

SYKEPLEIERNES  
SAMARBEID  
I NORDEN  
SSN

# vård I NORDEN

NORDIC JOURNAL OF NURSING RESEARCH

Nå online!

4. 2010

VINTER 2010, NR. 4 PUBLIKASJON NR. 98 VOLUME/ÅRGANG 30

**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 2010/2011:

|                                 |            |
|---------------------------------|------------|
| Universitetsbibliotek           | kr. 5.000  |
| Høgskolebibliotek               | kr. 2.500  |
| Sykehusbibliotek/<br>Sykehus    | kr. 1.000  |
| Enkeltabonnet<br>online & papir | kr. 300    |
| Enkeltabonnement<br>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 07.12.10

# Editorial:

## *A successful Nordic dialogue and discussion on indicators and terminology*

Guðrún Kristjánsdóttir, redaktør

*Dear reader of Vård i Norden!*

The SSN (Sykepleiernes Samarbeid i Norden) conference on Quality Indicators and Terminology in collaboration with Vård i Norden (Nordic Journal of Nursing Research) held in Stockholm on November 23rd–24th was well attended by the Nordic community of nurses and health care leaders.

The panel sessions on the state of the art and science of quality indicators and terminology launched a dialogue and a welcomed discussion on the future of research and clinical follow-up in pain, nutrition, falls, pressure ulcers and staffing, as related to nursing care and nursing research in the Nordic countries.

We extend our thanks to the presenters who gave sound reviews of their own as well as international research and clinical development in the particular areas of each indicator, showing that nursing science is coming of age in mapping these indicators within

the Nordic context. It further revealed that we have a long way to go in developing successful and well specified indicators of quality nursing care. More research is needed and faster implementation of new knowledge within the clinical arena. Sharing knowledge through scientific publication is of utmost importance.

Vård i Norden hopes to be able to publish at least some of these presentations as scientific papers in the coming year. We also welcome other researchers and clinicians to send in their findings and clinical studies related to pain, nutrition, falls, pressure ulcers, and staffing.

In this final issue of 2010 we thank all those who have contributed to this journal with their work through their submission of papers, comments and reviews.

*Dr. Guðrún Kristjánsdóttir, Editor*

Videooptak av de fleste forelesningene på konferansen vil være tilgjengelig på de nordiske sykepleierorganisasjonenes, SSNs og Vård i Nordens hjemmesider.

### Brukte referees i Vård i Norden i 2010

#### DANMARK

Dalgaard, Karen Marie  
Delmar, Charlotte  
Laustsen, Sussie  
Ludvigsen, Mette Spliid  
Pedersen, Preben Ulrich  
Poulsen, Ingrid  
Sorensen, Lena  
Uhrenfeldt, Lisbeth

#### FINLAND

Janhonen, Sirpa  
Junttila, Kristiina  
Nyback, Maj-Helen  
Saranto, Kaija  
Saarikoski, Mikko  
Vartiainen, Pirkko  
Vaartio-Rajalin, Heli

#### ISLAND

Bragadóttir, Helga  
Fridjonsdóttir, Helga Sif  
Svavarsdóttir, Erla Kolbrun  
Vilhjalmsson, Runar

#### NORGE

Akerjordet, Kristin  
Almás, Synnøve Hofseth  
Biong, Stian  
Bjørge, Heidi  
Christiansen, Bjørg  
Dale, Bjørg  
Fjelltun, Aud-Mari Sohini  
Fossum, Mariann  
Giske, Tove  
Glavin, Kari  
Granum, Vigdis  
Graue, Marit  
Grue, Else Vengnes  
Hanssen, Ingrid

Hellesø, Ragnhild  
Helvik, Anne-Sofie  
Hummelvoll, Jan Kåre  
Kristiansen, Lisbeth  
Kvangarsnes, Marit  
Larsen, Inger Beate  
Leegaard, Marit  
Lohne, Vibeke  
Mikkelsen, Jane  
Nyström, Maria  
Nåden, Dagfinn  
Raunkiær, Mette  
Rustøen, Tone  
Skår, Randi  
Slettebø, Åshild  
Solvoll, Betty-Ann  
Söderhamn, Olle  
Söderhamn, Ulrika  
Sørbye, Liv Wergeland  
Torvik, Karin  
Vatne, Solfrid

#### SVERIGE

Axelsson, Karin  
Berggren, Vanja  
Bondas, Terese  
Borup, Ina  
Clausson, Eva  
Edberg, Anna-Karin  
Ehrenberg, Anna  
Eldh, Ann Catrine  
Eriksson, Mats  
Erlandsson, Kerstin  
Florin, Jan  
Forsner, Maria  
Forss, Anette  
Fridlund, Bengt  
Granskär, Monica  
Hall-Lord, Marie-Louise  
Henocho, Ingela  
Hesselgård, Karin  
Holmström, Inger  
Idvall, Ewa

Jylli, Leena  
Kjellgren, Karin  
Lepp, Margret  
Lindberg, Birgitta  
Månsson, Marie Edwinson  
Mårtensson, Jan  
Nilsson, Ulrica  
Nobis, Regina  
Odencrants, Sigrid  
Rudolfsson, Gudrun  
Samuelson, Karin  
Saveman, Britt Inger  
Sie, Ingrid  
Skovdahl, Kirsti  
Skärsäter, Ingela  
Ström, Mayvor  
Ziegert, Kristina  
Åström, Sture

#### IRLAND

Marie, Carney

# Why do nurses utilize textual knowledge sources at work?

Björg Christiansen, Associate professor, Dr. Polit.

## ABSTRACT

**Aim.** The aim of this paper is to shed light on why nurses utilize textual knowledge sources in a hospital workplace setting. The paper focuses on the following research question: Why do nurses utilize textual knowledge sources at work?

**Background.** Knowledge utilization implies that nurses rely on knowledge sources that are regulated at a more general level. Knowledge utilization may be triggered by uncertainty or novelty in task requirements.

**Methods.** The data derives from 10 semi-structured in-depth interviews with nurses, conducted during spring-05. Six of them also kept logs for two days during two weeks during the fall semester of 2005. In addition, a focus group interview with three of the nurses was conducted in the spring semester of 2006.

**Findings.** The reasons for using textual knowledge sources seem to crystallize into three interrelated themes:

1. To fill in gaps of knowledge needed to understand or solve problems at hand
2. To verify and enhance skills
3. A desire to strengthen their professional repertoire

**Conclusion.** The reason for knowledge-utilization seems to encompass both instrumental and conceptual purposes. This area is in need of further exploration.

**KEY WORDS:** Clinical nursing, knowledge utilization, textual knowledge sources, research utilization

## Introduction

Nurses, both on an individual basis as well as in collaboration with colleagues, have traditionally been responsible for establishing and securing the standards of good nursing practice (1). This responsibility emerges from a mandate given by society (2). Rapid changes and specialization in today's hospitals call for high skilled performance among nurses. Even though nurses find themselves in pressured work situations in hospitals, they still express an obligation to do their work in a quality-conscious way (3,4,5). According to Byrnes and West (6) nurses in today's society are expected to deal with an increasing body of scientific, technical and professional knowledge in addition to meeting patient's needs. Working with different patient groups and levels of responsibility requires that nurses keep up with changing knowledge demands and embrace the notion of continuous learning (7). Despite calls to increase the use of research in nursing, individual as well as organizational determinants seem to create some barriers in this area (8,9,10). In relation to knowledge translation initiatives in health care environments, Estabrooks et al.(11) view *knowledge utilization* as a more common term than either research implementation or knowledge translation.

In this article *knowledge utilization* signifies a broad view on the use of textual knowledge sources as supporting working structures, materialized in hands-on literature, textbooks, articles, intra- and internet, procedures, guidelines and so forth. A feature of such sources is that they are general in nature and not necessarily rooted in local practices. Thus, knowledge has to be adapted by the nurse depending on the patient he or she is working with, both at a group or an individual level. Even if a number of studies has investigated research utilization among nurses in clinical practice (10,11,12), there seems to be a lack of studies concerning what pushes nurses to access and use various textual knowledge sources in a broader sense at work.

## Background

Knowledge utilization is an essential component in today's nursing practice (13, 14). Knowledge takes on many forms, each of them rooted in particular epistemological traditions. Knowledge utilization implies that nurses also rely on norms and standards that are regulated at a more general level. Knowledge utilization may be triggered by

uncertainty or novelty in task requirements (15). Benner (16) emphasizes that novices need rules and external knowledge to guide their performance. The expert nurse, however, does not base performance on rules and guidelines anymore. Her/his work is dominated by a deeper tacit understanding of situations and procedures. Like Benner, Eraut (17) claims that the use of guidelines and manuals is especially important for new nurses, and they are often used in novel situations when problems occur.

The primary intention of textual knowledge sources at work is to ensure professional competences, learning and quality. According to Estabrooks et al.(11) it is critical to find a fit between theoretical perspectives and the context in which theory is to be applied. A common interpretation is to distinguish between an instrumental and conceptual use of knowledge. Referring to research utilization in clinical practice; Kirkevold (18) distinguishes between instrumental use which complies with demands in specific situations, while conceptual use enhances a more comprehensive and interpretative understanding of subjects and problems.

The increasing emphasis on evidence-based nursing and quality assurance systems seem to challenge a view of the nurse as a self-disciplined professional, underlining the need to interact with updated guidelines and standardized methods as textual tools in daily work. Authors within the sociology of professionalism are examining the current standardization movement which forms the foundation of collaborative international research protocols and guidelines. Freidson (2) argues that standardization may have positive virtues as a corrective to inappropriate or irresponsible discretion, even if standardization also runs the risk of degrading the service and losing unanticipated knowledge. Timmermans & Berg (19) argue in favor of procedural standards as coordinating devices in an ever more complex health care system, transferring scientific knowledge to individual physicians. According to Knorr Cetina (20) quality assessment involves interacting with knowledge objects (sources) closely related to the problems at hand, as a safeguarding practice.

Several studies have investigated issues related to knowledge utilization. Findings in the ProLearn project suggest that nurses address the need to continuously renew their knowledge base as an integral part of professional practice (21). Cultures of knowing, "epistemic cultures" refer to communities in which people learn and share knowledge and which are also the sites of knowledge production (11).

Workplace learning is strongly situated in the work itself and its social and organizational context (22). Professional learning also concerns the characteristics of the respective professional knowledge, accessible knowledge sources, and to what extent these sources are made available at the workplace (23). Whether nurses work independently, collaboratively, or both, guidelines urge nurses to work in line with professional and ethical standards (5,24). An intention of various forms of clinical practice guidelines is to provide evidence-based knowledge for decision making for patient care. Roberts et al. (12), claim that guidelines have been poorly adopted by health care providers. One reason for this may be the static paper-based formats, isolated from the context of care itself. The use of information technology in various forms as an adaptive knowledge tool required for nurses' delivery of care is increasing. This is often linked to research utilization and evidence-based practice. According to Estabrooks et al. (25) Internet use at work among nurses was low compared with other groups despite adequate workplace access.

In a systematic review, which examined individual characteristics of nurses and how they influence the utilization of research, the most frequently replicated result was a positive attitude towards research significant for general, but not specific use (8). In a national survey Egerod and Hansen (13) explored Danish cardiac nurses' attitudes towards evidence-based practice and the types of knowledge they employ in clinical practice. They found that bed-side nurses were less familiar with the concept of EBP. Adamsen et al. (26) identified two important barriers for research utilization among 79 Danish clinical nurses: The quantity of research results was overwhelming, and they were unable to evaluate the quality of the research. In a systematic literature review Meijers et al. (10) found that several contextual factors seem to have a statistically significant relationship with research utilization. These factors include the role of the nurse, multi-faceted access to resources; organizational climate; multifaceted support; time for research activities and workplace learning. A literature review by Spenceley et al. (27) focuses on empirical work that examined nurses' use of information to guide practice. They note a high reliance on informal, interactive sources, influenced by development in the area of information – seeking to support practice. Focusing on professional development amongst nurses in Iran, the participants argued that they benefited more from theoretical knowledge when it was tailored to real needs in practice (28). According to Christensen and Hewitt–Taylor (29) a nursing culture in which following guidelines are seen as the highest quality indicators would be considered to restrict care rather than enhancing it.

Even if the studies referred to illustrate characteristics of nurses' use of especially research based knowledge, there seems to be a need for further studies to delineate *why* nurses relate to textual knowledge sources as part of professional activity.

## Aim

Drawing on a selection of data from the study: *Professional Learning in a Changing Society (ProLearn)*, the aim of this paper is to shed light on why nurses utilize textual knowledge sources within a hospital workplace setting, focusing on the following research question:

Why do nurses utilize textual knowledge sources at work?

## Design

The project *Professional Learning in a Changing Society* was a four-year study funded by the Research Council of Norway. The project coordinator is working at the Institute of Educational Research, University of Oslo. The project involved four professional groups, represented by ten nurses, teachers, accountants and computer engineers. A qualitative approach was chosen in order to gain insight into how nurses, as well as the other professional groups relate to knowledge as a way to assure high quality work. When studying learning in the workplace, researchers are faced with the challenge of devising methods and techniques that allow informants to articulate the more informal aspect of such processes (17). In order to explore such processes, a

narrative approach allowing informants to describe their work in their own terms was adopted. This paper focuses exclusively on the group of nurses.

## Methods

A survey of students graduating from Oslo University College in 2001/2002 (StudData) was used as a basis for selection, covering the four professional groups. Ten people from each group were chosen for participation based on the following criteria: They had worked for approximately three years; they were under 30; the gendered sample was to correspond to the group's profile in the survey, still ensuring that the sample comprised a minimum of two participants from the minority gender. Of those who met these criteria, the persons with the longest work experience were invited to participate in the study. As a result, 8 female and 2 male nurses were interviewed. The working places of the nurses were hospitals, except for one that was an outpatient clinic. Five of the nurses who worked in hospitals were employed in various intensive care units (postoperative, coronary and pediatric), three in medical wards, and one in a surgical ward.

Data presented in this paper is selected from semi-structured in-depth interviews with the nurses, conducted during spring 2005. Essential topics guiding the interviews were professional identity, learning opportunities and use of knowledge media (literature, manuals, web). The interviews lasted for approximately one hour, and were all audio-recorded. Each interview was thereafter transcribed verbatim. In addition the participants were asked to participate in the next phase of the study by reporting in logs from two days during two weeks (4 days altogether) during the fall semester of 2005. Seven of the nurses agreed to participate. Five of them were employed in intensive care units, one in a surgical ward and one in an outpatient clinic. The following themes were addressed in the logs: deliberations on professional matters and on the use of knowledge sources (books, manuals, web-sites, colleagues etc). They also commented on problem solving events, outcomes and learning. In addition, a focus group interview with three of the nurses was conducted in the spring semester of 2006. They were all employed in intensive care units (coronary, pediatric and postoperative). Even though the limited number and selection of participants in the focus group was unintended, we experienced a richness and complexity in the group's responses. The themes followed up on essential topics that evolved from the analyses of initial interviews and logs.

## Ethics

The study is conducted in accordance with guidelines from the Data Inspectorate (<http://www.datatilsynet.no>). The participants were informed that the participation was voluntary, and that they had the right to withdraw at any time. Written informed consent was obtained from each of them prior to the interviews, including their consent to the use of audio recordings. Written informed consent was also obtained in connection with their reporting in logs.

## Data analyses

The initial analysis was conducted according to the following steps:

1. Working out themes based on the theoretical framework of ProLearn.
2. Editing the individual interviews and logs into a qualitative, computer based program (Atlas).
3. Codifying data in line with the themes (by Atlas).

For the present article, I have analyzed data from the individual interviews, logs and focus-group interview, focusing on nurses' use of knowledge media such as literature, manuals, web etc in the workplace. Based on these particular text excerpts, the aim has been to interpret the informants' perspectives on why they use knowledge sources as these are applied within a workplace setting. A hermeneutic approach (30) was used where the research question was the basis for

a reflective interpretation of the theme in focus. Following Kvale (31), the analysis involved increasing levels of abstraction. This analytic process implied a transition from description and conceptualizing, to a more comprehensive understanding (31). To enhance the rigor of the research process all steps have been discussed thoroughly in the research group (ProLearn).

## Results

The nurses utilize various textual knowledge sources as part of their daily work, and the reason seems to crystallize into three themes: To fill in gaps of knowledge, to verify and enhance their performance, and a desire to strengthen their professional repertoire:

1. To fill in gaps of knowledge needed to understand or solve problems at hand

The nurses feel they need to be cautious about new tasks since any mistake may have serious consequences, and they seem to have a pragmatic and problem-solving relation to textual knowledge sources. Unfamiliar medication or medical expressions and diagnosis encountered in daily work made the nurses consult hands-on literature in order to fill in gaps of knowledge needed to understand or solve problems at hand: *'I looked up in a medical dictionary, and read in Clinical Nursing' (textbook), or: 'I looked up in the Medical Catalogue and Guidelines for handling Medications'*. Medical guidelines adjusted to particular needs on the ward are in demand: *'It takes a lot of time to look up in the Medical Catalogue; it does not tell you exactly what you need; can I mix Diural with another medication?'* Their responsibility for handling medications, made them consult Medical Catalogues and guidelines frequently: *'When I dispense medication I'm not familiar with, I need to know how it is prescribed and side effects'*. Details concerning intravenous administration of a particular medication rarely used on the ward made one informant aware of inadequate guidelines, and she informed her superiors.

2. To verify and enhance skills

Various paper and electronic texts are also consulted in order to verify and enhance skills. One of the nurses in our sample was not well acquainted with the use of a particular research based procedure for consciousness-registration of patients suffering from cerebral hemorrhage: Apart from seeking support from the doctor and other colleagues, she had read a text-book and studied the Glasgow Coma Scale scheme. Responsibility for patients with unusual medical diagnoses inspired nurses to consult medical and surgical methods in text-books and on the hospitals intranet. Pain and nausea relief, treatment of head-injuries and wounds are examples of standardized guidelines consulted by the informants in order to enhance their level of performance. Nurses expressed confidence in the procedures displayed on intranet: *'Very well explained; how things are done, what can happen and why'*.

However, they seem, to prefer small-format knowledge sources: *'A handbook in my pocket instead of running to and from the computer'*. Although appreciative of the hospitals' intranet, paper-based sources seem to be more convenient: *'the book is even better, you copy what you need and put it in the patients' folder, ready for use, because you can't always leave the patient'*. They emphasize that knowledge-sources in use are new and updated, preferably evidence-based. In relation to that, another informant explains why a binder is a practical knowledge source: *'So you can exchange (tear out) and replace a new procedure, for instance'*.

3. A desire to strengthen their professional repertoire

The nurses also report on use of textual knowledge sources in relation to more in-depth learning, when time is available. The wish to learn is then linked to a desire to strengthen their professional repertoires, and may have a more general character: *'I notice I have a desire to learn a*

*lot'*. This informant used web-resources in a critical way: *'.....you browse a word and read a bit, but then there is something about the quality, not knowing the author ...'* The need to extend one's knowledge is particularly linked to a more in depth understanding of responsibilities at hand. One example relates to technical equipment used on intensive wards: *'I don't like just to be told what to watch for...Hey, I want to know why! I take a great interest in it....'*

Everyone felt that it was positive to learn new things. 'That there's new things, get out of the usual routine, that there's a research based foundation for what's done'. A patient suffering from a particular syndrome made the nurse look up in a medical textbook: *'How come there is a phase of increased production of urine after a renal failure?'* Particular diagnoses (like diabetes and meningitis) or responsibility for monitoring patients suffering from coronary diseases seem to stimulate them to develop their knowledge, exceeding the need for filling in gaps: *'I would like to get an overview of all side-branches of coronary arteries'*. In doing so, the informant primarily used textbooks about anatomy. Some of them had access to medical search options on internet apart from medical textbooks as sources. One of the informants was frustrated because they are denied access to internet at her workplace, even if they have computers in the patient -room: *'My interest to search for research-based knowledge is waning....'*

Even if time pressure often inhibits in-depth studying at work, some workplaces seem to support professional growth: *'we have a binder on the ward where we collect articles from the internet and from newspapers- new research and methods'*. A concern for particular medical treatment on the cardiac ward involved the nurses in a search for 'best practice'-reports. For instance; *'What we explore now is whether we should cool down the patient or not after a serious heart attack. There is a rapid change of things going on; urging you to update yourself'*. In such cases it is not unusual that relevant articles from journals are posted on the wall in the lunch room. It is not necessarily bedside nurses that look for research-articles themselves. According to our results, it is more commonly done by nurses with a particular responsibility for professional development on the ward (Advanced Practice Nurses). In addition to the doctors, these specialist nurses seem to be responsible for updating procedures in binders and booklets used by the other nurses. One of the informants did however inform how she experienced a lack of a particular procedure on the ward as a motivation to seek relevant knowledge and work out a proper guideline.

## Discussion

### Instrumental utilization of knowledge

Results from the ProLearn study show that nurses are part of a working culture where textual knowledge sources play an essential part, both collectively shared and individually acquired. Consulting textbooks, medical catalogues and digital tools is an inherent part of professional tasks and hospital routines, and as expressed by Estabrooks et al (11), indicates a 'cultures of knowing'. Examples from the data material illustrate why nurses relate to handbooks and binders containing continuously updated, preferably evidence-based procedures. Nurses feel a personal responsibility for updating themselves in accordance with professional demands at work, knowing not only how to perform but also why. The nature of the work (ill patients, fatal consequences of errors, visibility of the job etc), combined with a personal responsibility for ongoing tasks, makes the nurses consult and use different sources of knowledge. Apart from using colleagues as knowledge sources, the nurses utilized manuals, textbooks, internet, medical catalogues, handbooks and binders with procedures. The learning logs in particular, showed that knowledge utilization was often triggered by a procedure to be performed in relation to a patient or a motivation to improve their understanding of the medical case at hand. Even if they knew what to do, they needed to be reassured about their choice (15). Filling in gaps of knowledge and verifying and enhancing skills, resembles an instrumental utilization of knowledge sources in order to comply with demands in specific situations (18). In line with Estabrooks (11) and Khomeiran and Kiger (28) it is essential to tailor theoretical

knowledge to real needs in practice. Utilization of such knowledge sources is, according to Eraut et al.(32), a contextual condition for learning at work, particularly utilized by new nurses as guidelines for actions. Nevertheless, even as more experienced nurses, they seem to make use of information sources often carried in their pockets or in the patient's folder, 'ready to use'. In this context the use of various clinical guidelines seems to function as tools of validation to ensure quality and support their performance, not primarily as problem-solvers in novel situations, as suggested by Benner (16) and Eraut (17). Even as more experienced nurses they frequently seem to engage in a process of self-monitoring that is a balance between feeling competent and feeling uncertain in relation to their own level of clinical competence. They prefer local knowledge sources, adapted to challenges in daily work, updated and practical in use. Even when faced with familiar routine situations, a need may arise to verify and extend one's knowledge and insight. The preference of paper based tools seems to be contrary to Roberts et al. (12) claim that the use of information technology in various electronic forms is a more adaptive knowledge tool.

Interacting with knowledge sources as monitoring devices is, as expressed by Knorr Cetina (20), a safeguard in practice. In addition these processes are usually mediated by new technologies and artifacts. As data indicate this is particularly at stake in addition to medical and technical aspects and procedural performance which occur more often at intensive care units. Even if the informants in the ProLearn study expressed great confidence in procedures displayed on the hospitals intranet, as a knowledge source it was either not sufficiently adjusted for patient care on the ward, or it was inconvenient since it was not at hand. The various paper-based tools seem to be considered both flexible and updated. In line with Estabrooks et al. (25), this is an area that needs further investigation since computers are increasingly taking over as distributors of knowledge in hospital wards.

### Conceptual utilization of knowledge

The nurses also report on their use of textual knowledge sources related to more in-depth learning when time is available. The desire to learn is then linked to a personal wish to strengthen their professional repertoires that goes beyond problem solving and procedural performance. Jensen emphasize that a desire to learn is not only directed by knowledge itself. Motives seem to be closely integrated into a sense of professional duty and the quest for social recognition (21). Experiencing a gap between their present understanding and a potential level of knowledge seems to motivate a conceptual use of knowledge sources, and made our informants look into literature to accumulate knowledge on topics like anatomic features of the heart, particular electrocardiograms, diagnosis and symptoms. A deeper insight may improve their ability to act and argue in a professional way, thus strengthening their identity as professionals and making work more enjoyable.

Working within a setting where medical treatment is central may contribute to the informants underlining of evidence-based practice. Several studies report either barriers to the use of evidenced based knowledge or concern over an unbalanced standardisation of skills, arguing that it will mean an erosion of intuitive and unquantifiable knowledge (12, 13, 26, 29). Our informants did not share this pessimistic vision. On the contrary they were actively looking for formal devices that would help them in improving their work. Actively looking for formal devices that would help nurses in improving their work represents a standardization of professional decision making. These preferences may of course be strong early in their career, whereas the value of experience tends to be upgraded in later phases (33). However, Freidson and Timmermans & Berg, emphasize that handling the balance between discretion and formalized methods and regimes represents a challenge among professionals in to-days society (2, 19). This challenge is also present in nursing cultures (29). Positive attitudes towards evidence-based knowledge-forms among nurses may gradually transform professional work and learning into a more academic style that also mirrors international trends concerning the use of research in daily work.

### Conclusion

Results from our project suggest that the nurses in our study have an active relation to combinations of knowledge sources like textbooks, handbooks and net-based resources as part of their professional performance and development which seems to go beyond meeting formal requirements. The data illustrate the role that an affiliation to more abstract forms of knowledge may play in this regard (21,15). In line with the findings of Estabrooks et al.(8) and Egerod & Hansen (13), our informants seem to have a positive attitude towards research utilization. The reason for knowledge-utilization seems to encompass both instrumental and conceptual purposes (18). This area is in need of further exploration.

### Limitations and recommendations

Based on selected data material, the aim of this article was to illuminate why nurses utilize textual knowledge sources within a workplace setting. The extensive data material allows for various aspects of knowledge-seeking practices and learning at work to be explored. However, future observational studies are required to focus on how referring to knowledge sources interferes with patient care. This is not least important on intensive care units where computers more often are placed near the beds.

### Acknowledgement

The author would like to express her gratitude to the ProLearn group: [www.pfi.uio.no/prolearn/](http://www.pfi.uio.no/prolearn/)

Accepted for publication 8.10.2010

Björg Christiansen, Associate professor, Dr. Polit., Oslo University College, Faculty of Nursing, Postbox 4 St. Olavs pl., NO – 0130 Oslo, Tel.: +4722453738, Fax: +4722453855, E-mail: [bjorg.christiansen@su.hio.no](mailto:bjorg.christiansen@su.hio.no)

### References

1. Elstad I, Hamran T. Et kvinnefag i moderniseringen. Sykepleien mellom fagtradisjon og målstyring. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS;1995.
2. Freidson E. Professionalism the third logic. Oxford: Blackwell Publishers Ltd; 2001.
3. Bjørk IT. Sykehusavdelingen – et miljø for læring? *Vård i Norden*. 2001; 21:4–9.
4. Vareide PK, Hofseth C, Norvoll R, Røme K. Stykkevis og helt –Sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus.Oslo: 2001. SINTEF Rapport STF78 AOI3506.
5. Christiansen B. Good work-how is it recognized by the nurse? *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17: 1645–1651.
6. Byrnes M,West S. Registered Nurses'clinical reasoning abilities: A study of self perception. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2000; 17: 18–23.
7. Lahn LC, Jensen K. Models of professional learning. Exploring the epistemic tool perspective.In: L'Harmattan. *Professional Learning/La formation professionnelle*. 2006. p.63–82.
8. Estabrooks CA, Floyd JA, Scott-Findley S, O'Leary KA, Gushta. Individual determinants of research utilization: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2003; 43(5):506–520.
9. Scott-Findlay S, Estabrooks CA. Mapping the organizational culture research in nursing: a literature review. The Authors. *Journal compilation*. 2006;498–513.
10. Meijers JMM, Janssen MAP, Cummings GG, Wallin L, Estabrooks CA, Halfens RYG. Assessing the relationships between contextual factors and research utilization in nursing: systematic literature review. The Authors. *Journal compilation*. 2006;622–635.
11. Estabrooks CA, Thompson DS, Lovely JJE, Hofmeyer A. A guide to Knowledge Translation Theory. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2006; 26(1): 25–36.
12. Roberts DW, Patel VL, Stone PW, Bakken S. Knowledge content of Advance Practice Nurse and Physician Experts: A Cognitive Evaluation of

- Clinical Practice Guideline Comprehension. In: Park HA et al. editors. Consumer-Centred Computer-Supported Care for Healthy People. IOS Press; 2006. p.476–480.
13. Egerod I, Hansen GM. Evidence-based practice among Danish cardiac nurses: a national survey. *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 51:465–473.
  14. Edgar L, Herbert R, Lambert S, MacDonald J, Dubois S, Latimer M. The Joint Venture Model of Knowledge Utilization: a guide for change in nursing. *Canadian Journal of Nursing Leadership*. 2006;19:41–55.
  15. Lahn L, Christiansen B. Good professional work in accounting, engineering, nursing and teaching. From practice based to research based quality assessment? Forthcoming.
  16. Benner P. From Novice to Expert. California: Addison Wesley Publ. Comp; 1984.
  17. Eraut M. Non-formal Learning and Tacit Knowledge in Professional Work. *British Journal of Educational Psychology*. 2000; 70: 113–136.
  18. Kirkevoid M. Vitenskap for praksis? Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1996.
  19. Timmermans S, Berg M. The gold standard. The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care. Philadelphia: Temple University Press; 2003.
  20. Knorr Cetina K. Sociality with objects: social relations in post-social knowledge societies. *Theory, Culture and Society*. 1997; 14:1–25.
  21. Jensen K. The desire to learn: an analysis of knowledge-seeking practices among professionals. *Oxford Review of Education*. 2007; 33:489–502.
  22. Eraut M, Alderton J, Cole G, Senker P. Learning from other people at work. In: Harrison R, Reeve F, Hanson A, Clarke J, editors. Supporting lifelong learning Volume 1 Perspectives of learning London: Routledge & Open University Press; 2002. p.127–145.
  23. Klette K, Smedby JC. Modes of professional learning. Forthcoming.
  24. Pogorzelska M, Larson EL. Assessment of Attitudes of Intensive Care Unit Staff Toward Clinical Practice Guidelines. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2008; 27(1): 30–38.
  25. Estabrooks CA, O'Leary KA, Ricker KL, Humphrey CA. The Internet and access to evidence: how are nurses positioned? *Journal of Advanced Nursing*. 2003; 42(1):73–81.
  26. Adamsen L, Larsen K, Bjerregaard L, Madsen JK. Danish research-active clinical nurses overcome barriers in research utilization. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 2003; 17: 57–65.
  27. Spenceley SM, O'Leary KA, Chizawsky LLK, Ross AJ, Estabrooks CA. Sources of information used by nurses to inform practice: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*. 2008; 45: 954–970.
  28. Khomeiran RT, Yekta ZP, Kiger AM. Professional competence: factors described by nurses as influencing their development. *International Nursing Review*. 2006;53: 66–72.
  29. Christensen M, Hewitt-Taylor J. From expert to tasks, expert nursing practice redefined? The Authors. *Journal compilation*. 2006; 1531–1539.
  30. Alvesson M, Sköldböck K. *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur; 1994.
  31. Kvale S. *InterView*. København: Hans Reitzels Forlag; 1997.
  32. Eraut M, Maillardet F, Miller C, Steadman S, Ali A, Blackman C, Furner J. What is Learned in the Workplace and How? Typologies and results from a crossprofessional longitudinal study. Nicocia: EARLI biannual conference; 2005.
  33. Lahn, L.C. (2003) Competence and learning in late career. *European Educational Research Journal (online)*, 2., 1, 126–140.

# «In the mountains one feels like a dog off the leash» – Sámi perceptions of welfare and its influencing factors

Hellevi Tervo RN, MNSc, doctoral student – Merja Nikkonen PhD, Docent

## ABSTRACT

The Sámi in Finland have statutory rights that recognize their cultural needs in customer service situations within social and health care. The aim of this study is to describe and understand Sámi's perception of their welfare and its influencing factors. The study is part of an ethnographic research project aiming to examine Sámi health as a cultural phenomenon. The study was carried out using ethnographic fieldwork method in the Sámi area of Finland. The data was gathered by interviews, observation and informal discussion. According to the findings the Sámi who took part in this study have a holistic health view prevalent among indigenous peoples. Nature and environment formed the basis of well-being for the Sámi and their well-being is also inseparable from traditional Sámi livelihoods, values and philosophy.

**KEYWORDS:** Sámi, health, well-being, world view

## Introduction

The aim of this study is to describe and understand Sámi people's perception of their welfare and its influencing factors. The study is part of an ethnographic research project aiming to examine Sámi health as a cultural phenomenon. The study was carried out in the Sámi region of Finland between 2000 and 2009. The Sámi is the indigenous people living as a minority in the northernmost part of Europe. Since the late 20<sup>th</sup> century Sámi people have strived to strengthen their rights in several areas including health care within the majority societies they live. One starting point for the study was the Sámi's statutory right to have their special cultural needs recognized in customer service situations within social and health care (1, 2). This study's first objective is to introduce culture-specific features related to Sámi health and welfare. Its findings will be useful in the development of social and health care services tailored for the Sámi population. Another starting point for the study was general globalization, which has resulted in multicultural societies. To ensure high quality services, a culture-sensitive approach is a prerequisite for social care and health personnel. The second objective is to strengthen cultural awareness in the social and in health care education. Furthermore, the study opens up a new perception on health research among the Sámi, as health seen as a part of everyday welfare by the Sámi themselves has never been studied before. Earlier studies concerning the health have for instance been focused on illnesses and their risk factors (3, 4, 5, 6), causes of death (7, 8) or health behaviour of the Sámi (9, 10). The research methods in earlier studies have been mainly quantitative and the results have often been compared with those of the majority culture and/or other cultural minorities living in the area (3-10).

In ethnographic research context or social framework plays a crucial role in determining the research subjects. The context of the phenomenon consists of the physical environment, actions and interpersonal relationships (11-13). The context of this study is everyday life as lived by the Finnish Sámi in a northern environment as well as the values and beliefs typical to the Sámi culture. The northern living environment forms a unique cultural context to the health behaviour observable in the everyday life of the Sámi (14). The physical living environment is characterised by the elements of northern nature as well as the built environment shaped by economic-technological development. Although the natural environment changes with the seasons it stays fairly unchanged over time, while the social environment and the environment touched by modern change like building of roads and buildings, prove to be ever-changing variables in this context. Modernisation has brought about changes in the structure of traditional liv-

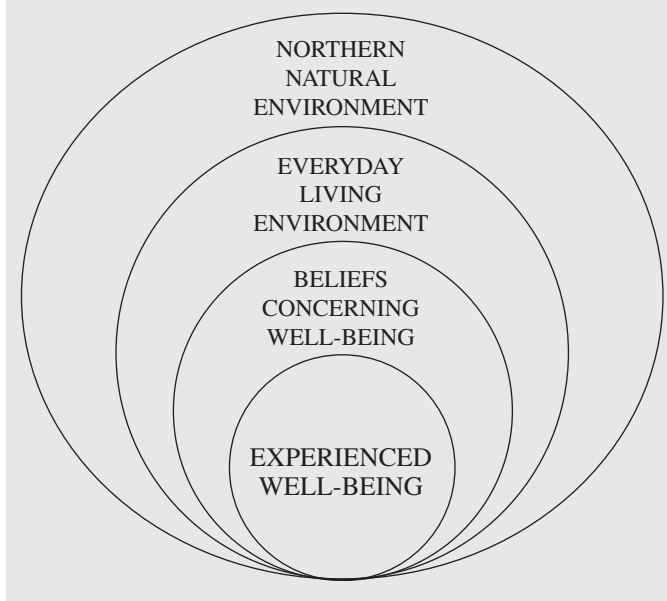
elihoods and their adaptation to governmental regulations. These changes have profoundly shaped the everyday environment and the Sámi way of life particularly in the late 20<sup>th</sup> century (14).

A significant micro-level context of health culture is formed by the values and beliefs of an individual. According to Pentikäinen, a world view is an individual's and the community's 'mirror of the soul', including a person's subconscious and conscious life environment as well as the cohesive consciousness conveyed by people or an ethnic group (15). A person's world view, shaped by values, beliefs and perceptions is manifested in concrete situations in everyday life. Differences in world views may lead to strife and even beliefs about certain groups' supremacy which again may lead to the oppression of another. Awareness of power relations is therefore important to health care professionals working with indigenous peoples (16). The traditional Sámi world view is nature-bound, as is the world view of many other indigenous peoples, where human beings are not viewed as the centre of the universe but a part of nature (15, 17, 18). In the Sámi tradition one strives to keep the balance between humans and nature, as the well-being of both depends upon it. Should the connection between humans and nature be lost and the equilibrium disturbed, human power may be threatened (17). Beautiful, positive thoughts about nature and animals are considered as essential prerequisites for welfare. The nature-bound world view also includes the presence of spirits and deities as invisible forces. The traditional Sámi religion was shamanistic with shamans who believed to have the power to cause illnesses as well as heal the sick (18-20). These pre-Christian elements have persisted until the present day in the Sámi belief system in spite of Christianity gradually having replaced shamanism from the 17th century onwards (15). The modern Sámi world view includes traditional elements such as a flexible lifestyle and living in peace with both people and nature (15, 17, 18).

Health as a research target is a vast and complex field. According to Weidman, health as a cultural phenomenon includes both a cognitive dimension which includes concepts, values and beliefs related to health and social structures (21). In this study health is seen as a holistic state of well-being significantly impacted by a person's physical environment and environment for growth. The concept and experience of health is related to the perception of the world in the community, which is handed down from one generation to the next through a continuous learning process (22, 23). Figure 1 presents the theoretical base of the study.

This study is part of a research project observing Sámi health as a cultural phenomenon with the objective to describe well-being as an everyday experience. The research questions are as follows:

**Figure 1. Health as a cultural phenomenon (design by first author).**



1. What effect does the northern natural environment have on the experienced well-being of Sámi?
2. What factors in the social environment influence the experienced well-being of Sámi?
3. What beliefs concerning well-being do the Sámi have?

#### Data and methods

The study was carried out using ethnographic fieldwork method (24, 25) in the Sámi area of Finland. The researcher (first author) aimed to find cultural features in health related issues and to understand health from the Sámi point of view by actively taking part in their everyday life.

#### Informants

There were two basic criteria for the inclusion of interviewees: 1. The person should be a Sámi who permanently lived in the Sámi area and 2. make his/her livelihood totally or partially from reindeer herding. 13 interviewees were included in the study. Of these 13, twelve were interviewed during the main field-work period and one at a later date. The researcher became acquainted with the last interviewee when she was teaching in the Sámi area between 2003 and 2006. Most interviewees were chosen personally by the researcher after making their acquaintance in the early stages of the research project. All but three informants were known to the researcher before the interviews were conducted. These three had been invited to take part in this study by a contact person with whom the researcher stayed during her fieldwork. Six women, seven men, aged 43–84, with a mean age of 58.5 years, were interviewed. Six were or had been reindeer herders, three were self-sufficient farmers and two worked or had worked in the public sector.

#### Data collection

The fieldwork commenced with visits of approximately three days and included long-term stays later. The researcher lived altogether 15 months in the Sámi area, including home stays of three days up to three weeks in four homes. The stays aimed at obtaining a holistic view of the everyday life, functions and lifestyle of the Sámi through personal experience. Multi-phased fieldwork also enabled gradual familiarization with the environment and the interviewees. Also, the researcher strived to understand and even acquire the informants' point of view about the research issues through personal experience (24, 26).

The data was gathered by interviews, observation and informal discussion. The interviews were themed on the basis of literature and the

first fieldwork periods. Themes formulated from the preliminary interview results formed a basis for the final interview, which primarily aimed to ensure the validity and relevance of the interview results (27).

Observation and informal discussions about health and well-being were used as supporting methods for the interviews. During the interviews, observations were made for instance of the way (tone of voice, expressions, gestures) the interviewee talked about personally significant issues. The field notes include a description of a 84-year-old male very emotionally telling about his wife, who was taken in long-term care, and telling how important his family, wife and other people were to his well-being. His tone of voice was noteworthy, as he said: *«It is no good for a human to be alone.»* This observation with notes thereof helped in the analysis phase when family and friends were formulated as one of the factors in everyday well-being. During the interviews, observations were also made of the basic needs of the interviewees; living, nutrition, clothing, exercise and social interaction, for instance. The observations made during interviews were written down as field notes, which were further elaborated into summary notes.

In addition to observation, informal discussions on health and well-being functioned as supporting methods for the interviews. Informal discussions took place during everyday chores (reindeer feeding, lichen collection, ear marking in summer, preparing handicrafts). With 5 informants the informal discussions occurred several (1-10) times. In addition to the interviewees the topic was discussed with altogether six other informants. Furthermore, well-being and related issues were discussed in group situations. For instance, the researcher was invited to take part in an outdoor day for the local association for the retired. There were 12 participants in the event, of which seven were Sámi. Well-being was a topic of discussion, and notes made of the event supported the importance of social interaction, outdoor life and happiness in the experience of well-being.

#### Analysis

Interview data was analysed using ethnographic content analysis (11,27-29). Personal reflection formed the core of the analysis with the main research question «what is health as a phenomenon in Sámi culture?» as a guide. Data gathered with all methods was reflected in relation to the set research questions.

Interviews were listened to and transcribed verbatim as soon as possible afterwards. The average duration of an interview was 1 hour 38 minutes. As some interviews took as long as 4 hours, including private talk, a decision was made not to transcribe private talk. When all interviews were made and transcribed, the tapes were listened to several times to form an idea of the material as a whole. Consequently, the data was reduced, classified and themed. Notes and note summaries from observation and informal discussions supported the analysis of interview data; they were read and contrasted with the interview data in all stages of the analysis. (11,27).

Table 1 presents an example of the progress of analysis.

#### Validity

In the planning stage of the study, the main concern was how to ensure validity. The researcher was entering a strange environment and culture. Furthermore, the issue of majority and minority was present in researcher – interviewee relationships (see 30). Ethnographic fieldwork method was regarded a possibility for obtaining validity data. The crucial element in ensuring validity was thorough preparation for the fieldwork, which included visits to the Sámi area and discussions about the aims and meaning of the study with several representatives of Sámi culture. Preliminary work also included studies of Northern Sámi language and culture to give the researcher background information of the Sámi, their history and culture. In cultural studies it is considered very useful for the researcher to know what historical events lie behind the present day (27). Several field notes prove that this background information helped the researcher in establishing confidential, interactive relationships with the people in the area and the interviewees in particular.

Validity was also ensured by the multi-phased and long-term nature

**Table 1. An example of the progress of analysis**

| The study question                     | Original expressions   | Reduced expressions  | Subcategory     | Main category/ theme |
|--|--|--|-----------------|----------------------|
| <b>How is daily well-being formed?</b> | I have never been dependent on anyone<br>To be free... independence<br>you can make the way you will...<br>that you can make your own decisions  | independence<br><br>to be free<br><br>independent decision making                            | autonomy        | <b>Beliefs</b>       |
|  | I thought then I will get through this...  | trust in one's own power   | self-confidence |                      |
|  | All things are left behind when you live along...<br>I thought about other things...<br>I take things as they come...  | to give time to things<br>to look forward  | keeping balance | <b>well-being</b>    |
|  | I have a happy personality<br>have always had...<br>I don't take in the world's worries...<br>To cheer oneself up...<br>To be a bright person...   | to keep a happy mind<br><br>to live without worrying excessively<br>to cheer oneself up      | happy spirits   |                      |
|  | What God does, I will settle for...<br>My mum taught me, and I myself believe<br>that it helps to think that it was meant to be like that.<br>I don't worry about things that<br>I can do nothing about...<br>Faith is important. it gives strength... | settling for God's will<br>a human cannot control everything<br><br><br>faith gives strength | higher force    |                      |

of gathering data. Environment was initially observed, followed by making acquaintance with the interviewees and the interviews were made last. The researcher was able to make observations during a substantial time period and repeatedly observe the informants and lead discussions in contexts, due to stays of different lengths during several years. Use of multiple data gathering methods also ensures validity.

Preliminary results were tested and reaffirmed with the help of one additional interview. The findings section includes authentic expressions of the interviewees, which allow the reader to evaluate the conclusions with the original material.

### Ethical considerations

This study was carried out by interviewing and observing Sámi people in their homes, in their everyday living environment. Hence no official ethical board has discussed the research plan. As the target of this study was an indigenous people with a minority status, the research plan was, for ethical considerations, taken to the Finnish Sámi Parliament for a statement. The Sámi Parliament recommended contacting Sámi social and health care association (SámiSosTer), which gave an approval to the research plan.

When a central tool in producing information is the researcher herself, the greatest ethical challenge is the relationship between the researcher and the interviewees (26, 27). An element of minority and majority was present in this study. In the late 1990's, in the planning phase of this study, there was an ongoing scientific debate on who has the right to study Sámi and who may produce reliable data. The researcher met this challenge by discussing with Sámi two researchers and two representatives from health care as well as obtaining a statement concerning the research design from the Sámi social and health care association, which aims to develop Sámi social and health care services. The researcher also had contact and discussions with the board members of this association about the study in later stages of the project. She became aware of the power relations by analysing her own preconceptions of the Sámi and by studying the stereotypes related to Sámi people.

Taking part in the interviews was voluntary. The interviewees were told the subject, aim and data gathering methods of the study. Everyone gave permission to be photographed in their everyday environment. The photographs are not published in this article, but they have been used in the analysis stage. Looking at the photographs brought the atmosphere of the interview situations to mind.

During the fieldwork period, some permanent friendships with the interviewees were created. The quality and significance of these relationships from an ethical viewpoint are discussed in the field diary. New friendships are characteristic to ethnographic research and there is no need to deny them (26, 27). The use of active observation also posed challenges. In some instances the researcher remained unsure of whether the informant was aware that the researcher was taking notes for her study. As the aim of the researcher was to acquire the informants' point of view by being a natural part of the community, the role of the researcher was not emphasized and reminded of in all situations.

### Findings

#### Health as experienced by the Sámi

As a result of the interview analysis, the interviewees' experience of their health and influencing factors were divided into three main categories: 1. the impact of the northern natural environment on the experienced well-being, 2. the everyday living environment as a factor in well-being, and 3. beliefs concerning well-being.

#### 1. The impact of the northern natural environment to the experienced well-being

The natural environment and outdoor living were essential elements in the well-being of the informants – the most important for many. Being outdoors was more natural than being indoors, as one interviewee put it: «*You sort of wake up when you go out and see far away.*»

If a person for some reason had to stay inside for a longer time, for instance sowing reindeer skin shoes, s/he would experience an uncomfortable, fusty feeling. Both men and women gained great pleasure and happiness from working and merely being outdoors. Outside they felt they could breathe more freely and a person would experience a liberating feeling, which resulted in happiness: «*This pine forest is choking me, I need to get up into the mountains.*»

To go into the mountains was experienced as a wholesome change, with freedom as one of the central feelings. Life in the mountains did not have the limitations of the outside world and one could stretch one's limits and put one's personal resources to the test: «*You are in there (the mountains) like a dog off the leash. You kind of make a total u-turn when you get to the mountains ... There you may test yourself, see what you are capable of.*»

Sleeping outside by the fire, in a wooden lean-to shelter, was experienced as total rest. Nature was seen to have a healing effect even when well-being was threatened: «*Looking at the forest lifts your spirits ... I feel at peace in the shelter.*» All senses were open to receive nature's healing power, which can be noticed in the following comments: «*When you look at and experience nature, you experience it with all your senses ... then a person is in the real world ... If I make a sound and nature responds ... the elements of recovery ... My dad and my uncle gave me the advice that if I get sick I should go to the forest.*» In the dark winter period nature was also seen as a source of light.

The interviewees did not find that the changes in the natural conditions as the seasons turned, for instance the changes in the amount of light, had any effect on their well-being: «*You live each season at its time. Spring fatigue is a strange thing ... I have heard some people talk about it.*» In this northern environment people adapt to their natural environment both physically and psychologically. Even the concept of polar night was met with amazement: «*What polar night? That is a Finnish invention.*»

In spite of this some of the older people said that the decrease of light in the autumn and winter seasons had started to have an impact on their mood with age. Some interviewees held that persons with more delicate mental health may have more symptoms when the light diminishes: «*Now that I've become old and lonely, autumn is a hard time for me ... I knew nothing about this earlier ... There are people with depression ... lightness and darkness ... it reinforces the symptoms. When the ice breaks up – you feel bad and you lose your grip.*»

## 2. Everyday living environment as a factor in well-being

Work, family and social interaction were seen as essential building blocks of well-being in everyday life. Work and work-related physical exercise were perceived as basic to well-being: «*One must be active ... There is always something to do. If there's no work, you may really wonder what to do with your time...*» If you go and lie down this will shorten your steps.» Physical exercise produced a feeling of happiness and joy: «*The passion for work and to derive pleasure from work ... the pleasure of doing.*» The work referred to was wage-labour, a part-time job or everyday household chores. The content of a person's work tended to vary with the seasons, and could include fishing, feeding reindeer, hunting willow grouse, maintaining fishing nets, repairing reindeer pasture fences, preparing food, and producing handicrafts. Especially traditional Sámi handicrafts brought happiness. Typically to the area, also older, retired people kept reindeer and were responsible for their feeding. Reindeer feeding formed a meaningful structure to their day. Merely looking at the reindeer out of the living room window brought pleasure and happiness to these elderly people. Only when necessary were tasks done indoors as pleasure and joy came from physical exercise through working outdoors. «*It feels like punishment if you can't do something outside, in the fresh air.*»

Most interviewees gained their livelihood entirely or partly from reindeer herding or self-sufficient farming, which are cyclic in nature. The cyclic nature of the work meant having to adapt to the various seasons, which again had an effect on well-being. As told by one interviewee: «*When one work session ends, you simply have to catch up on your sleep and get going again before the next work session starts.*» The day's work was determined that morning. The content and timing of the work were shaped by the day's weather and the worker's health status. The interviewees had learned that the environmental conditions define both the content and the timing of their work. No one could determine tomorrow's work the day before: «*We live one day at a time... in the morning we'll see what the day's work brings.*»

Older people found it meaningful and important to their well-being to be where others gathered together, even when they did not actually take part in the action – reindeer round-ups, for instance. «*I must get to the reindeer corral.*» Following the ear-marking and being together with the others in one's group at the reindeer corral

brought joy into their lives. One interviewee told about an accident, which caused him to miss ear-marking that year. As a result, the rest of the year did not feel right – something essential for well-being had been missing that year.

In addition to work, family and close relationships contributed to well-being in everyday life: «*Home, work and healthy children ... Family of course, for them to be healthy.*» Well-being meant «*being where the other people are ... you gain strength from people around you.*» The health and well-being of family members was part of one's own well-being. The connectedness between grown-up siblings was very close. One could enter a sibling's home as if it was one's own. When someone entered a house and found the family at dinner, they would naturally join them. The children were brought up to take responsibility for their own actions. «*I let it (the child) bring itself up, I wasn't looked after myself*», one interviewee tells. Parents had received the necessary advice about life through their parents' good example and they expected their own children to learn from their example: «*When she (daughter) sees how I become changed when there (in the mountains), she will learn for herself.*»

## 3. Beliefs concerning well-being

Feelings of freedom and independence formed the basis for well-being. To be able to think and act according to one's own thoughts and feelings without any outsider making decisions for the individual or family was experienced as well-being: «*To be free... independence, in the way that you can make your own decisions... I have never been dependent on anyone.*»

Well-being was seen to be more connected to a state of mind than physical experience. Happy spirits and self-stimulation were well-being at its best: «*When you have a happy mind... To cheer oneself up... I have a happy personality, have always had ... when you don't give in to it (illness) ... To have such a personality ... to be a bright person ... I don't take in the world's worries ... I live for today.*»

Physical well-being included good food and functional capability: «*To eat well and to be able to move.*» Only one informant defined health as being free from all ache and ailment.

The thoughts of an individual and of the community at large held an important role in causing a disease as well as healing it. One interviewee described it as follows: «*Interaction between people might be the most important thing in health ... evaluating and valuing things as nothing creates an atmosphere which makes both community and its individuals ill ... A person never gets ill alone, it is through being with others or by others ... To become ill means denying your health.*»

When circumstances change, for instance when illness or in other crisis situations occur, such as the death of a close person or a divorce, the faith in survival and a higher force gave the strength to maintain well-being: «*I thought then I will get through this ... my Mum has taught me to think that it was meant to be this way ... It is predestined for everyone of us.*»

The attitude towards illness was such that one should not dwell on worries and setbacks but to give them their time and move on: «*All things are left behind when you live along ... I didn't let myself get down, I thought about other things ... I take things as they come ... If I start whining, it will not get better... I don't worry about things that I can do nothing about.*»

Every incident related to well-being was considered to have a deeper meaning. One interviewee told me: «*As my mum taught me, and I myself believe that when there is a setback, it helps to think that it was meant to be like that.*» Although only one interviewee openly told about her relationship with God and the omnipresence of God, most interviewees thought they believed there was a higher force, against which humans cannot fight. «*There must be someone giving us strength – from somewhere higher ... What God does, I will settle for ... Faith is important ... it gives strength ... good spirits.*»

## Discussion

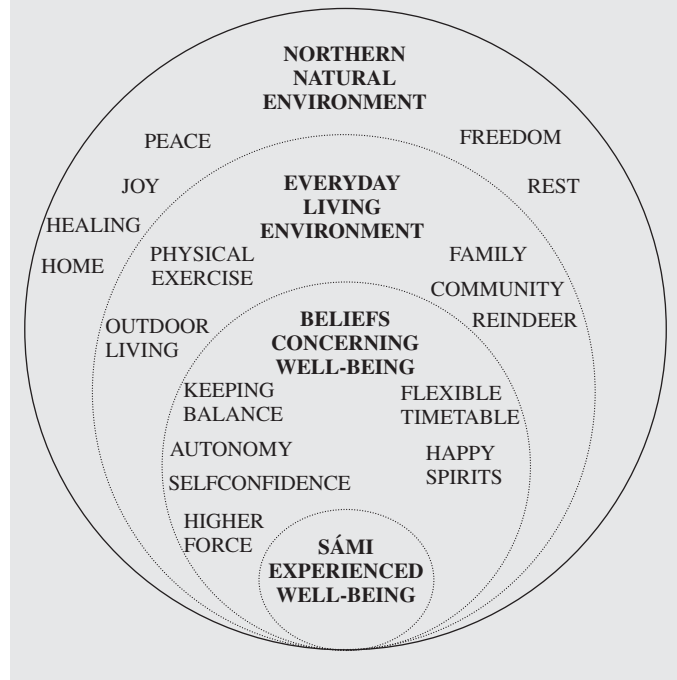
According to Wheatley (31), environment and health are inseparable in the life of indigenous peoples. The findings of this study support this, as nature and the interviewees' everyday living environment formed the basis for their well-being. The northern natural environment meant joy, freedom, healing and rest. Spending time in the nature surrounding them and being in the mountains enabled people to be their true selves. Being in the mountains felt like being liberated from all their chains – including the ones brought on by the Western way of life and being a wage-earner working for someone else.

The natural environment had a special impact on the interviewees' mental well-being. Nature was where they felt at home. The connection between nature and experienced well-being was evident in this data in the same way as described by Johannes Turi and Jelena Sergejeva. Turi wrote about the close relationship between the Sámi and nature in the 1920s: «When a person is in a good mood and things go well, he sees a happy landscape. And when he is miserable and sad, he sees the landscape crying, all its rocks and trees and everything crying like himself» (19). According to Sergejeva, nature may be experienced as power. The well-being of both nature and humans is dependent on their mutual relationship. To the Sámi, nature is much more than a source of livelihood or an object of interest; it is home, lifestyle, ethnic history and future (17, 19). Earlier studies show that the decrease in natural light during autumn and winter in the high north may cause low spirit, fatigue and even depression (32). In this study, however, seasonal changes in the amount of light did not have a significant impact on well-being. The polar night was even described as an invention by outsiders (Finnish people). However, some interviewees had observed seasonal changes in their mood at an older age. The data found in this study is too limited to claim a correlation between age and the impact of the amount of natural light on one's mood.

In addition to the natural environment, this study indicates that the Sámi population's well-being is inseparable from traditional livelihoods and lifestyle based on ecological, organic living. The findings of this study reveal the crucial influence of family, community, physical exercise, outdoor living and flexible schedules on the well-being of Sámi. This is consistent with the findings of Jávo et al. who studied family values and parental practices and suggested that the Sámi have an extended concept of family and that children are raised to be independent and strong, even hardy (33). Studies describing the quality of life of Sámi reindeer herding families (34) and the health concept of Cree and Inuit (35-37) also point to the impact of physical action and activity on experienced well-being. A study of the health status in the Sámi population revealed that diminished physical activity due to technological development has resulted in poorer physical condition and an increase in BMI (body mass index) and blood lipids (38). Based on the findings of this present study the researcher will suggest that it is crucial to the well-being of Sámi living traditional lives to be able to live in the present, without meticulous plans for or worries of the future. Some interviewees were forced to live a planned and scheduled life due to work. For them, opportunities to return to the Sámi rhythm of life brought a special experience of well-being. Perhaps for people living in a multicultural society, one's native culture is crucial to well-being. Reindeer were also an essential part of well-being. Reindeer were highly respected; they were both the content of everyday life and the chance to be in other people's company. Reindeer had a special meaning to the older generation in particular. The feeling of seeing reindeer and following reindeer-related work was described as joy.

According to these findings, the interviewees' experience of health reflect the traditional Sámi values and philosophy, which include the need for autonomy and independence in decision making on one hand, and the limited powers of a human being in health-related matters on the other hand. Well-being was defined as an opportunity and ability to make decisions concerning everyday life. Well-being was experienced as mental rather than physical. This idea is also characteristic to other indigenous peoples (35-37). In illness or other crisis situations

**Figure 2. Sámi people's perception of their welfare and its influencing factors**



humans were regarded as having limited powers and a higher force had the power to make decisions. Becoming ill always carried a meaning in people's minds. A strong faith in survival and maintaining a happy spirit were important means of healing and promotion of health.

## Conclusions

The health concepts of indigenous peoples are different from those of Western biomedicine: health is a holistic and context-bound phenomenon with little attention given to the absence of disease on the individual level (16, 35, 36).

Figure 2 presents the interviewees' perception of their welfare and its influencing factors based on the findings of this study.

As a summary, the Sámi taking part in this study have a holistic health view common among indigenous peoples. Despite the constant changes in the environment and social structures, the perception of health connected to values and living environment, remains virtually unchanged in people's minds.

The main object of the study was to find culture-specific features of the Sámi experience of well-being to use that information in the development of social and health care services. Perhaps even the knowledge of culture-specific issues, such as the sense of community among Sámi or the flexible concept of time could promote understanding in different service situations or even help to make actual changes in practices within the field of health care? One may ask whose values are prioritized when models of practice are created or the content of services is planned. A start for development work could at least be a discussion about how the values and principles of the current service system relate to the results of this study.

The research method and the small number of interviewees from only one Sámi group does not allow generalizations of the whole ethnic group to be made. Despite of this, the chosen method has given a voice to individual Sámi people, which has remained almost unheard in previous studies concerning Sámi health and well-being.

## Acknowledgement

The authors would like to thank Ludger Müller-Wille for editorial assistance and constructive comments while preparing the final manuscript.

Accepted for publication 16.11.2010

Hellevi Tervo, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing Science, University of Eastern Finland, Kuopio, Finland.

Merja Nikkonen, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing Science, University of Eastern Finland, Kuopio, Finland

Author to whom requests for reprints should be directed: Hellevi Tervo, Perunkajärvi, itäpuoli 801, FIN-96900 Saarenkylä, Finland, Phone: +358 40 7440929, E-mail: hellevi.tervo@lao.fi

## References

- Act 1086/2003 Sámi Language Act.
- Välilmaa A, Laiti-Hedemäki E. Birge ja Eale Dearvan. Saamelaisten sosiaali- ja terveyspalveluprojektin loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1997:25. *The final report of a project concerning Sámi social and health care services*. Publications of Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki 1997.
- Ringstad J, Aaseth J, Johnsen K, Utsi E, Thomassen Y. High Serum Selenium. Concentrations in Reindeer breeding Lappish Men. *Arct Med Res* 1991; 50:103–106.
- Näyhä S, Sikkilä K, Hassi J. Cardiovascular Risk Factor Patterns and their Association with Diet in Sámi and Finnish Reindeer Herders. *Arct Med Res* 1994; 53 ( 2): 301–304.
- Kvernmo S. Mental Health of Sámi Youth. *Int J Circumpolar health* 2004; 63 (3): 221–234.
- Nystad T, Utsi E, Selmer R, Brox J, Melhus M, Lund E. Distribution of apoB/aboA-I ratio and blood lipids in Sámi, Kven and Norwegian populations: the SÁMINOR study. *Int J Circumpolar health* 2008; 67–81.
- Soininen L, Pukkala E. Mortality of the Sámi in Northern Finland 1979–2005. *Int J Circumpolar health* 2008; 67 (1): 43–55.
- Sköld P, Axelsson P. The northern population development; colonization and mortality in Swedish Sámi, 1776–1895. *Int J Circumpolar health* 2008; 67 (1): 27–42.
- Spein AR, Sexton H, Kvernmo S. Predictors of smoking behaviour among indigenous Sámi adolescents and non-indigenous peers in north Norway. *Scand J Public Health*. 2004; 32 (2): 118–29.
- Spein AR. Substance use among young indigenous Sámi – a summary of findings from the north Norwegian youth study. *Int J Circumpolar health* 2008; 67 (1): 122–134.
- Roper JM, Shapira J. *Ethnography in nursing research*. Sage Publications Inc, London 2000.
- Atkinson P, Coffey A. Revisiting the relationship between participant observation and interviewing. In: Holstein, J & Gubrium J. (eds) *Inside interviewing*. New Lenses, New Concerns: 415–428. Sage Publications, London 2003.
- Geertz C. *The Interpretation of Cultures*. Basic Books. New York, 1993.
- Tervo, H, Müller-Wille L, Nikkonen, M. Health Culture within the Context of the Northern Environment. *Int J Circumpolar health* 2003; (62): 167–181.
- Pentikäinen J. *Saamelaiset Pohjoisen kansan mytologia. Sámi people. Mythology of a Northern People*. SKS. Karisto OY:n Kirjapaino, Hämeenlinna 1995.
- Arnold OF, Bruce A. Nursing Practice With Aboriginal Communities: Worldviews. *Nursing Science Quarterly*, 2005;(18 )3: 259–263.
- Sergejeva J. Ihminen ja luonto kolta- ja kuolansaamelaisten maailmankuvassa, *Humans and Nature in Skolt and Kola Sámi Worldviews*. University of Helsinki, Department of Comparative Religion. 1997.
- Helander E. Saamelaisten maailmankuva ja luontosuhde. «*The Sámi Worldview and Relationship with Nature*», In: Seurujärvi-Kari I, ed. *Beaivvi mánát. Saamelaisten juuret ja nykyaika. Sámi past and present*. Helsinki: SKS; 2000;171–182.
- Turi J. *Kertomus saamelaisista*. WSOY, Porvoo 1979. English version: Turi J. *Turi's Book of Lapland*. Harper & Brothers, London 1931.
- Hultkrantz Å. The Shaman and Medical Care: The case of Sámi Noaidi. *Arct Med Res* 1988 (1): 291–295.
- Weidman HH. Research strategies, structural alterations and clinically relevant anthropology. In: Christman NJ, Maretzki TW, eds. *Clinically Applied Anthropology*. D. Reidel Publishing Company, Boston, U.S.A. 1982: 201–204.
- Spector RE. *Cultural Diversity in Health & Illness*. Appleton & Lange. Stamford, ST. 1995.
- Reynolds-Turton CL. Ways of Knowing about Health. An Aboriginal Perspective. *Advances in Nursing Science* 1997; 19 (3): 28–36.
- Davies CA. *Reflexive Ethnography. A guide to researching selves and others*. Routledge, London 2003.
- Bailey CA. *Guide to qualitative field research*. Thousand Oaks, Pine Forge Press, California 2007.
- Lipson JG. The Use of Self in Ethnographic Research. In Morse JM. (ed) *Qualitative Nursing Research: A contemporary Dialogue*, Aspen Publishers, Inc. Rockville, Maryland 1989:61–75.
- Atkinson P, Coffey A, Delamont S, Lofland L & Lofland L. ( eds) *Handbook of Ethnography*. Sage Publications, London 2007.
- Leininger M. Ethnography and Ethnonursing. Models and Modes of Qualitative Data Analysis. In: Leininger, M.(ed.) *Qualitative Research Methods in Nursing*. Grune & Stratton, 1985, London.
- Palmu T. Kenttä, kirjoittaminen, analyysi –yhteenkietoutumia. *Fieldwork, writing and analysis intertwined*. In: Lappalainen S, Hynninen P, Kankkunen T, Lahelma E & Tolonen T. (eds) *Etnografia metodologiana. Lähtökohdista koulutuksen tutkimus. Ethnography as a Methodology. Research of Education as a Starting Point*. 137–150. Osuuskunta Vastapaino, Tallinna 2001.
- Tervo H, Nikkonen M, Müller-Wille L. At the interface between two cultures – an analysis of the preparation for and data collection in ethnographic research. *Vård i Norden* 2005; 25(3):24–28.
- Wheatley MA. *Aboriginal Health and Environment*. Arctic Medical research 1994; 53 (2): 265–267.
- Saarijärvi S, Lauerma H, Helenius H, Saarielto S. Seasonal affective disorders among rural Finns and Lapps. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 1999; 99 (2) : 95–101.
- Jávo C, Alapack R, Heyerdahl S, Ronning JA. Parental Values and Ethnic Identity in Indigenous Sámi Families: A Qualitative Study. *Family Process* 2003; 42 (1): 151–164.
- Daerga L, Edin-Liljegren A, Sjölander P. Quality of life in relation to physical, psychosocial and socio-economic conditions among reindeer-herding Sámi. *Int J Circumpolar health* 2008, 67(1): 8–26.
- Shea E. The Concepts of Health of Young Inuit Adolescents. *Circumpolar Health* 90 1990: 309–312.
- Adelson N. «Being alive well»: The praxis of Cree Health. *Circumpolar Health* 90 1990: 230–232.
- Bjerregaard P, Young TK. *The Circumpolar Inuit: health of a population in transition*. Special-Trykkeriet Vibor a-s. Denmark. 1998.
- Edin-Liljegren A, Hassler S, Sjölander P, Daerga L. Risk factors for cardiovascular diseases among Swedish Sami – a controlled cohort study. *Int J Circumpolar health* 2004; 63(2):292–297.

# Unmet information and communication needs in the intermediate recovery from coronary artery bypass surgery

Randi Martinsen, Cand.san, RN – Anne Moen, Dr. polit, RN

## ABSTRACT

**Aim:** This paper draws attention to information and communication needs reported by convalescents in the intermediate recovery period following coronary artery bypass graft (CABG).

**Background:** CABG is a common surgical procedure to treat coronary heart disease (CHD). For successful recovery convalescents are encouraged to engage in a set of activities to regain health and a 'sense of coherence'.

**Methods:** In this descriptive-exploratory study, ten informants (6 women and 4 men) were interviewed three months post-CABG. Data were analysed by content analysis techniques, and synthesised as core themes.

**Findings:** Undergoing CABG is indeed a challenging experience that influences the 'sense of coherence' in the everyday living and recovery process. The analysis revealed three core themes: 'The drama', 'Unexpected challenges' and 'Information experiences' and point to existential issues in addition to just physical healing. The information provided by health care providers largely focus on physical healing, also in the immediate recovery period. Based on our findings, we suggest that information and teaching resources should cover a more extensive recovery period, and recognize each phase's special challenges for daily living and 'sense of coherence' as the recovery progresses.

**KEY WORDS:** sense of coherence, coronary artery bypass graft (CABG), communication needs, information, recovery experiences, descriptive-explorative approach

## Introduction

Coronary artery bypass graft (CABG) is a common surgical procedure for CHD (1). Compared to less invasive treatments, such as lifestyle modifications, or percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA), undergoing CABG is a more challenging experience (2) that influences well-being before and after surgery (3).

CABG convalescents are expected to incorporate sophisticated regiments into their daily lives as they manage their own recovery. During preparation for surgery and the few days of hospitalization after surgery, the convalescent receives large quantities of information: verbal and written. This includes information about the procedure, the wounds on the sternum and legs, the sternum incision, and specifically, temporary activity restrictions during the immediate recovery period. During the immediate recovery, the convalescent's capacity to comprehend, process, and incorporate new information is most likely constrained, and their attention is not paid towards learning and information processing (4). The amount and timing of given information are significant, and capacity to comprehend can influence the 'sense of coherence' (5).

Much of the pre- and post-surgery information explains the procedure, specifically self-monitoring in the immediate recovery and recommended lifestyle changes, such as smoking cessation, 'healthy eating' and 'regular exercise' (6). Lifestyle changes are usually required to fully benefit from CABG and to reduce symptoms that may require additional treatment. Convalescents may experience anxiety and symptoms of depression in this early recovery period (1,7).

In addition, 'the heart' carries a significant, existentially oriented meaning to many of us. The capacity to comprehend; process the relevance of or evaluate the usefulness of provided information can be inhibited (1,4,7). Hence, convalescents can report information dearth and a lack of information following CABG (8).

During the recovery from CABG, convalescents monitor their own healing and are encouraged to adopt sophisticated regiments for secondary prevention as part of their daily routines. Recovery experiences alter during recovery (3,9). Women report setbacks from unexpected muscular pain in the chest and problems with maintaining recommended activity levels after surgery (10,11,12). Men can experience the recovery process more smoothly than women, and they attri-

bute this to family support, especially from a wife, partner or significant other (10).

According to Antonovsky's salutogenic model (5,13), the individual's experience of comprehensibility, manageability and meaningfulness is a core premise to handling every day situations. A convalescent's 'sense of coherence' is likely to influence his ability to engage in recovery management on a daily basis, as he incorporates recommendations for secondary prevention of CHD. Acknowledging that CABG recovery may be challenging, this study was theoretically inspired by attention, patient education (4) and 'sense of coherence' (5). We have only identified previous studies setting out to measure SOC as an aspect of assessment of quality of life studies following heart surgery. To the best of our knowledge, there are no previous studies applying this construct to elaborate challenges the convalescents are facing in the intermediate recovery period. To better understand recovery challenges and information needs during CABG recovery, we need to elicit the CABG convalescents' information and communication needs in the intermediate recovery period.

## The aim

The aim of this paper is to draw attention to information and communication needs reported three months post-surgery following coronary artery bypass graft, elaborated by the following research question: how do CABG convalescents experience their needs for information and communication to meet day-to-day challenges three months post-surgery?

This study is a part of a larger study with the overall objective to better understand convalescents' and family members' evolving information and communication needs when recovering from CABG, and to explore opportunities for customizing web-based patient learning resources for CABG recovery that better match challenges of daily living (14).

## Materials and methods

This study has a qualitative, descriptive-exploratory design (15). We used semi-structured interviews to collect data about recovery challenges and information and communication needs three months after

CABG. The findings presented here are from ten informants (6 women and 4 men), aged 45 to 64 years, and we interviewed them three months after CABG surgery.

The semi-structured interview guide included questions to elicit experiences about

- CABG recovery, healing and strategies to manage encountered experiences
- recommendations for secondary prevention
- preparation for recovery, information and teaching approaches (seen in hindsight)
- peer-to-peer contact, participation in recovery programs, etc.

The interviews took place from November, 2003 to February, 2004. All informants were interviewed in their homes and each interview lasted for about one hour.

**Ethical consideration**

Following approval by the Regional Ethics Committee for Medicine (REK II) in Norway, the staff at the heart clinic recruited convalescents who had undergone CABG just once and lived in the counties closest to the clinic in order to participate in the study. Those willing to participate were then contacted to schedule the interview. All participants signed a consent form before the interview.

**Data analysis**

All interviews, except one, were tape-recorded and transcribed verbatim. In one interview, the informant had reservations about tape recording, so the researcher only made notes during this interview. For the analysis, each transcript was read for general impression, and then the meaning units as manifest and latent content were identified, condensed and coded. The codes were then systematized and abstracted into core themes (16). An example of the process is provided in Figure 1.

Each researcher read all the interviews for general impression, condensed and coded the transcribed text to identify core themes. To strengthen the rigor during the analysis process both researchers discussed the coding and agreed that the identified themes reflected the informants' experiences.

**Findings**

In this group, the female informants were 45–64 years old, with a mean age of 58 (n=6). The male informants were 52–53 years, with a mean age of 52,6 (n=4). When interviewed, all informants were still on sick leave. Except for two females, they all expected to resume their work shortly after the procedure.

From analysis of the collected data, three core themes emerged, and we labelled them 'the drama', 'unexpected challenges' and 'information experiences'.

**The drama**

The drama included contemplations about existential questions of life in general, life expectancy and survival. Five of the female informants talked explicitly about the CABG surgery as a *dramatic* experience. Recovery experiences like unexpected return of chest pain, although different than experienced pain before the CABG surgery, triggered reflections. For example, they compared their present life to the past, reflected about the future, and what life could have been if surgery were not available. Talking about such experiences was quite specific, as one of the informants shared:

".. I do not think I have fully understood [...] until the last two weeks what I have gone through [...] All of the sudden, I kind of realize that they [literally] held my heart in their hands" (#9).

Experiencing existential challenges like this example came as a 'surprise' to most informants in the intermediate recovery period.

When grappling with such questions related to present life and future prospects, informants expressed uncertainties of how to resume professional work as well as their familial responsibilities. Except for the youngest informant, the women found it difficult to talk with family members or their spouse about their feelings or how to approach possible, upcoming difficulties. Resuming their role as housewife and mother added to their felt challenges. They explained how difficult, painful or cumbersome daily chores like cooking, cleaning or vacuuming had become, and at the same time they refrained from asking their spouse or other family members to participate in or perform certain household work. Being unable to provide support to their teenage children was a specific difficult source experienced by the younger informants.

At the time of the interviews, the informants had not resumed work outside the home. The female informants wanted more time to fulfil dreams or spend time with friends and family. The experiences shared by the male informants about coming to terms with their conditions related more to their inability to attend to their daily responsibilities because of struggles to come to terms with their condition and cope in everyday situations. One male informant pointed out that

"...stressful work [...] should introduce a substitute when I tried to return to work after sick leave ... difficult since I know the work, and the substitute needs help with everything" (#1).

The male informants talked also about less capacity to keep up with previous responsibilities and found this stressful, especially if the spouse took on 'their' previous responsibilities. Therefore, their experiences of the *drama* aspects of the recovery took a slightly different path. For example, one said "...all information will serve to comfort my wife!" (#2), and another mentioned that "...my 17-year-old son is monitoring me, making sure everything is normal" (#4). In addition, they felt guilt for the situation, and the extra burdens on their families added to their efforts to come to terms with the dramatic experiences.

**Unexpected challenges**

The theme *unexpected challenges* relate to the informants experiences to engage in recommended secondary prevention activities. The informants raised issues such as unease, uncertainties or worries about the future that led to emotional disturbance. One of the informants said this:

"About my mood, everything is looking dark. I've heard it will last for ten years. I'm wondering how it really is [...] some days everything is looking dark, though my condition is better" (#7).

To handle such unease and anxiety, they chose to stay alone, or limit social interaction to immediate family member post-surgery. Male informants explained that the fatigue they experienced was probably due to spending too much energy consciously and unconsciously ensuring that they and their family members were 'OK'. Energy was also spent thinking about how the body and heart would react to diffe-

**Figure1: example of the process from text data to theme**

| Text (meaning unit)   | Condensed                     | Code                            | Core Theme              |
|---|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| "About my mood, everything is looking dark. I've heard it can last for ten years. I'm wondering how it really is [...]" | feeling depressed uncertainty | existential                     | drama                   |
| "I hate exercising! I've never enjoyed it. I think it's a waste of time [...]"  | difficult to exercise         | secondary prevention – activity | unexpected challenges   |
| "I remember very little of what they said [...] Can't remember anything because my mood was up and down"                | poor memory                   | hospital's information          | information experiences |

rent situations, how their future work life might be influenced, and how to move on because they were still tired.

Several informants found it difficult to follow recommendations for regular exercise, dietary changes, and smoking cessation. None of the female informants had exercised regularly before surgery, but four mentioned increased activity post-surgery. One of them did not exercise at all, and explained this as a lack of interest. Two of the female informants talked about organized activity, but did not join in because of lack of transportation, preference for spending time with their spouse, or felt intimidation when exercising with more physically fit persons. Several of the informants found it meaningful to be part of an organized, gender-mixed exercise group. However, their physician's questioning of participation in organized exercise groups and the age disparity came as an unexpected challenge, like they said:

"I've got a letter... about the exercise group... [but] the doctor told me that it was just for social company" (#9). "It was just ... for the older men" (#6).

The male informants explained that their activity level and exercise patterns had changed post-surgery. All of them exercised regularly. Some were uncertain as to how much they could or ought to exercise, and feared that being too eager or exercise too much would start a negative cycle of declined function. Regaining previous activities took time and they related this to experienced excessive needs for sleep and rest.

The female informants acknowledged the importance of dietary changes to fully benefit from their surgery. However, they found it challenging to actually implement dietary changes, and ascribed this to experienced hesitation from their spouse. The male informants generally thought they had a lean diet, and were therefore unsure what a healthier diet would imply for them. They also explained that their spouse did most of the shopping and were responsible for the family diet.

Three of the females quit smoking pre-surgery, but expressed that it is challenging to engage in smoking cessation. One was still smoking, although the number of cigarettes was reduced. One of the males had also only reduced smoking significantly, and his continued habit of smoking was of great concern to family members also causing him some stress.

### **Information experiences**

*Information experiences* include the informants' experiences of the information they had received to prepare for the recovery, as seen in hindsight. In lieu of their experiences, the informants shared problems to remember and comprehend information provided to them during hospitalization. The written information was helpful as reference later in their recovery, but despite this, the informants stated that they felt ill-prepared for challenges they experienced beyond the immediate recovery period. For example, one said,

"...information was generally good, maybe a little too optimistic. But there was a lot of information given orally... when I compare what I remember and my wife's additional notes, there are quite a few things I do not recall or paid attention to" (#3).

Most of the informants explained that the provided information focused on the CABG procedure and recommendations for secondary prevention. The informants expressed that the information during hospitalization was not so useful three months post-surgery, since they progressed in their recovery, their questions and concerns also changed:

"...about my chest pain – it is very difficult to differentiate types of chest pain: there is muscular pain, sternum pain, and pain from the heart. I am wondering ... if I can exercise, yeah, I am unsure of criteria, symptoms, pain, etc., I lack information..." (#2).

Questions related specifically to their personal situation or actually knowing what to ask about was difficult in their encounters with health providers. In hindsight, they would have liked to know more about where to seek information and what constitute 'common experiences' during CABG recovery.

Some of the informants had considered calling the hospital, their general practitioner (GP), a cardiologist or other health providers to acquire specific information. Some of them had met health providers that were not as experienced as expected, or unable to attend to their concerns. One female informant expressed:

"I'm unsure if the doctor can answer me. She is a GP, ... she is very clever ... or if I should ask a cardiologist. ... what I am wondering about ... I should just call. I would think they [the hospital] would know" (#9).

As a strategy, our informants told that they instead sought supplementary information from family, friends or colleagues. In particular, family members with medical backgrounds or colleagues with CABG surgery experiences were resourceful to them. Some of them stayed in contact with and exchanged experiences with others who underwent CABG, and they experienced comfort from the support given by spouses and family members.

### **Discussion**

The informants in this study reported less endurance in physical activity, symptoms of fatigue and depression and challenges of following secondary prevention recommendations interfered with the day-to-day activities. Our female informants were most explicit on the existential aspects of their recovery, and the male informants seemed to focus more on self-monitoring their recovery. Worries about expected or unexpected symptoms, limitations, delayed recuperation or even 'backlash' of previous experiences like chest pain, was not expected by the informants.

The majority of informants found the information they received very useful for their immediate CABG recovery period. Once their energy and activity levels increased, their information needs focused more on the efforts for secondary prevention and challenges in resuming their previous activities. In hindsight, information specific to later periods of recovery could have helped address questions pointing to what may be coined as 'all I did not know to ask about'. To better comprehend what to ask about, could make the situation more manageable and increase 'sense of coherence' during recovery.

The informants did not know of opportunities or forums where they could talk about or exchange their experiences. Undergoing CABG is a major life event, although health providers may view this as a "normal" and routine procedure. The informants shared how the surgery and recovery influenced their own lives and family members' lives. Especially older female informants' found it difficult to share their thoughts and worries with their spouse or family members. In line with findings reported here, Koivunen and colleagues (10) emphasize recovery experiences as a personal drama with many thoughts about life and future. Our findings also support the call for opportunities to share experiences pertaining to the intermediate period in recovery to meet patients' needs. These needs are challenges that the health care service should acknowledge, and for example include more information about existentially oriented aspects of CABG-recovery in their patient education to increase the convalescents' meaningfulness and 'sense of coherence' (5).

The findings from this study illustrate that informants benefited and were able to apply the information they received in different ways. The capacity to comprehend information at different times of recovery can be influenced by previous knowledge, experiences, age and gender (4,10,17,18). Identified differences might relate to fatigue and less attention during the immediate recovery and it is important to be aware of such challenges during hospitalization. Taking developing physical and mental capacity as a premise as the recovery advances, CABG convalescents should be provided opportunities to share concerns and uncertainties, or to ask questions specific to recovery experiences. Such opportunities could facilitate convalescents' 'sense of coherence' during recovery (5).

The present analysis indicates that CABG surgery creates uncertainty for both female and male convalescents. However, the uncertainty takes different expressions, ranging from grappling with exis-

tential issues, thoughts about life, to what constitutes “common” experiences and how to interpret recovery symptoms. Attending to gendered concerns is important across the entire recovery and needs further study.

The female informants suggested that closer supervision and follow-up during an extended recovery period would be helpful. They articulated and appreciated opportunities to communicate thoughts and questions, e.g., symptoms, uncertainty or fear for own life and their family. The male informants pointed out uncertainty about doing “the right things right” in terms of self-monitoring and incorporation of secondary prevention, such as exercise during the recovery. All of the informants continued to contemplate about their present life experiences, and several of them shared unexpected emotional reactions. Their experiences in specific situations influenced their ability to focus their attention. Our findings resonate with other studies that also report that experienced and desired support differs among male and females undergoing CABG (10,12,19), and that post-surgery distress can include anxiety, tiredness, depression and irritation (10,12,20,21). Lack of opportunities to ask questions or interact with health care providers after discharge can reinforce uncertainties and decrease ‘sense of coherence’ during recovery. For most patients, the lack of opportunities to seek additional information can be distressing, leading to question the meaning of life in ways that challenge the persons’ experienced coherence (5).

In our study, the special concerns of parents of teenagers add new dimensions to role responsibilities in the recovery period, and there is a need to explore communication and information support specific to this group since the demographics of CABG convalescents changes. Other aspects of role responsibilities may also need more attention. Our male informants shared that they felt guilt towards their spouse and family, and older women found it difficult to ask for practical help as well as share felt uncertainties. This can indicate that informational material should go beyond just acknowledging the importance of spousal support during recovery (10). Opportunities to raise existential questions would contribute to re-establishing a ‘sense of coherence’. This implies that concerns related to age, role and gender need further attention to meet a broader range of CABG convalescents’ information and communication needs.

Our informants expressed difficulties in incorporating lifestyle changes or secondary prevention recommendations into their day-to-day living. The male informants had few concerns about their diet, while the women had difficulties to change activity and exercise patterns. Unease with participating in exercise groups with people in better physical condition, lack of exercise among women, women’s difficulties in fulfilling their roles, and being a convalescent are reported (10,11,21,22). Managing physical symptoms and monitoring recovery in the early recovery period seemed well attended to (19). It is of great value to be aware that successful recovery and regaining sense of coherence involves more than physical function and clinical measures of performance (23). This study adds findings that point to the importance of resources to support convalescents over a longer period. Sharing “common” experiences can ease efforts to cope with the experienced drama, and initiate as well as keep up day-to-day activities involving lifestyle changes and secondary prevention recommendations. Although previous studies report that measures of ‘sense of coherence’ as stable post CABG (24), findings from this study highlight that health providers should be aware of individuals’ needs expressed as challenges to maintain role expectations, and uncertainty or existential questions to support male and female CABG convalescents’ ‘sense of coherence’ (5).

#### **Patient-teaching programs**

Our informants expressed satisfaction with the information provided to them during hospitalization. In hindsight, they were also overwhelmed by the amount of information at the time provided. Despite satisfaction with the provided information, our informants reported several unanswered questions that influenced their recovery experiences three months following discharge. Patient-teaching programs have received attention, and their content and organization have been significantly

systematized to ensure the best possible benefit. Still, other studies also report that the provided programs do not sufficiently prepare convalescents for upcoming challenges (19,25). Incomprehensible or incomplete programs do not meet the CABG convalescents’ developing needs, and are likely to inhibit their ‘sense of coherence’ (5).

Health care providers are well familiar with questions and issues in the immediate recovery period, but less attention is given to intermediate or later recovery challenges. Patient-teaching programs often requires the convalescent to make the information relevant to their experiences under less than optimal circumstances (17,18). Given the extent of information related to CABG recovery information overload is likely, and given the convalescent’s ideas related to ‘surgery on the heart’, attention may not be geared towards specific information processing and learning. Therefore, information should be given mindful of the convalescent’s capacity to process information and understand the significance of information. A better understood development of informational needs over the recovery trajectory may lead to patient-teaching initiatives that are more relevant and oriented to individual needs. Such customization will give the teaching content higher relevance (14,26) and make it more helpful to regain health and ‘sense of coherence’ (5).

*Rethinking how to provide information and re-designing patient-teaching programs* to accommodate when information is most timely and relevant during a recovery may alleviate experienced challenges that our informants share. Customizing information and communication, being mindful of gender, age, interest and information demands, can fill gaps and also avoid information overload. Adding opportunities to communicate experiences, share strategies to manage daily living after surgery and adopt recommended lifestyle changes would make patient-teaching more attentive to individual needs and complement existing approaches to CABG recovery management.

#### **Concluding remarks**

More explicit attention to experienced drama of CABG and providing information mindful of changing challenges during a recovery period should be explored as strategies to regain ‘sense of coherence’ (5). The findings reported here point out that the dramatic experience and existential questions post-surgery seem to inhibit the convalescents’ experienced ‘sense of coherence’ during recovery. Hence, we suggest expanding patient-teaching programs to facilitate more timely information, peer support and follow-up systems with health care providers over time. In addition to information about physical healing and recommendations for secondary prevention, our study points out the importance of including existential issues to better understand what constitutes “common” recovery experiences. As such, teaching resources can provide additional perspectives to cope with experienced drama, concerns and worries. Although further studies are warranted, recognizing evolving recovery challenges to daily living and elaborating approaches to offering information customized in timelier manners, over a longer period, may be very instrumental to processes of regaining ‘sense of coherence’ following CABG.

#### **Limitations and implications**

We interviewed 25 patients and 18 spouses in the younger cohort undergoing CABG, to investigate convalescents’ and family members’ evolving information and communication needs during recovering and explore opportunities for customized web-based patient learning resources (14). This paper focuses on findings from 10 convalescents (6 women and 4 men) in the intermediate recovery period. In addition, the empirical data was collected some time ago. Although care should be taken when making inferences from this study, many studies report struggles and difficulties following CABG, supporting claims for rethinking patient-teaching approaches. Our study contributes to substantiate challenges in the intermediate recovery. This is an important reason to further develop teaching programs and meet recovery challenges over time, mindful of age, gender and existential questions.

## Acknowledgements

We thank the informants for participating in this study, the heart clinic for recruiting informants, and Kathryn Mølstad for language support and for proofing our paper.

Accepted for publication 21.09.2010

## Contacts

Randi Martinsen, RN, Cand. san, Hedmark University College, Department of Nursing, Faculty of Health and Sports, NO – 2418 Elverum

Anne Moen, RN, Dr. polit, Institute of health and society & Inter-Media, University of Oslo P.O.Box 1153, Blindern, NO – 0318 Oslo  
Corresponding author: e-mail: randi.martinsen@hihm.no

## References

- Oxlad M, Stubberfield J, Stuklis R, Edwards J, Wade TD. Psychological risk factors for cardiac-related hospital readmission within 6 months of coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Psychosomatic Research* 2006;61:775–781.
- Lukkarinen H. Quality of Life in Coronary Artery Disease. *Nursing Research* 1998;46(6):337–343.
- Tolmie EP, Lindsay GM, Belcher PR. Coronary artery bypass graft operation: Patients' experience of health and well-being over time. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2006;5:228–236.
- Cimprich B. A theoretical perspective on attention and patient education. *Advanced Nursing Science* 1992;14(3):39–51.
- Antonovsky A. *Hälsans Mysterium. [Unraveling the mystery of health]* Natur och Kultur 1991.
- Barnason S, Zimmerman L, Neiveen J, Schmaderer M, Carranza B, Reilly S. Impact of a home communication intervention for coronary artery bypass graft patients with ischemic heart failure on self-efficacy, coronary disease risk factor modification, and functioning. *Heart & Lung. The Journal of Acute and Critical Care* 2003;32(3):147–158.
- Rafanelli C, Roncuzzi R, Milaneschi Y. Minor Depression as a Cardiac Risk Factor After Coronary Artery Bypass Surgery. *Psychosomatics* 2006; 47(4):289–295.
- Theobald K, McMurray A. Coronary artery bypass graft surgery: discharge planning for successful recovery. *Journal of Advanced Nursing* 2004;47(5), 483–491.
- DiMattio, MJK, Tulman, L. A Longitudinal Study of Functional Status as Correlates Following Coronary Artery Bypass Graft Surgery in Women. *Nursing Research* 2003;52(2):98–107.
- Koivunen K, Isola A, Lukkarinen H. Rehabilitation and guidance as reported by women and men who had undergone coronary bypass surgery. *Journal of Clinical Nursing* 2007;16(4):688–697.
- Emslie C. Women, men and coronary heart disease: a review of the qualitative literature. *Journal of Advanced Nursing* 2005;51(4):382–395.
- Vaccarino V, Lin ZQ, Kasl SV, Mattera JA, Roumanis SA, Abramson JL, Krumholz HM. Gender Differences in Recovery After Coronary Artery Bypass Surgery. *Journal of the American College of Cardiology* 2003; 41(2):307–314.
- Antonovsky A. *Health, Stress, and Coping*. San Fransisco, London: Jossey-Bass Publishers 1985.
- Moen A, Smørðal O. Informatics-based Learning Resources for Patients and their Relatives in Recovery. In Park HA, Murray P, Delaney CW (Eds.) 2006. *Consumer-Centered Computer-Supported Care for Healthy People*. (Volume 122 Studies in Health Technology and Informatics). Amsterdam: IOS Press.
- Polit D, Beck CT. *Nursing Research. Principles and Methods*. 7. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2004.
- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004;24:105–112.
- Fraser D, Boodwhani M, Howard N. Interpreting studies of cognitive function following cardiac surgery: a guide for surgical teams. *Perfusion* 2007; 22:185–192.
- Symes E, Maruff P, Ajani A, Currie J. Issues associated with the identification of cognitive change following coronary artery bypass grafting. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2000;34:770–784.
- Leegaard M, Nåden D, Fagermoen MS. Postoperative pain and self-management: women's experiences after cardiac surgery. *Journal of Advanced Nursing* 2008;63(5):476–485.
- Woodend, AK and Devins, GM. Gender of the care environment: influence on recovery in women with heart disease. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing* 2005;15(3):21–31.
- Plach SK, Heidrich SM. Women's perceptions of their social roles after heart surgery and coronary angioplasty. *Heart & Lung. The Journal of Acute and Critical Care* 2001;30(2):117–127.
- Artinian NT, Duggan CH. Sex differences in patient recovery patterns after coronary artery bypass surgery. *Heart & Lung. The Journal of Acute and Critical Care* 1995;24 (6):483–494.
- Dantas RAS, Motzer SA, Ciol MA. The relationship between quality of life, sense of coherence and self-esteem in persons after coronary artery bypass graft surgery. *International Journal of Nursing Studies* 2002;39: 745–755.
- Karlsson I, Berglin E, Larsson PA. Sense of coherence: quality of life before and after coronary artery bypass surgery – a longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing*;2000;31(6):1383–1392.
- Kattainen E, Merilainen P, Jokela V. CABG and PTCA patients' expectations of informational support in health-related quality of life themes and adequacy of information in 1-year follow-up. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2004;3(2):149–163.
- Brennan PF, Moore S, Bjornsdottir G, Jones J, Visovsky C, Rogers M. HeartCare: An Internet-based information and support system for patient home recovery after coronary artery bypass graft (CABG) surgery. *Journal of Advanced Nursing* 2001;35(5):699–708.

# Vet vi vad vi talar om? Forskningsanvändning inom omvårdnad

Elisabeth Strandberg, RN, MNSc – Kerstin Nilsson Kajermo, RN, PhD – Lars Wallin, RN, PhD

DO WE KNOW WHAT WE ARE TALKING ABOUT? RESEARCH UTILIZATION IN NURSING

## ABSTRACT

It is a well known problem that research findings do not reach the point of care delivery to the desired extent and increasing knowledge about research utilization is therefore urgent. The concept of research utilization is however used and interpreted in different ways which makes comparisons between studies and disciplines difficult. The aim of this study was to clarify the concept of research utilization by examining clinicians' perceptions and descriptions of it. Nine focus groups were carried out with direct and non-direct nursing care providers. Definitions of instrumental/direct and conceptual/indirect research utilization were presented to the participants. The results highlight that different individuals have diverse perceptions of the same concept and that there are risks of misconceptions of research utilization. The participants' descriptions and examples of instrumental and conceptual research utilization support the interpretation that these forms interact with each other and that research utilization is taking place along a continuum between these two forms. Based on the findings a proposal on how to conceptualize research utilization in the Swedish language is offered.

**KEYWORDS:** Research utilization, Nursing, Focus groups, Conceptualizing.

## Inledning

Vård och omvårdnad syftar till att förebygga ohälsa, lindra lidande och bota sjukdom, och ska baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet (1). Trots det drabbas 9 % av patienterna i svensk sjukhusvård av vårdskador som kunde ha undvikits, bland annat om aktuell kunskap hade tillämpats (2). Det motsvarar ca 105 000 vårdskador och 63 000 extra vårddygn per år som, förutom det lidande det innebär för individen, även tar ansevliga resurser i anspråk. Siffrorna understryker att det som borde göras utifrån befintlig kunskap inte alltid är det som görs i praktiken. Bristande användning av forskningsresultat är ett mångfacetterat problem som studeras inom flera discipliner vilket har medfört att olika begrepp kommit att användas för att beskriva samma eller liknande företeelser (3). Larsen (4) argumenterade tidigt för behovet av att klargöra och definiera begreppen inom detta forskningsfält. Tetroe och medarbetare (5) identifierade inte mindre än 29 olika begrepp som använts för att beskriva och studera hur kunskap sprids, tas upp och kommer till användning. Ett av begreppen är «research utilization» vilket är ett uttryck som använts i många studier inom omvårdningsfältet (6-8) och som i Sverige oftast har översatts till *forskningsanvändning* (9,10). Forskningsanvändning är också det begrepp som vi avser att närmare utreda genom att undersöka begreppets innebörd ur ett kliniskt perspektiv.

Enligt Ogden och Richards (11) modell, den semiotiska triangeln, består ett begrepp av de *föreställningar* som finns kopplade till en *term*, vilka relaterar till en *reell företeelse*. Mellan termen och företeelsen finns i sig ingen direkt koppling, utan relationen går via begreppet. Ord är verktyg och det är genom ordens relation till begreppet som de får den mening som individer tillskriver dem. Detta medför att individer kan ha olika uppfattning om ett visst begrepps betydelse. Att samma uttryck kan ha olika betydelse för t.ex. kliniskt verksamma och forskare kan också uttryckas som att språket i sig är kontextberoende (12). Även Tydén (13) problematiserar dessa frågor och påtalar skillnader i hur forskare och yrkesverksamma uttrycker sig och poängterar att större kunskap om «mottagarperspektivet» behövs om tillämpningen av forskningsresultat skall öka. Användningen av forskningsresultat inom omvårdnad är en komplicerad process som ytterligare försvåras av den engelskspråkiga och akademiska prägel som presentation av forskning har i

vetenskapliga tidskrifter (14, 15). Detta kan medföra en brist på relevanta och etablerade begrepp för att på det egna språket diskutera forskningsanvändning. Sammantaget understryker det behovet av att undersöka hur kliniskt verksamma ser på begreppet forskningsanvändning och därmed bidra till att relevanta termer och begrepp används.

Forskningsanvändning är en del av det övergripande begreppet kunskapsanvändning som har uppdelats i instrumentell, konceptuell (4, 16, 17) och symbolisk användning (16). Estabrooks (18) fann att dessa former även gäller för forskningsanvändning hos sjuksköterskor. Med instrumentell/direkt forskningsanvändning avses en direkt tillämpning av forskningsresultat vid beslut och genomförande av vård och behandling. Konceptuell/indirekt forskningsanvändning syftar på en kognitiv process där resultat från forskning påverkar personens kunskap eller inställning till olika fenomen (upplysande funktion), utan att tydligt påverka det praktiska utförandet av en arbetsuppgift. Den tredje formen, symbolisk/övertalande forskningsanvändning, innebär att forskningsresultat används som ett verktyg i avsikt att påverka beslut om t.ex. policyer eller resursfördelning. I denna studie används begreppen direkt, indirekt och övertalande forskningsanvändning.

Nutley och medarbetare (19) föreslår att forskningsanvändning kan ses som en process som kombinerar ett flöde mellan indirekt och direkt forskningsanvändning med en linjär modell i flera steg. De olika stegen i den linjära modellen spänner från att bli *medveten* om ett visst forskningsresultat till *förståelse*, *förändrade attityder* och *förändrade riktlinjer och arbetssätt*. Berggren (20) som ur ett pedagogiskt perspektiv och i svensk kontext undersökt barnmorskors förhållningssätt till forskningsanvändning beskriver det som ett lärande som i sin tur påverkar praktiken direkt eller indirekt.

Syftet med denna studie är att klargöra begreppet forskningsanvändning utifrån hur kliniskt verksam omvårdnadspersonal uppfattar och beskriver det. Resultaten som presenteras är från den svenska delen av ett större projekt, som görs i samarbete med en forskargrupp vid University of Alberta i Kanada, där det övergripande syftet är att utveckla metoderna för att mäta forskningsanvändning inom omvårdnadspersonalens arbetsfält. Med forskningsanvändning avses användning av resultat från all forskning av betydelse för sjuksköterskors eller annan omvårdnadspersonals arbete.

## Metod

För studien användes en kvalitativ ansats med fokusgrupper. Det är en flexibel metod som genererar rik information om deltagarnas upplevelser, tankar och övertygelser i en social kontext (21). Deltagare rekryterades genom att kontakta nyckelpersoner inom tre landsting/landstingsfri kommun och en kommun i mellersta och södra Sverige, som i sin tur tillfrågade vårdpersonal om deltagande. Information som beskrev studiens syfte, fokusgruppernas genomförande, att deltagandet var frivilligt samt att data skulle behandlas konfidentiellt sändes ut till presumtiva deltagare. Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm hade dessförinnan tillstyrkt projektet (protokoll 2006/4:2).

## Deltagare

För att få en bred beskrivning av forskningsanvändning inom omvårdnad genomfördes fokusgrupper med deltagare från olika yrkesgrupperingar som arbetade inom skilda vårdformer: slutenvård vid två universitetssjukhus och ett länslasarett, primärvård inom två primärvårdsområden samt äldreomsorg i en kommun. Yrkesgrupperingarna var (Tabell I):

- första linjens chefer och sjuksköterskor med utvecklings- och utbildningsansvar (*chefer/expertsjuksköterskor*), 28 deltagare varav 18 chefer och 10 med utvecklings/utbildningsansvar.
- sjuksköterskor i patientnära vård (*sjuksköterskor*), 14 deltagare.
- *undersköterskor*, 8 deltagare.

## Genomförande

Under 2005–2006 genomfördes sammanlagt nio fokusgrupper med totalt 50 deltagare, fyra fokusgrupper med *chefer/expertsjuksköterskor*, tre med *sjuksköterskor* samt två med *undersköterskor*. Varje fokusgruppsintervju varade ca 90 minuter och spelades in på CD. Diskussionen leddes av en moderator och en observatör förde anteckningar.

En frågeguide för fokusgrupperna hade utarbetats baserat på ett material framtaget i det parallella projektet i Kanada. Detta byggde i sin tur på resultatet av ett internationellt möte med forskare inom fältet kunskapsanvändning. Under fokusgrupperna ombads deltagarna

först att diskutera: Vad betyder forskningsanvändning för er i ert arbete? Hur uppfattar/förstår ni forskningsanvändning? Efter en inledande diskussion kring dessa frågor redogjorde moderatören för en definition av *direkt* och *indirekt* forskningsanvändning (Box 1). Därefter ombads deltagarna diskutera följande frågor: Finns det olika former av forskningsanvändning? Kan ni berätta om de olika formerna utifrån er erfarenhet? Den tredje frågeställningen berörde terminologi: Hur pratar ni om att använda forskningsresultat, vilka ord och termer använder ni? Slutligen ombads deltagarna ge konkreta beskrivningar av forskningsanvändning: Hur ser det ut/hur vet ni när forskning används?

### Box 1. Definitioner

#### Direkt forskningsanvändning

Användning av forskningsbaserad kunskap som resulterar i observerbara aktiviteter. Direkt forskningsanvändning innebär att du på ett konkret sätt använder forskningsresultat (omvårdnads- eller annan forskning) i patientvården.

#### Indirekt forskningsanvändning

Att i sitt tänkande beakta och använda forskningsbaserad kunskap. Indirekt forskningsanvändning innebär att forskningen (omvårdnads- eller annan forskning) har en mer upplysande än instruerande funktion. Ditt förhållningssätt till och/eller ditt sätt att tänka kring patienter och situationer i vården förändras men utan att du direkt tillämpar forskningsresultatet.

## Dataanalys

Efter transkribering analyserades fokusgruppsdiskussionerna med kvalitativ innehållsanalys enligt Morse och Field (22). Som komplement tillämpades även Graneheim och Lundmans (23) rekommendationer. För att stärka tillförlitligheten analyserades en av fokusgruppsdiskussionerna individuellt av samtliga författare. Denna analys diskuterades tills konsensus uppnåtts. Därefter analyserades resterade fokusgruppsdiskussioner av ES enligt steg 1–3 nedan. För att styrka objektivitet och noggrannhet i analysen konsulterades andra forskare (22). Hela analysprocessen innefattade följande steg:

1. Inledningsvis lästes respektive fokusgruppsdiskussion med fokus på helheten.
2. Med frågeguiden som struktur söktes meningsbärande enheter, dessa kodades och grupperades i preliminära kategorier.
3. Preliminära kategorier och subkategorier organiserades under övergripande domäner som var deduktivt utvecklade ur frågeguiden.
4. Två forskare, med erfarenhet av kvalitativ innehållsanalys men som inte var involverade i projektet, granskade arbetet med att utveckla koder och kategorier efter att halva materialet hade bearbetats.
5. Slutligen jämförde och diskuterade författarna samtliga kategorier och subkategorier med vissa modifieringar och sammanslagningar som följde.

## Resultat

Analysen resulterade i fyra övergripande domäner bestående av 12 kategorier med två till åtta subkategorier i respektive kategori. Här presenteras resultatet under tre av domänerna: **Forskningsanvändning i allmänhet**, **Olika former av forskningsanvändning** och **Vårdpersonalens ordval och uttrycksätt** (Tabell II och III). Den fjärde

Tabell I: Fokusgruppernas (FG) sammansättning

| FG | Antal Yrkesgrupp   | Akademiska examina       | Yrkeserfarenhet år | Ålder: spridning | Kvinnor /män | Vårdform                   |
|----|--------------------|--------------------------|--------------------|------------------|--------------|----------------------------|
| 1  | 5 chefer/expertssk | 2 magister<br>1 kandidat | 17–35              | 38–57            | 5/0          | sjukhusvård                |
| 2  | 8 chefer/expertssk | 4 magister<br>1 kandidat | 9–28               | 35–52            | 8/0          | sjukhusvård,               |
| 3  | 8 chefer/expertssk | 1 master                 | 5,5–35             | 45–62            | 7/1          | sjukhusvård,<br>primärvård |
| 4  | 7 chefer/expertssk | 2 kandidat               | 10–34              | 38–59            | 6/1          | kommunal<br>äldreomsorg    |
| 5  | 8 sjuksköterskor   | 2 magister<br>5 kandidat | 3–36               | 34–56            | 7/1          | sjukhusvård,<br>primärvård |
| 6  | 5 undersköterskor  |                          | 2–42               | 29–60            | 5/0          | kommunal<br>äldreomsorg    |
| 7  | 2 sjuksköterskor   | 2 kandidat               | 2–3                | 24–28            | 2/0          | sjukhusvård                |
| 8  | 3 undersköterskor  |                          | 16–23              | 37–41            | 3/0          | sjukhusvård                |
| 9  | 4 sjuksköterskor   |                          | 3–34               | 42–58            | 4/0          | primärvård                 |

Tabell II: Resultatöversikt: tre domäner med nio kategorier

| DOMÄN                                     | KATEGORI   |
|---|--|
| 1. Forskningsanvändning i allmänhet       | 1.a Definitioner av forskningsanvändning<br>1.b Generella aspekter på forskningsanvändning<br>1.c Exempel på forskningsanvändning i allmänhet  |
| 2. Olika former av forskningsanvändning   | 2.a Uppfattningar om olika former av forskningsanvändning<br>2.b Exempel på direkt forskningsanvändning<br>2.c Exempel på indirekt forskningsanvändning<br>2.d Exempel på övertalande forskningsanvändning |
| 3. Vårdpersonalens ordval och uttrycksätt | 3.a Skilda uppfattningar om begrepp<br>3.b Användning av ordet forskning   |

Tabell III: Exempel på en kategori med subkategorier

| KATEGORI                                 | SUBKATEGORI  |
|--|--|
| 1.a Definitioner av forskningsanvändning | Vårdarbetet baseras på vetenskaplig kunskap<br>Ta/få reda på resultat från forskning<br>Kritiskt förhållningssätt<br>Process där vetenskap och erfarenhetskunskap integreras |

domänen **Indikatorer på forskningsanvändning** behandlas inte i denna publikation.

### Forskningsanvändning i allmänhet

Deltagarna från alla tre yrkesgrupperingar ansåg att forskningsanvändning kunde definieras som att vårdarbetet baseras på vetenskaplig kunskap, men att det även innefattar att kunna söka eller ta del av relevant kunskap. Att vårdarbetet baseras på vetenskaplig kunskap uttrycktes som att omsätta nya rön i vårdarbetet, att tillämpa känd kunskap, tillämpa resultat från forskning eller att använda forskning för att lösa ett problem i vården. Att ha förmågan att söka upp relevant kunskap och att läsa vetenskapliga artiklar framhölls av chefer/expertsjuksköterskor och sjuksköterskor som en väsentlig del av forskningsanvändning.

*Jag tycker att forskningen står för mer än det här att följa vårdprogram, det står mer för insamlandet /.../ så att man bygger på sin egen förmåga att få kunskap och reflektera och kanske hitta på nya vägar än att bara ta ett färdigt program och köra på det. (sjuksköterskor)*

Undersköterskorna beskrev forskningsanvändning också som att chefer, sjuksköterskor och andra yrkesgrupper förmedlar kunskap till dem. Ett kritiskt förhållningssätt angavs som ytterligare en aspekt av begreppet forskningsanvändning. Vikten av att vara kritisk till det man gör och att kritiskt värdera forskningens kvalitet betonades framför allt av sjuksköterskor i patientnära vård. I merparten av fokusgrupperna framhölls att forskningsanvändning är en ständigt pågående process där forskningsbaserad kunskap och erfarenhetskunskap smälter samman i det dagliga arbetet. Denna integration sker många gånger oreflekterat och omedvetet.

*... en svårighet ligger i att när man arbetat ett tag så vet man inte alltid vad jag har lärt mig genom erfarenhet och vad jag läst mig till. Man kan inte skilja ut det, man kommer inte ihåg det längre. (chefer/expertsjuksköterskor)*

Likaså framhöll deltagarna att det finns en omedvetenhet bland vårdpersonal om att det är forskningsresultat som ligger bakom många rutiner och riktlinjer för det dagliga arbetet. Erfaren personal sades vara mer omedveten om kunskapsbasen för vårdåtgärder, eftersom många arbetsuppgifter går på rutin.

*Man reflekterar aldrig över att det är forskning, det kan ändå påverka ens attityder. /.../ Var får jag mina kunskaper ifrån? ... ja det blir någon slags osynlig påverkan. (chefer/expertsjuksköterskor)*

I några fokusgrupper framhölls att forskningsanvändning är krävande då det innebär att ha beredskap för ständig utveckling. Det beskrevs också som ett evighetsarbete eftersom forskningsresultat är färskvara. Följsamhet till aktuell forskning kan innebära snabba förändringar som kan gå stick i stäv med rådande praktik. Några deltagare påtalade att forskning även kan bekräfta existerande rutiner och inte nödvändigtvis behöver innebära förändring. Både önskvärda och mindre önskvärda konsekvenser av forskningsanvändning beskrevs. Framför allt sammankopplades forskningsanvändning med professionalitet och säkerhet i vården. En nackdel var att motsägande forskningsresultat kan skapa ovisshet och oklara direktiv.

*Sen kan ju forskning vara lite så där: «Nu skall vi göra så här!» säger en människa, sen kommer någon annan och säger någonting annat. Och så står man där... (undersköterskor)*

### Olika former av forskningsanvändning

Efter att moderatoren presenterat definitionerna av direkt och indirekt forskningsanvändning kunde samtliga fokusgrupper, förutom en med undersköterskor, identifiera och ge exempel på båda formerna. Begreppen var nya för deltagarna och flera

uttryckte att de inte hade tänkt på indirekt forskningsanvändning tidigare.

*Man kan säkert dela upp det på det sättet, men jag vet inte om man kan säga att det här sättet att se på forskningsanvändning finns hos gemene man så att säga. (chefer/expertsjuksköterskor)*

**Direkt forskningsanvändning** exemplifierades med: att arbeta efter forskningsbaserade rutiner/riktlinjer; att använda systematiska bedömningsinstrument t.ex. VAS, Norton, och KATZ; att arbeta med indikatorer t.ex. för fallskador och i anslutning till nationella kvalitetsregister; samt att tillämpa specifika forskningsresultat, oftast angående medicinska behandlingsmetoder eller från läkemedelsforskning.

*Ja, det här med fallrisker och att det finns hjälpmedel för det ... typ byxor med stötskydd i höfterna och liknande. Så det är ju såna grejer som man använder. (undersköterskor)*

En tydlig trend hos yrkesgrupperna var att ju mer patientnära fokusgruppdeltagarna arbetade, desto mer konkreta och specifika blev exemplen på forskningsanvändning. Olika aspekter av direkt forskningsanvändning som framkom i fokusgrupperna var att det: är en aktiv process, är konkret, anknuter till kvantitativa forskningsmetoder, kan ske på direktiv (även emot egen övertygelse).

**Indirekt forskningsanvändning** beskrevs på många sätt: som ett lärande genom reflektivt, kritiskt eller analytiskt tänkande, ett tänkande som innebär kunskapssökande. Att tänka efter, tänka i nya banor, analysera skeenden, reflektera över bakomliggande orsaker och samband samt problemlösning var andra beskrivningar av denna form.

*Forskningsanvändande, det är inte bara att vi ska ändra på några metoder utan det är kanske att man tänker... och noterar saker och ting. (chefer/expertsjuksköterskor)*

Exempel på indirekt forskningsanvändning var attitydförändringar, kritisk reflektion över vådrutiner och forskningsresultat, samt förhållningssätt mot patienten. Attitydförändringar kunde röra människosyn, värderingar eller personens inställning till forskning. Attitydförändringarna skapades genom information och påverkan från olika källor såsom artiklar, kurser, vårdutvecklingschefer och medarbetare. Även om flera fokusgrupper angav förhållningssätt mot patienten som ett exempel på indirekt forskningsanvändning så fanns det deltagare som hade invändningar och såg ett visst (forskningsbaserat) bemötande som ett uttryck för direkt forskningsanvändning. Några relativt nyutbildade sjuksköterskor beskrev att de reflekterade över vårdförlopp med hjälp av kunskap från forskning. I flera fokusgrupper förknippa-

des indirekt form med kvalitativa metoder och omvårdnadsforskning. Även andra aspekter av indirekt forskningsanvändning beskrevs: att det är svårare med tänkande/lärande än att direkt tillämpa forskningsresultat, att det kräver mer energi och engagemang från individen och att det kan kräva att egna attityder förändras.

I några fokusgrupper gavs spontant exempel på **övertalande forskningsanvändning**. Deltagare beskrev att forskningsresultat hade använts dels för att övertyga politiker om behov av mer resurser till primärvården, dels för att förhindra införandet av treskift på en vårdavdelning.

Deltagarna beskrev även **relationen mellan direkt och indirekt forskningsanvändning**. I flera fokusgrupper (chefer/expertsjuksköterskor och sjuksköterskor) beskrevs en process där indirekt forskningsanvändning leder till direkt forskningsanvändning. Det hävdades också att kunskap måste anpassas innan den blir lämplig för direkt användning, annars kan det leda till en mekanisk vård.

*Jag ser det inte som två... Som jag förstår det här, så är den indirekta användningen en förutsättning för direkt. Jag måste liksom vara förberedd och ha en viss inställning för att ta till mig den direkta. (sjuksköterskor)*

Processen från indirekt till direkt forskningsanvändning kan ta lång tid, ibland flera år. I ett par fokusgrupper konstaterades att indirekt forskningsanvändning kan förekomma i form av reflektion över forskningsresultat utan att det leder till handling då det är bekvämare att göra som man alltid gjort. I en fokusgrupp med sjuksköterskor lyftes forskningsanvändning fram som en process med tillämpning av forskningsbaserade metoder/tekniker och en samtidig reflektion och anpassning till den unika patienten. Deltagarna beskrev att när forskning tillämpades direkt i form av en rutin startade en reflektion över rutinens lämplighet för den specifika situationen och patienten, vilket sågs som indirekt användning. Omvänt medförde en indirekt användning i form av reflektion över ett forskningsresultat till en påverkan på kommande handlingar.

### Vårdpersonalens ordval och uttrycksätt

Deltagarna använde vanligtvis inte ordet forskningsanvändning i dagligt tal, sjuksköterskegruppen ansåg det för abstrakt och för undersköterskorna var det ett i stort sett nytt ord. Deltagare i en fokusgrupp med sjuksköterskor efterlyste ett vardagligt svenskt ord. I några fokusgrupper med chefer och expertsjuksköterskor ansåg man dock att begreppet var användbart och accepterat. Deltagarna gav också förslag på alternativa begrepp: tillämpa nya rön, nya kunskaper, en ny metod, en studie, vetenskaplig vård och evidensbaserad vård. Begreppet evidensbaserad vård betraktades emellertid även det med viss skepsis. Det sågs som «trendigt» vilket hade lett till att det användes med en förlöjligande ton i den dagliga jargongen. Samtidigt tyckte flera fokusgruppsdeltagare, framför allt bland chefer och expertsjuksköterskor, att begreppet evidensbaserad har stor relevans inom omvårdnad då man ansåg att det även inbegriper den kliniska erfarenheten.

I flera fokusgrupper fanns uppenbara problem att skilja på forskning som kunskapsökande aktivitet och användning av forskningsresultat. Problemet var mest framträdande i grupperna med personal från universitetssjukhus där forskning ständigt pågår. Till exempel så beskrevs «ta blodprover för en studie» som exempel på forskningsanvändning. Ordet forskningsanvändning förde tankarna till något ofärdigt eller osäkert såsom pågående forskning. Enstaka deltagare uppfattade begreppet som att det handlade om att använda forskningsmetoder i vården, exempelvis genom att i lokala förbättringsarbeten göra undersökningar och använda statistiska metoder.

Det framfördes också att ordet forskning i sig kan ha negativ klang. Det kan upplevas som laddat och förknippas med merarbete och förändring, därför undviks ordet.

*Och jag tror också att forskning är ett ord som för många, undersköterskor men också sjuksköterskor, är något väldigt abstrakt och avlägset och sånt som man definitivt inte har ett praktiskt förhållande till egentligen. (sjuksköterskor)*

I en fokusgrupp med undersköterskor ansåg man att ordet forskning

var förknippat med något «tungt» (komplicerat), men att det också kunde ha positiva förtecken, som t.ex. bättre behandlingsresultat. Chefer/expertsjuksköterskor hävdade att termer med forskning måste förenklas eller omskrivas när information om forskningsresultat skall ges till vårdpersonal för att accepteras av olika personalgrupper. Motsatta åsikter förekom där vikten av att uttrycka sig rakt och tydligt påtalades. Användning av begreppen forskning och forskningsanvändning framhölls då som ett sätt att höja medvetenheten och kunskapsnivån.

*Jag tror det är bra att sätta rubriken «Det här bygger på nya forskningsresultat». Jag tror ändå man ska hjälpa folk, att sätta in dem i hur saker hänger ihop. Jag tror man gör dom en björntjänst /.../ genom att sätta bort någonting. (sjuksköterskor)*

### Diskussion

Fokusgrupper är en flexibel metod. Vårt metodval kan dock diskuteras med tanke på att den är lämpad för deltagare med gedigen kunskap/erfarenhet om det fenomen som är i fokus (21). Här var begreppen vi lanserade nya för många deltagare men däremot inte den praktik som begreppen avsåg. Genom interaktionen i grupperna flöt diskussionen relativt väl, vilket den homogena yrkessammansättningen kan ha bidragit till (22). Likaså kunde deltagarna efter viss eftertanke känna igen de olika formerna direkt och indirekt forskningsanvändning och ge exempel från sin egen vardag, vilket talar för att begreppen har relevans. Att fokusgruppsdeltagarna fick begreppsdefinitioner presenterade (Box 1), vilka var i linje med forskargruppens förståelse, kan ha påverkat resultatet. Samtidigt visade fokusgrupperna på att det fanns olika sätt att tolka och förstå uttrycket forskningsanvändning vilket medförde att diskussionen bitvis kom in på andra ämnen. Vi har uppmärksammat risken för att påverka resultatet och försökt stärka trovärdigheten, bland annat genom extern granskning under analysfasen. Urvalet syftade till heterogenitet (geografiskt, vårdformer, yrkesgrupperingar) mellan fokusgrupperna (23). Dels rekryterades fem fokusgrupper som arbetade patientnära (tre sjuksköterskegrupper, två undersköterskegrupper) dels fyra fokusgrupper som arbetade med lednings- och utbildningsuppgifter (chefer/expertsjuksköterskor). Undersköterskegruppen kan möjligen ses som underrepresenterad. Avsikten var dock inte att jämföra olika yrkeskategorier utan att få en så rik bild som möjligt av forskningsanvändning. Några av fokusgrupperna, speciellt från ett av universitetssjukhusen, hade få deltagare på grund av återbud i sista stund. McLafferty (24) beskriver fördelar med små grupper, till exempel ökad interaktion som genererar rikare data.

Deltagarna bidrog med många exempel och beskrivningar av såväl direkt som indirekt forskningsanvändning. Speciellt intressanta är beskrivningarna av indirekt forskningsanvändning som enligt litteraturen (Greenberg 2003 i Nutley (19)) är svårare att identifiera än direkt tillämpning, vilket stämmer väl med våra resultat; det var enklare för deltagarna att känna igen och beskriva den direkta formen. Pionjären Weiss (17) hävdade att den indirekta, upplysande formen av forskningsanvändning är den vanligaste, åtminstone i den kontext av beslutsfattare där hon identifierat företeelsen. Deltagarnas beskrivning av indirekt forskningsanvändning kopplade reflektion och tänkande utifrån forskningsresultat till en kognitiv utveckling som kunde påverka egna attityder och förhållningssätt till patienten. Nutley (19) argumenterar för att den indirekta formen kan ha ett stort värde i sig och att forskningens roll till viss del är just upplysande. Samtidigt saknas i litteraturen en entydig beskrivning och avgränsning av indirekt forskningsanvändning. En aspekt som vi inte funnit beskriven tidigare, men som spontant lyftes fram i flera av fokusgrupperna, var en koppling mellan omvårdnadsforskning med kvalitativa metoder och indirekt användning. Det understryker vikten av att utveckla strategier för att stödja indirekt forskningsanvändning i klinik så att därmed även resultat från kvalitativ forskning kan komma patienten till godo. Rickinson (25) beskriver att existerande kunskap, erfarenheter och attityder hos praktiker påverkar och samverkar med hur forskningsresultat tolkas och används. Relativt nyutbildade sjuksköterskor i vår studie beskrev att de utvecklade sin erfarenhetskunskap genom att

reflektera över patientens vårdförlopp för att se samband och dra slutsatser relaterat till forskningsresultat, dvs. indirekt forskningsanvändning.

Forskningsanvändning som process beskrevs av flera deltagare som ett kontinuum mellan två poler där indirekt forskningsanvändning kan leda till direkt forskningsanvändning. Denna beskrivning stämmer väl med förklaringsmodeller i litteraturen som beskriver forskningsanvändning som en process i olika steg, t.ex. Rogers (26) «Innovation-decision»-process eller Glasziou och Haynes (27) «Pipeline-modell». «Stegmodeller» har kritiserats för att ha direkt forskningsanvändning som det ultimata målet, där indirekt forskningsanvändning blir ett steg på vägen till målet, istället för något som i sig genererar värde (19). Deltagarna beskrev även en omvänd process där direkt användning i form av en rutin startade en reflektion över hur lämplig rutinen var för den specifika patientsituationen och kontexten. Det tyder på att processen kan gå i båda riktningarna, vilket bekräftar den modell som Nutley och medarbetare (19) föreslår där forskningsresultat används på flera olika sätt och att direkt och indirekt form kan interagera med varandra och förekomma simultant. En styrka med att utgå från typologier som direkt och indirekt är att det synliggör andra sidor av forskningsanvändning än den direkta appliceringen av konkreta forskningsresultat, t.ex. i form av riktlinjer. Genom att utgå från denna typologi tydliggörs även betydelsen av reflektion och att forskningsanvändning innefattar aspekter som påverkar attityder och förhållningssätt.

Fyndet i vår studie talar för att forskningsanvändning kan minska känslan av trygghet i arbetssituationen genom att vårdpersonalen måste lära om när ny kunskap skall införlivas i vården. Det kan förklara varför forskningsanvändning ibland stannar vid reflektion eftersom det kan vara bekvämare eller kännas säkrare att göra som man brukar och är van vid. Att forskningsresultat ibland är motsägelsefulla kan också skapa osäkerhet och oklara direktiv. Att följa utvecklingen och ta till sig nya forskningsresultat kan dessutom vara krävande eftersom det innebär att ha ständig beredskap för förändring, t.ex. när nya rön går stick i stäv med existerande rutiner. Rogers (26) beskriver i sin teori «Diffusion of innovation» att när ny kunskap sprids sker det i ett socialt sammanhang mellan individer/enheter/organisationer med olika roller och att det kan leda till en osäkerhet om effekter och en brist på förutsägbarhet i verksamheten.

Kanske kan framväxten av evidensbaserad vård, där forskningsresultat inom ett område kvalitetsgranskas och sammanställs, ses som en strategi för att minska den ovan beskrivna osäkerheten som tillämpning av resultat från enskilda studier kan leda till. Deltagarnas vanligaste exempel på forskningsanvändning var just att arbeta efter vårdprogram och nationella eller lokala riktlinjer. Att processen för evidensbaserad vård (28) influerar deltagarnas uppfattning om forskningsanvändning märktes tydligt då de lyfte fram förmågan att söka och värdera vetenskapliga artiklar samt vikten av ett kritiskt förhållningssätt såväl till forskningsresultat som till arbetsrutiner. Även om forskningsanvändning som process ansågs kunna skapa en osäkerhet på ett personligt plan, så sammankopplades konsekvenserna för patienten framför allt med säkerhet och professionalitet i vården. Ökad patientsäkerhet är också ett mål för evidensbaserad vård genom att beslut skall vila på bästa tillgängliga bevis (29). Deltagarna beskrev ett påtagligt problem i sammanhanget: att det ofta finns en omedvetenhet om huruvida en vårdåtgärd vilar på forskning eller ej och att man inte reflekterat över varifrån kunskapen härstammar, speciellt när mycket «går på rutin». Det är dock tänkbart att den ökade uppmärksamheten på evidensbaserad vård kan bidra till diskussion och ökad medvetenhet om olika kunskapskällor.

Att ur ett kliniskt perspektiv utreda forskningsanvändning konceptuellt är, så vitt vi vet, inte tidigare gjort i en svensk omvårdnadskontext och studien tillför kunskap om såväl begreppet som dess praktik. Sammanfattningsvis visar resultatet att direkt och indirekt forskningsanvändning kunde identifieras och exemplifieras i en svensk omvårdnadskontext och att de skilda formerna nyanserar och berikar bilden av forskningsanvändning. Vårdpersonalens beskrivningar av forskningsanvändning som process styrker att formerna inte tydligt går att avgränsa från varandra utan att det finns ett kontinuum mellan direkt

och indirekt forskningsanvändning och att båda formerna behövs, annars riskerar vården att bli mekanisk. Vi fann, precis som Ogden och Richards (11) påtalar, att individer ofta har olika uppfattningar om begrepp för komplicerade företeelser. Forskningsanvändning uppfattades på flera sätt och vissa deltagare lade en delvis annan betydelse i begreppet än den som återfinns i litteraturen. Åtminstone tre olika betydelser fördes fram: *att använda resultat från forskning, att forska och att använda metoder från forskning*. För att öka tydligheten och minska risken för att begreppet för tankarna till att bedriva forskning föreslår vi att forskningsanvändning uttrycks och preciseras som *användning av forskningsresultat*.

Resultatet understryker betydelsen av att som forskare vara noggrann med ordval och användningen av begrepp. Relevanta begrepp på svenska ökar förutsättningarna för fördjupad och mer insiktsfull diskussion om hur användningen av forskningsresultat kan utvecklas. Det ökar också möjligheterna att ta fram indikatorer och instrument för att bättre kunna utvärdera interventioner som syftar till ökad användning av forskningsresultat och därmed en mer evidensbaserad vård.

*Vi vill rikta ett tack till Yvonne Wengström och Susanne Heiwe för värdefullt bidrag i samband med analysarbetet.*

Godkjent for publisering 30.08.2010

Elisabeth Strandberg<sup>1</sup>, Kerstin Nilsson Kajermo<sup>2</sup>, Lars Wallin<sup>1,2</sup>

1. Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Sektionen för omvårdnad, Karolinska Institutet, Stockholm
2. Enheten för forskningsanvändning och implementeringsforskning – CRU, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

Kontaktperson: Elisabeth Strandberg, adjunkt, doktorand, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Sektionen för omvårdnad, Karolinska Institutet, Högskolan på Gotland, SE – 621 67 Visby. Tel:+46 8 52 48 39 64. elisabeth.strandberg@ki.se

## Referenser

1. SFS 1998:531. Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Stockholm: Socialdepartementet.
2. Socialstyrelsen. Vårdskador inom somatisk slutenvård. Artikelnr; 2008-109-16. Hämtad 5:e juni 2009 [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)
3. Estabrooks CA, Derksen L, Winther C, Lavis JN, Scott SD, Wallin L, et al. The intellectual structure and substance of the knowledge utilization field: A longitudinal author co-citation analysis, 1945–2004. *Implement Sci* 2008;3:49.
4. Larsen JK. Knowledge utilization. What is it? *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization* 1980;(1):421–42.
5. Tetroe JM, Graham ID, Foy R, Robinson N, Eccles MP, Wensing M, et al. Health research funding agencies' support and promotion of knowledge translation: an international study. *Milbank Q* 2008;86(1):125–55.
6. Estabrooks CA. Modeling the individual determinants of research utilization. *West J Nurs Res* 1999;21(6):758–72.
7. Rodgers SE. The extent of nursing research utilization in general medical and surgical wards. *J Adv Nurs* 2000;32(1):182–93.
8. Stetler CB. Research utilization: defining the concept. *Image J Nurs Sch* 1985;XVII(2):40–4.
9. Holmgren J, Eriksson H. «I princip men aldrig mer» – Sjuksköterskors resonemang kring omvårdnadsforskning och forskningsanvändning. *Vård i Norden*, 2009;93(29):4–7.
10. Berggren, A-C. Olika sätt att förhålla sig till forskningsanvändning inom omvårdnad. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 2004;81(4):340–9.
11. Ogden CK, Richards IA. The Meaning of meaning. First published in 1923. Orlando: Harcourt Brace Jovanovich Inc; 1989.
12. Alvesson M, Kärreman D. Taking the linguistic turn into organizational research. Challenges, responses, consequences. *J Appl Behav Sci* 2000;36(2):136–58.
13. Tydén T. Knowledge interplay. User-oriented research dissemination through synthesis pedagogics. Uppsala:Uppsala University; 1993.

14. Nilsson Kajermo K, Nordström G, Krusebrant Å, Björvell H. Barriers to and facilitators of research utilization, as perceived by a group of registered nurses in Sweden. *J Adv Nurs* 1998;27(4):798–807.
15. Wallin L, Ehrenberg A. Evidence-based nursing – views from the Swedish horizon. *Worldviews Evid Based Nurs* 2004;1(3):158–61.
16. Beyer J, Trice H. The utilization process: A conceptual framework and synthesis of empirical findings. *Adm Sci Q* 1982;(27):591–622.
17. Weiss CH. The many meanings of research utilization. *Public Adm* 1979;39(5):426–31.
18. Estabrooks CA. The conceptual structure of research utilization. *Res Nurs Health* 1999;22(3):203–16.
19. Nutley SM, Walter I, Davies HT. What does it mean to «use» research evidence? Using evidence: how research can inform public services. Bristol: The Policy Press;2007,33–60.
20. Berggren A-C. Swedish midwives' awareness of, attitudes to and use of selected research findings. *J Adv Nurs* 1996;23(3):462–70.
21. Morgan DL. Focus groups as qualitative research. (2nd Ed). London: Sage;1997.
22. Morse JM, Field PA. Qualitative research methods for health professionals (2nd ed.) Thousand Oaks, CA: Sage;1995.
23. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004 Feb;24(2):105–12.
24. McLafferty I. Focus group interviews as a data collecting strategy. *J Adv Nurs* 2004;48(2):187–94.
25. Rickinson M. Practioners' use of research. London: National Education Research Forum;2005.
26. Rogers EM. Diffusion of innovations. 4th Ed. New York: The Free Press;1995.
27. Glasziou P, Haynes B. The paths from research to improved health outcomes. *Evid Based Nurs* 2005;8(2):36–8.
28. Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C. Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet. Lund: Studentlitteratur;2006.
29. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence based medicine. How to practice and teach EBM. Edinburgh: Churchill Livingstone;1997.

# Selvrapportert atferd og holdninger knyttet til bruk av fingerringer under klinisk arbeid. En spørreundersøkelse blant norsk pleiepersonell

Mette Fagernes, RN, Phd-student – May-Solveig Fagermoen, RN, PhD

SELF-REPORTED BEHAVIOR AND ATTITUDES TOWARD RING WEARING DURING CLINICAL CARE. A SURVEY AMONG NORWEGIAN CARE PERSONNEL

## ABSTRACT

**Aim.** To describe Norwegian care personnel's self-reported behavior and attitudes towards ring wearing during clinical care.

**Background.** Despite international recommendations about no ring wearing during clinical care, fingerrings are worn by health care personnel worldwide. Healthcare workers' behavior and attitudes regarding ring wearing is previously not well defined.

**Methods.** Self administered survey. The questionnaire was distributed to 1170 randomly selected Norwegian nurses and nurses' assistants May 2006. Multiple regression analysis was performed.

**Findings.** The response rate was 80.3%. Positive attitudes toward using rings during clinical care were found; 21.2% were positive to wearing of plain wedding rings, 5.0 % toward non-plain wedding rings, and 2.2 % toward other rings. Of the participants regularly wearing wedding ring private, 28.6% reported that they never or seldom removed their wedding ring at work. Multivariate regression analysis revealed significant impact of age, hospital, and unit on attitudes toward the wearing of wedding rings. Gender, unit, and size of position held had significant impact on use of wedding rings during clinical care. Significant correlation between attitude and behavior was found.

**Conclusions.** Behavior and attitudes among Norwegian care personnel is contradictory to recommendations given regarding ring wearing at work.

**KEYWORDS:** finger rings, jewelry, health care personnel, attitudes, behavior.

## Innledning

Helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) rammer millioner av mennesker hvert år. På bakgrunn av de alvorlige medisinske, sosiale og økonomiske konsekvensene disse infeksjonene gir, er forebygging en prioritert oppgave ved helseinstitusjoner verden over (1).

Smitterisiko forbundet med bruk av fingerringer har vært et omdiskutert tema innen helsevesenet i mange tiår (2). På tross av den store oppmerksomhet man har hatt på håndhygienens betydning for forebygging av HAI, har forskningsaktiviteten knyttet til bruk av fingerringer lenge vært beskjeden. Tidlige studier om temaet er i stor grad basert på små utvalg, har manglende metodisk kvalitet, og de rapporterer om motstridene resultater (3-11). Dette har bidratt til usikkerhet knyttet til den faktiske smitterisikoen knyttet til fingerringer, noe som har gjen-speilet seg i ulike anbefalinger i retningslinjer for håndhygiene (12-15).

Det siste tiåret har man imidlertid sett en økning i antall studier om temaet (16-27). På bakgrunn av studier som viser at fingerringer fører til økt kontaminering av helsearbeideres hender enes nå gjeldene retningslinjer om anbefalinger om at alle ringer, også glatte giftringer, må tas av ved klinisk arbeid (1;15;28).

I Norge har man, som i andre skandinaviske land, vært tidlig ute med instruksjoner som fraråder bruk av alle typer ringer, nedfelt blant annet i de nasjonale retningslinjene for håndhygiene fra 1990 og 2004 (15). På tross av retningslinjene erfares det at en andel av norsk helsepersonell bærer ringer på arbeid (7;29).

Klinisk praksis er kompleks og sammensatt, og på bakgrunn av etiske, økonomiske og praktiske hensyn må det kontinuerlig evalueres hvilke områder som skal prioriteres for kvalitetsforbedring. Grundig litteratgjennomgang viser at det er gjort få forsøk på å kartlegge helsepersonells atferd knyttet til ringbruk under klinisk arbeid. De få

publikasjonene som finnes er gjerne basert på svært begrensede utvalg eller har resultater som er lite overførbare til skandinaviske forhold (30-34).

Hensikten med denne atferds – og holdningsundersøkelsen var å skaffe et grunnlag for å vurdere om tiltak for å bedre etterlevelsen av instruksenes anbefalinger mot bruk av ringer ved norske somatiske sykehus burde prioriteres. For å få en bedre forståelse for problematikken ble det som et sekundært mål også valgt å kartlegge ulike demografiske variablers innvirkning på pleiepersonells atferd og holdninger knyttet til bruk av fingerringer under klinisk arbeid.

## Metode

### Design

Selvadministrerende spørreskjema med bruk av vurderingsskala og dikotome svaralternativer.

### Utvalg

Populasjonen bestod av pleiepersonell (sykepleiere og hjelpepleiere) ved norske somatiske sykehus. Utvalget bestod av 1170 tilfeldig valgt pleiepersonell ansatt i kliniske stillinger ved femten norske somatiske sykehus (tre tilfeldig valgt fra hver av de fem daværende helseregioner).

### Utvalgsprosedyre og datainnsamlingsprosess

Hygienesykepleierne ved hvert sykehus fungerte som kontakter og hjelpere ved distribuering av spørreskjemaene. Hygienesykepleierne innhentet navn på alt pleiepersonell som var satt opp på vakt ett felles, tilfeldig valgt døgn tre uker frem i tid, og skrev disse ned i nummerert rekkefølge. Prosjektleder mottok antallet som var satt opp på arbeid (ikke navnene), og trakk deretter tilfeldig ut 80 nummer ved hvert

sykehus (50 ved ett lite sykehus). Hygienesykepleierne distribuerte deretter ferdignummererte skjemaer til aktuelle deltakere (mai 2006) sammen med informasjon om studien og en returkonvolutt. Det var satt svarfrist på to uker. De som besvarte skjemaet sendte dette i lukket returkonvolutt til hygienesykepleierne som videresendte alle skjemaer samlet til prosjektleder. Ved manglende besvarelse ble det sendt påminnelse en gang. Kun hygienesykepleierne og et prosjektmedlem uten tilgang til utfylte skjema hadde tilgang til respondentenes navn og skjemanummer. Alle navnelister ble makulert umiddelbart etter at påminnelse var sendt ut.

### Spørreskjemaet

Spørreskjemaet hadde en todelt målsetting hvor arbeidet knyttet til den første – kartlegging av pleiepersonells selvrapporterte atferd og generelle holdninger til bruk av ringer, omtales i denne artikkelen. Arbeidet tilknyttet den andre målsettingen – kartlegging av faktorer som påvirker det enkelte pleiepersonell i valget om å bære ring eller ikke (basert på teorien om planlagt atferd (35)), omtales ikke ytterligere her.

Tre fokusgruppeintervjuer med totalt 15 syke- og hjelpepleiere, og grundig gjennomgang av relevant litteratur dannet grunnlaget for utarbeidelse av spørreskjemaet.

Skjemaet inneholdt 16 spørsmål, ni bakgrunnsvariabler, tre holdningsvariabler, tre spørsmål knyttet til egen ringbruk privat og et spørsmål knyttet til egen bruk av ring(er) under arbeid som krever fysisk pasientkontakt. I alt 686 av respondentene fikk spørsmål om hvor ofte de tok av seg *gifteringer* på arbeid, mens 481 fikk samme spørsmål knyttet til *dekorative* ringer.

Valget om å sende ut to typer skjema ble gjort av hensyn til skjemaets andre målsetning. De generelle spørsmålene (knyttet til målsetning 1) som omhandles i denne artikkelen er imidlertid identiske for begge utvalgene, med unntak av spørsmålet om egen bruk av ring på arbeid, som omhandler henholdsvis bruk av kun gifteringer eller kun dekorative ringer, ut fra hvilket skjema respondentene mottok.

Kjønn, alder, utdanning, utdanningsår, stillingsstørrelse, turnustype, enhetstype, avdeling og sykehus ble registrert for å beskrive utvalget og for å kartlegge eventuelle sammenhenger mellom bakgrunnsvariabler, selvrapportert atferd og holdninger til ringbruk. Ringtypene ble benevnt som glatt gifte-/ forlovelsesring (inkludert med noe siselering), ikke-glatt gifte-/ og forlovelsesringer, og dekorative ringer (alle andre ringer enn gifte-/ eller forlovelsesringer). For enkelhets skyld betegnes gifte-/ forlovelsesring i det videre som gifte- ring.

Skjemaets tydelighet og repeterbarhet ble kontrollert gjennom en test – retest hvor 16 pleiepersonell besvarte skjemaet med to ukers mellomrom, samt ved at fem kollegaer fylte ut skjema mens de muntlig beskrev hvordan de opplevde de ulike spørsmålene. Test – retesten viste meget liten variasjon i besvarelsene.

### Etiske betraktninger

Studien er gjennomført etter gjeldende forskningsetiske retninger. Den er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), samt ledelsen ved alle involverte sykehus. Alle som ble trukket ut fikk skriftlig informasjon om studiens hensikt. Frivillighet ved deltagelse ble understreket, og svar på skjemaene ble likestilt med samtykke. Alle data ble behandlet konfidensielt.

### Dataanalyse

McNemars test ble benyttet for parede sammenligninger, Mann–Whitney U test og kji-kvadrat for

sammenligning mellom grupper av uparede data, og Spearmans rho for test av korrelasjon.

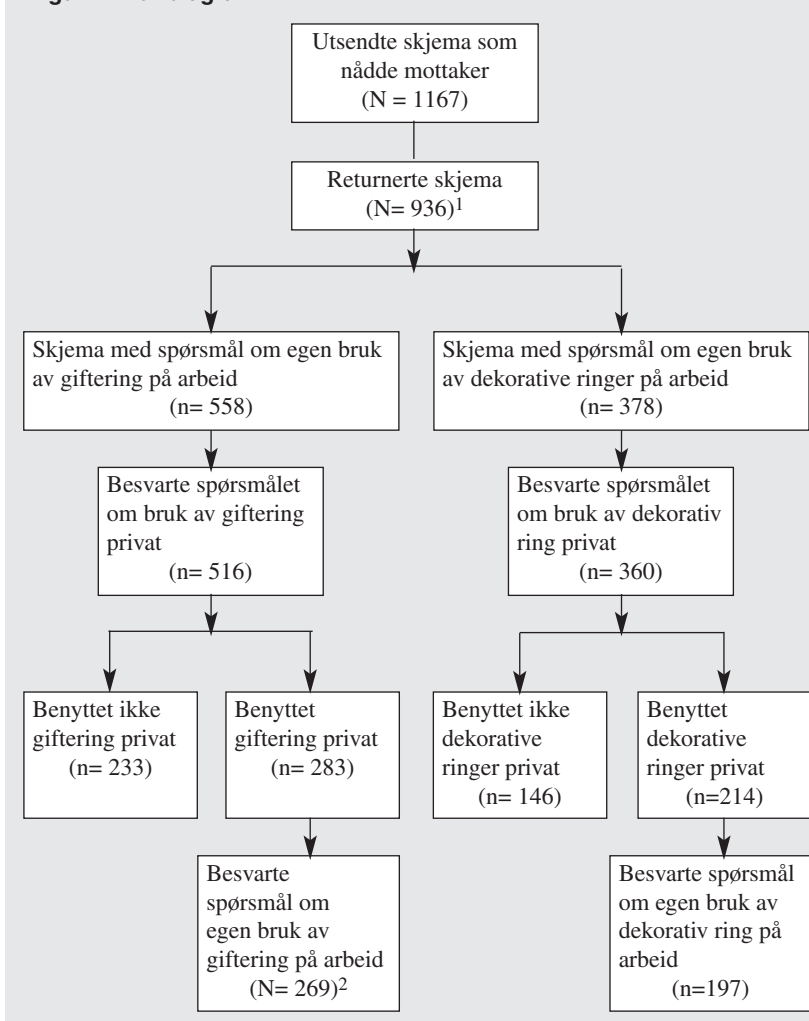
Separate logistiske regresjonsmodeller ble konstruert for analyse av henholdsvis holdninger til bruk av glatte gifteringer under arbeid som krever fysisk pasientkontakt, og egenrapportert bruk av gifteringer (glatt eller ikke-glatt) under klinisk arbeid. Uavhengige variabler med  $p \leq 0.200$  ved univariat regresjonsanalyse ble tatt med i modellen. Den minst signifikante variabelen ble deretter fjernet fra modellen til alle gjenværende variabler hadde en  $p \leq 0.125$ . Modellenes egnethet ble kontrollert ved Hosmer og Lemenshow goodness-of-fit test.

Respondentene oppgav bruk av ring under klinisk arbeid på en vurderingsskala fra 1 til 7 (fra «Tar aldri av ringen under arbeid som medfører fysisk pasientkontakt» til «Tar alltid av ringen ...»). På bakgrunn av fordelingene i utvalget var lineære og ordinal logistiske regresjonsmodeller ikke egnet. Det ble derfor benyttet en dikotom effektvariabel i analysen av egen bruk av gifte- eller dekorative ringer hvor effektmålet ble kategorisert i; 1) tar aldri eller sjelden av gifte- eller dekorative ringer under arbeid som medfører fysisk pasientkontakt (verdiene 1–4 på vurderingsskalaen), og 2) tar ofte eller alltid av gifte- eller dekorative ringer under arbeid som medfører fysisk pasientkontakt (verdi 5–7 på vurderingsskalaen).

På bakgrunn av liten variasjon i besvarelsene knyttet til holdninger til- og bruk av ikke-glatt gifte- og forlovelsesringer og dekorative ringer ble det ikke gjennomført videre analyser med disse effektmålene.

Alder og stillingsstørrelse ble registrert som reelle tall. Disse ble i etterkant kategorisert for å forenkle fremstillingen. Disse kategoriene ble benyttet i beregningen av trendtester i univariate og multivariate

Figur 1: Flowdiagram



<sup>1</sup>) Utvalget for analysene av sammenheng mellom bakgrunnsvariabler og pleiepersonells holdninger knyttet til bruk av glatte gifteringer under klinisk arbeid

<sup>2</sup>) Utvalget for analysene av sammenheng mellom bakgrunnsvariabler og pleiepersonells egenrapporterte bruk av gifteringer under klinisk arbeid

**Tabell I: Multivariat logistisk regresjonsanalyse av variabler med innvirkning på pleiepersonells holdninger til bruk av glatte gifteringer under klinisk arbeid**

| Variabel                         | Ujustert effekt<br>OR [95 % CI] | p verdi   | Justert effekt (N=830)<br>OR [95 % CI] | p verdi |
|----------------------------------|---------------------------------|-----------|--|---------|
| <b>Sykehus</b>                   | –                               | (< 0.001) | –                                      | (0.001) |
| Sykehus 1                        | Referansegruppe                 | –         | Referansegruppe                        | –       |
| Sykehus 2                        | 2.55 [0.83 – 7.84]              | 0.102     | 2.06 [0.55 – 7.77]                     | 0.287   |
| Sykehus 3                        | 7.09 [2.47 – 20.39]             | 0.000     | 6.77 [2.02 – 22.77]                    | 0.002   |
| Sykehus 4                        | 4.59 [1.57 – 13.40]             | 0.005     | 6.16 [1.78 – 21.29]                    | 0.004   |
| Sykehus 5                        | 5.13 [1.77 – 14.81]             | 0.003     | 5.69 [1.66 – 19.55]                    | 0.006   |
| Sykehus 6                        | 2.84 [0.92 – 8.75]              | 0.070     | 3.25 [0.89 – 11.90]                    | 0.075   |
| Sykehus 7                        | 3.01 [1.02 – 8.91]              | 0.047     | 3.71 [1.08 – 12.79]                    | 0.038   |
| Sykehus 8                        | 2.71 [0.79 – 9.25]              | 0.112     | 4.87 [1.23 – 19.29]                    | 0.024   |
| Sykehus 9                        | 7.25 [2.49 – 21.15]             | < 0.001   | 10.49 [3.05 – 36.09]                   | < 0.001 |
| Sykehus 10                       | 4.35 [1.50 – 12.58]             | 0.007     | 6.29 [1.86 – 21.32]                    | 0.003   |
| Sykehus 11                       | 1.56 [0.47 – 5.22]              | 0.469     | 2.01 [0.52 – 7.75]                     | 0.312   |
| Sykehus 12                       | 3.14 [1.05 – 9.44]              | 0.041     | 2.87 [0.80 – 10.29]                    | 0.105   |
| Sykehus 13                       | 1.23 [0.37 – 4.09]              | 0.735     | 1.47 [0.37 – 5.82]                     | 0.587   |
| Sykehus 14                       | 2.63 [0.87 – 7.95]              | 0.088     | 3.75 [1.06 – 13.27]                    | 0.040   |
| Sykehus 15                       | 1.86 [0.57 – 6.04]              | 0.304     | 2.12 [0.54 – 8.36]                     | 0.282   |
| <b>Kjønn</b>                     | –                               | (0.021)   | –                                      | (0.079) |
| Kvinne                           | Referansegruppe                 | –         | Referansegruppe                        | –       |
| Mann                             | 1.91 [1.10 – 3.31]              | 0.021     | 1.88 [0.93 – 3.82]                     | 0.079   |
| <b>Yrkesgruppe</b>               | –                               | (0.039)   | –                                      | (0.052) |
| Hjelpepleier                     | Referansegruppe                 | –         | Referansegruppe                        | –       |
| Hjelpepleier med videreutdanning | 0.63 [0.23 – 1.67]              | 0.349     | 0.65 [0.21 – 2.08]                     | 0.471   |
| Sykepleier                       | 0.74 [0.47 – 1.18]              | 0.205     | 1.13 [0.63 – 2.02]                     | 0.673   |
| Sykepleier med videreutdanning   | 0.44 [0.26 – 0.76]              | 0.003     | 0.41 [0.19 – 0.88]                     | 0.023   |
| Sykepleieleder                   | 0.71 [0.22 – 2.34]              | 0.578     | 0.66 [0.15 – 2.90]                     | 0.578   |
| <b>Alder (trend)</b>             | –                               | (0.001)   | –                                      | (0.001) |
| <b>Turnustype</b>                | –                               | (0.008)   | –                                      | (0.086) |
| Tredelt skift                    | Referansegruppe                 | –         | Referansegruppe                        | –       |
| Todelt skift                     | 1.56 [1.02 – 2.37]              | 0.039     | 1.68 [1.02 – 2.77]                     | 0.041   |
| Kun natt                         | 2.30 [1.22 – 4.34]              | 0.010     | 2.00 [0.95 – 4.20]                     | 0.068   |
| Kun dag                          | 1.77 [1.06 – 2.94]              | 0.028     | 1.04 [0.45 – 2.39]                     | 0.935   |
| <b>Enhet</b>                     | –                               | (< 0.001) | –                                      | (0.003) |
| Sengepost                        | Referansegruppe                 | –         | Referansegruppe                        | –       |
| Anestesi                         | 1.42 [0.64 – 3.15]              | 0.386     | 3.16 [1.10 – 9.07]                     | 0.033   |
| Operasjon/intensiv               | 0.51 [0.31 – 0.85]              | 0.009     | 0.98 [0.50 – 1.95]                     | 0.961   |
| Føde/barsel                      | 1.03 [0.53 – 2.02]              | 0.932     | 1.50 [0.58 – 3.90]                     | 0.399   |
| Poliklinikk                      | 2.54 [1.35 – 4.78]              | 0.004     | 4.13 [1.56 – 10.92]                    | 0.004   |
| Annet                            | 1.83 [1.09 – 3.07]              | 0.022     | 2.12 [1.18 – 3.82]                     | 0.012   |

<sup>1)</sup> n varier for de univariate regresjonsanalysene mellom 876 og 899 på grunn av manglende data.

<sup>2)</sup> Økt OR i tabell I indikerer positiv holdning til bruk av glatte gifteringer under klinisk arbeid.

logistiske analyser. Antall år siden fullført utdanning korrelerte sterkt med alder og ble derfor ikke tatt med i de multivariate modellene. Det var svært få respondenter som kun arbeidet aften eller ekstra, disse kategoriene ble derfor ekskludert fra analysene.

## Resultater

### Beskrivelse av utvalget

Av 1170 utsendte skjema ble 1167 mottatt av respondentene (tre hadde sluttet ved avdelingen før skjemaene ble levert ut), 952 (81.6

%) returnerte skjema, hvorav 16 var blanke. Reell svarprosent var 80.2 % (936 av 1167).

Det endelige utvalget bestod av 483 (52.3 %) sykepleiere, 270 (29.3 %) spesialsykepleiere, 120 (13.0 %) hjelpepleiere, 32 (3.5 %) spesialhjelpepleiere og 18 (2.0 %) sykepleieledere (det mangler informasjon om 13 respondenter). Det var 870 (92.9 %) kvinner og 66 (7.1 %) menn, i alderen 22 til 77 år (snitt 43.9 år, SD.11.2). Det var gjennomsnittlig 17,4 år (SD 11.8) siden de fullførte sin utdanning (spredning 0 – 53 år), gjennomsnittlig stillingsstørrelse var 89 % (SD 16.4, spredning 10 – 150 %). En overvekt av respondentene arbeidet tredelt (606 (65.8 %)) eller todelt (161(17.5 %)) turnus. Av 912 respondenter som oppgav enhetstype de arbeidet ved, arbeidet 484 (53.1 %) ved sengepost, 197 (21.6 %) ved operasjon/intensiv enhet, 64 (7.0 %) ved føde/barsel enhet, 46 (5.0 %) ved poliklinikk, 34 (3.7 %) ved anestesi avdeling og 87 (9.5 %) ved andre enheter.

Av 516 utfylte skjema med svar på spørsmål om egen bruk av gifteringer privat, oppgav 283 at de alltid eller tidvis bar giftinger privat. Av disse besvarte 269 (95.1 %) spørsmålet om hvor ofte de tok av seg ringen under arbeid som medførte fysisk pasientkontakt. Disse 269 dannet utvalget for analysen av selvrapportert atferd. Frekvensfordelingen for dette utvalget var i meget stor grad sammenfallende som for det opprinnelige utvalget (N= 936). Figur 1 gir viser et flowdiagram over utvalget.

### Selvrapportert bruk av ringer og holdninger til bruk av ringer under klinisk arbeid

Av respondenter som besvarte spørsmål om egen bruk av giftinger på arbeid (n= 269) oppgav 77 (28.6 %) at de aldri eller sjelden tok av ringen under klinisk arbeid (verdi 1–4 på vurderingsskalaen), mens 192 (71.4 %) svarte at de alltid eller ofte tok ringene av (verdi 5–7). Det var signifikant tendens til at de som bar giftingen hyppig privat oftere valgte å beholde ringen på under arbeid (p < 0.001, Spearman's rho).

Av 214 som svarte at de alltid eller tidvis benyttet dekorative ringer privat, besvarte 197 (92.1 %) spørsmålet om bruk av dekorative ringer på jobb. Av disse svarte 6 (3.0 %) at de aldri eller sjelden tok av dekorativ(e) ringer under arbeid, mens 191 (97.0 %) svarte at de alltid eller ofte tok ringene av. Det var også her signifikant sammenheng mellom hyppighet i bruk av dekorative ringer privat og bruk under klinisk arbeid (p = 0.001, Spearman's rho).

Holdninger til bruk av ringer ble målt ved spørsmål med dikotome svaralternativ knyttet til de ulike ringtypene. Analysene viste signifikant mer positiv holdning til bruk av glatte gifteringer under arbeid som medfører fysisk pasientkontakt (21.2 % positive til bruk av ring), sammenlignet med både ikke-glatte gifteringer (5.0 %, p < 0.001, McNemar test) og dekorative ringer ( 2.2 %, p < 0.001, McNemar test)

**Tabell II: Multivariat logistisk regresjonsanalyse av variabler med innvirkning på pleiepersonells selvrappørte bruk av gifting under klinisk arbeid<sup>1</sup>**

| Variabel                          | Ujustert effekt<br>OR [95 % CI] | p verdi | Justert effekt<br>OR [95 % CI]<br>(n = 263) | p verdi |
|-----------------------------------|---------------------------------|---------|---|---------|
| <b>Kjønn</b>                      | –                               | (0.105) | –   | (0.045) |
| Kvinne                            | Referansegruppe                 | –       | Referansegruppe                             | –       |
| Mann                              | 0.38 [0.12 – 1.22]              |         | 0.23 [0.05 – 0.97]                          |         |
| <b>Stillingsstørrelse (trend)</b> | –                               | 0.014   | –   | 0.006   |
| <b>Enhet</b>                      | –                               | (0.018) | –   | (0.011) |
| Sengepost                         | Referansegruppe                 | –       | Referansegruppe                             | –       |
| Anestesi                          | 2.11 [0.24 – 18.55]             | 0.500   | 3.75 [0.32 – 44.25]                         | 0.293   |
| Operasjon/intensiv                | 4.65 [1.58 – 13.64]             | 0.005   | 4.61 [1.52 – 13.92]                         | 0.007   |
| Føde/barsel                       | 0.74 [0.21 – 2.64]              | 0.642   | 0.64 [0.17 – 2.35]                          | 0.497   |
| Poliklinikk                       | 0.35 [0.10 – 1.21]              | 0.097   | 0.29 [0.08 – 1.03]                          | 0.055   |
| Annet                             | 0.61 [0.25 – 1.52]              | 0.289   | 0.59 [0.23 – 1.52]                          | 0.275   |

<sup>1</sup> n varierer for de univariate regresjonsanalysene mellom 263 og 269 på grunn av manglende data.

<sup>2</sup> Økt OR i tabell II indikerer økt tendens til å ta giftingen av under klinisk arbeid.

(N= 936). Det var også signifikant mer positiv holdning til bruk av ikke-glatte gifteringer enn dekorative ringer ( $p < 0.001$ , McNemar test).

Det var en klar positiv sammenheng mellom egen bruk av gifting privat og holdninger til bruk av glatt gifting på jobb. På en skala fra 0 (bruker aldri gifting privat) til 7 (bruker alltid gifting privat) var snitt for de som var positive til bruk 4.44 dager per uke, mot 2.23 for de som var negative til bruk av glatt gifting på jobb (Mann–Whitney U test,  $p > 0.001$ ).

Det var også sterk sammenheng mellom holdninger til bruk av glatte gifteringer og egen bruk av gifting (glatt eller ikke) på arbeid. Snitt for de med positiv holdning var 3.23, på en skala fra 1–7 (tar aldri av – tar alltid av giftingen på jobb) mot 6.33 for de som var negative til bruk av glatt ring på jobb (Mann–Whitney U test,  $p > 0.001$ ).

### Sammenheng mellom bakgrunnsvariabler og holdninger til bruk av glatte gifteringer under klinisk arbeid

Univariat regresjonsanalyse viste signifikant bivariat sammenheng for alle bakgrunnsvariablene og respondentenes holdninger til bruk av glatte ringer. Alle variablene ble derfor inkludert i den multivariate logistiske regresjonsmodellen. Som vist i tabell I, ble kun stillingsstørrelse tatt ut av modellen grunnet ikke signifikant justert effekt.

Andel av de med positiv holdning varierte signifikant mellom sykehusene fra 7.9 % til 38.5 %, og mellom avdelingsenhetene fra 11.5 % (operasjon/ intensiv) til 39.1 % (poliklinikk). En større andel menn (21, 32.8 %) enn kvinner (170, 20.4 %) oppgav å ha positiv holdning til bruk av glatte gifteringer under klinisk arbeid, forskjellen var imidlertid ikke signifikant ( $p = 0.079$ , justert effekt estimat).

Det var signifikant tendens til mer positiv holdning med økende alder. I aldersgruppen 20–29 år oppgav 18 (13.0 %) en positiv holdning til bruk av glatte gifteringer under klinisk arbeid. Tilsvarende i de resterende aldersgruppene var: 30–39 år, 37 (18.1 %); 40–49 år, 59 (22.3 %); 50–59 år, 53 (24.5 %), 60 år +, 17 (31.5 %). Hjelpepleierne oppgav hyppigst positiv holdning til bruk av glatte gifteringer (28,6 %), mens den laveste frekvensen ble notert blant sykepleiere med spesialutdanning (15.1 %). De resterende gruppene hadde tilnærmet lik andel (hjelpepleiere med spesialutdanning: 6 (20.0 %), sykepleiere: 107 (22.9 %), og sykepleieledere: 4 (22.2 %) ( $p = 0.052$ , justert effekt estimat). Blant pleiepersonell i ulike turnustyper oppgav respondenter med tredelt turnus lavest frekvens av positiv holdning til bruk av glatte gifting under klinisk arbeid (104 (17.9 %)). Av respondentene i to-delt turnus oppgav 39 (25.3 %) positiv holdning, en signifikant justert effekt sett i forhold til referansegruppen i tre-delt turnus. Av de som

arbeidet kun natt eller kun dag oppgav henholdsvis 16 (33.3 %) og 25 (27.8 %). Det var ingen signifikante justerte forskjeller mellom disse gruppene og referansegruppen.

### Sammenheng mellom bakgrunnsvariabler og egen bruk av gifting (glatt eller ikke-glatt) på arbeid

Det var stor variasjon mellom sykehusene med hensyn til andel av pleiepersonell som oppgav å aldri eller sjelden ta av ringen på arbeid (fra 6.2 % til 52.4 %). Det var et stort antall sykehus og relativt få respondenter (N=269), og forskjellen var ikke statistisk signifikant ( $p = 0.278$ , ujustert effektestimant). Tilsvarende ble det ikke funnet signifikante sammenhenger ved de univariate regresjonsanalysene for alder ( $p = 0.507$ ) og turnustype ( $p = 0.467$ ). Kjønn (0.105), utdanning, stillingsstørrelse og avdelingsenhet hadde ujustert effektestimant på  $p \leq 0.200$ , og ble inkludert i regresjonsmodellen. Utdanning ble tatt ut grunnet en ikke-signifikant justert effekt. Den endelige modellen bestod av kjønn, stillingsstørrelse, og avdelingsenhet.

Resultatene viste at de mannlige respondentene oftere valgte å beholde giftingene på under klinisk arbeid enn sine kvinnelige kollegaer. Av kvinnene oppgav 71 (27.6 %) å aldri eller sjelden ta av seg giftingen på arbeid, mot 6 (50%) av mennene ( $p = 0.045$ , justert effektestimant). Antall menn i utvalget var imidlertid lavt ( $n = 12$ ), og det er derfor usikkerhet knyttet til effektestimantet. Stillingsstørrelse synes også å ha en betydning for om pleiepersonell bærer ring under klinisk arbeid. Resultatene viste signifikant tendens til at respondenter i lav stillingsstørrelse sjeldnere tok av seg ringene enn de i større stillinger. Eksempelvis oppgav 27 (42.9 %) av de i stillingsstørrelse 51 – 75 % å aldri eller sjelden ta av ringen, mot 42 (22.7 %) av de i stillingsstørrelse 76 – 100 % ( $p = 0.006$ , justert effektestimant). Analysene avdekket også signifikant forskjell mellom ulike avdelingsenheter, med en spredning fra 91.7 % (operasjon/ intensiv  $n = 48$ ) til 45.5 % (poliklinikk  $n = 11$ ) med hensyn til frekvens av pleiepersonell som oppgav å ofte eller alltid ta av giftingen under klinisk arbeid ( $p = 0.011$ , justert effektestimant).

### Diskusjon

Arbeid knyttet til problemstillingen om fingerringe kan, som andre kliniske problemstillinger, sees som en prosess gjennom flere ledd; 1) fører bruk av ringer til økt infeksjonsrisiko, 2) dersom de utgjør en risiko, er bruk av ringer så utbredt blant norsk helsepersonell at en endring på området bør prioriteres, 3) utarbeidelse av effektive endringsstrategier, 4) implementering av endringsstrategiene, oppfølging og evaluering.

Gjeldende retningslinjer for håndhygiene konkluderer med at bruk av fingerringe blant helsearbeidere fører til økt infeksjonsrisiko for pasientene som mottar pleie og behandling. Resultatene fra den presenterte studien viste at det finnes en utstrakt bruk av ringer under klinisk arbeid blant norsk pleiepersonell, og at det blant mange finnes en aksept for å bære glatte gifteringer i arbeidssituasjonen. Resultatene bekreftes av de få publiserte studiene som finnes om emnet. Vi fant i en liten studie fra 2000 (N= 11) en selvrappørte frekvens av ringbruk på 45 % (30). Kennedy et al. (33), som også undersøkte selvrappørte bruk av ringer, fant i sin studie en frekvens på 61 % (N=147), mens to observasjonsstudier oppgir en frekvenser på henholdsvis 61 % (N= 99) og 29 % (N=1455) (31,32).

Basert på studiens resultater kan man antyde noen overordnede faktorer som synes å ha innvirkning på pleiepersonells holdninger og selvrappørte atferd knyttet til bruk av ringer. Resultatene viste at

holdninger og atferd knyttet til bruk av fingerring er påvirket av både individuelle og eksterne faktorer. Både alder, sykehus og avdelingsenhet hadde signifikant betydning for holdninger til bruk av glatte giftringer, kjønn, yrkesgruppe og turnustype en sub-signifikant effekt. Kjønn, avdelingsenhet og stillingsstørrelse hadde betydning for egen bruk av giftring (glatt eller ikke-glatt) under klinisk arbeid. Videre antyder ulikhetene i holdninger til bruk av henholdsvis ikke glatte giftringer og dekorative ringe at kulturelle og emosjonelle forhold knyttet til giftringen er av betydning. Ulike holdninger som ble avdekket hva gjelder glatte giftringer og ikke-glatte ringe antyder at hygieniske aspekter også spiller inn, og at det i klinikken finnes antagelser om at de glatte ringene utgjør mindre smitterisiko enn andre ring typer.

Det er flere mulige forklaringer for hvorfor yngre pleiepersonell oppgir mindre positiv holdning til bruk av giftringer enn eldre kollegaer. En mulig innvirkende årsak er at det er kortere tid siden de fikk undervisning om temaet gjennom sin utdannelse, en annen at de i kortere tid har vært under påvirkning av arbeidsplassens tradisjoner, eksempelvis en aksept for bruk av ringe. Det er også sannsynlig at det er færre blant de unge som selv er gift, og at respondentene i denne gruppen derfor i mindre grad er påvirket av de emosjonelle forholdene mange opplever til egen giftring (23). Alder hadde ingen signifikant effekt innen atferdsanalysene. Resultatet var trolig påvirket av at atferdsutvalget bestod av respondenter som selv bar giftring privat, og at andelen av yngre pleiepersonell var lavere enn i utvalget for holdningsanalysene (9.2 % vs. 15.6 %).

Den store forskjellen man fant mellom ulike sykehus og ulike enheter tyder på at det etableres lokale tradisjoner for bruk av ringe. Utanning og ledelse er to blant mange mulige påvirkende årsaker. Ledere anses som selve krumtappen ved endring. Den tydelige forskjellen både mellom sykehus og enheter tyder på at ledelsesengasjement på flere nivåer har betydning for holdninger og atferd knyttet til bruk av ringe. Forskjellen mellom ulike enheter og mellom ulike yrkesgrupper skyldes trolig også at man ved enkelte videreutdanninger har et større fokus på smitterisiko ved bruk av ringe, eksempelvis for operasjonssykepleiere. Antall respondenter i datagrunnlaget for atferdsanalysene var betraktelig mindre enn for holdningsanalysene, og lavt antall respondenter fra flere sykehus var antakelig avgjørende for at det ikke også ble funnet signifikant effekt av sykehus på egen adferd.

Analysene viste ingen effekt av stillingsstørrelse på respondentenes holdninger til bruk av giftringer. Imidlertid oppgav pleiepersonell med lav stillingsstørrelse signifikant høyere frekvens av egen ringbruk under klinisk arbeid, enn pleiepersonell med større stillingsstørrelse. Tidligere atferd har, uavhengig av holdninger, stor betydning for senere handlinger (36), og det er trolig at pleiepersonell i store stillinger enklere får etablert gode vaner for å ta av ringen under klinisk arbeid. Resultatene viste også signifikant korrelasjon mellom ringbruk privat og på arbeid, og at respondentene i lav stillingsstørrelse hyppigere bar ringe privat enn respondentene i større stillinger.

Resultatene fra gjeldende studie og tidligere publikasjoner viser at praksis rundt bruk av fingerringe strider med kunnskapsbasert, faglig forsvarlig yrkesutøvelse. Det bør derfor være en prioritert oppgave innen smitteforebyggende tiltak å utarbeide effektive endringsstrategier. Effektive endringsstrategier krever god kjennskap til faktorer som virker hemmende og fremmende på den enkeltes valg om å utføre den atferden man ønsker å endre (37). Gjeldene studie var ikke designet til å fremskaffe tilstrekkelig kunnskap om disse faktorene. Studier med dette formålet vil derfor være et viktig bidrag i det videre arbeidet mot kunnskapsbasert og faglig, forsvarlig praksis knyttet til bruk av ringe blant helsearbeidere.

### Studiens begrensninger og generaliserbarhet

Selvadministrerende spørreskjema ble benyttet til innhenting av data. Evaluering av ulike registreringsformer viser at selvrappertert atferd ofte er signifikant forskjellig fra observert atferd, og at bruk av spørreskjema til kartlegging av atferd derfor kan gi lite valide resultater (38). Dette bør tas i betraktning ved benyttelse av resultatene. Det argumenteres allikevel for at man ved bruk av spørreskjema fikk tilstrekkelig valide resultater i forhold til studiens hensikt.

Studien er gjennomført med pleiepersonell ved somatiske sykehus som respondenter. Med bakgrunn i utvalgsmetoden og den høye svarprosenten, er resultatene forventet å være generaliserbare til andre grupper av pleiepersonell ved norske, somatiske sykehus.

### Takksigelse

Vi vil rette en stor takk til alle hygienesykepleierne som gav en uvurderlig hjelp i distribusjonen av spørreskjemaene, til Carl-Fredrik Borchgrevink-Lund for god hjelp i tilknytning til pilotstudie og utarbeidelse av spørreskjema, og til alle hjelpe- og sykepleiere som har deltatt i studien.

Godkjent for publisering 21.09.2010

Mette Fagernes, Hygienesykepleier, Oslo universitetssykehus – Rikshospitalet, NO – 0372 Oslo, email: mette.fagernes@iv.no.  
May-Solveig Fagermoen, Seniorforsker, Oslo universitetssykehus

### Referanser

1. World Health Organization. Who guidelines on hand hygiene in health care. 2009.
2. Fagernes M, Lingaas E, Bjark P. Impact of a single plain finger ring on the bacterial load on the hands of healthcare workers. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007 Oct;28(10):1191–5.
3. Jacobson G, Thiele JE, McCune JH, Farrell LD. Handwashing: ring-wearing and number of microorganisms. *Nurs Res* 1985 May;34(3):186–8.
4. Salisbury DM, Huttilz P, Treen LM, Bollin GE, Gautam S. The effect of rings on microbial load of health care workers' hands. *Am J Infect Control* 1997 Feb;25(1):24–7.
5. Hoffman PN, Cooke EM, McCarville MR, Emmerson AM. Microorganisms isolated from skin under wedding rings worn by hospital staff. *BMJ* 1985;290(6463):206–7.
6. Athar MA, Stafford L, Wootliff JS. Bacterial population of ring and control fingers in health care workers. *Infect Control Can* 1989;(May/June):8–12.
7. Kristiansen M, Laukvik G, Wiberg K, Øvrebotten IM. Har vi et profesjonelt forhold til sykehushygiene? *Sykepleien* 1989;77(3):16–20.
8. Field EA, McGowan P, Pearce PK, Martin MV. Rings and watches: should they be removed prior to operative dental procedures? *J Dent* 1996 Jan;24(1-2):65–9.
9. Lowbury EJJ, Blowers R, Cunliff AC. Aseptic methods in the operating suite. *Lancet* 1968 Apr 6;1(7545):705–9.
10. Nicholson-Pegg A. The wearing of wedding rings in the operating department. *NATNEWS* 1982 Apr;19(4):19–25.
11. Dewan PA, Fergus M. Rings in operating theatres. *N Z Med J* 1985 Dec 25;98(793):1094.
12. Larson EL. APIC guideline for handwashing and hand antisepsis in health care settings. *Am J Infect Control* 1995 Aug;23(4):251–69.
13. Boyce JM, Pittet D. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2002 Dec;23(12 Suppl):S3–40.
14. World Health Organization. WHO guidelines on hand hygiene in health care (advanced draft): a summary. 2005.
15. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Nasjonal veileder for håndhygiene. Oslo: Nordberg Aksidenstrykkeri AS; 2004.
16. Trick WE, Vernon MO, Hayes RA, Nathan C, Rice TW, Peterson BJ, et al. Impact of ring wearing on hand contamination and comparison of hand hygiene agents in a hospital. *Clin Infect Dis* 2003;36(11):1383–90.
17. Rupp ME, Fitzgerald T, Puumala S, Anderson JR, Craig R, Iwen PC, et al. Prospective, controlled, cross-over trial of alcohol-based hand gel in critical care units. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008 Jan;29(1):8–15.
18. Yildirim I, Ceyhan M, Cengiz AB, Bagdat A, Barin C, Kutluk T, et al. A prospective comparative study of the relationship between different types of ring and microbial hand colonization among pediatric intensive care unit nurses. *Int J Nurs Stud* 2008;45:1572–1576.
19. Waterman TR, Smeak DD, Kowalski J, Hade EM. Comparison of bacterial counts in glove juice of surgeons wearing smooth band rings versus those without rings. *Am J Infect Control* 2006 Sep;34(7):421–5.

20. Wongworawat MD, Jones SG. Influence of rings on the efficacy of hand sanitization and residual bacterial contamination. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007 Mar;28(3):351–3.
21. Al-Allak A, Sarasin S, Key S, Morris-Stiff G. Wedding rings are not a significant source of bacterial contamination following surgical scrubbing. *Ann R Coll Surg Engl* 2008 Mar;90(2):133–5.
22. Kelsall N, Griggs R, Bowker K. Should finger rings be removed prior to scrubbing for theatre? *J Hosp Infect* 2006;62(4):450–452.
23. Fagernes M, Nord R. A study of microbial load of different types of finger rings worn by healthcare personnel. *Vård i Norden* 2007;27(2):21–4.
24. Fagernes M, Lingaas E, Bjark P. Impact of a single plain finger ring on the bacterial load on the hands of healthcare workers. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007;28(10):1191–5.
25. Fagernes M, Lingaas E. Impact of finger rings on transmission of bacteria during hand contact. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2009;30(5):427–32.
26. Alur AA, Rane MJ, Scheetz JP, Lorenz DJ, Gettleman L. Simulated microbe removal around finger rings using different hand sanitation methods. *Int J Oral Sci* 2009;1(3):136–42.
27. Hautemaniere A, Cunat L, Diguio N, Vernier N, Schall C, Daval M, et al. Factors determining poor practice in alcoholic gel hand rub technique in hospital workers. *Journal of Infection and Public Health* 2010;(3):25–34.
28. Pratt RJ, Pellowe CM, Wilson JA, Loveday HP, Harper PJ, Jones SR, et al. epic2: National evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England. *J Hosp Infect* 2007 Feb;65 Suppl 1:S1–64.
29. Fagernes M. Gifteringer og sykehusinfeksjoner. Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap; 2003.
30. Fagernes M. Ringbruk i sykepleiepraksis. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning* 2000;2(3):160–9.
31. Mackain-Bremner AA, Owens K, Wylde V, Bannister GC, Blom AW. Adherence to recommendations designed to decrease intra-operative wound contamination. *Ann R Coll Surg Engl* 2008 Jul;90(5):412–6.
32. Hofer CB, Abreu TF, Silva EG, Sepulveda CA, Gibara FA, Lopes NR, et al. Quality of hand hygiene in a pediatric hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007;28(5):622–4.
33. Kennedy AM, Elward AM, Fraser VJ. Survey of knowledge, beliefs, and practices of neonatal intensive care unit healthcare workers regarding nosocomial infections, central venous catheter care, and hand hygiene. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2004;25(9):747–52.
34. Tolentino-DelosReyes AF, Ruppert SD, Shiao SY. Evidence-based practice: use of the ventilator bundle to prevent ventilator-associated pneumonia. *Am J Crit Care* 2007 Jan;16(1):20–7.
35. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process* 2001;50:179–211.
36. Hagger MS, Chatzisarantis NLD, Biddle SJH. A meta-analytic review of the theories of reasoned action and planned behavior in physical activity: Predictive validity and the contribution of additional variables. *Journal of Sport & Exercise Psychology* 2001;24(1):3–32.
37. Buchan H, Baggoley C. Closing the Knowing – doing gap. *Journal of Emergency Primary Health Care* 2004;2(1–2).
38. Haas JP, Larson EL. Measurement of compliance with hand hygiene. *J Hosp Infect* 2007 May;66(1):6–14.

# Youth Counselling in School Health Services: The Practice of 'Intentional Attentiveness'

Kari Langaard, PhD-student – Ruth Toverud PhD

## ABSTRACT

**Background:** In Norway, school health services are regarded as an important field for youth counselling. However, theory appropriate to counselling within this context is poorly developed. This article contributes to a theoretical framework for counselling within this setting. Practice that aimed at enhancing the adolescents' active participation in change processes was taken as a point of departure.

**Method:** Participant observation was performed during 13 counselling sessions conducted by experienced school nurses and mental health professionals at two high schools in Oslo, Norway, 2006. Grounded theory method provided analytical guidelines.

**Findings:** The consultations were characterized by the counsellors' attention to the adolescents' narratives on the one hand, and interventions guided by certain intentions pursued by the counsellors on the other hand. The core concept 'intentional attentiveness' was constructed around five main dimensions: a) attentiveness to the adolescents' narratives, b) structuring the narratives, c) encouraging self expression, d) helping the adolescents to remain in school and e) encouraging an outlook on the future. Discussion focuses on how the concept 'intentional attentiveness' can inform practice in school health services.

**Conclusion:** Youth counselling characterized by 'intentional attentiveness' adapts well to a framework of health promotion that underpin school health services. It also supports and expands findings from other studies conducted within this context, and should be further explored and integrated as a part of the knowledge base of school health services.

**KEYWORDS:** Youth, professional counselling, school health services, grounded theory, Norway

## Background

Currently, the mental health condition of youth is receiving considerable attention as a matter of concern in Western countries, and the importance of providing services that are easy accessible to young people in need of mental health counselling is strongly recommended (1-4). To adapt to this situation, in Norway school health services are seen as an important field of improvement (5).

Making professional counselling available to large groups of adolescents puts particular demands on outlining the counselling within a framework that strengthen their capacities to cope with their lives. Edwards et al. (6), suggest that counselling in schools should approach young people in ways that promote participation and activity and avoid passivity and dependency. Mandel & Quazilbash (7) emphasize the importance of a model that recognizes adolescents as change agents when practicing counselling in school based health centres. However, studies that focus on the characteristics of school health practice that intend to involve children and adolescents in their own change processes are few. An exception is a Danish study conducted by Ina K. Borup (8). Her study demonstrated that when the pupils took active part in decisions about what should be worked on, the counselling became more sensitive to their needs and thereby more useful. Conversely, if the pupils did not participate actively during the consultations, there was a risk that the counselling did not make any difference to them.

## Aim

The aim of the present study is to contribute to a knowledge base appropriate to counselling young people with psychosocial problems. The term *psychosocial* refers to the interplay between the inner state of the adolescents and their social surroundings. To adapt to the goal of health promotion, a framework with a marked focus on the agency and resources of young people should guide the consultations. How the counsellors transformed the basic idea of active involvement when encountering adolescents in need of professional support, is the focus of the study.

## Method

The study is based on the assumption that theories for use in practice are best developed by studying what experienced practitioners are doing in real counselling situations (9). Data from participant observations during 13 counselling sessions in school health services provide the empirical grounding. The study is part of a larger participatory action research project (PAR) conducted at two high schools in Oslo, Norway. The PAR project established two teams at the actual schools by recruiting experienced school nurses and mental health professionals (both groups hereafter called counsellors). This project group intended to increase students' access to mental health consultations and simultaneously reflect upon how practice could be performed within a framework characterized by focus on the young person's resources and participation in change processes. The PAR project also included interviews with adolescents at the two schools. The interviews focused on how they considered adult support in difficult life situations (10).

## Ethical considerations

The study was evaluated by the Regional Committee for Medical Research and approved by the Norwegian Data Inspectorate. It also received approval by the head teachers of the schools. The participants were informed verbally and in writing that they could withdraw from the study at any time. To safeguard confidentiality all the names used in the article are pseudonyms.

## Participants

15 adolescents, mostly aged 17 to 18 years, participated. The data comprised 11 individual sessions. In addition, two girls met together in one session and, in another, two siblings. The majority of the participants were girls (11 girls and 4 boys), ten with ethnic majority background, and five from ethnic minorities. Most of them (11) lived with their parent(s), three lived alone and one girl lived with her relatives. The participating counsellors were women aged between thirty and sixty, all with an ethnic majority background.

### Procedure

To ensure sample diversity, criterion sampling was performed to select cases that met predefined criteria (11). The counsellors were instructed to choose cases that demonstrated the diversity of psychosocial problems they usually deal with in their daily practice, as well as variation by gender and ethnicity. The adolescents were asked whether the researcher (first author) could be present, and it was emphasized that focus would be on how professionals talked with young people. All the young persons approved participation. The counselling sessions were audio-taped and transcribed verbatim. Most of the sessions were followed by a short conversation involving the counsellor and first author, where the counsellor's reflections on her interventions during the session were given attention.

### Analysis

A key characteristic of theory development using grounded theory, is that collection and analysis of data is a simultaneous process (12). After each session the first author wrote a short memo containing her immediate impressions and thoughts before proceeding to the next session. According to Charmaz (13), initial coding should be conducted by remaining open and staying close to the data. After this first coding procedure, the data were coded into NVivo software for qualitative data analysis. The transcripts were reviewed several times using the constant comparative strategy (14). At this stage constructivist grounded theory guided the analysis, which means that concepts are grounded in data and then constructed by the researcher(s) (13;15). The analysis focused upon sequences that reflected how the practitioners interacted with the adolescents in ways that intended to involve them in change processes. The focused codes and dimensions were continuously discussed with the second author to confirm that interpretations were in accordance with the data. To capture testimonial validity (16), the findings were reviewed by the participating counsellors and their reflections were incorporated in the further analysis (17). Finally theoretical sampling was used to determine the core concept and bringing together main dimensions and sub dimensions to provide a coherent theory (14).

## Findings

### The practice of «intentional attentiveness»

The kind of psychosocial problems that the adolescents came up with varied extensively. Some of them described relationship problems with parents, partner, friends and teachers resulting in sleeping problems, anxiety or depression. Others told about school demands that they did not manage to fulfil, others about traumatic experiences that still influenced their lives, and some described mental health problems or poverty in the immediate family. These problems influenced their daily functioning considerably, and most of them were, or had been, in danger of school dropout. Although the severity and also complexity of each situation varied, some of the adolescents told about severe psychosocial problems, including long-term neglect and lack of

adult support. Overall, the adolescents' approaches to their difficulties were characterized by insecurity and confusion about how to cope with their situations.

The counsellors' approaches to the adolescents were characterized by attentiveness to their narratives on the one hand, and certain intentions that gave direction to the counselling on the other hand. The intentions were structured along the following dimensions: Bringing in structure to the narratives, encouraging self-expression, helping the adolescents to remain in school and encouraging an outlook on the future (Table 1). These dimensions interacted continuously during the consultations.

### Attentiveness to the adolescents' narratives

To attach to the adolescents' descriptions of their situations in an open-minded way emerged as a key characteristic of the counselling. One of the counsellors expressed this attitude in the conversation afterwards by saying: *'I listen carefully and connect to what they say.'* However, particularly early sessions could be dominated by the adolescent being overwhelmed and seeing no solution. A high degree of attentiveness was then required in order to connect in a manner which encouraged the young person's active involvement in a meaningful way. One way could be to attend to the fact that the adolescent actually *did* something to change the situation, simply by coming to the consultation.

Another way of engaging the adolescents was to let them decide which aspects of their situation that should be focused on. Even if they did not readily know how to use this opportunity, the possibility could be appreciated. One of the girls highlighted the significance of providing time and open space for talking about different aspects of life. She had so much she needed to talk about, she said, and just talking to somebody about part of her story was not enough. An important dimension of attentiveness thus seemed to be readiness to provide an open space and connect interventions to what appeared to be vital issues for the young person.

### Structuring the narratives

Often the adolescents found themselves in chaotic circumstances. When they presented their situations in ways characterized by ambiguity and confusion, the first step of the counsellor was to intervene in ways that created structure to their descriptions. By listening carefully,

**Table 1. Main and sub- dimensions of intentional attentiveness**

| Core concept              | Main dimensions                                 | Sub dimensions   |
|---------------------------|---|--|
| Intentional attentiveness | a) Attentiveness to the adolescents' narratives | Listen, connect, give attention to the activities of the young person, grant his or her initiative, offer a neutral space for reflection.  |
|                           | b) Structuring the narratives                   | Addressing concrete and narrow issues that can be worked upon.   |
|                           | c) Encouraging self expression                  | Invite reflections on <i>what</i> to say and <i>how</i> to say it. Recognizing and expressing the adolescents' right to set limits and to make their own decisions. Assessing when more active involvement is necessary. |
|                           | d) Helping the adolescents to remain in school  | Invite reflection on how to <i>come</i> to school and how to <i>remain</i> in school. Assess when to involve actively; for example: talk with school staff to make special arrangements.                                 |
|                           | e) Encouraging an outlook on the future         | Focus on positive and active elements. Attend to what might be by connecting to the current situation, and what may point ahead.   |

they tried to engage the young person in ways that made it possible to pick out issues narrow and concrete enough to be handled and also opened up for new perspectives. The case of Evelyn, a girl of 17, echoed many of those who initially put across accounts that appeared complex and overwhelming. When the counsellor asked her what was the most important thing to talk about she said:

There are a lot of things, school, for example. I worry so *much*, I am not motivated at all. I don't even have the energy to draw a line. I feel like I've hit a wall. I have received warning letters in all subjects which were sent my parents. I saw them first, and then I just threw them away.

Counsellor: So your parents have not seen them yet?

Evelyn: No, I don't want to cause them any grief or stress.

Evelyn continued by giving small glimpses of domestic circumstances that pictured a girl worrying much about family members and taking much responsibility for the family's daily life. However, she preferred not to talk so much about *that*, she said.

Counsellor: But what could help you figure out what you might want to do?

Evelyn: Nothing. When my head is in a mess, then everything around me is also in a mess. My room – you should see it. It looks as if it's been bombed! I should have done a lot of things but everything is so messy that I can't fix it. Like, what should I do? School doesn't work. I realize that I've got lots of work to do. I intend to do things and I know how, but it just doesn't work out. Everything is just so messed up...

At this point, facing a girl who was overwhelmed and confused, the counsellor attempted to engage her in sorting things out. In this process she let the girl decide what *she* sees as the most important issue to attend to.

#### *Encouraging self expression*

To enhance the adolescents' ability to express their thoughts and opinions and in this way influence their environments, guided the counsellors' involvement in a fundamental way. This dimension was demonstrated in different situations where they could discuss with the young person how to talk to teachers about school issues, or how to talk about experiences of neglect or abuse. In one case, expulsion from the country and how to speak with public agencies was the dominant issue. In these situations *what* to say, to *whom* and also *how* to say it was essential. The counsellors' interventions were based on assurances that the adolescents had the right to set their own limits, to make their opinion known, and to decide on their own. By providing a safe place to reflect upon a situation and how to handle it, they encouraged exploration of new ways of acting. This became evident in the case of Judy, who in her last conversation with the counsellor had told for the first time that she had been sexually abused by a relative some years ago. Now this episode influenced her life because she had got a boyfriend and she had problems with having sex. This problem took much of her energy and affected her capacity to concentrate on school. The counsellor's approach was to explore the situation together with Judy, and to emphasize her right to set her own limits. She advised her how to do this by suggesting that she could tell her boyfriend that she needed time because of some previous negative experiences, but without necessarily involve him in all the details of these experiences.

Some situations called for more direct and active support from the counsellor's side. This was visualized in the interaction with two girls, Sarah and Emma, who came together to the consultation. They both lagged behind in mathematics, and Emma had been home from school several times because of headaches. They needed more support than the teacher provided, and they also had some critical viewpoints on how the teaching was practiced. During the session the following exchange took place:

Sarah: If you could just be there with us. You don't have to say anything, but just be there to support us ...

Emma: I feel that it is very easy to brush us aside. (She quotes the teacher): 'Oh, yes that's your opinion, but now I must rush to my

next classes'. Maybe it would be a bit easier if you are there to exercise your power. Then they understand that we aren't just...

Counsellor: Yes, exercise some power.

The counsellor encouraged the girls to express their meanings, and also invited them to reflect on how to do it. The girls hesitated however, and called for more active involvement from the counsellor. In this case the counsellor connected to the girls' description of their situation and provided room for reflection. She must also assess *whether* and *how* she can support the girls outside the consultation room.

#### *Helping the adolescents to remain in school*

How the counsellors encouraged and supported the adolescents' efforts to remain in school permeated the consultations. Their interventions could vary from simply asking if the youngster had been to school the last days and then concentrating on other issues, to detailed exploration of the absence as visualized by Eric, a 17 year-old boy. He had difficulties catching up at school after being absent for a long time after a car accident. He told the counsellor that he had managed to go to school three days last week. His problem was not to stay in school, he said, but to *come there*.

Counsellor: What actually are the obstacles?

Eric: I don't know.

(Long pause)

Eric: If someone pushes me out of bed.

Counsellor: What does it take to push your self out of bed?

Eric: It's damn well not easy to say. It could be a lot of things.

Counsellor: Yes, as an example...

Eric: Just get out of bed

Counsellor: Get out of bed, yes, but it isn't that easy?

In this case the counsellor provided a space to reflect by not being too quick to give advice, or by '*not putting words into their mouths*' as one of them said. On the other hand, Eric also pointed to the active elements in the counsellor's approach that gave him new ideas about how he could handle the situation. At the end of the consultation the counsellor asked him if this way of talking helped him. Eric's response was that it made him more conscious of the problem and gave him new thoughts about how to do better. He continued: '*It is easy to fool yourself. It seems as if somebody must spell it out for me.*' The balance between introducing new ideas and to safeguard time and space for the adolescent to reflect on, and eventually integrate the counsellor's interventions thus seemed important.

The dimension of helping the adolescent to remain in school, however, often included co-operation with the school staff. If the young person was behind in some subjects, the counsellor could offer to take part in talking with teachers to find a solution by advocating his or her need of special arrangements to accomplish school.

#### *Encouraging an outlook on the future*

To give attention to future positive possibilities was one of the main dimensions of the counselling. This approach however, was practiced in a very sensitive and cautious way, particularly when the young person found him or herself in circumstances hallmarked by severe psychosocial problems that had lasted for years. By listening carefully and pointing to differences between past and present, the counsellor tried to introduce a new perspective that had the potential to break through a repetitive story.

Typically, the counsellor was the one who initiated an outlook on the future. Overall, the adolescents were so occupied with their problematic situation that the counsellor's ability of passing on trust in the possibility of a better situation in the future, seemed to be crucial. One way of practicing this was to give attention to positive and active elements in the young person's narrative. This was demonstrated in the case of Shazia, a 17 year old girl who, during her conversations with the counsellor, told about severe problems at home resulting in difficulties in concentrating on school and consequently in school absence. The counsellor's approach to Shazia was to help her to remain in school. How she (the counsellor) connected to active ele-

ments in the girl's narrative and introduced future possibilities emerged in the following dialogue:

Counsellor: What do you think about the next year then?

Shazia: Actually, I don't know if I can take time off or not, but I will thoroughly consider it now. Because I'm thinking if I take time off I won't bother to just stay at home. It could make you feel really bad. It could even make you ill. So I actually thought about attending a designer course next year. I'll see if I can manage that. If I can't, I'll take time off.

Counsellor: What would it take for you to be able to pull this off?

Shazia: ...I think I will have a go at making new friends next year.

The counsellor's question seems to encourage Shazia to think about what she can pursue. She points to a direction and also provides space for the girl to find her own way. By connecting to the girl's own ideas and also encouraging her to reflect on how to reach her goal, she initiates an outlook on possible positive changes in the future.

## Discussion

The practitioners' interventions were guided by the overall goal of engaging the adolescents in problem solving processes. Taking this as a point of departure, the most outstanding result from the study was the manner in which the counsellors balanced their interventions with attentiveness to how they could connect to the adolescents' own ideas and engagement. This approach seemed to facilitate the young person's active involvement during the sessions. These findings support other studies conducted in school based health services. Davis (18), contends that active listening and attentiveness to individual needs is the single most important factor when counselling adolescents. Johansson & Ehnfors (19), noticed in their study that attentiveness was related to the school nurses' ability to listen to what the student told without '*jumping immediately into a new subject*' (p. 12). Borup (8) found that a good dialogue was attached to the nurse's authenticity, to her reflective openness and also attentiveness to the pupils' competencies. The nurse's awareness of the uniqueness of each case and also her readiness to let the need of the pupil guide the consultations was essential regarding the pupils' readiness to make use of the counselling.

Other key dimensions of the construct *intentional attentiveness* was related to how the counsellors' interventions were guided by intentions of structuring their stories, encouraging their self expression, helping them to remain in school and initiating an outlook on the future. Taking a developmentally oriented perspective as a point of departure, it is important to face that adolescents need to find their own direction in life, and simultaneously are in need of adult support and guidance. Larson (20) states that the most important question in youth counselling therefore is: when to push and when to hold back. This study demonstrates how finely attuned the interaction between the young person and the counsellor might be in this sense.

Counselling practice that aims to involve the adolescent in problem solving processes is a process of co-construction. Problems do not present themselves as given. They are constructed from materials of very complex and problematic situations which are puzzling, troubling and uncertain (9). Involving adolescents in co-constructing work calls for sensitivity and finely attuned interventions that adapt to the uniqueness of each case where the practitioners balance their activity with the young persons own efforts to handle their difficulties.

To approach youth in ways that enhance their engagement and activity can also be recognized in current counselling practices such as solution-focused therapy and positive youth development therapy (21;22). Because these models focus on strengths of the adolescents and also on how to support them in constructing a preferred future for themselves, one might argue that utilizing one of these models in school health services is pertinent. On the other hand, the application of one definite counselling model can threaten the counsellor's flexibility and attentiveness to uniqueness of each case because she will look for cues to fit into one particular theoretical model (9). The adolescents' perspectives might easily get lost, and hence the possibility

to involve him or her in problem-solving processes. Because the situations counsellors in school health services must deal with are characterized by high degree of variety and different degrees of complexity, particular demands are laid upon them to approach the young person in an open and non-instrumental way. Counselling models that build upon active involvement of the adolescents should therefore inform but not be fully adapted as working models in school health services.

McLeod (23) contends that counselling practice is not only influenced by the interaction itself, but also by the context within which it is performed. School health services are located at the point of intersection between two powerful organizational systems: the public health system and the education system. The intention of supporting adolescents in danger of school drop out, appeared to have a distinct meaning related to being part of the school environment. Since school health services operate within the legislation of public health, they provide a supportive relationship of another kind than professionals within the educational system. Confidentiality, in particular, has been highlighted as one of the decisive condition for school health counselling (24; 25; 26; 27).

## Methodological reflections

The main task of school health services is to offer available, helping relationships within the context of health promotion. Another key task is to assess the need of referral to more specialized services. The focus of this study was how the consultations could be practiced in ways that enhanced the adolescents own capacities to cope with difficult life situations. Some adolescents presented severe mental health problems which activated the question of referral to specialty mental health services. This was an important issue that the counsellors paid attention to during the consultations. Morrow-Bradley & Elliott (28), claim that in qualitative counselling research it is always a danger to overlook important conditions in an effort to make the study more manageable. We denote that assessments of referral to specialty health services should be analyzed more in-depth than was possible within the frames of this study. Another limitation can be related to the empirical grounding of the study. According to the claim of concept saturation, the concept *intentional attentiveness* might have been more developed or saturated. However, constraints related to time and access to consultations influenced sampling. In spite of these limitations we consider that 13 consultations is sufficient to provide a meaningful analysis. Moreover, in line with pragmatic validation proposed by Steinar Kvale (29), the concept *intentional attentiveness* and the dimensions related to this concept, can be viewed as knowledge claims that should be further developed by the practitioners themselves.

## Conclusion

Many young people today need professional support in difficult life situations. As a part of public health system and simultaneously situated in schools, school health services have unique possibilities to provide available health care to young people. Counselling that gives priority to the adolescents' active participation in change processes adapts well to the goal of health promotion. We therefore suggest that an approach characterized by *intentional attentiveness* should be further elaborated in the development of a framework for youth counselling within this setting.

## Funding

The study is funded by the institutions: Health and Rehabilitation and Centre for Child and Adolescent Mental Health, Eastern and Southern Norway.

Accepted for publication 16.07.2010

Kari Langaard, clinical social worker/cand.polit., Nic Waals Institutt, Lovisenberg Diakonale Hospital  
Ruth Toverud, director, research methods, Centre for Child and Adolescent Mental Health, Eastern and Southern Norway

Correspondence: Kari Langaard, Nic Waals Institutt, Pb. 43, 0801 Oslo, Norway. Tel: +47-22028845. E-mail: kari.langaard@lds.no

## References

1. Samargia LA, Saewyc EM, Elliott BA. Foregone mental health care and self-reported access barriers among adolescents. *J Sch Nurs* 2006 Feb;22(1):17-24.
2. Brenner ND, Wheeler L, Wolfe LC, Vernon-Smiley M, Caldart-Olson L. Health services: results from the School Health Policies and Programs Study 2006. *J Sch Health* 2007 Oct;77(8):464-85.
3. Costello-Wells B, McFarland L, Reed J, Walton K. School-based mental health clinics. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2003 Apr;16(2):60-70.
4. Weist MD, Proescher E, Prodentente C, Ambrose MG, Waxman RP. Mental health, health, and education staff working together in schools. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2001;10(1):33-43.
5. The Norwegian Government's Strategic Plan. The government's strategic plan for child and adolescents mental health [-sammen om psykisk helse: regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse]. [Oslo]: Helsedepartementet; 2003.
6. Edwards OW, Mumford VE, Serra-Roldan R. A positive youth development model for students considered at-risk. *Sch Psychol Int* 2007 Feb;28(1):29-45.
7. Mandel LA, Qazilbash J. Youth voices as change agents: moving beyond the medical model in school-based health center practice. *J Sch Health* 2005 Sep;75(7):239-42.
8. Borup IK. The school health nurse's assessment of a successful health dialogue. *Health & Social Care in the Community* 2002 Jan;10(1):10-9.
9. Schön DA. *The reflective practitioner: how professionals think in action*. New York: Basic Books; 1983.
10. Langaard K., Toverud R. «Caring involvement» a core concept in youth counselling in school health services. *Int J Qual Stud Health Well-Being* 2009 Aug;4(4):220-227.
11. Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods*. 2nd ed. Newbury Park: Sage; 1990.
12. Hallberg LRM. The «core category» of grounded theory: Making constant comparisons. *Int J Qual Stud Health Well-Being* 2006 Sep;1(3):141-8.
13. Charmaz K. *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*. London: Sage; 2006.
14. Strauss AL, Corbin JM. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications; 1998.
15. Charmaz, Henwood K. Grounded theory. In: Willig C, Stainton-Rogers W, editors. *The SAGE Handbook of qualitative research in psychology*. London: Sage; 2008. p. 240-59.
16. Stiles WB. Quality control in qualitative research. *Clin Psychol Rev* 1993;13(6):593-618.
17. Hill CE, Thompson BJ, Williams EN. A guide to conducting consensual qualitative research. *Couns Psycho* 1997 Oct;25(4):517-72.
18. Davis TK. Beyond the physical examination: the nurse practitioner's role in adolescent risk reduction and resiliency building in a school-based health center. *Nurs Clin of North Am* 2005 Dec;40(4):649-60.
19. Johansson A, Ehnfors M. Mental health-promoting dialogue of school nurses from the perspectives of adolescent pupils. *Health care in the Nordic countries [Vård i Norden]* 2006;26:10-3+19.
20. Larson R. Positive youth development, willful adolescents, and mentoring. *J Community Psychol* 2006 Nov;34(6):677-89.
21. O'Connell B. *Solution-focused therapy*. London: Sage; 1998.
22. Lerner RM, Almerigi JB, Theokas C, Lerner JV. Positive Youth Development A View of the Issues. *J Early Adolesc* 2005 Feb;25(1):10-6.
23. McLeod J, Machin L. The context of counselling: A neglected dimension of training, research and practice. *Br J Guid Couns* 1998 Aug;26(3):325-36.
24. Webb V, Bannor B. Collaborating with key school partners: triumphs and challenges. *Nurs Clin North Am* 2005 Dec;40(4):689-97.
25. Lightfoot J, Bines W. Working to keep school children healthy: the complementary roles of school staff and school nurses. *J Public Health Med* 2000 Mar;22(1):74-80.
26. Langaard K. Young people, mental health and professional counselling [Ungdom, psykisk helse og profesjonell hjelp]. *Journal of Youth Studies [Tidsskrift for ungdomsforskning]* 2006;6(2):25-40.
27. Lines D. *Brief counselling in schools: working with young people from 11 to 18*. London: SAGE Publications; 2002.
28. Morrow-Bradley C, Elliott R. Utilization of psychotherapy research by practicing psychotherapists. *Am Psychol* 1986 Feb;41(2):188-97.
29. Kvale, S. *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. London: SAGE publications; 1996.



# INVITASJON

NORDISK KONFERANSE OM AVANSERT  
KLINISK SYKEPLEIE, 15.-16. MARS 2011

Program og påmelding: [www.hibu.no/geroproff](http://www.hibu.no/geroproff)  
Arrangør: Nordisk nettverk Geroproff  
Sted: Høgskolen i Buskerud, Drammen



For nærmere informasjon:  
Ta kontakt med professor Lisbeth Fagerstrøm;  
[lisbeth.fagerstrom@hibu.no](mailto:lisbeth.fagerstrom@hibu.no), telefon +47 45503873.

# Teoretiske og ideologiske innflytelser på utviklingen av psykiatrisk sykepleie etter 1960 – en litteraturgjennomgang

Jan Kåre Hummelvoll, RN, BA, DrPH – Arild Granerud, RN, DrPH

THEORETICAL AND IDEOLOGICAL IMPACTS ON THE DEVELOPMENT OF PSYCHIATRIC NURSING AFTER 1960 – A LITERATURE REVIEW.»

## ABSTRACT

The purpose of this article is to give an overview of theoretical and ideological impacts on the development of psychiatric nursing. The chosen method for this review is the resumé format. This has been carried out by outlining the contents of theoretical and research articles in psychiatric nursing journals in the period 1960–2008. Three theoretical influences are prominent in this resumé: The human science influence (humanistic-existential approach; psychodynamic approach), natural science influence (biomedical approach; generalised, decontextualised facts of knowledge) and social science influence (anti psychiatry; psychosocial impacts; holism and pluralism; user perspective). In conclusion, a main concern in the reviewed articles is to present the contribution of psychiatric nursing as complementary to other professions work in order to meet the challenges in the field of mental health services. Consequently, a strong emphasis on multidisciplinary collaboration and cooperation with users are present. The importance of making ideological perspectives explicit is pointed out as having impacts on the modes of care, nursing and treatment of persons with mental health disabilities. The reviewed articles show that the social science perspective has gradually influenced psychiatric nursing both ideologically and practically. Finally, it seems that psychiatric nursing philosophy presents counter-arguments to the emphasis on biomedical research and practice in contemporary mental health care.

KEY WORDS: psychiatric nursing, ideology, practice, historical perspective

## Innledning

Denne litteraturgjennomgangen undersøker artikler som fokuserer teoretiske og ideologiske innflytelser på utviklingen av psykiatrisk sykepleie de siste 50 år. Ved overgangen til 1960-tallet var et tiår tilbakelagt hvor viktige hendelser med betydning for utviklingen av psykiatrisk sykepleie hadde funnet sted: Det var da Russel Bartons studie (1) om «institusjonsnevrosen» for alvor startet institusjonskritikken; nye psykofarmaka kom og lokalsamfunnstilnærmingen fikk sin spede begynnelse – og det var da at den første doktorgraden innen fagområdet ble publisert av Hildegard Peplau (2). Fra England kom gradvis ideer om at institusjonslivet kunne omformes til et terapeutisk samfunn (3) med vekt på personlig vekst gjennom mellommenneskelig læring, ansvarliggjøring og åpen kommunikasjon. Det var også på 50-tallet at de første spesialutdanninger i psykiatrisk sykepleie i Norge ble etablert – og dermed bidro til at psykiatrisk sykepleie ble en tydelig fagspesialitet innen sykepleien.

Hensikten med artikkelen er å gi et oversiktsbilde av hvilke teoretiske og ideologiske grunnsyn og antagelser som har hatt innflytelse på utviklingen av psykiatrisk sykepleie siden 1960, og dermed å gi et eksposé over ideologiske strømninger slik de kan spores i forsknings- og teoriartikler frem til 2008. Forskningsspørsmålet er: Hvilke grunnsyn – forstått som teoretiske og filosofiske antagelser – har preget og preger forsknings- og teoriartikler innen psykiatrisk sykepleie i perioden 1960 til 2008?

## Metode

Generelt er hensikten med oversiktsartikler å fremstille eksisterende forskningslitteratur om et bestemt tema for å få frem hvilke spørsmål som er besvart og hvordan de er besvart. Det finnes flere former for oversiktsartikler; 1) resymé, 2) kritisk analyse, 3) synopse og 4) syntese. Metodevalget i denne studien er *resyméet*. Intensjonen er å gi en oversikt over publikasjonenes innhold. Generelt oppsummerer resyméartikler kortfattet hovedpoengene i relevante publikasjoner innen et felt. Gjennomgangen har ideelt sett en «nøytral» fremstilling slik at

alle undersøkelser får lik behandling og presenteres i samme form. Det er videre en forventning om at forfatteren går ut over bare å oppsummere funnene ved at det også foretas en kategorisering av artiklene (4). Det siste er gjort ved å kategorisere artiklene under følgende overordnede kunnskapsperspektiver: Det humanvitenskapelige, naturvitenskapelige og samfunnsvitenskapelige perspektiv. I tillegg har vi hatt en åpen restkategori. Denne ble etter hvert benevnt: Psykososialt perspektiv – med to underkategorier: Helhet og pluralisme og Brukerperspektivet.

Litteratursøket dekker perioden 1960–2008. Nøkkelordene for søket var: *Psychiatric nursing* (practice) og *mental health nursing* (practice) kombinert med *ideology*, *theory*, *evidence based*. Søket ble foretatt i EMBASE, Ovid, PsychInfo og SveMed (databasene dekket i hovedsak fagområdet). Det kom opp et stort antall artikler, spesielt fra de siste 10 årene, som omhandlet ideologiske og teoretiske posisjoner. Søkeresultatet viste 2433 treff. Titlene på artiklene ble gjennomgått, og 250 abstrakter, som ble vurdert som relevante for studiens hensikt, ble undersøkt. Av disse ble 70 artikler gjennomlest i sin helhet. 54 artikler (teoretiske, empiriske og kommentarartikler) ble vurdert som sentrale ift hensikt og forskningsspørsmål. Disse ble først gruppert i forhold til tiåret de ble publisert, og deretter tematisk samlet uavhengig av tidsperiode og relatert til grunnsyn og ideologiske perspektiver som er nevnt foran.

## Humanvitenskapelig innflytelse

### Humanistisk-eksistensiell tilnærming

En rekke artikler fra den undersøkte perioden, som eksplisitt omtaler det filosofisk-ideologiske grunnlag, knytter seg til en humanistisk og eksistensiell tilnærming. Dette gjelder artikler som omhandler utdanningen i psykiatrisk sykepleie (5-7) og artikler som omtaler det filosofiske grunnlaget for praksis (8-13). Det sentrale filosofiske innholdet dreier seg om at mennesket utformer sin eksistens gjennom de valg det gjør, at den menneskelige eksistens ikke kan beskrives eller forklares med objektive begreper og at mennesket er fritt og at frihet medfører ansvar. Angst betraktes som grunnleggende i menneskelivet og opp-

står i valgsituasjoner og i forhold til dødens realitet. Menneskets eksistens er rettet mot fremtiden og den skapes gjennom nåtidens valg og handlinger. Videre poengteres at eksistensialistiske filosofer og praktiskere er humanister, dvs at menneskets eksistens, frihet, verdighet og livets mening står i sentrum for deres analyse. Eksistensialisme er imidlertid ingen enhetlig filosofi. Ulsafer (10) oppfatter den som en livsholdning og som en måte å tenke på, og tilnærmingen til menneskets situasjon vil være preget av et helhetssyn hvor både individualitet, relasjoner, omgivelser og ideologi fokuseres. Flere artikler anvender eksistensielt orienterte filosofer (Sartre, Heidegger) for å få grep om sentrale fenomener i pasientarbeidet slik som det terapeutiske møte (14, 15), å bli forstått (16) og ensomhet (17).

Både Middleton (5) og Burnard (18) drøfter likheter og forskjeller mellom den rogerianske humanistisk orienterte tilnærming og den eksistensielle. Et vesentlig skille går mellom bruk av teknikker og forståelsen av relasjonen. Den klientsentrerte retningen benytter teknikker og understreker en ikke-dirigerende holdning med en total akseptasjon av klientens verden. Den eksistensielle tilnærming derimot er opptatt av en dialogisk prosess hvor både sykepleieren og pasienten fremstår som personer med sine «verdensoppfatninger». Siden begge parter er ansvarlig for hvordan de forstår verden, er det rimelig å forvente at de til tider vil være uenige og argumentere. Burnard (18) påpeker at sykepleieren er ikke en passiv, påvirket hjelper; begge parter forandres i møtet. Det betyr at «virkeligheten» må forhandles gjennom dialog. Følgelig er det en mer likeverdig prosess enn i den klientsentrerte rogerianske retning. Problemer løses ikke, men det er pasientens oppfatning av verden som endres for å tilpasse seg forskjellige måter å se problemene på. Det sentrale i eksistensiell rådgivning er å undersøke pasientens egne oppfatninger, verdier og avgjørelser. Etter en slik beskrivelse vil sykepleieren og pasienten arbeide seg gjennom oppfatningene – og så gjennom diskusjon og argumenter se på alternativene – med respekt for pasientens valg.

### Dialogen og språkets betydning i humanistisk-eksistensiell tradisjon

I den humanistiske og eksistensielle posisjon er dialogen og den dialogiske innstilling fremtredende. Roberts (19) poengterer at å ta den andres perspektiv er viktig for å forstå personer med psykiske problemer. En åpen, dialogisk orientert relasjon innebærer at begge parter lærer av hverandre og bidrar til selvforståelse og fremmer kreativitet i forståelse og handling. Gjennom en narrativ tilnærming, med fokus både på det manifeste og latente innhold, kan det karakteristiske ved språkets betydning bli identifisert og bidra til at psykiatrisk sykepleie blir en individuell, omformende erfaring for mennesker, og som gir en opplevelse av tilknytning og bekreftelse (20).

Kirkpatrick (21) fremhever at fortellinger/narrativer er en grunnleggende og sterk kulturell uttrykksform for å formidle menneskelige erfaringer og liv. De refererer til 'levd erfaring'. En narrativ tilnærming viser at enhver person er unik, den verdsetter individuelle erfaringer og gir ansikt og stemme til erfaringene. Språket konstruerer og bidrar til makt i relasjoner. De som bevisst bruker et ikke standardisert og hverdagsnært språk, gjør dette som reaksjon mot den biomedisinske standardiserte språkb Bruken (22). Det samme poengterer Happell (23) som mener at språket er et meget kraftfullt redskap når virkeligheten skal defineres. Personer med psykiske problemer erfarer ofte hjelpeløshet i møte med psykiatrisk terminologi. Derfor kan bruk av fagspråk motvirke likeverdighet i omsorgsrelasjonen og utgjøre en vesentlig barriere i den terapeutiske relasjonen.

I sykepleiepraksis har fortellingen om pasienten og relasjonen vært en tradisjonell og sentral kunnskapskilde. I økende grad har fortellingen også blitt en viktig datakilde i vitenskapelig sammenheng. Fortellingen anvendes når for eksempel utfordringer, problemer eller noe i hverdagsverdenen skal skildres (24).

Begrepet *omsorgssamtale* (caring conversation) benyttes av Fredriksson og Lindström (25). Denne samtalen har som grunnleggende antagelse at pasienter gjennom narrativer kan skape mening både i og med lidelsen. Denne humanistiske influerte narrative tilnærmingen kan relateres til hele pasientens liv, og gi grunnlag for vekst, forsoning og å finne mening i lidelsen. Det kan bygge en indre bro som gjør at

de får et fornyet forhold både til seg selv og andre. Barker et al. (26) mener at pasienten gjennom gjenfortelling av eget liv sammen med perspektivskapende lytter, vil kunne bidra til å finne sin identitet og å oppnå helse. Den åpne dialogen blir aldri ferdig. Den pågår så lenge relasjonen varer, og klinger ved etter relasjonens opphør. Denne dialogiske prosessen er kjernen i psykiatrisk sykepleie. Freshwater (27) hevder at gode dialoger forutsetter at sykepleieren reflekterer over egne dialogiske prosesser både med seg selv og andre. Å ha frihet i ens egne refleksive prosesser er nødvendig for å forstå og hjelpe mennesker med psykiske problemer.

### Psykodynamisk tilnærming

Psykoanalytisk og psykodynamisk teori har fungert som forståelsesramme for både individuelt og miljøterapeutisk arbeid, hevder Wheeler (28). Det er en tilnærming hvor mennesket forstås som et historisk vesen som søker selvinnsett og forståelse av sin egen utvikling/historie. Den psykodynamiske teori representerer viktig og relevant kunnskap for psykiatriske sykepleiere ved at den gir mulighet til å forstå for eksempel angst og andre psykiske fenomener, og gi adekvate responser hvis han/hun forstår de underliggende psykodynamiske prosessene. Psykodynamisk teori fokuserer på å forstå hvordan tidlige relasjonelle erfaringer er avgjørende for personlighetsutvikling og for å skape gode mellommenneskelige forhold som voksen. Gallop og O'Brian (29) argumenterer for at psykodynamisk teori må reetableres som grunnleggende kunnskapsbase for psykiatrisk sykepleie. Psykiatrisk sykepleie er basert på en mellommenneskelig prosess som er avhengig av at sykepleieren bruker seg selv terapeutisk for å gi god pasientbehandling. Den *psykoterapeutiske* virksomheten må grunnes i en dyp forståelse i psykodynamisk teori; sykepleiere må forstå betydningen av det ubevisste – dvs forstå seg selv for å forstå hva som kommer fra deres egen indre verden versus klientens. Derfor må sykepleieren ha en innforlivet forståelse av fenomener som overføring, motoverføring og splitting, og forstå hvordan disse påvirker relasjonen og muligheter for innsikt. Målet er å hjelpe pasienter til å forstå sine problemer i lys av deres historie, løse opp i gamle vanskeligheter og prøve ut nye måter i samhandling med andre mennesker.

Flere forfattere, bl.a. Whinship (30) og Burrige (31), argumenterer for betydningen av å anerkjenne den innflytelse som det *psykoanalytiske* begrepsapparat har hatt for utviklingen av psykiatrisk sykepleie – særlig i institusjonsbehandling for å forstå det som skjer på relasjons- og gruppenivå. Allerede i 1968 publiserte Peplau (32) artikkelen «Psychotherapeutic Strategies», som utdyper hvordan psykiatrisk sykepleie kan utøves innenfor en psykodynamisk referanseramme. Den vektlegger utvikling av ny adferd – samt en presentasjon av verbale strategier som kan stimulere øket selvinnsett. Psykiatrisk sykepleie er en kompleks virksomhet, og gjennom et psykodynamisk perspektiv og psykoterapeutiske strategier kan sykepleiere hjelpe pasienten å leve det livet han/hun ønsker i lokalsamfunnet. Den såkalte *egostyrkende sykepleie* inneholder en klar påvirkning fra psykoanalysen. Det samme gjelder for det opprinnelige *terapeutiske samfunn*.

Mary Turner (33) har i en artikkel om psykoterapi hos eldre særlig understreket de positive mulighetene ved en psykodynamisk terapiform med *egointegrasjon* som mål. Tilnærmingen bygger i hovedsak på E.H. Eriksons utviklingsmodell. Sentrale tema i psykoterapi med eldre er opprettholdelse av selvaktelse, hjelpeløshet og håpløshet, frykt for smerte og lidelse, psykisk og fysisk svekkelse, eksistensielle spørsmål. Pasientomsorg og behandling avhenger av pasientens funksjonsnivå. For eldre uten kognitiv svikt er målet en strukturell endring gjennom innsiktsorientert terapi. Ved kognitiv svikt er målet en bedring av funksjonsnivå gjennom familierapi og undervisning. For eldre med kriseopplevelser er målet å gjenerobre best mulig fungering gjennom sorg- og kriseterapi. I psykodynamisk teori blir det poengtert at alle livsfaser er viktige og bærer i seg muligheter for vekst og utvikling.

### Naturvitenskapelig innflytelse

#### Biomedisinsk tilnærming

Det er få forfattere som ensidig relaterer seg til den biomedisinske modell. I den grad slike synspunkter artikuleres, slik som hos Gournay

(34), er de knyttet til betydningen av å ha grundig biokjemisk kunnskap om virkninger og bivirkninger når medikamenter skal administreres – og nødvendigheten av å møte pasientenes fysiske helsebehov gjennom observasjon, motivasjon, tilpasset undervisning og fysisk omsorg. Likevel er den biomedisinske modellen tydelig i mange av artiklene. Oftest benyttes modellen som en negasjon – noe som man beskriver for så å definere seg bort fra den. Et eksempel på dette er en artikkel av Barker et al. (26) som beskriver den humanvitenskapelige basis for psykiatrisk sykepleie. Forfatterne tar utgangspunkt i at en del psykiatrisk sykepleieforskere (f.eks Gournay (34) og Wray (35)) oppfordrer til at man i stedet for å videreutvikle sykepleieteorier, tar inn over seg den store biomedisinske kunnskapsbasen. Det er særlig to forhold som har fornyet interessen for den biomedisinske tilnærmingen: 1. Den økte oppmerksomhet om biologiske hypoteser relatert til ulike psykiske lidelsers årsaker og løsninger; 2. Forventningen om at sykepleiere skal videreutvikle sin rolle som en agent for medisinsk-psykiatrisk behandling, for eksempel ved å delta i diagnostisering av positive og negative symptomer ved schizofreni, at de skal oppnå retten til å forskrive psykofarmaka og bidra i opplæring av pasienter og deres familier i den medisinske konstruksjonen av psykisk lidelse.

### Generalisert, dekontekstualisert «faktakunnskap»

Betydningen av forskningsbasert praksis blir poengtert i flere artikler. Dens teoretiske plattform forutsetter en naturvitenskapelig, reduksjonistisk tenkning. Stuart (36) mener at hvis sykepleiere skal kunne gi en riktig behandling, må den være evidensbasert gjennom randomiserte og kontrollerte forsøk og følges opp av metastudier. God og effektiv sykepleie må bygge på et evidensbasert diagnostesystem. Selv om ikke all klinisk praksis kan være evidensbasert på grunn av dens kompleksitet, må dette være målet (36, 37). Artikkelforfatterne diskuterer ikke teoretiske modeller for evidensbasert sykepleie eller hvilke konsekvenser en slik teoretisk plattform kan gi, men mener at den evidensbaserte praksis bør være hovedstrategien for å utøve psykiatrisk sykepleie på en sikker måte. Phillips og McCann (38) understreker at en biomedisinsk modelltenkning er langt mer enn medikamentell administrasjon og observasjon av virkningen av disse innen psykisk helsearbeid i kommunehelsetjenesten. Sykepleiere forventes å kunne vurdere pasientens helsetilstand, formidle kunnskap og informasjon om tilgjengelige ressurser for pasienten og å skape en tillitsfull relasjon.

At psykiatrisk sykepleiepraksis er styrt av den medisinske modell, ble vist i en studie av Hummelvoll og Severinsson (39). De undersøkte hvilke idealer og realiteter som dominerte tenkning og praksis på en psykiatrisk akuttavdeling. Studien viste en markant ideologisk diskrepans mellom den medisinske og den humanistisk-eksistensielle modell. I det daglige, praktiske arbeid dominerte den medisinske modelltenkning på grunn av kravet om behandlingseffektivitet og akuttpsykiatriens uforutsigbare preg som fremmet en kontrollorientert holdning hos personale. På det ideologiske plan fremholdt imidlertid personalet et humanistisk grunnsyn. Wheeler (28) hevder at å se psykiske lidelser bare som biologisk bestemt, og å benytte kjemisk manipulerende som svar på lidelsen, «lindrer vår egen angst, men holder oss i mørke om personen vi behandler.»

### Samfunnsvitenskapelig innflytelse

Hopton (40) hevder at britisk psykiatrisk sykepleie aldri egentlig har tatt institusjonskritikken fra antipsykiatrien på alvor. Han mener at psykiatrisk sykepleie i for stor grad ukritisk har omfavnet humanistisk psykologi og rådgivning – i stedet for å ta Bartons (1) «institusjonsnevrose» (og sykepleiernes bidrag til den) og den eksistensielle, antipsykiatriske kritikken inn over seg. Han mener at det er en tendens til overidealiserende av relasjonsarbeidet. Søkelystet burde i langt sterkere grad rettes mot strukturelle, historiske og politiske forhold som bidrar til å holde brukere nede i en underprivilegert posisjon.

Hughes (41) understreker at psykiatriske sykepleiere har en advokatrolle i forhold til sine klienter. For å virkeliggjøre denne rollen, må sykepleierne bli mer synlige, spesielt på den politiske arena. Det forutsetter kjennskap til og forståelse av politiske prosesser. Innsikten må

utnyttes slik at beslutningstagere gjennom informasjon bedre kan forstå brukeres verden og utforme strategier som fremmer bedre service/tilbud.

Roberts (19) beskriver hvordan Foucaults teori om makt og kunnskap kan benyttes til å forstå hvordan maktens natur, tilstedeværelse og utøvelse kommer til uttrykk i dagens psykiatri. Forfatteren viser hvordan Foucaults teori kan utgjøre en fundamental og radikal utfordring til psykiatrisk teori, diagnostikk og til psykiatrisk sykepleiepraksis. Åpne dialoger og diskusjoner om makt og kunnskap – samt en kritikk av kunnskapsbasen i psykiatri og i psykiatrisk sykepleie, kan bidra til at brukerne blir personer og ikke psykiatriske subjekter.

Lakeman (42) tar utgangspunkt i tendensene innen psykisk helsearbeid til å beskytte seg mot tidens kollektiv angst og frykt for det fremmede og det som er annerledes gjennom forsvarspregede reaksjoner. Dette kommer bl.a. til uttrykk i ulike former for risikovurdering. I et større perspektiv oppstår lignende reaksjoner i forhold til for eksempel frykt for terrorisme. Flere forfattere innen fagfeltet behandler tema knyttet til usikkerhet, risiko og frykt på individuelt, relasjonelt og samfunnsnivå ved årtusenskiftet. De viser at vi både kollektivt og individuelt blir trukket mot defensive krefter og reaksjoner i relasjon til frykt. Delvis kan dette forklare den polarisering som opptrer rundt definering og reaksjoner på psykisk lidelse. Angst og frykt (for det ukjente) fører også til at psykiatrisk behandling skal sikres gjennom en standardisert og manualisert praksis.

Roberts (13) reflekterer over den krise i moderniteten som slår tilbake i alle menneskers liv i og med at tradisjonen og overleveringen av de meningskapende fortellinger og sammenholdte forklaringer, ikke lenger fungerer. For å forstå og møte denne meningskrisen, griper forfatteren tilbake til eksistensielle perspektiver for å få større grep om situasjonen/utfordringen.

Eriksson og Hummelvoll (43) har tatt et samfunnsvitenskapelig perspektiv på utfordringer for psykiatrisk sykepleiepraksis: Forandringer på samfunnsnivå i senmoderniteten påvirker den enkeltes hverdagsliv både direkte og indirekte. Disse forandringene skjer i så vel umiddelbare og påtagelige henseender som gjennom langvarige og «usynlige» hendelser. Dette innebærer større muligheter og utfordringer når det gjelder å ta valg og et tilsvarende ansvar for den enkelte når det gjelder å skape sitt eget liv. Den raske teknologiske utviklingen, rasjonalisering og krav om effektivitet fører til at tilværelsen blir vanskeligere å begripe og hanskes med. Det synes å være en utvikling mot det enkelte kaller *risikosamfunnet* hvor nye trusler, risikoer og usikkerhet opptrer. Det er grunn til å tro at visse sider ved risikosamfunnet gjør situasjonen ekstra vanskelig for mennesker med psykiske problemer og funksjonshindringer.

### Antipsykiatri

Den antipsykiatriske tenkning finnes fortsatt i en del artikler. Clarke (44) viser dette i artikkelen «Ten years on: the abiding presence of R.D. Laing» hvor Laings liv og filosofisk-teoretiske refleksjoner knyttet til psykiatrisk praksis analyseres. Det overordnede mål for antipsykiatrien var å forandre psykiatrien innenfra, og dette ble forsøkt gjennomført ved å anta en eksistensialistisk tilnærming som fremhever betydningen av å verdsette menneskelige erfaringer og opplevelser fremfor å behandle personer ut fra diagnostiske merkelapper som er underlagt det dominante medisinske hegemoni. Schizofreni betraktes derfor som «another way of being human».

O'Brien (45) kombinerer antipsykiatrisk tankegods (og dermed eksistensialisme og fenomenologi) med ideologien fra det terapeutiske samfunn innen en lokalsamfunnssammenheng. Denne tilnærmingen er bl.a. benyttet i gruppeboliger for mennesker med psykiske problemer og funksjonshindringer. En slik tilnærming legger vekt på den enkelte persons eksistens og på den frihet og det ansvar personen har i forhold til å bearbeide sine livserfaringer. Det terapeutiske samfunn vektlegger at mennesker skal få mulighet til å arbeide med personlige forhold i forbindelse med å leve selvstendig i lokalsamfunnet. Målet for hjelpen er å *helle* heller enn å behandle – dvs å hjelpe personen til å gjenvinne helse. Derfor vil fokus på det som virker helsefremmende være sentralt i personalets arbeid. Wright et al. (46) mener at en sosialkonstruktivistisk teoritilgang vil kunne bidra til en

fruktbar faglig fornyelse, bl.a. gjennom å erkjenne det fellesmenneskelige som grunnlag for å forstå og å hjelpe personer med ulike psykiske funksjonshindringer. Denne utgangsposisjonen bør kjennetegne psykiatriske sykepleieres personorienterte arbeid.

### Psykososial innflytelse

I lokalsamfunnet har psykiatriske sykepleiere fått andre roller, og derfor må deres teorigrunnlag også ta opp i seg endringene som har skjedd i samfunnet. Den tradisjonelle en-til-en-relasjonen er ikke lenger tilstrekkelig som arbeidsform når konteksten er lokalsamfunnet (47). Holmes (48) mener at psykiatrisk sykepleie er i en identitetskrise pga den biomedisinske-psykiatriske innflytelse på den ene siden og på den andre siden et språk med begreper i psykisk helsearbeid som er mer beskrivende og brukerstyrt. Arbeidssted og fokus har også forandret seg – fra institusjon til lokalsamfunn. Dette krever en psykososial tilnærming og forståelse. Det har gitt psykiatriske sykepleiere en utfordring i forhold til begrepsbruk og presisering av fagets filosofiske grunnlag.

Den psykososiale modelltenkningen er også inkludert i artikler som har en eksistensiell forståelse som basis. Psykiatrisk sykepleiere må arbeide for å motvirke stigmatisering av mennesker med psykiske problemer, stimulere inkludering i lokalmiljøet og utvikle nettverk som kan fremme sosial integrering. Granerud og Severinsson (49) viser i sin studie at mennesker med psykiske problemer opplever dagliglivet som ensomt og langsomt – selv med kontakt med familie og venner. Opplevelsen av «utenforskap» har også sammenheng med få muligheter til daglig virksomhet, begrensede økonomiske ressurser og brutte kontakter med nettverket. Behandlingspersonalet oppleves av brukere som for passive i forhold til disse utfordringene.

### Helhet og pluralisme

En rekke artikler fra 1980-tallet argumenterer for en holistisk og pluralistisk tilnærming og holdning til kunnskapsdannelse og praksis i psykiatrisk sykepleie for å møte dagens og samfunnets behov for funksjonelle og responsive psykiske helsetjenester (11, 47, 50-54).

Adams (51) argumenterer for en holistisk forståelse av psykiatrisk sykepleie i stedet for tradisjonelle paradigmer som det medisinske-kustodiale og det interpersonlige fordi begge skiller ut hendelser og situasjoner ved å fokusere på enkeltaspekter. Han påpeker at de sentrale kjennetegn på holisme er: vekt på det unike menneske som krever en individualisert tilnærming til personens helse og lidelse; helsens og lidelsens kontekst må sees i forhold til resten av personens liv; samarbeid mellom sykepleier og pasient for å finne de rette betingelser for helsefremme og heling; stimulere personens ansvar for og kapasitet til egenomsorg. Adams peker på at eksistensielle og humanistiske antagelser i sterk grad har påvirket utviklingen av det holistiske paradigmet.

Det kan synes som om den eneste konstante faktor i dagens helse-tjeneste er forandring. Cotroneo et al. (54) hevder at den drivende kraft bak forandringene er kostnadene. I slike forandringstider blir praksis det levende laboratorium som skaper og informerer både forskning og utdanning. Praksisfeltet påvirkes av endringer i helsetjenestens demografi i og med at større oppmerksomhet vies minoriteters behov, identifisering av kulturelle risikofaktorer bak mental uelse, at lokalsamfunnet forventes å ta hånd om psykisk uelse i befolkningen. Belastningen på familien øker siden tjenestene tenderer mot fragmentering. Forfatterne konkluderer med at denne situasjonen krever en integrert biopsykososial og kulturell tilnærming i psykiatrisk sykepleie, og at samarbeid og partnerskap med personer, grupper og lokalsamfunn må stimuleres.

Den åndelige dimensjonen er vesentlig for en holistisk praksis, og har vært til stede så lenge sykepleie har vært et fag. Innen *psykiatrisk sykepleie* har den åndelige dimensjon derimot i begrenset grad blitt ivaretatt. Wilding et al. (55) oppfordrer psykiatriske sykepleiere til å bli mer åpne for pasienters åndelige erfaringer og ta pasientens tro på alvor. En holistisk tilnærming forutsetter at man lytter åpent og interessert uten bedømmelse. Det åndelige liv er viktig og svært personlig, også for mennesker med psykiske problemer. Wong et al. (56)

poengterer at et holistisk perspektiv på tilværelsen innbefatter optimal fungering og velvære, og det medfører at den åndelige dimensjonen må få større oppmerksomhet i relasjonsarbeidet gjennom å samtale om den betydning det åndelige liv har for personens helse.

### Brukerperspektivet

Brukerperspektivet har blitt stadig mer fremtredende siden 1980-tallet. Som det går frem av presentasjonen av den humanistisk-eksistensielle tilnærming, har fokus på den enkeltes opplevelse av sin lidelse og situasjon vært en sentral kilde til kunnskap om hvordan man skal kunne hjelpe personer til å komme til rette med sin situasjon (15, 45, 57). Men brukerperspektivet har også blitt influert av det helse- og sosialpolitiske engasjement som funksjonshemmedes organisasjoner har stått for og som har kjempet frem demokratiske rettigheter og retten til å bestemme over eget liv.

I artikkelgjennomgangen finnes i økende grad en understrekning av betydningen av samarbeid, partnerskapstenkning og medvirkning som nødvendige forutsetninger for å fremme personlig rehabilitering og tilfriskning/bedring (16, 21, 58). Brukerperspektivet omfatter kunnskaper om hvordan lidelse oppleves, hvilke funksjonsnedsettelse som følger og hvilke funksjonshindringer (personlige og samfunnskapte) som erfares. I tillegg omfatter den kunnskaper om hvordan behandlings- og omsorgstilbudene oppleves og hvordan de bør utvikles. Samarbeid med enkeltbrukere og brukerorganisasjoner som har erfaring er nødvendig både i forskning og utvikling av praksisfeltet. Dette representerer førstepersondata hvor personlige opplevelser, erfaringer og refleksjoner kommer til uttrykk – og som kan bidra til forståelse og respekt for mangfold.

### Oppsummering og konklusjon

Resymémetoden har både sterke og svake sider. Styrken er at den gjør det mulig for leseren å få et raskt oversiktsbilde av tema og innhold i en lang rekke publikasjoner som ellers ville være tidkrevende å sette seg inn i (4). Oversikten kan stimulere leseren til å gå dypere inn i tema som man er særlig opptatt av (enten i praksis- eller i forskningssammenheng) ved å studere originalkilden som resyméet summarisk omtaler. I denne studien er metoden modifisert på en måte som gjør at fremstillingen av de enkelte publikasjoner ikke er gjennomført i samme form. En konform fremstilling ville være uhenksiktsmessig i og med at publikasjonene dreier seg om teoretiske og empiriske studier og kommentarartikler. Den frie resyméformen bidrar til en logisk sammenhengende fremstilling som kan inspirere til dybdestudier av deler av materialet. Svakheten er først og fremst at resyméet kan gjøre det vanskelig for leseren å sammenligne artikkelene og kritisk vurdere holdbarheten i kunnskapsgrunnlag og funn. I og med at hensikten var å gi en oversiktlig fremstilling av teoretiske og ideologiske innflytelser på psykiatrisk sykepleie de siste femti år, ble en modifisert resyméform likevel vurdert som formålstjenlig. Svakheten med en slik fremstilling er at selve komposisjonen preges av forfatterens subjektive vurdering av hva som er relevant å ta med. Kvaliteten og nytteverdien av artikkelen blir derfor avhengig av forfatterens faglige oversikt slik at kategoriseringen blir meningsfull. Følgelig må lesningen av resyméet skje med kritiske øyne – og med egen fagoversikt og praksiserfaring som et pragmatisk validitetskriterium.

I mange av de resymerte artikkelene er forfatterne opptatt av å presisere fagspesialitetens bidrag for å møte utfordringer innen psykisk helsefeltet som *komplementært* til andre profesjonelle perspektiver. Fokus på tverrfaglighet er derfor enten implisitt forutsatt eller eksplisitt uttalt. Samtidig finner vi i et flertall av de artikler som eksplisitt behandler fagets filosofiske og ideologiske grunnlag, at forfatterne er opptatt av hvordan perspektivvalget i synet på psykiske lidelser får konsekvenser for omsorg, pleie og behandling. Det er videre et engasjement for å utforme det egne, faglige fokus og perspektiv, dvs noe som andre gjenkjenner som psykiatrisk sykepleie.

Et gjennomgående trekk er påpekingen av samarbeidets nødvendighet, betydningen av å møte pasienten på et likeverdig grunnlag og at pasientens lidelse må forstås helhetlig i den kontekst den opptrer i.

I artikler med en humanvitenskapelig tilnærming (f.eks 8-13) ser vi en tydelig dreining bort fra paternalisme som faglig og etisk grunnholdning i pasientarbeidet, til fordel for autonomi og fellesskap som bærende prinsipper. Dette vises gjennom at begreper som *myndiggjøring, deltagelse, samarbeid, partnerskap* og *ansvarsdeling* i økende grad har blitt fremtredende begreper i samtidens psykiatriske sykepleie. Dette kan også knyttes til innflytelse fra samfunnsvitenskaplige teorier og perspektiver (f.eks. 19, 40-43, 54). Videre noteres en klar innflytelse fra brukerperspektivet i den faglige tenkingen. Dette perspektivet står delvis i motsetning til den medisinsk-psykiatriske tilnærming. Spørsmålet er om økt vektlegging av tverrfaglig praksis og kunnskapsdannelse vil gi rom for en mer dialogisk og åpen tilnærming til hva som er gyldig kunnskap innen psykisk helsefeltet.

Selv om den samfunnsvitenskapelige innflytelsen (bl.a. kritisk teori og lokalsamfunnstenkning) har gradvis blitt tydeligere i den aktuelle perioden, er det særlig to spor som er tydelige i utviklingen av psykiatrisk sykepleie: 1) ett som søker å *revitalisere de grunnleggende humanistiske verdier i psykiatrisk sykepleie* (holistisk, humanistisk-eksistensiell tilnærming (f.eks. 14, 26, 52, 57) og 2) ett som vil *ta opp i seg den tradisjonelle vitenskapelige tilnærming* – fremskyndet av biomedisinsk forskning og med vekt på evidensbasert praksis (f.eks. 34-37). Representanter for det første sporet mener at den medisinsk-psykiatriske modell (det andre sporet) har innebygget elementer som kan føre til dehumanisering og avpersonifisering fordi pasienten reduseres til sin sykdom, og at det ikke tas tilstrekkelig hensyn til den kunnskap pasienten har om sin lidelse og heller ikke den genuine situasjon han/hun befinner seg i. Imidlertid er det få artikler som målbærer en rendyrket medisinsk-psykiatriske modell. Man kan derfor se på psykiatrisk sykepleie, særlig slik den fremstilles fra 90-tallet, som en fagspesialitet som representerer en motreaksjon mot tendensen til ensidig vektlegging av biomedisinsk forskning og praksis slik den kommer til uttrykk i bl.a. psykiatriske fagtidsskrifter. Flere forhold hindrer en helhetlig, personorientert psykiatrisk praksis. Det dreier seg bl.a. om tendensen til å parallellføre psykiske lidelser med somatiske, med samme krav til effektivitet, kvalitetssikring av behandling og teknologisk innovasjon. Det er grunn til å tro at psykiske lidelser ikke uten videre kan sidestilles med somatiske, fordi de representerer komplekse mellommenneskelige fenomener. Kravet om effektivitet vurdert ut fra pasientsirkulasjon kan tøyes så langt at det ikke blir rom for etablering av gode terapeutiske relasjoner som er et sentralt tema innen den psykiatriske sykepleielitteraturen.

I en tid preget av tverrfaglig samarbeid er det vesentlig at man arbeider videre med presisering av fagspesialitetens fokus og faglige perspektiv – dvs *fagets signatur*. Nettopp i tverrfaglig praksis og kunnskapsdannelse, vil det være både nødvendig og fruktbart at ulike faggrupper presenterer hva deres faglige perspektiv bidrar med av forståelser av helse, sykdom/lidelse, behandling og omsorg. I en slik dialog vil psykiatriske sykepleiemodeller og teorier knyttet til ulike fenomener ha en informativ og forklarende funksjon både for egen faggruppe og samarbeidspartnere. Man kan da se at det psykiatriske sykepleieperspektivet er nødvendig i helsetjenesten, men at det ikke alene er tilstrekkelig for å møte tjenestebehovene. Det egne faglige perspektiv og kunnskapsgrunnlag representerer noe stykkevis og delt – og er dermed noe som krever ydmykhet i møte med en kompleks praksisvirkelighet som ikke bare kan forstås en-faglig.

Godkjent for publisering 18.08.2010

Jan Kåre Hummelvoll, Professor i psykiatrisk sykepleie og psykisk helsearbeid, Høgskolen i Hedmark, Avdeling for helse- og idrettsfag, Kirkeveien 47, NO – 2418 Elverum.

Arild Granerud, Førsteamanuensis, Høgskolen i Hedmark, Avdeling for helse- og idrettsfag, Kirkeveien 47, NO – 2418 Elverum, E-mail: Arild.Granerud@hihm.no

## Litteratur

1. Barton B. Institutional Neurosis. London: Wright; 1959.
2. Peplau HE. Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing. New York: Putnam; 1952.
3. Jones M. Det terapeutiske samfunn: i sykehuset og utenfor: sosial læring og sosialpsykiatri. Oslo: Gyldendal; 1971.
4. Kirkevoold M. Oversiktsartikler – et middel for å fremme integrasjon av sykepleieforskning. I: Bjerkreim T, Matiesen J, Nord R, red. Visjon, viten og virke. Oslo: Universitetsforlaget; 1996.s. 100–118.
5. Middleton J. Existentialist as helper? Canadian Journal of Psychiatric Nursing 1979; 20(3): 7–8.
6. Scanlon A. Humanistic principles in relation to psychiatric nurse education: A review of the literature. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2006; 13(6): 758–764.
7. Mansfield E. A conceptual framework for psychiatric-mental health nursing. Journal of Psychiatric Nursing & Mental Health Services 1980; 18(6): 34–41.
8. Black KM. An existential model for psychiatric nursing. Perspectives in Psychiatric Care 1968; 6(4): 178–84.
9. Raymond M. Existentialism and the psychiatric nurse. Perspectives in Psychiatric Care 1968; 6(4): 185–7.
10. Ulsafer J. A relationship of existential philosophy to psychiatric nursing. Perspectives in Psychiatric Care 1976; 14(1): 23–28.
11. Hummelvoll JK, Barbosa da Silva A. A holistic-existential model for psychiatric nursing. Perspectives in Psychiatric Care 1994; 30(2): 7–14.
12. Jones A. Absurdity and being-in-itself. The third phase of phenomenology: Jean-Paul Sartre and existential psychoanalysis. Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing 2001; 8(4): 367–72.
13. Roberts M. Modernity, mental illness and the crisis of meaning. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2007; 14(3) 277–281.
14. Orbanic SD. The Heideggerian view of person: a perspective conducive to the therapeutic encounter. Archives of Psychiatric Nursing 1999; 13(3):137–44.
15. Walsh K. Shared humanity and the psychiatric nurse-patient encounter. Australian & New Zealand Journal of Mental Health Nursing 1999; 8(1): 2–8.
16. Shattell MM, McAllister S, Hogan B, Thomas SP. «She took the time to make sure she understood»: Mental health patients' experiences of being understood. Archives of Psychiatric Nursing 2006; 20(5): 234–41.
17. Nilsson B, Lindström UA, Naden D. Is loneliness a psychological dysfunction? A literary study of the phenomenon of loneliness. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2006; 20(1): 93–101.
18. Burnard P. Existentialism as a theoretical basis for counselling in psychiatric nursing. Archives of Psychiatric Nursing 1989; 3(3): 142–7.
19. Roberts M. The production of the psychiatric subject: power, knowledge and Michel Foucault. Nursing Philosophy 2005; 6(1): 33–42.
20. Crowe M, Alavi C. Mad talk : Attending to the language of distress. Nursing Inquiry 1999; 6(1): 26–33.
21. Kirkpatrick H. A narrative framework for understanding experiences of people with severe mental illnesses. Archives of Psychiatric Nursing 2008; 22(2): 61–8.
22. Hamilton B, Manias E. «She's manipulative and he's right off»: A critical analysis of psychiatric nurses' oral and written language in the acute inpatient setting. International Journal of Mental Health Nursing 2006; 15(2): 84–92.
23. Happell B. «A rose by any other name . . .»: The use of language in mental health nursing practice. International Journal of Mental Health Nursing 2007; 16(4): 223.
24. Pejler A, Asplund K, Norberg A. Stories About Living in a Hospital Ward as narrated by Schizophrenic Patients. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 1995; 2(2): 269–277.
25. Fredriksson L, Lindström UA. Caring conversations – psychiatric patients' narratives about suffering. Journal of Advanced Nursing 2002; 40(4): 396–404.
26. Barker P, Reynolds WM, Stevenson C. The human science basis of psychiatric nursing: theory and practice. Journal of Advanced Nursing 1997; 25(4): 660–667.

27. Freshwater D. Dialogue, conversation and discussion: reflection upon languaging relationship. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 2007; 14(5): 431–2.
28. Wheeler K. The primacy of psychotherapy. *Perspectives in Psychiatric Care* 2005; 41(4): 151–2.
29. Gallop R, O'Brien L. Re-establishing psychodynamic theory as foundational knowledge for psychiatric/mental health nursing. *Issues in Mental Health Nursing* 2003; 24(2): 213–27.
30. Winship G. Nursing and psychoanalysis – uneasy alliances? *Psychoanalytic Psychotherapy* 1995; 9(3): 289–299.
31. Burrige T. Through a glass darkly. Some reflections on psychiatric nursing. *Psychodynamic Counselling* 1996; 2(3): 376–389.
32. Peplau HE. Psychotherapeutic strategies. *Perspectives in Psychiatric Care* 1999; 35(3): 14–19.
33. Turner, M.S., Individual psychodynamic psychotherapy with older adults: Perspectives from a nurse psychotherapist. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1992. 6(5): p. 266–274.
34. Gournay K. The changing face of psychiatric nursing. Revisiting: Mental health nursing. *Advances in Psychiatric Treatment* 2005; 11(1): 6–11.
35. Wray SJ. Schizophrenia sufferers and their carers: a survey of understanding of the condition and its treatment, and of satisfaction with services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 1994; 1(2): 115–124.
36. Stuart GW. Evidence-based psychiatric nursing practice: rhetoric or reality. *Journal of the American psychiatric nurses association* 2001; 7(4): 103–111.
37. Bahtsevani C, Khalaf A, Willman A. Evaluating psychiatric nurses' awareness of evidence-based nursing publications. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2005; 2(4): 196–206.
38. Phillips L, McCann E. The subjective experiences of people who regularly receive depot neuroleptic medication in the community. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 2007; 14(6): 578–86.
39. Hummelvoll JK, Serverinsson E. Coping with everyday reality: Mental health professionals' reflections on the care provided in an acute psychiatric ward. *Australian & New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 2001; 10(3): 156–166.
40. Hopton J. Towards a critical theory of mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing* 1997; 25(3): 492–500.
41. Hughes FA. Reconnecting with policy: requirements for survival as a mental health nurse. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services* 2006; 44(8): 30–6.
42. Lakeman R. An anxious profession in an age of fear. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2006; 13(4): 395–400.
43. Eriksson B, Hummelvoll JK. People with mental disabilities negotiating life in the risk society: A theoretical approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2008; 15(8): 615–621.
44. Clarke L. Ten years on: the abiding presence of R.D. Laing. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 1999; 6(4): 313–20.
45. O'Brien AP, Woods M, Palmer C. The emancipation of nursing practice: Applying anti-psychiatry to the therapeutic community. *Australian & New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 2001; 10(1): 3–9.
46. Wright K, Haigh K, McKeown M. Reclaiming the humanity in personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing* 2007; 16(4): 236–46.
47. Evans R. Therapeutic directions in acute inpatient psychiatric nursing. *Nursing Standard* 2001; 16(12): 33–6.
48. Holmes CA. Guest editorial. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2001; 8(5): 379–381.
49. Granerud A, Severinsson E. The struggle for social integration in the community: the experiences of people with mental health problems. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 2006; 13(3): 288–93.
50. Carter EW. Psychiatric nursing: 1986. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services* 1986; 24(6): 26–30.
51. Adams T. *Paradigms in psychiatric nursing*. Nursing – Oxford 1991; 4(35): 9–11.
52. Nolan P. Annie Altschul's legacy to 20th century British mental health nursing. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 1999; 6(4): 267–72.
53. Boling A. The professionalization of psychiatric nursing : from doctors' handmaidens to empowered professionals. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services* 2003; 41(10): 26–40.
54. Cotroneo M, Kurlowicz LH, Outlaw FH, Burgess AW, Evans LK. Psychiatric-mental health nursing at the interface: revisioning education for the specialty. *Issues in Mental Health Nursing* 2001; 22(5): 549–69.
55. Wilding CE, Muir-Cochrane E, May E. *Treading lightly: spirituality issues in mental health nursing*. *International Journal of Mental Health Nursing* 2006; 15(2): 144–52.
56. Wong YJ, Rew L, Slaikeu KD. A systematic review of recent research on adolescent religiosity/spirituality and mental health. *Issues in Mental Health Nursing* 2006; 27(2): 161–83.
57. Hummelvoll JK. En helhetlig-eksistensiell psykiatrisk sykepleietilnærming i et lokalsamfunnsperspektiv. *Klinisk Sygepleje* 2006; 20(1): 13–23.
58. Anthony P, Crawford P. Service user involvement in care planning: the mental health nurse's perspective. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 2000; 7(5): 425–34.

# Hva praksisveiledere vektlegger i vurderingen av sykepleierstudentenes kliniske kompetanse – en kvalitativ intervjuundersøkelse

Margret Gyda Wangen, Cand.san., høgskolelektor – Kirsti Torjuul, PhD, førsteamanuensis – Venke Sørli, PhD, professor.

WHAT MENTORS EMPHASIZE WHEN ASSESSING THE CLINICAL COMPETENCE OF STUDENT NURSES – A QUALITATIVE INTERVIEW RESEARCH

## ABSTRACT

**Aim** The aim of this study was to illuminate what mentors emphasize when assessing the clinical performance of student nurses.

**Background** An important and major part of the Bachelor nursing education takes place in clinical settings. The clinical mentors' duties involve teaching, guiding and assessing students' clinical performance. Assessment of clinical competence remains a challenge for students, clinical mentors and Faculty.

**Methods** The data was collected through individual interviews with five experienced registered nurses working in a Norwegian nursing home, and analyzed by a phenomenological-hermeneutic method inspired by Paul Ricoeur.

**Findings** The mentors assess whether student nurses are well-mannered, sensitive and understanding towards patients and co-workers, as well as the way they build their competency and professional identity. How students perform in these areas is important to the mentors' assessment of whether students deserve their trust.

**Conclusion** Mentors and students collaborate through actions and dialogues and are dependent upon each others recognition and trust.

**KEY WORDS:** mentor, student nurse, nursing home, clinical studies, assessment

## Innledning

Tilnærmet halve bachelorstudiet i sykepleie foregår i klinisk praksis under veiledning av autoriserte sykepleiere. Sykepleierens veilederoppgaver er beskrevet som mangfoldige. De underviser, støtter i læringsprosessen (1), skaper et godt læringsmiljø (2), er rollemodell (3), venn og guide (4), portvakt til læresituasjoner og praksisfellesskapet på praksisplassen (5, 6). De har en viktig oppgave i å vurdere studentenes kliniske kompetanse kontinuerlig og på slutten av praksisperioden (1).

Undersøkelser viser at veiledere er tilfredse med å undervise studenter og skape et godt læringsmiljø i avdelingen (7), men mange er usikre på sin veilederrolle (4). Å være både veileder og sensor oppleves som vanskelig å forene (1, 2, 4, 8, 9). Bayley et al. (10) hevder at sensur ikke bør inngå i veilederrollen fordi det undergraver veilederstudentforholdet og skaper uheldige interessekonflikter.

Flere undersøkelser belyser sykepleieres og studenters erfaringer med veiledning og opplevelse av vurdering (1, 11, 12, 13). Elcigil og Sari (14) fant at studenter følte seg vurdert i hele praksisperioden. Studenter mener at det er deres kunnskaper og ferdigheter som bør vurderes, ikke personlighetstrekk. De ønsker i første rekke å få positive tilbakemeldinger som kan oppmuntre og motivere til læring. De etterlyser konkret og kontinuerlig tilbakemelding, ikke kritikk på slutten av praksisperioden (15).

Studenter legger større vekt på praksisvurderingen enn veiledere. Positive tilbakemeldinger er motiverende og påvirker studentenes selvrespekt og selvtillit (16, 17). Hva studenter lærer og hvordan de lærer påvirkes av hva de antar vil bli vektlagt i praksisvurderingen. Angst for å bli vurdert kan virke negativt inn på studentenes læring (18). Veiledernes vurderinger påvirker også studentenes interesse for fagfeltet og praksisstedet, motivasjon og læringsutbytte (3, 19).

I en undersøkelse ble sykepleiere, leger og jordmødre spurt om veilederrollen. Ingen betraktet rollen som sensor som den viktigste, men som den vanskeligste og mest konfliktfylte (4). Veiledere opplever det spesielt problematisk å være objektiv i vurderingen av studentenes

kompetanse, å gi kritiske tilbakemeldinger og å stryke studenter i praksis, både tidlig og sent i utdanningsforløpet (4, 8, 9, 11, 20). Vurderingen av studentenes kompetanse er også påvirket av veiledernes arbeidssted, arbeidssituasjon, egen kompetanse og ferdigheter (21).

Utdanningsinstitusjonene har utviklet vurderingsskjema til hjelp for veilederne slik at studentene kan få en mest mulig pålitelig vurdering av sin kliniske kompetanse (22, 23). Det er flere grunner til at dette er vanskelig. For det første er kompetansebegrepet vanskelig å definere og gjenstand for kontinuerlig debatt og fortolkning. Det finnes heller ingen allmenn enighet om hvordan sykepleiefaglig kompetanse kan vurderes eller måles (7, 24). Det er imidlertid aksept for at studentenes kliniske kompetanse må vurderes i utdanningen for å sikre at pasientene mottar sykepleie av høy kvalitet (24, 25).

Litteraturen beskriver utvikling og utprøving av ulike metoder for å vurdere studentenes kliniske kompetanse (26, 27). Det er reist spørsmål om mangfoldet i vurderingsmetoder representerer en svakhet som kan rokke ved tilliten til utdanningen og til sykepleierens kompetanse (24). Metodene er blitt kritisert for at de avhenger av veiledernes subjektive fortolkning av kompetanse og vurdering av studentene (2, 7, 28). Andre hevder at det er umulig å finne entydige kriterier for vurdering av klinisk kompetanse som både studenter, veiledere og lærere fortolker og anvender likt (29).

Litteraturen viser at vurdering av klinisk kompetanse er et viktig, men komplisert tema for studenter, veiledere og utdanningsinstitusjoner verden over. Det er skrevet mer om problemene ved vurdering av klinisk kompetanse enn om forslag til løsninger (29). Det er også skrevet mindre om hvordan veiledere forstår sykepleiefaglig kompetanse og hvilke kunnskaper, ferdigheter og holdninger de vektlegger i vurderingen av studentene (7, 28, 30).

## Hensikt

Hensikten med undersøkelsen var å belyse hva praksisveiledere vektlegger i vurderingen av sykepleierstudentenes kliniske kompetanse.

## Metode

### Deltagere

Ledelsen ved et norsk sykehjem ga tillatelse til studien og var behjelpelig med å finne informanter. Kriteriene utarbeidet av forskeren, var at deltakerne skulle ha arbeidet som sykepleier i mer enn fem år og hatt veiledningsansvar for sykepleierstudenter i siste studieår. Fire kvinner og én mann, alle med erfaring som veiledere for sykepleierstudenter i siste studieår ga skriftlig, informert samtykke til å delta. De var alle 44 år eller eldre, hadde arbeidet mer enn 11 år ved sykehjemmet og hadde 11–20 års erfaring fra sykepleie til eldre.

### Datainnsamling

Data ble samlet inn ved hjelp av åpne, narrative intervjuer (31). Intervjuene ble gjennomført på sykehjemmet, varte gjennomsnittlig i 60 minutter, ble tatt opp på lydband og transkribert. Deltagerne ble bedt om å fortelle fritt om hva de vektlegger når de vurderer sykepleierstudentenes kliniske kompetanse. Hensikten var å innhente så mange og varierte data om deltagerens erfaringer som mulig uten å avbryte deres fortellinger og refleksjoner. Oppfølgingsspørsmål ble stilt for å oppmuntre deltagerne til å fortelle mer om temaene de brakte på bane, enkeltepisoder, egne tanker og erfaringer og oppklare evt. misforståelser (31).

### Dataanalyse

Intervjuene ble analysert ved hjelp av en fenomenologisk hermeneutisk metode, inspirert av Ricoeurs teori om fortolkning av tekster (32) og anvendt i flere studier for å belyse pasienters og sykepleieres erfaringer (33, 34, 35).

Analysen ble gjennomført i tre trinn: naiv lesning, strukturanalyse og helhetsforståelse. *Naiv lesning* (første fortolkning) ble gjennomført ved at alle intervjuene ble lest flere ganger for å oppnå en foreløpig fortolkning av hva intervjuetekstene handlet om. Deretter ble det gjennomført en *strukturanalyse* (funn), hvor setning for setning og avsnitt for avsnitt i intervjuetekstene ble lest flere ganger og inndelt i meningsenheter, dvs. tekstenheter med likt eller beslektet meningsinnhold. Sentrale tema ble deretter formulert etter diskusjon mellom forfatterne om vesentlige og gjennomgående meningsenheter i tekstene (36). Det tredje trinnet, *helhetsforståelsen* (diskusjon), ble gjennomført ved at intervjuetekstene, resultatene av den naive lesningen og strukturanalysen ble vurdert og diskutert ut fra forfatterens forforståelser, relevant teori og tidligere undersøkelser om vurdering av sykepleierstudentenes kliniske kompetanse (36). Dette innebærer at begreper og teorier som inngår i helhetsforståelsen (diskusjonen) ikke ble bestemt på forhånd, men etter fortolkning og diskusjon av funnene i undersøkelsen (32, 36).

### Metodiske betraktninger

*Pålitelighet* og *gyldighet* ble tilstrebet ved at flere forfattere deltok i dataanalysen og ble enige om temaene som fremkom i fortolkningen av intervjuetekstene (36). I følge Ricoeur (32) kan en tekst fortolkes på mange måter, men det forutsettes at fortolkningen er tekstnær og et resultat av de tre trinnene i fortolkningsprosessen. Vår fortolkning er derfor en av flere mulige måter å forstå hva veiledere vektlegger i vurderingen sykepleierstudentenes kliniske kompetanse. At utvalget i undersøkelsen består av fem veiledere ved ett norsk sykehjem gjør at resultatene ikke kan generaliseres, men undersøkelsens gyldighet kan betraktes som høy dersom veiledere for sykepleierstudenter kan kjenne seg igjen i beskrivelsen og resultatene blir bekreftet av tilsvarende undersøkelser (33). Studier med få informanter kan ha høy overføringsverdi dersom de muliggjør en dypere innsikt i fenomenene som studeres (37).

## Funn

I analysen framkom tre tema som veilederne vektlegger i sin vurdering av studentenes kliniske kompetanse: *studentenes væremåter*, *studentenes forhold til pasienter*, *veiledere og ansatte* og *studentenes handlemåter*.

### Studentenes væremåter

Veilederne sier de legger høgskolens mål og vurderingskriterier til grunn for vurderingen av studentenes kliniske kompetanse, men at deres erfaringer som sykepleiere og veiledere har større betydning. De er opptatt av om studentene er egnet til å arbeide med mennesker og har erfaring med at «*Ikke alle egner seg for det*».

Veilederne beskriver mange kvaliteter hos dyktige sykepleierstudenter. Førsteintrykket gir dem et signal om studentenes holdninger. De forteller at vanlig folkeskikk og positiv utstråling er en type kompetanse som kommer til uttrykk gjennom studentenes verbale og non-verbale språk, dvs. hvordan studentene snakker til pasientene, tonefall og kroppsspråk og hvordan de omtaler pasientene «*fordi det forteller mye om henne og det hun står for*».

I tillegg til faglige kunnskaper er studentenes forståelse og følsomhet for andre en viktig kompetanse, i følge veilederne. De forventer at studentene er i stand til å være nær mennesker og samtidig utstråler ro, trygghet og varme med sin væremåte «*Også i stressede situasjoner hvor mye foregår samtidig*».

Ærlighet, tydelighet, pålitelighet og god selvinnsikt hos studentene bidrar til å lette samarbeidet. Veilederne sier de forventer at studentene setter ord på egne læringsbehov og prioriterer praksisstudiene. «*Det er viktig at studenten lærer seg til å si det*» og er klar over og arbeider med sine sterke og svake sider. «*Jeg må jobbe mer med kommunikasjon. Jeg er litt beskjeden og har litt vanskelig for å ta kontakt*». Pålitelighet kommer til uttrykk ved at studentene overholder avtaler. Veilederne mener dessuten at studentene bør være tydelig på hvem de er, presentere seg som studenter og ikke handle utover sin kompetanse.

Veilederne vurderer om studentene har mot og vilje til å ta ansvar i utførelsen av sykepleie «*Ikke bare si det, men gjøre det også*». Samtidig vurderer de om studentene sier tydelig ifra når de er usikre. Veilederne sier at manglende mot viser seg ved at studentene unngår å delta i bestemte oppgaver.

Veilederne vurderer studentenes vekstpotensial. «*Du ser om det er et emne som kan vokse med årene*». De forventer at studentene er våkne, interesserte, tilstedeværende, engasjerte og at de gir uttrykk for at praksisstudiene er viktige og spennende. Veilederne forteller at de fleste studentene anstrenger seg for å gjøre et godt inntrykk. Dersom det motsatte skjer blir veilederne bekymret. «*Hva er en slik student i stand til å gi av seg selv når hun står der som nyutdannet sykepleier?*».

### Studentenes forhold til pasienter, veiledere og ansatte

Veilederne vurderer studentenes interesse for og initiativ til å etablere gode relasjoner til veileder, pasienter og ansatte i avdelingen, men sier at «*Ikke alt er opp til studenten, det er en gjensidighet her; å gi folk tro på seg selv og virke støttende og oppmuntrende*». Veilederne er bevisst sitt ansvar for å etablere et gjensidig forhold til studentene slik at studentene føler seg ivaretatt, men understreker studentenes medansvar. «*Vi må føle det begge to, at det ikke blir vanskelig å si fra, at det er åpent*».

Veilederne påpeker at et trygt miljø på praksisstedet er en forutsetning for at studentene skal kunne utvikle seg, få mot til å vise hvem de er og fokusere på studiets mål og aktuelle læresituasjoner. De understreker at studentene bør inngå i fellesskapet i sykehjemmet, men at dette forutsetter at de har blick for andre, gir av seg selv og bidrar til å skape trygghet.

Veilederne forteller at de forventer at studentene bruker seg selv til å styrke pasientenes selvfølelse og identitet, opplevelse av mestring og at pasientene blir verdsatt og respektert. «*Og at alt dette gjøres under diskresjon*», uten å utlevere pasientenes privatliv, behov, problemer og interesser til andre, uten at det er nødvendig.

«*Jeg synes at hvis man har fått en god dialog, bygd på et godt møte og god kontakt med brukeren, så er det viktig å respektere tillitsforholdet, på den måten at man skjærer det og ser at det er noe du og jeg har sammen, og verdsette det slik at man ikke ødler bort tilliten ved å snakke høyt om ting som er sagt i fortrolighet. Dette bør en student i tredje år kunne vise i handling*».

At studentene ivaretar pasientenes interesser mener veilederne er viktig oppgave, særlig på grunn av knapphet på ressurser i sykehjemmet.

«*Det er viktig at hun i situasjoner der personalets eller bedriftens*

*interesser er på kollisjonskurs med en brukers interesser, har lojalitet med brukeren».*

Veilederne sier de vurderer studentenes evne til å sette grenser på en god måte, at de skiller mellom privatliv og yrkesliv, beskytter seg selv, men forstår og fremst pasientene. «*Hvis du forteller om egne problemer, utfordringer og vanskeligheter, så belaster du den andre*».

Samtidig som veilederne sier de er rollemodeller for studentene, betrakter de studentene som en faglig ressurs, og veilederoppgaven som en mulighet for utvikling av egen faglige kompetanse. De forventer at studentene arbeider bevisst med sin sykepleieridentitet. «*Sykepleierfunksjonen er stor og vid. Det er den ikke tekniske måten å jobbe på som er vesentlig her ved sykehjemmet*». Veilederne sier de vurderer om studentene er forbedrings- og læringsorienterte, men mener det er uheldig hvis de kopierer sine rollemodeller ureflektert og ukritisk.

### Studentenes handlemåter

Studentene forholder seg til ulike pasienter i sykehjemmet. Noen er relativt friske, andre er rammet av demens. Dette krever reflektert sykepleie, i følge veilederne. «*Det blir helt forskjellige måter å møte dem på. Du må skjerme noen og løfte andre frem*». De forteller at studentene viser sin kompetanse i sykepleie ved å ta initiativ til å skape gode møter og sosiale situasjoner:

*«Det kan sitte mange eldre rundt et bord uten å snakke. Er det en tredjårsstudent der, så forventer jeg at vedkommende starter en samtale og finner tema som eldre mennesker kan samtale om. Og etter hvert som hun blir kjent med de eldre, klarer å trekke inn de som er stille og dempe den som er dominerende. Og så forventer jeg at de kan skape en god stemning».*

Veilederne sier de forventer at studenten er ydmyk i samhandling med pasientene og fremmer deres selvbestemmelsesrett:

*«Når studenten kommer inn i et rom og det foregår noe dempet der, det kan være musikk eller det kan være en god samtale mellom noen, at studenten respekterer og tar hensyn til det når hun går inn, det viser ydmykhet».*

Latterliggjøring av pasienter mener veilederne er uakseptabelt. «*Det er greit å le av seg selv, men ikke å latterliggjøre pasienter i et rom med andre til stede. Det har med respekt å gjøre*».

Veilederne vurderer om studentene har mot til å dele sine refleksjoner omkring etiske dilemma som de opplever. «*Jeg blir bekymret hvis studenten aldri har noe hun undrer seg over, aldri har noe å spørre om, at alt er greit. Da blir jeg veldig i tvil*». De sier de forventer at studentene er trygge på sykepleien de utfører, kjenner sine begrensninger og er ydmyke i forhold til hvilket ansvar de påtar seg og ber om veiledning før de iverksetter nye tiltak.

*«Jeg blir veldig bekymret hvis studenten sier at dette her er ikke noe problem, dette klarer jeg alene. Hvis jeg føler at hun selv ikke skjønner hvor hun egentlig står, ikke har forståelse for egen kompetanse, og bare går i vei og gjør ting».*

Veilederne forteller at de vurderer om studentene tar selvstendig initiativ og ansvar i utøvelsen av sykepleie til pasientene.

*«Ofte vil studenten komme til meg som kontaktsykepleier med ting hun har sett, behov som vi kan ha oversett. Studenten rapporterer det videre og kommer med forslag, konkrete tiltak hun kan tenke seg å gjøre noe med. Er det i orden? Ja, det er veldig positivt».*

Veilederne vektlegger hvordan studentene utfører praktiske handlinger i vurderingen. «*Jeg ser veldig mye i et stell. Hun kan vise veldig mye av seg selv der*». Veilederne sier de forventer at studentene er trygge på seg selv i stell, har et sikkert og godt håndlag, identifiserer pasientenes behov og kommuniserer på en god måte.

*«Om hun viser respekt, det ser jeg i stellet. Det er veldig mye hun må sanse, kroppspråk og slike ting som det er vanskelig å sette ord på, men hun må kunne sanse hvordan den hun steller føler».*

Det er lettere for veilederne å beskrive studenter som ikke viser respekt for pasientene.

*«Kommer inn, informerer ikke i det hele tatt, dette er eksempel på ytterpunktene, trekker bare av dyna og setter i gang å vaske. Jeg spør meg selv, på hvilken måte hadde jeg likt å få hjelp?»*

Slike situasjoner mener veilederne kan gi anledning til samtale og veiledning «*For det er noe konkret å samtale om*». De kan spørre studentene hvordan de ville ha ønsket å bli møtt, om de selv var hjelpetrengende.

*«Alt som går på det personlige og private krever at vi viser mennesket respekt. Studenten viser jo hvilket menneskesyn hun har og om hun har interesse for faget i detaljerte ting hun gjør».*

Veilederne forteller at de blir skuffet når de opplever at studentene ikke ser faglige utfordringer i daglige gjøremål som stell:

*«Det har vi lært, vi er ferdig med det her. Vi skal ikke gjøre det mer, det er kjedelig. Da blir jeg veldig skuffet. Jeg har jobbet i mange år og blir ikke ferdig med å bli kjent med mennesker, med å hjelpe dem med å gå på toalettet. Jeg lærer mye på det».*

I hvilken grad studentene er i stand til å vurdere pasientenes behov for sykepleie, kvaliteten på sykepleien de utfører, og pasientenes tilfredshet bidrar i veilederens vurdering av studentenes kompetanse. De sier at de vurderer om studentene arbeider effektivt, planlegger og prioriterer tiltak på en god måte for pasientene, og om de kan skille mellom det som er viktig og må gjøres nå og det som kan vente. «*Beklager, jeg kan ikke hjelpe deg nå. Men jeg skal komme tilbake om et kvarter. Går det fint? Nå har jeg noe annet jeg må gjøre*».

Det er ikke tilstrekkelig at studentene er snille, sier veilederne. Men gode teoretiske kunnskaper er heller ikke ensbetydende med at veilederne vurderer studentene som kompetente eller dyktige. De har erfart at teoretisk flinke studenter kan oppleves som kjølige i forholdet til pasienter og andre. «*Da kan jeg si at hun virker veldig flink, men at hun kan jobbe litt med det mellommenneskelige*». Det bekymrer veilederne at de kanskje kan ha for høye forventninger til studentene, fordi de stiller med ulike forutsetninger i praksisfeltet med hensyn til alder, utdanning, erfaringer og modenhet.

### Diskusjon

Hensikten med undersøkelsen var å belyse hva praksisveiledere vektlegger i vurderingen av sykepleierstudentenes kliniske kompetanse. Funnene viser at studentenes væremåter, forholdet til pasienter, veileder og ansatte og handlemåter overfor pasienter i konkrete situasjoner er bestemte når den kliniske kompetansen vurderes.

Veilederne fremhever at noen studenter viser modenhet i sin handle- og væremåte. Det kan bety at disse studentene har tilegnet seg en type dannelse eller habitus som bidrar positivt i forholdet til veiledere, pasienter og ansatte. Habitus er en form for samlet kroppsliggjort kunnskap som uttrykkes i menneskers handle- og væremåter i ulike situasjoner og fungerer som beredskap i samhandling med andre (38, 39). Tønnesen (38) hevder at sykepleierens habitus hjelper han/henne til å forstå en situasjon og til å velge den mest hensiktsmessige måten å føre seg på i ulike situasjoner. Habitus frigjør et indre rom hos sykepleieren, «og gir henne ro til å lytte seg til pasientens behov» (38:49). Habitus er integrert kompetanse som former en person og er et resultat av en livslang modnings- og læringsprosess (38). Dette er i samsvar med betydningen veilederne i denne undersøkelsen tillegger studentenes modningsnivå og utviklingspotensial i vurderingen av klinisk kompetanse.

Veilederne vektlegger studentenes interesse for å etablere og vedlikeholde gode relasjoner til pasienter og medarbeidere og at de gjennom kommunikasjon og tilstedeværelse tilstreber å skape en god stemning i sykehjemmet. Studentenes kompetanse, handle- og væremåter berører alle personene de møter i praksisstudiene. Ifølge Alvsvåg (40), beror vår berørthet på vår sansning og forståelse. Veilederne sier at studenter de vurderer som dyktige og velegnet til å arbeide med syke, er i stand til å finne balansen mellom nærhet og distanse. De har

kompetanse til å sanse og forstå hvordan de kan nærme seg pasienter på en god måte uten å krenke urørlighetssonen (40).

Lindseth (41) hevder at nærhet og omsorg ikke kan være privat og sentimental, men må være underordnet hensynet til pasienten. Atmosfæren studentene skaper med sitt nærvær beror på hvordan de sanser, forstår og handler i situasjoner. Ifølge Alvsvåg (40) er alle våre inntrykk og uttrykk stemte. Våre kropper bærer med seg en tone, en stemning som uttrykkes gjennom geberder, hender, ord og blikk og vi setter farge på egen og andres tilværelse gjennom vår væremåte og vårt språk. I denne undersøkelsen vurderer veilederne studentene ut fra en forventning om at de kan vise ydmykhet, følsomhet og forståelse i forholdet til pasientene og i måten å handle på i konkrete situasjoner.

Veilederne vurderer om studentene er interesserte i å tilegne seg den sykepleiefaglige kompetansen som finnes på praksisstedet, om de har evne til kritisk refleksjon og mot til å si fra når de føler seg utrygge. Dersom studentene gir uttrykk for at det er få faglige utfordringer i sykepleien til pasienter i sykehjem stiller veilederne spørsmålsteget ved studentenes kliniske kompetanse. Alvsvåg (40) hevder at fagkunnskap er fundamentet for god og forsvarlig pleie, behandling og omsorg. Veilederne sier at dyktige studenter arbeider aktivt for å tilegne seg de kunnskaper, ferdigheter og holdninger som er nødvendig for å utføre omsorgsfull og faglig forsvarlig sykepleie til pasientene. De vurderer om studentene har tilegnet seg tilstrekkelig teoretisk kunnskap om fagfeltet, men legger størst vekt på om studentene kan omsette kunnskap i kompetente handlinger til beste for pasientene.

Veilederne innser at de har en viktig oppgave som rollemodeller for studentene. Ricoeur (42) skriver at en persons identitet beror på hvilke verdier, normer og idealer personen gjenkjenner seg i. I samhandling og samtaler mellom veiledere og studenter utveksler de ikke bare fagkunnskap og praktiske erfaringer, men også verdier og idealer som er vesentlig i sykepleie til eldre. Studentene får derved erfaring med utfordringene de vil møte som sykepleiere og hvordan de kan håndtere dem. Gjennom å få bekreftelse på egne erfaringer og vurderinger av sykepleie i konkrete situasjoner utvikler studentene sin identitet som sykepleier (43).

Brown (28) fant at veiledere legger stor vekt på studentens personlige egenskaper i vurderingen av studentenes kompetanse, fordi dette er viktig for kvaliteten i forholdet mellom studenter og pasienter og en forutsetning for læring og utøvelse av sykepleie. Veilederne i denne undersøkelsen vurderer om studentene er egnet til å arbeide med syke mennesker. Helhetsforståelsen i undersøkelsen tyder på at tillit er grunnleggende i møtene mellom studenter, veiledere og pasienter. Nortvedt og Grimen (44) hevder at tillit er en forutsetning for gode relasjoner mellom profesjonelle og pasienter. Studentenes praksisstudier innebærer nærhet til pasienter som er svært sårbare, og de holder noe av pasientenes liv i sine hender (45). Samhandling med pasienter i sykehjem setter studentenes dyktighet og personlige egenskaper på prøve. Også i relasjonen mellom veiledere og studenter er begge utlevert til hverandre og avhengig av å bli mottatt med tillit av den andre (44). Begge må bidra for at tilliten i forholdet skal kunne utvikles og vedlikeholdes.

## Konklusjon

Undersøkelsen viser at veilederne legger høgskolens mål og vurderingskriterier til grunn for vurderingen av studentenes kliniske kompetanse, men at deres erfaringer som sykepleiere og veiledere har større betydning. Veilederne vurderer studentenes kliniske kompetanse ut ifra om de har tillit til at studentene kan utføre faglig forsvarlig og omsorgsfull sykepleie til sårbare sykehjemspasienter. De legger vekt på studentenes etisk- relasjonelle kompetanse, dvs. hvordan de sanser og forstår pasientene og hvilke holdninger de viser i samhandlingen med pasientene i sykehjemmet. I tillegg vurderer de studentenes kunnskaper og ferdigheter, interesse for faget og sykepleiefaglige identitet. Studentenes utvikling avgjør om veilederne vurderer studentene som egnet som sykepleier og derved kan få godkjent praksisperioden.

Denne studien belyser hva praksisveiledere som arbeider i sykehjem vektlegger i vurderingen av sykepleierstudentenes kliniske kom-

petanse. Tilsvarende forskning bør utføres innenfor de øvrige kliniske områdene i sykepleierutdanningen og inkludere erfaringene til sykepleierstudenter og høgskolelærere. Andre forskningstilnærminger som observasjonsstudier, vil kunne utdype forståelsen av hva som vektlegges i vurderingen av sykepleierstudentenes kliniske kompetanse og hvordan dette foregår i praksisstudiene.

Godkjent for publisering 14.10.2010.

Margret Gyda Wangen, høgskolelektor, Avdeling for sykepleierutdanning ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, Mauritz Hansens g. 2, No – 7004 Trondheim, Telefon: +4773552965, gyda.wangen@hist.no

Kirsti Torjuul, PhD, førsteamanuensis, Høgskolen i Sør-Trøndelag, Trondheim.

Venke Sørliie, PhD, professor, Lovisenberg diakonale høgskole, Oslo.

## Referanser

1. Wilkes Z. The student-mentor relationship: a review of the literature. *Nursing Standard* 2006;20(37):42–7.
2. Pellatt GC. The role of mentors in supporting pre-registration nursing students. *British Journal of Nursing* 2006;15(6):336–40.
3. Perry B. Being an exemplary role model. It begins with an optimistic attitude. *Journal for Nurses in Staff Development* 2009;25(5):242–48.
4. Bray L, Nettleton P. Assessor or mentor? Role confusion in professional education. *Nurse Education Today* 2007;27:848–55.
5. Brammer JD. RN as gatekeeper: gatekeeping as monitoring and supervision. *Journal of Clinical Nursing* 2008;17:1868–76.
6. Dickson C, Walker J, Bourgeois S. Facilitating undergraduate nurses clinical practicum: The lived experience of clinical facilitators. *Nurse Education Today* 2006;26(5):416–22.
7. Cassidy S. Interpretation of competence in student assessment. *Nursing Standard* 2009;23(18):39–46.
8. Duffy K. Failing students: a qualitative study of factors that influence the decisions regarding assessment of students' competence in practice. Glasgow: Glasgow Caledonian University; 2003.
9. Redfern S, Norman I, Calman L, Watson R, Murrells T. Assessing competence to practise in nursing: a review of the literature. *Research Papers in Education* 2002;17(1):51–77.
10. Bayley H, Chambers R, Donovan C. The good mentoring toolkit for health-care. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2004.
11. Webb C, Shakespeare P. Judgements about mentoring relationships in nurse education. *Nurse Education Today* 2008;28(5):563–71.
12. Duers LE, Brown N. An exploration of student nurses' experiences of formative assessment. *Nurse Education Today* 2009;29(6):654–59.
13. Pollard C, Ellis L, Stringer E, Cockayne D. Clinical education: A review of the literature. *Nurse Education in Practice* 2007;7(5):315–22.
14. Elcigil A, Sari HY. Students' opinions about and expectations of effective nursing clinical mentors. *Journal of Nursing Education* 2008;47(3):118–23.
15. Holmsen TL. Hva påvirker sykepleierstudentenes trygghet og læring i klinisk praksis? *Vård i Norden* 2010;30(1):24–8.
16. Lee WS, Cholowski K, Williams AK. Nursing students' and clinical educators' perceptions of characteristics of effective clinical educators in an Australian university school of nursing. *Journal of Advanced Nursing* 2002;39(5):412–20.
17. Löfmark A, Wikblad K. Facilitating and obstructing factors for development of learning in clinical practice: a student perspective. *Journal of Advanced Nursing* 2001;34(1):43–50.
18. Tiwari A, Lam D, Yuen KH, Chan R, Fung T, Chan S. Student learning in clinical nursing education: Perceptions of the relationship between assessment and learning. *Nurse Education Today* 2005;25(4):299–308.
19. McGregor A. Academic success, clinical failure: struggling practices of a failing student. *Journal of Nursing Education* 2007;46(11):504–11.
20. Moseley LG, Davies M. What do mentors find difficult? *Journal of Clinical Nursing* 2008;17(12):1627–34.
21. Joy R, Nickless LJ. Revolutionizing assessment in a clinical skills environment – A global approach: The recorded assessment. *Nurse Education in Practice* 2008;8(5):352–58.

22. Rushforth HE. Objective structured clinical examination (OSCE): Review of literature and implications for nursing education. *Nurse Education Today* 2007;27(5):481–90.
23. Öhlén J, Erixon G. Ett nivåspecifikt bedömningsinstrument för sjuksköterskeprogrammets kliniska utbildning. *Vård i Norden* 2005;25(3):61–7.
24. O'Connor T, Fealy GM, Kelly M, Mc Guinness AM, Timmins F. An evaluation of a collaborative approach to the assessment of competence among nursing students of three universities in Ireland. *Nurse Education Today* 2009;29(5):493–99.
25. Watson R, Stimpson A, Topping A, Porock D. Clinical competence assessment in nursing: a systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 2002;39(5):421–31.
26. Defloor T, Van Hecke A, Verhaeghe S, Gobert M, Darras E, Grypdonck M. The clinical nursing competences and their complexity in Belgian general hospitals. *Journal of Advanced Nursing* 2006;56(6):669–78.
27. McGaughey J. Standardizing the assessment of clinical competence: an overview of intensive care course design. *Nursing in Critical Care* 2004;9(5):238–46.
28. Brown N. What are the criteria that mentors use to make judgements on the clinical performance of student mental health nurses? An exploratory study of the formal written communication at the end of clinical nursing practice modules. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2000;7(5):407–16.
29. Isaacson JJ, Stacy AS. Rubrics for clinical evaluation: Objectifying the subjective experience. *Nurse Education in Practice* 2009;9(2):134–40.
30. Wangen MG. Det handler om å gjøre seg fortjent til tillit. En kvalitativ studie som omhandler praksisveilederes vurdering av sykepleierstudenters dyktighet under kliniske studier [hovedfagsoppgave]. Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Det medisinske fakultet: Universitetet i Oslo; 2004.
31. Mishler EG. *Research interviewing – context and narrative*. Cambridge: Harvard University Press; 1986.
32. Ricoeur P. *Interpretation Theory. Discourse and the surplus of meaning*. Fort Worth: Texas Christian University Press; 1976.
33. Nordam A, Torjuul K, Sørli V. Ethical challenges in the care of older people and risk of being burned out among male nurses. *Journal of Clinical Nursing* 2005;14(10):1248–56.
34. Sørli V, Torjuul K, Ross A, Kihlgren M. Satisfied patients are also vulnerable patients – narratives from an acute care ward. *Journal of Clinical Nursing* 2006;15(10):240–46.
35. Torjuul K, Elstad I, Sørli V. Compassion and responsibility in surgical care. *Nursing Ethics* 2007;14(4):522–34.
36. Lindseth A, Norberg A. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2004;18(2):145–53.
37. Dehlholm-Lambertsen B, Maunsbach M. The theory and application of science. *Nordisk Medicin* 1997;112:24–7.
38. Tønnessen A. Dannelse og maskulin dominans. I: Martinsen K, Wyller T, redaktører. *Etikk, disiplin og dannelse. Elisabeth Hagemanns etikkbok – nye lesninger*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2003. s. 33–50.
39. Martinsen K, Wyller T. Elisabeth Hagemann og den tvetydige evangelikale feminisismen. I: Martinsen K, Wyller T, redaktører. *Etikk, disiplin og dannelse. Elisabeth Hagemanns etikkbok – nye lesninger*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2003. s. 13–17.
40. Alvsvåg H. Grunnlaget for dialog. *Kristent forum for sykepleiere og sykepleierstudenter. Tidsskrift for fag og tro* 2003;3:11–18.
41. Lindseth A. Hvilken relevans og betydning har Løgstrups filosofi for sykepleie og omsorgsykker? I: Andersson DT, Johannessen FR, Lindseth A, redaktører. *Skabelse og etikk: motiver i K.E.Løgstrups filosofi*. Hadsten: Mimer; 1994. s.100–5.
42. Ricœur P. *Eksistens og hermeneutikk*. Oslo: Aschehoug; 1999.
43. Sørli V, Jansson L, Norberg A. The meaning of being in ethically difficult care situations in pediatric care as narrated by female registered nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2003;17(3):285–92.
44. Nortvedt P, Grimen H. *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2004.
45. Løgstrup KE. *Den etiske fordring*. 2.utg. Copenhagen: Gyldendal; 1991.

## Innhold

### Redaksjonelt

*Editorial* 3  
*av Guðrún Kristjánsdóttir*

### Sykepleievitenskap Omvårdnadsforskning

*Nursing Science and Research*

Why do nurses utilize textual knowledge sources at work?  
*av Bjørg Christiansen* 4

«In the mountains one feels like a dog off the leash»  
– Sámi perceptions of welfare and its influencing factors  
*av Hellevi Tervo og Merja Nikkonen* 9

Unmet information and communication needs in the intermediate recovery from coronary artery bypass surgery  
*av Randi Martinsen og Anne Moen* 15

Vet vi vad vi talar om? Forskningsanvändning inom omvårdnad  
*av Elisabeth Strandberg, Kerstin Nilsson Kajermo og Lars Wallin* 20

Selvrapportert atferd og holdninger knyttet til bruk av fingerringer under klinisk arbeid. En spørreundersøkelse blant norsk pleiepersonell  
*av Mette Fagerne og May-Solveig Fagermoen* 26

Youth Counselling in School Health Services: The Practice of 'Intentional Attentiveness'  
*av Kari Langaard og Ruth Toverud* 32

Teoretiske og ideologiske innflytelser på utviklingen av psykiatrisk sykepleie etter 1960 – en litteraturgjennomgang  
*av Jan Kåre Hummelvoll og Arild Granerud* 37

Hva praksisveiledere vektlegger i vurderingen av sykepleierstudentenes kliniske kompetanse – en kvalitativ intervjuundersøkelse  
*av Margret Gyda Wangen, Kirsti Torjuul og Venke Sørli* 43