtaler med pasienter med selvforstyrrelser kan deres første- og andrepersonsperspektiv styrkes gjennom terapeutens genuine interesse, *terapeutisk undring* (35), slik understøttes evnen til intersubjektiv deling (32). Våre funn bekrefter at å fremme subjekt-subjekt relasjonen gjennom anerkjennelse understøtter evnen til dialog og ny selvforståelse (30).

### Opplevd delaktighet i egen utredning

Mennesker med psykose har ofte traumeerfaringer som har gitt grunn for emosjonelle problemer i ungdom og tidlig voksen alder (36). Enkelte pasienter fortalte om slik bakgrunn og opplevde det som krevende innledningsvis å skulle forholde seg aktivt til sin fortid. Arbeidet opplevdes imidlertid økende positivt og meningsfylt når hensikten ble tydeligere og de erfarte bedring (tabell 3). Enhetens program skal fremme pasientenes delaktighet ved at deres subjektive livshistorier anerkjennes tydelig som gyldig kunnskapskilde i utredning og diagnostikk. Det narrative perspektiv tilsier ansvarliggjøring av pasienten som forteller og som tydelig aktør i eget liv (14, 37). Våre funn tyder på at den medvirkning pasientene beskrev, å formulere og skrive innholdet i KLD, bestemme hyppighet og varighet på samtaler osv., bidro til en opplevelse av medansvar og innflytelse. Den aktive rollen styrket også opplevd eierskap til både terapiprosess og livshistorie. Forskning på psykoterapi bekrefter dette funnet, den viser at pasienter som engasjeres aktivt i egen behandling styrker sine muligheter for å mestre eget liv og lykkes i behandlingen (3).

### Pasientenes opplevelse av økt selvforståelse

Mennesker med psykose vil ha en tendens til å tolke og forstå livshendelser også ut fra sine symptomer. Dette gir vansker med å ordne hendelser i sammenhengende fortellinger. En mangel på indre sammenheng i historiene kan svekke ens identitet og man kan bli overlatt til en ustrukturert eller kaotisk nåtid (8). Å dele og rekonstruere fortellinger kan gi dem ytre og indre sammenheng i tid og

kontekst (8, 38). Et flertall av pasientene (Tabell 4) beskrev at de fikk bedre oversikt over livshendelser og tilhørende følelsesmessige reaksjoner og at de etter hvert husket mer fra sine liv. Forskning viser at kognitiv svikt er utbredt ved psykose, dette innebærer blant annet svikt i hukommelsen (39). Våre funn viser at arbeidet med KLD kan være understøttende for hukommelsen. Et utfylt KLD konkretiserer livshistorien og dermed sykehistorien, skaper fysisk og mental avstand til den, og gjør den lettere å bearbeide og forholde seg til. Enkelte pasienter opplevde et tydeligere skille mellom seg selv og sykdommen. En slik terapeutisk eksternalisering er viktig for mestring og kan bidra til et større handlingsrom i bedringsprosesser (14). Arbeidet med å beskrive og reflektere over sitt livsløp ledet for noen pasienter til en klarere erkjennelse av å ha en alvorlig psykisk lidelse, som igjen er en forutsetning for innsikt (40). Personer med prepsykose og psykose uttrykker ofte opplevelse av å være uvirkelig, fremmed, ha mistet seg selv og at ingenting gir mening (21). Gjennom en tydelig deling av slike opplevelser kan man gjøre selvforståelsen tydeligere. Forskning underbygger dette og viser at systematisk arbeid med livshistorien ved schizofreni styrker identiteten (15). Arbeidsprosessen med KLD bidro også til integrering av gode hendelser, historier om mestring, og slik et mer helt og nyansert bilde av livshistorien (9, 41). Arbeidsformen identifiserte og bevisstgjorde dessuten stressutløsende faktorer og motstandsressurser (9, 16). Denne selvinnsikten ga flere av pasientene en opplevelse av å være styrket og bedre rustet overfor kommende utfordringer (tabell 6). Våre funn underbygger studier som viser at rekonstruksjon av livshistorien ved psykoselidelser fremmer bedring ved å gi økt forståelse av sammenheng og mening (37). Historien om livet og lidelsen kan slik bli en mer positiv veiviser for fremtiden.

## Konklusjon

Studien viser at pasientenes opplevelse av anerkjennelse under rekonstruksjon av livshistorien fremmet intersubjektiv deling i samtalene. Systematisk narrativt arbeid ved hjelp av KLD understøttet pasientenes delaktighet i utredningen og styrket deres eierskap til livshistorien. Pasientenes selvforståelse økte gjennom en opplevelse av sammenheng i tid og kontekst, og en hjelp til erkjennelse av lidelsen. Økt kjennskap til egen sårbarhet, mestring og muligheter ga for noen av pasientene en opplevelse av å være styrket.

Takk til pasientene som delte sin kunnskap og erfaring og takk til medarbeidere som gjorde studien mulig.

Godkjent for publisering 7.05.2010

## Korrespondanse til

Fagutviklingsseksjonen Marit Lindaas, Utredningsenhet for unge, Klinikken for psykisk helse og rus, Vestre Viken HF, Postboks 135, NO – 3401 Lier, marit.lindaas@vestreviken.no

## Referanser

- Friis S. Forskningsstrategier ved begynnende schizofreni. In: Jørgensen P, Larsen TK, Rosenbaum B, editors. Tidlig innsats ved Skizofreni: Udvikling og behandling. Copenhagen: FADL's Forlag Aktieselskab; 2000. p. 105–18.
- Hodgetts A, Wright J. Research Client's Experiences: A Review of Qualitative Studies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2007;14:157–63.
- Miller SD, Duncan BL, Hubble MA. Beyond Integration: The Triumph of Outcome Over Process in Clinical Practice. *Psychotherapy in Australia*. 2004;10:2–19.
- Amador X, David A. Insight and psychosis Awareness of illness in schizophrenia and related disorders. Oxford: Oxford university press; 2004.
- Parnas J, Bovet P, Zahavi D. Schizophrenic autism: clinical phenomenology and pathogenetic implications. *Worlds Psychiatry*. 2002;1:131–6.
- Møller P, Husby R. The initial prodrome in schizophrenia: searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior. *Schizophrenia Bulletin*. 2000;26:217–32.
- Lysaker PH, Wickett AM, Wilke N, Lysaker J. Narrative Incoherence in Schizophrenia: The Absent Agent – Protagonist and the Collapse of the Internal Dialogue. *American Journal of Psychotherapy*. 2003;57(2):153–66.
- Holma J, Aaltonen J. Narrative Understanding in Acute Psychosis. *Contemporary Family Therapy*. 1998;20(3):253–63.
- Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. San Francisco: Jossey-Bass Inc. Publishers; 1987.
- Kohut H. The Restoration of the Self. New York: International Universities Press; 1977.
- Schibbye A-LL. Anerkjennelse: en terapeutisk intervensjon? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 1996;33:530–7.
- Farber BA, Lane JS. Positive regard. I: J. C. Norcross, *Psychotherapy Relationships that Work*. New York: Oxford University Press; 2002.
- Stern DN. The Interpersonal World of the Human Infant. New York: Basic Books; 1985.
- Epston D, White M. Narrative Means to Therapeutic Ends. W. W. Norton & Co Inc; 1990.
- Lysaker P, Buck K. Moving toward recovery within client's personal narratives: directions for recovery – focused therapy. *Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2006;44(1):28–35.
- Zubin J, Spring B. Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*. 1977;18:103–26.
- Cullberg J. Psykosers humanistisk og biologisk perspektiv. Oslo: Universitetsforlaget; 2000.
- Møller P. Schizofreni og selvet – eksistensielle perspektiver på forståelse og utredning. *Tidsskrift Norsk Lægeforening*. 2005;125(8):1022–5.
- Falch-Pedersen T. Buskerud modellen for psykosautredning: selvopplevelse og selvforståelse i sentrum. *Medisinsk informasjon*. 2007;3:20–5.
- Møller P. Psykosens anatomi: skisse til subjektivitetsmodell. *Impuls*. 2008;2:12–23.
- Møller P. The phenomenology of the initial prodrome and untreated psychosis in first – episode schizophrenia: An exploratory naturalistic case study. Oslo: Diakonhjemmets sykehus og Ullevål universitetssykehus, Universitetet i Oslo; 2000.
- WHO. ICD – 10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. 5 ed. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2003.
- Karterud S, Pedersen G, Løvdahl H, Friis S. Assessment of Functioning-Split version (S-GAF): Background and scoring manual. Oslo: Department of Psychiatry, Ullevaal University Hospital; 1998.
- Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, Park SBG, Hadden S, Burns A. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): Research and development. *British Journal of Psychiatry*. 1998;172:11–8.
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1987;13(2):261–76.
- Harding CM. Probes for lifelines. Colorado: University of Colorado School of Medicine; 2001.
- Hansen JE, Rønne E, Thorgaard L. Relationsbehandling i psykiatrien, bind V, Håndbok for relationsbehandlere. Stavanger: Hertervig Forlag; 2006.
- Kvale S, Brinkmann S. Interviews Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing. Los Angeles: SAGE Publications, Inc; 2009.
- Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Principles and Methods. 7 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
- Stanghellini G. The Grammar of the Psychiatric Interview – A Plea for the Second – Person Mode of Understanding. *Psychopathology*. 2007;40:69–74.
- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24:105–12.
- Vatne S. Korrigere og anerkjenne: Relasjonens betydning i miljøterapi. Oslo: Gyldendal norsk forlag; 2006.
- Johansson H, Eklund M. Patient's opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scand J Caring Sci*. 2003;17:339–46.
- Stanghellini G, Lysaker PH. The Psychotherapy of Schizophrenia through the Lens of Phenomenology: Intersubjectivity and the search for the Recovery of First – and Second – Person Awareness. *American Journal of Psychotherapy*. 2007;61(2):163–79.
- Schibbye A-LL. Forståelsen av psykiske forstyrrelser og psykoterapi: et dialektisk perspektiv. I: Veier til forandring virksomme faktorer i psykoterapi. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag as; 1999.
- Read J, Os Jv, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavia*. 2005;112:330–50.
- Roe D, Davidson L. Self and narrative in schizophrenia: time to author a new story. *J Med Ethics; Medical Humanities*. 2005;31:89–94.
- Stanghellini G. Disembodied bodies and deanimated spirits. The psychopathology of common sense. London: Oxford University Press; 2004.
- Ueland T. Kognitiv funksjon og rehabilitering ved schizofreni. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 2008;9:1164–8.
- Lincoln TM, Lüllmann E, Rief W. Correlates and Long-Term Consequences of Poor Insight in Patients With Schizophrenia. A Systematic Review. *Schizophrenia Bulletin*, Published online February 8. 2007.
- Axelsen E. Symptomer som ressurser: Psykiske problemer og psykoterapi. Oslo: Pax Forlag AS; 1997.

# Arbeidsforhold ved norske sykehjem – idealer og realiteter

Kari Ingstad, Høgskolelektor, PhD

WORKING CONDITIONS IN NORWEGIAN NURSING HOMES – IDEALS VERSUS REALITIES

## ABSTRACT:

Modernization of public services has put nurses in a new situation, with increasing demands and limited resources. The aim of this project is to describe how nurses' job situation in nursing homes has changed, and examine how older graduated nurses cope with the demands they are facing in their work situation. Data were collected through in-depth interviews with twenty-two nurses older than fifty-six years, either still working in a nursing home, or recently retired. I found that nurses working in nursing homes today have to deal with endless needs combined with limited resources. To cope with this situation, they use different strategies. Some nurses try to live up to the professions high ethical standards by working overtime and dropping breaks i.e. Others have accepted that limited resources reduce their ability to live up to these ethical standards. They no longer identify themselves with these standards, due to the lack of sufficient resources.

KEY WORDS: Nursing home, coping, nurses, New Public Management

## Innledning

Hensikten med denne artikkelen er å analysere hvordan endringer i tråd med New Public Management (NPM) har påvirket arbeidsforholdene ved norske sykehjem, og hvordan sykepleiere i slutten av yrkeskarrieren mestrer de nye arbeidsforholdene. Norsk eldreomsorg har vært under kontinuerlig forandring og utvikling helt siden den ble en del av den offentlige velferdspolitikken etter andre verdenskrig. I løpet av 1990-årene økte imidlertid omstillingstakten, da eldreomsorgen ble en del av en internasjonal reformtrend, etter hvert kjent som NPM (1). Reformene har hatt som mål å bruke ressursene mer effektivt, samt å tilpasse behovene bedre til brukerne, altså levere bedre tjenester til en lavere kostnad (2). Samtidig har NPM-relaterte reformer skapt bekymring for ressurskvis og forverring av arbeidsforhold for de ansatte. Dette fordi effektivitetskrav kan komme i konflikt med de normene sykepleiere har i sin rolle som profesjonelle yrkesutøvere (1,3). Et sykehjem tilbyr heldøgns helsetjenester til pasienter med sammensatte og komplekse behov. Å ivareta disse pasientenes grunnleggende behov på alle nivå, er krevende og utfordrende, da de fleste pasientene har behov for omfattende hjelp, både medisinsk og pleiemessig (4). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere beskriver forholdet mellom sykepleier og pasient slik: «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket» (5). Dette er idealer det kan være vanskelig å strekke seg mot når stadige omstillinger og effektiviseringer fordrer at ansatte skal få mer helse ut av hver krone. Framtidige demografiske endringer vil medføre et større behov for sykepleiere i eldreomsorgen, samtidig som organisatoriske endringer vil være nødvendig for å møte de nye og økende behovene. På bakgrunn av dette er det viktig med kunnskap om arbeidsforholdene ved sykehjem, og hvordan sykepleiere mestrer disse arbeidsforholdene.

Den internasjonale forskningslitteraturen om NPM-relaterte reformer er i hovedsak basert på data som er samlet inn blant administrative ledere og konsulenter. Data fra de personer som gir og mottar tjenestene har vært fraværende (1). Hensikten med denne artikkelen er å vise hvordan sykepleiere som arbeider i en sykehjemsavdeling opplever og mestrer endringene i arbeidssituasjonen, og tar utgangspunkt i følgende problemstillinger: Hvordan opplever sykepleiere at NPM har påvirket arbeidsforholdene i sykehjem, og hvordan mestrer sykepleiere i sykehjem sin arbeidssituasjon?

## NPM

Denne studien ser på arbeidsforhold i sykehjem i lys av NPM-inspirerte reformer. NPM er en samlebetegnelse for flere tiltak og organisasjonsformer som beskriver reformer i offentlig sektor siden 1980-tal-

let. Tanken var at elementer fra marked og private bedriftskulturer bevisst skulle bygges inn i offentlige institusjoner (2, 6). Hood (1991) peker på NPM som en doktrine med flere komponenter; Større vektlegging av mål og resultatstyring, profesjonell ledelse, desentralisering, bruk av styringspraksis fra privat sektor, bruk av standarder og prestasjonsmål, konkurranse og større vekt på sparsommelighet i bruken av offentlige ressurser (7). Reformene er i utgangspunktet abstrakte ideer som ikke lar seg installere i organisasjoner som ferdige forandringer. De må tolkes, konkretiseres og vinne aksept på ulike nivåer i organisasjonen før de gir utslag i endret praksis (1). Med utgangspunkt i de problemstillinger som drøftes i denne artikkelen vil jeg utdype hva som ligger i mål og resultatstyring, profesjonell ledelse og desentralisering.

Mål- og resultatstyring i offentlige tjenester fokuserer på hvilke mål tjenesten har og hvilke resultater som blir oppnådd. Tydelige mål og klare resultatkrav for hver enkelt virksomhet gjør det mulig å fastslå i hvilken grad resultater som er forutsatt oppnås. For å vurdere om målene oppnås, inngår perioderapporter, årsrapporter og andre evalueringsmetoder som en del av arbeidsprosessen. Det spesielle ved målstyring er ikke at man setter mål for virksomheten, men at man styrer ved hjelp av mål for derigjennom å nå virksomhetens mål (8, 9, 10).

Ledelsestenkingen i NPM fokuserer på resultat- og endringsorientert ledelse. Lederen er den som skal drive gjennom endringer og sørge for måloppnåelse. Lederen har fått mer ansvar overfor personalet, samtidig som avdelingene ofte er organisert som selvstendige ramlestyrte enheter (11). Tanken er at gjennom å gi lederen makt til å lede og ansvar for organisasjonens resultater, vil evnen til å levere tjenester av god kvalitet øke. Profesjonelle ledere har mindre fokus på fag, og mer fokus på å være visjonære og innovative i møtet med effektivitetskrav (12).

Desentralisering har medført en flatere organisasjonsstruktur i kommunene. Hierarkier er bygd ned og arbeidsoppgaver og ansvar er forskjøvet fra sentrale ledd til de avdelinger som leverer tjenestene. Målet har blant annet vært å bruke mer av ressursene direkte på tjenestene framfor administrasjon, samt minske avstanden mellom beslutningstakere og brukere. Utforming av tjenestene har i større grad blitt overlatt til de som leverer tjenestene, og slik mener man at de ansatte har blitt myndiggjort (2, 11, 13). Målet med dette har blant annet vært å bedre arbeidssituasjonen og motivasjonen til de ansatte, i tillegg til å bedre tjenestene mot brukerne. Myndiggjøring kan gi en mer stimulerende arbeidssituasjon for mange sykepleiere, da det gir økt ansvar. Myndiggjøringsstrategier kan også ha problematiske sider. Når ansatte får ansvar for innholdet i og kvaliteten på tjenestene, uten å ha myndighet over arbeidsmengde og ressurser, kan det føre til at ansatte ikke greier å etterleve den kvaliteten de mener pleien bør ha (11, 14, 15).

## Metode

Studien omfatter totalt 22 kvalitative forskningsintervjuer med kvinnelige sykepleiere, og ble utført mellom høsten 2007 og våren 2008.

### Utvalg og gjennomføring

Strategisk utvalg ble benyttet for å sikre informanter som kunne bidra til å belyse problemstillingen. Inklusjonskriterier var sykepleiere i aldersgruppen 56 år eller eldre, og at de enten arbeidet innenfor pleien ved sykehjem, eller de hadde arbeidet i pleien ved et sykehjem siste 2 år, og deretter gått av med pensjon. 16 av informantene gikk i fast stilling, hvorav 7 hadde delpensjon. 6 av informantene var pensjonister, hvorav 2 fortsatt arbeidet ekstravakter. Informantene ble rekruttert ved at jeg kontaktet ledere og administrativt ansatte ved ulike sykehjem, som formidlet brev videre til aktuelle informanter. Deretter ble informantene oppringt en uke etter de hadde fått skriftlig invitasjon. Totalt ble 23 informanter forespurt, hvorav 22 deltok i undersøkelsen. Informantene valgte selv hvor intervjuene skulle foregå; 3 intervjuer foregikk på en lokal høgskole, 2 intervjuer hjemme hos informantene og 17 intervjuer foregikk på sykehjemmet der de arbeidet, eller hadde arbeidet tidligere. På bakgrunn av teori og tidligere forskning på feltet ble det utarbeidet en semistrukturert intervjuguide som ble utprøvd og brukt som struktur for samtaler, som varte i 1–2 timer. Sentrale tema nedfelt i intervjuguiden var arbeidsforhold, endringer i arbeidsoppgaver og ansvarsområder, organisasjonsendringer og mestring av arbeidsforhold. Det ble vektlagt å stille enkle og åpne spørsmål som var klare og korte. Eksempel på spørsmål: Kan du beskrive en vanlig arbeidsdag? Hvordan har dine arbeidsoppgaver endret seg i løpet av den tiden du har arbeidet her? I tillegg ble det stilt oppfølgingsspørsmål og oppklarende spørsmål. Intervjuene ble tatt opp på bånd, og fortløpende transkribert ordrett.

### Analyse

Studien har en fenomenologisk, hermeneutisk tilnærming, som innebærer en tolkende lytting til det mangfold av betydninger som ligger i intervjupersonens uttalelser. Analyse og fortolkning beskrives som en dialektisk bevegelse mellom deler og helhet og mellom forforståelse, tekstens enkelte deler, helheten i teksten, refleksjon og teori (16, 17, 18). Et fremtredende trekk ved den kvalitative forskningen er analysens fremtredende plass gjennom hele forskningsprosessen. Analysen er ikke noe som bare utarbeides i en eller to faser, den formes under intervjuet, materialbehandlingen og formidlingen (19). Jeg noterte fortløpende ulike funn jeg gjorde, både under intervjuet, transkripsjonen og analysen. Når dataene var transkribert, gikk jeg videre i å analysere teksten og finne intervjuenes mening. Den naive forforståelsen ble formulert ut fra en første lesing, og inneholdt en beskrivende del av arbeidsforholdene på sykehjem, og en foreløpig fortolkende del. I den påfølgende strukturelle analysen ble materialet analysert på nytt med spesielt fokus på hvordan informantene mestret sin arbeidssituasjon. Meningskategorisering ble benyttet som verktøy i analysen, noe som innebærer at man koder intervjuene i kategorier (16, 20). Jeg startet med et kodesystem jeg hadde utviklet på bakgrunn av teori og problemstilling. Utover i analysen endret disse kategoriene seg, og jeg tilpasset kodene til forskningsmaterialet.

### Etiske vurderinger

Informantene deltok frivillig og kunne når som helst trekke seg. Det var i utgangspunktet lite sensitiv informasjon som ville komme fram under intervjuet. Noen av informantene fortalte likevel om spesielle hendelser både fra privatlivet og arbeidssituasjonen som tydelig hadde preget dem. Konsekvensene av en intervjustudie bør vurderes med hensyn til mulig skade som kan påføres intervjupersonene (16). Under intervjusituasjoner jeg oppfattet som vanskelige for informantene, lot jeg informantene prate ut i en lengre periode, hvor jeg lyttet aktivt. Noen ganger informerte jeg om at de kunne stoppe intervjuet eller at de ikke behøvde å svare på spørsmålet. Ingen ønsket å stanse intervjuet, og flere informanter ga uttrykk for at de ønsket å få fram informasjonen, selv om det var vanskelig å uttrykke seg. Løsningen ble at vi tok korte pauser, hvor informantene fikk samlet seg, og tenkt gjennom hvilken informasjon de ønsket å gi.

## Funn og diskusjon

Funnene presenteres i to hovedkategorier «Arbeidsforhold i sykehjem» og «Mestringsstrategier». Den første hovedkategorien har tre underkategorier; hektisk arbeidssituasjon; lite tilstedeværende ledelse; flere nye arbeidsoppgaver. Den andre hovedkategorien har to underkategorier; med idealene som rettesnor; med realitetene som rettesnor. For å knytte empirien til en større helhet vil jeg videre i artikkelen se funnene i sammenheng med tidligere forskning og teori.

### Arbeidsforhold ved sykehjem

Sykepleiere som arbeider på sykehjem har i oppgave å ivareta pasientenes grunnleggende behov. I møtet med nye krav til omstillinger og effektiviseringer kan arbeidsforholdene for sykepleiere endres. Denne studien tyder på at NPM inspirerte reformer har påvirket arbeidsforholdene til sykepleiere i sykehjem ved at de har fått en mer hektisk arbeidssituasjon, en mindre synlig leder og flere nye arbeidsoppgaver.

### Hektisk arbeidssituasjon

Sykepleierne beskrev arbeidssituasjonen som hektisk, hvor det var mange og ofte komplekse arbeidsoppgaver som skulle utføres; «*Pasientene som kommer inn er veldig dårlige, og det er mye med nesten hver enkelt. Vi skulle så gjerne vært flere hender, vi er så slitne etter en dag*». Å gi god omsorg og pleie til sykehjempasienter med gjennomsnittlig 3–4 medisinske diagnoser, er mer krevende enn de oppgavene pleie- og omsorgstjenestene tok seg av få år tilbake. Sykehusene skriver ut pasienter tidligere, og kommunene må ta imot pasienter med komplekse sykdomshistorier og pasienter i livets siste fase. Stor arbeidsmengde medførte at arbeidsoppgaver måtte prioriteres, og det meste av arbeidsdagene gikk med til å dekke pasientenes mest prekære behov, som for eksempel å ivareta deres personlige hygiene, dekke deres behov knyttet til ernæring og eliminasjon, medisintil levering og blodprøvetaking. En nylig pensjonert sykepleier beskriver det slik: «*Alt dreide seg etter hvert om å få pasientene opp, få i dem mat, kanskje en dorunde og så var det ny mat og legging. Det var toppene vi tok, og ikke noe trivsel*». Arbeidssituasjonen beskrives som at det ikke er rom for å ivareta pasientene utover deres mest grunnleggende behov. «*Det blir mer og mer oppbevaringsplass, og ikke hjem, og det er litt trist å se. Du får av og til dårlig samvittighet, særlig som sykepleier. For det er så lite ekstra tid*». Flere ga uttrykk for at de kunne tenkt seg å ta med pasientene mer ut på turer, på kafé eller på tur rundt i nabolaget, noe som var vanlig tidligere. I dagens arbeidssituasjon var det i liten grad rom for å gjøre dette. Flere studier viser at sykepleiere på sykehjem opplever et konstant tidspress som truer kvaliteten i pleien. I slike situasjoner blir det de medisinske kjerneoppgavene som prioriteres, mens det å dekke psykososiale behov nedprioriteres (21, 22).

Stadig eldre pasienter med mer komplekse sykdomsbilder, sammen med effektiviseringer og omstillinger, har ført til en hektisk arbeidsdag med høyt tempo og store fysiske og psykiske belastninger for sykepleiere (14, 23). En studie viser at effektiv bruk av ressurser har blitt en av de viktigste arbeidsoppgavene for sykepleierledere (12). Større fokus på effektiv ressursutnyttelse, kostnadskutt og budsjett disiplin gjør at det først og fremst er de økonomiske rammene som skal overholdes, mål knyttet til kvaliteten på tjenestene kommer i andre rekke.

### Lite tilstedeværende ledelse

Desentralisering og nedbygging av hierarkier har ført til at den tradisjonelle avdelingssykepleieren er borte. Tidligere var det vanlig med en avdelingssykepleier ved hver avdeling. Fordi antall ledernivå er kuttet har nå sykepleiernes nærmeste overordnede generelt fått et større ansvarsområde med flere administrative oppgaver. Dette har i større grad ført lederne bort fra avdelingene, noe sykepleierne opplevde som problematisk fordi de ikke ble sett og fordi de følte at deres arbeidsinnsats ikke ble verdsatt. «*Jeg har savnet å bli sett. En får høre bare negativt. Vi har fått for lite skryt og for lite oppbacking. Rett og slett har de ikke sett hva vi holder på med i hverdagene*». Kontinuerlig støtte gjennom karrieren er viktig for å mestre stadige krav om nedskjæringer og reorganiseringer (24). Det kan virke som reformer i tråd med NPM har økt kompleksiteten i arbeidsoppgavene for sykepleier-

ledere, og at de ikke klarer å ivareta alle sine roller som profesjonelle ledere (12).

Det blir også mindre kontinuitet i arbeidssituasjonen når det ikke er noen leder tilgjengelig på avdelingen. De fleste ansatte på institusjonene arbeider deltid, og alle arbeider turnus. Når lederne ikke er på avdelingen, er det ingen som har oversikt fra dag til dag. Til tross for at det er dokumentasjonssystemer som skal kvalitetssikre daglige endringer og gjøremål, hender det at informasjon går tapt. En sykepleier beskriver dette slik: «Vi savner en sykepleier som kan gå bare dagvakter, og være litt avdelingsleder, for det ramler ut beskjeder når alle går i turnus. Det hjelper ikke hvor flink en er til å rapportere eller dokumentere. Det glipper en og annen gang. Hvis vi hadde fått gjennomslag for dette, tror vi at hverdagen for alle sammen har blitt enklere».

#### Flere nye arbeidsoppgaver

Færre ledernivå har økt arbeidsmengden til mellomlederne, som igjen har resultert i at sykepleiere på avdelingen har fått delegert flere arbeidsoppgaver. «... Enhetslederne blir påført stadig flere oppgaver, og de skal helst dele seg i 4 eller i alle fall 2. Og da er det klart at man får delegert en del oppgaver som man prøver å løse på beste måte, men det kommer i tillegg til den direkte pasientkontakten. Det kan fort oppstå noen dilemmaer der. En blir strukket i begge ender». Eksempler på nye og utvidede arbeidsoppgaver sykepleiere sier de har fått er; henvendelser fra pårørende og sykehus, ansvar for teknisk utstyr, innleie av vakter, narkoregnskap, bestilling av utstyr, ansvar for trykksalarmer. Å få nye arbeidsoppgaver kan oppleves som positivt fordi ens kompetanse blir verdsatt, og større utfordringer kan gi økt motivasjon i arbeidet (2). De fleste sykepleierne var positive til de nye arbeidsoppgavene de hadde fått, problemet var bare at de ikke hadde fått mer tid til å utføre disse oppgavene. Slik kan man si at desentraliseringen har ført til et enda større arbeidspress for sykepleierne. En kvalitativ studie av sykepleiere på sykehjem i Australia viser lignende funn. Reformen har gitt økt arbeidsmengde ved at sykepleierne har fått flere administrative arbeidsoppgaver samtidig som de har samme pleieansvar overfor pasientene (25).

Stadig eldre pasienter, kombinert med omorganiseringer og effektiviseringer, har ført til at mange sykepleiere opplever et gap mellom pasientenes behov og ressursene de har til rådighet for å møte disse behovene. I møte med den enkelte beboer er det sykepleieren som har ansvar for å innfri lover og forskrifter (26). Jeg vil nå diskutere hvordan sykepleierne mestrer de nye arbeidsforholdene.

#### Mestringsstrategier

I kampen mellom profesjonsmål og produksjonskrav kunne jeg i denne studien se to ytterligheter av mestringsstrategier sykepleierne benyttet. På den ene siden var det sykepleiere som individualiserte ansvaret for å utøve god omsorg og pleie. Disse strakk seg langt for å utføre sykepleie i tråd med egne omsorgsidealer, samtidig som de ofte hadde dårlig samvittighet for ting de ikke fikk gjort. På den andre siden fant jeg sykepleiere som innfant seg med at idealet for sykepleie var et umulig mål å jobbe mot. Disse hadde i større grad godtatt at en måtte tilpasse aktiviteten til de ressursene en hadde til rådighet. Så lenge de gjorde det de kunne innenfor rammebetingelsene som var satt, var de fornøyd med egen arbeidsinnsats. En sykepleier beskriver denne forskjellen i holdninger slik: «Det er noen som bare flyter gjennom dagen og bare går hjem, «ha det». Og da står en igjen med masse arbeid. Det har vært veldig vanskelig. Det er noen som bare kommer og går. De gjør en god jobb når de er her, det er ikke det. Men det er litt mer enn det». Den ene ytterligheten strekker seg svært langt i forsøket på å utføre sykepleie i tråd med de idealer de har lært, mens den andre ytterligheten i større grad forholder seg til realitetene, og aksepterer at ressurstilgangen setter grenser for kvaliteten på deres arbeid.

#### Med idealene som rettesnor

For å unngå at tidspresset reduserte kvaliteten på tjenestene hadde flere sykepleiere en tendens til å forlenge vaktene både i forkant og etterkant. Dette uten at de nødvendigvis fikk kompensert for den ekstra tiden. I tillegg var det flere som unngikk å ta matpause: «Jeg prøver

å ta pause kl 12 hver formiddag. ... det kan være at noen er flinkere enn meg til å sette seg ned å ta en kopp kaffe. Men jeg er vel av den gamle sorten som ikke prioriterer det. Jeg prioriterer pasientene i stedet». Ved å arbeide ut over normal arbeidstid og unngå pauser i løpet av en dag, rekker en å gjøre flere arbeidsoppgaver og en tilfredsstillende grad pasientenes behov. På denne måten blir ikke de kortsiktige konsekvensene av de NPM-inspirerte omorganiseringene synlige, fordi sykepleierens individuelle omsorgsinnsats blir en buffer mellom sykepleieryrkets idealer og politikernes manglende prioritering av nødvendige ressurser for å jobbe etter disse idealene (2).

Flere sykepleiere arbeidet deltid for å ha overskudd til å mestre arbeidsdagen. En sykepleier på 60 år som arbeidet i 75 % stilling beskriver det slik: «Når jeg arbeider 75 % stilling har jeg mye mer å gi på jobben. Det er veldig krevende sånn psykisk sett her synes jeg. Demente er jo ganske intense i perioder, og jeg merker godt hvor bra jeg selv har det. Kommer du og har hatt fri noen dager så er det godt å komme på jobb. Har du hatt 4–5 vakter, så kjenner du at lunta er kort». Når arbeidsdagen er travel må en være uthvilt når en kommer på jobb, og en må yte 100 % innsats. Gjennom å arbeide deltid får sykepleierne mulighet til å restituere seg mellom vaktene, og begrenser dermed den fysiske og psykiske slitasjen. At deltid brukes som mestringsstrategi for ansatte i helse- og pleiesektoren bekreftes i annen forskning (23). Periodevise sykemeldinger ble også benyttet som mestringsstrategi for å klare å møte kravene i arbeidssituasjonen. En sykepleier på 63 år som arbeidet 50 % stilling fortalte at hun regelmessig de siste årene hadde vært sykemeldt. Hun var blitt enig med sin lege om at hun skulle bli sykemeldt når hun trengte en pause fra arbeidslivet: «Legen sier at du må bare få deg sykemeldinger innimellom».

#### Med realitetene som rettesnor

Sykepleiere og deres forhold til sine arbeidsoppgaver påvirkes når de opplever stadig høyere krav til produktivitet. Arbeidsoppgavene har ikke noen fasit og en må gjøre etiske valg og prioriteringer gjennom arbeidsdagen. Lite ressurser gjør at en kanskje må fjerne seg fra idealene, og heller fokusere på å yte best mulig sykepleie med de ressursene en faktisk har. En sykepleier beskriver det slik: «Du får ikke drive den sykepleie som du lærte. Utviklingen er blitt slik at du må fire på kravene». Rammebetingelsene innenfor eldreomsorgen kan derfor begrense mulighetene til å utøve sykepleiefaget i tråd med omsorgsidealet. Ved å justere forventningene til eget arbeid slik at de er i overensstemmelse med rammebetingelsene, kan det bli lettere å oppleve at en mestrer arbeidet sitt. «Det er klart det er travelt. Jeg tror alle gir alt egentlig, det må vi. Men jeg har akseptert at kommunen ikke kan gjøre alt for et menneske».

Flere sykepleiere sier at de ikke lenger har dårlig samvittighet for det de ikke klarer å gjøre i løpet av en arbeidsdag. Så lenge de gjør det de kan innenfor de rammene som er satt er det ikke mer de kan gjøre. «Det er klart det er travelt, men jeg har ikke dårlig samvittighet. Du vinner det du må, det viktigste i alle fall. Er det noe du ikke kan gjøre, så kan du ikke gjøre noen ting, sånn er det.» Slik er det noen som distanserer seg fra ansvaret om å utøve yrket i tråd med idealene, og i stedet forholder seg til realitetene. De gjør det beste de kan ut fra de ressursene de faktisk har til rådighet.

Slik ser vi at endringer i tråd med NPM har ført til en travlere arbeidsdag for sykepleiere, hvor de må handtere store behov med begrensede ressurser. For å mestre denne arbeidssituasjonen er det noen som strekker seg langt for leve opp til yrkets idealer, mens andre har akseptert at begrensede ressurser gjør at de ikke lenger kan arbeide helt i tråd med disse idealene.

#### Metodediskusjon

I kvalitative undersøkelser finnes det ingen metoder for å beregne hvor stort utvalget bør være, men et viktig kriterium er at utvelingen kan avsluttes når inkluderingen av nye enheter i utvalget ikke tilfører vesentlig informasjon (27). Da jeg nærmet meg 20 informanter så jeg at nye deltakere ikke bidro med noe nytt, og jeg opplever at 22 informanter er et tilfredsstillende antall for den kohorten jeg intervjuet. Derimot kunne jeg ha fått andre data om jeg også hadde intervjuet

ynge sykepleiere. Sykepleiere over 56 år ble valgt for å si noe om arbeidstakere som er i slutten av sin yrkeskarriere, samtidig som de har deltatt i arbeidslivet over en lengre periode, og således kan si noe om utviklingen av arbeidssituasjonen over tid.

Informantene var fra tre fylker, sju kommuner, tretten sykehjem og nitten avdelinger. Dette for å få fram eventuelle variasjoner i arbeidsforhold og organiseringer ved ulike sykehjem, samtidig som sykepleiere fra samme sykehjem kunne oppleve arbeidssituasjonen ulikt. Utvalget søker på ingen måte å være representativt, men er valgt for å få tak i erfaringsbredde fra ulike sykehjem og informanter med ulik bakgrunn. Funnene som presenteres kan også gjelde andre sykehjem. Med tanke på lesergeneralisering har jeg lagt vekt på å beskrive framgangsmåten og analysen, slik at leserne og de som kjenner feltet kan vurdere om funnene kan overføres (16).

## Avslutning

Studien ser på sykepleieres arbeidsforhold i sykehjem i lys av NPM-inspirerte reformer. Sykepleiere som arbeider ved sykehjem opplever en hektisk arbeidssituasjon, hvor de har fått delegert flere arbeidsoppgaver samtidig som de har fått en mindre tilstedeværende ledelse. Endringer og reformer i den hensikt å få mer helse ut av hver krone, kombinert med stadig eldre og sykere pasienter, har slik medført et større tidspres. Dette vil kunne utfordre omsorgsidealet i sykepleieryrket.

Denne kvalitative studien viste to ytterligheter i forhold til hvilke mestringsstrategier sykepleierne benyttet i møte med de nye kravene. På den ene siden var det sykepleiere som kompenserte for lav bemanning ved å strekke seg stadig lengre, mens på den andre siden var det sykepleiere som justerte kravene til egen yrkesutøvelse i tråd med den faktiske ressurstilgangen. Å fjerne seg fra yrkets idealer kan ha problematiske sider, fordi idealet da kan oppleves som en illusjon det er umulig å jobbe mot. I stedet for å øke sin kompetanse og jobbe med å utvikle sin arbeidsplass tilpasset framtidens utfordringer, kan fokuset bli alle oppgavene som «må» gjøres her og nå. En av erfaringene som er gjort i Storbritannia i forbindelse med endringer i tråd med NPM, har vært at etiske og moralske betraktninger ofte undertrykkes. Ansatte har ikke kunnet opprettholde ønsket kvalitet på tjenestene, og det har ført til en demoralisering for ansatte innen helsesektoren (28). Norge kom senere i gang med omstillingen i offentlig sektor, og endringene har vært mindre omfattende her. Dette på grunn av at Norge ikke har hatt så sterke økonomiske grunner til å spare, og fordi velferdsstaten har stått sterkere her (2). Når noen sykepleiere nå distanserer seg fra yrkets idealer, kan det tyde på at gapet mellom ressurser og oppgaver over tid har vært så stort at de ikke er villig til å strekke seg lengre. På denne måten kan de i større grad oppleve mestring av krav de møter i arbeidet, samtidig som man ikke kan utelukke at dette over tid vil påvirke deres holdninger og yrkesidentitet slik en har sett i Storbritannia.

Mange sykehjem sliter med å rekruttere sykepleiere, og det å jobbe på sykehjem forbindes av mange med lav status. For å få sykepleiere til å ønske og arbeide ved sykehjem er det en utfordring at de skal kunne oppleve mestring av arbeidssituasjonen, uten at de skal tøyse grensene for hva de makter til det ytterste. I utformingen av det framtidige helsevesen bør en forsøke å forene idealene om god omsorg med økonomiske krav til effektivisering. En løsning kan være at det settes klarere normer for hva som er gjeldende standarder og krav innen eldreomsorgen, slik at arbeidet ved sykehjem får tydeligere grenser. Da kan en unngå at sykepleiere individualiserer ansvaret for å utøve yrket i tråd med idealene. Samtidig må det være rom for faglige vurderinger og individuell tilpasset pleie og omsorg til pasientene. Effektivitet handler om både produktivitet og kvalitet. I arbeidet med å forene disse to perspektivene kan forskning bidra ved å se på hvordan sykepleiere kan jobbe smartere framfor bare raskere.

Godkjent for publisering 13.2.2010

Kari Ingstad, Avdeling for Helsefag, Høgskolen i Nord-Trøndelag, NO – 7600 LEVANGER kari.ingstad@hint.no

## Referanser

1. Vabø M. New Public Management i nordisk eldreomsorg – hva forskes det på? I Szebehely M. editor. *Åldreomsorgsforskning i Norden. En kunnskaps-oversikt*. København: TemaNord; 2005;508:73–111.
2. Gullikstad B, Rasmussen B. Likestilling eller omstilling? Kjønnsperspektiver på modernisering av offentlig sektor. Trondheim: SINTEF Rapport, SINTEF Teknologiledelse IFIM; 2004.
3. Wærnes K. Omsorgens globalisering. I Makt- og demokratiutredningen 1998–2003. Makt og kjønn i offentlig omsorgsarbeid-rapport fra workshop. Rapportserien nr.34. Universitetet i Bergen: Senter for kvinne- og kjønnsforskning; 2001:14–42.
4. Kirkevoold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH. Geriatrik sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2008.
5. Norsk sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere; ICN's etiske regler; 2007.
6. Vabø M. Organisering av velferd. Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid. Oslo: NOVA-rapport 22/07; 2007.
7. Hood C. A Public Management for all seasons? *Public Administration* 1991;69:3–19.
8. Lian O. Når helse blir en vare. Kristiansand: Høyskoleforlaget; 2007.
9. Forseth U. Uten mål og mening? Målstyring av omsorgstjenesten. Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning; 1998.
10. Kvande E. Kvinnelige mellomledere i grådige organisasjoner. I Ellingsæter AL, Solheim J, editors. *Den usynlige hånd? Kjønnsmakt og moderne arbeidsliv*. Makt- og demokratiutredningen. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2002:315–332.
11. Vanebo JO. NPM, ledelse og organisering. I Busch T, Johnsen E, Klausen KK, Vanebo JO, editors. *Modernisering av offentlig sektor. Utfordringer, metoder og dilemmaer*. Oslo: Universitetsforlaget; 2005:262–269.
12. Newman S, Lawler J. Managing health care under New Public Management. A Sisyphean challenge for nursing. *Journal of Sociology* 2009;45(4): 419–432.
13. Kvande E. Kjønn og makt i det nye arbeidslivet. I Makt- og demokratiutredningen 1998–2003. Makt og kjønn i offentlig omsorgsarbeid-rapport fra workshop. Oslo: Makt- og demokratiutredningen 1998–2003 i samarbeid med Unipub forlag; Rapportserien Nr 34; 2001:110–132.
14. Vike H. Velferd uten grenser. Den norske velferdsstaten ved veiskillet. Oslo: Akribe as; 2004.
15. Rasmussen B. Hjemmesykepleien som grådig organisasjon. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 2000;41(1):38–57.
16. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1997.
17. Alvesson M, Skoldberg K. *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Danmark: Studentlitteratur; 2008.
18. Gadamer HG. Forståelsens historicitet som det hermeneutiske princip. In Gulddal J, Møller M, editors. *Hermeneutik – en antologi om forståelse*. Haslev: Gyldendal; 1999:127–182.
19. Holter H. Fra kvalitative metoder til kvalitativ samfunnsforskning. I Holter H, Kalleberg R, editors. *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget; 1996:9–25.
20. Coffey A, Atkinson P. *Making sense of qualitative data*. California: SAGE Publications Inc; 1996.
21. Bowers B, Lauring C, Jacobson N. How nurses manage time and work in long-term care. *Journal of Advanced Nursing* 2001;33(4), 484–491.
22. Teeri S, Välimäki M, Katajisto J, Leino-Kilpi H. Nurses perceptions of older patients integrity in long-term institutions. *Scandinavian Journal of Caring Science* 2007; 21:490–499.
23. Halvorsen A, Lysegård HK, Olsen T. Når løsninger på arbeidsplassen blir nasjonale problemer. Om tidlig avgang fra arbeidslivet. Kristiansand: Aderforskning, FoU-rapport 4; 2002.
24. Hallin K, Danielson E. Registered nurses' experiences of daily work, a balance between strain and stimulation: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 2007; 44:1221–1230.
25. Ventuato L, Kellett U, Windsor C. Nurses' experiences of practice and political reform in long-term aged care in Australia: implications for the retention of nursing personnel. *Journal of Nursing Management* 2007; 15:4–11.
26. Hauge S. Sykepleie i sykehjem. I Kirkevoold M, Brodtkorb K, Høyen AR, editors. *Geriatrik sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2008:219–237.
27. Grønmo S. *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget; 2004.
28. Wray J, Watson R, Stimpson A, Gibson H, Aspland J. «A wealth of knowledge»: The employment experiences of older nurses, midwives and the NHS. UK: The University of Hull; 2006.

# Hjerneskode og selvpresentasjon. En kvalitativ studie

Line Nortvedt, Master i sykepleievitenskap, Fag og systemansvarlig sykepleier – May Solveig Fagermoen PhD, Seniorforsker/sykepleier

## BRAIN INJURY AND SELF-PRESENTATION – A QUALITATIVE STUDY

### ABSTRACT

**Purpose:** The purpose of this study was to investigate what conditions are important for acquired brain-injured patients when presenting themselves to others.

**Method:** The study had an exploratory design with semistructured interviews of six brain-injured patients 2–4 weeks after attending a rehabilitation course. The interviews were taped and transcribed verbatim. The data was analysed using Systematic Text Condensation.

**Results:** The informants described several challenges arising from misunderstandings due to their own altered conditions and invisible set of problems such as cognitive changes. Informants who were generally open about the long-term effects of their injury seemed to a greater extent to be met with respect, understanding and consideration. For most of the informants it had taken considerable time to develop awareness of their altered conditions. The acceptance of one's brain injury contributed to wish, will, and courage to tell others about themselves.

**Conclusion:** Informants reported that the most important factors affecting self-presentation were awareness and understanding of the consequences of their brain injury; a social network that also with this insight; and an effective rehabilitation programme. Taboo, shame and stigmatisation were factors inhibiting the wish to present oneself.

**KEY WORDS:** Traumatic brain injury, stroke, self-presentation, rehabilitation, coping.

### Bakgrunn for valg av tema

Hjerneskadene i form av hodeskade eller hjerneslag rammer om lag 22.000 personer i Norge hvert år (1); ca 9.000 blir innlagt med traumatisk hodeskade, hvorav 500–800 får en alvorlig hodeskade som kan gi varige følgevirkninger (1). Minst 13.000 personer i Norge rammes årlig av hjerneslag. Plutselig innsettende tap av kroppsfunksjoner og kognitive funksjoner er forårsaket av forstyrrelser i hjernens blodstrøking (2). Fellesbetegnelsen hjerneskode vil bli brukt i artikkelen, fordi både personer med hjerneslag og traumatisk hodeskade er inkludert i studien.

Både milde og moderate hjerneskadene kan medføre usynlige vansker som kognitiv svekkelse, dysfungering når det gjelder å regulere egen atferd samt manglende sykdomsinnsett (3). Hjerneskodepasienter står overfor store utfordringer når det gjelder å formidle sine vansker til andre. Det er rapportert at slagpasienters opplevelser av å leve med usynlige skader erfares som det å ikke bli forstått, frykt for hva andre skal tenke om deres konstante trøtthet samt ubehag ved å glemme ord midt i en setning. I tillegg er hverdagslivets aktiviteter påvirket, eksempelvis å ha for dårlig balanse til å kunne sykle, samt at kroppen har mindre energi og arbeidet langsommere (4, 5). Det trengs mer kunnskap om hjerneskodenes erfaringer når det gjelder å leve med en usynlig skade, spesielt det å formidle dette til andre.

### Hensikt og problemstilling

Hjerneskode personer vil av forskjellige grunner ha vansker med å fremme egen sak, og kan utsettes for umyndiggjøring av både helsepersonell og andre profesjonelle hjelpere (4,6,7).

Problemstilling:

*Hvilke forhold oppleves som betydningsfulle for hjerneskodepasienters selvpresentasjon?*

I møte med mennesker formidler vi alltid et bilde av hvem vi er, gjennom det vi sier og våre ytre kjennetegn. Vi er oftest bevisst på å kontrollere de inntrykk andre får av oss i ulike situasjoner, men informasjon blir også ubevisst formidlet (8). Begrepet «selvpresentasjon» dreier seg om dette, i denne studien spesielt om å fortelle om seg selv og endringer etter hjerneskadene.

Forsknings spørsmål:

- 1) Hvordan oppleves det å leve med en usynlig hjerneskode?
- 2) Hva mener hjerneskode er viktig for å få snakket om konsekvensene av egen skade?

Studien er avgrenset til å gjelde seks pasienter som har deltatt i samme gruppe på et på et Rehabiliteringskurs. Informantenes selvpresentasjon er studiens fokus, men noen av kursens elementer vil bli tatt inn i diskusjonen av funn der dette er relevant.

### Konsekvenser av hjerneskode

Mennesker med milde til moderate hjerneskadene kan lide med mange følgevirkninger. Fysiske symptomer som hodepine, svimmelhet, slitenhet, søvnforstyrrelser og kroniske smerter preger manges hverdag (7). Kognitive utfall som redusert hukommelse, konsentrasjon og mindre mental energi og kapasitet er ikke uvanlig. Lett grad av afasi samt redusert evne til pragmatisk språkbruk (9) innvirker på å mestre å samtale med andre. Reguleringsvansker er vanlig og innebærer redusert evne til å planlegge, lage rekkefølge, strukturere, stoppe og starte, og innvirker på selvforståelse samt evne til å se seg selv i forhold til andre (3). Videre sliter mange med følelsesmessige problemer som irritabilitet, angst, depresjon og redusert libido (7). Disse problemområdene kan være vanskelig for familie og venner å sette seg inn i og forholde seg til på en konstruktiv måte (5). Det er rapportert at hjerneskodepasientens venner trekker seg unna fordi de ikke skjønner følgevirkningene av skaden (7).

### Usynlig hjerneskode og selvpresentasjon

Usynlig hjerneskode er en skade som ikke manifesteres i synlige trekk (10) eller følgevirkningene av skaden er udefinerbare og usynlige (11, 12). Manglende kunnskap hos omgivelsene kan medføre misforståelser og lav toleranse for den hjerneskodenes usynlige vansker. Dette kan innvirke på den hjerneskodenes erkjennelse og aksept av sin egen skade. Når hjerneskadene assosieres med dumhet eller pinlighet vil dette påvirke selvbildet slik at en begynner å betegne seg selv som unormal, mentalt tilbakestående, mindre interessant, mindre dyktig, mindre fornøyd eller aktiv (10, 13,14). I en slik devaluering av seg selv, opplever en å være på siden av «normalsamfunnet». Dette kan sammen med stigmatisering og devaluering fra omgivelsenes side medføre angst, isolasjon og tilbaketrekking (14).

Opparbeidelse av innsikt etter en hjerneskade kan være en komplisert og tidkrevende prosess (15). En klar selvpresentasjon er vanskelig dersom en ikke erkjenner eller selv har innsikt i de hjerneskaderelaterte forandringene. Det kreves en viss grad av egeninnsikt for å være mottagelig og motivert for terapi og rehabiliteringsintervensjoner.

Rehabilitering innebærer prosesser hvor målet er best mulig mestring – og funksjonsevne, selvstendighet, tilpasning og deltagelse i sosialt liv (16). Kognitiv rehabilitering har fokus på behandling, hvor målet er bedre funksjon med hensyn til kognitive ferdigheter hos pasienter med ervervet hjerneskade (3). Metoden gruppearbeid har som intensjon å utruste deltagerne både på det følelsesmessige, holdningsmessige og kunnskapsmessige plan (17). Denne form for rehabilitering bidrar til bevisstgjøring av egne utfall og ressurser samt til økt selvinnsett. Rehabiliteringsopphold for hjerneskadepasienter har ført til økt initiativ, utadvendthet, aksept og mestring av hjerneskadens konsekvenser (15, 17). Relevant informasjon til venner om kognitiv svikt samt rehabilitering som retter seg mot å styrke hjerneskadepasientens initiativ, ser ut til å være sentrale tiltak for styrking av det sosiale nettverket (19, 20).

Profesjonell rådgivning som stimulerer pasienten til å finne områder vedkommende kan mestre og hvor han/hun kan oppleve kontroll anbefales (14). Narrativ terapi blir også tilrådd for å hjelpe den hjerneskadde til å se at det finnes flere måter å betrakte seg selv på og beskrive seg selv i et positivt lys (20). Videre gir det å treffe andre med lignende skade opplevelse av gjenkjenning, økt innsikt og selvaktelse (13). Bredland m.fl. (21) peker imidlertid på at det både kan være givende, men også problematisk å identifisere seg med andre som har tilsvarende handicap.

### Hjerneskade og mestringsmuligheter

Når det gjelder å mestre selvpresentasjon er opplevelse av sammenheng viktig. I følge Antonovsky (22) dreier dette seg om at situasjonen er forståelig, håndterbar og meningsfull. I tillegg er et sterkt selvbilde en ressurs i vanskelige tider. Andre viktige indre ressurser er: Opplevd kontroll, selvinnsett, kunnskap eller kompetanse (22). Dessuten kan følgende ytre ressurser bidra til mestringsmuligheter: Informasjon, egenaktivitet i læringsprosessen, god økonomi, kulturell stabilitet og sosialt nettverk (23, 24)

Generelle motstandsressurser har betydning i å gjøre stressorene forståelige, slik at en igjen kan få en opplevelse av sammenheng (23, 25, 26). Personer med en sterk opplevelse av sammenheng vil søke etter balanse. Mestring skjer via opplevd kontroll som også innbefatter følelsesmessig likevekt (23). Følelsen av sammenheng gjør at slagpasienter kan bevege seg fra en negativt ladet offerrolle til en mer positiv og optimistisk rolle som overlevende (25). Tilgang på informasjon samt instrumentell kontroll er avgjørende for opplevelse av kognitiv kontroll (23), noe som innebærer at en kan påvirke omgivelsene med sin kompetanse og ferdigheter. Aktiv deltagelse i lærings – og mestringsprosesser er viktig. Når pasienten tilegner seg informasjon gjennom terapeutiske samtaler, diskusjoner med fagpersoner samt via erfaringsutveksling med andre pasienter, dannes grunnlag for adferdsendring og valg av mestringsstrategier (24, 27). Delaktighet i eget liv er drivkraften eller hovedmotivasjonen for å øke forståelse av ens verden noe som skaper meningsfylde i tilværelsen (22).

Sosial tilhørighet er vilkår for mestring og sosialt nettverk ansees som en generell motstandsressurs til å bekjempe stressorer (22, 25). Å mestre sosial deltagelse er en sentral faktor for opplevd livskvalitet (27). Dodd m.fl. (26) hevder imidlertid at pasienter ofte blir ansvarlig for å mestre sine symptomer.

### Metode

Det ble benyttet kvalitativt, utforskende design med bruk av åpent semistrukturert intervju. Førsteforfatters 10 årige erfaring med hjerneskaderehabilitering hadde skapt undring over hjerneskadepasienters utfordringer i dagliglivet. Denne forforståelsen preget utformingen av intervjuguiden. Ønsket var å utforske informantenes erfaring med sin selvpresentasjon og den usynlige skadens innvirkning i deres liv. Intervjuguidens 12 spørsmål understøttet samtalen om

dette. Redusert innflytelse av egen påvirkning av data ble samtidig tilstrebet i utforming av intervjuguide og i analyseprosessen. Tolkninger ble diskutert og vurdert i samarbeid med veileder, slik at ny forståelse for hvilke forhold hjerneskadepasientene opplever som betydningsfulle for selvpresentasjon fremkom kontinuerlig gjennom analyseprosessen.

### Utvalg

Informantene ble rekruttert fra et seks ukers rehabiliteringskurs for personer som har levd minimum 1½ år med sin hjerneskade. Tilgang ble gitt av ledelsen for sykehuset. En ansatt sykepleier informerte de åtte deltakerne. De ble forespurte, skriftlig og muntlig, om å delta i studien. Seks ga samtykke, like mange kvinner og menn, alle norske statsborgere. Gjennomsnittlig tid siden skaden var fem år, med spredning fra to til 11 år, gjennomsnittsalder 42 år, spredning fra 31 til 51 år. Fire hadde vært utsatt for ytre, påført hodeskade, mens to hadde gjennomgått hjerneslag. På intervjutidspunktet var en i fulltidsjobb og tre i deltidsarbeid, to var uføretrygdet som følge av skaden.

### Intervju

Forståelse og tolkende lytting overfor informantens levde erfaring preget gjennomføring av intervju og analyse av tekstmateriale (28, 29). Dette bidro til at samtalen med informanten åpnet for nye spørsmål omkring problemstillingen. Det ble benyttet lydband og intervjuene varte 1–1½ time. To intervjuer foregikk hjemme hos informantene, to på vedkommendes arbeidsplass, ett ved førsteforfatters arbeidsplass og ett på kafé. Ut fra den enkelte deltagers fysiske og mentale kapasitet ble det hele tiden viet oppmerksomhet på at det eventuelt måtte tas avbrekk underveis i samtalen. Noen få hadde behov for å ta pause i intervjuene; en merket ikke at dette fikk noen betydning for innholdet i eller gjennomføring av intervjuene.

### Analyse

Intervjuene ble transkribert ordrett og analysert med grunnlag i forskerens forutantakelse, perspektiv og den teoretiske bakgrunn (28, 29). Hvert intervju ble analysert ved systematisk tekstkondensering (29) i fire følgende trinn: 1) Teksten ble sett på i «fugleperspektiv» som gav et helhetsinntrykk. I denne innledende delen av analysen skimtet en temaer som innsikt, erkjennelse, gjenkjenning, aksept, åpenhet, skam, mistrodd/tatt på alvor og å fremstå som normal. 2) Meningsbærende enheter ble identifisert og systematisert ved at disse ble kodet under tema som ble registrert i første trinn. 3) Innholdet eller meningen i de meningsbærende enhetene ble deretter identifisert, tolket og omformet til de endelige tema. 4) Betydningen av det som var funnet, ble sammenfattet i form av gjenfortellinger som dannet grunnlag for nye beskrivelser og begreper. Refleksjonsnotater ble skrevet underveis og benyttet i analysearbeidet, for eksempel ble umiddelbare tanker og reaksjoner etter hvert intervju nedtegnet og tatt frem igjen og holdt opp mot nye begreper i siste fase av analysearbeidet.

### Studiens kvalitet

Informantene ble rekruttert under rehabiliteringsoppholdet. Dette kan ha påvirket materialet ved at informantene kan ha opplevd å stå i taknemlighetsgjeld, og at de burde svare slik de antok at det ble forventet. Mennesker med hjerneskade kan i mange tilfeller slite med pragmatisk språkbruk (9) derfor var det viktig å verifisere svarene ved å utdype og forklare begrepene som ble brukt. Det ble også stilt oppklarende spørsmål underveis i intervjuene, eks. «Har jeg forstått deg rett når ...». Dette styrker reliabiliteten. Lydbåndene ble lyttet til flere ganger for å bli best mulig kjent med innholdet og fange opp nyanser som kunne være viktig for betydningen i det som ble sagt. Dette ble notert i den utskrevne teksten. Alle relevante forhold ved studien og analyseprosessen ble diskutert med veileder og deler av analysen gjennomgått i fellesskap.

### Etiske aspekter

Informantene fikk vite at de kanskje ville oppleve intervjuet belastende fordi det kunne være emner som var såre og vanskelige. Førsteforfatter hadde avtale med rehabiliteringsteamet om oppfølgingsam-

taler dersom det skulle bli behov i etterkant av intervjuet og informanten samtykket til det. Dette ble imidlertid ikke aktuelt.

I og med at aktuelle deltakere ble forespurt mens de var på kurs, var det mulig at de ville kjenne press til å delta. Det ble derfor i både muntlig og skriftlig informasjon lagt stor vekt på frivillig deltakelse og mulighet til å trekke seg uten konsekvenser. De rekrutterte hadde mulighet til å trekke seg når de ble kontaktet for å avtale intervju. Ingen benyttet den retten.

Studien ble gjennomført i samsvar med Helsinki-erklæringen og etiske forskningsprinsipper. Studien ble godkjent internt på sykehuset, av Personvernombudet for forskning og forskningsprotokollen ble godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk.

## Resultater

### Erfaringer med å leve med en usynlig skade

Analysen avdekket flere utfordringer og dilemmaer ved det å bli misoppfattet av omgivelsene. Informantene ønsket å bli regnet med og tatt som normale, men trengte også å bli sett og møtt ut fra sine endrede forutsetninger. Personer med lett til moderat grad av hjerneskadde har sjelden ytre, synlige tegn på skade, derfor er deres usynlige problematikk ikke lett å forstå for andre. Informantene beskrev at de ønsket å bli sett og forstått samtidig som det sosiale nettverket i noen tilfeller kunne ha et vrengebilde av den hjerneskadde situasjon. En av deltakerne sa han i noen situasjoner skulle ønske skaden var synlig:

«... definitivt det verste har vært å ha en usynlig skade, det er det definitivt. Har du brukket en arm, så ser en at du har vondt, sitter i rullestol. Jeg har faktisk ønsket at jeg satt i rullestol, jeg. Da ser i alle fall folk at du har vondt.»

Det ble opplevd som en utfordring å gjøre hjerneskadde synlig for uvitende familiemedlemmer, kollegaer og helsepersonell.

Samtidig som informantene strevde med smerter og/eller kognitive utfall, hadde de mange intakte ressurser. Informanter som fortalte åpent om følgerne etter skaden erfarte at de i stor grad ble møtt med respekt og forståelse fra omgivelsene. De opplevde å bli tatt hensyn til og det ble enklere for dem selv når andre forstod årsaken til redusert hukommelse eller kapasitet. Informantene så i liten grad skaden som tabubelagt. Noen reflekterte rundt begrepet skam når det gjaldt å holde skaden skjult samt egen varhet overfor andres reaksjoner. En uttrykte seg slik:

«... for det er jo på en måte synd, hvis en sier at dette glatter vi over, at det er en skam å ha det. Det har jeg i grunnen ikke tenkt på, men at det er så pass skammelig å ha en skade at en skal skjule det.»

Andres holdninger, innsikt, forståelse og aksept hadde stor betydning for informantenes trivsel og fungering i hverdagsliv og arbeidsliv. Noen informanter opplevde at pårørende som de levde sammen med hadde relativt stor forståelse for situasjonen og ganske raskt fikk innsikt i informantens kognitive utfall. Dette var mer komplisert og vanskelig for pårørende/venner som hadde sporadisk, overfladisk eller avgrenset forhold til den skadde. En informant satte ord på ønsket om at vennene skulle skjønne mer, samtidig strevde han med å forklare egen problematikk på en måte som gjorde at de forstod:

«... det er begrenset hva jeg har sagt. De vet jo at jeg har vært på Rehabiliteringssykehuset. Men igjen så er jeg redd for reaksjoner, jeg har kommet et par ganger. Du får følelsen av at du er dum, eller så er du normal. Der er liksom bare to kategorier, der er liksom ingen mellomting ...»

Informantenes deltakelse i rehabiliteringskurset hadde påvirket deres opplevelse av å leve med usynlig skade på en positiv måte. Følgende forhold ble beskrevet som betydningsfull lærdom fra kurset: 1) Å bli trodd, 2) Å få innsikt i andres tanker om hjerneskadde, 3) Å få klarhet i egen problematikk, 4) Å erfare at skaden hadde mentalt blitt mer håndterbar bidro til generell opplevelse av bedring, 5) Å ha fått begreper som hjelp til å forklare skaden for andre. Erfaringsutveksling mellom kursdeltakerne ble av noen pekt på som den mest utbytterike metoden.

### Betydningsfulle bidrag for å kunne introdusere skaden og dens konsekvenser

Opparbeiding av innsikt hadde tatt relativt lang tid for informantene. Det hadde vært en møysommelig prosess å få oversikt over egne kognitive utfall samt sin reduserte mentale og fysiske kapasitet. Informantene hadde opplevd at det tok fra noen måneder til flere år før de hadde fått visshet for hva som er personlighetsrelaterte problemer og hva som er reguleringsproblemer. Det hadde vært tidkrevende å opparbeide kunnskap og forståelse, enten det gjaldt å tilegne seg informasjon eller å bearbeide egne erfaringer. En av informantene understreket betydningen av egen innsikt slik:

«Forskjellen nå er at nå vet en mer om hva en kan fortelle. Jeg har fått mye mer innblikk i hva problemene mine er. At jeg forstår det mer. For eksempel det at jeg ikke klarer å konsentrere meg om flere ting av gangen, det har jeg ikke skjønnet hva er».

Informantene beskrev videre at refleksjon, sortering og bevisstgjøring ga overskudd i hverdagen. Innsikt i egne utfall, symptomer, kapasitetsproblemer, strategier og ressurser bidro til økt energi og pågangsmot. Den nyervervede innsikten opparbeidet under rehabiliteringskurset ga i tillegg innhold til deres selvpresentasjon.

Egen aksept av hjerneskadde konsekvenser gjorde det lettere for informantene selv å leve med skaden. For informantene var ikke det å gi rom for sorg og å ha håp om bedring en motsetning til det å akseptere skaden. Analysen avdekket at livssyn, mestringsstrategier og personlighet var viktige faktorer for å kunne akseptere og tilpasse seg en slik stor livsendring og å forsone seg med skaden. Akseptasjon av egen hjerneskadde bidro så til ønske, vilje og mot til å fortelle om seg selv og hva skaden hadde gjort med den enkelte som person.

Selvbildet rokket når en får en hjerneskadde. Imidlertid hadde informantene i stor grad funnet trygghet i sterke sider ved seg selv som de kunne fokusere på og som bidro til å styrke selvbildet. Økt innsikt i egen skade samt aksept og trygghet i sosiale settinger virket positivt inn på hvordan de så på seg selv samt for hvordan de fremsto overfor andre. En informant uttrykte det slik:

«Det har jeg tenkt før at det som jeg sliter med, det er det bare jeg som sliter med slik. Jeg tok det på min egen kappe. Det var stusselig å bli slik, men nå ser jeg at det også andre sliter med de samme tingene som jeg sliter med. Og da blir det ikke så spesielt med meg... Når andre har det på samme måte da blir det ikke så merkelig, når en kan henge det på skaden, og ikke det at en har blitt eldre.»

Informantene formidlet at å få positiv bekreftelse på deres oppfatning av seg selv samt egne strategier for å takle hverdagen var av stor betydning for å redusere ensomhetsfølelsen og opplevelsen av å være annerledes. Følelsen av å være alene om de usynlige problemene kan bli snudd til fellesskapsfølelse og gjensidig forståelse.

## Diskusjon

### Å leve med usynlig hjerneskadde

Utfallene av lette og moderate hjerneskadde er ofte usynlige for fagfolk (7), noe som kan gi seg utslag i underdiagnostisering og feildiagnostisering. En informant hadde over flere år opplevd å ikke bli trodd om mange av sine usynlige plager av helsepersonell. Denne problematikken tydeliggjør synspunktet til Dodd m.fl. (26) om at symptomhåndtering ofte blir overlatt til den som er rammet. Helsepersonells manglende kunnskap, årvåkenhet eller evne til differensialdiagnostisering kan resultere i at milde og moderate hjerneskadde ikke blir avdekket før det har gått mange måneder eller år (6,7). Våre informanter beskrev også et misforhold mellom det de opplevde av følgerne etter hjerneskadde og det de antok andre forstod. Resultatet ble ofte at den hjerneskadde selv følte et ansvar og en utfordring i å gjøre det usynlige synlig for sine omgivelser.

Nielsens (10) undersøkelse viser at informantene var tilbakeholdende med å fortelle åpent om hjerneskadde i frykt for å bli stempet som dumme. De av våre informanter som satte ord på egne problemer i forbindelse med sin hjerneskadde, og som syntes å være åpne og tyde-

lige omkring egen skade ble møtt med forståelse. Våre funn viste at de som strevde med selvpresentasjon eller prøvde å skjule skaden, i større grad opplevde å bli mistrodd, undervurdert eller opplevde at utfallene deres ble bagatellisert. Vilje og evne til åpenhet i forbindelse med hjerneskaden ser altså ut til å ha stor betydning. Den stigmatiserte kan velge å innrømme egen skade og å fortelle om seg selv og skaden i ulike settinger (30).

Andre av våre informanter var vare på hvordan andre behandlet dem og kan relateres til opplevelse av tabu og stigmatisering. Det å bli og å oppleve å være stigmatisert er drøftet av Goffman (30). Han hevdet at den stigmatiserte vil prøve å gjøre store anstrengelser for å beherske ulike aktiviteter. Informantene våre uttrykte ønske om og forsøkte å fremstå best mulig, skjerpe seg i samvær med andre. Informantenes varhet overfor andres behandling, usikkerhet og en følelse av mindreverd kan skape angst og føre til sosial isolasjon. Sosial kontroll kan dessuten bidra til å hemme synliggjøring av et tabu. Slik får de rammede heller ikke tilbakemeldinger som kan bidra til erkjennelse og refleksjon rundt egen skade (30).

### Indre forutsetninger for selvpresentasjon

Analysen viste at hjerneskadepasienten må erkjenne egne forandringer for å kunne meddele og forklare dem til andre. Flere av informantene i denne studien ga uttrykk for å ha fått økt innsikt i egen skade ved hjelp av refleksjon og fokus på seg selv under rehabiliteringskurset. En «mental sortering» hadde bidratt til økt forståelse når forskjellige perspektiver i eget liv ble tydeliggjort. En slik mental sortering viste seg å gi overskudd. Kristensen (15) har funn som viser hvordan informantene opplevde økt evne til å ta initiativ, energi og utadventd adferd etter gjennomført rehabilitering. I vår studie kan informantenes økte forståelse og tilegnelse av strategier sees i lys av Havik (23) som presiserer at pasientens forståelse av egen sykdom/skade har betydning for sosial tilpasning og mestring. Våre informanternes opplevelse av kognitiv kontroll gjorde hverdagen mer forutsigbar og entydig. Dette er av stor betydning for å kunne fungere optimalt i daglige aktiviteter (23).

Et godt selvbilde beskrives av Antonovsky (22) som en generell motstandsressurs, og kan bidra til å oppleve den tryggheten som skal til for å våge åpenhet omkring egen skade. En av informantene formidlet at trygghet på selvpresentasjon kan være med på å styrke selvtilliten. Studier viser at gruppebaserte kognitive rehabiliteringstilbud bidrar til å styrke selvbilde for pasientene (13,14). Noen av informantene i vår studie sa det samme om kurset de hadde gjennomgått og også at deres selvtillit hadde blitt styrket. Våre funn antyder at økt fokus på sterke sider og egne strategier, økt innsikt, aksept og trygghet i sosiale settinger gir et styrket selvbilde.

Aksept og bekreftelse kan henge sammen og innbyrdes påvirke hverandre, samt at dette bidrar til hvordan den hjerneskadde takler sine symptomer og mestrer sin selvpresentasjon. Opplevd anerkjennelse for egenkomponerte strategier og måter å takle hverdagen på kan ha bidratt til at informantene våre opplevde å føle seg unike. En av dem fortalte at han unngikk å fokusere på det han hadde mistet samt at han hadde innfunnet seg med situasjonen her og nå. I følge Antonovsky (22) kan dette være en aktiv tilpasning til eget liv. Informantens tilpasningsevne og en fleksibel livsanskuelse syntes å bidra til en sterk opplevelse av sammenheng. Dette kom til uttrykk ved at han var åpen om egen skade overfor omgivelsene og benyttet strategier som huskelapper, kalender, whiteboardtavle og det å be andre gjenta informasjon, for å mestre redusert hukommelse på jobb og i hverdagen generelt.

### Ytre forutsetninger for selvpresentasjon

Det sosiale nettverk viste seg å være både en ressurs og en hemsko for informantenes selvpresentasjon. Informantene hadde opplevd å bli sett på som late, dumme, eller annerledes av pårørende, arbeidsgiver, kollegaer eller naboer, som selvsagt var vondt. Det er vanskelig for et sosialt nettverk å være en støttende og tilretteleggende ressurs for hjerneskadepasienten dersom det mangler tilstrekkelig kunnskap om det å leve med en hjerneskade. De nærmeste pårørende ser og forstår ettersom tiden går. Samtidig opplever de, antagelig i større grad enn

andre i nettverket, at de er moralsk forpliktet til å støtte sitt syke familiemedlem (3). Naboer, venner og kollegaer kan kanskje observere at hjerneskadepasienten sliter på ulike områder, men vet ikke hvordan de kan bidra når de ikke har kjennskap til kognitiv problematikk (18). Dette understreker hvor viktig det er at den hjerneskadde blir dyktig i selvpresentasjon, slik at han kan formidle kunnskap om sine følgevirksomheter hvor og når han finner det hensiktsmessig.

Persepsjon og fortolkning av egen erfaring regulerer respons og adferd og er forutsetninger for mestring av sykdom (24). Persepsjon er ofte nedsatt når en har en hjerneskade og det kan være vanskelig å knytte egne erfaringer til ny kunnskap på et teoretisk plan. Dette kan være en av årsakene til at noen av våre informanter uttrykte at de hadde stort utbytte av erfaringsutveksling. De pekte på at erfaringsutveksling illustrerte og supplerte temastoffet på rehabiliteringskurset, slik at teorien ble lettere å huske. Dette kan muligens også være en forklaring på hvorfor psykoedukative grupper har effekt fordi de gir konkret kunnskap og utvider handlingsalternativene i hverdagen (27).

### Konklusjon

Studien avdekket at de viktigste forutsetningene for selvpresentasjon var egen innsikt og forståelse for hjerneskadens følgevirksomheter, et innsiktsfullt sosialt nettverk samt et effektivt rehabiliteringstilbud. Faktorer som hemmet pasientenes ønske om selvpresentasjon var deres opplevelse av hjerneskaden som stigmatiserende, tabu- og skambelagt. En tydelig, forståelig og situasjonstilpasset selvpresentasjon så imidlertid ut til en viss grad å demme opp mot ufrivillige uttrykk, rokke ved tabuer og motvirke stigmatisering.

Det lave antallet informanter i vår studie gjør det vanskelig å trekke noen konklusjoner utenfor studiens kontekst. Samtidig vil studiens resultater kunne bidra med ny innsikt i situasjonen til personer med hjerneskade.

Det er behov for mer forskning om dilemmaer og strategier knyttet til usynlig hjerneskade og spesielt stigmatisering. Det trengs også mer forskning om hva personer med hjerneskade og deres pårørende, trenger av informasjon og kunnskap i ulike faser av sykdomsforløpet for bedre å mestre de ulike utfordringer i disse fasene.

Godkjent for publisering 14.04.2010

Line Nortvedt, Master i sykepleievitenskap, Fag og systemansvarlig sykepleier, Sunnaas sykehus HF, Avd. NR, Bjørnemyrveien 11, 1450 Nesoddtangen, E-mail: Line.Nortvedt@Sunnaas.no  
Tlf: +4766969655

May Solveig Fagermoen PhD, Seniorforsker/sykepleier, Forsknings-senteret, Oslo universitetssykehus, Aker Trondheimsveien 235, 0514 Oslo, E-mail: m.s.fagermoen@medisin.uio.no, Tlf: +4723034547

### Referanser

1. Ponsford J. Rehabilitation following Traumatic Brain Injury and Cerebrovascular Accident. In J. Ponsford (Ed.), *Cognitive and Behavioral Rehabilitation. From Neurobiology to Clinical Practice*, New York: The Guilford Press; 2004
2. Wyller BT. In K. Engedal og BT. Wyller (red.) *Aldring og hjernesykdommer*. Oslo: Akribe; 2004.
3. Finset A, Krogstad JM. *Hodeskade – Virkninger og behandling av ulike typer hodeskade*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS; 2002.
4. Röding J, Lindström B, Malm J, & Öhman A. Frustrated and invisible – young stroke patients' experiences of the rehabilitation process. *Disability and Rehabilitation* 2003; 25(15), 867–874.
5. Kvigne K, & Kirkevold M. Living with bodily strangeness: women's experiences of their changing and unpredictable body following a stroke. *Qualitative Health Research*; 2003 13(9), 1291–1310.
6. Jumisko E, Lextell J, Söderberg S. The Meaning of Living with Traumatic Brain Injury in People with Moderate or Severe Traumatic Brain Injury. *Journal of Neuroscience Nursing* 2005; 1(37): 42–50.

7. Wrightson P, Gronwall D. Mild Head Injury A guide to management. New York: Oxford University Press; 1999.
8. Goffman E. Vårt rollespill til daglig. En studie i hverdagslivets dramatik. Oslo: Dreyers Forlag; 1974.
9. Mateer CA, D'Arcy RCN. Current concepts and approaches to management. In: Raskin SA, Mateer CA, editors. Neuropsychological management of mild traumatic brain injury. New York: Oxford University Press; 2000.
10. Nielsen DK. Hjerneskade og hverdagsliv. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag; 2003.
11. Stone SD. Reactions to invisible disability: The experience of young women survivors of hemorrhagic stroke. Disability and Rehabilitation 2005; 27(6): 293–304.
12. Eilertsen G. 'Alt er som før, men ingenting er som det var' – Gamle kvinners opplevelser av livet etter hjerneslag. [‘Everything is the same, but nothing is what it used to be’ – Old Women’s Experiences of Life after a Stroke]. Doctoral thesis, University of Oslo, Norway (in Norwegian) 2005
13. Thomas M. The potential unlimited programme: an outdoor experimental education and group work approach that facilitates adjustment to brain injury. Brain Injury 2004; 18(12): 1271–86.
14. Man DKW, Tam ASF, Li EPY. Exploring self-concepts of persons with brain injury. Brain Injury 2003; 17(9): 775–88.
15. Kristensen OS. Changing goals and intentions among participants in a neuropsychological rehabilitation programme: an explorative case study evaluation. Brain Injury 2004; 18(10): 1049–62.
16. Stortingsmelding 21. Ansvar og meistring. Sosial og helsedepartementet; 1998–99.
17. Heap K. Gruppemetode for sosial- og helsearbeidere. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2006.
18. Finset A, Dyrnes S, Krogstad JM, Berstad J. Self-reported social networks and interpersonal support 2 years after severe traumatic brain injury. Brain Injury 1995; 9 (2): 141–50.
19. Gjerdal M. Unge mennesker med traumatiske hodeskader (TBI) og forvaltning av sosialt nettverk: sykepleieres erfaring med unge hodeskadde og deres sosiale nettverk. Masteroppgave i sykepleievitenskap – Universitetet i Oslo; 2006
20. Nochi M. Reconstructing self-narratives in coping with traumatic brain injury. Social Science & Medicine 2000; 51: 1795–1804.
21. Bredland EL, Linge OA, Vik K. Det handler om verdighet – ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2002.
22. Antonovsky A. Hälsans mysterium. Köping: Natur och kultur; 2003.
23. Havik OE. En generell modell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom: Hvordan kan vi best forstå og ivareta pasienters psykologiske behov? Norsk Psykologi 1989; 41(3): 161–76.
24. Johnson JE. Self-Regulation Theory and Coping with Physical Illness. Research in Nursing & Health 1999; 2: 435–48.
25. Rochette A, Desrosiers J, Wikström J. Coping with the consequences of a stroke. International Journal of Rehabilitation Research 2002; 25(1): 17–24.
26. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J. et al. Advancing the science of symptom management. Journal of Advanced Nursing 2001; 33(5): 668–76.
27. Smeby NA. Samarbeid med familien i psykiatrien. In: Kirkevold M, Ekern KS, editors. Familien i sykepleiefaget. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2006. p.108–129.
28. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2004.
29. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring. Oslo: Universitetsforlaget; 2004.
30. Goffman E. Stigma Om avfignerens sociale identitet. Oslo: Gyldendals samfunnsbibliotek / Pensumtjeneste; 1975.

## NY BOK!

**På sporet av et dannet helsevesen**  
Om nære pårørende og pasienters møte med helsevesenet

*Herdis Alvsvåg*



Boken redegjør for dannelse som et generelt fenomen, men med utgangspunkt i hvordan dannelse kan komme til uttrykk innenfor helsevesenet.

I intervjuer har pasienter og pårørende fortalt om sine erfaringer med helsevesenet. Deres erfaringer gir innsikt i hva dannelse handler om.

Boken er aktuell for alle som er opptatt av dannelse i yrkesutøvelsen.

Pris kr 230,-  
ISBN 978-82-7950-119-0

 **Akribe**

[www.akribe.no](http://www.akribe.no)

# Sjukskötarestudenters självvärdering av sin professionella vårdande kompetens i mitten av utbildningen

Ann-Helén Sandvik, RN., HVM, forskarstuderande – Lisbeth Fagerström, RN, HVD, Professor i sykepleievitenskap, Docent i vårdvetenskap.

## NURSING STUDENTS' SELF-EVALUATION OF PROFESSIONAL CARING COMPETENCE IN THE MIDST OF EDUCATION

### ABSTRACT:

**Background:** Earlier evaluation studies, both supervisors' evaluation and students' self-evaluation, show that newly graduated nursing students do not possess sufficient competence to meet the requirements they face in clinical settings.

**Aim:** The aim of this study is to describe, from a caring science perspective, nursing students' self-evaluation of their professional caring competence during the consolidation phase of their education, i.e. their second year of study, as well as their perception of how clinical supervisors evaluated their competence.

**Methods:** The study group consisted of 39 nursing students (response rate 86, 7%) enrolled in their second year of education at a university in Western Finland. The study questionnaire was structured according to Aristotle's three-dimensional view of knowledge and consisted of 13 Likert scale questions followed by open-ended questions. The data was analyzed using descriptive statistics and content analysis.

**Findings:** According to their self-evaluation, students' theoretical and practical knowledge was insufficient while their ethical-moral knowledge was integrated into their professional caring competence. Additionally, students felt that their supervisors evaluated them as possessing better competence than they themselves felt they possessed.

**Conclusions:** Continuous evaluation is needed during education so that students may attain a realistic perception of their development as regards knowledge and competency. In order to guarantee the development of caritative competency in nursing students, systematic and quality supervision should be emphasized more.

**KEYWORDS:** Students, knowledge, competence, evaluation

### Introduktion

För drygt tio år sedan överfördes sjukskötarutbildningen i Finland från institutnivå till yrkeshögskolenivå. Förändringens avsikt var att höja utbildningens nivå och stärka dess vetenskapliga profil. Stråvan var också att stärka studenternas vårdvetenskapliga kunskap och den egna disciplinen.

I Finland omfattar utbildningsprogrammet för sjukskötare 210 studiepoäng (sp) av vilka 75 sp utgör klinisk undervisning (1), dvs. drygt 1/3 av hela programmet. Den kliniska undervisningen förverkligas dels som s.k. laboratorieundervisning i övningsklasser på högskolan och dels som kliniska studier, dvs. klinisk undervisning i olika kontext (s.k. praktik) inom hälso- och sjukvården. Eftersom kliniska studier utgör en betydande del av sjukskötarutbildningen är målsättningen att studierna tydligt bidrar till utveckling av studenternas professionella vårdande kompetens. Under de kliniska studierna får studenterna möjlighet att integrera såväl teoretisk kunskap, etisk-moralisk kunskap och de praktiska färdigheterna till en professionell vårdande kompetens.

Under hela studietiden utvecklas sjukskötarstudentens professionella vårdande kompetens där det egna kunskapsområdet, vårdvetenskapen, har en tydlig position. Vårdvetenskapen är en finlandssvensk term som motsvarar det svenska begreppet omvårdnadsvetenskap och sykepleievitenskap på norska. Inlärningsprocesserna kan, utgående från Koorts (2) princip om den fullständiga lärogången, beskrivas som strukturering, konsolidering och nyansering (3). Enligt denna tankegång möjliggörs integrering av kunskapen genom en systematisk sammankoppling av teori och praktik (4). Utbildningen består omväxlande av teoretisk och klinisk undervisning. Under första studieåret är studierna inriktade på grundvård (strukturering) och efter genomgången teori genomförs kliniska studier i grundläggande vård. Under andra studieåret, dvs. konsolideringsfasen, då studenten har tillgodogjort sig de grundläggande kunskaperna och tillämpat dem i den kli-

niska vården konsolideras kunskapen och kliniska studier inom speci- alsjukvården följer. Då undervisningen framskrider sker en successiv fördjupning, men allt det nya som lärs relateras till de grundläggande kunskaperna (3). Undervisningen blir mer nyanserad och de strukturella inslagen färre under studiernas senare del, då de kliniska studierna genomförs i hemvård och inom mentalvården samt som fördjupning inom valfritt specialområde.

I denna studie inbegriper professionell vårdande kompetens både teoretiska insikter och praktiska färdigheter som grund för en god bedömningsförmåga samt ett caritativt förhållningssätt gentemot patienter och deras anhöriga som vårdande etiskt fundament. I hållningen och hur vården utförs tydliggörs det etiska vårdandet som kännetecknar en professionell vårdande kompetens (5).

Studien syftar till att utgående från ett vårdvetenskapligt perspektiv i kombination med Aristoteles tredelade kunskapssyn beskriva sjukskötarestudenters självvärdering av sin professionella vårdande kompetens i mitten av utbildningen, dvs. konsolideringsfasen, samt deras uppfattning av hur kliniska handledaren bedömde deras kompetens.

### Bakgrund

Utbildning på högskolenivå kan medföra en betoning av teoretisk kunskap på bekostnad av praktiskt yrkeskunnande och handlingsberedskap (6). Detta ställer nya krav framförallt på den kliniska undervisningen, som förutsätter en mera konstruktivistisk handledning än mästare-lärlingmetoden (7,8), dvs. en studentfokuserad handledning där studentens tidigare kunskap modifieras, byggs på och utökas (9). Handledarens uppgift är att hjälpa studenten att integrera teori och praktik samt att utnyttja inlärningsmöjligheterna maximalt så att studenten kan utveckla en god klinisk bedömningsförmåga (10), en s.k. «klinisk blick». I handledningsprocessen är dialogen mellan handledare och student av stor betydelse (11). Kommunikationen med och responsen från handledaren är av central betydelse för att studenten

ska få en realistisk uppfattning om sin egen kompetensnivå (12). Det är viktigt att studenten får feedback på sitt varande och agerande för att kunna identifiera sina styrkor och svagheter (13) då endast det som medvetandegörs kan åtgärdas. Ett tydligt klagörande från handledaren om hur hon värderar studentens kunskaper har därför betydelse för studentens yrkesmässiga utveckling.

Självvärdering stöder inläringen och kan med fördel användas som verktyg för studenternas lärande och kompetensutveckling. Genom självvärdering tar studenten ett större ansvar för och en mera aktiv roll i sitt eget lärande (14), vilket bidrar till ökad kompetens och förmåga att ge patienter en kvalitativt god vård (15). En återkommande självvärdering av det egna kunnandet under studietiden befrämjar utvecklingen mot en professionell vårdande kompetens.

Tidigare forskning har framförallt fokuserat på studiernas början eller slut. Relativt få forskningar gjorts om studenters erfarenhet av det professionella kunnandets utveckling under olika skeden av studierna och faktorer som befrämjar utvecklingen (16). Det har konstaterats att studenterna i mitten av utbildningen ofta upplever en osäkerhet över sitt kunnande och de förväntningar som ställs på dem (17) och genom klagörande av detta kan utvecklingen av studenternas kunskaper stödas (15).

Det har gjorts flera studier av sjukskötarens värdering av sitt yrkeskunnande i studiernas slutskede (18-21) liksom studier med fokus på vårdlärares (22) och vårdledarnas (23-25) uppfattning om sjukskötarens kunskaper. Också andra aspekter av sjukskötarstudenternas kunskaper under utbildningstiden har undersökts. Bl.a. studenternas uppfattning om kunskap och kunskapens relation till praktiskt vårdarbete (26), utvecklingen av kritiskt tänkande (27) och beslutsfattande som en del av deras professionella färdigheter (28), uppfattning om utbildning och det kommande yrket (29), hur synen på vårdarbetet utformas (12) samt hur inläringen av vårdarbete sker (30).

Både nationella (18) och internationella (6) forskningsresultat visar på brister i nyblivna sjukskötares kunskaper och handlingsberedskap. Genom utvärdering av studenters kunskaper under hela utbildningen, inte bara i slutet, kan dessa brister upptäckas och åtgärdas tidigare, vilket kan motivera utvärdering av studenters kunskaper och färdigheter redan under utbildningstiden.

I utvärdering av den professionella vårdande kompetensen är synen på kunskap en viktig utgångspunkt. I denna studie granskas inte specifika detaljkunskaper och färdigheter som sjukskötaren bör behärska (31) utan större övergripande kunskapsområden utgående från Aristoteles' (32) tredelade kunskapssyn som vidareutvecklats av Gustavsson (33). Aristoteles (32) gör en åtskillnad mellan «vetande», «kunnighet» och «klokhets». Med *vetandet* (episteme) avses den kunskap som behövs för att förstå hur världen är uppbyggd och fungerar (teoretisk-vetenskaplig kunskap). *Kunnigheten* (techne) avser framställning och handlingar, förmågan att göra, men också att förstå det man gör (praktisk-produktiv kunskap). *Klokhets* (fronesis) innebär den kunskap som behövs för att utveckla ett gott omdöme och verka som etiska människor och demokratiska medborgare. Klokhetsen ses i tillämpandet av konkreta handlingar, som en hållning, en god bedömningsförmåga för att göra det rätta just i den situationen (kunskap som praktisk klokhets, här benämnd etisk-moralisk kunskap) (32, 33). Ett grundantagande i den aktuella studien är att en sjukskötares professionella vårdande kompetens är en balanserad helhet av dessa tre kunskapsområden. En helhetsmässig bildning och daning med en vårdvetenskaplig förankrad kompetens och en caritativ inre etisk hållning (34) ses som målet för utbildningen och grunden för utvecklandet av professionell vårdande kompetens.

### Studiens syfte

Föreliggande studie syftar till att beskriva sjukskötarstudenters självvärdering av sin professionella vårdande kompetens i utbildningens konsolideringsfas, dvs. under andra studieåret, samt deras uppfattning om hur kliniska handledaren bedömde deras kompetens. Studiens frågeställningar är:

- Hur värderar studenterna sina teoretiska, praktiska och etisk-moraliska kunskaper?
- Hur upplever studenterna att kliniska handledare bedömer ovan nämnda kunskaper?

### Metod

#### Undersökningsgrupp

Undersökningsgruppen utgjordes av sjukskötarstudenterna på en yrkeshögskola i västra Finland. Samtliga sjukskötarstudenterna som genomfört sina första kliniska studier i sjukhuskontext (18 sp) under andra studieåret ingick i studien. Av dessa 45 studenter besvarade 39 enkäten (86,7 %). Studenternas bakgrundsfaktorer framgår av tabell I.

#### Datainsamling

Datainsamlingen utfördes 2002 som en enkätundersökning efter tio veckor kliniska studier. Enkäten hade använts i en motsvarande tidigare studie. Enkäten utvecklades genom pilottestning (n= 5) och förbättrades enligt erhållna kommentarer. Enkäten var strukturerad utgående från Aristoteles' (32) tredelade kunskapssyn (teoretisk, praktisk och etisk-moralisk kunskap) och frågeställningarna har präglats av en vårdteoretisk grundsyn som betonar ett caritativt förhållningssätt (5). Enkäten bestod av totalt 24 frågor varav 11 allmänna frågor gällande kvalitetsssäkring och kursuppläggning exkluderades från denna artikel. Här presenteras resultaten från de 13 frågor och deras öppna följdfrågor som berörde de tre nämnda huvudområdena. Enkäten innehöll både strukturerade frågor med svarsalternativ av Likert-typ, exempelvis «Utgående från mina erfarenheter under praktiktiden anser jag att mina teoretiska kunskaper är tillräckliga» med bedömningsskala från 1 till 4 (1 = instämmer inte alls, 4 = instämmer helt), och öppna frågor «Motivera/ge exempel».

Ett antagande i uppbyggnaden av denna studie var att kliniska handledarnas respons på studenternas prestationer under de kliniska studierna påverkar deras egen självvärdering. Därför fanns frågor för varje huvudområde om hur studenterna uppfattade kliniska handledarnas bedömning av deras prestationer, exempelvis «Personalen på avdelningen ansåg att mina teoretiska kunskaper var tillräckliga». Studenterna ombads motivera även dessa svar.

Datainsamlingen gjordes vid sjukskötarstudenternas avslutande seminarier som hölls när de kliniska studierna var slutförda. Studenterna informerades om studiens syfte och förverkligande, samt att studien följer gängse etiska riktlinjer för vårdforskning (35,36). Etiskt tillstånd erhöles från den aktuella högskolan.

#### Dataanalys

Efter datainsamling sammanställdes och analyserades materialet. Statistikprogrammet SPSS (version 11,0) användes för den kvantitativa databearbetningen. I tolkningen har svarsalternativ 1 och 2 sammanlagits till en negativ ståndpunkt (otillräcklig/liten utsträckning/dålig överensstämmelse) som anger att studenterna inte instämmer med påståendet och svarsalternativ 3 och 4 till en positiv ståndpunkt (tillräcklig/stor utsträckning/god överensstämmelse) som anger att studenterna instämmer med påståendet. Analysmetod för det kvalitativa datamaterialet var induktiv och manifest innehållsanalys (37,38). Svaren och kommentarerna på de öppna frågorna lästes igenom flera gånger och det mest centrala innehållet extraherades från textmaterialet. På detta sätt syntetiserades texternas meningsinnehåll och reducerades till meningsbärande synops, vilka åskådliggörs med citat.

### Resultat

Resultatpresentationen följer strukturen teoretisk, praktisk och etisk-moralisk kunskap. Först presenteras studenternas självvärdering och därefter studenternas uppfattning om handledarnas värdering av deras professionellt vårdande kompetens.

Tabell I. Beskrivning av deltagande sjuksköterskestudenter

		n
Kön	kvinnor	36
	män	3
Ålder	17 – 20	4
	21 – 25	28
	26 – 30	2
	31 – 35	2
	>36	3
Tidigare utbildning	student	24
	närsvårdare	11
	annan utbildning	4

**Tabell II. Studenternas självvärdering av egen professionell vårdande kompetens**

	Teoretisk kunskap	Tillämpning av teoretisk kunskap	Praktisk kunskap	Tillämpning av praktisk kunskap	Etisk-moralisk kunskap	Kliniska blicken
Tillräckliga kunskaper	23/39	34/39	23/39	34/38	34/38	37/38
Otillräckliga kunskaper	16/39	5/39	16/39	4/38	4/38	1/38
Medelvärde (m)	2,6	3,3	2,7	3,3	3,1	3,5

### Självvärdering av teoretisk kunskap

Utgående från erfarenheterna under de kliniska studierna bedömde majoriteten av studenterna sina teoretiska kunskaper som tillräckliga (n=23, m=2,6, se tabell II).

Av innehållsanalysen framkom att det alltid finns mer att lära och att kunskapen tillämpas och lärs bra i de kliniska studierna. I början kunde eller kom studenterna inte ihåg allt de lärt sig, men kunskaperna förbättrades an efter.

«Jag tyckte nog att mina teoretiska kunskaper var bra, men det finns alltid mera man kanske borde kunna.»

Sexton studenterna upplevde sina teoretiska kunskaper som otillräckliga. De mest framträdande bristerna fanns i medicinska ämnen t.ex. farmakologi, latinska benämningar, hjärtrytmmer och kirurgi.

«Jag anser, att mina teoretiska kunskaper inte är fullständigt tillräckliga t ex sjukdomar på latin.»

Studenterna bedömde att de i stor utsträckning (n=34, m=3,3) kunnat tillämpa sina teoretiska kunskaper under de kliniska studierna, men framgången och omfattningen har varit varierande.

«Ibland gick det lättare att tillämpa den teoretiska kunskapen i det praktiska vårdarbetet och ibland sämre.»

Endast fem studenter ansåg att de i liten utsträckning kunnat tillämpa sina teoretiska kunskaper. Flera ämnen hade kunnat tillämpas, men tillämpningen av vårdvetenskap upplevdes som krävande.

«Vissa teoretiska ämnen såsom anatomi, farmakologi osv., men inte vårdvetenskap, tycker jag.»

### Självvärdering av praktisk kunskap

Utgående från erfarenheterna under de kliniska studierna bedömde drygt hälften sina praktiska kunskaper, exempelvis katetrisering och injektionsgivning, som tillräckliga (n=23, m=2,7). Studenterna konstaterar sig har vissa grundkunskaper nu och att deras praktiska kunskaper är tillräckliga utgående från denna nivå i utbildningen och de aktuella kliniska studiernas mål. Att ha klarat av att arbeta självständigt sågs som bevis på detta.

«För praktikavsnittets mål, ja. För området i fråga inte helt – livet är en lång skola.»

Sexton studenter upplevde sina praktiska kunskaper otillräckliga. De som gjort hela sin kliniska studieperiod inom endast en specialitet (t.ex. inom kirurgisk vård) ansåg sig ha tillräcklig praktisk kunskap för den, men däremot inte inom en annan specialitet.

«Skulle klara av att arbeta på en bukkirurgisk avdelning. Men även medicinsk praktik krävs.»

De flesta studenter hade i stor utsträckning kunnat tillämpa sin praktiska kunskap (n=34, m=3,3) i det praktiska vårdarbetet, exempelvis insättning av näs-magsond. Endast fyra ansåg att de enbart i liten utsträckning kunnat til-

lämpa sin praktiska kunskap. Studenterna hade fått möjlighet att pröva det som övats i högskolan, men inte alltid haft en klar minnesbild av hur det skulle göras. Förmågan till tillämpning förbättrades under de kliniska studierna, men det finns behov av ytterligare övning av de praktiska kunskaperna i högskolan.

«Flera av de praktiska övningar vi gjort i skolan fick jag chans att prova på i praktiken. Man känner sig dock lite osäker första gången man gör det då, minns ej helt hur man gjort i övningarna. Senare under praktikperioden kunde jag göra det.»

### Självvärdering av etisk-moralisk kunskap

En klar majoritet av studenterna (n=34, m=3,1) ansåg att utbildningen gett god etisk och moralisk beredskap för patientvården. Sju studenter var av annan åsikt. Studenterna strävar till att göra det som är rätt för patienten, att se hela människan och utgå från hennes önskemål och behov.

«Se till hela patienten, fysiskt och psykiskt... Tänka 2 ggr innan (om) min handling är det rätta för patienten.»

Studenterna framhöll att etik och moral är något som utgår från den egna personligheten och att man handlar utgående från den.

«Etik o. moral är hög i min personlighet. Etik o. moral är individuellt och bör således anpassas enligt vad patienten anser.»

Enligt studenterna hade deras bedömningsförmåga av patientens vårdbehov, den s.k. «kliniska blicken», utvecklats väl under de kliniska studierna (n=37, m=3,5). Endast en student ansåg att den kliniska blicken utvecklats svagt. Lakttagelseförmågan hade ökat, de kunde bättre utvärdera patientens behov och se till helheten, inte bara till sjukdomen.

«Jag har under praktiken verkligen fått lära mig se hela patientens situation o. vårdbehov, inte endast den diagnos som han kommer in med, vilket man gör i början.»

Den långa perioden kliniska studier bidrog till utvecklingen av den kliniska blicken.

«Är man så länge som 12 veckor på samma ställe så utvecklas nog denna förmåga.»

### Studenternas uppfattning om kliniska handledarnas värdering av studenternas professionella vårdande kompetens

Utgående från responsen under de kliniska studierna var studenternas uppfattning att handledarna bedömde både studenternas teoretiska och praktiska kunskaper som tillräckliga med tanke på hur långt de avancerat i sina studier (se tabell III). Enligt studenterna bedömde handledarna deras teoretiska kunskaper en aning lägre än deras praktiska kunskaper (m=3,0 resp. m=3,1). Det teoretiska kunskapsområdet

**Tabell III. Studenternas uppfattning om handledarnas bedömning av studenternas professionella vårdande kompetens**

	Teoretisk kunskap: Medicinska ämnen	Teoretisk kunskap: Vårdlära/teknologi	Teoretisk kunskap: Vårdvetenskap	Teoretisk kunskap: Summavariabel	Praktisk kunskap	Etisk-moralisk kunskap
Tillräckliga kunskaper	30/39	31/39	29/35	30/38	34/39	30/38
Otillräckliga kunskaper	9/39	8/39	6/35	8/38	5/39	8/38
Medelvärde (m)	2,9	3,0	3,1	3,0	3,1	3,1

delades i bedömningen av teoretiska kunskaper upp i tre delområden; medicinska ämnen, vårdlära/-teknologi och vårdvetenskap. Bäst bedömdes kunskaperna i vårdvetenskap vara ( $m=3,1$ ), som enligt 29 studenter ( $n=35$ ) var tillräckliga.

Enligt studenterna visste handledarna att utbildningen grundar sig på vårdvetenskap och uppskattade studenternas vårdvetenskapliga kunskap. Handledarna hade gett positiva kommentarer över studenternas etiska förhållningssätt och förmåga att se hela patienten.

*«De vet att vi har mycket teori i vårdvetenskap och de lutar på att vi kan det.»*

Ibland upplevde studenterna sig ha djupare kunskaper i vårdvetenskap än handledarna.

*«Ibland hade man en känsla av att man visste mera om vårdvetenskapens teori än de som arbetade på avdelningen.»*

Studenterna hade också erfarenhet att en del handledare ansåg att vårdvetenskapen tar för stort utrymme i utbildningen, nästan som det enda ämne som studenterna lär sig riktigt grundligt. Men däremot ställde handledare inga tydliga krav på vårdvetenskapligt kunnande. Vissa handledare verkade negligera vårdvetenskapen som en del av det konkreta vårdandet. Studenterna hade erfarenheter av handledare som inte uppmärksammar, diskuterar eller bryr sig om studenternas vårdvetenskapliga kunskap.

*«De kunde inte förstå vitsen med så mycket vårdvetenskap i skolan. De hade därför heller inga krav att jag borde kunna vårdvetenskap.»*

Också kunskaperna i vårdlära/vårdteknologi bedömdes tillräckliga ( $n=31$ ,  $m=3,0$ ). Handledarna kände enligt studenterna till att de teoretiskt gått igenom och övat olika vårdåtgärder, men att de kliniska färdigheterna ännu behövde övas.

*«Personalen hade en bra inställning till om man inte riktigt kunde all teknologi, och undervisade gärna. De hade vetskap om att vi inte övar så mycket i skolan.»*

Kunskaperna i medicinska ämnen bedömdes vara sämst ( $m=2,9$ ). Knappt en fjärdedel ( $n=9$ ) bedömde kunskaperna som otillräckliga, men då majoriteten ( $n=30$ ) bedömde kunskaperna som tillräckliga kan inte heller det anses vara ett speciellt dåligt resultat. Flera studenter hade fått positiva kommentarer om medicinska kunskaper, medan andra inte fått några kommentarer alls, varför de antagit att kunskaperna varit någorlunda tillräckliga. Andra tolkade bristen på kommentarer negativt. Då brister påtalades gällde det kunskap om läkemedel och latinska benämningar.

*«De tycker, att vi läser för lite i skolan om olika mediciner och dess inverkan på kroppen samt eventuella biverkningar.»*

Handledarnas kunskap om studenternas förkunskap och vad som ingår i de teoretiska studierna uppfattades vara ganska bristfällig.

*«Personalen vet lite om vad vi läser i skolan, de skulle behöva få mera information om vad vi läser.»*

De studenter ( $n=5$ ) som ansåg att handledarna bedömde deras praktiska kunskaper som otillräckliga upplevde ändå att handledarna hade förståelse för att de i detta skede av studierna ännu inte kunde vissa saker. De lärde sig det som var nytt och förbättrade kunskaperna genom övning.

*«Vissa kunskaper hade jag då jag kom till avdelningen men klart alla färdigheter förbättras under praktiken så man får öva.»*

Studenterna uppmuntrades att öva sina färdigheter för att uppnå större säkerhet. Bristen på tydlig respons från handledarna gällande studenternas kompetens framkom av studenternas kommentarer.

*«De kommenterade eller krävde aldrig någonting mera än jag klarade av. Istället uppmuntrade de till övning i färdigheterna, så att jag skulle bli säkrare.»*

Samstämmigheten mellan studenternas självvärdering av sina faktiska

teoretiska kunskaper (tillräckliga kunskaper,  $n=23$ ) och studenternas uppfattning av handledarnas bedömning av studenternas kunskaper var svag (tillräckliga kunskaper,  $n=29$ ). Samstämmigheten gällande praktiska kunskaper var på motsvarande sätt påfallande svag. Gällande etisk-moralisk kompetens fanns däremot en tydlig samstämmighet enligt studenternas bedömning.

## Diskussion

Studiens syfte var att utgående från ett vårdvetenskapligt perspektiv beskriva sjukskötarstudenters självvärdering av sin professionella vårdande kompetens i utbildningens konsolideringsfas, dvs. under andra studieåret, samt studenternas uppfattning om hur handledare bedömde deras kompetens. Tidigare studier (18–21) har ofta kännetecknats av detaljgranskningar av sjukskötarstudenters kunnande. Denna studie strävar till en helhetssyn på professionell vårdande kompetens. Utvärderingens struktur har inspirerats av Aristoteles' tredelade kunskapsyn (32).

I enkäten värderade studenterna sitt kunnande utgående från sin föreställning om vad de bör kunna under det andra studieåret. För att stärka tillförlitligheten pilottestades enkätens validitet av sakkunniga, vilket föranledde några justeringar. De kvantitativa resultaten styrktes av de öppna frågornas resultat, vilka åskådliggjordes genom citat för att öka reliabiliteten. Undersökningsgruppen var förhållandevis liten och trots hög svarsprocent begränsar det möjligheterna till generalisering av resultaten. Studien baserar sig på studenternas skriftliga och subjektiva värdering, inte på faktisk kompetens i praxis. Resultatets tillförlitlighet påverkas av att självvärdering är en förmåga som måste läras och utvecklas. Man kan inte utgå från att alla studenter har denna förmåga (39). För att säkerställa resultatens giltighet kunde studenternas kunnande ha validerats genom t.ex. observationsstudier. En mera objektiv värdering av sjukskötarstudenternas kompetens kunde fås genom kliniska prov, som kunde grunda sig på den tredelade kunskapsynen. Detta förutsätter dock fortsatt forskning inom området.

Resultaten visar att det finns variationer i kunskap och handlingsberedskap, men att studenterna överlag bedömer att deras kunskaper ligger på relativt god nivå med tanke på hur långt de framskridit i utbildningen. Studenterna uppfattade sina teoretiska kunskaper som tillräckliga vilket samstämmer med tidigare forskning (21). De praktiska kunskaperna bedömdes som tillräckliga, något bättre än de teoretiska. I tidigare forskning har studenter bedömt sitt praktiska kunnande både tillfredsställande (31) och svagt (21). Att den praktiska kunskapen är på en god nivå redan under utbildningstiden är viktigt. Tidigare forskning har påvisat att det som försummas under utbildningen inte inom rimlig tid kompenseras i arbetslivet som färdig sjukskötare. M.a.o. kan effekten av bristande kompetensutveckling under utbildningstiden kvarstå under flera år efter avslutade studier (6).

Tillämpningen av teoretiska och praktiska kunskaper i de kliniska studierna ansåg studenterna förverkligats väl, även om framgången och omfattningen varit varierande. Studenternas grundkunskaper har byggts på och en viss självständighet har uppnåtts, men behovet av att få öva mera är tydligt. Detta bekräftar behovet av att öka andelen närundervisning för att höja det kliniska kunnandet (40). Tillämpningen av vårdvetenskap var svår, möjligen beroende på att handledarna enligt studenterna var ointresserade eller negativt inställda till vårdvetenskap. Ekebergh (41) konstaterar att studenter blir osäkra och förvirrade när den vårdvetenskapliga kunskapen inte följs upp under kliniska studier. Klinisk handledning är en förutsättning för att synliggöra den teoretiska strukturen och integrera den med studenters praxiskunnande. Både de didaktiska metoderna och vårdvetenskapens tidsmässiga placering i utbildningen har betydelse för förståelse och integrering av vårdvetenskaplig kunskap. Studenter med mera livs- och klinisk erfarenhet har bättre förutsättningar för konkretisering av vårdvetenskaplig teori varför en didaktik som bygger på erfarenhetsbaserad inlärning kan antas underlätta förståelse och integration av kunskapen (42).

Etisk-moralisk kunskap värderades av studenterna som tillräcklig. Också tidigare forskning (43) har konstaterat att utbildningen utvecklat studenternas etik och moraliska bedömningsförmåga. De

kliniska studierna har utvecklat studenternas kliniska blick (jmf. 42). Iakttagelseförmågan har ökat och de kan bättre utvärdera patientens behov. Den långa oavbrutna kliniska studieperioden har varit en bidragande orsak till den kliniska blickens utveckling. Möjligheterna att fördjupa sitt kunnande lider om de kliniska studieperioderna splittras i många mindre delar (16).

Beträffande etisk-moraliska kunskaper är samstämmigheten mellan studenter och deras uppfattning om handledarnas bedömning hög. Gällande teoretisk och praktisk kunskap samt tillämpningen av dessa bedömer studenterna däremot handledarnas bedömning som bättre respektive avsevärt bättre än den egna bedömningen. En förklaring kan vara att studenterna själva är stränga i sin värdering av den egna kunskapen pga. stor självkritik eller att de inte litar på sitt kunnande (18). Studenterna kan ställa högre krav på sitt kunnande än vad de uppfattar att handledarna gör. En annan förklaring kan vara en oklar och otydlig kommunikation mellan studenterna och deras handledare (12). Studenternas självvärdering kan ha påverkats av eventuell brist på respons, vilket kan leda till att studenterna drar felaktiga slutsatser om den egna kompetensen. Bristande kommunikation kan vara vilseledande och medverka till en orealistisk bild av den egna kompetensen. Den bristande responsen kan ha flera orsaker, bl.a. brist på fredad tid för handledning. Detta ställer krav på ledarskap och resursering i form av både tid och fortbildning för handledaruppgiften. Den handledaren ska väcka lust och intresse för hur den vetenskapliga kunskapen och patientens komplexa situation hänger ihop och även bidra till de enskilda studenternas personliga växt genom att kunskapen blir personliggjord. De kliniska handledarnas teoretiska och didaktiska kompetens bör därför uppmärksammas, utvecklas och stödas (44).

Av tidigare forskning (8,12) framgår att handledare inte känner till undervisningsmålen, vilket bekräftas i denna studie. Många studenters erfarenhet är att handledning i de kliniska studierna inte prioriteras tillräckligt i klinisk praxis. Av innehållsanalysen framkom att handledarna och studenterna i liten utsträckning eller inte alls diskuterar de kliniska studiernas målsättningar och kunskapsförväntningar. Handledares förutsättningar, i form av tid och teoretisk inklusive vårdvetenskaplig kompetens, för värdering av studenternas kunnande kan sålunda diskuteras. I kliniska studier viljar handledningen idag till stor del på handledaren, men huruvida den relateras till teori och forskningsresultat kan ifrågasättas.

Genom utvärdering av studenternas kunnande klargörs svagheterna i utbildningen och förutsättningarna för att utveckla en professionell vårdande kompetens ökar. Forskningsresultat (16) visar att det framförallt under det andra studieåret händer något i studenternas kunnande som är nödvändigt att förstå för att kunna utvärdera utvecklingen av studenternas kunnande och eventuellt åtgärda före examination. Utvärdering av studenternas kunskaper bör följaktligen göras under hela utbildningen, inte bara i slutet.

## Konklusion

Studien visar att studenternas teoretiska och praktiska kunskaper är generellt goda, även om brister finns. Den etisk-moraliska kunskapen var god och den kliniska blicken hade utvecklats. Tillämpningen av vårdvetenskapen upplevs svår och studerande får inte tillräckligt stöd för att se dess plats i vårdverkligheten. Studenterna bedömer sin kompetens strängare än de uppfattar att handledarna gör. Det förefaller som om responsen och kommunikationen mellan student och handledare kunde förbättras. Uppmärksammande av eventuella brister möjliggör kompetensutveckling hos studenterna. Oroväckande är handledarnas okunskap om undervisningsmålen, vilket sannolikt föranleder stora variationer i undervisning och lärande. Om dessa riktlinjer saknas i handledningens planmässighet ifrågasättas.

Att utgå från en tredelad kunskapssyn som struktur för utvärderingen förefaller vara en möjlig metod för utvärdering av studentens kunnande. Denna kunskapssyn kunde även utgöra struktur för uppläggning av klinisk undervisning, för att betona en balans mellan de teoretiska, praktiska och etisk-moraliska kunskapsområdena. Även kliniska handledare kunde använda strukturen vid utvärdering av studenternas kompetens.

## Tack

Författarna önskar tacka lektor (PhD) Ralf Lillbacka vid Yrkeshögskolan Novia i Vasa.

Godkjent for publisering 19.04.2010

Ann-Helén Sandvik, RN., HVM, forskarstuderande, Åbo Akademi, Enheten för vårdvetenskap, Vasa, Finland og Yrkeshögskolan Novia, Sektorn för hälsovård och det sociala området

Lisbeth Fagerström, RN, HVD, Professor i sykepleievitenskap, Høgskolen i Buskerud, Norge, Docent i vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa, Finland

Korrespondens: Ann-Helén Sandvik, Yrkeshögskolan Novia, Seriegatan 2, FIN – 65320 Vasa

Tel: + 358 6 328 5324, email: ann-helen.sandvik@novia.fi

## Referenser

1. EU-direktiv 89/595/ETY.
2. Koort P. Edukation och planering. Helsingfors: Gaudeamus, 1974.
3. Eriksson K. Vårdprocessen. Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag AB, 1985.
4. Högström M, Tolonen L. Att tänka, känna och handla vård. I: Matilainen D, Eriksson K(red). Vårdvetenskapens didaktik. Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi; 2004, p. 65–84.
5. Lindström, U.Å., Lindholm, L. & Zetterlund, J.E. Katie Eriksson: Theory of caritative caring. In: Marriner Tomey, A. & Raile Alligood, M (Eds). Nursing theorists and their work. St. Louis: Mosby Elsevier, 2006: 167–190.
6. Bjørk IT. Hands-on nursing: new graduates' practical skill development in the clinical setting. Avhandling for dr.polit. Oslo: Universitetet i Oslo, 1999.
7. Pihlhammar Andersson E. Det är vi som är dom. Göteborg studies in educational sciences 83. Acta Universitatis Gothoburgensis, Göteborg, 1992.
8. Saarikoski M. Clinical learning environment and supervision. Turun yliopiston julkaisuja sarja D 525. Turku: Turun yliopisto, 2002.
9. Peters, M. Does constructivist epistemology have a place in nurse education? Journal of Nursing Education 2000; 39 (4): 166 – 172.
10. Beattie H. Clinical teaching models. Australian Journal of Advanced Nursing 1998; (4):14–19.
11. Severinsson E. Confirmation, meaning and self-awareness as core concepts of the nursing supervision model. Nursing Ethics 2001; 8 (1); 36–44.
12. Sarajärvi A. Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muuttuminen sairaanhoitajakoulutuksen aikana. Acta Universitatis Ouluensis D 674. Oulu, 2002.
13. Kevin J. Problems in the supervision and assessment of student nurses: can clinical placement be improved? Contemporary Nurse 2006; 22 (1): 36–45.
14. Klenowski V. Student Self-evaluation Processes in Student-centred Teaching and Learning Contexts of Australia and England. Assessment in Education: Principles, Policy & Practice 1995; 2, (2): 145–163.
15. Hsu L; Hsieh S. Testing of a measurement model for baccalaureate nursing students' self-evaluation of core competencies. Journal of Advanced Nursing 2009; 65 (11): 2454–63.
16. Holmén K, Ora-Hyytiäinen E. Sairaanhoidajaopiskelijoiden osaamisen kehittyminen kahdessa korkeakoulussa opiskelijoiden arvioimana. KeVer. Ammattikorkeakoulututkimuksen verkkolehti. www.tokem.fi. 2004;4: 30.09.2005.
17. Sharif F, Masoumi S. A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. BMC Nursing 2005; 4:6.
18. Räisänen A. Hoitotyöntekijöiksi valmistuvien osaaminen. Turun yliopiston julkaisuja sarja C 178. Turku: Turun yliopisto, 2002.
19. Himanen M. Uuden sairaanhoitajakoulutuksen arviointia professionaalisen hoitotyön näkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto, 1990.
20. Mölsä A. Sairaanhoidaja-, erikoissairaanhoidaja-, terveydenhoitaja ja kättilöopiskelijoiden käsitykset koulutuksessaan saamista valmiuksista ja tulevasta ammatistaan. Lisensiaattitutkimus. Tampereen yliopisto, 1992.
21. Härkin S. Ammattikorkeakoulusta valmistuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden näkemyksiä koulutuksessa saavuttamistaan valmiuksista. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, 2000.

22. Väättäen K. Opiskelijoiden ja opettajien käsityksiä sairaanhoitajakoulutuksessa saavutetuista valmiuksista. Opinnäytetutkielma. Kuopion yliopisto, 1997.
23. Nousiainen I. Osastonhoitajien ja ylihoitajien käsityksiä sairaanhoitajan työn osaamisalueista. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisu 1. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, 1998.
24. Hildén R. Sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys ja ammatilliseen pätevyteen vaikuttavat tekijät. Acta Universitatis Tamperensis 706, Tampereen yliopisto, 1999.
25. Olsson H. Quality of competence in role of nursing – as result of education, professional practice and research. Vård i Norden 1999; 19 (1):5–10.
26. Karttunen P. Tietoa hoitotyön toimintaan. Acta Universitas Tamperensis 651. Tampereen yliopisto, 1999.
27. Stenfors P. Tieteellisen ja kriittisen ajattelun kehitys hoitotyön koulutuksessa. Acta Universitatis Tamperensis 657. Tampereen yliopisto, 1999.
28. Kuokkanen R. Opiskelijoiden päätöksenteon kehittyminen osana ammattitaitoa sairaanhoitajakoulutuksessa. Acta Universitatis Ouluensis D 613. Oulu, 2000.
29. Jaroma A. Koulutus ja tuleva toiminta hoitotyössä. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisu E. Yhteiskuntatieteet 83. Kuopio, 2000.
30. Havukainen P. Terveystieteiden opiskelijoiden hoitotyön oppiminen esseesta perusteella arvioituna. Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 186. Helsingin yliopisto, 2003.
31. Paloposki S, Eskola N, Heikkilä J, Miettinen M, Paavilainen E, Tarkka M. Ammattikorkeakoulusta valmistuneiden sairaanhoitajien arvio teoreettisesta ja käytännöllisestä osaamisestaan. (Higher educated nurses' theoretical and practical competence). Hoitotiede 2003;15:155–165.
32. Aristoteles. Den nikomachiska etiken. Göteborg: Daidalos, 1967.
33. Gustavsson B. Kunskapsfilosofi. Tre kunskapsformer i historisk belysning. Wahlström & Widstrand; 2000.
34. Eriksson, K., Lindström, U. Matilainen, D. 2004. Vårdvetenskapens didaktik vid Åbo Akademi – en humanvetenskaplig hermeneutisk didaktik. I: Matilainen, D & Eriksson, K. (red). Vårdvetenskapens didaktik. Caritativ didaktik i vårdandets tjänst. Rapport 9/2004. Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.
35. Sykepleiernes Samarbeid i Norden. Etiske riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden; 2003.
36. Forskningsetiska delegationen. God vetenskaplig praxis och handläggning av avvikelser från den. Helsingfors: Forskningsetiska delegationen, 2002.
37. Kyngäs H, Vanhanen L. Sisällön analyysi. (Content Analysis) Hoitotiede 1999;11:3–12.
38. Graneheim UH; Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research. Nurse Education Today 2004; 24 (2): 105–12.
39. Dearnley CA; Meddings FS. Student self-assessment and its impact on learning – a pilot study. Nurse Education Today 2007; 27 (4): 333–40.
40. Social- och hälsovårdsministeriet. Promemorior av arbetsgruppen för trygghet av hälso- och sjukvården i framtiden. 2002.
41. Ekebergh M. Tillägnet av vårdvetenskaplig kunskap. Doktorsavhandling, Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, 2001.
42. Benner P, Tanner CA, Chesla CA. Expertkunnande i omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 1999.
43. Nolan PW, Markert D. Ethical reasoning observed: A longitudinal study of nursing students. Nursing Ethics 2002; 9(3):243–258.
44. Ekebergh M. Att lära sig vårda – med stöd av handledning. Lund: Studentlitteratur, 2009.

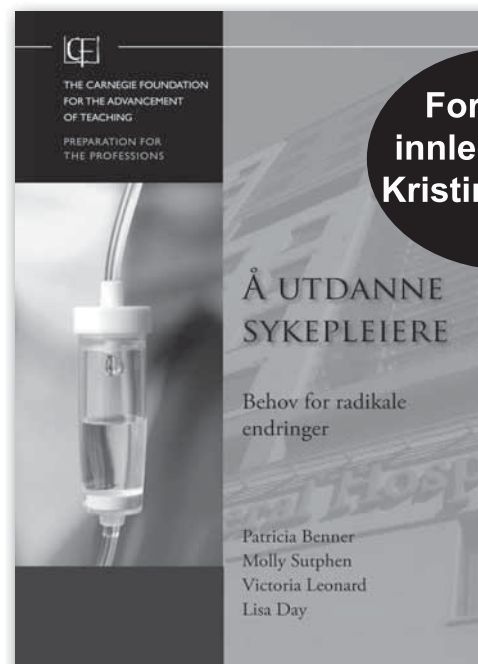
Om en fullständig referenslista med de finska titlarna på engelska önskas kan första författaren kontaktas.

## NY BOK

### Å utdanne sykepleiere *Behov for radikale endringer*

P. Benner, M. Sutphen, V. Leonard, Lisa Day

### Bedre sammenheng mellom arenaer hvor sykepleie utøves og læres



Forord og  
innledning av  
Kristin Heggen

Akribe oversetter *Educating nurses. A call for radical transformation.*

Forfatterne gir i boken uttrykk for en klar visjon om hva sykepleierutdanningen kan og bør være og legger frem praktiske eksempler på hvordan visjonen kan nås.

**Kommer på norsk i august 2010!**

ISBN 978-82-7950-146-6

**Akribe**

[www.akribe.no](http://www.akribe.no)

# Developing and testing the psychometric properties of a short-form questionnaire regarding the psychosocial condition after a cardiac event

Bengt Fridlund, RNT PhD Professor FESC – Amir Baigi, MSc (stat) PhD Associate Professor – Cathrine Hildingh, RNT PhD Professor FESC

## ABSTRACT

Psychosocial difficulties in patients after a cardiac event is well-known concept yet no systematic or routine assessment with focus on their psychosocial condition with regard to coping, social support and sense of coherence is established. Accordingly the aim of this pilot study was to develop and test the psychometric properties of a short-form questionnaire regarding patients' psychosocial condition after a cardiac event to be used in every day clinical practice. This pilot study, which had a methodological design, used selected sample of 30 participants to answer a questionnaire built on 37 items in order to determine face, content and construct validity and homogeneity reliability. Five factors built on 18 items emerged, all with good values for the psychometric tests chosen, and labelled according to their theoretical belongings: closeness, belongingness, availability, concordance and outlook. This short-form questionnaire measuring the psychosocial condition after a cardiac event useful in every day clinical practice seems appropriate but needs further psychometric development carried out in large scale studies with regard to cultural-socio-demographics and diagnoses.

**KEY WORDS:** coronary heart disease, coping, methodology, psychometric, social support, validity

## Introduction

A cardiac event puts life on a knife's edge and the consequence is to cope with a new life including a different lifestyle carried out by patients themselves and with social support from healthcare professionals in order to achieve a sense of coherence in the renewable life (1-3). As the recovery initiates already in the hospital and runs lifelong healthcare professionals both inside (4) and outside (5) the hospital have to take care of and interplay with the patients (6,7) in order to support their own efforts and possibilities to improve and maintain a healthy lifestyle. Psychosocial difficulties in patients after a cardiac event are well-known among the healthcare professionals (8) yet no systematic or routine assessment with focus on their psychosocial condition with regard to coping, social support and sense of coherence is established (9). A good reason for this is that no convenient instrument exists even though several instruments exist with regard to both generic and condition-specific measurements of coping (e.g. 10-16), social support (e.g. 17-20) and sense of coherence (e.g. 21-23). In case of a short-form questionnaire, both easy to carry out and easy to assess the patient's principal psychosocial condition and ability at hospital discharge (4,24) or at follow-ups in the primary health care (25,26) more individualized care could be offered and the health and medical service could be more appropriately utilized with regard to both appropriate care and effective economical management (27). Accordingly the aim of this pilot study was to develop and test the psychometric properties of a short-form questionnaire concerning patients' psychosocial condition after a cardiac event with reference to coping, social support and sense of coherence to be used in every day clinical practice.

## Method and material

### Design and setting

This pilot study had a methodological design (28) and was carried out during 2007 with permission of and at The Heart and Lung Patients' National Association (HLPNA) in Sweden. HLPNA is a non-profit organization working for the goal of quality of life for people with heart and lung disease (29).

### Participants and data collection

An eligible and selected sample of 30 participants (67% men and 33% women) with an average age of 69.1 (SD 11.57) was recruited from HLPNA's newspaper Status and is why participants representing all counties of Sweden were represented. The inclusion criteria for the participants were their own experiences of cardiac disease and that they could communicate verbally and textually.

### The Psychosocial Condition Questionnaire

The questionnaire for assessing psychosocial condition comprised initially 37 items based on a literature review regarding sense of coherence, coping and social support and from clinical and theoretical experiences as cardiovascular nurses and researchers (BF, CH). The answers were scored on a 5-point Likert scale, measuring level of agreement from "strongly agree" to "do not agree at all".

### Validity and reliability process and analysis

The research team which comprised, besides the two nurses also a statistician (AB) well-established in the cardiovascular field examined the questionnaire regarding its readability, face and content validity (30). For the same reason the questionnaire was piloted on three cardiac nurses and three former cardiac patients with minor corrections as a consequence. Construct validity was measured by an explorative factor analysis: i.e. a principal component analysis with varimax rotation to simplify the factor structure for best fit with communalities >0.5 was looked for (30, 31). To explain a total variance >60% orthogonal factors with an Eigenvalue >1.0 emerging for each factor were searched (31). Likewise for each factor, items with factor loadings >0.5 was looked for. Homogeneity measured by Cronbach's coefficient alpha was searched for to reach reliability scores >0.7 (31). The data processing and analysis was carried out using SPSS for Windows 15.0.

### Ethics

The study, conducted according to the rules of the Helsinki Declaration on informed consent and confidentiality, was approved by the HLPNA board in Sweden. The participants were informed about the

**Table 1. Validity and reliability tests of the conclusive 18-item Psychosocial Condition Questionnaire calculated by means of factor analysis and Cronbach's alpha, n=30**

	Mean (SD)	Communality Extraction	Eigen Values	Cumulative Variance %	F1	F2	F3	F4	F5
<b>Closeness</b>									
I1	8.5(2.0)	0.90			0.91				
I2	8.2(2.0)	0.92			0.89				
I3	8.3(2.0)	0.84			0.86				
I4	8.8(1.3)	0.86			0.85				
			7.3	40.6					
Alpha					(0.94)				
<b>Belongingness</b>									
I5	7.5(2.7)	0.91				0.89			
I6	7.7(2.2)	0.87				0.81			
I7	6.2(2.8)	0.75				0.79			
I8	6.9(2.8)	0.78				0.69			
I9	7.7(2.2)	0.70				0.65			
I10	7.1(2.7)	0.69				0.56			
			2.4	54.1					
Alpha					(0.88)				
<b>Availability</b>									
I11	7.5(2.6)	0.89					0.92		
I12	7.4(2.5)	0.84					0.90		
I13	7.9(1.5)	0.65					0.50		
			2.0	65.2					
Alpha							(0.77)		
<b>Concordance</b>									
I14	6.0(2.1)	0.76						0.85	
I15	6.6(2.4)	0.84						0.84	
			1.4	73.2					
Alpha								(0.73)	
<b>Outlook</b>									
I16	6.9(2.8)	0.72							0.66
I17	6.1(1.6)	0.74							0.55
I18	6.9(2.5)	0.55							0.52
			1.0	78.8					
Alpha									(0.63)

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO): Bartlett's test of Sphericity:  $p < .001$   
 Factor 1: Closeness; Factor 2: Belongingness; Factor 3: Availability; Factor 4: Concordance; Factor 5: Outlook.  
 Overall Cronbach's alpha: 0.89.

aim and the structure of the study, after which they gave their informed consent. Participation was voluntarily and the participants were informed that they could withdraw from the study at any time.

**Results**

The face and content validity was found to be good as the respondents understood the text in the questionnaire and considered the items to be relevant for the focus of measure as well as having clarity and readability. According to skew dispersion and low communalities 19 items were deleted, which is why the factor analysis resulted in the extraction of five factors with an Eigenvalue >1.0 accounting for 78.8% of total variance based on 18 items (Figure 1). Each factor contained between two and six items all reaching factor loadings >0.5. All items together showed a Cronbach's alpha value of 0.89 and with any item deleted a range of 0.88–0.90. Each factor was labeled according to their theoretical belongings, and all but one displayed a Cronbach's alpha value >0.7, allocated on 0.94 for the 4-item factor 1 labeled Closeness, 0.88 for the 6-item factor 2 labeled Belongingness, 0.77 for the 3-item factor 3 labeled Availability, 0.73 for the 2-item factor 4

labeled Concordance, and 0.63 for the 3-item factor 5 labeled Outlook.

**Discussion**

A short-form questionnaire easy to hand out at hospital discharge or at follow-up in primary health care was developed and tested in a pilot and methodological study. By using common psychometric tests good validity and reliability figures were found with regard to content and construct validity and homogeneity reliability (31). However the questionnaire needs to be further developed according to concurrent validity and stability reliability but it needs also to be tested in large scale studies as a whole comprising differences in patients' cultural-sociodemographics and cardiac diagnoses. Nevertheless the questionnaire has a solid and careful foundation based on a literature review regarding social support, coping and sense of coherence as well as on clinical and theoretical experiences of the researchers. The five factors which emerged and were labeled according to their theoretical belongings are all well rooted in the psychosocial area of cardiac care (8). Moreover internal as well as external

resources are of importance to manage the consequences of a strain situation, like a cardiac event (22, 23, 32). It is of great importance to healthcare professionals in their work with cardiac patients to have knowledge about how patients perceive their own resources to cope with the new situation to be able to facilitate the recovery process (2,9). The short-form questionnaire illuminates what kind of support that is available and also beliefs of internal resources to cope with the situation. Social support has emotional as well as more practical dimensions (19, 33). The factor Closeness deals with emotional support and shows that the individual perceives themselves to have access to persons with whom they can share joy and sorrow, persons who give them time, care about them and show them that they are valued as they are (17). This kind of resources can create a feeling of meaningfulness in life of importance to the individual's ability to manage strain situations (32). Also Belongingness deals with emotional aspects of social support. Belongingness to a social network leads to a feeling of sense of community and social integration. When support network members give valuable and sincere response to the individual to issues related to him or herself information leads to the belief that one is cared for and loved, esteemed and a member of a network of

**Figure 1. The 18 items in its entirety which conclusively became part of the Psycho-Social Condition Questionnaire after having been tested for validity and reliability**

- I1: I have people in my vicinity that I can share joys and sorrows with  
 I2: I have people in my vicinity that gives the time with me  
 I3: I have people in my vicinity, which shows that I will do as I am  
 I4: I have people in my vicinity who care about how I have it  
 I5: I have the opportunity to carry me to the members of my social network  
 I6: I have people in my social network that gives me practical help when I need  
 I7: I can carry out almost anything that I made up my mind for  
 I8: I meet people who are part of my social networks often  
 I9: I have people in my social network that I can borrow the little things when I need such as tools or cookware  
 I10: I live in the vicinity of the members of my social network  
 I11: The people included in my social networks know each other  
 I12: The people included in my social networks know each other through me  
 I13: I have people in my vicinity that gives me a sincere response to issues relating to me  
 I14: The people included in my social network has the same life-style that I have  
 I15: I have members of my social network that gives me good advice  
 I16: What happens to me in the future depends largely on myself  
 I17: The people included in my social network has the same values as I have  
 I18: I have people in my social network that keeps me informed about important matters in my surroundings

mutual obligations (34). This in turn can influence the individual's ability to manage the situation after a cardiac event. The factor Concordance deals with harmonious and mutual understanding – of good and evil. If network members have the same lifestyle, they can give useful and helpful advice to each other. This in turn may contribute to feelings of comprehensibility, another component of Antonovsky's theory of sense of coherence (32). However, the advices may not always contribute to a positive outcome, e.g. adoption of a healthy lifestyle, even if the advice is experienced as supportive by the individual. Another factor is Availability dealing with resources like transportation, practical help, living nearby network members (17) as well as inner resources like beliefs that one can carry out almost anything one set's one's mind to. This inner resource helps the individual to cope with strain situations and is in accordance with manageability, the third component of Antonovsky's theory (32), a belief that one has the skills or ability, the support and the resources necessary to take care of things, and that things are manageable within one's own control (32). Here the individual use coping strategies like fighting spirit, self-control and confrontation. The last factor, Outlook also involve perceptions of inner resources and perspectives of existence, and deals with one's own responsibility for what happens in the future, but also questions the values of network members and to be informed about important matters in the surroundings. To some degree this factor is overlapping with the factor Belongingness but belongingness has a more emotional aspect as the response deals with the individual, while the latter deals with matters in the surroundings. The factor Outlook had a somewhat low factor loading in the factor analysis performed, but is anyway an important factor on its own. Healthcare professionals can support patients to cope with the cardiac event if they are aware of what kind of resources, internal as well as external, their patients have. A short-form questionnaire of what kind of support is available as well as patients' own beliefs of internal resources to cope with the new situation may be a good help in healthcare professionals attempts.

## Conclusion

A short-form questionnaire regarding patients' psychosocial condition after a cardiac event to be used in every day clinical practice was developed and tested in a pilot study. Good validity and reliability figures were found with regard to content and construct validity as well as homogeneity reliability. There is a need for further psychometric development of the questionnaire and tests in large scale studies with regard to cultural-socio-demographics and diagnoses.

Accepted for publication 16.03.2010

Fridlund B, RNT PhD Professor FESC (1), Baigi A, MSc (stat) PhD Associate Professor (2), Hildingh C, RNT PhD Professor FESC (3)

(1) School of Health Sciences, Jönköping University, Jönköping, Sweden

(2) Primary Health Care R&D Unit, County Council Halland, Falkenberg, Sweden

(3) School of Social and Health Sciences, Halmstad University, Halmstad, Sweden

Correspondence: Prof Bengt Fridlund, School of Health Sciences, Jönköping University, POBox 1026, 551 11 SE – Jönköping, Sweden  
 bengt.fridlund@hhj.hj.se

## References

- Baigi A, Hildingh C, Virdhall H, Fridlund B. Sense of coherence as well as social support and network as perceived by patients with a suspect or manifest myocardial infarction: a short time follow-up study. *Clinical Rehabilitation* 2008;22(7):646–52
- Gulliksson M, Burell G, Lundin L et al. Psychosocial factors during the first year after a coronary heart disease event in cases and referents. *Secondary Prevention in Uppsala Health Care Project (SUPRIM)*. *BMC Cardiovascular Disorder* 2007;21(7):36
- Shen BJ, Wachowiak PS, Brooks LG. Psychosocial factors and assessment in cardiac rehabilitation. *Europa Medicophysica* 2005;41(1):75–91
- Wiess ME, Piacentine LB. Psychometric properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale. *Journal of Nursing Measurement* 2006;14(3):163–80
- Alm-Roijer C, Fridlund B, Stagmo M, Erhardt L. Knowing your risk factors for coronary heart disease improves adherence to advice on lifestyle changes and medication. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2006;21(5):E24–31
- Wood DA, Kotseva K, Connolly S, et al. Nurse-coordinated multi-disciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EURO-ACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2008;37(9629):1999–2012
- Westin L, Nilstun T. Principles help to analyse but often give no solution – secondary prevention after a cardiac event. *Health Care Analysis* 2006;14(2):111–17
- Rozanski A, Blumenthal JA, Davidson KW et al. The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. *Journal of American College of Cardiology* 2005;1:45(5):637–51
- Hildingh C, Fridlund B, Baigi A. Sense of coherence and experiences of social support and mastery in the early discharge period after an acute cardiac event. *Journal of Clinical Nursing* 2008;17(10):1303–11
- Cooper C, Katona C, Livingstone G. Validity and reliability of the brief COPE in careers of people with dementia: the LASER-AD Study. *Journal of Neurological Mental Disease* 2008;196(11):838–43
- Addison CC, Campell-Jenkins BW, Sarpong DF. Psychometric evaluation of coping strategies inventory short-form (CSI-SF) in the Jackson Heart Study cohort. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2007;4(4):289–95
- Erci B. Psychometric evaluation of Self-Assessed Support Need of Women with breast cancer Scale. *Journal of Clinical Nursing* 2007;16(10):1927–35

13. Ryan-Wenger NM. Development and psychometric properties of the Schoolers' Coping Strategies Inventory. *Nursing Research* 1990;39(6):344–49
14. Scheier MF, Carver CS. Optimism, coping and health: assessment and implications generalized outcome expectancies. *Health Psychology* 1985;4(3):219–47
15. Jalowiec A, Murphy SP, Powers MJ. Psychometric assessment of the Jalowiec Coping scale. *Nursing Research* 1984;33(3):157–61
16. Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior* 1978;19(1):2–21
17. Hildingh C, Fridlund B. Patient participation in peer support groups after a cardiac event. *British Journal of Nursing* 2001;10(20):1357–63
18. Heitman L. Social support and cardiovascular health promotion in families. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2004;19(1):86–91
19. Cohen S, Mermelstein R, Kamarek K, et al. Measuring the functional components of social support. In: Sarason IG, Sarason BR (Eds). *Social support: Theory research and applications*. Dordrecht: Martinus Nijholt, 1985:73–94
20. Henderson S, Ducan-Jones P, Byrne DG, Scott R. Measuring social relationship: the interview schedule for social interaction. *Psychological Medicine* 1980;10:723–34
21. Antonovsky A. The life cycle, mental health and the sense of coherence. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 1985;22:273–80
22. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life. A systematic review. *Journal of Epidemiological and Community Health* 2007;61(11):938–44
23. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with health. A systematic review. *Journal of Epidemiological and Community Health* 2006;60(5):376–81
24. Sjöström-Strand A, Fridlund B. Stress in women's daily life before and after a first myocardial infarction: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2007;21(1):10–7
25. Murchie P, Campell NC, Ritchie LD, Thain J. Running nurse-led secondary prevention clinics for coronary heart disease in primary care: qualitative study of health professionals' perspectives. *British Journal of General Practice* 2005;55(516):522–18
26. Stewart DE, Abbey SE, Shnek ZM et al. Gender differences in health information needs and decisional preferences in patients recovering from an acute ischemic coronary event. *Psychosomatic Medicine* 2004;66(1):42–48
27. Jolly K, Taylor R, Lip GY et al. The Birmingham Rehabilitation Uptake Maximisation study (BRUM) Home-based compared with hospital-based cardiac rehabilitation in a multi-ethnic population: cost-effectiveness and patient adherence. *Health and Technology Assessment* 2007;11(35):1–118
28. Brink PJ, Wood MJ. *Advanced design in nursing research*. London: SAGE, 1998:413
29. Hildingh C, Fridlund B. A 3-year follow-up participation in peer support groups after a cardiac event. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2004;3(4):315–20
30. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2008:xviii,796
31. Rattray J, Jones MC. Essential elements of questionnaire design and development. *Journal of Clinical Nursing* 2007;16:234–43
32. Antonovsky A. *Unraveling the Mystery of Health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass, 1987
33. House JS. *Work, stress and social support*. Philippines: Addison-Wesley Publishing Company, 1981:13–40
34. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine* 1976;38(5):300–314

# Behov for praktisk hjelp og sosial kontakt – En intervjustudie blant hjemmeboende eldre i Norge

Ragnhild Skaar, universitetslektor, Cand. san. – Marthe Fensli, universitetslektor, Cand. san. – Ulrika Söderhamn, førsteamanuensis, Ph.D.

NEEDS FOR PRACTICAL HELP AND SOCIAL CONTACT – AN INTERVIEW STUDY AMONG OLDER HOME-DWELLING PEOPLE IN NORWAY

## ABSTRACT

**Aim.** The aim of this study was to elucidate a group of older home-dwelling people's perception of needs of care and services that were not met by home care services, and how these needs could be met.

**Background.** As a result of a higher number of older people in the future there will be increased needs of care and services.

**Method.** Nine older persons were interviewed. A qualitative content analysis was used.

**Findings.** The findings were interpreted in one main theme: Informal networks important to meet requirements for practical help and social contact. The theme was based on two categories: Practical help (subcategories: getting help with snow shovelling/gardening, house work, transportation, being accompanied to the doctor and assisted there, and shopping) and social contact (subcategories: having someone to talk to, participating in a fellowship, meeting someone of the same age and background with similar interests, and activities).

**Conclusion.** The needs for practical help and social contact were not satisfied for all informants. To meet these needs, co-operation between formal and informal caregivers is necessary. This will contribute to enabling older people to live in their own home as long as possible.

**KEY WORDS:** Home care services, informal care, qualitative content analysis

## Introduksjon

Antall eldre vil øke kraftig de kommende år. Denne demografiske utviklingen vil gjøre seg gjeldende i hele Vest-Europa og kan føre til store utfordringer med hensyn til økte hjelpebehov (1, 2). Dersom hjemmeboende eldre ikke får dekket praktiske/personlige hjelpebehov, bør disse dekkes av offentlig helse- og omsorgstjeneste, det vil si hjemmesykepleie/hjemmehjelp (heretter kalt hjemmetjeneste). For å møte behovene fra den forventede økning i antall omsorgstrengende eldre, vil omsorgstjenesten i kommunene i Norge ha behov for hjelp fra frivillige, både organisasjoner og enkeltmennesker (3). Sykepleiere i hjemmetjenesten vil dermed få en viktig oppgave med å samarbeide med den eldre familie og annet uformelt nettverk, som for eksempel venner og naboer (4). En annen viktig samarbeidspartner vil også være såkalte frivilligsentraler som kan utløse og koordinere frivillig innsats fra enkeltpersoner (1). Disse kan supplere med støtte og hjelp til eldre i tillegg til tjenester fra hjemmetjenesten, familien og annet uformelt nettverk.

Forskning har vist at hjemmeboende eldre som mottok hjemmetjeneste også hadde behov for mye hjelp av familie, naboer og venner (5). I følge en japansk studie var uformell hjelp en viktig faktor for at eldre som hadde behov for hjemmetjenester fortsatt kunne bo i eget hjem (6). Det er av stor betydning at eldre får kvalifisert hjelp for å få dekket sine hjelpebehov. En italiensk studie har for eksempel vist at kvalifisert privat hjelp til hjemmeboende eldre var med på å forebygge sykehjemsinnleggelse (7). Videre har forskning vist at hjemmeboende eldre som, i tillegg til hjemmetjenesten, hadde et uformelt nettverk opplevde økt sosial støtte og samvær (8). Dette kan indikere at eldre uten et uformelt nettverk kan oppleve ensomhet eller sosial isolasjon. I EU-prosjektet «Care for the Aged at Risk of Marginalization», gjennomført i syv europeiske land, ble det understreket at hjemmeboende eldre kan være i fare for å bli marginalisert dersom de har et redusert sosialt nettverk eller manglende tilgang til praktisk hjelp (9).

I Norge er det en offentlig målsetting at alle skal kunne bo hjemme lengst mulig og få et individuelt tilpasset tjenestetilbud (1, 10). En forutsetning for dette er at det finnes praktiske tilrettelagte tilbud. Barn

har ingen juridisk plikt til å ta seg av sine foreldre, dette er kun et moralsk anliggende. Den norske regjeringen pålegger kommunene å bidra til at mennesker, som ikke kan ta omsorg for seg selv eller er avhengig av praktisk/personlig hjelp, får mulighet til å leve og bo selvstendig (11). For at hjelpetrengende eldre skal kunne bo i eget hjem, vil det være av stor betydning at de får all hjelp som trengs for å kunne leve et selvstendig, autonomt liv. Dette gjelder for mottakere av pleie- og omsorgstjenester, både i hjemmet og på institusjon (12).

Med tanke på det økte presset som hjemmetjenesten vil stå ovenfor med flere eldre, vil det være betydningsfullt å få kunnskap om hvilke behov for hjelp hjemmetjenesten ikke kan tilby en gruppe hjemmeboende eldre. Hensikten med denne studien var derfor å belyse en gruppe hjemmeboende eldre som ikke dekkes av hjemmetjenesten, samt hvordan de eventuelt får dekket disse behovene.

Følgende forskningsspørsmål ble stilt: Hvilke hjelpebehov har hjemmeboende eldre som ikke dekkes av hjemmetjenesten? Hvordan får de eventuelt dekket disse behovene?

## Metode

Studien ble gjennomført i 2008 i en kommune i Sør-Norge. Det ble benyttet deskriptiv kvalitativ studiedesign med intervju.

## Utvalg

Kriteriene for deltakelse i studien var: 65 år eller eldre, bo i opprinnelig hjem eller tilrettelagt bolig, være tilknyttet hjemmetjenesten samt å kunne gjøre rede for sin situasjon og ha krefter til å kunne gjennomføre et intervju.

Hjemmetjenesten oppgav aktuelle mulige informanter i kommunen som oppfylte kriteriene. Disse ble kontaktet av intervjuerne via telefon og fikk en første forespørsel. Tolv personer ble forespurt om å delta i studien og to takket nei til deltakelse umiddelbart. Ved positivt svar ble tid og sted for intervjuet avtalt og informasjonsskriv med samtykkeerklæring sendt per post. En person trakk seg den dagen intervjuet skulle vært gjennomført. Før intervjuene startet ble det gitt ytterligere

informasjon om studien og muligheten for å trekke seg. Samtykke til deltakelse ble gitt gjennom å underskrive samtykkeerklæringen. Tre menn og seks kvinner ble inkludert i studien. Alderen varierte fra 71 til 93 år.

Informantene bodde i samme del av den aktuelle kommunen, noen i tettbygd strøk, andre mer avsides. Boformen var forskjellig, noen bodde i enebolig, andre i tilrettelagte boliger. Ingen bodde sammen med ektefelle/venn/samboer, men enkelte hadde barn eller slektninger i nærheten. Frivilligsentral var etablert i den aktuelle delen av kommunen. Enkelte av informantene hadde både hjemmesykepleie og hjemmehjelp, andre bare hjemmehjelp. Omfang av hjelpen var varierende. Informantenes fysiske funksjon var forskjellig, med mer eller mindre forflytningsvansker. For eksempel var en informant helt avhengig av rullestol, en kjørte elektrisk kjøretøy og to kjørte egen bil. En var isolert i hjemmet på grunn av svært redusert helse.

### Datainnsamling

Intervjuene fant sted i perioden februar–juni 2008 og ble gjennomført som en åpen samtale i informantenes hjem. Forfatterne RS og MF deltok i alle intervjuene, som startet med en innledende «bli-kjent-fase», for å skape trygghet. For å sikre at sentrale temaer ble berørt, ble en stikkordsmessig intervjuguide brukt. De sentrale punktene i intervjuguiden var: praktiske hjelpebehov utendørs og innendørs knyttet til ulike årstider, dekning av praktiske hjelpebehov, mulighet for ivaretagelse av følgehjelp og support, sosialt nettverk, samt ivaretagelse av fritidssysler.

Det ble benyttet lydopptaker. En informant reserverte seg mot dette. Under dette intervjuet ble det tatt notater underveis som ble rensket ut umiddelbart etterpå. De andre intervjuene ble transkribert fortløpende etter hvert som intervjuene ble gjennomført. Intervjuene hadde en varighet på mellom en halv og en time.

### Analyse

Den transkriberte teksten ble analysert ved hjelp av innholdsanalyse i samsvar med Graneheim og Lundman (13). Følgende trinn var veiledende for analysen: Først ble hele teksten lest flere ganger for å få et helhetlig inntrykk av innholdet. Hele teksten ble anvendt og innledt i meningsenheter som korresponderte med forskningsspørsmålene. Meningsenhetene ble kondensert, noe som innebar en komprimering og abstrahering av tekstinnholdet. Ved å gruppere de kondenserte meningsenhetene, ble det dannet ti subkategorier som igjen kunne samles i to kategorier. Det siste trinnet i analysen var en fortolkning av innholdet i kategoriene for å få frem et felles overbyggende tema. To av forfatterne fulgte analyseprosessen og diskuterte seg frem til enighet. Subkategoriene ble eksemplifisert med sitater fra intervjuene.

### Forskningsetikk

Studien ble gjennomført i samsvar med gjeldende forskningsetiske retningslinjer og viktige etiske prinsipper (14, 15). Det ble vektlagt at konfidensialitet ville bli ivarettatt.

Det ble opplyst om at deltakelse eller ikke deltakelse ikke ville få noen konsekvenser for de kommunale tjenestene som informantene mottok. Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Sør-Norge, var omsøkt (prosjektnummer, 2.2007.2246), likeledes Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS (prosjektnummer 22222).

### Funn

Funnene vil bli presentert ved å beskrive de to kategoriene «Praktisk hjelp» og «Sosial kontakt» med sine subkategorier og dernest det overbyggende temaet.

#### Praktisk hjelp

Flere av informantene nevnte at de hadde behov for praktisk hjelp i den situasjonen de var i. Slik hjelp kunne være vanskelig å få dekket av hjemmetjenesten. Dette gjaldt både i og utenfor hjemmet. Eksempler på dette kunne være snømåking, hagearbeid, hjelp til husarbeid og transport. Når det gjaldt transport var det ikke bare selve transpor-

ten, men også behovet for å ha noen som hjalp til underveis, for eksempel ved legebeseøk eller innkjøp. Slik følgetjeneste ble i liten grad dekket av det offentlige. Informantene fikk hjelp fra familie, venner eller naboer. Men det fantes også eksempler på at praktisk hjelp ikke ble utført, selv om de eldre selv syntes de hadde behov for det. Det vil si at de opplevde at de hadde udekkede behov. I det følgende vil subkategoriene under kategori «Praktisk hjelp» beskrives.

#### Hjelp til snømåking/hagearbeid

Når det gjaldt snømåking hadde noen av beboerne gode ordninger for å få måkingen utført. I tilrettelagte boliger ble snømåking utført av vaktmester med traktor. Dette kunne imidlertid skape problemer for informantene som var avhengig av rullestol på grunn av at det ble lagt opp høye snøkanter: «Om vinteren er det litt vanskelig å komme ut...da kommer han med traktoren...og legger snø».

I private boliger kunne snømåkingen bli utført av familie, venner eller naboer. Men noen manglet organisering av denne tjenesten, og det var tilfeldig om det ble utført: «Ja, naboen hjalp meg den gang, men det er jo ikke sikkert han kan hjelpe meg neste gang».

Videre var det ulike løsninger i forhold til hagearbeid. Noen fikk bistand fra familie, for eksempel barn, svigerbarn, barnebarn eller fra venner og naboer, mens andre opplevde at de ikke fikk hjelp. Enkelte måtte sette ned på kravene i forhold til hvordan de ønsket at hagen skulle være: «Jeg gjør jo litt, men ikke noe vesentlig, ikke slik som før. Så jeg får bare slå av på kravene...eller så ville en ikke holde ut».

#### Hjelp til husarbeid

Det fremkom at enkelte hadde vansker med å utføre oppgaver i hjemmet, som vinduspuss, støvtørking, bytte av lyspære eller grundig rengjøring av hjemmet: «Jeg har et vindu der som ikke har vært pusset på aldri den tid».

#### Hjelp til transport

Familien kunne bidra med transporthjelp. Da var det helst barn og svigerbarn som bisto. Noen fikk hjelp av naboer. Men også «drosjelapper» (rekvisisjon som dekkes av det offentlige til transport) ble benyttet, selv om det ble uttrykt at drosjelappene ikke strakk til: «Så har jeg drosjeordning da.... Men jeg må jo velge – prioritere da vet du. Det er jo ikke så langt, men jeg må jo ha bil». Når drosjelappene ikke strakk til, måtte de «mase» på familien om skyss: «Så blir det å mase ellers».

#### Følge til og bistand ved legebeseøk/undersøkelser

Det uttrykkes behov for følgetjeneste og bistand ved legebeseøk og undersøkelser som for eksempel røntgen. Det var vanskelig å gå alene til undersøkelser. Oftest var det pårørende som fulgte. Men det var ikke alltid at dette passet for familien og det kunne derfor by på problemer å få følge til slike gjøremål: «Men det er ikke alltid at det er lett å gå alene...jeg får ikke kledd av meg».

Hjelpere fra frivilligsentral ble også benyttet til følge ved legebeseøk. Dette hadde vært god hjelp og også en mulighet til sosial kontakt og gjensidig hygge: «Jeg har brukt den fordi jeg har gått så mange ganger til lege...så da har hun vært med... jeg spanderer kafé på henne».

#### Hjelp til innkjøp

Det ble uttrykt behov for praktisk hjelp til innkjøp av både matvarer og annet. Det var ikke bare det å få innkjøpene utført, men også å få brakt varer i hus, som var et behov. Enkelte hadde organisert dette gjennom å gi fullmakt til familie, venner eller naboer som det ble uttrykt takknemlighet for: «...hadde jeg ikke hatt henne (naboen), så vet ikke jeg».

#### Bistand i butikk

Enkelte hadde behov for å gå i butikken selv og bruke litt tid der. Men det kunne være vanskelig å få dette gjennomført uten utenforstående hjelp. Barn kunne være til hjelp, men de kunne også være opptatt av eget liv. Noen fikk hjelp av betjeningen i butikken, mens andre manglet hjelp: «...så er de så tjenestevillige de damene der oppe til å hjelpe meg...jeg handler det jeg skal, så bærer de det ut for meg».

## Sosial kontakt

Noen av informantene hadde mangelfull sosial kontakt med andre. Det fantes de som hadde liten kontakt med nær familie, mens andre unnlot å berøre emnet. Enkelte hadde imidlertid svært god kontakt med familie. Men til tross for at de følte at de hadde god kontakt innså de at deres barn hadde egen familie med barn som trengte omsorg, og derfor ble det begrenset med tid til de eldre. Mange venner hadde falt fra på grunn av høy alder. Også egen helse begrenset kontakten med andre. Det fremkom at det spesielt var vinterstid det var vanskelig å opprettholde kontakt med andre.

Når det gjaldt de som bodde i tilrettelagte boliger var det ulik erfaring. Noen hadde god kontakt med naboer, spesielt sommerstid. Da kunne de benytte felles uteareal. Andre nevnte at de bodde tett, men hadde liten kontakt med hverandre. Det var et savn for noen ikke å kunne delta i fellesskap i forbindelse med hobbyaktiviteter og kulturelle gjøremål som man hadde gjort i yngre år. I det følgende vil subkategoriene under «Sosial kontakt» beskrives.

### Noen å prate med

Den sosiale kontakten kunne bli begrenset når muligheten til å kjøre bil ikke fantes mer. Når dette opphørte, sluttet for eksempel muligheten til å besøke slekt og venner. Telefonsamtale kunne til en viss grad erstatte besøk. Årstidene hadde betydning og det var lettere å få tilfredsstilt sitt sosiale behov i sommerhalvåret. Enkelte var en sosial ressurs for andre ved at de selv gikk på besøk. For noen ble det opplevd som begrensende ikke å kunne velge tidspunkt på dagen for sosial kontakt: «*Hun (naboen) er inne hos meg...men ikke om kvelden...det kunne vært godt*».

### Hjelp til å bli en del av et fellesskap

Enkelte hadde behov for å bli en del av et fellesskap. Det ble uttrykt som et savn at den tilrettelagte boligen ikke hadde noe fellesrom, slik at de på en naturlig måte ble en del av et fellesskap. Å få innpass i et nytt miljø etter flytting ble opplevd som vanskelig på grunn av kulturforskjell, men også vansker med å knytte nye kontakter som eldre. Dette kunne medføre en opplevelse av ensomhet: «*Å etablere ordentlig vennskap etter at en er blitt eldre er vanskelig*».

### Treffe jevnaldrende med samme referanseramme

Det fremkom at etter som årene gikk så falt de jevnaldrende bort. Det å ha en felles fortid, felles referansebakgrunn og noe å snakke om var viktig. Noen klarte likevel å knytte nye kontakter. Andre hadde ikke mulighet til å delta i sammenkomster med jevnaldrende: «*Har jo ikke så mange venner lenger...de har falt ifra de fleste*».

### Aktiviteter

Deltakelse i aktiviteter var ønsket. For enkelte ble denne muligheten begrenset på grunn av at de ikke hadde noen å være sammen med. Dette ble opplevd som et savn: «*Jeg var glad i det (kafébesøk) før...men det er sjelden*». «*...min datter har tatt meg med av og til*».

Imidlertid var mange aktive til å sysselsette seg selv i hjemmet. Noen savnet å gå på biblioteket, men fikk muligheten til å låne bøker ved at bibliotekar kom hjem. For en av informantene var datamaskin et bindeledd mellom generasjonene, blant annet ved å holde kontakt med barnebarn via «e-mail»: «*Hvis barnebarna har sendt meg en mail, så pleier de å ringe meg og si at de har sendt meg en mail*».

## Uformelt nettverk viktig for å dekke behov for praktisk hjelp og sosial kontakt

Gjennom en fortolkning av de to kategoriene: «Praktisk hjelp» og «Sosial kontakt» fremkom et overbyggende tema. Dette beskrives i det følgende.

Informantenes liv hadde forandret seg etter hvert som de hadde blitt eldre. Dette kunne skyldes helsetilstand, ny boform, redusert aktivitetsnivå eller redusert sosialt nettverk. Flere av informantene fikk dekket sine behov for praktisk hjelp og sosial kontakt ved hjelp av et uformelt nettverk som familie, venner, naboer eller frivilligsentral. Enkelte informanter hadde imidlertid ikke denne muligheten fullt ut. Å få sine behov for praktisk hjelp og sosial kontakt dekket ved hjelp av et ufor-

melt nettverk ville kunne forandret tilværelsen på en positiv måte, ved økt opplevelse av autonomi og sosialt samvær.

## Diskusjon

Hensikten med denne studien var å belyse en gruppe hjemmeboende eldre behov for hjelp som ikke dekkes av hjemmetjenesten, samt hvordan de eventuelt får dekket disse behovene. I det følgende vil funn, med utgangspunkt i de to kategoriene, og metode bli diskutert.

### Praktisk hjelp

Det viste seg at de eldre hadde behov for praktisk hjelp som ikke ble dekket av hjemmetjenesten. En del fikk hjelp av, for eksempel, familie eller naboer, mens andre ikke fikk dekket sitt hjelpebehov. At informantene som var tilknyttet hjemmetjeneste også hadde behov av uformell hjelp er i tråd med funnene i en norsk studie som viste at eldre som mottok mye hjelp fra helsetjeneste også mottok hjelp og støtte fra et uformelt nettverk (5).

Formålet med den offentlige helsetjenesten er å bidra til at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (12). Men for å kunne leve et selvstendig liv i egen bolig er man også, i følge Idland (16), avhengig av å kunne utføre mer komplekse utadrettede aktiviteter som for eksempel innkjøp og fritidsaktiviteter. Dale m.fl. (5) fant at den formelle hjelpen til eldre var personorientert, mens den uformelle hjelpen var i form av instrumentell hjelp, dvs. praktisk hjelp. Dette bekrefter funnene i vår studie. Hvis disse instrumentelle aktivitetene ikke kan utføres av den eldre selv, familie, naboer, venner eller hjemmetjenesten, kan dette føre til at den eldre mister noe av det selvstendige, autonome livet. Dermed kan det bli vansker med å bo alene i eget hjem. Van Houtven og Norton (17) har vist at uformell hjelp til eldre kan utsette innleggelse på sykehjem. Imidlertid fant Hellström og Hallberg (18) at eldre som fikk mye hjelp i form av formell og uformell hjelp, dvs. hjelp med personlige og instrumentelle aktiviteter i det daglige livet, ikke kunne bo alene hjemme.

Å få hjelp via frivilligsentral viste seg være en mulighet til å få dekket behovet for praktisk hjelp. Frivillig arbeid organisert via frivilligsentral vil i fremtiden bli et viktig supplement til offentlig omsorg, med tanke på en skissert framtidig knapphet på omsorgsytere (1). Det vil derfor være viktig med et økt fokus på samhandling og samarbeidsrutiner mellom den offentlige og frivillige sektor (2) for å sikre at hjemmeboende eldre får den hjelpen de har behov for. Dette er i tråd med Åberg m.fl. (19) og McGee m.fl. (20) som har hevdet at det i fremtiden vil bli et økende behov for en balanse mellom formell og uformell hjelp til eldre. Med tanke på at frivilligsentraler ikke ennå er etablert i alle kommuner vil det for enkelte være et ukjent tilbud. For andre kan det tenkes å være vanskelig å ta imot hjelp fra fremmede personer med ukjent kompetanse.

Det at ingen av informantene i den aktuelle studien bodde sammen med ektefelle eller samboer kan innebære manglende hjelp og omsorg, selv om enkelte hadde barn eller andre slektninger i nærheten. Dette kan sammenliknes med funn fra en studie hvor ektefeller var de som gav mest hjelp i hjemmet (20). Dette kan forstås slik at jo større omsorgsbehovet er, jo viktigere er det å ha en partner som en slags garanti for å få god omsorg. Det at ingen av informantene i denne studien hadde det, tilsier at de derfor ikke hadde en slik omsorgsgaranti. For disse kan det være av stor betydning å få hjelp via en frivilligsentral. Daatland m.fl. (21) har vist at i Danmark og Norge er den offentlige omsorgstjenesten den vanligste hjulpekilden, spesielt for de mest hjelpetrengende, mens i Sverige er familien den dominerende omsorgsinstans. Ut fra dette kan man anta at behovet for frivilligsentraler i Norden fortsatt vil være økende.

### Sosial kontakt

Flere av informantene beskrev at de hadde et sosialt liv og besøkte andre. Disse kunne oppfattes som en ressurs for sine omgivelser. Noen hadde også klart å knytte nye vennskap. At noen som selv har behov for hjelp kunne være til hjelp for andre bekreftes av McGee m.fl. (20).

Funnene viste imidlertid også at de eldre kunne ha mangelfull sosial kontakt med andre. Det at enkelte av informantene i studien hadde høy alder kan være en naturlig forklaring på manglende sosial deltakelse. Idland (16) fant at ved økende alder minsket den sosiale deltakelsen i foreninger. Holmén og Furukawa (22) har vist at det var viktig for eldre å ha en god venn å snakke med. Dette førte til økt tilfredshet. Det var ikke mengden av kontakter som hadde betydning. Det var heller ikke nødvendig med et fysisk møte. Telefonkontakt kunne være tilfredsstillende. Betydningen av telefonsamtaler bekreftes i vår studie der det fremkom at slike samtaler til en viss grad kunne erstatte besøk av venner. Dette er i tråd med Dale (4) og Birkeland og Natvig (23) som har funnet at telefonkontakt spiller en viktig rolle for hjemmeboende eldre.

Noen av informantene uttrykte ensomhet. Savikko m.fl. (24) fant at den mest vanlige årsaken til ensomhet var sykdom, ektefelles død og mangel på venner. Videre fant de at eldre som bodde alene opplevde ensomhet i større grad enn de som bodde sammen. Andre omstendigheter som hadde innvirkning på eldres opplevelse av ensomhet var barnas travle liv, flytting til et nytt bomiljø, samt mangelfull mulighet til transport. Dette kan sies å være i tråd med funn i vår studie hvor enkelte som gav uttrykk for ensomhet hadde flyttet til nytt miljø. Flere av informantene hadde nedsatt helsetilstand som kunne ha ført til mangelfull sosial deltakelse. En annen mulig forklaring kan være at ingen av informantene hadde nålevende ektefeller og at mange venner hadde falt bort. Ifølge Birkeland og Natvig (23) kan det være vanskelig for eldre å få nye venner på grunn av mangelfull deltakelse i sosialt fellesskap. Her kan det tenkes at frivilligsentral kan bidra med å koordinere tjenester til eldre med mangelfullt sosialt nettverk. At dette kan være en mulighet for ensomme eldre er i tråd med Dale m.fl. (8) som fant at eldre som hadde kontakt med et uformelt nettverk opplevde økt sosial støtte og samvær.

### Metodiske overveielser

Kvalitativ metode ble valgt ettersom den gir en nærhet til informantenes egne meninger og opplevelser (25). Kvalitativt intervju innebærer at dataene fra disse må vurderes ut fra sin kontekst (26) og informantenes spesielle situasjon. Videre må en vurdering gjøres ut fra det aktuelle tidspunktet angående utvalg, datainnsamling og dataanalyse (27). Funnene kan derfor sies å formidle de aktuelle informantenes mulighet til å få dekket sine behov for praktisk hjelp og sosial kontakt på det tidspunkt og i den kontekst intervjuene ble gjennomført. I tillegg støttes en del av funnene av andre norske og internasjonale studier og de kan derfor bidra til økt forståelse for situasjonen hos andre hjemmeboende eldre tilknyttet offentlig hjemmetjeneste.

Omgivelsene kan ha innflytelse på intervjusituasjonen (26) og det er viktig å legge vekt på å skape trygghet for å få en god datainnsamling (28). For å gi informantene mest mulig trygghet ble intervjuene gjennomført i deres hjem, med en innledende «bli-kjent-samtale» før selve intervjuet begynte. For å tilstrebe en mest mulig lik intervjusituasjon for alle informantene, ble det benyttet en intervjuguide (29) som beskrev noen sentrale temaer.

Funnenes troverdighet er avhengig av hvordan forskerne har satt sin preg på analyseprosessen (27). I denne studien kan funnenes troverdighet ha blitt styrket gjennom at det ble lagt vekt på å følge analysetrinnene nøye. Det var en styrke at to av forfatterne fulgte analyseprosessen inntil det ble oppnådd enighet om funnene. Bruk av sitater øker også funnenes troverdighet.

Intensjonen med intervjuene var å få frem hvilke av de eldres hjelpebehov som ikke ble dekket av hjemmetjenesten og hvordan de eventuelt fikk dekket behovene. Dette fremkom i intervjumaterialet. Konsekvensene av å leve med udekkede hjelpebehov ble imidlertid lite belyst i intervjuene. Dette sees på som en begrensning i studien.

Fremgangsmåten ved utvelgelse av informanter kan være en svakhet i studien ved at hjemmetjenesten oppgav aktuelle, mulige informanter. Det optimale hadde vært at hjemmetjenesten hadde levert informasjonsskriv til alle som oppfylte kriteriene og innhentet samtykke for deltakelse i studien. På den andre siden ville det kunne skapes forventninger hos de eldre som kanskje ikke ville blitt valgt ut. Intervjuerne har vært bevisst sin taushetsplikt underveis i forbindelse med gjennomføringen av studien.

I en intervjusituasjon med to intervjuere kan det tenkes at det kan oppstå en uheldig maktbalanse mellom informant og intervjuere. Imidlertid var intervjuerne bevisst på dette. Ifølge Malterud (25) kan intervjueres bakgrunn som helsearbeider påvirke informantens beskrivelse av livsstil og levevaner. Intervjuerne i denne studien har en bakgrunn som sykepleiere med erfaring fra eldreomsorg, men oppfatningen er at dette ikke hadde noen påvirkning på informantene.

### Konklusjon

Informantene hadde behov for praktisk hjelp og sosial kontakt og tilgangen på et uformelt nettverk var viktig for å få behovene dekket. Dette støttes av annen forskning. Med tanke på den voksende eldregenerasjonen i årene som kommer vil det være nødvendig med et økt samarbeid mellom formelle og uformelle hjelpere. Dette kan bidra til at eldre vil få sine behov dekket og kunne bo i eget hjem så lenge som mulig. Sykepleiere tilknyttet hjemmetjenesten skulle kunne ha en koordinerende funksjon som formidler av tjenester fra frivilligsentral til eldre med mangelfullt uformelt nettverk. For å kunne ivareta en slik funksjon finnes det behov for nye studier for å utarbeide prosedyrer for samarbeid mellom hjemmetjenesten og frivilligsentraler.

### Økonomisk støtte

Studien er støttet av Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder, Norge.

### Takk

Takk til Hans Inge Sævareid, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder, Norge, for konstruktive innspill i den innledende fasen av studiens gjennomføring.

Godkjent for publisering 14.05.2010

Ragnhild Skaar, universitetslektor, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder og Senter for omsorgsforskning – Sør, Arendal, Norge

Marthe Fensli, universitetslektor, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder og Senter for omsorgsforskning – Sør, Arendal, Norge

Ulrika Söderhamn, førsteamanuensis, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder og Senter for omsorgsforskning – Sør, Arendal, Norge

Kontakt: Ragnhild Skaar, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder, Serviceboks 604, NO-4809 Arendal

E-mail: ragnhild.skaar@uia.no

### Referanser

1. Stortingsmelding nr. 25. Mestring, muligheter og mening. Framtidens omsorgsutfordringer. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2005–2006.
2. Stortingsmelding nr. 47. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008–2009.
3. Disch PG, Vetvik E. Fremtidens omsorgsbilde – Slik det ser ut på tegnebrettet. Senter for omsorgsforskning – Sør. Rapport nr. 1/2009. Hentet 2. februar 2010, fra <http://www.omsorgs.no/nyheter/framtidas-omsorgsbilde-slik-det-ser-ut-paa-tegnebrettet>
4. Dale B. Compensatory care. Cross-sectional studies among older home-living care-dependent individuals in southern Norway. [Dissertation]. Oslo: Institute of Nursing and Health Science, Faculty of Medicine, University of Oslo; 2009.
5. Dale B, Sævareid HI, Kirkevold M, Söderhamn O. Formal and informal care in relation to activities of daily living and self-perceived health among older care-dependent individuals in Norway. *International Journal of Older People Nursing* 2008;3(3):194–203.
6. Kuzuya M, Hasegawa J, Hirakawa Y, Enoki H, Izawa S, Hirose T, Iguchi A. Impact of informal care levels on discontinuation of living at home in community-dwelling dependent elderly using various community-based services. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2010; doi:10.1016/j.archger.2010.02.016

7. Bilotta C, Nicolini P, Vergani C. Quality of private personal care for elderly people in Italy living at home with disabilities: risk of nursing home placement at a 1-year follow-up. *Health and Social Care in the Community* 2009;17(6):543–547.
8. Dale B, Sævareid HI, Kirkevold M, Söderhamn O. Older home nursing patients' perception of social provisions and received care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2010; doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00744.x
9. Sævareid HI. New approaches on community care for the elderly. Results from the CARMA project. I: Musielak M, red. *The many faces of being old. Health and socio-cultural aspects of ageing*. Poznan: Faculty of Health Sciences (Poznan University of Medical Sciences); 2006. s. 125–142.
10. Solheim M, Aarheim KA, red. *Kan eg komme inn? Verdiar og val i heime-sjukepleie*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2004.
11. Rundskriv nr.1–5. Aktiv omsorg – sentral del av et helhetlig omsorgstilbud. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2007.
12. FOR 2003-06-27 nr 792: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 2. februar 2010, fra <http://www.lovdata.no/cgi-wift/lldles?doc=/sf/sf-20030627-0792.html>
13. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004;24(2):105–112.
14. WMA (World Medical Association Declaration of Helsinki). Ethical principles for medical research involving human subjects. Seoul; 2008. Hentet 9. november 2009, fra <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
15. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. Sixth edition. Oxford: Oxford University Press Inc.; 2009.
16. Idland G. Funksjon, livskvalitet og helse i den fjerde alder. En oppfølgingsstudie av svært gamle hjemmeboende kvinner. [Masteroppgave]. Oslo: Seksjon for helsefag, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo; 2008. Hentet 2. februar 2010, fra <http://www.duo.uio.no/publ/sykepleie/2008/79551/GroxIdlandxfinal.pdf>
17. Van Houtven CH, Norton EC. Informal care and health care use of older adults. *Journal of Health Economics* 2004;23(6):1159–1180.
18. Hellström Y, Hallberg IR. Determinants and characteristics of help provision for elderly people living at home and in relation to quality of life. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2004;18(4):387–395.
19. Åberg AC, Sidenvall B, Hepworth M, O'Reilly K, Lithell H. Continuity of the self in later life: Perceptions of informal caregivers. *Qualitative Health Research* 2004;14(6):792–815.
20. McGee HM, Molloy G, O'Hanlon A, Layte R, Hickey A. Older people – recipients but also providers of informal care: an analysis among community samples in the Republic of Ireland and Northern Ireland. *Health and Social Care in the Community* 2008;16(5):548–553.
21. Daatland SO, Veenstra M, Lima IA. Helse, familie og omsorg over livsløpet. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA). Rapport nr. 4/2009. Hentet 12. januar 2010, fra [http://www.nova.no/asset/3701/1/3701\\_1.pdf](http://www.nova.no/asset/3701/1/3701_1.pdf)
22. Holmén K, Furukawa H. Loneliness, health and social network among elderly people – a follow-up study. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2002;35(3):261–274.
23. Birkeland A, Natvig GK. Gamle, hjelpetrengende og alene. *Vård i Norden* 2008;28(1):18–21.
24. Savikko N, Routasalo P, Tilvis RS, Strandberg TE, Pitkälä KH. Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2005;41(3):223–233.
25. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. En innføring. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
26. Patton MQ. *Qualitative research & evaluation methods*. Third edition. London: Sage Publications Ltd.; 2002.
27. Lundman B, Hällgren Graneheim U. Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär M, Höglund-Nielsen B, red. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur; 2008. s. 159–172.
28. Kvale S. *InterView*. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Reitzels Forlag a/s; 1997.
29. Grimen H, Ingstad B. Kvalitative forskningsopplegg. I: Benestad HB, Laake P, red. *Forskningsmetode i medisin og biofag*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2004. s. 289–310.

# Kartläggning av organisation, arbets sätt och kvalitetsutveckling inom specialiserad smärtvård i Sverige

Catarina Jonasson, Leg sjuksköterska, fil mag – Sofia Almerud Österberg, Leg sjuksköterska, fil dr.

ORGANIZATION, WORK PROCEDURE AND QUALITY DEVELOPMENT OF SPECIALIZED PAIN CARE IN SWEDEN

## ABSTRACT

There is a lack of quality systems in the care of patients with pain, treated in specialized pain units in Sweden. The aim of this study was to map out the organization, work procedure and quality development in specialized pain care in Sweden. Of 87 available pain units, 53 answered a questionnaire. The respondents showed a great interest in developing a quality register for pain and pain treatment in Sweden. Despite differences in size and organization there are similarities regarding professions, specialists, treatment methods, aims and quality indicators and instruments for assessing health, pain and quality of life. The pain units used 42 different instruments. Although most units had worked with the instruments for a long time they were not used frequently. We suggest an evaluation of the instruments used. Thereafter a plan to find out aims, indicators, instruments, organizations and work procedures for an easy system to measure and guarantee quality in the daily work within specialized pain care.

**KEY WORDS:** quality indicators, quality system, specialized pain care.

## Introduktion

### Bakgrund

Smärta är den vanligaste orsaken till vårdsökande. Orsak och prognos skiljer sig och behandlingsstrategierna varierar. Upplevelsen av smärta är förknippad med emotionella och psykologiska reaktioner och kan inte mätas objektivt. Smärta påverkar på olika sätt och djup beroende på person, orsak, smärtans typ och karaktär (1, 2).

Var femte svensk har någon form av långvarig smärta som orsakar stort personligt lidande och medför omfattande sjukvårdskostnader (3-5). Bristande smärtbehandling kan medföra att patienter utvecklar långvariga smärttillstånd (6, 7).

Smärta ska behandlas på rätt sätt, vid rätt tillfälle med rätt behandling och i rätta doser (8). För att kunna säkerställa god vård med god kvalitet måste vård och behandling mätas. Nationalencyklopedin definierar kvalitetsindikatorer som en: «Mätbar variabel inom vården som används för att registrera viktiga aspekter av vårdkvalitet.» En indikator för god vård uppmärksammar och varskar om en avvikelse från det normala eller önskvärda och visar på kvaliteten i hälso- och sjukvården samt används i förbättringsarbeten. Indikatorerna kan mätas med olika instrument och läggs in i ett register för databearbetning. Ett sådant register utgör grunden för ett kvalitetssystem (9, 10).

Sveriges kommuner och landsting definierar nationella kvalitetsregister såsom «register som innehåller individbaserade uppgifter om problem, insatta åtgärder och resultat inom hälso- och sjukvården och som årligen genomgår granskning och bedömning» (11, s 10). Ett enda nationellt kvalitetsregister finns för smärtpatienter och detta är inriktat på rehabilitering. Något kvalitetsregister för vård och behandling av smärtpatienter vid specialiserade smärtverksamheter i Sverige finns alltså inte. Att finna kvalitetsindikatorer och mål för denna verksamhet är därför angeläget. En kartläggning av organisation, arbets sätt och kvalitetsutveckling inom specialiserade smärtverksamheter är en viktig grund för detta arbete.

## Syfte

Syftet med studien var att kartlägga organisation, arbets sätt och kvalitetsutveckling inom specialiserad smärtvård i Sverige.

## Metod

### Design

En deskriptiv ansats med enkät som datainsamlingsmetod användes

### Urval

Genom adressregister samt från landstingens hemsidor identifierades 87 smärtenheter med olika inriktningar. Svarefrekvensen var 61% (N=53).

### Instrument

Intentionen var att fånga kvalitetsutveckling inom specialiserad smärtvård. Då inget färdigt mätinstrument stämde med undersökningens syfte, utformades enkäten utifrån Socialstyrelsens och Statens kommuner och landstings (SKL) krav på utveckling av kvalitetsindikatorer i vården och systematisk kvalitetsuppföljning.

Ett enkätutkast utformades vilket granskades, reviderades och testades fortlöpande av en multidisciplinär referensgrupp. Referensgruppen bestod av fem smärtsjuksköterskor, två smärtläkare, två sjukgymnaster, en psykolog, en professor i vårdvetenskap och en avdelningschef.

Innehållet i enkäten utgick från *vårdens struktur, process och resultat* och omfattade smärtområdena *akut och postoperativ smärta, cancersmärta, långvarig benign smärta och neuropatisk smärta* (9, 10,11). Frågorna i enkäten utgick från dessa smärtområden och omfattade:

- kartläggning över patient- och personalklientel
- hur kontakten sker med patienterna
- vilka styrdokument som finns
- erbjudna behandlingsmetoder
- verksamhetsmål och kvalitetsindikatorer
- instrument som mäter patientens hälsa, smärta och livskvalitet.
- verksamhetens intresse för ett nationellt kvalitetsregister.

Enkäten innehöll så väl öppna som slutna svarsalternativ.

### Datainsamling

Enkäten skickades ut via brev tillsammans med information om studien. Brevet adresserades till verksamhetschefen som också besvarade

enkäten i de allra flesta fall. Vid några smärtenheter delegerades uppgiften till en person som var kvalitetsansvarig. Påminnelser sändes ut efter 7 och 14 dagar.

### Databearbetning och analys

Resultatet registrerades, bearbetades och analyserades med hjälp av SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 16.0 och redovisades med deskriptiv statistik.

### Etiska ställningstaganden

Enligt svensk lag behövs inget etiskt tillstånd för utvecklingsprojekt (14).

## Resultat

### Organisation och arbetssätt inom specialiserad smärtvård

De 53 enheterna besvarade vilka patientgrupper med smärta de behandlade. Nästan hälften av enheterna behandlade patienter från samtliga grupper: *akut och postoperativ smärta*, *cancersmärta*, *långvarig benign smärta* och *neuropatisk smärta*. Sextiosex procent behandlade minst tre av patientgrupperna, nio % behandlade enbart en patientgrupp. Tre fjärdedelar av enheterna hade nedskrivna mål med verksamheten. Ca 20% uppgav att målbeskrivning saknades. En fjärdedel ingick i etablerade kvalitetsregister. Trettiotvå enheter (62%) sände hem särskild information om sin verksamhet inför patientens första besök på mottagningen.

### Professioner och tjänsteutrymme på enheterna

De vanligaste professionerna var läkare, sjuksköterska och sekreterare. Specialistkompetensen var starkt inriktad på anesthesiologi. Mer än hälften av enheterna hade sjukgymnast. Hälften hade psykolog och/eller kurator (tabell 1).

### Behandlingsmetoder

Samtliga 53 enheter behandlade med läkemedel. Fyrtiofyra (83%) använde blockader i någon form, främst triggerpunktsblockad och guanitidinblockad. Vanligaste behandlingsmetoderna efter läkemedel och blockader var TENS, stödjande samtal och akupunkturbehandling. Runt hälften av enheterna använde sig av farmakologiska tester, avslappningsövningar och kognitiv beteendeterapi. Drygt en tredjedel använde stresshantering, smärtskola, funktionell rörelseterapi, aktivitetsträning och psykosomatisk sjukgymnastik. En fjärdedel använde sterila kvaddlar, taktill beröring, bassängbad, ergonomisk tillämpning, öronakupunktur, EMG, OMT, mindfulness, och Jontoforesbehandling. Dorsal columna stimulator, kostrådgivning, arbetsplatsbesök, hypnos, och pacingträning användes av en femtedel av smärtenheterna. Mer sällsynta behandlingsmetoder var klassisk massage, distraktionsbehandling, meditation, triggerpunktsmassage, sömnskola, gruppbehandling för närstående, musik, interferens, rökavvänjning, qi gong och floating.

### Kvalitetsutveckling inom specialiserad smärtvård.

#### Frågeformulär

Fyrtiofyra (83%) hade frågeformulär som patienten fyllde i vid första kontakten. Frågeformulär användes som utgångspunkt för behandling, för att kunna se förändringar och utvärdera behandling. Uppföljning av frågeformuläret såg olika ut. Nio enheter

**Tabell 1; Fördelning av professionerna på enheterna samt tjänsteutrymme och specialistkompetens i procent**

	Antal N=53	Andel	Tjänsteutrymme	Vanligast specialistkompetens	
Läkare	53	100%	0,1–10heltidstjänster	Anestesiolog	75%
				Allmän medicin	26%
Sjuksköterska	50	94%	0,25–9heltidstjänster	Anestesi	55%
				Intensivvård	45%
				Öppen vård	23%
Sekreterare	48	90%	0,25–9heltidstjänster		
Sjukgymnast	31	58%	0,5–6,75heltidstjänster		
Psykolog	24	45%	0,1–3,75heltidstjänster		
Kurator	24	45%	0,15–4heltidstjänster		
Arbets terapeut	18	34%	0,1–3heltidstjänster		
Undersköterska	9	17%	0,5–2heltidstjänster		

(25%) hade uppföljning vid varje återbesök, tio 1–2gr per år (22%) och 23 vid avslutad behandling (52%).

### Indikatorer, mål och instrument

Ungefär hälften av verksamheterna hade utarbetat kvalitetsindikatorer inom de olika smärtgrupperna (tabell 2). Kvalitetsindikatorerna användes för att systematiskt utvärdera den vård och behandling som gavs till patienterna.

Enheterna hade uppsatta mål för vilket resultat som var önskvärdt för patienternas vård och behandling (tabell 3). De mål som var gemensamma för patientgrupperna var graden av smärtintensitet mätt enligt visuell analog skala (VAS) som mäts från 0–10, ökad funktions- och aktivitetsförmåga samt minskad ångest och depression.

För att nå de uppsatta målen användes instrument som mäter patientens hälsa, smärta och livskvalitet före, under och efter behandlingsinsatser. Sammanlagt användes 42 olika instrument. De vanligast förekommande presenteras i tabell 4.

## Diskussion

Kartläggningen visade många likheter rörande professioner, specialistkompetens, behandlingsmetoder, indikatorer, mål och skattningsinstrument för hälsa, smärta och livskvalitet. Smärtenheterna använde sammanlagt 42 olika instrument. Trots att flertalet enheter arbetat med instrument under lång tid användes de inte i någon större utsträckning i det dagliga arbetet.

### Metoddiskussion

Enkät är en användbar metod då ett större material ska samlas in på stora geografiska områden. För att lita på en enkäts validitet och reliabilitet bör den ha använts och omarbetats i tidigare studier. I denna undersökning fanns inte den möjligheten. Detta vägdes upp av refe-

**Tabell 2; Kvalitetsindikatorer inom specialiserad smärtvård. N= antal svarande enheter**

Akut och postop. smärta N=14	Cancersmärta N=12	Långvarig smärta N=23	Neuropatisk smärta N=17	Generell smärta N=9
Smärtintensitet	Smärtintensitet	Smärtintensitet	Smärtintensitet	Smärtintensitet
Mobiliseringsgrad	Funktion	Funktion	Funktion	Funktion
		Arbetsförmåga	Arbetsförmåga	Arbetsförmåga
		Aktivitetsnivå	Aktivitetsnivå	
	Oro/ångest	Ångest/depression	Ångest/depression	Ångest/depression
		Livskvalitet	Livskvalitet	Coping
	Grundstämning	Emotionella faktorer	Emotionella faktorer	
		Sömn		Sömn

**Tabell 3; Målbeskrivningar inom specialiserad smärtvård. N= antal svarande enheter**

Akut och postop. smärta N=11	Cancersmärta N=8	Långvarig smärta N=12	Neuropatisk smärta N= 4	Generell smärta N=5
VAS $\leq$ 3-VAS $\leq$ 4	Smärtfrihet/VAS $\leq$ 3	VAS $\leq$ 3/reducera nivån	VAS $\leq$ 3/reducera nivån	VAS $\leq$ 3/reducera nivån
Nöjdhet	Nöjdhet	Nöjdhet		
	Ökad funktion/aktivitets förmåga	Ökad funktion/aktivitets förmåga	Ökad funktion/aktivitets förmåga	Ökad funktion/aktivitets förmåga
	Ökat stämningsläge	Förbättrad hälsorelaterad livskvalitet		
	Minska ångest/depression	Minska ångest/depression	Minska ångest/depression	Minska ångest/depression
	Symtomkontroll	Arbetsåtergång		

rensgruppens arbete (12). En annan svaghet var att enkäten var omfattande (298 variabler). Omfattningen berodde dels på att enheterna såg olika ut beträffande organisation och arbetssätt. Dels att de behandlade olika patientgrupper, för vilka de kunde ha olika indikatorer och mål. Svarefrekvensen hade möjligen varit högre om enkätens omfattning varit mindre.

Urvalsmässigt fanns svårigheter att greppa var smärtenheterna var lokaliserade. Det fanns inget nationellt register med adresser till enheter inriktade på smärta och smärtbehandling. Detta gav en osä-

kerhet om det faktiska antalet smärtenheter. Av dem som inte besvarade enkäten (N=34) kan det finnas några som fått dubletter eller blivit nedlagda. Detta utreddes inte närmare. En ytterligare svårighet var att det inte fanns något enhetligt namn för enheter som arbetar med specialiserad smärtvård, vilket gör att enstaka smärtenheter kan ha missats.

Deskriptiv statistik med frekvenstabeller var en lämplig metod för att bearbeta materialet, då det gjorde resultatet överskådligt. Metoden som användes har kunnat besvara syftet i undersökningen.

**Tabell 4; Instrument för utvärdering av behandlingsinsatser. N= antal svarande enheter**

Akut och postop smärta N=6	Cancersmärta N=9	Långvarig smärta N=20	Neuropatisk smärta N=13	Generell smärta N=10
VAS	VAS	VAS	VAS	VAS
NRS		NRS	NRS	NRS
	EORTC	EORTC	EORTC	EQRTCQLQ
	EQ-5D	EQ-5D	EQ-5D	EQ-5D
	SF36	SF36, S12	SF36	SF36
		HAD	HAD	HAD
		MPI	MPI	MPI
		SCL-90	SCL-90	SCL-90
	BPI			BPI
		DRI	DRI	DRI
		Linton	Linton	Linton
		Autonomdyst(Nyström)TSK	Autonomdyst(Nyström)TSK	Autonomdyst(Nyström)TSK
		BAI	BAI,	BAI
		BDI	BDI	BDI
		SPIFA	SPIFA	SPIFA,
		COPM	COPM	COPM
		SCI	SCI	
		LISAT11	LISAT11	
		FunktionsBarometern		Funktionbarometern
		GAS	GAS	
		HAQ		HAQ
		NRSkvalreg	NRSkvalreg	
	ESAS	McGillPainQuestionnaire		
				Smärtschablon
		PCS		PGIC

EORTC(European Organisation for Research and Treatment of Cancer Questionnaire), EQ-5D(EuroQol-5 dimensioner) SF 36(hälsoenkät), SF-12(SF-short form ), HAD(hospital anxiety and depression scale), MPI(multidimensional pain inventory del 1–3), SCL(symptom checklist 90), BPI(Brief Pain Inventory), DRI(Disability rating index), Linton(Steven Linton instrument), Autonomdyst(Nyström)TSK(Tampa Scale of Kinesiophobia), BAI(Beck Anxiety Inventory ), BDI(Beck Depression Inventory), SPIFA(Strukturerad Psykiatrisk Intervju för Allmänläkare), COPM(Canadian Occupational Performance Measure), SCI(stress and crisis inventory), LISAT11(livskvalitetsinstrument), GAS(Goal Attainment Scaling), HAQ(Health Assessment Questionnaire), NRS(nationellt register för smärtehabilitering), ESAS(Edmont Symptom Assessment Scale), PCS(Pain Catastrophizing Scale).PGIC(patient global impression of Change).

## Resultatdiskussion

### Organisation och arbetssätt inom specialiserad smärtvård

Kartläggningen visade en tydlig anestesilogisk inriktning inom specialiserande smärtvården i Sverige. Den visade också en liknade professionell sammansättning. Ett flertal behandlingsmetoder erbjöds. Detta är bra då patientklientelet är mycket skiftande. Dock saknas kunskap om hur olika behandlingsmetoder påverkar patienter inom den specialiserade smärtvården, exempelvis vilka kombinationer av behandlingar som hjälper bäst. Kanske kan ett kvalitetsregister visa goda resultat även för andra kombinerade behandlingar än de som finns idag (5). Av denna anledning är det viktigt att inkludera behandlingsmetoderna i ett kommande kvalitetsregister.

### Kvalitetsutveckling inom specialiserad smärtvård

Undersökningen visade att verksamheterna gjort en del i kvalitetshänseende för att försöka nå kraven från myndigheter. Det fanns en mängd likheter rörande indikatorer, mål och instrument. Dock saknas fortfarande ett etablerat kvalitetsregister som visar om vården uppnår de mål som satts upp (5, 9). Många av verksamheterna hade arbetat med instrument under flera år. Trots detta användes de i liten utsträckning och utan regelbundenhet i det dagliga arbetet. Om befintlig IT-teknik utvecklas och utnyttjas kan vård och behandling synliggöras på ett bättre sätt (13).

Mängden instrument som användes för att mäta behandlingseffekterna (N=42) är anmärkningsvärd. Tyvärr finns ingen enkel översikt över instrumenten, utan varje enskild enhet har fått söka information genom olika källor. Detta tar både tid och är osäkert ur kvalitetssynpunkt. De instrument som används bör analyseras och bedömas så de uppnår de krav som ställs och innehåller de indikatorer och mål som framkommit i föreliggande undersökning. Instrumenten ska kunna utvärdera såväl vård och behandling som patientens hälsa och livskvalitet (5, 9).

Alla inom vården, däribland sjukhusledningarna, borde lägga ner betydligt mer energi på utvärdering av mål och behandling hos patienter med smärta. Det finns sjukhus som arbetat hårt med att få in en policy över hela sjukhusområdet, där varje patient ska ha rätt till god smärtbehandling. En förutsättning är en regelbunden smärtskattning som ska analyseras, åtgärdas, utvärderas och dokumenteras (15). Dessa sjukhus föregår som bra exempel på god patientsäkerhet. Sådana policys borde vara av nationell art och här skulle ett kvalitetsregister kunna ligga till grund för fortsatt arbete.

Ett gemensamt grepp fordras för att synliggöra i vilken utsträckning den specialiserade smärtvårdens behandlingar och metoder lever upp till kraven för god kvalitet, krav som skapats utifrån befintliga riktlinjer, vårdprogram, vetenskap och evidens. Detta gäller såväl bedömning, planering, utvärdering som användning av olika behandlingsmetoder. Patientens upplevelse är också en central parameter. Många smärtenheter arbetar med mål och indikatorer som belyser olika mått på kvaliteten för vård och behandling av smärtpatienter. Dock används många olika instrument i olika konstellationer vilket försvårar en jämförelse mellan enheterna.

## Konklusion

Under många år har smärtvården utvecklats kunskapsmässigt, men fortfarande finns brister i utvärderingen. Vi föreslår att det behövs en granskning av de instrument som används. Efter detta en plan för att fastställa vilka mål, indikatorer, instrument, organisation och arbetssätt som bör användas för att få ett lättarbetat system som mäter och säkerställer kvaliteten i det dagliga arbetet inom specialiserad smärtvård.

Catarina Jonasson (1), Leg sjuksköterska, fil mag, Sofia Almerud Österberg (2, 3), Leg sjuksköterska, fil dr.

1. Landstinget Kronoberg, Centralasarettet Växjö Anestesi- och smärtkliniken, SE – 351 88 Växjö,
2. Landstinget Kronoberg, FOU Kronoberg, SE – 35188 Växjö
3. Linnéuniversitetet, institutionen för hälso- och vårdvetenskap, SE – 351 95 Växjö

Korrespondens: Catarina Jonasson, Torpvägen 15, SE – 34251 Vislanda  
E-post: catarina.jonasson@telia.com;  
catarina.jonasson@ltkronoberg.se

## Referenser:

1. Linton SJ. Att förstå patienter med smärta. Lund: Studentlitteratur; 2005.
2. Breivik H, Collett B. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*. 2006; 10: 287–333.
3. Andersson HI. The course of non-malignant chronic pain: a 12-years follow-up of a cohort from the general population. *European Journal of Pain*. 2004; 8: 47–53.
4. Jakobsson U. (red.). Långvarig smärta. Lund: Studentlitteratur; 2007.
5. Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturoversikt volym1. Stockholm: SBU Statens beredning för medicinsk utvärdering. 2006.
6. Sjöström B. Assessing acute postoperativ pain. Assessment strategies and quality in relation to clinical experience and professional role. (Diss). Göteborg: Göteborgs universitet; 1995.
7. Wincent A, Liden Y, Arner S. Pain Questionnaires in the analysis of long lasting (chronic) pain conditions. *The European Journal of Pain*. 2003; 7: 311–321.
8. Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården Stockholm: SOSFS 2005:12 (M).
9. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen, 2006.
10. Idvall E. Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening, SSF, 2007.
11. Nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården. Stockholm: SKL Sveriges Kommuner och Landsting, 2007.
12. Polit DF, HunglerBP. *Nursing Research. Principles and Methods*. 5th Ed. Philadelphia; Lippincott. Williams & Wilkins, 1995.
13. Nationell Kvalitetskonferensdag. Stockholm: SKL, Sveriges Kommuner och Landsting. Danagårds Grafiska mediabolaget AB, 2007.
14. Lag om etikprövning av forskning som avser människor, 2003:460.
15. Gordh T, Beckman-Suurkula M. Kvalitetsmål för smärtbehandling. Landstinget i Uppsala län: Akademiska sjukhuset, 2007.

# Strokerummet – en webbplats för lärande

Gunilla Gosman-Hedström, Med.dr., docent, universitetslektor – Hans Rystedt, Fil.dr., universitetslektor – Marianne Hansson Scherman, Fil.dr., docent, universitetslektor

## THEMATIC ROOM STROKE – A WEBSITE FOR LEARNING

### ABSTRACT

The widespread use of web-based resources has dramatically increased access to scientifically based information of use to both health professionals and the general public. Scientific results are, however, often hard for people outside the scientific community to understand. Moreover, access to large amounts of information of various kinds often places insurmountable demands on the readers to understand, assess and select what is relevant and trustworthy. This article describes the development of «Thematic Room Stroke- care, social care and rehabilitation» at Vårdalinstitutet, the Swedish Institute for Health Sciences. This is a Swedish project resulting from close cooperation between an editing committee and about 30 researchers. It aims to present research findings on a website that healthcare teams, patients and their families and the public can easily access and use. A syllabus and texts connected with each theme may be downloaded for use in local study circles. The idea is to stimulate the participants' interest in learning independently and create a forum for dialogue and discussion in different contexts. Professionals use the website material regularly for classes and informing patients. It is hoped that an interactive forum to determine how the information is understood and used will provide important feedback on how the virtual Thematic Room Stroke may be further improved.

### Inledning

Möjligheterna för såväl vårdtagare, anhöriga och vårdteam, att ta del av, och tillgodogöra sig aktuell forskning har ökat dramatiskt med den utbredda användningen av digitala medier för kommunikation. För vårdtagare innebär uppbyggnaden av webbaserade vårdportaler att de, förutom tillgång till omfattande kunskapsresurser, kommer att ha tillgång till sin egen journal och själva kunna bidra med information till denna<sup>1</sup>. I hela västvärlden står vi inför omvälvande förändringar och krav på framtidens hälso- och sjukvård. En nationell IT-strategi för hälso- och sjukvården utformades i Sverige år 2006 för att möta kraven på en säker, tillgänglig och effektiv vård och omsorgsverksamhet (1). Den uppföljande nationella IT-strategin (2) understryker betydelsen av att såväl vård- som omsorgspersonal och allmänhet genom IT ska få tillgång till information, bra service och även ges möjlighet till delaktighet i sin egen vård och behandling. Den ökade tillgången till information förväntas bidra till medborgarnas autonomi och ett ökat ansvar för den egna hälsan. Dessutom förväntas den ökade tillgången till forskningsresultat, bidra till en ökad kvalitet i vården (2).

Dock innebär den närmast obegränsade tillgången på webben till information av vitt skilda slag också problem (3). En avgörande förutsättning för att informationen ska kunna tillgodogöras är att den presenteras på ett sätt som är anpassat till användarnas erfarenheter och efterfrågan. I det komplexa samhället utvecklas praktiker med allt mer specialiserat språkbruk (4). Att anpassa ett vetenskapligt producerat innehåll, som är framtaget i ett sammanhang, och transformera detta till ett helt annat sammanhang är en stor utmaning. Möjligheterna för de olika praktikerna eller verksamhetssystemen att förstå varandra ställer stora krav på kommunikation (5).

En central uppgift för Vårdalinstitutet är just att bidra till ökad spridning och tillämpning av forskningsbaserad kunskap. Institutet är ett samarbete mellan Göteborgs och Lunds universitet och bedriver forskning och utveckling samt forskar- och postdoktoralutbildning samt kunskapspridning inom vård, omsorg och rehabilitering<sup>2</sup>. I den här artikeln presenteras utvecklingen vid Vårdalinstitutet av webbaserade tematiska rum, särskilt det så kallade Strokerummet. Syftet är att synliggöra ett framgångsrikt exempel på hur nya forskningsresultat

och aktuell specialistkunskap kan bli tillgängliga utanför vetenskaps-samhället respektive vården, genom användandet av digitala medier.

### Hälsa på nätet – ett exempel på spridning av information

Hälsa på nätet (E-hälsa) är internationellt etablerat (6) och de nordiska länderna ligger bland de främsta i världen inom detta område (7). E-Hälsa är ett sätt att öka tillgängligheten till medicinsk information, vilket kan förbättra den enskilda människans förmåga att vara delaktig i beslut rörande den egna hälsan samt minska klyftan mellan patient och vårdgivare (8). Internet ses även som ett potentiellt verktyg att stärka patientens ställning i kontakten med sjukvården (9).

Internet framhålls ofta som ett utmärkt medel att nå ut till människor oavsett geografiska begränsningar (10). Även oberoendet av tid beskrivs som en central aspekt av tillgängligheten genom att allmänheten, professionella, anhöriga och patienter kan ta del av information när de själva har möjlighet och när de som bäst behöver den. Det finns också en förhoppning att den ökade tillgänglighet som Internet innebär, exempelvis genom patientutbildningar, skulle kunna öka människors vetande om hälsa och ohälsa så att behovet av akut sjukvård minskar (11). Förutom webbplattformar så har även mobila teknologier (12) och så kallade sociala medier, som Web 2.0 (13) implementerats för att stödja patienter och anhöriga i deras kontakter med vården i avsikt att stärka deras förmåga att hantera situationen. Resultaten av dessa insatser uppvisar en blandad bild, där effekterna ofta, men inte alltid, visat sig vara positiva (14). Kvaliteten har här en avgörande betydelse och internationellt har kvalitetskriterier utvecklats avseende aktualitet, transparens, förekomst av källhänvisningar, och att det ska framgå vilka läsare informationen vänder sig till (15).

Det är numera få människor som har dator i hemmet utan att ha tillgång till Internet. Gapet mellan tillgång till dator och tillgång till Internet minskar. Ökningen av tillgång till Internet är störst bland äldre personer och i åldergruppen 66–75 år i Sverige använder 37 % Internet dagligen och 53 % någon gång ibland (16). I Norden (17) och hela Europa (7) är tillgången till både dator och Internet fortfarande avsevärt mindre bland de äldre, men andelen äldre som söker information på nätet ökar starkt (7, 17). Sannolikt kommer därför webbaserad hälsoinformation att användas även av äldre i allt större utsträckning, inte bara av de som drabbats av sjukdom, utan också av deras anhöriga och av många som vill förebygga ohälsa.

### Att transformera information till kunskap

Idag används nätet i allt större utsträckning för att söka information. Det är dock inte självklart att information i sig leder till kunskap. Liedman (18) gör en åtskillnad mellan begreppen *information* och *kunskap* och poängterar att det är människor och inte maskiner som innehar kunskapen. Datorer, radio- och TV-apparater tillhandahåller

<sup>1</sup> I Sverige pågår för närvarande uppbyggnad av en nationell portal, Vården på webben, <http://www.svrinfo.se/Projekt-tjanster/Varden-pa-webben/>

<sup>2</sup> Vårdalinstitutet är en nationell miljö för forskning och utveckling inom vårdområdet i nära samverkan mellan universiteten och vårdens huvudmän. Vårdalinstitutet finansieras av Vårdalstiftelsen, Göteborgs och Lunds universitet, Västra Götalandsregionen och Region Skåne. Verksamheten genomförs i samarbete med Kommunförbundet Skåne, enskilda kommuner i de båda regionerna samt VästKom

bara material till kunskap. Den teknologiska utvecklingen kan ses som en successiv och allt mer accelererad process som ger en närmast obegränsad tillgång till information. Det som en gång söktes i bibliotek och arkiv finns nu åtkomligt för var och en via nätet och den egna datorn. Det går oftast fortare att hitta information, men samtidigt är denna ofta osorterad och hämtad ur vitt skilda språkliga sammanhang. Den saknar därmed bokens sammanhang och fördjupning (18).

För att information ska leda till kunskap förutsätts att den anpassas så att den kan ingå i meningsskapande processer där individer, enskilt eller tillsammans med andra, kan relatera informationen till sina egna sammanhang och intressen. Information kan ses som en nödvändig, men inte tillräcklig, förutsättning för kunskap i betydelsen djupare insikt. Man kan uttrycka det som att information måste transformeras till kunskap för att kunna användas i praktiken (3). Utifrån ett sociokulturellt perspektiv på lärande är det genom kommunikation och delaktighet som individen utvecklar kunskaper och kompetenser för det dagliga livet (4).

### Webbaserade tematiska rum

Tematiska rum inom Vårdalinstitutet är resultatet av ett nydanande utvecklingsarbete inom den akademiska världen och inom vård-, omsorgs- och rehabiliteringsverksamheter. Avsikten med de tematiska rummen på Vårdalinstitutet är att den mångfald av information som finns samlad i de olika «rummen» ska kunna bidra till en ökad kunskapsuppbyggnad över hela landet. En stor del av innehållet i de tematiska rummen är faktatexter som forskare eller specialister inom ett område skriver på ett populärvetenskapligt sätt. Innehållet i de tematiska rummen uppdateras kontinuerligt med exempelvis nya faktatexter, aktuella avhandlingar, fack- och skönlitteratur och aktuella webblänkar. Produktionen av textmaterial till de webbaserade tematiska rummen sker inom ramen för *tredje uppgiften*, eftersom högskolorna inte bara bör, utan «skall samverka med det omgivande samhället och informera om sin verksamhet» (SFS 1996:1392).

I varje tematiskt rum finns ständigt en «Aktuell profil» som kan vara en nyligen disputerad person eller en eldsjäl som bidragit till utvecklingen inom området. Ytterligare innehåll i de tematiska rummen är presentationer av «Goda exempel» med syftet att tjäna som förebild när det gäller att skapa och utveckla verksamheter inom det aktuella området.

Alla tematiska rum har en redaktion bestående av två projektledare och en bibliotekarie, vilka ansvarar för innehåll och utveckling inom kunskapsfältet. Som besökare kan man via e-mail komma i kontakt med redaktionen till varje tematiskt rum och, genom synpunkter och förslag, vara delaktig i utvecklingen. Mellan 2003 och 2009 har åtta tematiska rum öppnats och under 2010 kommer ett nionde rum att öppnas [www.vardalinstitutet.net/tema](http://www.vardalinstitutet.net/tema)

Projektledarna för alla tematiska rummen träffas fyra gånger per år tillsammans med Vårdalinstitutets ledning. Målsättningen med mötena är att stimulera till diskussion om aktuell forskning, pedagogik, kvalitet, etiska och etniska spörsmål och dilemman med mera. Till de tematiska rummen är det knutet en referensgrupp med representanter för forskare, FoU, vårdgivare, anhöriga och pensionärer. Målsättningen med referensgruppen är att skapa förutsättningar för interaktion mellan projektledarna och avnämarna.

Vårdalinstitutet har sedan år 2005 som komplettering till de tematiska rummen bedrivit *studiecirkelledarutbildning* för personal inom vård, omsorg och rehabilitering. Cirkelledarna driver i sin tur sedan studiecirkel inom sitt verksamhetsområde. Projektledarna utarbetar material till studiecirkelarna i samarbete med redaktören för det tematiska rummet. Studiematerialet kan laddas ner som pdf fil på [www.vardalinstitutet.net/scst](http://www.vardalinstitutet.net/scst). Deltagarna rekommenderas att studera faktatexter från det tematiska rummet till varje tillfälle. De föreslås också formulera diskussionsfrågor, vilka

syftar till reflektion av faktatexten i relation till respektive deltagares verksamhet. I materialet finns inga instuderingsfrågor. Skälet är att försöka åstadkomma ett djupinriktat lärande (19) där deltagarna inte är inriktade på att söka svaren på frågorna utan istället fokuserar på textens mening. Studietexterna utgår från de olika avsnitten från det tematiska rummet med komplettering från andra kunskapskällor såsom fack- eller skönlitteratur, film med mera. Studiecirkelns idé är att skapa motivation genom ett intressestyrt lärande (20) med stort mått av självständighet. Studiecirkelns som studieform avser att ta tillvara människors intresse för lärande och skapa nya vägar för dialog och diskussion inom olika sammanhang. Informationen i de tematiska rummen kan härigenom spridas ytterligare och deltagarna stimuleras till fortsatt kunskapsuppbyggnad.

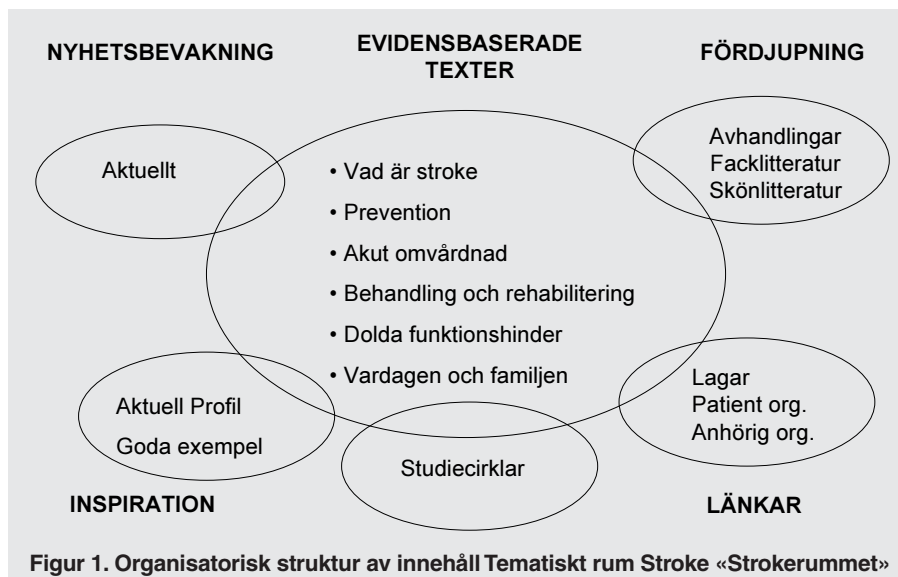
### Tematiskt rum Stroke – vård, omsorg och rehabilitering

Ett av de tematiska rummen, Stroke – vård, omsorg och rehabilitering (Strokerummet) är ett nationellt webbaserat kunskapsforum som administreras och finansieras av Vårdalinstitutet sedan 2006. Stroke-rummet på Vårdalinstitutets webbsida [www.vardalinstitutet.net/stroke](http://www.vardalinstitutet.net/stroke) innehåller forskning och aktuell specialistkunskap om stroke (Figur 1). Länkar till Strokerummet finns i stor utsträckning i olika sammanhang på webben, exempelvis på Socialstyrelsens och patientföreningarnas hemsidor i Sverige.

#### Uppläggnings av redaktionellt arbete med Strokerummet

Det redaktionella arbetet med Strokerummet påbörjades med att betydelsefulla och aktuella områden och nya forskningsrön avseende stroke identifierades. Nästa steg var att kontakta aktuella skribenter inom varje område och formulera en inbjudan med betoning på att det skulle kännas viktigt för dem att medverka i en ansvarsfull «tredje uppgift.» När skribenten tackat ja och inkommit med sin text, vidtog det redaktionella arbetet. Många texter var svårlästa med fackuttryck, latinska namn och krångliga formuleringar. Ett stort arbete lades på att få vardagligt skrivna texter för alla kategorier av läsare. Flera texter gick därför fram och tillbaka mellan projektledarna och skribenterna innan texterna ansågs färdiga att publicera. Skribenterna uppmanades att skriva korta stycken med väl avgränsat innehåll. De uppmanades också att sammanfatta faktatexten på slutet i punktform så att läsaren snabbt skulle kunna bilda sig en uppfattning om innehållet. Vetenskapliga referenser i begränsat antal och populärvetenskaplig litteratur rekommenderades. Det har varit, och är, en pedagogisk utmaning att som projektledare stimulera forskare att publicera sig på ett sätt så att läsare alltifrån allmänhet, vårdpersonal, patienter, anhöriga och studenter till beslutsfattare och politiker kan förstå texterna. Ett trettiotal nationella skribenter har hittills publicerat sig i Strokerummet.

Förutom skribenttexter gick redaktionen för Strokerummet igenom material om bland annat aktuella lagar och förordningar, ordlistor med medicinsk terminologi och länkar till patientföreningar. Fulltextlänkar



till nationellt utkomna avhandlingar och aktuell litteratur, såväl fack- som skönlitteratur, uppdateras kontinuerligt. Redaktionens målsättning är att hålla sig à jour med aktuell forskning, fortlöpande skapa kontaktnät och bjuda in nya aktuella skribenter samt erbjuda skribenterna att få göra en årlig uppdatering av sina texter.

### Diskussion

En viktig del av kunskapsuppbyggnaden i samhället är att forskare ges förutsättningar att kommunicera sina forskningsresultat till människor som inte lever och verkar i den värld där forskningsresultaten produceras. Syftet med tematiska rum är att skapa plattformar där en sådan kommunikation och ett lärande, i betydelse vidgad förståelse, kan ske.

Lärande handlar inte enbart om att ta del av information, utan om att kunna integrera den, göra den till sin egen kunskap. I den processen har tillgången till intellektuella redskap, exempelvis informationsteknologi, en viktig roll (21). Liedman (18) framhåller att information är resultatet av en individuell eller kollektiv kunskapsprocess. Skribenterna i Strokerummet har tillägnat sig kunskap som sedan sprids i form av information, faktatexter, som andra i sin tur kan ta till sig och införliva i sin egen kunskapsmassa genom en målmedveten verksamhet, vilket studiecirkelverksamheten är ett exempel på. Läsare som arbetar inom vården har också berättat att många av faktatexterna skrivs ut och används i exempelvis undervisning och som information till anhöriga. Dessa sammanhang ger möjlighet till aktiv bearbetning, så att informationen i Strokerummet kan omsättas till praktiskt användbar kunskap.

Till skillnad från den ömsesidiga kunskapsuppbyggnad som kan ske när människor möts och samtalar öga mot öga, finns på Internet utan chat- eller dialogfunktion inte möjligheter att veta hur besökarna förstår det som står skrivet eller hur de uppfattar att de praktiskt kan använda sig av det. I nuläget saknar Strokerummet ett *interaktivt forum* där läsarna kan kommunicera med varandra. Ett forum med möjlighet att skriva inlägg och att chatta med varandra skulle kunna ge projektledarna viktig kunskap om hur texterna uppfattas. Ett interaktivt forum skulle både kunna vara ett viktigt stöd för användarna och ett led i att bättre kunna anpassa och utveckla Strokerummets innehåll, kvalitet och form för att öka användarnas förståelse.

Att publicera information på nätet utan möjlighet till interaktion med läsaren kan skapa *etiska problem* och i flera artiklar poängteras betydelsen av etisk support (22) och tillförlitlighet (23) samt uppdatering av texterna (15) på webbsidorna. Texterna på Strokerummet syftar till kunskapsuppbyggnad, men kan samtidigt skapa oro eller rädsla, om inte läsaren har någon att diskutera med eller ställa frågor till. Vissa faktatexter handlar om känsliga och svåra områden. De kan väcka frågor som läsaren kanske inte får svar på i texterna. Kanske skulle man kunna ha ett avsnitt i Strokerummet där man ger råd om vart man kan vända sig vidare med uppkomna frågor och tankar. Ett annat etiskt problem är att alla som fått stroke inte själva kan ta del av det som står på Strokerummet beroende på kvarvarande funktionsnedsättningar såsom kommunikativa och kognitiva svårigheter.

Om utveckling av kunskap ses som ett kommunikativt samarbetsprojekt «blir kunskap inte något som överförs från den ena parten till den andra på ett mekaniskt sätt, utan kunskap är något som aktörerna deltar i – och utvecklar – genom kommunikation och ömsesidig anpassning till varandras bidrag» (24) (sid 48). Häri ligger en del av svårigheten när det gäller *kunskapsspridning via nätet* och med att utvärdera effekterna av Strokerummet: om man inte har tillgång till användarnas faktiska förståelse och agerande, vet man inte hur kunskap genereras och vilka konsekvenser informationen får för den enskilda individen. Detta understryker behovet av kvalitativa studier för att utvärdera och skapa hög kvalitet, vilket även har framhållits av forskare inom hälsoinformation på webben (25).

Hittills är kunskapen om hur Strokerummet används av de olika målgrupperna begränsad, liksom hur det påverkar deras kunskapsuppbyggnad och beslutsförmåga. Uppföljningar både av innehållets relevans, dess begriplighet och hur man uppfattat betydelsen för det praktiska arbetet görs kontinuerligt på studiecirkelledarutbildningen. Genom åren har den haft flera tusen deltagare, flertalet med kortare vårdutbildning. Deras utvärderingar visar att den största utmaningen

ligger i att få forskare att skriva så att det blir begripligt för personer utan akademisk utbildning

### Konklusion

Strokerummet ska vara en källa till kunskapsuppbyggnad och till att människor ska kunna lära, i bemärkelsen få en mer omfattande förståelse för stroke för att kunna hantera en förändrad livssituation. Att använda webben som plats för aktuella forskningsresultat, aktuellt vetande från klinisk verksamhet och för enskilda människors egna erfarenheter av att ha en sjukdom eller skada är nydanande, och kommer troligen att få allt större betydelse för människors kunskapsutveckling och lärande, såväl inom som utom akademien. I den fortsatta utvecklingen av tematiska rum är det dock viktigt att öka möjligheterna till interaktivitet för att projektledningen ska kunna ta del av hur informationen uppfattas och för att de tematiska rummens innehåll och form på bästa möjliga sätt ska kunna anpassas till dess användare.

### Not

Denna artikel är ursprungligen ett pedagogiskt arbete för docentur av Gunilla Gosman-Hedström, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet och har presenterats vid en offentlig föreläsning «Webbaserat kunskapsforum om stroke – en pedagogisk utmaning» vid Göteborgs universitet 2009-06-08.

Gunilla Gosman-Hedström <sup>1,2</sup>, Hans Rystedt H <sup>3</sup>, Hansson Scherman Marianne <sup>1</sup>

Korrespondens: Gunilla Gosman-Hedström, <sup>1</sup> Institutionen för neurovetenskap och fysiologi, Sektionen för klinisk neurovetenskap och rehabilitering, Sahlgrenska Akademien vid Göteborgs universitet, Box 455, SE – 405 30 Göteborg e-mail [gunilla.gosman-hedstrom@neuro.gu.se](mailto:gunilla.gosman-hedstrom@neuro.gu.se)

<sup>2</sup> Vårdalinstitutet, Institutet för Vård- och Omsorgsvetenskap, <sup>3</sup> Institutionen för pedagogik och didaktik, Göteborgs universitet

### Referenser

1. Socialdepartementet Nationell IT-strategi för vård och omsorg. Upplands Väsby; 2006. ISBN 978-91-633-0597-9 [cited 2010-01-13]. Available from: <http://www.sweden.gov.se/sb/d/5693/a/60373>
2. Socialdepartementet Nationell IT-strategi – tillgänglig och säker information inom vård och omsorg. Stockholm: Regeringskansliet; 2008 [cited 2010-01-13]. Available from: <http://www.sweden.gov.se/sb/d/10671>
3. Winman T, Rystedt H. Analoga dialoger om digitala patienter: IT och kunskap i arbete. I: Kunskap och människans redskap: teknik och lärande. (Säljö R och Rystedt H, red.) Lund: Studentlitteratur; 2008.
4. Säljö R. Lärande i praktiken. Ett sociokulturellt perspektiv. Stockholm: Norstedts Akademiska förlag, Prisma; 2000.
5. Mäkitalo Å, Säljö R. Talk in institutional context and institutional context in talk: Categories as situated practices. Text. 2002;22(1):57–82.
6. Eysenbach G. What is e-Health? Journal of Medical International Research. 2001;3(2):E20.
7. Wangberg S, Andreassen H, Kummervold P, Wynn R, Sorensen T. Use of the internet for health purposes: trends in Norway 2000-2010. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2009;May 18 [Epub ahead of print].
8. Hanif K, Raghubir R. Multifaceted web resources for stroke. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases. 2008;17(4):218–25.
9. Institutet för tillväxtpolitiska studier. IT för vård och omsorg. Delrapport till ITPS utvärdering av den svenska IT-politiken. Östersund 2003 [cited 2010-01-13]. Available from: [http://www.itps.se/Archive/Documents/Swedish/Publikationer/Rapporter/Allm%C3%A4nna/A2003/IT-vard\\_oms.pdf](http://www.itps.se/Archive/Documents/Swedish/Publikationer/Rapporter/Allm%C3%A4nna/A2003/IT-vard_oms.pdf)
10. Alvarez RC. The promise of e-health – a Canadian perspective. e-health International – The Journal of Applied Health Technology. 2002 1(1):4.
11. Georgsson M. Webbaserad patientutbildning – En systematisk litteraturstudie. Stockholm: Karolinska institutet; 2006.
12. Blake H. Innovation in practice: mobile phone technology in patient care. British Journal of Community Nursing. 2008 Apr;13(4):160–65.
13. Gardiner R. The transition from 'informed patient' care to 'patient informed' care. Studies of Health Technology Informatics. 2008;137:241–56.

14. U. S. Department of Health and Human Services. Expanding the reach and impact of consumer e-health tools. Office of Disease Prevention and Health Promotion 2006. Available from: <http://www.health.gov/communication/ehealth/ehealthtools/default.htm>
15. Europa – Europe's Information Society Thematic Portal. Trust in health websites. ICT for Health, Quality criteria [updated 2009, cited 2010-01-13]. Available from: [http://ec.europa.eu/information\\_society/activities/health/policy/quality\\_criteria/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/policy/quality_criteria/index_en.htm).
16. Findahl O. Svenskarna och internet, Digital version 1.0. World Internet Institute [serial on the Internet]. 2009 Date [cited 2009 20091228].
17. Kummervold PE, Chronaki CE, Lausen B, Prokosch HU, Rasmussen J, Santana S, et al. eHealth trends in Europe 2005-2007: a population-based survey. *Journal of Medical Internet Research*. 2008;10(4):e42.
18. Liedman S-E. Ett oändligt äventyr. Om människans kunskaper. Stockholm: Albert Bonniers Förlag; 2001.
19. Marton F, Both S. Om lärande. Lund: Studentlitteratur; 2000.
20. Marton F, Dahlgren LO, Svensson L, Säljö R. Inläring och omvärldsuppfattning. En bok om den studerande människan. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag, Prisma; 1999.
21. Säljö R. Lärande och kulturella redskap: om läroprocesser och det kollektiva minnet. Stockholm Norstedts Akademiska förlag; 2005.
22. Parker M, Gray JA. What is the role of clinical ethics support in the era of e-medicine? *Journal of Medical Ethics*. 2001 Apr; 27 Suppl 1:33–5.
23. Hanif F, Read JC, Goodacre JA, Chaudhry A, Gibbs P. The role of quality tools in assessing reliability of the internet for health information. *Informatics for Health & Social Care*. 2009 Dec;34(4):231–43.
24. Säljö R, Institutionella språk och samtal om hälsa – information, kommunikation och samarbete i vården. I: Den lärande patienten (Hansson Scherman M, Runesson U red.). Lund: Studentlitteratur 2009.
25. Eysenbach G, Kohler C. How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and in-depth interviews. *BMJ*. 2002 Mar 9;324:573–7.



**SSN**



## Sykepleiernes Samarbeid i Norden

SSNs konferanse om kvalitetsindikatorer og terminologi  
23. - 24. november 2010 i Stockholm

### Sett ord på sykepleien

- struktur på kvalitet og pasientsikkerhet ved bruk av kvalitetsindikatorer og terminologi

*"If you cannot name it, you cannot practice it, control it, teach it, finance it or put it into public policy"* – Norma Lang 1992

Formålet med konferansen er

- ✓ å øke og å spre kunnskap om kvalitetsindikatorer og terminologi
- ✓ å fremme den nordiske utvikling av sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer og terminologier for sykepleie
- ✓ å sikre sammenheng mellom kvalitetsutvikling, pasientsikkerhet, kvalitetsindikatorer og terminologi
- ✓ å skape grunnlag for forskning i og utvikling av sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer og terminologi i sykepleien og å presentere forskningsresultater på de utvalgte områdene
- ✓ å skape grunnlag for nettverksdannelse for nordiske sykepleiere med interesse for forskning i og utvikling av kvalitetsindikatorer og terminologi
- ✓ å fremme arbeidet med kvalitetsindikatorer og terminologi i helsepolitisk sammenheng

Konferansen er rettet mot

- ✓ alle sykepleiere med interesse for dokumentasjon og sykepleieinformatikk
- ✓ sykepleieledere
- ✓ lærere
- ✓ forskere
- ✓ andre som arbeider med dokumentasjon i helsetjenesten

Sted

City Conference Centre Norra Latin, Drottninggatan 71b, Stockholm

Pris

Pris innen 30. september 2010: SEK 2 750 (ca 2270 NOK, 2080 DKK, 280 EUR)

Pris etter 30. september 2010: SEK 3 000 (ca 2475 NOK, 2270 DKK, 305 EUR)



## PROGRAM (med forbehold om endringer)

Tirsdag 23. november 2010

Mødeleder: Unni Hembre, Norsk Sykepleierforbund, leder SSN's kvalitetsindikatorgruppe, nestleder Norsk Sykepleierforbund

- 11.30 Registrering
- 12.00 Lunch
- 13.00 - 13.20 **Velkommen.** Anna-Karin Eklund, ordførende Vårdförbundet  
**SSNs arbeid med kvalitetsindikatorer og terminologier. Hvorfor snakker vi om indikatorer og terminologi - hvorfor er det viktig?** Lisbeth Löpare-Johansson, leder SSN
- 13.20 - 13.40 **Hilsen fra Sverige**
- 13.40 - 14.10 **Betydningen af arbejdet med kvalitetsindikatorer.** Jan Mainz, hovedsekretær for Nordisk Ministerråds arbeidsgruppe vedr. kvalitetsmåling
- 14.10 - 14.30 **Öppna jämförelser.** Håkan Sörmann, verkställande direktör för Sveriges Kommuner och Landsting
- 14.30 - 15.00 **Nasjonalt rammeverk for kvalitetsindikatorer – noen tanker rundt hvordan et slikt rammeverk skal fungere i Norge.** Geir Bukholm, avdelingsdirektør ved Norsk senter for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- 15.00 - 15.30 Pause
- 15.30 - 16.15 **Kvalitetsudvikling og indikatormonitorering.** Jan Mainz, overlæge med ansvar for kvalitetsudvikling og akkreditering, Psykiatrien Region Nordjylland, hovedsekretær for Nordisk Ministerråds arbeidsgruppe vedr. kvalitetsmåling
- 16.15 - 16.45 **Det multiprofessionella samarbetet i fackspråket.** Ulla Gerdin, leg. sjuksköterska och sakkunnig vid Socialstyrelsens avdelning för Regler och tillstånd, enheten för fackspråk och informatik
- 16.45 - 17.00 Pause
- 17.00 - 17.30 **RN4Cast.** Carol Tishelman, professor, Karolinska Institutet, Sverige
- 17.30 - 18.00 **Language: Taken For Granted at Our Peril.** David Benton, Chief Executive Officer, International Council of Nurses
- 19.30 - **Middag i Östermalmshallen**

## PROGRAM

Onsdag 24. november 2010

- 09.00 - 09.05 **God morgen.** Møteleder: Unni Hembre, nestleder Norsk Sykepleierforbund
- 09.10 - 09.40 **Sykepleieindikatorer og terminologi - hvad er sammenhængen i sygeplejen, og hvad skal vi bruge dem til?** Inge Madsen, adjunkt VIA University College, formand for Dansk Sygeplejeselskab
- 09.40 - 10.10 **Kvalitetsindikatorer innom omvårdnad.** Ewa Idvall, professor, Malmö Högskola och Skånes Universitetssjukhus, Sverige
- 10.10 - 10.30 Pause
- 10.30 - 12.00 **Parallell sesjoner**  
1. Terminologi  
2. Smerte  
3. Ernæring
- 12.00 - 13.00 Lunch
- 13.00 - 14.30 **Parallell sesjoner**  
4. Fall  
5. Bemanning/normering  
6. Trykksår
- 14.30 - 14.50 **Visjoner om kvalitetetsindikatorer og terminologi - Hva må vi gjøre?** Kaija Saranto, leder av ACENDIO, professor in Health and Human Services Informatics. Department of Health Policy and Management, University of Kuopio, Finland
- 14.50 - 15.00 **Avsluttende ord – Hva videre?** Lisbeth Löpare-Johansson



## PROGRAM FOR PARALLELLE SESJONER

24. november kl. 10.30-12.00

1. **Terminologi i Norden – hvilke utfordringer har vi stødt på?**  
Moderator: Gunilla Svensmark  
**I Norge.** Kathryn Mølsted, Seniorrådgiver, Norsk Sykepleierforbund  
**I Sverige -** Ulla Gerdin, leg. sjuksköterska och sakkunnig vid Socialstyrelsen  
**I Danmark.** Inge Madsen, adjunkt VIA University College
2. **Smerte**  
Moderator: Erla K. Svavarsdóttir  
**Alfhild Dihle,** førsteamanuensis, Diakonhjemmets Høgskole  
**Ewa Idvall,** professor, professor, Malmö Högskola och Skånes Universitetssjukhus  
**Sigríður Gunnarsdóttir,** lector, University of Iceland
3. **Ernæring**  
Moderator: Olle Söderhamm  
**Preben Ulrik Pedersen,** lektor, afdelingen for Sygeplejevidenskab, Århus Universitet og leder af Center for kliniske retningslinjer  
**Mitra Unosson,** professor, Linköpings universitet  
**Inga Thorsdóttir,** professor, University of Iceland



## PROGRAM FOR PARALLELLE SESJONER

24. November kl. 13.00 - 14.30

24. november k. 13.00-14.30

4. **Fall**  
Moderator: Ida Torunn Bjørk  
**Ania Willman,** professor, Blekinge Tekniska Högskola, ordförande Svensk Sjuksköterskeförening  
**Ingibjörg Hjaltadóttir,** lector, University of Iceland
5. **Trykksår**  
Moderator: Lise Hounsgaard  
**Anne-Birgitte Vogelsang,** ph.d.-stud. Århus Universitetshospital, Skejby  
**Karen Bjørø,** ph.d., forsker, Ortopedisk avdeling, Oslo Universitetssykehus  
**Carina Bääth,** førsteamanuensis, Karlstads universitet
6. **Bemanning/Normering**  
Moderator: Lisbeth Fagerström & Gudrun Kristjánsdóttir  
**Lisbeth Fagerström,** professor, Høgskolen i Buskerud  
**Kajsa Thorsell,** doktorand, medicinsk ansv. sjuksköterska, Hässleholms Kommun  
**Hanne Mainz,** klinisk sygespecialist, Århus Universitetshospital, stipendiat, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet

## For fullstendig program og påmelding:

[www.dsr.dk](http://www.dsr.dk)

[www.sjukrarokt.fi](http://www.sjukrarokt.fi)

[www.sairaanhoitajaliitto.fi](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi)

[www.sffi.fi](http://www.sffi.fi)

[www.hjukrun.is](http://www.hjukrun.is)

[www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no)

[www.vardforbundet.se](http://www.vardforbundet.se)

[www.ssn-nmf.org](http://www.ssn-nmf.org)

[www.vardinorden.org](http://www.vardinorden.org)

<http://www.scandinavia.mci-group.com/weraform/receive.csp?kqid=22&lang=1>

## Innhold

### Redaksjonelt

*Editorial* 3  
*av Guðrún Kristjánsdóttir*

### Sykepleievitenskap Omvårdnadsforskning

*Nursing Science and Research*

Exploring issues that motivate contact with Adolescent  
Health Clinics 4  
*av Ragnhild Sollesnes*

Livshistorier og førstegangssykose – en klinisk metode  
for systematisk narrativt arbeid: hvordan vurderer  
pasienten nytten av Kronologisk livsløpsdiagram (KLD)  
i utredning av førstegangssykose? 8  
*av Marit Lindaas, Nina Helen Mjøsund og Paul Møller*

Arbeidsforhold ved norske sykehjem  
– idealer og realiteter 14  
*av Kari Ingstad*

Hjerneskade og selvpresentasjon. En kvalitativ studie 18  
*av Line Nortvedt og May Solveig Fagermoen*

Sjukskøtarstudenters selvvrdering av sin professionella  
vårdande kompetens i mitten av utbildningen 23  
*av Ann-Helén Sandvik og Lisbeth Fagerström*

Developing and testing the psychometric properties of  
a short-form questionnaire regarding the psychosocial  
condition after a cardiac event 29  
*av Bengt Fridlund, Amir Baigi og Cathrine Hildingh*

Behov for praktisk hjelp og sosial kontakt 33  
– En intervjustudie blant hjemmeboende eldre i Norge  
*av Ragnhild Skaar, Marthe Fensli og Ulrika Söderhamn*

### Utvikling i sykepleien

*Short papers*

Kartläggning av organisation, arbetssätt och kvalitets-  
utveckling inom specialiserad smärtvård i Sverige 38  
*av Catarina Jonasson og Sofia Almerud Österberg*

Strokerummet – en webbplats för lärande 42  
*av Gunilla Gosman-Hedström, Hans Rystedt  
og Marianne Scherman Hansson*

SSNs konferanse «Sett ord på sykepleien» 46