

SYKEPLEIERNES  
SAMARBEID  
I NORDEN  
SSN

# vård I NORDEN

NORDIC JOURNAL OF NURSING RESEARCH

Nå online!

1. 2010

VÅR 2010, NR. 1 PUBLIKASJON NR. 95 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 2009/2010:

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

De tre første kategorier innebærer registrering av IP-adresser.

Abonnement tegnes via hjemmesiden eller byrå.

**Konti for innbetaling av abonnementsavgift:**

**Danmark:**  
 BG Bank 9541-0007499841

**Finland:**  
 SAMPO 800019-70732641

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

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

*vård*  
 I NORDEN

*Nordic Journal of  
 Nursing Research*

Enkeltabonnement skal tegnes gjennom hjemmesiden

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

**Indeksering**

ASSIA, CINAHL/EBSCO, Swemed+, ArtikkelSøk

**Opplag**

1.500 print & online  
 Bare online 120

**Layout**

Allservice AS, N-4017 Stavanger

**Trykk**

Bryne Stavanger Offset

ISSN: 0107-4083

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

Redaksjonen  
 avsluttet 08.03.10

# *Editorial:*

## *Education and evidence based nursing – promoting a trend in publishing evidence*

Guðrún Kristjánsdóttir, redaktør

Dear readers!

Four papers in this issue of The Nordic Journal of Nursing Research (Vård i Norden) directly (pp. 40) and indirectly (pp. 4, 24 and 44) address the importance of linking evidence and education in the nursing profession. Evidence is considered the core element in every scientific inquiry. Nursing as a scientifically based profession values evidence in the quest for best practice at any given time. Evidence is a product of the primary assumptions and values of the profession. Some evidence speaks to core phenomena of nursing – man, his/her environment, and health. Other evidence promotes nursing care (e.g. pressure-ulcer prevention, empowerment, counseling, health promotion, good death promotion, discharge from hospitals, etc). The third kind of evidence relates to the values (e.g. human dignity, need fulfillment, security, healthiness, wellness, self-care etc.) and context of nursing at any given time (e.g. duties, discipline, accountability, skillfulness, educational quality, professional environment). Evidence, however, does not exist in a vacuum. It needs to be challenged by the assumptions and values of the profession. Evidence-based practice in nursing thus needs to lay out the basic elements of knowledge for best praxis, the goals, and not the least the

values and the context for the implementation of solutions. Evidence is not good just because a nurse has acquired it, nor is it irrelevant if a nurse does not act upon it. The value of evidence is related to the elements and outcome that is sought after, and its end results. Is it relevant to the particular context of nursing care? The papers in this issue address all the examples given in the parentheses above. Quality nursing education challenges all new evidence when taking it into consideration in the teaching and training of future members of the profession. It also involves the students in that process. Making nursing practice evidence-based requires a critical approach to applying new knowledge. If done as part of everyday practice in nursing it filters into education and training of nursing students. The advancement of academic clinical education with the participation of students in clinical studies as well as in writing and other kinds of presentation of evidence is important in making the future professional nurse accountable. It should be noted that our journal (The Nordic Journal of Nursing Research) provides an excellent venue to the presentation of short scientific studies by clinical faculty members and their students to foster evidence-based nursing.

*Dr. Gudrun Kristjánsdóttir, Editor*

# Undergraduate nursing student experiences of their mental health clinical placement

Siv Grav, RN, MNSc, doctoral student – Else Marie Lysfjord Juul, RN, MNSc – Ove Hellzén, RN, PhD, Professor

## ABSTRACT

*Students often have negative experiences during their mental health clinical placement. Their evaluations show that students perceive this clinical placement as the least popular area of their practice program. In order to extend our knowledge and to develop this part of the general nurse's education it seems important to study students' opinions and experiences more closely. The aim of this study was therefore to describe the students' experiences during their mental health clinical placement.*

*The overall picture shows that the respondents were satisfied with their clinical placement. The most problematic area found in this study was in the communication between University College and the mentors. According to the mentors, the students' negative attitude is related to the fact that teachers allowed and supported the circulation of false rumours about the wards. Therefore, the maintenance of teachers', mentors' and students' social conventions is essential for creating an atmosphere which facilitates learning.*

**KEY WORDS:** *experiences, nurse education, practice, psychiatry*

## Introduction

Over the last few decades there has been much research on nursing students' experience in general practice (1-2). However, there is less research on their experience related to psychiatric practice (3). Often, such investigations have been related to specific topics such as attitudes toward the field, and they are often done in relation to either students or supervisors (4). The aim of this paper is to describe undergraduate nursing student experiences in their mental health clinical placements. This study describes the students', mentors' and teachers' experiences.

This study is part of a larger project with the aim to elucidate the mental health clinical placement during nurse education. To increase our understanding it is important to begin with a pre-study as a basis for a later and more thorough investigation of students' experience during clinical placement. This pre-study includes students in two nursing courses during autumn 2006 and spring 2007 who were doing their eight weeks' mental health clinical placement in psychiatric hospital settings. This study uses a combination of both quantitative and qualitative approaches.

Students in acute psychiatric clinical placement were chosen because earlier student evaluations showed that most students have fears about entering this placement prior to their mental health clinical placement (5). They also have ambivalent or negative attitudes toward mental health nursing as a subject, as well as toward users of mental health services (6-7). Student evaluations after their completion of the mental health clinical placement show that they often leave it with a different kind/set of negative experiences. This corresponds with, for example, Happell (5), who found that mental health nursing was perceived by nursing students as the least popular area of clinical practice. A conceivable explanation for this negative attitude from students could be the lack of structure and routine that is associated with other placements, such as medical or surgical placements. This lack of structure could, according to Saarikoski et al. (8), have a negative influence on the student's role identity. There is always a risk that nurses already working in mental health care had negative experiences during their own mental health clinical placement which not only affect their patients but their view of nursing students (9).

Nursing students' attitudes towards mental health users and mental health clinical placement, just as those of mental health staff, are probably grounded in the same prejudices as are found in the general community (10-11-12). Therefore, they are not immune to myths and

stereotypical beliefs about people who suffer from different kinds of mental illnesses. According to Scheff (13), myths and stereotypical beliefs are learned early in life, including the commonly-held view that a person suffering from a mental disorder is potentially dangerous (14), unpredictable, and less intelligent than other people (15-16). For example, patients diagnosed with borderline personality disorder are stereotyped as 'difficult' and 'demanding' by staff (17); long-term schizophrenics can be seen as 'empty shells' without any ability to think, feel, or act (18), and are therefore judged by staff as being stupid, incompetent, or ignorant (19). These negative views are problematic because they tend to influence staff and their view of the patients and of their work (20). Therefore, it is important to give students as good a practice placement, with as positive experiences, as possible.

Ideally, mental health nursing should be about a partnership between nurse and patient based upon human discourse (21). If the mentorship offered to the students during their mental health clinical placement is based on such a partnership it may help the students to develop their professional roles (22). Nursing education should not be seen only as an academic education that is closely/intimately related with clinical practice; it should also be seen as fundamental for the student's development of knowledge, professional skills and personal competence. Therefore, nursing education should also be seen as a form of vocational training grounded in the tradition of good craftsmanship (23).

In Norway, during the three-year education to become a registered general nurse, students undertake an eight-week mental health clinical placement in either a communal or a hospital setting, usually during their third year. Nursing teachers are responsible for both theoretical and clinical teaching. Students are supported and supervised by staff nurse mentors who work with them on a regular basis during their clinical placement. The amount of contact between student, mentor, and teacher seem comparable with that in other Nordic countries (24). Normally, the teacher, mentor and student meet two to three times during each student's clinical placement.

As a result of a cooperational project between the University College and the local hospital in a rural area in the middle of Norway, an evaluation project was designed to describe nursing students' experiences during their mental health clinical placement. The two institutions had a joint desire to improve the quality of mental health clinical placements, and they saw a need for a more systematic evaluation of the placement program where teachers, students and mentors could



**Table I: Example of the analyses process and assessment**

Meaning units	Condensing	Coding	Subcategories	Categories	Value
We got some general information about the ward; it was ok but not enough...	General information, not enough	Something missing	Lack of information	Experience in mentor meetings	Negative
The best of all clinical placements during the whole education... My mentor met me when I came to the ward... spent time ... a very good reception	The best of all, mentor using time and giving a good reception	Using time and good reception	Felt welcome	Student's first encounter with the practice field	Positive

**Table II: Subcategories and categories that describe student experiences of their mental health clinical placement**

Subcategories	Categories	Value
Lack of structure	Experience in mentor meetings	Negative
Lack of information		
Few lectures	Theoretical platform	Negative
Long time between theory and practice		
Self-study		
One-way communication	Communication between University College and ward	Negative
Two-way communication		
Face to face	Student's first contact with the practice field	Negative
Calling		
Through fellow student		
Insecurity	Feedback between University College and the ward after completed practice	Negative
Willingness	Student's participation in practice	Positive
Commitment		
Felt welcome	Student's first encounter with the ward	Positive

categories were discussed in the research group. The ranging score from the VAS-scale also indicated a positive or negative experience. As shown, the seven categories could be divided into two positive categories and five negative ones.

## Results

To illustrate the variation in the material, quotes from the open questions (comments) are provided as examples. In the analysis, each item was analysed with reference to the whole group; that is, answers from students, mentors, and teachers were seen and analysed as three separate units. While the focus for this pre-study was to form a basis for further qualitative studies, the aim of the previous results sections was to identify areas that respondents experienced as positive or negative. Areas which were identified as positive are shown below.

### Positive categories

Two categories were identified as positive: student's participation in practice and student's first encounter with the ward. The students were pleased with their own involvement in and contribution to the daily work in the hospital ward, and all of them felt that they were well integrated into the day-to-day activities. Almost all the students were pleased with how they were received when arriving on the ward. One stu-

dent made this comment: «The best of all clinical placements during the whole education... My mentor met me when I came to the ward... spent time ... a very good reception.»

The mentors were also satisfied with the way they were able to contribute positively to the fulfilment of the students' individual goals for their placement. They were also pleased with the way they contributed to the students' successful integration as members of the staff. One of them describe his/her student as «one of the staff.»

Teachers stressed the importance of participating in creating an environment that offers the student a safe space for learning. They were also pleased that they were able to conduct their supervision in an atmosphere of recognition, respect, and openness. One of them said, «I try as much as I can... I hope so, but it can always be improved...»

### Negative categories

Five categories were identified as negative: (experience in) mentor meetings, theoretical platform, communication between University College and ward, student's first contact with the practice field, and feedback between University College and the ward after completed practice.

Most of the students (73 percent (n=11)) had participated in the mentor meetings at University College. Five of them had negative experiences in these

meetings. Some students (n=5) criticised the fact that their clinical supervisor did not turn up at the meeting. Other students (n=7) emphasized the fact that they lacked information from University College about specific goals for the practice period. One of them said, «We got some general information about the ward; it was ok but not enough...» Only 33 percent (n=7) of the mentors said they participated in these meetings. Of the seven mentors who participated, five felt that they did not benefit from it. Instead, all stressed the fact they would like to have more time to meet with 'their' student. One said, «I have no time for and do not benefit from hearing the calling over of names of students and mentors.»

Five out of seven teachers had participated in the supervision meetings; one of them was negative to the meetings and saw no point in them. One problem that teachers mentioned was that sometimes these mentor meetings could take place several months before the student went out on clinical placement. One of the teachers said, «The meeting is ill structured; too much time is spent on general information.» In general, the teachers felt that the mentor meeting was badly organized. However, all the teachers thought that the meetings had potential because students could get useful information and had the opportunity to meet their mentor.

The issue of whether University College had given students a good enough theoretical platform to meet the different demands during the

mental health clinical placement was answered negatively by four of the students. They all thought this could be improved. One said, «I think lectures were too vague, especially the lectures about psychiatric nursing were a bit vague. All in all there was not enough lectures about psychiatric nursing and treatment. Therefore, reading on your own became very important...»

Two of the mentors answered negatively. They thought the students had too little theoretical knowledge. One mentor said, «Psychiatry is not the subject that the University emphasizes the most. Students have too much examination. I think it is important that practice is not swamped with written tasks. The students must be allowed to observe and to reflect and meditate themselves.»

Almost all teachers (six out of seven) thought that University College had given the students a good theoretical platform. They also expressed the opinion that they themselves, on the basis of their own competence, managed to give the students a part of this theoretical platform. However, all the teachers were of the opinion that the students to a large extent are responsible for establishing their own theoretical platform. One teacher said. «Of course I or the school can do better, but I have to point out that the students also have to read a lot themselves too.»

The question concerning the communication between University College and the ward and whether it is satisfactory was answered negatively by two teachers and six mentors. The «negative» teachers gave no additional comments. However, teachers who did comment saw the communication as satisfactory and thought that there had been good communication between themselves and the mentor/ward about the individual student and about specific caring situations during the student's placement. All comments from «positive» mentors were brief and, to the extent that they did comment, they only described the communication as «satisfactory.» However, the mentors referred to negative experiences with students such as the students spreading false rumours about staff, patients, or situations to the school. One said, «I have a feeling that there are too many rumours circulating at University College. If these rumours are allowed to grow, the students will destroy our work environment! I am very sceptical to the University College, how they handle rumours, especially false ones.»

The question about the student's first contact with the ward was only addressed to students. About half of the students (eight out of fifteen) did not contact the ward to get practical information, such as the exact time of expected arrival or when they would meet their mentor, before they began their clinical placement. According to students' comments, this had already been arranged during the supervision meetings or by phone during the week before placement. One student thought that «it wasn't necessary to do this beforehand.»

Another identified area was giving the ward feedback about the students' experiences with the practice. According to the students, the feedback between the University College and the ward after the completed practice was good. Nine students said that they had given feedback to the ward. Eight of them said that the staff took their feedback seriously. Six of the mentors had given feedback to University College about their view of their student's clinical placement. Four of them felt that University College took their feedback seriously. Six of the teachers failed to give the mentor/ward feedback on their opinion of their students' placements. Only one of the teachers gave feedback to the ward. No written comments were given from the teachers.

## Discussion

The focus of this small pre-study was to describe students' experiences of their mental health clinical placement during their registered general nurse education. Generally, the students, mentors, and teachers were satisfied with the clinical placement. Students received support and help in establishing a better understanding of the theoretical basis for mental health nursing. They were guided through the written goals by mentors and teachers, who managed to create good supervision sessions. These findings indicate a more positive student view of the mental health practice placement than the literature suggests (5).

However, it is important to keep in mind that this pre-study has limitations which make any comparisons difficult. The size of the sample was too small for quantitative comparisons. Likewise, the limited sample makes generalizations impossible. On the other hand, this was never our intention; but findings from the study can at least contribute to the current debate on how to develop students' mental health practice placement. Our intention has always been to use this pre-study as a starting point for further qualitative investigation of students' experiences of their clinical placements, that is, to generate ideas about specific areas demanding more careful investigation. That is a goal we think we have reached.

A closer look at the negative areas discovered in this study reveals that most of our respondents see the mentor meetings as of little value. It seems that all respondents wanted to meet each other in smaller groups. It also seems clear that both students and mentors think that the students' theoretical platform was not good enough when they started their clinical placement. Students complained that their theoretical focus was not on mental health nursing, but had a medical perspective. This is in line with Hayman-White and Happell (30), who state that students often perceive the theoretical course content as inadequate. Mentors consider the theoretical instructions as too academic and not allowing students to reflect or think themselves. This criticism can be understood, based on the fact that Norwegian registered general nurse education is at a crossroads between traditional vocational education and a more academic approach. Therefore, during the students' clinical placements, they probably get less teacher time and find that more responsibility is transferred to the clinical mentor (31). This leads to a more implicit and hidden teacher role (32). According to Timmins and Kaliszer (33), academic demands, clinical placement and relations with clinical and teaching staff are important sources of stress among students.

The areas identified as most problematic in this study are the communication between University College and the ward, and the student's first contact with the ward. However, none of the teachers used the open-ended question to further develop their answers, which makes it difficult to know why they answered the way they did. However, the mentors' negative attitudes in this area are based on the fact that they believe teachers and University College allowed and supported the circulation of false rumours. Unfortunately, the open-ended questions do not reveal the sources of these rumours or what kind of rumours the mentors were referring to. Therefore, one can only reflect on how this can affect the two parties' confidence in each other. It seems that their relationship was not affected too negatively, which is supported by the fact that the feedback between University College and the ward after completed placement seems to be satisfying. However, one should take into consideration the fact that no teacher used the open-ended question to further develop their answers. This might indicate that there is something implicit and hidden in their answers.

According to Stickley and Timmons (34), the basis for helping students to transform mental health theory into clinical practice is to have mentors who find their day-to-day work with the student valuable. Such day-to-day work seems to facilitate the transference of knowledge, which is important for both students' and mentors' personal development. One way to develop students' competence in mental health nursing practice is to give them a patient's perspective on mental illness and psychiatric hospital care. This could be done by using former patients in the University College's teaching. This ought to give students a more substantial knowledge of mental health theory and make them better prepared to meet people suffering from mental illnesses (35).

This small pre-study indicates that there are problems which should be further explored and clarified through a qualitative investigation of the students' experiences during their mental health clinical placement. Mentors voicing insufficient confidence in teachers based on University College's inability to handle rumours could be understood from Lögstrup (36) and his discussion of social conventions. He states (pp. 103–114) that social conventions are important because they make our world predictable and therefore more secure. Maybe mentors experienced that teachers had broken social conventions when, as

they said, they supported and allowed false rumours to flourish. If so, it probably influenced their relationship and spread feelings of insecurity between the two parties.

### Acknowledgement

This study was supported by grants from the co-operation agency between the Faculty of Health and Science, Nord-Trøndelag University College and Health Nord-Trøndelag (HNT). The authors would like to acknowledge the help of the nursing students, mentors, ward staff and teachers whose participation made this project possible.

### Author contributions

All authors were involved in the study conception and design. SG and EMJ were responsible for the data collection. Data analyses were carried out by SG and EMJ. SG, and EMJ drafted the manuscript. Critical revision of the manuscript regarding its content was made by OH. OH was responsible for the supervision.

Accepted for publication 3.12.2009

Siv Grav, RN, MNsc, doctoral student, Faculty of Health and Science, Nord-Trøndelag University College, Namsos, Norway, phone: (+47) 74212321, fax: (+47) 74212301, e-mail: siv.grav@hint.no

Else Marie Lysfjord Juul, RN, MNsc, Department of Psychiatry, Namsos Hospital, Nord-Trøndelag Health Trust, Norway, phone: (+47) 74215786, fax (+47) 74098500, e-mail: elsemarie.juul@helse-nordtrondelag.no

Ove Hellzén, RN, PhD, Professor, Faculty of Health and Science, Nord-Trøndelag University College, Namsos, Norway, phone: (+47) 74212365, fax: (+47) 74212301, e-mail: ove.hellzen@hint.no

Correspondence to Siv Grav; siv.grav@hint.no, (+47) 74212321

### References

- Ramage, C. (2004). Negotiating multiple roles: link teachers in clinical nursing practice, *Journal of Advanced Nursing*, 45(3), 287–296.
- Astin, F., Newton, J., McKenna, L., and Moore-Coulson, L. (2005). Registered nurses' expectations and experiences of first year students' clinical skills and knowledge, *Contemporary Nurse*, 18(3):279–291.
- Nolan, P. W. and Chung, M. C. (1999). Nursing students' perception of their first mental health placement, *Nurse Educator Today*, 19(2), 122–128.
- Brown, J., Nolan, M., Davies, S., Nolan, J., and Keady, J. (2008). Transforming student's views of gerontological nursing: realising the potential of 'enriched' environments of learning and care: a multi-method longitudinal study, *International Journal of Nursing Studies*, 45(8), 1214–1232.
- Happell, B. (2001). Comprehensive nursing education in Victoria: Rhetoric or reality? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 507–516.
- Martin, T. and Happell, B. (2001). Undergraduate nursing student's views of mental health nursing in the forensic environment, *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 116–125.
- Arnold, S. A., Deans, C., and Munday, J. (2004). University and service sector collaboration for undergraduate psychiatric nursing education, *International Journal of Mental Health Nursing*, 13, 61–66.
- Saarikoski, M., Warne, T., Aunio, R., and Leino-Kilpi, H. (2006). Group supervision in facilitating learning and teaching in mental health clinical placements: A case example of one student group, *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 273–285.
- Mullen, A. and Murray, L. (2002). Clinical placements in mental health: Are clinicians doing enough for undergraduate nursing students? *International Journal of Mental Health Nursing*, 11, 61–68.
- Hannigan, B. (1999). Mental health care in the community: An analysis of contemporary public attitudes towards, and public representations of, mental illness, *Journal of Mental Health*, 8, 431–440.
- Wahl, O. F. (2003). Depictions of mental illnesses in children's media, *Journal of Mental Health*, 12, 249–258.
- Warne, T. and McAndrew, S. (2004). The mental health assistant practitioner: An oxymoron, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 179–184.
- Scheff, T. J. (1999). *Being Mentally ill. A Sociological Theory*, (3rd ed.), Aldine de Gruyter, New York.
- Crisp, A. H., Gelder, A. G., Rix, S., Meltzer, H. I., and Rowlands, O. J. (2000). Stigmatization of people with mental illnesses, *British Journal of Psychiatry*, 177, 4–7.
- Philo, G. (1996). The media and public belief. In: Philo G (ed.) *Media and Mental Distress*, Longman, London.
- Angermeyer, M. C. and Schulze, B. (2001). Reinforcing stereotypes: How the focus on forensic cases in reporting may influence public attitudes towards mentally ill, *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 469–486.
- Gallo, R. (1988). Escaping borderline stereotypes, *Journal of Psychosocial Nursing*, 26, 16–20.
- Davidson, L. and Stayner, D. (1997). Loss, loneliness, and the desire for love: Perspectives on the social lives of people with schizophrenia, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20, 3–12.
- Lilja, L., Ördell, M., Dahl, A., and Hellzén, O. (2004). Judging the Other: Psychiatric nurses' attitudes towards identified in-patients as measured by semantic differential technique, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 546–553.
- Enarsson, P., Sandman, P. O., and Hellzén, O. (2007). 'To Preserve Order': Being cared for and giving care in a perspective of staffs' common agreements on how to meet the patient, Observations and interviews with patients and staff in group dwellings for psychiatric long-term care, *Qualitative Health Research*, 17, 718–729.
- Chambers, M. (1998). Interpersonal mental health nursing: research issues and challenges, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5, 203–211.
- Rungapadiachy, D. M., Madill, A., and Gough, B. (2006). How newly qualified mental health nurses perceive their role, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 533–542.
- Johansen, O. (2007). Practice, NOKUT and the University colleges (in Norwegian), *Uniped*, 30, 15–23.
- Leino-Kilpi, H. (1992). Self-evaluation in nursing students in Finland, *Nurse Education Today*, 12, 424–430.
- Wewers, M. E. and Lowe, N. K. (1990). A critical review of visual analogue scale in the measurement of clinical phenomena, *Research in Nursing and Health*, 13, 227–236.
- McDowell, I. and Newell, C. (1996). *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*, Oxford University Press, Oxford.
- Graneheim, U. H. and Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurse Education Today*, 24, 105–112.
- Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*, Sage Publications, Thousand Oaks.
- Downe-Wamboldt, B. (1992). Content Analysis: Method, applications and issues, *Health Care for Women International*, 13, 313–321.
- Hayman-White, K. and Happell, B. (2005). Nursing students' attitudes towards mental health nursing and consumers: Psychometric properties of a self-report scale, *Archives of Psychiatric Nursing*, 19, 184–193.
- Cahill, H.A. (1997). What should nurse teachers be doing? A preliminary study, *Journal of Advanced Nursing*, 26, 146–153.
- Lee, D.T.F. (1996). The clinical role of nurse lecturer: a review of the dispute, *Journal of Advanced Nursing*, 23, 1127–1134.
- Timmins, F. and Kaliszer, M. (2002). Aspects of nurse education programmes that frequently cause stress to nursing students – fact-finding sample survey, *Nurse Educator Today*, 22, 203–211.
- Stickley, T. and Timmons, S. (2007). Considering alternatives: Student nurses slipping directly from lay beliefs to the medical model of mental illness, *Nurse Education Today*, 27, 155–161.
- Simpson, A., Reynolds, L., Light, I. and Attenborough, J., (2007). Talking with the experts: Evaluation of an online discussion forum involving mental health service users in the education of mental health nursing students, *Nurse Education Today*, 28, 633–640.
- Lögstrup, K.E. (1994). *The Ethical Demand* (Danish original 1956), in Swedish, Daidalos, Gothenburg.

# *The diversity and complexity in health promotion and empowerment related to older hospital patients – Exploring nurses' reflections*

Geir V. Berg, PhD, MNSc, RN – Anneli Sarvimäki, PhD, RN – Birgitta Hedelin, PhD, RN.

## ABSTRACT

**Background:** In the future, health care services will be challenged by an increasing number of older hospital patients. This prompts a need to focus on and implement a health promoting approach in older people's nursing.

**Aim:** The aim of this exploratory study was to illuminate nurses' reflections about health promotion and empowerment related to older hospital patients.

**Method:** The study had a qualitative descriptive design. The concepts of health, health promotion and empowerment were initially introduced to nurses before participating in multistage focus group interviews. Two groups of nurses participated in three focus group interviews that were conducted by a moderator and an assistant. The interviews were tape-recorded, transcribed verbatim and analysed with qualitative content analysis.

**Findings:** The nurses unfolded the theme «diversity and complexity marks health promotion and empowerment related to older hospital patients» as the latent content in the text. Two categories, «empowerment as balance of power – a twofold relation» and «focusing on the individual person», described the manifest content in the texts. The categories were further supported by sub-categories.

**Conclusion:** The focus group interviews showed the ambiguity and complexity in the interpretation of the concepts – health promotion and empowerment – related to the older hospital patient. The findings also indicated that multistage focus group interviews may be a useful tool to develop nurses' reflections about their clinical practice.

**KEYWORDS:** focus group interviews, empowerment, older hospital patients, health promotion.

## Introduction

Health promotion is an implicit part of nursing but the theoretical and philosophical basis of health promotion is not always explicitly stated. In 1860 Nightingale (1) described the aim of nursing as promoting health. Health promotion has been described by several nursing theorists resting on the same basic values as holistic nursing (2, 3). A holistic nursing approach focuses on a multidimensional view of man, health and health promotion (3). In such a perspective health promotion is viewed as an approach that includes caring through empowerment, equity, collaboration and participation (4). These aspects combine holistic nursing (5) (6) with values inherent in health promotion (7).

Empowering patients is highlighted as a desirable and essential part of nursing care (8, 9). The intention of patient empowerment is to increase the individual's power in order to help him/her gain control over his/her own health. Until recently healthcare staff, and in particular medical staff, were considered to know what was in the patient's best interest and thus able to make decisions on the patient's behalf (10). Furthermore, empowered patients are likely to ask questions and want to be actively involved in decision-making, but if they do so, they are likely to be labelled as difficult and then become disempowered (11).

McCarthy and Holbrook-Freeman (12) conducted a concept analysis of empowerment and its implications for nursing. They found seven formal concept analyses in the nursing literature and classified empowerment as community empowerment, psychological empowerment of the individual and organisational empowerment. Falk-Rafael (13) again described empowerment in the nursing process as an evolving consciousness in which increasing consciousness, knowledge and skills interact with active client participation. Active participation is highlighted and viewed as an essential element of the process, but nurses can only facilitate, not create empowerment (13). This view is

consistent with Rodwell (14) who emphasised that nurses cannot empower people, people can only empower themselves.

There is a substantial body of knowledge about empowerment related to nursing, but Fletcher (15) argues that nurses are not empowered themselves. Fletcher claims that nurses' thoughts and beliefs are influencing their self-image negatively. Hewitt-Taylor (16) again states that if nurses want to empower patients they need to understand factors that either promote or inhibit empowerment. These factors are; awareness of the nature of power, the role of knowledge in power, how power may be used and how rationing health care may restrict patient empowerment. In the traditional approach in health care power is connected to expert knowledge. Nurses should thus, according to Hewitt-Taylor, be aware of the variety of overt and covert ways of using power.

As the argumentation above shows, there is a close connection between empowerment and power. According to Kuokkanen and Leino-Kilpi (17) in social action power is often interpreted in terms of coercion and domination, it is viewed as a negative, as patriarchal and authoritarian. A caring relationship between a patient and a nurse, on the other hand, requires a respectful and trusting interaction, including the nurse's willingness to share power. In the nursing context, the word power therefore usually has negative connotations (17).

In the future, health care will be challenged by an increasing number of older hospital patients, that is, patients who are aged 60 and over (18). Due to ageing processes, increased morbidity and frailty in late life, older persons have problems exercising their own rights and decision-making related to their health and social care (19, 20). Studies of older persons' participation in health promotion show that their influence and power is reduced when their situation is characterized by frailty (19). This is in conflict with the ethical principle of respect for individual autonomy (21). A study of the experiences of self-determination among older persons living in sheltered housing, described a disempowering environment that did not strengthen the old person's self-determination, participation or control (21).

According to Cavanagh and McLafferty (22) older people are the experts in ageing, although they may not recognize their own expertise. Empowering older hospital patients should build on this expertise and help the patients gain control over their own health (8). There is a risk, however, that due to their frailty and old age, the older patients are rather disempowered than empowered. The key question is how the nurses relate to promoting older patients' health and to empowering older patients.

**Aim**

The aim of this exploratory study was to illuminate nurses' reflections about health promotion and empowerment related to the older hospital patient.

**Method**

**Study design**

The study had an explorative, descriptive qualitative design and was inspired by multistage focus group interviews (23) (24). The multistage focus group method is especially suitable when inquiring people's experiences, views, desired goals or difficulties. This method combines elements of group dynamics and a qualitative approach to produce good data quality (24). Focus groups are also considered superior to individual interviews in producing richness and variety in ideas and reflections, since the participants inspire each other. In this study multistage focus group interviews were used to explore health, health promotion and empowerment related to older hospital patients. The concepts were introduced to the participating nurses in a 30-minute lecture by the first author (GB). Three different perspectives were presented: a theoretical perspective influenced by holistic-existential nursing, a clinical nursing perspective, and older hospital patients' own views on health and health promotion. Selected literature (3), (8), (25), (26), (27), (28) was also given to the nurses before the focus group interviews started in order to facilitate reflection.

**The participating nurses**

Twelve registered nurses divided into two groups participated. The selection was strategic with the aim to achieve broad and rich data, why nurses with different professional backgrounds and functions were selected. Group 1 consisted of six nurses who had a special function either as responsible for teaching or development of nursing in their medical ward or as members of a palliative team. These nurses worked in different units. Group 2 consisted of six nurses working in a small internal infection medicine unit. Two of the nurses were specialists in clinical nursing. All the nurses worked at the same hospital and had more than four years of working experience as nurses.

**Data collection**

The focus group interviews were conducted as rather informal reflective dialogues on pre-determined themes. The nurses participated in three focus group dialogues each cf. (29) (30). The focus group interviews were conducted over a period of three months, approximately one month between each. The first interview focused on empowerment, health and health promotion. The second focused on the nurses' understanding of the old hospital patients, and the third connected the focus of the previous interviews together. The interviews lasted from 1, 5 hours to 2 hours. They were conducted with a moderator (GB) and an assistant in a room separated from the wards. Each interview was tape-recorded and transcribed verbatim.

**Analysis**

The analysis was conducted with thematic content analysis (31) (32) carried out in four

steps. Firstly, each interview, represented as a text, was read several times in order to grasp a sense of the whole. Secondly, the text was divided into meaning units consisting of some words, a sentence or a statement, expressing a common expression, attitude or idea. The meaning units were condensed, abstracted and labelled with a code. Thirdly, the codes were sorted into six sub-categories and two categories based on differences and similarities. These represented the manifest content of the text. In the fourth step, the underlying meaning, representing the latent content of the text, was formulated into a theme through a process of reflections and dialogues in the research group (cf. 29, 31).

**Ethical considerations**

The participating nurses received written and oral information about the study, including the right to withdraw at any time, and the guarantee of confidentiality. The participating nurses gave their written informed consent. The study was approved by the hospital administration and followed the Ethical Guidelines for Nursing Research in the Nordic Countries (33).

**Findings**

The findings are structured in one theme related to the latent content in the text and two categories with sub-categories related to the manifest content. The theme showed that promoting older hospital patients' health and empowering older hospital patients appeared as diversity and complexity. The two categories found were 'Empowerment as balance of power – a twofold relation' and 'Focusing on the individual person' (Figure 1).

**Diversity and complexity marks health promotion and empowerment related to older hospital patients**

The nurses' descriptions of health promotion and empowering the older hospital patients were characterised by an alteration between generalisation and individualisation, describing complexity, vulnerability, and frailty, decreased adaptive capacity and increased need for nursing care. Frail older patients often developed several problems. In order to be able to meet the older hospital patients as persons, the nurses had to consider the complexity and heterogeneity of the patients.

*«Nobody is the same as another person, they all have different needs. Some are mobile and take care of themselves; some just need a helping hand, while others are at the end of life where you have to sit down and talk in order to cover existential needs. It is not easy to describe the older hospital patient in general terms».*

**Empowerment as balance of power – a twofold relation**

Discussing empowerment revealed a balance between two poles represented by the nurse's power and the patient's power. The two poles represented two different life worlds with diverging experiences, conditions, knowledge, values and expectations.

<b>Figure 1. Nurses' views on health promotion and empowerment related to older hospital patients</b>	
<b>Theme</b>	
<b>Diversity and complexity marks health promotion and empowerment related to older hospital patients</b>	
<b>Categories</b>	
Empowerment as balance of power – a twofold relation	Focusing on the individual person
<b>Sub-categories</b>	
To receive power or to take power Positive and negative relation to power Patient participation – decreased nursing control Empowered nurses – empowering others	Individualised approach to health settles health promoting activities Normalising the situation

### **To receive power or to take power**

The nurses experienced that older patients often sub-ordinated themselves and became passive during hospitalisation. They seemed to expect nurses to be in charge and adapted to what they thought was expected to be a patient's role. The nurses often experienced that the patients transferred power to them and they said that the patients authorised them to take power. This aspect was discussed and questioned; «Do nurses receive the power or do they take the power?» The dialogue uncovered a need for a critical reflection about their position of power.

### **Positive and negative relation to power**

The nurses acknowledged power as a necessary and unavoidable element of the nurse-patient relation. The nurses discussed positive and negative sides of power. They agreed upon an understanding of power as having control over others. Hospitalised old persons were often conceived as not capable of taking care of themselves and, therefore, more or less forced to transfer power to the nurses. On the one hand, power was conceived as negative, and could be misused. On the other hand, the use of power on behalf of the old patient was experienced as positive. Nurses acknowledged having a position of power in caring situations.

The nurses legitimized their use of power by doing what they thought was best for the patient or that their actions were in the older hospital patient's interest. Doing the best for the patient, however, was questioned.

*«We often use our power to persuade the patients about what is best for them with using our knowledge. It is necessary to persuade them with what we think is best. This is a kind of use of power, but they are dependent of it because we have the knowledge, /.../ there is a negative side to this in the sense of us believing that we always know what is best for the patient and we try to sort this out for the patient».*

### **Patient participation – decreased nursing control**

The nurses argued that «more patient participation will make our day more unpredictable, challenging and maybe threatening.» Sometimes the nurses found the older hospital patients' participation important, but other times they did not want unpredictable activity from the patients. However, this uncovered ethical dilemmas between being paternalistic and the old patient's right to be autonomous.

### **Empowered nurses – empowering others**

Nurses are in constant interrelation with others, which requires them to be aware of their own perspectives, prejudices and attitudes, because this would influence their interaction with others. The nurses wanted to be seen and respected as professional nurses by colleagues, patients and other health professionals.

*«If I feel that the administrators are empowering me in my position and thereby me personally, then isn't it more likely that I also empower others? But if you never experience being seen or heard, it's a human mechanism that influences us to forget those around us. Maybe it's important to be conscious about seeing each other, because then it is more likely that you see your colleagues and the patients...»*

### **Focusing on the individual person**

The nurses focused on caring for the individual's needs and life situation, with normalising the individual patient's specific and genuine life situation as an important task.

### **Individualised approach to health settles health promoting activities**

The nurses argued for a wide perspective on the older hospital patient, illness, and health. They criticised the existing hospital approach that interprets health as the opposite of disease, and argued for an understanding of health according to how the older patient understands and experiences health. Viewing and approaching the older hospital patient's individuality was thus seen as a basic approach to promoting

their health. Furthermore, the nurses related health promotion to their function and role as nurses.

*«We work to improve the old patient's condition, i.e., taking care of basic needs, preventing complications, giving information and support self-control which promote the old hospital patient's health.»*

### **Normalising the situation**

In these nurses' perspectives, health and health promotion included individual and contextual approaches. Working with the older patient's health was to create well-being based on knowledge, the current situation and the old patient's individuality and life-situation. The nurses argued for avoiding a focus on disease and hospitalisation. One of the nurses stated:

*«It's about normalising the old hospital patients' situation. What's a normal experience for the old patient or what would the old patient normally do if he weren't hospitalised? We try to reach this normality, with a TV, newspaper, private clothes, or getting out of the bed or if it is something else the old patient wants».*

The nurses described having personal control over the situation as a health-promoting factor. They experienced that older patients recovered quicker when they had personal control over small things. Small things could include what and when to eat, how to be dressed or how to be washed.

## **Discussion**

The aim of this exploratory study was to illuminate nurses' reflections of health promotion and empowerment related to the older hospital patient. The discussion is divided into two parts; the findings related to the content of the reflection process that emerged in the focus group interviews, and methodological issues.

### **Uncovering nurses' understanding of empowerment and health promotion related to the older hospital patient**

A twofold relation to power was revealed among the nurses while reflecting on empowerment. The nurses developed consciousness about their position of power, exemplified with the descriptions of caring situations. McCormack and Reed (34) have concluded that nurses in their work have an incredible amount of power over patients but they are not conscious about it. Being conscious about one's own position of power was one factor in empowering and promoting the older patient's health found in this study. Through participation in the focus group interviews the nurses became aware of their power, both positive and negative aspects, in encountering the older hospital patient. Nyatanga and Dann (11) argue that nurses cannot empower patients unless they address the hierarchical mindset and internalise the empowerment philosophy in which individual experiences and choices are truly valued and respected. Kuokkanen and Leino-Kilpi (17) conclude that empowerment in nursing continues to be undermined by the hierarchical mental set inherent in the health care leadership style. They argue that empowerment in nursing will increase when the hierarchical and authoritarian style of nursing is reduced. Based on the premise that no one can value others unless they value themselves, nurses need to be empowered before empowering others (35). This idea was supported by the nurses in our study. However, the counterargument put forth by Bradbury-Jones et al. (35) is that the idea of nurses empowering themselves in order to empower others is naïve. Professionals that are empowered will not automatically empower their patients. However, both patients and nurses could find themselves disempowered by medical paternalism, and this may adversely affect nurses seeking to empower patients. Based on this, nurses should consider and address questions if they are to be able to fulfil their role in empowering the patients (36).

The nurses emphasised an individual approach focusing on the patient's uniqueness, and on seeing and respecting the older patient as a person. Several authors argue that empowerment must be part of a mutual and reciprocal interactive relationship (12, 13, 16, and 17). In this interactive relationship the transfer or sharing of power is an inte-

gral part of the empowerment process, which means that power may be defined as a product of skill or knowledge as opposed to coercion or pressure (12). In order to achieve patient empowerment it is vital to form a partnership between the patient and health care professional, resting on a mutual commitment to give and receive comprehensible and unbiased information. Empowerment also requires that nurses acknowledge the patients' right to self-determination, and that they facilitate and develop patients' self-determination. Empowerment also requires that the patients accept this and take responsibility for their choices (14).

In discussing health promotion the nurses outlined an individual approach including normalising the situation, which is consistent with the older patients' views of health. (34). The nurses also discussed situations when patients were not capable of being, or willing to be, empowered or autonomous. This is an ethical dilemma in nursing practice, addressing several questions: a balance between autonomy and doing what is good for the patient, or reversely, preventing patients from harming themselves. Older hospital patients are in a vulnerable position (35) and demanding them to be self-determined when they are not capable of making decisions could be detrimental. Doing what is best for the patient may sometimes require a certain amount of paternalism, but deciding on behalf of the patient when he or she is capable of self-determination means denying the patient his/her right to autonomy (36).

The nurses were ambiguous to empowering the patient, because this would make their day more unpredictable as they lost professional control. This is consistent with Christensen and Hewitt-Taylor's (9) and Henderson's (37) studies. Henderson (37) found that the majority of nurses were unwilling to share their decision-making power with the patient. Nevertheless, the nurses described an ideal that was stated as 'health promoting nursing related to older hospital patients has an individual approach supported by empowerment'. The nurses in our study uncovered a twofold relation to empowerment, which is in line with other aspects of the nurses' everyday practice, i.e., the nurses balancing between different approaches living in a constantly changing context (24, 28).

### Methodological issues

The study was an explorative and descriptive study intending to illuminate nurses' reflections about health, health promotion and empowerment related to the older hospital patient. The concepts of health, health promotion and empowerment were introduced to the participating nurses through a lecture and selected literature before the focus group interviews started. The purpose was to facilitate reflection (38), but it cannot be excluded that the lecture and the literature influenced the content of the dialogues and thereby also the findings in this study. The literature supplied consisted mainly of English research articles. Barriers to read research articles are often connected to the language (cf. 38), and Norwegian literature would have been easier to read and understand for the nurses. Another issue was the question to what extent the nurses read the literature, how they interpreted the literature or whether they learned anything from the literature. We could study the reflections, but we cannot draw conclusions about to what extent the reflections were based on the theoretical input as compared to previous professional studies and experience.

At the start of each focus group interview and during each interview, summaries of the dialogues were made. The purpose of the summary was to verify whether the researcher's perceptions of the reflection group dialogue matched the nurses' perceptions. The researcher had with him an assistant, which also can be seen as a contribution to credibility (31). After each dialogue the researcher and the assistant discussed the content of the dialogue. During the analysis process the authors had continuous discussions about the meaning of the transcribed texts, theme, categories and sub-categories, representing latent and manifest content (31). Furthermore, the nurses in the study recognized the description of the older hospital patient's health and what it takes to promote health, and they saw that this might be relevant to their own understanding of health and promoting health.

The focus group dialogues had some limitations. Finding a suitable

time for all nurses to be present was difficult to accomplish, and as a consequence the time between the dialogues was extended. The question is whether a tighter timetable would have deepened the reflections, or if the time delay contributed to richer data. Another critical aspect was how the moderator conducted the dialogues.

### Conclusion

The dialogues and discussions in the focus group interviews showed the ambiguity and complexity in caring for older hospital patients with respect to health promotion and empowerment. This exploratory study also indicated that multistage focus group interviews might be a useful tool for nurses to expand and develop their awareness of the theoretical underpinnings of their clinical everyday work. Focus group interviews may uncover nurses' tacit knowledge and bridge experiential and theoretical knowledge. However, to be able to assess the impact of the pedagogical input, a study on a larger scale must be implemented and evaluated.

In order to stimulate the discussion and reflection in the multistage focus group interviews, the central concepts were introduced by means of a lecture and research articles, and the reflections were conducted in groups. Doing reflections regularly and according to a systematic structure in small groups may thus be one of several strategies in developing nursing knowledge (cf. 29, 38). It may also be a tool to implement and apply theoretical concepts into nursing practice.

Implementing and strengthening health promoting nursing in hospitals is an issue that needs more research; especially the complex conditions related to older hospital patients. However, to be able to assess the impact of the multistage focus group interviews, a study on a larger scale must be implemented and evaluated. It would also be important to study whether reflection has implications for health promotion and empowerment in practice. The interaction between nurses and the older hospital patients related to power, self-determination, autonomy and paternalism should be investigated closer.

Accepted for publication 28.12.2009

G.V. Berg <sup>1</sup>, A. Sarvimäki <sup>2</sup>, and B. Hedelin <sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Assistant Professor Gjøvik University College, Faculty of Nursing Science, Gjøvik, Norway and Research Supervisor Innlandet Hospital Trust, Division Lillehammer, Norway.

<sup>2</sup> Associate Professor and Research Director, Age Institute, Helsinki, Finland

<sup>3</sup> Professor Gjøvik University College, Faculty of Nursing Science, Gjøvik, Norway, Associate professor, Karlstad University, Department of Nursing of Nursing Science, Karlstad, Sweden

Corresponding Address: Geir V. Berg, Reidar Brøggers vei 9, NO – 2614 Lillehammer. E-mail: gvberg@bbnett.no / geir.berg@hig.no

### Literature

1. Nightingale F. *Notes of Nursing: What It Is and What It Is Not*. London: Churchill Livingstone; 1860:1980.
2. Benner P. *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley; 1984.
3. Berg G, Sarvimäki A. A holistic-existential approach to health promotion. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2003; 17: 384–391.
4. Maben J, Macleod Clark J. Health promotion: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 1995; 22 (6): 1158–1165.
5. Travelbee J. *Interpersonal aspects of Nursing*. Philadelphia: F.A. Davis Company; 1971.
6. Watson J. *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Boulder, C. O: Colorado Associated University Press; 1985.
7. WHO Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: World Health Organisation; 1986.
8. Berg G.V, Sarvimäki A, Hedelin B. Hospitalised older peoples' view of health and health promotion. *International Journal of Older People Nursing* 2006; 1 (1): 25–33.

9. Christensen M, Hewitt-Taylor J. Empowerment in nursing paternalism or maternalism. *British Journal of Nursing* 2006; 15 (13): 695–699.
10. Kennedy I. Patients are experts in their own field. *British Medical Journal* 2003; 326: 1276.
11. Nyatanga L, Dann K.L. Empowerment in nursing: the role of philosophical and psychological factors. *Nursing Philosophy*; 2002; 3:234–239.
12. McCarthy V, Holbrook-Freeman L. A Multidisciplinary Concept Analysis of Empowerment: Implications for Nursing. *The Journal of Theory Construction & Testing* 2008; 12 (2): 68–74.
13. Falk-Rafael A. R. Empowerment as a process of evolving consciousness: a modell of empowered caring. *Advances in Nursing Science*; 24 (1): 1–16.
14. Rodwell C. An analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 1996; 23: 305–313.
15. Fletcher K. Beyond Dualism: Leading Out of Oppression. *Nursing Forum* 2006; 40 (2):50–59.
16. Hewitt-Taylor J. Challenging the balance of power: patient empowerment. *Nursing Standard* 2004; 18 (22):33–37.
17. Kuokkanen L, Leino-Kilpi H. Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 31 (1): 235–241.
18. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf)
19. Janlöv A-K, Hallberg I.R, Petersson K. Older persons' experience of being assessed for and receiving public home help: do they have any influence over it? *Health and Social Care in the community*. 2006; 14 (1): 26–36.
20. Resnick B. Health promotion practices of older adults: testing an individual approach. *Journal of Clinical Nursing*. 2003; 12: 46–55.
21. Hellström U.W, Sarvimäki A. Experiences of self determination by older persons living in sheltered housing. *Journal of Nursing Ethics*. 2007; 14 (3): 413–424.
22. Cavanagh S., McLafferty E. The recognition and use of patient expertise on a unit for older people. *Nursing Older People* 2007; 19 (8): 31–36.
23. Morgan D.L. *Focus Groups as Qualitative Research*. Qualitative Research Methods, Volume 16. Sage Publications; 1990.
24. Hummelvoll J. K. The Multistage focus group interview – a relevant and fruitful method in action research based on a co-operative inquiry perspective. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning* 2008; 10 (1): 3–14.
25. Gibson C.H. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 1991; 16: 354–361.
26. Walseth L.T, Malterud K. Salutogenese og empowerment i allmenntmedisinsk perspektiv. *Tidsskrift for den Norske Lægeforen* 2004;124: 65–66.
27. Sigstad H. M. Brukermedvirkning – alibi eller realitet. *Tidsskrift for den norske legeforening* 2004; 1 (124): 63–4.
28. Berg G.V, Hedelin B, Sarvimäki A. A holistic approach to the promotion of older hospital patients' health. *International Nursing Review* 2005; 52: 73–80.
29. Gustafsson C, Fagerberg I. Reflection, the way to professional development? *Journal of Clinical Nursing* 2004; 13: 271–280.
30. Barbour R.S, Kitzinger J. (Ed.) *Developing Focus Group Research – Politics, theory and practice*. London: Sage Publications Ltd.; 1999.
31. Graneheim U.H, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004; 24: 105–112
32. Larsson Kihlgren A, Nilsson M, Sørli V. Caring for older patients at an emergency department – emergency nurse's reasoning. *Journal of Clinical Nursing* 2004; 14: 601–608.
33. Ethical Guidelines for Nursing Research in the Nordic Countries. *Vård I Norden (The Journal of Nursing Science and Research in the Nordic Countries)* 2003; 4 (70): 2–19.
34. Mc Cormack & Reed. Editorial: Welcome to the second issue. *Journal of Clinical Nursing* 2004; 13 (2): 55.
35. Bradbury-Jones C, Sambrook S, Irvine F. Power and empowerment in nursing: A fourth Theoretical approach. *Journal of Advanced Nursing* 2007; 62 (2): 258–266
36. Breier-Mackie S.J. Patient Autonomy and Medical Paternity: Can Nurses Help Doctors Listen to Patients? *Nursing Ethics* 2001; 8 (6): 510–521.
37. 2002. Henderson S. Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor of partnership in care. *Journal of Clinical Nursing* 2003; 12: 501–508.
38. Kenney J.W. (ed.) *Philosophical and Theoretical Perspectives for Advanced Nursing Practice*. 2002. Boston: Jones & Bartlett Publishers.

NY BOK!

3. utg.

# Sykepleieboken 2

## Sentrale begreper i klinisk sykepleie

Unni Knutstad (red.)



Denne boken om sentrale begreper i klinisk sykepleie setter søkelyset på pasientfenomenene. Bokens første del tar opp en rekke sentrale pasientfenomener, blant annet livskvalitet og velvære, trivsel og mistrivsel hos eldre mennesker, mestring, håp og håpløshet, trygghet og utrygghet ved alvorlig sykdom, smerter, tretthet og utmattelse, kvalme, kroniske sår og reaksjoner og opplevelser ved kreftsykdom.

Andre del omhandler pasientens omgivelser, strukturer og relasjoner. Dette inkluderer pårørendes situasjon, læring og mestring ved langvarig sykdom, sykepleierens rolle i kvalitetsarbeid og sykepleie og samspill i forventet forløp.

Bokens tredje og siste del belyser utvalgte teoretiske perspektiver på omsorg. Temaene er sykepleiens tre dimensjoner, omsorgsbegrepet, krenkende omsorg og livs fenomener og grunnleggende behov.

ISBN 978-82-7950-133-6

Kommer i salg april 2010

 **Akribe**  
www.akribe.no

# Intensivavdelingen: meningsfullt rom for en god død?

*En studie av intensivsykepleieres opplevelse av døden i intensivavdelingen*

Berit Andersen, høyskolelektor/master i helsevitenskap/intensivsykepleier

THE INTENSIVE CARE UNIT: A ROOM OF MEANING FOR THE GOOD DEATH? INTENSIVE CARE NURSES' EXPERIENCES OF DEATH IN INTENSIVE CARE.

## ABSTRACT

Advanced medical treatment can lead to ethical problems regarding the dying patient in the intensive care unit. To meet this challenge by integration of principles from palliative care into intensive care, depends upon the intensive care nurses. The aim of this study is to explore how the phenomenon of a good death in intensive care units appears in the life of intensive care nurses.

Data from in-depth interviews with six intensive care nurses from units at two major Norwegian hospitals were analyzed by Giorgis phenomenological method and further interpreted in the discussion, which indicates an phenomenological-hermeneutic approach.

The good death is described by four categories. It depends on the quality of the relations; – **Being in the world together**. A general palliative approach is important; – **Palliation**. When the treatment is terminated, the nurses aim at creating a space of silent ceremony that is devoid of technical elements, – **The natural and sacred room**. The nurses' personal experience is also a decisive factor behind the good death; – **Being in death together**. The fifth category found in the study, **When the patient is not allowed to die**, describes the nurses' experiences of what is not a good death. The empirical description reflects the intensive care nurse's professional experience, which includes meaning-producing strategies that aim at re-establishing and maintaining the coherence and flow of our life-world.

The knowledge from this study creates consciousness among the nursing practitioners about their activity and values. It may represent a foundation for ethical development and integration of a comprehensive palliative approach into intensive care units.

**KEYWORDS:** End-of-life care, palliative care, intensive care, medical futility, nursing

## Introduksjon

Døden i det moderne helsevesen kritiseres for å være rutinisert, medikalisert og styrt av teknologi (1). Hospicebevegelsen<sup>1</sup> oppsto allerede i 1967 som reaksjon på dette og la da grunnlaget for moderne palliasjon<sup>2</sup> (2). Samtidig med fremveksten av palliativ omsorg, har det vært en dramatisk utvikling innen intensivmedisin slik at mange pasienter med alvorlige lidelser og tilstander nå kan behandles og reddes tilbake til livet. Dette innebærer også at stadig flere vil dø på sykehusenes intensivavdelinger omgitt av høyteknologi og avansert medisinsk behandling. Det oppstår etiske utfordringer da enkelte pasienter behandles og utsettes for unødige lidelse når de i realiteten er døende, noe som står i kontrast til målet om en god død innen palliativ omsorg (4). Denne studien handler om hva intensivsykepleiere opplever som en god død i intensivavdelingen, og hva som eventuelt er til hinder for denne.

## Bakgrunn

En moderne intensivavdeling<sup>3</sup> er preget av en teknologisk og naturvitenskapelig tilnærming hvor målsettingen om å redde liv er nedfelt i kulturen (6). Det sterke fokus på teknologi, behandling og helbredelse har tilsført det faktum at pasienter som mottar intensivbehandling, ofte dør (7,8,9). Intensivpasienters generelle mortalitet oppgis å være mellom 15 og 20 % (10). Det er store faglige utfordringer knyttet til behandlingen av døende pasienter i intensivavdelingen. Ulike studier

dokumenterer mangelfull smertebehandling, mangel på planlegging og vurdering i forhold til målsettinger for behandling / ikke behandling og dårlig kommunikasjon vedrørende diagnose og prognose helsepersonell i mellom og i forhold til pårørende (4,7-20).

En god død som begrep, er et ideal som stammer fra hospicebevegelsens filosofi. Begrepets kjerne ligger i et syn på døden som en del av livet og innebærer åpenhet om og aksept av døden. Idealet er at døende mennesker skal kunne få dø fredfullt, omgitt av sine nærmeste og uten invasiv teknologi (2). En god død skal være konsistent med personens liv og verdier, gi mening, og være verdig (21).

Under de høyteknologiske forholdene i en intensivavdeling, vil døden lett bli et typisk eksempel på en unaturlig, medikalisert hendelse som utelukker fra enhver fortelling om den gode døden (4). Det finnes likevel mye litteratur som omhandler en god død på intensivavdelinger. En god død på intensivavdelingen sies å avhenge av endring av holdninger og verdier i avdelingens kultur (22). Seymour (4) finner at det å opprettholde pasientens integritet ved en meningsfull gjenskaping av pasienten som person, er den viktigste faktor for at pårørende opplever pasientens død som god. Det beskrives flere områder for End of Life Care i intensivavdelingen (23, 24, 25). Her fremheves bl.a. lindring av symptomer, emosjonell og spirituell støtte, pasient og familie-sentrerte beslutningsprosesser og kontinuitet i pleie og behandling. Man ser for seg at kompetansen som er utviklet innen palliativ omsorg, kan overføres til intensivpasienter (8,10,15,26). I en palliativ tilnærming inngår et helhetlig menneskesyn hvor pasientens totale

<sup>1</sup> Den moderne hospicebevegelsen ble etablert i 1967 ved bl.a. Cicely Saunders og opprettelsen av St. Christophers Hospital i London. Dette bidro til en sterkere fokusering på omsorgen for døende, noe som etter hvert ble videreført ved egne avdelinger for palliativ behandling og pleie i sykehus (2).

<sup>2</sup> Palliasjon defineres av European Association for Palliative Care i samarbeid med WHO som: «Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med andre tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige /eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet» (3).

<sup>3</sup> En intensivavdeling er en sykehusenhet spesielt innrettet for å gi medisinsk behandling og pleie til intensivpasienter. «En pasient defineres som intensivpasient når det foreligger truende eller manifest akutt svikt i en eller flere vitale organfunksjoner og svikten antas å være helt eller delvis reversibel» (5).

lidelse, – fysiske smerter og psykiske, sosiale og eksistensielle, spirituelle problemer, skal møtes og aktivt lindres (3, 10).

Intensivsykepleieren utøver pleie og omsorg for pasient og pårørende og gjennomfører den intensivmedisinske behandlingen (4). Ved denne balansering mellom omsorg og teknologi i en kombinasjon av «*high tech*» og «*high touch*» (27,28,29), representerer intensivsykepleieren en bro mellom to verdener; den palliative verden av lindring, helhetlig omsorg og forberedelse til døden, og den teknologiske livreddende intensivverden. Ved sin nærhet til den døende intensivpasienten er hun i en unik posisjon til å bringe prinsipper fra det palliative feltet inn i intensivavdelingen.

## Studien

### Mål

Studiens mål var å utforske hvordan en god død opptrer i en intensivavdeling slik intensivsykepleiere opplever det. Kunnskap om deres erfaringer kan åpne for en bedre forståelse av hvordan palliativ omsorg kan utfolde seg innen rammen av en intensivavdeling. Studiens problemstilling var todelt: *Hva opplever intensivsykepleiere som en god død i intensivavdelingen, og hva oppleves eventuelt som hinder for en god død?*

### Metode

En kvalitativ metode med fenomenologisk tilnærming ble valgt for å belyse problemstillingen fordi denne er rettet mot informantenes opplevelse og erfaring (30). Den fenomenologiske utforskning har som mål å forstå fenomenene direkte der de oppstår i menneskenes livsverden (31). Aktuell metode er utviklet av Giorgi med utgangspunkt i Husserls filosofi, og videreført av Malterud (32).

### Utvalg

For å sikre informanter med mye erfaring innen området, ble det valgt 6 intensivsykepleiere med minimum 5 års erfaring fra arbeid i intensivavdelinger, hvilket muliggjør kompetanse på ekspertnivå jfr. Benner (33). Sykehusets størrelse og funksjonsnivå er av betydning for tilgang til et materiale rikt på erfaringer av fenomenet. Informantene ble valgt fra to universitetssykehus. Erfaringer fra to forskjellige arbeidsmiljø gir bredde til undersøkelsen. Det ble valgt 3 informanter fra en intensivavdeling fra hvert sykehus. Ledelsen ved avdelingene plukket ut aktuelle informanter.

### Etiske vurderinger

Tillatelse til intervjuene ble gitt av de aktuelle avdelingenes ledelse. Informert samtykke ble sikret ved informasjonsskriv og undertegning av samtykkeerklæring. Sykehus, avdeling og informanter ble anonymisert for å ivareta konfidensialitet. Oppbevaring av personlige data ble godkjent av NSD (Norwegian Social Science Data Services). Eventuelle konsekvenser for deltakerne ble ivaretatt ved telefonisk oppfølging i etterkant av samtalene.

### Intervjuene

Datainnsamlingen ble gjennomført høsten 2005. Ved dybdeintervju som oppfordret informantene til å beskrive sin opplevelse ved fortellinger og eksemplifisering, ble det åpnet for informantenes livsverden (34). Intervjuene startet åpent med spørsmål om intensivsykepleierens erfaringer med døden i intensivavdelingen. De ble bedt om å beskrive sine erfaringer, både av døden som ikke er god og den de opplever som god, i form av fortellinger. Samtalene som varte fra 50 minutter til 100 minutter, ble tatt opp på minidisk og senere transkribert. Dette ble utført av artikkelforfatter.

### Analyse og fortolkning

Tekstmaterialet ble behandlet etter Giorgis fenomenologiske analysemetode (31,34,35,36) slik den er modifisert ved Malterud (32). Metoden er fenomenologisk da hensikten er å frembringe kunnskap om informantenes erfaring og livsverden innen et bestemt felt. Giorgi anbefaler at analysen gjennomføres i fire trinn, stikkordsmessig beskrevet som følger: 1) få et helhetsinntrykk, 2) identifisere menings-

bærende enheter (tekstbiter), 3) abstrahere innholdet i de meningsbærende enhetene og 4) sammenfatte betydningen av de abstraksjonene som er gjort. En åpen gjennomlesing av tekstmaterialet ble utgangspunktet for inndeling og sortering av meningsbærende enheter i hvert intervju. Systematisk gjennomgang av det sorterte materialet på bakgrunn av problemstilling og faglig perspektiv, pekte på fem hovedtema eller kategorier som de meningsbærende enhetene ble reorganisert etter på tvers av de seks intervjuene. Etter at teksten var sortert i de fem kategoriene og irrelevant tekst fjernet, ble innholdet i hver kategori abstrahert og sammenfattet. Denne sammenfatningen utgjør funnene i studien. I diskusjonen blir funnene gjenstand for en mer omfattende meningstolkning, noe som innebærer at studien også støtter seg på en hermeneutisk fortolkende tradisjon.

### Vitenskapelig holdbarhet

Studiens vitenskapelige holdbarhet vurderes etter relevans, validitet og refleksivitet (32). Internasjonale studier og erfaringer bekrefter at behandling og omsorg for døende pasienter på intensivavdelinger fremdeles er et område med store utfordringer. Det finnes få fenomenologiske studier med hovedfokus på den gode døden i intensivavdelingen. Den aktuelle studien anses derfor som relevant. Intern validitet bestemmes av om vi har funnet den kunnskap vi var ute etter. Bruk av dybdeintervju med oppmuntring til fortellinger i stedet for generelle betraktninger, åpenbarer intensivsykepleierens livsverden mest autentisk. Intern validitet avhenger også av tolkningsprosesser i selve intervjusituasjonen, noe som ble forsøkt kontrollert ved spørsmål om vedkommendes uttalelser var riktig forstått. Ytre validitet dreier seg om overførbarhet. Studien har informanter med lang erfaring fra to store sykehus, noe som gir rikdom i materialet og overføringsverdi. For å ivareta kravet om refleksivitet, har gjennomføring og tolkningsprosesser vært gjenstand for kontinuerlige kritiske vurderinger av egen for forståelses påvirkning på alle faser i forskningsarbeidet. Da prosjektleder og forfatter selv er intensivsykepleier med en innforståthet med forskningsfeltet, har dette vært viet stor oppmerksomhet. Selve analysearbeidet ble gjennomført ved hjelp av en utenforstående diskusjonspartner.

## Funn

Materialet ble kategorisert i fem beskrivende kategorier hvorav fire kategorier besvarer forskningsspørsmålet: *Hva opplever intensivsykepleiere som en god død i intensivavdelingen?* Denne dreier seg om betydningen av relasjonelle faktorer – *Være i verden sammen*, det å lindre lidelse – *Lindring*, en gjenerobring av det naturlige og skaping av et sakralt rom – *Det naturlige og sakrale rom*, og om informantenes personlige opplevelse i møtet med de alvorlig syke og døende pasientene og deres pårørende – *Være i døden sammen*. Den femte kategorien – *Når pasienten ikke får lov til å dø*, belyser problemstillingens andre del og forteller om det som hindrer en god død i intensivavdelingen. Dette vies spesielt mye oppmerksomhet i beskrivelsene og fremskrives derfor først.

### *Når pasienten ikke får lov til å dø*

Fortellingene om hva som hindrer den gode døden i intensivavdelingen beskriver forhold rundt det intensivsykepleierne betrakter som overbehandling av pasientene. De føler de ikke bidrar til en god død, men utfører en behandling som etter deres mening er meningsløs og uetisk. Deres frustrasjon er også tett koblet med opplevelsen av å ikke bli lyttet til når de ønsker å diskutere pasientbehandlingen med legene.

Når teknologien blir inhuman og meningsløs.

Døden på intensiv kan være preget av dramatisk og heroisk aktivitet for å redde liv ved hjelp av avansert teknologi. Når pasienter dør under behandling og midt i all teknikken, oppleves dette meningsfullt så lenge den medisinske behandlingen gjøres ut fra en reell sjanse til å lykkes. Men under pågående intensivmedisinsk behandling kan grensen mellom liv og død bli uklare. På et punkt i forløpet vil teknologien bli mer et middel til å påføre pasienten lidelse i en dødsprosess, noe som oppleves som meningsløst og inhumant. En sier:

«Det satses det remmer og tøy kan holde langt inne i døden, det behandles og behandles når pasienten er nærmest klinisk død..... Dette er en del av hverdagen, og det oppleves veldig vondt når du står og utfører behandling som du synes er helt meningsløs».

Døden på intensiv blir karakterisert som «unaturlig og grotesk» i de tilfeller der pasientens organer svikter og kompensierende behandling pågår uten effekt over lengre tid. Det groteske dreier seg om de effekter den type teknologisk behandling har på kroppen og pasientens utseende, og den lidelse den påfører pasienten.

Nærheten til pasientens lidelse gjør at intensivsykepleierne på et tidligere tidspunkt enn legene, opplever behandlingen som nytteløs, og at det etisk riktige vil være å stanse medisinsk behandling og legge til rette for en god død med terminal pleie. En uttaler seg slik:

«Du vet at han aldri vil kunne reise ut fra sykehuset; så hvorfor la han ligge der og lide på respirator? Det er vanskelig de gangene hvor man skjønner at dette går bare en vei, – denne pasienten kommer til å dø, – hvor lenge skal behandlingen pågå? Hvor lenge skal vi ha dette high-tech utstyret?, og når skal det på en måte bli et mer menneskelig preg oppe i det hele?»

Når «du argumenterer til du blir blå i trynet».

De intervjuede intensivsykepleierne opplever at de aktivt påfører pasientene unødig lidelse ved en behandling de må utføre, men ikke er enig i. Deres vurderinger av pasienters behandling blir ikke tatt hensyn til i beslutningsprosessen, og det oppstår en sterk følelse av maktesløshet. Dette kan erfares som krenkelse av egen etiske standard for yrkesutøvelsen. En uttrykker det slik:

«Det er vi sykepleierne som står der inne og skal behandle; vi får forordningene og skal gjennomføre.....legene står ikke der 24 timer..... slike dager synes jeg det er vanskelig å stå der som sykepleier og ikke være enig i behandlingen, men må fortsette. Det oppleves som utrolig frustrerende og jeg kjenner at jeg rett og slett blir sint.»

Sykepleierne har forskjellige strategier for hvordan de forholder seg til dette. Enkelte opptrer taktisk i forhold til hvilke leger de snakker med og hvordan ting legges frem, for å bli møtt på sine synspunkter. Andre har blitt møtt med krenkende uttalelser og reagerer med tilbaketrekning og oppgitthet.

Hva som oppleves av intensivsykepleierne som en god død i intensivavdelingen, beskrives ved følgende fire kategorier: *Være i verden sammen*, *Lindring*, *Det naturlige og sakrale rom* og *Være i døden sammen*.

#### *Være i verden sammen*

Alle relasjonene som inngår i situasjonen rundt den døende pasienten, er av betydning for om intensivsykepleierne skal oppleve døden som god. En god død på intensivavdelingen avhenger av gode relasjoner basert på tillit, respekt og en innfølelse tilstedeværelse. Det heter seg at:

«Man skal være var...det dreier seg om å være observant og var, om å legge fra seg det effektive og intensive. Det å fokusere på nærvær og medmenneskelighet. Fra det tekniske til det medmenneskelige. I samværet med den døende pasienten og familien trer en inn i en annen rolle. Da legger du ansiktet i andre folder; – adrenalinet går ikke så fort ...».

De pårørende har en vesentlig rolle i dette relasjonsarbeidet da pasienten ofte vil være i en redusert bevissthetstilstand. En sier:

«Jeg tror at en del av det vi sier til pårørende i denne situasjonen, er ord som brenner seg fast til hukommelsen til de menneskene for resten av livet. Det er noe med å få til en situasjon de kan leve med; – de skal leve videre med disse minnene resten av livet».

Med dette i tankene vil sykepleieren møte de pårørende med respekt og en følelse av ydmykhet for oppgaven. Å bygge en god relasjon med pårørende og pasient avhenger av tid, kontinuitet og god informasjonsflyt. Kontinuiteten skal sikres ved at samtaler og informasjon gis

av pasientens primærteam. Viktigheten av å gi realistisk informasjon skal balanseres med det å ivareta håpet: «Det er det å skifte mellom å være realist og det å gi håp».

En god kommunikasjon rundt den døende pasienten beskrives som når man i et fellesskap av behandlende leger, involverte sykepleiere og de pårørende, drøfter seg frem til enighet om videre behandling og en eventuell fremgangsmåte for avslutning av behandlingen. «Da kan det bli en veldig fin opplevelse slik at man føler at man får gjort en veldig god jobb».

#### *Lindring*

En god død handler også om å kunne lindre den døende intensivpasientens lidelse. Fysisk lindring innebærer lindring av smerter, et passende sedasjonsnivå og god generell sykepleie. Pasienten skal sikres mot mulige ubehag, og det er derfor viktig å fjerne mest mulig av det tekniske utstyret.

For å få inntrykk av den enkeltes behov for lindring av psykisk og sosial karakter i form av trøst, berøring og nærhet, må intensivsykepleieren ha best mulig kjennskap til hvem pasienten er som person. Her blir de pårørende svært viktig: «Det er gjennom pårørende at vi kjenner pasienten».

Hvis pasienten er ved bevissthet, kan psykisk lindring være mer utfordrende. Samtidig beskrives en god død av flere som situasjoner der pasienten har vært ved bevissthet og fått forberedt seg på døden etter egne ønsker. Det er motsigelser og usikkerhet i materialet når det gjelder vurderingen av pasientenes bevissthetstilstand og reelle mulighet til å ta imot informasjon og uttrykke egne ønsker. En sier:

«Men det har jo med respekten for den som ligger der å gjøre...det er tross alt den sitt liv, så jeg tror at vi kunne ha informert pasientene oftere enn det vi gjør. Det virker som en vegrer seg litt for det».

Eksistensiell og spirituell lindring har utgangspunkt i hva pasienten selv ønsker. Det er vesentlig for sykepleieren å ta utgangspunkt i det som gir livet mening for den enkelte pasient og de verdier som er viktige for han. Dette kan hun få rede på gjennom samtaler og samvær med pårørende ved senga til pasienten: «Man samler tråder ved hjelp av samtaler over dager...hvor man danner seg et bilde».

Sykepleierne sier de ikke er flinke nok til å inndra en eksistensiell eller spirituell dimensjon i omsorgen for pasienten. Det er vanlig å tilby hjelp fra prestetjenesten ved sykehuset, men det er stor variasjon mellom informantene med hensyn til hvor naturlig dette er for dem. Informantenes fortellinger inneholder likevel andre måter for skaping av mening og lindring av eksistensiell og spirituell lidelse. Det kan spontant utvikles meningsfulle ritualer som skaper gode minner og mening for pårørende. I en fortelling om den gode døden er pårørende samlet hos pasienten, de er godt sammensveiset og forteller sine gode minner fra livet med den døende bestefaren. I stellet etter døden var både datteren og hennes to sønner på 11 og 9 år med. En forteller:

«De var veldig fortvilet for de var kjempeglade i bestefar... Så de fikk hver sin klut for å tørke på bestefar da. De fikk lov til å gre han og fikk hver sin kam og sto bak senga og gredde han. De fikk med seg kammene hjem etterpå... for å ha til minne.....de gråt mye de to guttene».

Det er stor oppmerksomhet blant sykepleierne på at de har pasienter fra ulike trosretninger. Pasienter og pårørende som tilhører en bestemt religion, har ofte helt klare ønsker for rituell atferd. Personalet prøver å etterkomme dette i den grad det er mulig, og med fleksibilitet og improvisasjon fra begge parter går dette bra.

#### *Det naturlige og sakrale rom*

Denne kategorien kan ses som uttrykk for forsøk på å komme et spirituell, eksistensiell aspekt i møte. Sykepleierne mener de er blitt flinkere til å legge til rette for døden når dette først er bestemt, slik at døden på intensiv kan bli god og fredsfull med riktig planlegging. De kan føle en form for lettelse når bestemmelsen er tatt, særlig når det gjelder de eldre intensivpasientene: «...når de får lov å slippe, som vi sier. ...døden kan bli noe naturlig tross alt».

Stillhet, estetikk, nærhet og det naturlige er viktige mål for avslut-

ning av behandlingen. Pasienten bør være på enerom og alarmer på utstyr som er i bruk, må slås av. Det skal se pent ut og være ryddig på rommet. En forteller:

*«Vi fikk lagt til rette slik at det ble et veldig ryddig og pent rom; det var et av enerommene våre som er ganske lyst og luftig. Jeg fikk hentet henne (pårørende) og pasienten døde fem på fem om morgenen. Da var det en svak soloppgang utenfor, noe som gjorde at det ble et spesielt lys i rommet, og det ble som et veldig vakkert dødsfall. Det opplevdes meget verdig».*

Et ryddig og naturlig inntrykk skapes ved oppmerksomhet på de konkrete praktiske detaljer som å tildekke teknisk utstyr i form av diverse kabler.

Idealet er at den døende skal ha sine nærmeste rundt seg, og tidspunktet for avslutningen planlegges gjerne slik at viktige pårørende kan være til stede. «Der det er naturlig» tilbys pårørende å være med på stell av den døde. Dette avhenger av sykepleierens trygghet på egne reaksjoner og evne til omsorg. Stellet av den døde utføres med aktelse. En sier det slik:

*«...så vi er svært stille når vi steller den døde – vet ikke hvorfor, men det er kanskje noe med verdighet. Man skal ha respekt for den døde. Det er noe etikk i det på en måte».*

#### Være i døden sammen

Sykepleierne forteller om den gode døden farges av den enkeltes personlige møte med døden. Erfaringene fra grenselandet mellom liv og død har påvirket dem slik at de er blitt mer oppmerksomme på livets sårbarhet og på viktigheten av å leve i nuet: «Plutselig kan det være meg som ligger i senga eller står ved siden av senga som pårørende».

Andre refleksjoner som målbæres er at å være profesjonell innebærer en innsiktsfull balansering mellom å la seg berøre og samtidig opprettholde en kjærlig distanse. Man klarer ikke å gi noe hvis man ikke lar seg berøre. En uttrykker det slik:

*«Jeg har ikke noe problem med å la tårene trille...selv om jeg tenker at dette ikke er min sorg. Men selv om det ikke er min sorg, så må vi ikke miste den sårbarheten i å jobbe så tett med døden».*

Møtene med pasienter og pårørende i livets mest dramatiske situasjoner har ikke påvirket sykepleierne tanker om meningen med livet eller tanker om hva døden er. Slike eksistensielle spørsmål snakker de aldri om i kollegiet. Derimot snakker de mye om de vanskelige situasjonene med overbehandling og den lidelsen de ser ved det.

#### Diskusjon

Materialet indikerer at i et spenn mellom omsorg og teknologi, blir intensivsykepleierne fanget inn av den medisinske verdens dominans. Det resulterer i at deres oppmerksomhet og engasjement låses i en frustrasjon ved de etisk vanskelige situasjonene, noe som kan hindre videreutvikling av en palliativ tilnærming til døende intensivpasienter. Det ligger likevel ressurser og perspektiver innvevd i deres fortellinger som ny kompetanse kan bygges på. For å utdype dette er fenomenologisk filosofi, representert ved Heidegger, Svenaeus, Løgstrup og Martinsen, trukket inn i en videre fortolkning av intensivsykepleierne livsverdenbeskrivelser.

Heidegger i Svenaeus' tolkning beskriver menneskets *væren-i-verden* som et liv i en meningsfull hverdagsverden hvor vi lever våre liv sammen med andre. Samtidig er en stemning av uhygge og hjemløshet et underliggende trekk ved vår verden, og gjør at vi alltid vil streve mot å skape mening og følelse av hjemlighet. Den underliggende stemning av uhygge og meningsløshet åpner seg ved møtet med lidelse og død (37,38,39).

Martinsen legger Løgstrup til grunn når hun viser at sykepleie er en moralsk praksis som utfolder seg i konkrete relasjonelle situasjoner. Omsorgen i sykepleiefaget bygger på livet som opprettholdt ved spontane livsytringer som kjærlighet, medfølelse, åpenhet og tillit. Livsytringene utløser en fordring om ivaretagelse av hverandre og blir grunnlaget for etisk handling. Etikken uttrykkes i det praktiske arbeidet hvor mening skapes og faglig skjønn etableres. Dette utgjør en

praktisk-moralsk handlingsklokskap, en kontekstuell etikk innvevd i utøvelsen av sykepleie (40 - 44).

Avansert teknologi er uunnværlig i moderne intensivbehandling, men det kan være nyttig for forståelsen av studiens funn å se på mulige negative aspekter ved teknologien. Heidegger, Løgstrup og Martinsen forholder seg kritisk til moderne teknologi. De beskriver moderne vitenskap og samfunn som preget av en teknisk instrumentell fornuft hvor både mennesker og natur er redusert til materiale for menneskenes egen skapelse (41,45). En slik livsforståelse er ikke i overensstemmelse med vårt dagligliv, våre erfaringer og vårt liv i de menneskelige relasjoner (41).

Et utgangspunkt for tolkning av intensivsykepleierne fortellinger ligger i den meningssskapende aktiviteten som, i følge Heidegger, foregår i vår livsverden og i våre relasjoner. Sykepleierne konfronteres jevnlig med døden og dens meningsløshet og dermed det uhyggelige og hjemløse i eksistensen. Denne opplevelsen forsterkes der døden styres av teknologien og den instrumentelle fornuft som i seg selv er fremmed for den menneskelige livsverden. Sykepleierne beveger seg her mellom det hjemlige og meningsfulle i relasjonene og det hjemløse i den fremmedgjørende intensivdøden. Deres bestrebelse på å legge til rette for det de opplever som en god død, er en del av deres meningssskapende aktivitet.

Intensivsykepleierne fortellinger kan også forstås ved spontan medfølelse som grunnleggende livsytring. Ved gode sykepleierholdninger aktualiseres denne og gis rom i møtet med den lidende pasient og de pårørende. Denne etikken er innvevd i intensivsykepleierne fortellinger om møtet med den døende pasienten på intensivavdelingen.

Der menneskets livsverden bryter sammen ved kritisk sykdom og lidelse, forsterket ved møtet med den medisinske teknikks verden, vil relasjoner preget av medmenneskelighet og respekt kunne etablere vår meningsfulle livsverden på nytt. Dette fortelles frem i kategorien *Være i verden sammen*.

Lidelse innebærer tap av mening, noe som forsterkes ved det hjemløse og fremmedgjørende som den teknologiske tilnærming innebærer. Lindring kan gjenetablere en følelse av mening. Ved sykepleierens sanselige tyding av den annens lidelse, aktualiseres en etisk fordring. Medfølelsen uttrykkes ved å ta imot den andres lidelse med lindrende hjelp.

I *Det naturlige og sakrale rommet* hvor det tekniske flyttes ut, gjen-skapes en meningsfull livsverden. Her skal naturen gå sin gang etter sin egen tid. I møtet med døden oppstår mening ved en sakral stemning av høytid og fellesskap som fremmer menneskets spirituelle dimensjon.

*Være i døden sammen* forteller at en god død som relasjonelt fenomen, angår intensivsykepleierne som personer og deres individuelle behov for mening. De iscenesetter en ramme for en god død opp imot følelsen av håpløshet og meningsløshet som preger de vanskelige situasjonene. Denne rammen er i samsvar med momenter karakteristisk for begrepet en god død innen den palliative bevegelse.

Kategorien *Når pasienten ikke får lov til å dø*, beskriver hvordan sykepleierne hindres i å skape mening og lindre lidelse og dermed tilbakeføring til en menneskelig livsverden for pasienten, de pårørende og seg selv. De blir holdt igjen i en fremmedgjørende verden av uhygge og hjemløshet preget av den instrumentelle fornuft. De kan ikke fullt ut følge den etiske fordring som reises i relasjonen med det lidende menneske. Det manglende rom for en kontekstuell og innlevende etikk skaper fortvilelse.

#### Konklusjon

I denne studien fremstår sykepleierne kunnskap og faglige skjønn knyttet til det å fremme en god død for den døende intensivpasienten, som en praktisk – moralsk handlingsklokskap. Denne innebærer en meningssskapende aktivitet opp imot døden og lidelsen i den høyteknologiske konteksten med sikte å opprettholde en livsverden av mening, og en grunnleggende etisk innlevelse i relasjonene med pasient og pårørende. Ressursen som ligger i dette faglige skjønnet blir ikke bevisst utnyttet til utvikling av en bedre palliativ omsorg. Fortvi-

lelsen og frustrasjonen over det som oppleves som overbehandling, tar all oppmerksomhet. Kunnskapen som ligger i deres praktisk-moralske handlingsklokskap, vil når den bevisstgjøres, utgjøre et godt grunnlag for både forskning og fagutvikling med sikte på å integrere en palliativ tilnærming i intensivavdelingen. Bevisstgjøring av egen praksis og verdigrunnlag kan bidra til bedre tverrfaglig kommunikasjon og samarbeid for det felles mål: en god død for den døende intensivpasienten.

Godkjent for publisering 16.02.2010

Høgskolelektor Berit Andersen, Program for videreutdanning, Avdeling sykepleie, Høgskolen i Sør-Trøndelag Berit.Andersen@hist.no

*Forfatteren ønsker å takke Rob Bongaardt og Berge Solberg, begge tidligere førsteamanuensis ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, NTNU og førstelektorene Berit Nicolaysen og Oddbjørn Ingebrigtsen, Avdeling for sykepleie, Høgskolen i Sør-Trøndelag, for hjelp i ulike faser av arbeidet.*

## Referanser

- Hadders, Hans (2008): Handling death in the intensive care unit: medical practice and multiple ontologies. Trondheim: Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Social Sciences and Technological Management, department of Social Anthropology
- McNamara, Beverly (2001): Fragile lives. Death, dying and care. Buckingham: Open University Press.
- Norsk forening for palliativ medisin, NFPM (2003): Standard for palliasjon.
- Seymour, Jane (2001): Critical moments – death and dying in intensive care. Buckingham: Open University Press.
- Legeforenings sentralstyre (2001): Standard for intensivmedisin. 2.utg.
- Benner, Patricia, Kyriakidis, Patricia Hooper og Stannard, Daphne (1999): Clinical wisdom and interventions in critical care. A thinking in action approach. Philadelphia: W.B Saunders Company.
- Support Principle Investigators (1995): «A controlled trial to improve care for serious ill hospitalized patients: The study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT)» I: JAMA; 274:1591 – 1598.
- Kollef, Marin H (2001): «Outcome prediction in the ICU» I: Curtis, Randall J og Rubinfeld, Gordon D(red.): Managing death in the intensive care unit. Oxford: University Press; 39 – 57.
- Klepstad Pål og Gisvold Svein E (2003): «End-of-life-care in intensive care units. Save lives that can be saved, offer the dying a peaceful and dignified death» I: Acta Anaesthesiologica Scandinavia, 47; 499–500.
- Nelson, E Judith & Meier, Diane E (1999): «Palliative care in the intensive care unit: Part 1» I: Journal of Intensive Care Medicine 3 (14); 130 – 139.
- Nelson-Marten, Braaten, Jane og English, Nancy K (2001): «Promoting good end of life care in the intensive care unit». I: Critical Care Nursing Clinics of North America, 3 (4); 577–585.
- Curtis, Randall J og Rubinfeld, Gordon D (red.) (2001): Managing death in the intensive care unit, Oxford: University Press.
- Stroud, Rebecca (2002): «The withdrawal of life support in adult intensive care: an evaluative review of the literature.» I: Nursing in critical care», 4 (7); 176 – 184.
- Thompson,Taylor B et.al. (2004): «Challenges in end-of –life-care in the ICU: Statement of the 5<sup>th</sup> International consensus conference in critical care: Brussels, Belgium, April 2003: Executive summary». I: Critical Care Medicine 32(8); 1781–1784.
- Abbott, Katherine H (2001): «Families looking back: One year after discussion of withdrawal or withholding of life-sustaining support» I: Critical Care Medicine 29 (1); 197–201.
- Kirchhof, Karin et al. (2002): «The vortex: families' experiences with death in the intensive care unit» I: American Journal of Critical Care, 11 (3); 200–209.
- Badger, Kames M (2005): «Factors that enable or complicate end-of-life transitions in critical care» I: American Journal of Critical Care, vol.14, p. 513 – 522.
- Kirchhof, Karin et al. (2000): «Intensive care nurses' experiences with end-of-life-care». I: American Journal of Critical Care, 9 (1); 35–39.
- Coombs, Maureen (2003): «Power and conflict in intensive care clinical decision making». I: Intensive and Critical Care Nursing 19; 125–135.
- Yang, Mei-Hua og McIlpatrick, Sonja (2001): «Intensive care nurses' experiences of caring for dying patients; a phenomenological study». I: International Journal of Palliative Nursing 7(9); 453–441.
- Sandeman, Lars (2005): A good death. On the value of death and dying. Berkshire: Open University Press.
- Halcomb et al. (2004): «An insight into Australian nurses' experience of withdrawal / withholding of treatment in the ICU» I: Intensive and Critical Care Nursing, 20; 214–222.
- Clarke, Ellen et.al (2003): «Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit» I: Critical Care Medicine, 31(9); 2255–2262.
- Hodde et.al. (2004): «Factors associated with nurse assessment of the quality of dying and death in the intensive care unit» I: Critical Care Medicine, 32 (8); 1648–1653.
- Beckstrand, Renea L, Callister, Lynn Clark og Kirchoff, Karin T (2006): «Providing a «good death»: Critical care nurses suggestions for improving end-of-life care» I: American Journal of Critical Care, Januar,vol 15, p.38.46.
- Nelson, Judith E og Danis, Marion (2001): «End of life care in the intensive care unit: where are we now?» . I: Critical Care Medicine, 2, suppl. (29); N2 – N9.
- Stubberud, Dag G (2005): «Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted» I: Guldbrandsen, Tove og Stubberud, Dag Gunnar (red.): Intensivsykepleie. Oslo: Akribe Forlag.
- Almerud, Sofia, Alapack, Richard, Fridlund, Bengt og Ekebergh, Margretha (2008): «Belaguered by technology:care in technologically intense environments». I: Nursing Philosophy, 9, s. 51–61.
- Almerud, Sofia, Alapack, Richard, Fridlund, Bengt og Ekebergh, Margretha (2007): «Of vigilance and invisibility-being a patient in technologically intense environments». I: Nursing in Critical Care, vol.12, no 3, s. 151–158.
- Thomassen, Magdalene (2006): Vitenskap, kunnskap og praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Giorgi, Amedeo (1985): «Sketch of a psychological phenomenological method» : Giorgi, Amedeo(red.): Phenomenology and psychological research. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press, 8 – 22.
- Malterud, Kirsti (2003): Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Universitetsforlaget.
- Benner, Patricia (1984): From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, Calif.: Addison-Wesley.
- Kvale, Steinar (2001):Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Akademisk. Forlag.
- Robinson, Petra og Englander, Marius (2007): «Den descriptive fenomenologiske humanvetenskapelige metoden». I: Vård i Norden , vol. 27, no 1; 57–59.
- Giorgi Amedeo og Giorgi, Barbro (2003): «Phenomenology» I: Smith, Jonathan A (red.): Qualitative psychology, a practical guide to research methods. London: Sage Publications Ltd, 25–50.
- Svenaues, Fredrik (2000 a): «Das Unheimliche. Towards a phenomenology of illness» I: Medicine, Health, Care and Philosophy 3; 3–16.
- Svenaues, Fredrik (2000 b): The body uncanny – further steps towards a phenomenology of illness» I: Medicine, Health, Care and Philosophy 3;125–137.
- Svenaues, Fredrik (2005): Sykdommens mening – og møtet med det syke mennesket.Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Martinsen, Kari (2003 a):Fenomenologi og omsorg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, Kari (2003 b):Fra Marx til Løgstrup. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lomborg, Kirsten (2000): «Livsyttringer og etikk». I: Alvsvåg, Herdis og Gjengedal, Eva (red.): Omsorgstenkning – en innføring i Kari Martinsens forfatterskap. Bergen:Fagbokforlaget; 71 – 83.
- Delmar, Charlotte (2000): «Etik og magt – Fra begrepsliggjørelse til sanseelig oppmerksomhet» I: Alvsvåg, Herdis og Gjengedal, Eva (red.):Omsorgstenkning– en innføring i Kari Martinsens forfatterskapBergen: Fagbokforlaget; 127–140.
- Gjengedal, Eva (2000): «Omsorg og sykepleie» I: Alvsvåg, Herdis og Gjengedal, Eva (red.): Omsorgstenkning – en innføring i Kari Martinsens forfatterskap. Bergen: Fagbokforlaget; 37 – 56.
- Lovitt, William (1977): «Introduction». I: Heidegger, Martin: The question concerning technology and other essays. New York: Garland Publishing; XIII – XXXIX.

# Sykepleiernes erfaringer med brukerveiledning i psykiatriske dagsentra

Torill M. Sæterstrand, Associated Professor/Cand.san/Førstelektor – Aase B. Møllersen, Assistant Professor/Cand.san/Høgskolelektor

NURSING EXPERIENCE IN COUNSELLING USERS OF A PSYCHIATRIC DAY CENTER.

## ABSTRACT

The aim of this study is to gain knowledge about how nurses experience their role in District Mental health Day Centres. The data was collected by interviewing 6 nurses in different units in Norway. The interviews was taped and transcribed. The analysis was done by following Kvaales (1997) description in content analysis. We have followed his three phases; 1) self-understanding, 2) critical understanding based upon «common sense» and 3) theoretical understanding. The result show that the nurses role and function was caring, interaction and preceptor ship. The nurses promote the user experience of being important for other users and to focus on independence and the users autonomy. They play the ground for social relationship and let the user tell and put word upon their own experiences.

KEY WORDS: caring, nurse, role, mental health, community-based day centre

## Bakgrunn

Opptrappingsplanen introduserer begrepet psykisk helsearbeid i kommunene. Det innebærer et bedre og mer helhetlig behandlingstilbud, og det vektlegges også en bedring av levekår, boforhold, arbeid, aktivitet og sosial inkludering. Fra 1997 til 2008 har det skjedd en oppbygging av det psykiske helsearbeidet i kommunene. Oppbyggingen er gjennomført med midler knyttet til Opptrappingsplanen for Psykisk Helse (1). I denne prosessen er de psykiatriske dagsentrene blitt en del av de kommunale tjenestene som nå er innlemmet i en samlet kommunal helse og omsorgstjeneste. Med et ekstra tilskudd på over 24 milliarder over åtte år, ønsket Stortinget å bedre behandlingstilbudene for personer med psykiske lidelser (2). Målet var å sikre et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk. Psykiatriske dagsenter er en del av dette behandlingsnettverket, der dagsentrenes formål er å tilby sosialt fellesskap og meningsfylte aktiviteter for brukere med psykiske lidelser.

Dagsentrene drives ut fra ulik ideologi og det er forskjellig struktur og innhold på de forskjellige dagsentrene. Tilbudet er frivillig og brukerne kan komme innom uten fast avtale og være med i aktiviteter sammen med andre. Slik blir dagsenteret en viktig møteplass der brukerne kan få tilbud om støttesamtaler etter avtale. Dagsentrene kan dermed være viktige arenaer for hjelp og støtte. I følge psykiatrisk sykepleier Robberstad (3) vil det for en del brukere være mest naturlig å få fotfeste i grupper og aktiviteter sammen med andre. Både Stortingsmelding nr. 25 (2), Opptrappingsplan for Psykisk Helse (1) og Veileder for Psykisk Helsearbeid i kommunehelsetjenesten (4) fokuserer på at mennesker trenger meningsfylte aktiviteter og et sosialt fellesskap i hverdagen. Sosiolog og arbeidsforsker Alm Andreassen (5), forskerne Lundemark og Winter Jensen (6) viser at enkelte mestrer å være i et tilrettelagt arbeide, men noen faller utenfor og trenger et lavterskeltilbud på psykiatriske dagsenter slik psykiatrisk sykepleier Langeland (7) påpeker. Dagsentrene er viktige støttespillere i oppbyggingen av menneskers nettverk i følge psykiater Dalgard (8), sykepleier og sosiolog Lillestø & sosiolog Hansen (9) og psykiatrisk sykepleier Robberstad (3).

Vi ønsket med denne studien å finne ut hvordan sykepleiere som arbeider på psykiatriske dagsentra erfarer sin rolle og funksjon. Det er gjort få forskningsstudier om dette temaet bortsett fra den psykiatriske sykepleieren Robberstads (3) studie som er gjort for 15 år siden der hun studerte innholdet i psykiatriske dagsentra i Norge. Fordi vi har valgt et sykepleieperspektiv i forskningen vår, har vi tatt utgangspunkt i det professor og psykiatrisk sykepleier Martinsen (10) skriver om

omsorg. Hun skriver at omsorg er et grunnbegrep i sykepleien. Omsorg er et moralsk begrep og en grunnleggende verdi for livsførsel i relasjoner gjennom praktisk arbeid. Moral har med kvaliteten i de mellommenneskelige forhold å gjøre, og moral har med hvordan man er tilstedet i relasjonen. Martinsens omsorgsbegrep er universelt og gjør seg gjeldende i alle situasjoner der en hjelper en annen. Hun utlegger at omsorgsarbeid kan være ulike virksomheter som har til oppgave å ta vare på mennesker som ikke fullt kan ta vare på seg selv. Hun mener at omsorg som kvalitet bør være til stede i forholdet til dem som det skal sørges for.

## Hensikt

Hensikten med denne undersøkelsen er å få frem kunnskap om hvordan sykepleiere ved psykiatriske dagsentra erfarer sin rolle og funksjon. Grunnen til at vi har gjennomført denne studien er fordi det i utdanningen av sykepleiere mangler tilstrekkelig kunnskap om sykepleiernes rolle og funksjon på denne arenaen. Med denne studien kan vi få frem en dypere forståelse av erfaringene til sykepleierne. I forhold til brukere og samfunnet for øvrig er formålet med studien å synliggjøre hva sykepleiere erfarer i møte med brukere og hvordan de anvender denne kompetansen i psykiatrisk dagsenter. Vi ser det som viktig å få frem sykepleiernes eget ståsted, siden feltet psykisk helsearbeid har utviklet seg mer tverrfaglig og fokus er flyttet noe fra sykdomsforståelse og behandling til mer fokus på helse.

## Problemstilling

Hvordan erfarer sykepleiere sin rolle og funksjon i psykiatrisk dagsenter?

## Teori og forskning

Det er gjort få studier av sykepleiers rolle og funksjon på psykiatrisk dagsenter i Norge. Søkeordene *rolle*, *sykepleie*, *psykiatrisk dagsenter* gav 4 treff, men ingen matchet det vi skulle skrive om. Ved søk i utenlandske databaser viste det seg at søkeordene *mental health*, *nurse role*, *day senter* og *fountain house* frembrakte 25 treff av 4551. Men ingen av studiene viste sammenfall med sykepleiers erfaringer fra samvær med brukere i psykiatrisk dagsenter. Vi vil første vise til forskning som er gjort i Norge vedrørende psykiatriske dagsentra.

Innholdet i psykiatriske dagsentra er beskrevet nærmere av arbeidsterapeuten Bachke (11) som har foretatt et litteraturstudie om psykiatriske dagsentra. Han har i tillegg gjort intervju med to aktivtører om deres erfaringer som ansatte på et dagsenter. Funnene peker i retning av hva som bør inngå i det han kaller for «god praksis». Han trekker

frem at empowerment bør være tilstede som et bærende element, og i dette ligger det at brukerne må få mulighet til å være delaktige i å påvirke innholdet i dagsenteret.

Psykiatrisk sykepleier Robberstad (3) har forsket på om det har skjedd endringer i innhold og aktivitetstilbud ved psykiatriske dagsentra i Norge. Hun intervjuet pasienter og pårørende om hvordan de opplevde dagtilbudet i 1995. Funnene viste at tilbudet har endret seg de siste årene. Det fremkommer at de kommunale dagsentrene har fått et annet innhold nå enn tidligere, noe som kan være betinget av fremveksten av de distriktspsykiatriske sentrene.

Brukerkompetansen og deltakerperspektivet er kommet mer i fokus både blant brukere og fagfolk skriver sykepleier og professor Finstad. I følge psykiatrisk sykepleier og professor Karlsson (12) er pasientkunnskap av stor betydning for å kunne imøtekomme krav til brukermedvirkning i hjelpearbeidet. Hans forskning blant brukere som tidligere hadde vært innlagt i akuttpsykiatriske avdelinger viser at brukerne opplevde at de ikke ble respektert og tatt på alvor i hjelpeapparatet. Det brukerne fortalte, gav klare indikasjoner i forhold til virkende og ikke-virkende faktorer i en relasjon. Samspillet mellom ansatte og brukere er avgjørende for at brukerne skal oppnå bedring. Psykiatrisk sykepleier Sæterstrand (13) har forsket på de virksomme relasjoner i psykiatrisk sykepleie, og hun fant at de ansatte må være bevisst sin egen rolle slik at de kan hjelpe brukeren til å bli i stand til å kunne avgjøre hvilke faktorer som han erfarer som viktige i sitt liv.

Tidligere forskning om psykiatrisk sykepleie i kommunehelsetjenesten er gjort av psykiatrisk sykepleier Almvik (14). Hans studier av hvordan psykiatriske sykepleiere i kommunehelsetjenesten opplevde sin rolle og funksjon, viser at sykepleierne opplever at de har nær kontakt med pasientene. Hans forskning har et sykepleiefokus som ikke er spesielt rettet mot psykiatriske dagsentra, men hans studie av sykepleieres rolle og funksjon synliggjør sykepleie-erfaringer fra praksis.

Sykepleieren Haug (15) som gjorde en beskrivende studie av pasienters ønske og behov for miljøet i gruppene i et psykiatrisk dagsenter, viste at brukerne ønsket at relasjonene skulle være kjennetegnet av mellommenneskelige kvaliteter som støtte, varme, individualitet og interesse for den enkelte.

Psykiatrisk sykepleier Langeland (7) har forsket på hvordan brukere erfarte gruppe terapi i kommunehelsetjenesten. Hun var inspirert av psykologen Antonovskys (16) teori om «sence of coherence»; om hvordan betydningen av mening i tilværelsen kunne virke inn. I gruppeterapien skulle derfor fokus i samtaler være på helse i stedet for på sykdom. Målet var å øke innsikten i egne og andres ressurser, slik at brukerne kunne bli bedre i stand til å øke evnen til å nyttiggjøre seg disse ressursene. I utvalget var det 107 hjemmeboende personer med psykiske helseproblemer i alderen 18 til 80 år som deltok i samtalerapi som var gruppebasert. Deltakerne hadde forskjellige psykiske lidelser som angst, depresjoner, tvangsproblemer og psykoseproblematikk. Personene i undersøkelsen ble delt i to grupper, der bare den ene gruppen fikk samtalerapi. Behandlingen gikk over 16 uker i til sammen ni samtalegrupper. Funnene viste at når det ble lagt vekt på hvordan personer kan leve med og mestre sine psykiske helseproblemer i hverdagen, oppstod det bedring blant brukerne. På bakgrunn av denne forskningen mener Langeland (7) at gruppeterapi har god effekt på brukere som bor i eget hjem, og mener at gruppeterapi også kan anvendes i psykiatriske dagsentra med god virkning.

Siden vi har valgt et sykepleieperspektiv i artikkelen, vil vi vise til hva psykiatrisk sykepleier og professor Martinsen (10) skriver om omsorg. Hun sier at omsorg handler om tre aspekt; det relasjonelle, det praktiske og det moralske. Arbeidet som sykepleier i psykiatrisk dagsenter er et langsiktig arbeid, og resultatet av innsatsen viser seg ikke alltid så umiddelbart. Sykepleieren må kunne være i stand til å etablere gode relasjoner til brukere slik at brukerne blir både sett og hørt. Dette er allmenne menneskelige behov som kan bidra til å få frem livsmotet hos mennesker med psykiske lidelser. Hvordan sykepleierne ter seg i møtet med brukerne vil være avgjørende for om brukerne følger seg ivaretatt.

Dette er tema som teologen og filosofen Løgstrup (17) skriver om. Han påpeker at livsyttringer som talens åpenhet, tillit, håp, barmhjertighet og medfølelse må være tilstede i relasjonen. Disse livsyttringene

sammen med Martinsen syn på sykepleie vil være bærende elementer for å kunne få frem livsmotet til mennesker med psykiske lidelser. Psykologen og filosofen Topor (18) skriver at den andre ser noe hos brukeren, en egenskap som han finner tiltalende, noe som brukeren selv ikke trodde han var i besittelse av. Kjennetegnet på situasjonen der dette kan utspille seg, er at den kan skapes av en hverdagslig hendelse. Derfor påhviler det ansatte innen psykisk helsearbeid å være bevisst på å være tilstede med hele seg i de dagligdagse hendelsene, og fokusere på brukernes ressurser slik at de blir hjulpet eller «født» frem.

Psykiater og professor Andersen (19) fokuserer på dialogen med den andre og er opptatt av hvordan man kan nå frem til å forstå det man ikke vet at man ikke forstår. Det å undre seg som sykepleier over hva man møter, eller undre seg over hva brukerne egentlig uttrykker, er en spesielt viktig egenskap når målet er å bedre den psykiske helsen til brukerne.

Psykologen og professor Seikkula (20) påpeker at suksesser og vansker kommer utenifra og forandringene skjer først og fremst gjennom det som omgir oss, nemlig nettverket, språket og samtalerne. Samtalene og språket er ikke bare hjelpemidler til å forstå, men samtaler og språk har så stor kraft at de skaper. Slik kan sykepleieren være med å få til endring hos brukeren, eller vedlikeholde helsetilstanden. I følge Finstad (21) er det viktig å kunne reflektere sammen med andre om sine erfaringer for å bli bevisst sin rolle og for å kunne utvikle seg som hjelper. Vår studie av sykepleierne erfaringer i psykiatriske dagsentra vil kunne synliggjøre hva de legger vekt på i sin relasjon til brukerne.

## Metode

I dette kvalitative studiet har vi valgt å gjennomføre individuelle intervju for å få frem kunnskap om sykepleierne erfaringer i psykiatriske dagsentra. Hensikten var å få frem sykepleierne meningene med å arbeide ved disse stedene.

## Utvalg

Siden psykiatriske dagsentra blir drevet ut fra forskjellig ideologi (22), valgte vi å intervju erfarne sykepleiere ved seks ulike psykiatriske dagsentra i Norge. Seks sykepleiere i alderen førti til seksti år sa seg villige til å delta (5 kvinner og 1 mann). Vi intervjuet tre sykepleiere i tre bykommuner i Nord-Norge og to i to landkommuner. I tillegg intervjuet vi en sykepleier i en by på Østlandet. Vi vurderte å intervju flere sykepleiere, men ved gjennomgang av materialet, fant vi ut at vi hadde fått sykepleierne erfaringer av rolle og funksjon tilstrekkelig beskrevet.

## Forskningsetikk

Studien ble vurdert og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig data-tjeneste (NSD). Vi opprettet kontakt direkte med lederne i de psykiatriske dagsentrene i kommunene som rekrutterte informanter. Hver enkelt informant ble informert om studien. De fikk informasjon om at deltakelsen var frivillig og at de kunne trekke seg fra studien om de ønsket. Deltakerne gav skriftlig informert samtykkeerklæring i henhold til Helsinki-deklarasjonen (23).

Intervjuene ble utført på basis av en semistrukturert intervjuguide, og det ble lagt til rette for en mest mulig åpen samtale for å få fram erfaringene til informantene. Intervjuguiden var inndelt i temaområder med spørsmål rundt rolle og funksjon, samarbeid med andre deltakere; pårørende, ansatte, brukere, andre etater, forhold til brukermedvirkning, brukerstyring og brukeransettelser og om hvordan tjenesten var organisert.

## Analyse

Analysemetoden som ble anvendt er en fenomenologisk – hermeneutisk metode inspirert av den danske professor Kvale (24). Vi følger hans tre analysefaser 1) selvforståelse, 2) kritisk forståelse basert på «common sence», 3) teoretisk forståelse. Analysefasen starter allerede i intervjusituasjonen; videre i analysefasen leste begge forfatterne teksten hver for seg. Begge leste gjennom teksten flere ganger og fikk et hovedinntrykk av hva teksten handler om. Deretter kom vi sammen,

diskuterte og satte sammen meningsenheter. Vi fant både gjentakelser og forskjeller i meningsenhetene, disse ble identifisert og kodet i ulike tema. Etter en gjennomlesing på nytt, noterte vi ned de temaene som gjentok seg. Disse var nært knytte opp mot sykepleierens erfaring av deres rolle og funksjon. Vi fant tre hovedkategorier og disse er veiledning i et brukerperspektiv, støtte og samvær. I siste fase av analysen la vi en relevant teoretisk ramme rundt resultatene for å forstå funnene som fremkom. Gjennom hele analysefasen har vi samarbeidet tett for å ivareta validiteten.

## Funn

Vi har valgt å presentere funnene i temaene veiledning i et brukerperspektiv, støtte og samvær, jamfør figuren under.

### Følgende figur viser funnene i studien:

Hovedtema	Undertema
Veiledning i et brukerperspektiv	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Å være en refleksjonspartner</li> <li>– La brukerne fortelle og sette ord på opplevelser</li> <li>– Hjelp brukerne til å tenke helse ved å lære de å kjenne signalene på kroppen slik at de kan forstå sine behov</li> </ul>
Støtte	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Fremme brukerens opplevelse av å være viktig for andre</li> <li>– Fremme selvstendighet hos brukeren</li> <li>– Byr mer på seg selv</li> <li>– Tilrettelegge for bruker deltakelse på dagsenteret</li> </ul>
Samvær	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Legge til rette for at brukerne skal kunne være sammen</li> <li>– Fremme et trygt og positivt miljø</li> <li>– Fremme et lærende fellesskap</li> <li>– Medvirke til at brukerne skal få seg arbeid</li> </ul>

## Veiledning

Informantene fortalte at veiledning omkring spørsmål knyttet til brukerens helse er en viktig del av arbeidet på dagsenteret. En av sykepleierne fortalte om dette; «når brukerne trenger råd og veiledning vet de at de kan få hjelp hos sykepleieren». Denne sykepleieren understreket at brukerne var tydelige på at det var sykepleierens oppgave å gi veiledning knyttet til somatiske sykdommer og personlige problemer. En informant fortalte følgende;

*Når det er noen som har det vanskelig på noe vis så spør de meg. Og hvis det er noe personlige problemer så spør de meg. Men slike medisinske forhold som er ganske åpenbart et spørsmål om somatiske plager og medisiner; vi har en del pasienter som har somatiske plager også selvfølgelig, noen har epilepsi, noen har utlagt tarm, det er litt forskjellige problemstillinger. Da er det tydelig at det er min rolle å ta meg av slike ting. Stelle stomien for eksempel.*

Sykepleierne fortalte at de ble godt kjente med brukere som var der over tid og kunne følge med i om det var endringer i deres livssituasjon. Sykepleierne uttrykte at de følte et stort ansvar for om situasjonen for noen av brukerne endret seg i negativt retning. En sykepleier fortalte følgende;

*Hvis det er noe som dreier seg om at vi tror at noen er deprimert eller har vanskeligheter eller noe annet, så blir det min rolle og ta det opp med vedkommende, for å høre hva problemet er, og finne ut av dette sammen med den enkelte.*

Alle sykepleierne fortalte at deres rolle innbefatter veiledning, en informant karakteriserte deler av veiledningen som livsveiledning. En informant forteller følgende;

*Jeg vil karakterisere mye av det vi jobber med for livsveiledning, spesielt i forhold til disse unge mennene. De har på en måte gått seg fast i et spor som de ikke klarer å komme seg ut av og som de trenger hjelp til for å komme seg videre i livet. Vår oppgave blir å styrke brukerne slik at de kan gå videre.*

Livs-veiledning omfatter grunnleggende sykepleiekompetanse om blant annet søvn, ernæring, hvile og aktivitet. Livs-veiledning innebar også å lære brukerne å kjenne signalene på egen kropp slik at de kunne gjenkjenne og samtale om «ondtene» og angsten de kjenner på knyttet til disse grunnleggende behovene. Sykepleierne hevdet at veiledning omkring disse tema hjalp brukerne til å finne ut av og å komme seg videre i livene deres. Sykepleierne fortalte at de la vekt på å synliggjøre overfor brukerne at det finnes muligheter mer enn begrensninger. På denne måten mente de at livs-veiledning bidrar til at de fikk mer grep om livet sitt og kunne se fremover.

Alle sykepleierne mente det var viktig å ta seg tid til å samtale med hver enkelt om alle «ondtene» og angsten som den enkelte kjente på. Gjennom disse samtalen mente sykepleierne at brukerne fikk mer innsikt i sin egen livssituasjon. Sykepleierne la vekt på å se hele mennesket, spesielt ressursene. Det var i samtale med brukerne at de i fellesskap kunne bygge videre på det som brukerne tok opp som sentrale tema i livet sitt. I samtalen med brukerne la sykepleierne vekt på og tok seg tid til å la brukerne selv få uttrykke seg slik at de lærte å sette ord på det de ønsket å samtale om og hva som betydde noe i livet deres;

*Det handler om å presse grenser, men ikke så mye at de «går helt i kjelleren». Brukeren må ivaretas individuelt og det utfordrer oss spesielt når de ikke klarer å uttrykke seg verbalt. De har ikke språk og dette skal vi lære dem – de har ikke ordene... reaksjonene kommer etterpå – det er det som gjør det utfordrende.*

Utsagnet fra sykepleieren viser at brukerne kan ha vanskeligheter med å sette ord på det de føler. Sykepleierne legger vekt på at de gjennom veiledning hjelper brukeren med å sette ord på tanker og følelser. Slik kan brukerne få mer kontakt med seg selv og bli klar over egne behov og hva de ønsker med livet sitt.

## Støtte

Alle informantene understreker at de bruker mye av tiden på dagsenteret til å etablere støttende relasjoner til brukerne. Sykepleierne forteller at støttende relasjoner etableres i samtale om tema som opptar brukerne. En sykepleier forteller at spesielt unge brukere ga uttrykk for at de hadde behov for å snakke med dem om sin livssituasjon. Sykepleier sa om dette; «de ønsket å snakke om sin usikkerhet i forhold til om de er alvorlig psykisk syke, eller om de muligens bare har lettere psykiske problemer». I slike samtaler undrer sykepleieren seg sammen med brukeren gjennom å tenke høgt omkring det som blir fortalt dem av brukerne. Sykepleierne fremhever at de støtter brukerne i slike samtaler ved å lytte, forstå og bekrefte det brukeren forteller.

Sykepleierne sier også at de etablerer støttende relasjoner til brukerne gjennom utførelsen av praktiske gjøremål på dagsenteret, eksempler sykepleierne kom med var deltakelse på husmøter, matlaging, klesvask og ulike aktiviteter. En av sykepleierne forteller at når de gjorde hverdagslige aktiviteter sammen med brukeren, diskuterte de ofte hvordan de skulle utføre ulike oppgaver. I dette samarbeidet opplevde de at de ble mer på «likefot» med brukerne, slik en av sykepleierne uttrykte;

*Når vi deltar på denne måten byr vi mer av oss selv, og da blir vi kjente med sider ved brukerne som understreker at de er helt alminnelige mennesker.*

Sykepleierne forteller at de gjennom dette synliggjør seg selv som person på flere forskjellige måter. En måte å synliggjøre seg på er å ta eksempler fra eget liv om behov for søvn og hvile og om behov for en oversiktlig privatøkonomi. Når sykepleierne bød på seg selv på denne måten, ble brukeren bevisstgjort på at det er mange likhetstrekk mellom dagliglivet til en sykepleier og en bruker. Sykepleieren poengterte at brukerne opplevde dette som støttende. Alle sykepleierne var opptatte av at støtten de gav brukerne ved dagsenteret skulle være av personlig karakter, men ikke privat. De mente at når støtte ble gitt på en slik måte la de til rette for å styrke brukernes evne til å mestre ulike situasjoner i dagliglivet. En av sykepleierne uttrykker det på denne måten;

*Sykdommen blir jo litt i bakgrunnen her, ja veldig i bakgrunnen. Det*

*handler mer om livet deres, for jeg fokuserer ikke på sykdommen jeg fokuserer på mestring; hvordan de skal mestre dagen, hvordan de skal trives, hvordan de skal ha det og hvordan de skal få til ting, på tross av at de har en sykdom.*

Dette viser at sykepleierne var opptatte av å støtte brukerne gjennom hverdagslige gjøremål og samtaler på dagsenteret. Ved å være på tilbudsiden og ved å sense brukerens behov kunne sykepleieren avgjøre når tid hun trengte å ta den enkelte brukeren tilside for å samtale med ham. Det er for å hjelpe brukeren til selv å mestre livet sitt.

### Samvær

Alle informantene fortalte at det var en viktig del av jobben på dagsenteret å legge til rette for et fellesskap som brukerne opplever som trygt og positivt. En av sykepleierne fortalte;

*Samværet daglig rundt måltidet bidrar til å gjøre ting i lag. Noen ganger kan samspillet skape glede, mens andre ganger er det nødvendig med grensesetting.*

Alle informantene la vekt på at de brukte samværet knyttet til måltidet for å kommunisere med brukere og for å få brukerne til å kommunisere med hverandre. Slik oppnådde sykepleierne at brukerne lyttet til hverandre og satte ord på egne erfaringer. Måltidet var et viktig sosialt samlingspunkt der sykepleierne la vekt på å skape en trygg og god situasjon for brukerne. På tross av at sykepleierne la vekt på å etablere et trygt miljø, hendte det av og til at situasjoner tilspisset seg. Slike situasjoner der brukere reagerte på andre brukere, eller reagerte på uttalelser fra sykepleierne kunne oppstå. Når dette oppsto ble det vanskelig å være til stede for noen brukere. Sykepleieren griper da inn og roer ned situasjonen ved å ta med seg utagerende brukere ut av måltidssituasjonen. På denne måten skapes det ro. Sykepleierne bruker slike hendelser som eksempel i samtaler etterpå og retter fokus mot andre måter å løse utfordringene på, noe som kunne skape et lærende fellesskap.

En av sykepleierne uttrykte dette om ulike måter å ha samvær på;

*Mange ganger sitter jeg i stua og løser kryssord, men jeg er jo der, de ser meg jeg trenger ikke delta. Hvis samtalen går fritt og greit så trenger ikke jeg å blande meg bort i det de samtaler om.*

Sykepleieren gav uttrykk for at det var hennes oppgave å legge til rette for at brukerne kunne etablere og utvide sine sosiale nettverk på dagsenteret. Gjennom denne tilretteleggingen kunne brukerne bli kjent med andre brukere, knytte vennskapsbånd, og gjøre ting sammen utenom dagsenterets åpningstider. Flere sykepleiere la vekt på at deres tilstedeværelse litt tilbaketrukket mange ganger bidrar til å trygge miljøet slik at brukerne tør å ta initiativ til aktiviteter. De mente at den tilbaketrukne posisjonen førte ofte til at brukerne bød mer på seg selv i samtale med andre brukere, og deltar mer.

Sykepleierne la vekt på at de mange ganger i samværet hjalp brukerne til å finne frem til praktiske aktiviteter på dagsenteret som kunne være meningsfulle for den enkelte. I tillegg kunne de formidle kontakt med arbeidsgivere utenom dagsenteret. En informant sier;

*For det er så viktig for de menneskene det gjelder, om så det bare er en time. Det er så viktig fordi de har en jobb, det er så normaliserende fordi de har noe som de andre har, og som er av betydning for samfunnet.*

Sykepleieren fortalte at når de er med å legge til rette for at brukerne kan delta i aktiviteter og å skaffe seg arbeid, virker det normaliserende, og brukerne føler seg dermed mer verdsatt.

### Diskusjon

Funnene i vår studie var veiledning i et brukerperspektiv, støtte og samvær og disse kategoriene gikk over i hverandre.

#### Veiledning

Sykepleierne i vår studie påpekte at spesielt de unge brukerne trengte råd og veiledning. Dette er noe finner igjen hos Birkeland & Kristof-

fersen (25). De intervjuet 8 brukere i forhold til hvordan de opplevde hjelpen fra psykiatrisk hjemmesykepleie i egen bolig. Funnene viste at de ønsket en stabil og uformell relasjon mellom sykepleiere og brukere med fokus på emosjonell støtte og den praktiske situasjon i hjemmet. Måten sykepleierne på dagsentrene veiledet brukere på, mener vi også kan sammenliknes med Freires (26) pedagogiske ideer og hvordan disse kan relateres til empowerment som prosess. De sentrale prinsippene i empowermentprosessen er å lytte til dem som er i fokus, å bruke aktive læringsmetoder som krever brukermedvirkning gjennom en dialog basert på likeverd. Dette har til hensikt å skape felles forståelse, felles kunnskap og handling eller forandring. I følge Gibson (27), Borg & Topor (28), Karlsson (12), Sæterstrand (29) og Deagan (30) vil et deltakerfokus medføre at hjelperne legger vekt på brukernes egen aktive rolle i bedringsprosessen. En viktig egenskap hos fagfolk er anerkjennelse av brukerrollen som vil si å bli møtt som en person i en livssammenheng og ikke kategorisert og behandlet som en diagnose. Dette finner vi igjen hos Ruud & Reas (31) som skriver at brukerne ønsker mer respekt fra helsepersonell og de ønsker større deltakelse i utformingen av helsetjenesten. Finstad (21) mener at brukerkompetanse og deltakerperspektiv må ligge til grunn i en veiledningskontekst i dette samarbeidet.

Veiledning kan i følge forfatteren bidra til å styrke og realisere brukermedvirkning. Dette avhenger av den relasjonelle, om sykepleieren har en innstilling og en holdning til å gå utover sitt eget og slippe fram brukernes erfaringer i veiledningssamtalen. Å inn ta en holdning der en slipper fram den andre og gjør denne synlig, krever at sykepleieren har kunnskap og erfaring med veiledning (32).

#### Støtte

Sykepleierne mente at deres rolle og funksjon dreide som om å sette brukeren i sentrum ved å støtte ham. Betydningen av å ha mot og engasjement til å vise nærhet og oppmerksomhet var tydelig hos disse sykepleierne. De vektla et brukerperspektiv i det de gjorde for og sammen med brukerne. De brukte tid på å la brukeren tre frem ved å være tilstede i situasjonen. Det at sykepleierne byr på seg selv er en erkjennelse av at de har forstått sin rolle. Dette kan sammenliknes med hva teologen og filosofen Løgstrup (17) beskriver. Kommunikasjon kan sees på som en bevegelse mellom naturlig tillit, utleverhet og blottstilling på den ene siden, og makt og moralsk ansvar på den andre siden. Han mener at det er de mest elementære fenomener ved vår eksistens vi har vanskeligst for å bli oppmerksomme på. Sykepleierne i vår studie mestret å vise brukeren tillit og var oppmerksomme på deres behov for å bli sett. De veiledet brukerne, de støttet dem og la vekt på samværets betydning for muligheter for mestring.

#### Samvær

Samvær og hverdagslige aktiviteter fremstod som hovedinnholdet i psykiatrisk dagsenter. Måten sykepleierne opptrådte på overfor brukerne var essensielt, og deres erfaringer fra samværet med brukerne viste at sykepleierrollen og funksjonen var betinget av at de kunne kommunisere både verbalt, men også nonverbalt. De var i stand til å se brukeren. Dette kan sammenliknes med hva Martinsen (24) skriver om sykepleierens væremåte og hva som bør ligge til grunn når fokus er ivaretagelse av mennesker som lider. Hun refererer til Løgstrups (17) og hans beskrivelse av de fem suverene livsytringene; tillit, håp, talens åpenhet, barmhjertighet og medfølelse. Disse presenterer Løgstrup (17) som bærende livstrekk som vi ikke ville kunne eksistere som mennesker foruten. Samværet mellom sykepleiere og brukere bør ha noe positivt i seg for å få opp livskraften til brukeren. Det er altså via livsytringene det kan lykkes å vekke den andres opplagthet og livsmot, slik at han kan utfolde seg i livet. Når sykepleierne tenker høyt sammen med brukerne er de på denne måten med på å få de til å tørre å tre frem. Og relasjonen mellom dem må være tillitsvekkende. Sykepleierne i vår studie er seg selv som person i møtet med den andre, og samværets betydning for brukerne ble trukket frem. Dette kan sammenliknes med Haug (15) studie av hva brukerne ønsket av sykepleierne når det gjaldt samvær og relasjonsutvikling. Samværets betydning for brukerne er sentralt, og dette finner vi igjen hos i Yurkovich og Smyers (33) undersøkelse. Å finne håp og mening i tilvæ-

relsen kan skapes ut fra positivt samvær, noe som også Langeland (7) viser til. Hun fant at gjennom samvær med andre kan brukere oppleve at tilværelsen har sammenheng og mening. Samværet kan ha forskjellig karakter avhengig av behovet hos den enkelte, og dette finner vi igjen hos Robberstad (3). Hun fant gjennom sin studie at for en del brukere var det mest naturlig å få fotfeste i grupper og aktiviteter i lag med andre brukere, mens flestparten hadde som mål å bli integrerte i et naturlig sosialt nettverk og få arbeidskollegaer, venner og naboer. Sykepleierne i vår studie fokuserte på brukernes sterke sider og var oppmerksomme på deltakerperspektivet. Dette kan sammenliknes med hva Finstad (21) fant i sin studie der begges kompetanse, helsepersonell og brukere, utvikler seg side om side når begge grupper deltar sammen.

### Konklusjon og anbefalinger

Sykepleierne har en viktig rolle og funksjon på dagsenteret i form av omsorg og veiledning til brukerne. Når sykepleierne verdsatte og inkluderte brukeren som likeverdig, påvirket dette brukerens syn på seg selv. Anerkjennelse av brukeren gav dem styrke til å gå videre i livet. Gjennom brukermedvirkning, og gjennom handlingene viste sykepleierne omsorg for den andre.

Sykepleiers rolle og funksjon på psykiatrisk dagsenter i dag, slik denne studien viser, må fokusere på både å gi omsorg og deltakermuligheter. For noen brukere vil dagsenteret være et sted hvor de kan delta i meningsfylte aktiviteter og også muligens lede enkelte aktiviteter. Kjernen i dette er at sykepleierne gjennom de hverdagslige situasjonene på psykiatrisk dagsenter klarer å finne frem til brukernes egne ressurser og gjennom dette styrke brukeren. Her antar vi at veiledning er et av sykepleierens kjerneområde for å bidra til å styrke brukernes mestring i hverdagen

### Konsekvenser for teori, metode eller praksisutvikling

Det kunne vært interessant å utdype kunnskapen om betydningen av sykepleiers rolle og funksjon i psykiatrisk dagsenter, sett fra brukerens perspektiv ved intervju av brukere. For det andre kunne man forsket mer på hvordan man ivaretar og veileder brukere i forhold til mentale og kroppslige behov, herunder ernæring.

Godkjent for publisering 9.02.2010

Torill M. Sæterstrand, Associated Professor/Cand.san/Førstelektor, Høgskolen I Bodø, Studiested Stokmarknes, Børøynv. 10, NO – 8450 Stokmarknes, Mail: torill.saeterstrand@hibo.no.  
Tlf : +04776118056/+4793287385

Aase B. Møllersen, Assistant Professor/Cand.san/Høgskolelektor, Høgskolen i Bodø, Studiested Rana, Strandgt. 16-18, NO – 8607 Mo i Rana, Mail: aase.b.moellersen@hibo.no  
Tlf : +4775129729/+4795066171

### Referanser

- Sosial- og h. Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2006: Sosial- og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003–2006. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2003.
- Stortinget. Innstilling fra sosialkomiteen om psykiske lidelser og tjenestetilbudene (Åpenhet og helhet): St.meld. nr. 25 (1996-97). [Oslo]: Komiteen; 1997.
- Robberstad H. Pasient frå 9–15: dagavdelingar i den desentraliserte psykiatrien. Bergen-Sandviken: Fagbokforl.; 1997.
- Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene: kortversjon Veileder. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006.
- Andreassen TA, og Fossetøl, K. Relasjonsmestrere. Oslo: Gyldendal Akademiske; 2004.
- Vinther-Jensen K, Lundemark Andersen M. Empowerment i praksis: et sundhedsfremmeprojekt for arbeidsfrie. Århus: Afdelingen for Sundhedsfremme, Udvikling og Forskning; 1997.
- Langeland E. Sense of coherence and life satisfaction in people suffering from mental health problems: an intervention study in talk-therapy groups with focus on salutogenesis. Bergen: Department of Public Health and Primary Health Care, Section of Nursing Science, University of Bergen; 2007.
- Dalgard OS, Døhlie E, Ystgaard M. Sosialt nettverk, helse og samfunn. Oslo: Universitetsforl. : I samarbeid med Senter for sosialt nettverk og helse; 1995.
- Lillestø B, Hansen JI. «Pasientfelleskapets» betydning for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Oslo: Akribe; 2000. p. s. 57–82.
- Martinsen K. Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays. [Oslo]: TANO; 1989.
- Bachke CC. Dagsenterforskning resymert og belyst med erfaringer fra et kommunalt dagsenter for psykisk helse. Tidsskrift for psykisk helsearbeid2007(03).
- Karlsson B. «Det liksom bruser i meg»: opplevelser og erfaringer med mani og å være pasient i enakuttpsykiatrisk post. 2006. p. S. 97–123.
- Sæterstrand T. Virksomme relasjoner. Klinisk sykepleie2009;3:4–12.
- Almvik A. En annerledes fagrolle?: psykiatrisk sykepleie i kommunehelse-tjenesten. [Trondheim]: Sykepleierhøgskolen i Sør-Trøndelag, Videreutdanningen i psykiatrisk sykepleie; 1994.
- Haug K. Terapeutisk miljø for egosvake psykiatriske pasienter: en beskrivende studie av pasienters ønsker og behov for miljøet i gruppene i et psykiatrisk dagsenter. [Oslo]: Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap; 1991.
- Antonovsky A. Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask. København: Hans Reitzel Forlag; 2000.
- Løgstrup KE. Den etiske fordring. [Oslo]: Cappelen; 2000.
- Topor A. Hva hjelper?: veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer. Oslo: Kommuneforl.; 2006.
- Andersen T. Mellom-menneskelige forhold, språk og for-forståelse. Fokus på familien1992;20:33–43.
- Seikkula J. Åpne samtaler. [Oslo]: Tano Aschehoug; 2000.
- Finstad HH. Brukerkompetanse – samsoner for utvikling av erfaringsbasert kunnskap innen psykisk helsearbeid og rusomsorg. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2010;vol. 7(nr.1):36–41.
- Gunnes O. Nye alternativer i psykiatrien. Helsedirektoratet, editor. Oslo 1987.
- Ruyter KW, Solbakk JH, Førde R. Medisinsk og helsefaglig etikk. Oslo: Gyldendal akademisk; 2007.
- Kvale S. Den kvalitative forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur; 1997.
- Birkeland AK, K. Opplevelse av behov for hjelp hos psykiatriske pasienter som bor i egen bolig. Vård i Norden2004;24(4).
- Freire P. De undertryktes pedagogikk. Oslo: Gyldendal; 1974.
- Gibson CH. A concept analysis of empowermwnt. Journal of Advanced Nursing1991;16:354–61.
- Borg M, Topor A. Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. Oslo: Kommuneforl.; 2003.
- Sæterstrand T. Helsefremming i praksis på brukerskolen. Tidsskrift for psykisk helsearbeid2009(1/2009):60–9.
- Deagan P. Recovering Our Sense of Value After beeing Labeled Mentally Ill. Journal of Psychological Nursing1993;31:7–11.
- Ruud ToR, D. Distriktpsykiatriske sentra, tjenestetilbud og brukertilfredshet. Status og variasjon 2002. Sintef Unimed www.sintefno2007.
- Finstad HH. «A room with a view» Emphasizing experiences: A study of mid-level leaders practice with mwntoring. Journal of Practice Teaching & Learning2008;8(2):51–64.
- Yurkovich E, Tish S. Stategies for maintaining optimal wellness in the chronic mentally ill. Perspectives in Psychiatric Care 1998;34(3):17.

# Hva påvirker sykepleierstudentenes trygghet og læring i klinisk praksis?

Tove Lisbeth Holmsen, høgskolelektor/can.san

INFLUENCES ON NURSING STUDENTS' CONFIDENCE AND LEARNING IN CLINICAL PRACTICE

## ABSTRACT

Narratives of student nurses from their clinical practice experience are collected and analysed to elucidate what they consider important in order to advance learning from practice and, in particular, how they think about confidence as a potentially significant element. Based on a non-strict structural analysis (Ricoeur, 1979, Lindseth & Norberg, 2004) narratives were read on a naïve level. A number of the subthemes appeared: students being seen and heard, good organization of practice periods, continuous feedback during practice, establishing mutual expectations and securing time for reflection all seem to be core elements in the students' experience. Students support the initial hypothesis of the project, namely that confidence is a crucial aspect in learning from practice.

My interpretation deals with low predictability.

**KEYWORDS:** student practice, confidence, situated learning, narratives, predictability.

## Bakgrunn

Klinisk praksis er en svært viktig del av sykepleierutdanningen. Halvparten av utdanningen bruker studentene på å bli kjent med hvordan profesjonelt arbeid utføres. Mange studenter opplever frustrasjon og skuffelse på grunn av tidspress i klinisk praksis. De har en følelse av å ikke strekke til og en følelse av å bli brukt som «gratis arbeidshjelp».

Helsetjenesten har de siste tiår gjennomgått flere organisatoriske endringer som naturlig nok har innvirkning på sykepleierstudentenes kliniske praksis. Eksempel på dette er spesialisering, mer poliklinisk virksomhet, økt pasientgjennomstrømming, kortere liggetid og ikke minst endring i pasientsammensetning som gir økt andel pleietrengende pasienter (1). Konstant overbelegg i avdelingene kombinert med lav bemanning medvirker til at sykepleierne opplever at tiden ikke strekker til. Dårlig samvittighet overfor pasienter og pårørende er ikke uvanlig (2). Tidspresset blir ekstra stort når praksisveilederne i tillegg har ansvar for veiledning og oppfølging av sykepleierstudenter i klinisk praksis.

Studier viser at det avsettes lite tid til undervisning eller veiledning av studenter i praksis (3,4).

Opplevelsesaspektet av å være student ute i klinisk praksis blir forsøkt belyst i denne studien. Intensjonen er å få frem hva studentene mener påvirker deres opplevelse av trygghet/ utrygghet i klinisk praksis og hvordan studentene opplever klinisk praksis som læringsarena.

Heidegger og Husserl (5,6) er begge opptatt av den menneskelige eksistens. Hva vi som mennesker gjør, vår måte å omgås ting på mener de har med vår identitet å gjøre. Studentene opplevde praksis som frustrerende, de opplevde utrygghet i klinisk praksis som gjorde noe med deres identitet som mennesker.

## Problemstilling og forskningsspørsmål

Trygghet er et flerdimensjonalt begrep som omfatter både individuell og kollektiv trygghet (7:33). Studien vil kople trygghet til sosial integrasjon, tillit til omgivelser, forutsigbarhet, gjensidige forventninger og stabile nære relasjoner. Menneskelig fellesskap er forbundet med opplevelse av å bli ivaretatt og å føle tilhørighet (7,8).

Å bli tatt inn i fellesskapet er viktig fordi trygghet utvikler seg i møte med andre, i møte med mennesker og med ting (8,9,10,11).

Hva påvirker studentenes trygghet og læring i klinisk praksis? Hva la de i begrepet trygghet? Hva kunne de selv gjøre for å påvirke trygghet i sin egen kliniske praksis?

Opplevelse av trygghet vil kunne føre til at studentene våger å være mere aktive i forhold til egen læring. De vil utnytte egne ressurser og arbeide bevisst for å nå sine læringsmål.

Læring skjer gjennom deltakelse i sosial praksis. Som del av en kultur lærer studentene gjennom deltakelse i kulturen. Læringsteorien vil være situert læring og oppfattes som kontekstbundet og situasjonell. Studenter lærer å forstå og håndtere en sosial praksis gjennom konkret deltakelse.

Forståelsen vil være at å delta perifert, ved å observere andre, ikke er tilstrekkelig, men at studentene lærer ved full deltakelse i praksisfellesskapet. En relasjonell avhengighet mellom mening, forståelse og læring på den ene side, og aktører, omgivelser og aktivitet på den andre siden (12,13,14).

## Metode

Studien har et kvalitativt, eksplorativt og beskrivende design som er rettet mot studenters erfaringer og opplevelse av hva de mener påvirker trygghet/utrygghet i klinisk praksis. Studien er inspirert av Ricoeurs filosofiske refleksjon (15). Ricoeurs refleksjoner rundt forholdet forståelse og forklaring er hensiktsmessig for studiens problemstillinger. Hans form for generalisering av teksten fra studentenes mening, til å la teksten selv uttrykke en mening uavhengig av selve konteksten, vil være relevant for denne studien. En tekst kan ha mange tolkninger foran seg, ikke bare tolkning av mening uttrykt i opprinnelig talesituasjon eller kontekst (15). Det kan synes som at teksten utover talesituasjon kan være av interesse når respondentenes fortellinger skal analyseres. Diskursen i tekstene er sentral i tolkningen, og diskursen avdekker kulturelt og sosialt virksomme verdier som reflekteres i levde fortellinger. Tolkningen er basert på dialektikken mellom forforståelse og tekst. Studentenes opplevelse av trygghet/utrygghet i klinisk praksis, slik de ble beskrevet i fortellingene, var noe de selv hadde opplevd i klinisk praksis. Å få tak i studentenes budskap, selve meningen, er nettopp i følge Ricoeur å få frem de viktigste momenter i diskursen i en helhetlig forståelse (15,16).

Ricoeur sier: «Det vi ønsker at forstå, er derfor ikke noget som skjult bag teksten, men noget som åbnes foran den» (15:58).

I denne studien vil forutsigbarhet i betydning av å ha oversikt og struktur være sentralt for å skape trygghet (17,18).

Søk etter artikler ble gjort i Evidence based Nursing, CINAHL, EBSCO, SveMed+ og British Nursing Index. Søkord var: clinical education in nursing, predictability in clinical nursing, predictability in nursing, situated learning and confidence in clinical nursing. Det var flere av artiklene som ikke var relevante i forhold til forutsigbarhet, trygghet og læring i klinisk praksis.

Forskningsmaterialet er basert på tre individuelle intervjuer og to gruppeintervjuer. Individuelle intervjuer ble gjennomført for å kart-

legge den enkeltes forståelse og mening om fenomenet trygghet og læring i klinisk praksis. Gruppeintervjuene ble gjennomført for å få frem informasjon om utveksling av synspunkter. Var det felles forståelse eller uenighet i gruppene om hva som påvirket sykepleierstudentenes trygghet og læring i klinisk praksis? Fokuset vil være fortellinger/erfaringer fra somatiske sykehus. Deltakerne i undersøkelsen benevnes respondent i betydningen den som selv har opplevd det som ønskes undersøkt (19,20). Studien legger opp til en hermeneutisk/fenomenologisk tilnærming inspirert av Ricoeurs filosofiske fortolkningsteori.

Forespørsel om deltakelse til individuelle intervjuer ble gjort skriftlig til åtte tilfeldig utvalgte nyutdannede sykepleiere. Tre av dem ønsket å delta.

Studentene ble i tredje år ved sykepleierutdanningen forespurt om å delta i gruppeintervju etter at de hadde gjennomført alle praksisperioder i utdanningen. Åtte studenter ønsket å delta. I hvert gruppeintervju deltok fire studenter. To kvinner og to menn i alderen 25–50 år. Gruppeintervju ble valgt fordi samtalen ofte kan få en egendynamikk, slik at det den ene sier blir fulgt opp av de andre i gruppen (21).

Informasjonsmøte ble holdt på Høgskolen for de åtte respondentene som ønsket å delta.

Respondentene mottok tre sentrale spørsmål:

- Hva legger du i begrepet trygghet?
- Hva var det som påvirket trygghet og læring for deg som student i klinisk praksis?
- Hva kunne du selv gjøre for å påvirke trygghet i klinisk praksis?

Respondentene ga samtykke til å delta og ble informert om at deltakelsen var frivillig. De kunne trekke seg når som helst fra undersøkelsen. Fortellingene ville bli anonymisert. Alle bånd ville bli slettet etter at forskningsprosjektet var avsluttet. Intervjuene kunne blitt foretatt hvor som helst, men Høgskolen ble valgt fordi det var naturlig at dialogsituasjonen skulle foregå i et for respondentene kjent miljø (20).

Respondentene ble oppfordret om å fortelle om situasjoner de hadde opplevd i klinisk praksis, situasjoner som de mente hadde bidratt til trygghet/utrygghet og læring. Alle intervjuene hadde en form av samtale hvor respondentene resonnerer i forhold til den aktuelle tidsperioden. Forskeren stilte spørsmål underveis der noe virket uklart. Det ble benyttet båndopptaker. Intervjuene ble ordrett transkribert. Opptakene ble hørt to til tre ganger før endelig tekst var klar. Datamengden i denne undersøkelsen var på 35 fortellinger basert på erfarte situasjoner. Hvert gruppeintervju varte fra 60 til 90 minutter. Den transkriberte teksten ble sendt respondentene for eventuelle kommentarer.

## Dataanalysen

Datamaterialet ble analysert ved hjelp av lese- og fortolkningsprosess i tre steg: Naiv lesing, strukturanalyse og dybdefortolkning. Naiv lesing innebærer at teksten leses flere ganger for å få fram et bilde av hva fortellingene handlet om. Fortellingene danner bakgrunn for strukturanalysen. Strukturanalysen vil være en fortolkning i fire steg: Meningsbærende enheter, komprimering, transformering, undertema og hovedtema. Intensjonen var å få fram tekstens interne struktur med tema og undertema som skulle være grunnlag for den siste fasen, dybdefortolkningen. Dybdefortolkningen besto i å analysere og diskutere funn i de tidligere faser som helhet opp mot studiens teoretiske perspektiv (15).

## Metodekritiske refleksjoner

Forskningsarenaen var ikke ukjent for meg som forsker. Jeg har over flere år hatt studenter i klinisk praksis. Utfordringen var å ha evne til å balansere mellom nærhet og distanse (21). Jeg stilte meg spørrende til hvorfor studenter opplever praksis så forskjellig, hva la de i begrepet trygghet, hva som påvirket trygghet og læring, og hva de selv kunne gjøre for å påvirke trygghet i klinisk praksis? Enkeltintervjuer ble foretatt for å kartlegge om trygghet var sentralt i studentenes hverdag. Gruppeintervju ble valgt for å få et større perspektiv. Kritiske spør-

mål kan her stilles til om utvalget i stor grad besto av de som hadde hatt problemer i praksis?

Et annet problem er om gruppen ble styrt i for stor grad (19,20)? Fortellingene var mange og til dels sterke rent følelsesmessig fordi noen trodde de sto i fare for å stryke i praksis. Mange av tekstene fra studentenes praksis bekreftet hverandre.

Fortellingene fungerte som en måte å strukturere intervjuene på i analysefasen. Jeg valgte Ricoeurs tekstteori etter at intervjuene var gjennomført. Kritikk kan muligens rettes mot min analyse. Var utvalget av fortellinger som presenteres i studien relevante? Forskers tolkning av fortellingene kan en også stille seg kritisk til. Gjenspeiler data som har kommet frem kategoriseringen som er valgt?

Respondentenes fortellinger om opplevelse fra klinisk praksis kan etterprøves av andre, men vil aldri kunne sammenlignes etter som vi som mennesker opplever verden forskjellig.

Spørsmål kan også rettes mot om funn i denne studie bidrar til ny eller økt erkjennelse om de forhold som er undersøkt (19,20)? Et argument kan være at sykepleierutdanninger er organisatorisk og innholdsmessig forskjellige.

## Etiske betraktninger

Alle respondentene ga skriftlig tillatelse til at intervjuene kunne foretas. Alle fikk beskjed om at de når som helst kunne trekke seg fra studien. Respondentene fikk også tilsendt transkribering for gjennomlesing og eventuelle kommentarer. Ingen respondenter hadde flere kommentarer til teksten.

## Funn

Funn blir presentert i samsvar med analysenivåene i forskningsmetoden fra naiv lesing, strukturanalyse til dybdefortolkning.

I fortellingene gjengis ordrett hva respondentene mente påvirket deres trygghet/utrygghet i klinisk praksis opp mot læring.

## Naiv lesning

Respondentenes fortellinger har fokus på hva de opplevde og erfarte i klinisk praksis. De ble utfordret på ulike måter, både faglig og menneskelig. Utfordringene var preget av å ikke bli sett og ivaretatt. De følte seg dermed ikke velkomne inn i praksisfellesskapet. Organiseringen var ikke tilfredsstillende etter som flere fikk praksisveiledere som gikk i 30 % stilling. Praksisveiledere var ikke klar over hvor langt studentene hadde kommet i sin arbeidsplan. Manglende tilbakemeldinger underveis resulterte i beskjeder om fare for stryk ved midtevalueringen. Flere av respondentene opplevde manglende tid for refleksjon /veiledning på grunn av tidspress. Praksisveilederne tok ofte veiledning med respondentene under selve ferdighetsutøvelsen.

## Strukturanalyse

Gjennom analysen kom det frem et hovedtema: Trygghet fremmer læring, noe respondentene bekreftet i studien. Hovedtemaet ble analysert fram fra fem undertema (Fig. 1) Funn presenteres i den rekkefølgen undertemaene blir presentert i figuren.

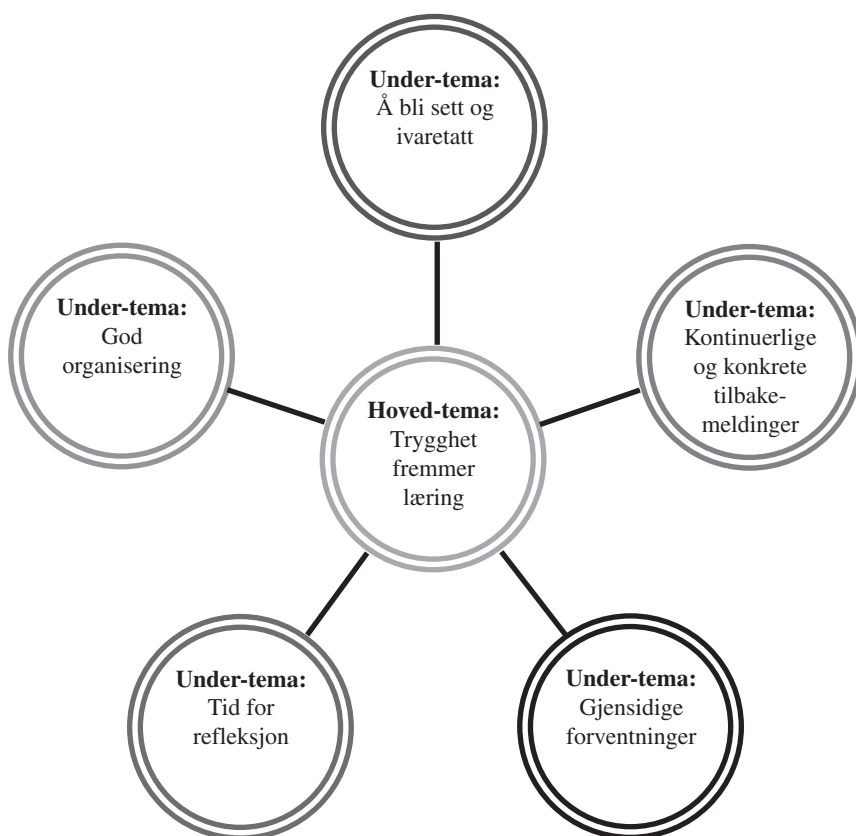
## Å bli sett og ivaretatt

Respondentene opplevde de første dagene i klinisk praksis som overveldende. Overfylte avdelinger, stress og telefoner som ringte virket frustrerende. Det var viktig for respondentene å bli mottatt i avdelingen, bli sett og ivaretatt av praksisveiledere og de andre sykepleierne.

Følgende fortelling viser hvordan respondenten opplevde å bli sett og ivaretatt:

*«Jeg hadde jo håpet at praksisveilederne tok i mot meg første dag og viste meg rundt. Fortalte meg om hva slags kasus jeg skulle jobbe med de neste åtte uker. Hva jeg kunne forvente å lære i avdelingen. At de viste interesse for meg som student, spurte hva jeg hadde hatt av teori på skolen og tidligere praksis. Og taltale meg ved navn, ikke kalte meg «studenten», jeg ble så frustrert av det.»*

Fig. 1



En annen respondent opplevde å bli sett og ivaretatt under hele praksisperioden:

*«Jeg opplevde min veileder svært dyktig. Jeg følte meg så trygg i lag med henne. Hun slapp meg til, ga meg ansvar, var med meg når jeg skulle gjøre ting jeg var usikker på. Neste gang sto hun uten at jeg visste det i døren eller bak meg og observerte. Jeg verken så eller hørte henne. I ettertid sa hun «kjempebra». Det ga meg selvillit og gjorde at jeg våget å gå inn i nye situasjoner.»*

Situasjonen i fortellingen kan bli forstått som at noen praksisveiledere i større grad tillater å gi respondentene ansvar fordi de var trygge på seg selv. Praksisveilederen hadde lang erfaring i utøvelse av sykepleiefaget. Hun overlot ansvaret til andre, samtidig som hun hadde oversikt, observerte og ga tilbakemeldinger underveis og i etterkant. Å få tillit kan forstås som at respondenten våget å gå inn i nye situasjoner som hun mente fremmet læring. Hun brukte i følge Jones (22) to strategier ved å presse på og modellere. Praksisveileders erfaring er en effektiv strategi for læring og profesjonell utvikling.

### God organisering

Ifølge Rammeplan (2000) og studieplan, skal Høgskolen og praksisfeltet sammen organisere klinisk praksis som en læringsarena. God planlegging viste seg å ha stor betydning for trygghet og læring i klinisk praksis.

*«Er ikke praksisperioden organisert og planlagt føler jeg utrygghet. Når veileder ikke vet at hun skal ha student før jeg står i avdelingen skaper det frustrasjon og følelse av ikke å være velkommen. Det at praksisveileder blir løsrevet fra avdelingens faste rutiner slik at hun har tid til meg som student. Det vil også være viktig at jeg får tid til å bli kjent i avdelingen før jeg får administrative oppgaver. Jeg følte ofte jeg ble «kastet» ut i situasjoner jeg var utrygg på. Men jeg ser i ettertid at jeg burde planlagt bedre selv og gitt praksisveileder tilbakemelding, og jeg kunne etterspurt tilbakemelding på hva hun mente jeg burde jobbe mer med. Det var vanskelig å se det selv de første ukene.»*

Avdelingene skal få beskjed om hvor mange studenter som kommer, når de kommer og hvor lang tid praksisperioden varer. Erfaring viser imidlertid at praksisveiledere sjelden blir løsrevet fra avdelingens gjøremål. Det er ikke alle studenter som opplever at de har gode rollemodeller for sin praksisutøvelse.

En annen respondent mente at Høgskolens lærere burde mer ut i praksis, noe som ville kunne skape bedre organisering og oppfølging. Praksis og Høgskolens lærere hadde mye å lære av hverandre:

*«Jeg tror at de som underviser i Høgskolen bør ut i praksis, da ville de ha sett problemet og kanskje grepet tak i det. Da hadde de ansatte i høgskolen og de ansatte i praksis fått mer forståelse for hva studentene bør lære i praksis. Lærerne burde fulgt oss opp slik at vi hadde veiledere å gå sammen med, ikke at vi måtte «henge oss på» noen tilfeldige fordi praksisveileder har avspasering eller ferie. Dessuten tror jeg at lærerne og sykepleierne i praksis har mye å lære av hverandre.»*

Respondenten mente at Høgskolen burde ta større ansvar for studenten ute i klinisk praksis.

### Kontinuerlige og konkrete tilbakemeldinger

Tilbakemeldinger underveis i praksisperioden synes viktig for de fleste. Noen opplevde tilbakemeldinger fra hjelpepleiere og andre sykepleiere. De fleste savnet tilbakemeldinger fra sine praksisveiledere:

*«Det skapte trygghet å få tilbakemeldinger fra min veileder underveis, da visste jeg hva som var bra og hva jeg måtte jobbe videre med i praksisperioden. Om tilbakemeldingene var positive eller negative var ikke så viktig. Det ga meg iallfall et signal om hvor jeg sto. Må jo innrømme at det var fint å få positiv tilbakemelding på det jeg gjorde. Men synes det burde vært gitt mer tilbakemeldinger underveis i praksisperioden. Da hadde jeg kanskje jobbet enda mer for å nå mine mål.»*

En respondent fikk ingen tilbakemelding før midtevaluering:

*«Jeg fikk ingen tilbakemelding fra min veileder før halve praksisperioden hadde gått, da sa hun at jeg sto i fare for å stryke. Da hadde jeg bare lyst til å dra hjem og slutte i hele studiet, gjøre noe helt annet. Heldigvis fikk jeg en samtale med lærer fra Høgskolen som endret mitt standpunkt.»*

Kan det skyldes mangel på kommunikasjon mellom respondent og praksisveileder? Hva med respondentens ansvar for egen læring? Burde respondenten ha vært mer aktiv og etterlyst tilbakemelding fra veileder? Var det signaler fra veileder som tilsa at respondenten ikke våget å etterspørre tilbakemelding?

### Gjensidige forventninger

To respondenter tok opp gjensidige forventninger i forhold til trygghet. Betydningen av at de ble gjort oppmerksomme på hva som ventet dem ute i praksis, ble understreket, men også at praksisveilederne ble informert om hva respondentene hadde av kunnskaper når de kom ut. Følgende fortelling beskriver forholdet:

*«At praksisveilederne vet hva de kan forvente av meg på det nivå jeg er. Da hadde jeg kunne jobbe mer spesifikt med de ting jeg hadde behov for. Følte det ble så stort sprik mellom det praksisveileder mente jeg skulle fokusere på og det jeg selv ønsket å jobbe med. I ettertid ser jeg at jeg burde tatt det ansvaret selv og sagt klart fra hva jeg ønsket å jobbe med, men kommunikasjonen sviktet rett og slett. Det jeg følte i ettertid var at jeg burde ha sagt i fra om hvordan*

*jeg følte det. Hver gang jeg fikk en kommentar så klarte jeg ikke si noe der og da. Det ble så feil.»*

Praksisveilederne får tilsendt en oversikt over hva studentene har gjennomgått av teori og ferdigheter før praksis. Det kan synes som at informasjon fra Høgskolen i noen tilfeller ikke blir lest eller gitt praksisveilederne. Oversikten ligger i mange tilfelle hos seksjonslederne. Lærerne som følger studentene i praksis, vil under målsamtalen med student og praksisveileder informere om hva studentene har gjennomgått i teoriblokken forut for praksis. Hva den enkelte respondent lærer og ønsker å lære kan bero på avdelingens tilbud.

En annen respondent sa:

*«Det er stor forskjell på veiledere. Jeg har hatt veiledere som har gått på veiledningskurs på Høgskolen, de setter andre krav til meg som student. De forteller hvilke forventninger de har til meg som student. Da kan også jeg si noe om mine forventninger til denne praksisperiode og til dem som veiledere. Jeg opplevde at de bevisstgjorde meg mer hva jeg trengte å lære. Det ble dermed enklere for meg å sette opp en arbeidsplan.»*

Veiledningskurs i Høgskolen er tilbud til praksisveiledere. Kurset gir praksisveiledere en bevisstgjøring på hva studenter har behov for å lære i klinisk praksis. Økonomi og antall ansatte styrer tilbudet som blir gitt, da avdelingene har sitt eget budsjett å forholde seg til. Påbud om innsparinger i helsevesenet er et kjent fenomen.

### Tid for refleksjon

Schøn (1987) skiller mellom tre nivåer: Knowing-in-action, reflection-in-action og reflection-on-action (23).

Reflection-on-action var det nivået som respondentene mente var mest sentralt for læring i klinisk praksis. Tid for refleksjon ble i svært liten grad ivaretatt fordi tidspresset i praksis var stort.

*«Det var for stressende på jobb, det var synd, fordi jeg mange ganger hadde hatt behov for og satt ord på ting eller situasjoner jeg opplevde i praksis. Det å ha tid til å reflektere sammen med veileder var det ikke rom for. Vi tok refleksjoner der og da. Er det refleksjon da?»*

Refleksjon under selve ferdigheten, kan være nyttig i ferdighetstrening, men respondentenes behov var refleksjon over praksissituasjoner i ettertid.

En respondent uttalte:

*«Jeg har alltid skrevet mye refleksjonsnotater, det å få satt ord på hva jeg har vært igjennom. Det skjer daglig ting som går inn på deg. Det å få tatt det opp med veileder, få tilbakemelding og en bekreftelse var kjempeviktig for min læring. At vi hadde den mulighet på slutten av dagen var nyttig for meg. Det var refleksjonene jeg synes jeg lærte mest av i min kliniske praksis. Det å se meningen i noe gjorde meg nysgjerrig. Det å mestre noe ga meg følelse av mestring.»*

Refleksjoner viste seg å foregå på Høgskolen med lærerne og medstudenter:

*«Vi studenter var også flinke til å bruke hverandre. Vi reflekterte sammen og diskuterte på vei til og fra jobb, også i lunsjen, tok opp hva som var bra og hva vi eventuelt kunne gjort annerledes i forskjellige situasjoner. Vi hadde jo praksis på forskjellige avdelinger, derfor lærte vi nok mye av hverandre Det ser jeg nå i ettertid.»*

Å diskutere/ reflektere med medstudenter i samme situasjon fremmet i følge respondentene trygghet og læring.

### Diskusjon

Etter å ha sett på den naive lesningen og strukturanalysen kan det se ut for at dybdefortolkningen går på respondentenes mangel på forutsigbarhet og tilhørighet for å oppleve praksis som en trygg læringsarena. Forutsigbarhet, evnen til å forutsi, forberede seg på og kontrollere et gitt hendelsesforløp gir trygghet (16,19).

Organisasjonen, Høgskolen, praksisveileder og lærer har ansvar for at studentene utvikler seg i et trygt miljø hvor handlingsberedskap og handlingskompetanse er oppnåelig.

### Organisasjonen

Rammeplan for bachelorutdanningen gir retningslinjer for ansvarsfordelingen mellom Høgskolen og praksisfeltet. Praksisstedet har ansvar for å beskrive og konkretisere hva slags læresituasjoner, sykepleieutfordringer og samarbeidsutfordringer som finnes (24:216). Erfaringer viser at organisasjonen i liten grad har konkretisert hva studentene kan forvente å møte i klinisk praksis. Reduserte sykepleiestillinger fører til at studentene får flere praksisveiledere å forholde seg til. Det kan skape frustrasjon å forsøke å følge turnus til flere praksisveiledere.

God planlegging av klinisk praksis og konkrete tilbakemeldinger ville skape mer forutsigbarhet. «Å bli sett og ivaretatt» og tatt imot i avdelingen av praksisveileder. Respondentene ønsket å vite hva de gikk til, hva de kunne forvente å møte i praksisperioden, hvilken pasientgruppe de ville møte, hvilken kunnskap det ble forventet at de skulle inneha, og hvilke ferdigheter det ble forventet at de skulle kjenne til. Respondentene mente at god planlegging mellom skole og praksissted var sentralt, også at sykepleierne visste at de kom, når de kom, og hvor lenge de skulle være ute i praksis.

### Praksisveileder

Praksisveilederen har ansvar for veiledning i praksisstedets spesialiteter og egenart. Praksisveilederen har også ansvar for å ivareta studentene når de kommer i avdelingen. Praksisveileder skal følge dem opp og gi kontinuerlige og konkrete tilbakemeldinger. Kontinuerlige og konkrete tilbakemeldinger skapte i følge respondentene trygghet. Da visste de hvor de sto i læringsforløpet. Erfaringer viser at tilbakemeldinger er altfor dårlig ivaretatt i de fleste organisasjoner (24).

Respondentene som opplevde en trygg og lærerik praksisperiode hadde hatt praksisveiledere som hadde veilederkompetanse. De hadde fått kontinuerlige og konkrete tilbakemeldinger i hele praksisperioden. Ikke all praksisundervisning som gjøres av erfarne sykepleiere er god. Studentene er ofte prisgitt sine praksisveiledere (24,25) Sandin (26) påpeker i sin artikkel at studentene ikke har tro på seg selv, at det er viktig å forstå deres følelse av usikkerhet.

Kontinuerlig og konkret tilbakemelding og evaluering fra praksisveileder viser ikke bare at faglige forhold og prosedyrer er av betydning, men også at de mellommenneskelige forhold vil være av betydning i læringssammenheng. Respondentene kommenterte perspektivet. Praksisveiledere som viser interesse, er inkluderende og deler erfaringer med respondentene, vil være avgjørende for læring i klinisk praksis.

Respondentene ønsket konstruktiv kritikk. Blåka og Filstad (23:139) hevder at: «Nykommere som ønsker å utvikle seg og ha fremgang, vil høre om sine svakheter så vel som styrker, og få praktiske råd om hvordan de kan komme videre». Respondentene hevdet at de ønsket både ris og ros av sine praksisveiledere. Tilbakemeldinger kan føre til forbedringspotensiale.

Et annet aspekt er terminologien som til dels er ukjent for respondentene den første tiden i klinisk praksis (27).

### Lærer

Høgskolen er hovedansvarlig for kvaliteten på veiledningen, noe som krever jevnlig veiledning og tilstedeværelse i praksis. Noen studenter og praksisveiledere mener at Høgskolens lektorer/lærere ikke deltar nok i den praktiske læringen, og at fraværet skaper kløft mellom teori og praksis. Dette ble kommentert av respondentene.

Studier viser at det vanskelig lar seg gjøre å være oppdatert på praksis og samtidig arbeide i Høgskolen. Utfordringen vil derfor være å samarbeide med praksisveilederne til studentenes beste (23).

### Studenten

Respondentene tok selvkritikk på egne forventninger. Enkelte mente de ikke hadde tatt initiativ til å ta opp sine forventninger med praksisveilederne. Grunnen kan være at de på et så tidlig tidspunkt ikke visste

hva de kunne forvente seg av praksis. Kan det være mangel på forutsigbarhet?

Studentene har ansvar for egen læring. Borge (8:126) hevder at: «De som krever individualismens og de frie valgenes totale seier, glemmer sitt trygghetsbehov, og de glemmer dessuten at rettigheter forutsetter at det også finnes plikter». I denne studien vil plikter kunne være at respondentene selv tar initiativ til at forventninger, veiledning og tid for refleksjon blir ivaretatt i klinisk praksis, noe flere respondenter kommenterte under intervjuet.

Flere studenter på samme avdeling skapte trygghet. En av respondentene uttalte: «at vi var flere studenter på vakt samtidig har vært positivt, vi har brukt hverandre og utvekslet erfaringer oss imellom, det var tryggere å diskutere med en medstudent».

Studier viser derimot at studenter ønsker større grad av tilbakemelding fra andre enn medstudenter. Årsaken kan muligens være at praksisveiledere i større grad gir både «ris» og «ros» (4).

Tid for refleksjon var i følge respondentene viktig for trygghet og læring i klinisk praksis. Erfaringer viser at sykepleiernes hverdag er preget av høyt arbeidspress, lav bemanning, tredelt turnus og mange alvorlig syke og dødende pasienter, noe som vil kunne ha innvirkning på om det blir rom for refleksjon i studentenes kliniske praksis. Respondentene opplevde i liten grad tid for refleksjon med praksisveilederne. Veiledning ble tatt underveis. Resultatet ble at tekniske og oppgaveorienterte sider ved sykepleieutøvelsen ble fokusert (28).

Veiledning er en istandsettingsprosess og vil være formell og foregå i et arbeidsforhold.

Noen avdelinger har en kultur på at refleksjon er nyttig læring både kollegialt og med studenter. Forskning på at refleksjon er nyttig for læring i klinisk praksis er dokumentert (27).

Respondentene så i ettertid at de hadde et selvstendig ansvar i forhold til å etterspørre tid for kartlegging av forventninger, tid for refleksjon og få tilbakemeldinger underveis.

Studier som er gjennomført i forhold til egne forventninger gikk på å ta initiativ og oppsøke læresituasjoner (29).

I denne studie ga respondentene uttrykk for at praksisstudier var travle og at de ble slitne. Dette medførte at de fant det vanskelig å lese pensum når de var i klinisk praksis.

## Konklusjon

Læringsresultater vil være avhengig av trygge og gode rammer (28). Studien viser at studentene ønsker forutsigbarhet og de ønsker tilhørighet til praksisfellesskapet. De vil bli sett og ivaretatt. Studentene ønsker å få klarlagt gjensidige forventninger og få kontinuerlige tilbakemeldinger underveis og få avsatt mer tid for refleksjon (28,30). Bedre organisering og samarbeid mellom organisasjonen og Høgskolen slik at de vet hva de kan forvente å møte i klinisk praksis. Her vil både organisasjonene, Høgskolen, praksisveilederne og studentene ha et felles ansvar. Støtte i et fellesskap vil ha betydning for studentenes trygghet og læring.

Studien viser at studentene mangler forutsigbarhet, de kommer ut i en til dels ukjent praksis.

I Ricoeurs tenkning ligger ønske om en bedret fremtid, ikke å bekrefte det bestående (31). Det var også målet med denne studien, at klinisk praksis må tilrettelegges slik at den føles trygg og fremmer læring for studentene.

Godkjent for publisering 17.12.2009

Tove Lisbeth Holmsen, Høgskolelektor/can.san ved Høgskolen i Østfold, Avdeling helse- og sosialfag, studieretning sykepleie, NO – 1757 Halden Tlf: +4769 30 31 92 / +4797 74 79 36  
Mailadresse: tove.l.holmsen@hiof.no

## Referanser

1. SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning. SINTEF RAPPORT: Stykkevis og helt – sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus, Oslo, 2001.
2. Kristiansen E. Kombinerte stillinger – Høgskole/Universitet og praksisfelt Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning nr.3, 2005, årgang 7.
3. Heggen K. Sykehuset som «klasserom». Oslo: Universitetsforlaget A.S., 1995.
4. Halse K. Kliniske studier i sykepleierutdanningen. Oslo: Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning, 2005; 3,3–17.
5. Heidegger M. Væren og Tid. Oslo: Pax Forlag, 2007.
6. Husserl E. Fenomenologiens ide. Gjøteborg: Daidalos.
7. Hylland Eriksen T. (red.) Trygghet. Oslo: Universitetsforlaget, 2006.
8. Borge A.M. Trygghet er en forutsetning for læring. Tidsskriftet Sykepleien nr.5/1999.
9. Zilembo M. & Monterosso L: Towards a conceptual framework for preceptorship in clinical education of undergraduate nursing students. Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing profession, 2008 Aug;30 (1): 89–94 (20ref).
10. Maslov A.H. Motivation and personality. New York: Harper Collins, 1987.
11. Segesten K. Pasienters opplevelser av trygghet och trygghet, Göteborg: Segesten forlag AB, 1994.
12. Hammer E. Individualisering og trygghet i det senmoderne samfunn i Hylland Eriksen T.(red.) Trygghet, Oslo: Universitetsforlaget, 2006.
13. Dysthe, O.(red.) Ulike perspektiver på læring og læringsforskning. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag A.S., 1996.
14. Lave, J. & Wenger, E. Situert læring og andre tekster. København: Hans Reitzels Forlag A/S, 2003.
15. Ricoeur P. Fortolkningsteori. København: Vintens Forlag, 1979.
16. Lindseth A. & Norberg A. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. Nordic College of Caring Sciences, Scan J Caring Sci; 2004; pp.18,145–153. Kennedy – Olsen B. Praktiken i fokus. Studentlitteratur. Lund, 1995.
17. Strand L. Fra kaos mot samling, mestring og helhet. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2008.
18. Hummelvoll J.K. Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2001.
19. Jacobsen D. I. Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode 2.utgave. Kristiansand S: Høgskoleforlaget, 2005.
20. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Gjøvik: Ad Notam Gyldendal, 1997.
21. Repstad P. Mellom nærhet og distanse. Oslo: Universitetsforlaget AS, 1987.
22. Jones AMI. Students' perceptions of the preceptorship clinical experience. Rush University, 2000; D.N.Sc. (125p).
23. Blåka G. Filstad C. Læring i helseorganisasjoner. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag AS, 2007.
24. Tveiten S. Pedagogikk i sykepleiepraksis. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, 2008.
25. Bjørk I.T. & Bjerknes M. S. Å lære i praksis. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
26. Sandin I. «FORUM: Klinisk sjukskøterskeutbildning. Handledande sjukskøterskor i samverkan skole – sjukhus». Nordisk Pedagogikk, 2003 – Nr.02.
27. Lauvås K. Lauvås P. Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi, 2.utgave. Oslo: Universitetsforlaget, 2004.
28. Lillemoen L. Det er bare sånn jeg er... En undersøkelse om sykepleiestudenters utvikling av moralsk opptreden. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2008.
29. Dillern G. & Christiansen Ø. «Det er flott å være i praksis, men...» Bodø: HBO-rapport nr.1/2005.
30. Solvoll BA. Omsorgsferdigheter som pedagogisk prosjekt – en feltstudie i sykepleierutdanningen. Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2007.
31. Pedersen KL. fortellinger om den kliniske veileder som <<dommer>> i vurdering av sykepleierstudenten. – En analyse basert på Paul Ricoeurs teksteori. Vård i Norden, 2005 nr.2. Publikasjon nr.76.

# Kompetanse i tiltakskjeden – avdelingslederes erfaringer om utskrivninger av eldre pasienter fra sykehus

Wivi-Ann Tingvoll, førstelektor – Torill Sæterstrand, førstelektor – Sven-Tore Dreyer Fredriksen, førstelektor/doktorand

COMPETENCE IN THE CHAIN OF INTERACTIONS – EXPERIENCE FROM THE HEAD OF DEPARTMENTS REGARDING DISCHARGE FOR ELDERLY PATIENTS FROM HOSPITALS.

## ABSTRACT

The large increase of elderly patients admitted to hospitals constitutes a big challenge for the secondary health care. This article is about how health care managers experience the basis for release of elderly patients. We performed open in depth interviews with eight ward managers about their experience concerning the evaluation that are done in regard of releasing elderly patients from the hospitals to primary health care. The findings have been analyzed according to Kvaales phenomenological-hermeneutical methodology. The findings are presented analysed and interpreted from four sub themes;

**Results:** There where a lack of competence in the chain of actions. It was lack of competence in the interaction where elderly has a complex need for health care services. Indistinct strategy on treatment and care at the time of admission. Different views on what is the right care for elderly patients. Elderly patient`s needs for health care service are not met and take care of.

**Conclusion:** The findings points in a direction that there is a challenge to establish a distinct chain of action i the health care service. Counties and hospitals have different traditions and cultures regarding safeguard the of the elderly

**KEY WORDS:** Phenomenology, hermeneutics, elderly patients, release from hospitals, continuous chain of measures.

## Innledning

Eldre over 80 år utgjør 4,6 % av den norske befolkningen (1). Av pasienter innlagt i indremedisinske avdelinger utgjør eldre i samme aldersgruppe 35–40 % av pasientbelegget. De fleste innlegges i sykehusene som øyeblikkelig hjelp (2). Dette utgjør en årlig økning på 24 % i tidsrommet fra 1998 til 2002 (3). I tillegg til denne økningen blir 20 % av disse eldre reinnlagt innen to måneder etter utskrivelse. Det forventes at sykehuset, som et ledd i tiltakskjeden, skal ta hånd om eldre pasienter både angående behandling og komplikasjoner. I tillegg forventes det en avklaring av oppfølgingen i forhold til kommunehelsetjenesten. Kommunen, som et annet ledd i tiltakskjeden, skal ha skriftlig varsel fra sykehuset om at pasienten er utskrivningsklar (at de kan behandles på et lavere nivå) innen ti dager fra «ferdigmeldingen» er sendt fra sykehuset. Når kommunen har mottatt melding om utskrivningsklar pasient, og kommunene ikke følger opp ferdigmeldingen, er kommunene pålagt å betale for utskrivningsklar pasient innliggende i sykehuset (4, 5, 6). Et av formålene med dette tiltaket har vært å redusere antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter i sykehus. Begrepet «utskrivningsklare pasienter» ble en etterfølger og et erstatningsbegrep for begrepet «medisinsk ferdigbehandlete» pasienter (4). Ferdig behandlede pasienter er personer som er ferdigbehandlet i sykehus, men som har behov for videre behandling av kommunene som neste ledd i tiltakskjeden (7). Begrepet utskrivningsklar gir en større dynamikk, fordi en her sier at pasienten er utskrivningsklar fra sykehus. Det utelukker ikke at pasienten trenger annen type oppfølging/tiltak videre. Begrepet trekker derfor opp tre aktuelle perspektiver; hva eldres behov i sykehuset, tilbudet de får i sykehus som konsekvens av de økonomiske insentivene, samt forutsetning for at pasienten skal få et tilfredsstillende tilbud. Det vil si at hele tiltakskjeden (både i spesialisthelsetjenesten og kommunen(e)) fungerer slik at pasienten får et tilfredsstillende tilbud på lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet) (8). Generelt viser Nordic Medico Statistical Committee (NOMESKO) at sykehusforbruket er lavere i Norge enn eksempelvis Sverige og Danmark, mens gjennomsnittlig liggetid er høyere (9).

Nasjonal helsepolitikk i Norge har siden 1980 foreskrevet endringer

i rammebetingelser som «resept» mot høye kostnader og manglede effektivitet i norske sykehus (10). I tillegg vektlegges det også at det skal være et likeverdig helsetilbud mellom pasienter, og grupper av pasienter (11). Sykehusene skal derfor styres gjennom økonomiske insentiver hvor det skal bli mer lønnsomt med poliklinisk virksomhet enn behandling av kronikere i sengepost (12). Finansieringen belønner det enkelte behandlingsvedtak, mens utfallet av behandlingen og kvaliteten på tjenesten krever at det finnes en fullstendig og helhetlig tiltakskjede (13, 14, 15, 16). Pasienter som kan behandles i sitt nærmiljø bør derfor få tilbud om dette, dersom det er ressursmessig forsvarlig. For dem som er innlagt fra hjemmet er målsettingen at de skal tilbake etter sykehusoppholdet. Helse Nord's Handlingsplan for geriatri varslar sterk satsing på geriatrifeltet (2). Til tross for skiftende organisatoriske tilknytninger, nye finansieringssystemer og funksjonsfordeling har ikke endringer av rammebetingelsene berørt den daglige virksomhet innenfor sykehusene. Det er ingen entydig sammenheng på endring i tilknytning og finansieringsform, eller endring i samhandling og organiseringsmåte internt (17). Det indikerer i evaluering av foretaksorganisering at endring ikke berører pasientene og helsetjenestene direkte (18).

Det finnes noe forskning om innleggelse i sykehus, men det er lite gjort av undersøkelser om hvilke tilbud utskrivningsklare pasienter i sykehuset får i påvente av et tilbud i/fra kommunen (19). Garåsen m. fl. (18) har sett på etterarbeidet etter sykehusoppholdet i en styrket sykehjemsavdeling, såkalt intermedieær avdeling, som ble sammenlignet med fortsatt opphold i sykehus. Garåsen m. fl. (18) beskriver i en annen studie at leger som arbeider i sykehusavdeling med eldre pasienter opplever at det er en utfordring og sørge for effektive og gode pasientforløp, slik at de innlagte kan gjenvinne funksjon og livskvalitet på samme nivå som før akutt sykdom. Gautun m. fl. (20) hevder at en av konsekvensene av insentivtenkningen er at sykehusene nedprioriterer behandling av pasienter med sammensatte lidelser og at de utskriver pasientene for tidlig. Flere studier har vært gjort om reinnleggelse av eldre pasienter som viser at en kan unngå disse innleggelene med bedre planlegging og samhandling mellom sykehuset og kommunene. Williams og Fitton (21) fant at nærmere 60 % av alle reinnleggelse av pasienter fra 65 år og eldre kunne vært unngått. Pear-

son m. fl. (22) fant at leger utenfor sykehus mente at bedre planlegging og bedre samhandling kunne ført til færre reinnleggelse. Gautum m. fl. (20) har undersøkt forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale pleie- og omsorgstjeneste. Utviklingen av rutiner og en kultur for samhandling og dialog mellom kommune og sykehus er nødvendig. Viktige suksess faktorer i en utskrivningssituasjon synes å være at oppmerksomheten må være rettet mot pasienten og de faglige spørsmål fremfor økonomi og at sykehuset gir veiledning. Andre studier viser at det er mangelfull oppfølging av pasienter og liten koordinering av tilbudet til eldre pasienter i overgangen mellom behandlingsnivåene (23, 24, 25, 26). Hellesø m. fl. (27) hevder at fokuset man har, og arbeider innefor de to tjenestenivåene, vil farge tjenesten. Hensikten med denne undersøkelsen er å få kunnskaper om hvordan helsevesenet ivaretar eldre utskrivningsklare pasienter i lys av en sammenhengende tiltakskjede i helseforetakene. Det søkes å få kunnskap om hvordan virkeligheten fortøner seg for personalets i sykehus, nettopp fordi det er personalet som står i den kliniske hverdag og ser hvordan utskrivningen og vurderingen fungerer. Derfor stilles forskningsspørsmålet: Hvordan erfarer avdelingsledere i sykehus grunnlaget for utskrivelse av eldre pasienter over 80 år?

### Metode

I denne studien anvendes Kvaales (28) fenomenologisk-hermeneutisk metodetenkning; som innbefatter intervju som datasamlingsmetode, samt en analysemetode i tre steg. Metoden er valgt fordi den egner seg til å få fram og fortolke erfaringer, i denne sammenheng avdelingslederens erfaringer i forhold til utskrivelser av eldre pasienter i fra sykehus.

### Tilgang til forskningsfeltet

Det ble gjort skriftlig henvendelse til toppledelsen ved fire sykehus med forespørsel om tilgang til informanter. Avdelingslederne (alle sykepleiere) ble valgt som informanter med bakgrunn i at de har overordnet ansvar for avdelingens drift. Dette innebærer at de innehar erfaringsgrunnlag både fra et faglig- og administrativt ansvar.

### Datainnsamling og analyse

Det er gjennomført åpne dybdeintervju med åtte avdelingsledere om deres erfaringer vedrørende vurderinger som gjøres med tanke på utskrivning av eldre pasienter fra sykehus til kommunehelsetjenesten. Intervjuene ble foretatt på den enkelte informants kontor og foregikk som samtale, hvor informantens fortellinger danner grunnlaget for videre spørsmål/samtale i intervjuet. Intervjuene ble tatt opp på bånd og videre transkribert ord for ord til skriftlig tekst. Alle informantene hadde mer enn fem års erfaring som avdelingsleder i avdelingen hvor intervjuene ble foretatt.

I henhold til Kvaales (28) metodetenkning inngår det tre analysefaser; egenforståelse (self understanding), allmenn forståelse (common sense) og teoretisk tolkning (theoretical interpretation). I fase en inngår, slik artikkelforfatterne forstår det, å oppsummere hva informantene selv forstår med intervjuene i en fortettet form.

I fase to går en ut over det informantene forstår ved at forfatterne går i en form for dialog med teksten, og hvor forskerne stiller spørsmål og teksten gir svarene. I denne fortolkningsprosessen integreres aktuell kunnskap gjennom forskernes forforståelse, samtidig som forskerne forblir på et allment forståelsesnivå. Alle forfatterne har bakgrunn som sykepleiere, ledere i sykepleietjenesten og lærere i høgskolesystemet. Temaene fra denne analysefasen danner strukturen i common sense.

Under den tredje fasen anvendes det et teoretisk kunnskapsgrunnlag for å fortolke meningen i utsagnene. I denne sammenheng bli det benyttet et fenomenologisk-hermeneutisk kunnskapsgrunnlag i søken mot dybdeforståelse. I funnene inngår både analysefase en og to, mens fase tre utgjør diskusjonsdelen i artikkelen.

Førsteforfatter (Wivi-Ann Tingvoll) har hatt hovedansvaret for innsamling av data. Data har vært kontinuerlig diskutert mellom forfatterne gjennom hele analysearbeidet.

### Forskningsetikk

Studien er godkjent gjennomført av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. Sammen med forespørsel og informasjonsskriv til informantene ble det også sendt med samtykkeerklæring. For å ivareta informantens anonymitet ble samtykkeerklæringen sendt direkte tilbake til førsteforfatter (Wivi-Ann Tingvoll).

### Funn og fortolkning

Med utgangspunkt i erfaringene til åtte avdelingsledere ble det analysert fram et overordnet tema vedrørende grunnlaget for utskrivning av eldre pasienter. Det overordnede teamet er; kompetansebrist i tiltakskjeden. Temaet blir analysert og fortolket ut fra fire sub-tema; manglende samhandling hvor eldre har sammensatte behov, utyelighet på strategi for behandling og omsorg, ulike oppfatning om riktig faglig tilbud for de eldre pasientene, samt at eldres pasienters behov blir ikke møtt og ivaretatt (tabell 1). Funnene blir presentert og fortolket ut fra den organisering som kommer fram i tabell 1.

Tabell 1. Oversikt over sub-tema og tema.

Sub-tema	Tema
Manglende samhandlingskompetanse hvor eldre har sammensatte behov for helsetjenester	Kompetansebrist i tiltakskjeden
Utydelighet på strategi for behandling og omsorg allerede fra pasientene blir innlagt	
Ulike oppfatningen om hva som er riktig faglig tilbud for eldre pasienter	
Eldres pasienters behov for helsetjenester blir ikke møtt og ivaretatt	

### Kompetansebrist i tiltakskjeden

#### *Manglende samhandling hvor eldre har sammensatte behov for helsetjenester*

De ulike sykehusene hadde organisert seg ulikt med tanke på behandling, pleie og rehabilitering av eldre pasienter med sammensatte behov. Noen av sykehusene hadde kommet lengre enn andre i organiseringen av team, noe som viser at det er ulik kompetanse i de ulike sykehusene i forhold til ivaretagelsen av eldre.

*«Vi opplever at etter at vi etablerte geriatrieteam er det en diskusjon på hvordan det skal fungere i samhandlingen mellom sykehus og kommunene».*

Dette kan forstås som at det er en usikkerhet om hvilke type samhandling det skal være mellom behandlingsnivåene, men også hva samhandlingen skal innbefatte. Det kan også forstås slik at det foregår en endringsprosess som oppleves som uklart i sykehusene. Dette understøttes også av informantene når de sier at:

*«Med den nye organisasjonsmodellen i sykehusene er det stadig endringer. En av endringene var fra ferdigbehandlet til utskrivningssklar, og det fører til en bevissthet og planlegging av utskrivelsen».*

Det kan synes som at lederne har en tydeligere bevissthet på hvor lenge pasientene skal ligge i sykehuset. Nå er kravet blitt endret ved at man kaller det for utskrivningssklar og at kommunene skal overta den videre behandling.

Legene er en av faggruppene og det var vanskelig å få de til å ta seg tid til å møte opp.

*«Fastlegen er lite inn i bildet. Et par ganger har en tatt kontakt og da er det pasienter som han har hatt i mange år og som hadde sammensatte behov».*

Dette kan tyde på at et av de viktige leddene i kommunehelsetjenesten, fastlegen, som har innleggelsen som ansvarsområde, ikke er

involvert i utskrivningsprosessen. Det kan også synes som om det ikke bare er legene som uteblir fra deltakelse.

*«Vi opplever det at vi slet svært mye med å få til en fast kontaktperson i kommunen for å få skrevet ut pasienter».*

Det virker som om det er vanskelig å få kontakt, samarbeid og et organisert opplegg med faste personer i kommunehelsetjenestens pleie- og omsorgstjeneste i forbindelse med utskrivningen.

#### **Utydelighet på strategi for behandling og omsorg allerede fra pasientene blir innlagt.**

Det er i sykehusene det ble avgjort om pasientene er utskrivningsklare, og dette blir bestemt av den medisinskfaglige ansvarlige lege. Kommunens eget inntakskontor gjennomførte ikke en vurdering av om hvorvidt pasienten er utskrivningsklar.

*«Beslutningen om at en pasient er utskrivningsklar gjøres etter at vi har hatt en diskusjon på at vi i sykehuset er enige om hvilken dato som skal settes (... ) det er legene i sykehus som har den endelige avgjørelse når pasienten er utskrivningsklar».*

Utsagnet kan tyde på at det er en flerfaglig sammenkomst i sykehuset før beslutningen om utskrivningsdato fattes. Det synes som at det kun er de/den medisinske ansatte i sykehuset som tar den endelige beslutningen.

Lederne forteller at det foreligger en utydelighet på strategi for behandlings- og omsorgsinnhold allerede fra pasientene blir innlagt. Prosessen med utskrivning startet allerede ved pasientens innkomst til mottakelsen. Et av sykehusene hadde laget en egen prosedyre over utskrivningsprosessen, og samtlige ansatte sykepleiere hadde en liten plastfolder som de brukte som sjekklister. Folderen inneholdt blant annet spørsmål som: har du sendt tidligmelding og har du mottatt før-Barthel – Activities of daily living (ADL-indeks) fra kommunen. Personalet sjekket om det var sendt tidligmelding med samtykke fra pasienten. *«Utskrivningsprosessen starter når pasienten skrives inn».* Dette kan fortolkes som en tydelig bevisstgjøring på at planlegging av pasientens tidsmessige opphold i sykehuset har fått større fokus. Det kommer også fram andre utsagn i forhold til ønsker om det å unngå lengre sykehusopphold.

*«Pasienter med et lengre sykehusopphold kan bli påført sykehusinfeksjoner, eller omfattende problemer. Dette problemet kan oppstå i fasen etter at pasienten er meldt som utskrivningsklar».*

Dette utsagnet kan tyde på at det er problematisk for sykehuspersonalet å ha denne gruppe pasienter inneliggende når de er utskrivningsklare, noe som kan forstås dit hen at de føler en utilstrekkelighet, fordi pasienten kan få sykehusinfeksjoner og andre komplikasjoner mens de er innlagt i sykehuset.

*«Dersom pasienten får komplikasjoner sendes det ny melding til kommunens inntakskontor, og tidligere melding om utskrivelse trekkes tilbake».*

*«Vi skriver ikke noen ny melding, vi forholder oss til den datoen som er satt som utskrivningsklar».*

Disse to utsagnene synliggjør at prosessen i sykehusene er ulike med hensyn til praksis for utskrivningsprosedyrer. Det kan synes at det er en uklarhet og ulike syn hos lederne på hvordan de skulle behandle endring i pasientenes tilstand. Et sykehus hadde presisert i sine prosedyrer at dersom pasienten fikk komplikasjoner så skulle ny melding sendes kommunens inntakskontor og tidligere melding om utskrivelse skulle trekkes tilbake. Det kan forstås som at sykehuset strakk seg langt og viste forståelse både for pasientens omsorgsbehov og for kommunens muligheter for å behandle en pasient med påførte komplikasjoner.

#### **Ulike oppfatninger om hva som er riktig faglig tilbud for eldre pasienter**

Det faglige tilbudet til pasientene var ulikt organisert ved de ulike sykehusene. Et av sykehusene hadde organisert avdelingen på en slik måte at de eldre pasientene ble innlagt i en avdeling der de både hadde

kirurgisk- og medisinsk behandling. Andre sykehus hadde de eldre i tradisjonelle kirurgiske, eller medisinske avdelinger. En illustrasjon på det er en avdelingsleder som uttalte seg om en eldre pasient med ganske omfattende sykdomsforløp. Denne lederen møtte 14 dager etter utskrivelsen fra sykehuset pasienten på nytt i en annen situasjon. I ettertid reflekterte hun over hvor sprekt pasienten var blitt etter at han kom tilbake til sitt hjemmemiljø.

*«Han ble vurdert og behandlet som en fullstendig pleiepasient på sykehuset. og ventet på at noen skal tas seg av han».*

Det kan synes som om at pasienten blir passivisert i sykehuset, noe som kan påvirke holdningene til eldre og selvrespekten til pasienten. Samtidig er det en akuttavdeling pasienten legges inn i, der tenkingen oftest er annerledes enn i kommunehelsetjenesten.

Eldre pasienter med sammensatte behov trenger ofte hjelp umiddelbart, noe som skapte stort press på sykehusene angående innleggelser. Hjemmetjenesten hadde kapasitetsproblem, noe som medførte stort press mot sykehjemmene. Som et resultat av at det ikke var sykehjemsplass å oppdrive, legger man pasienten inn i sykehuset.

*«Det som er trist er at vi må presse kommunene men samtidig når pasienten er inneliggende i sykehus, opplever vi at pasienter har økt forvirring og vantrivsel. Det er ofte at de må flytte fra stue til stue, fordi vi er nødt å ha de små stuenene til de dårlige som kommer som øyeblikkelig hjelp».*

Det kan virke som om at pasienten som er innlagt fra kommunehelsetjenesten kanskje har andre behov enn medisinsk sykehusbehandling, noe som kan tolkes dithen at de egentlig har et stort behov for pleie og omsorg. Lederne på sykehusene har et ønske om forbedringer for de eldre. De opplevde at de ble satt over for et dilemma fordi de ikke kan gi de eldre den roen og omsorgen som de mange ganger trenger. De følte seg ofte maktesløse og håpet på en bedre dialog med kommunen(e).

*«Vi håper det blir bedre når vertskommunene har fått et inntaksteam som kommer på sykehuset to ganger i uka. De kan gjøre vurdering av pasienten. Vi opplever at de ser de skrøpelige pasienter med andre øyne. De har kjennskap til pasienten».*

Det kan virke som om at det er et ønske om tettere samhandling mellom kommunen(e) og sykehuset(ene) med tanke på et riktig tilbud til den eldre. Der ligger en usikkerhet i forhold til vurderingen av funksjonsnivået til pasienten og hvilket tilbud pasienten skal få etter utskrivelsen. Det blir vanskelig å ta en beslutning på hvilket nivå pasienten hørte hjemme på.

*«Det er urovekkende at noen kommuner når de skal spare penger ansetter ufaglærte, dette får også betydning for utskrivningsklare pasienter».*

Kommunen synes ikke å ta høyde for økningen av eldre og det å møte kravet om å ivareta eldre med sammensatte behov. Det synes heller ikke som om kommunen tar på alvor nødvendigheten av høy fagkompetanse for å imøtekomme pasientens sammensatte/komplekse situasjon. Informantenes utsagn viser at det kan synes som om det er ulikt syn på når tid det er behov for sykehjemsplass, eller ikke.

*«Jeg har undret meg på hvorfor det ikke er søkt sykehjemsplasser tidligere».*

Informantene var engstelige i forhold til kvalitetsnivået på hjelpen pasienter får i hjemmesykepleien på grunn av mangel på ansatte med kompetanse. Dette bekrefter lederne som sier at:

*«De kan komme inn på sykehuset med kasus sosiale, ikke har de spist, de er dehydrert og vannstelt. Hvorfor er dette ikke oppdaget tidligere».*

Det kan virke som om at lederne er bekymret for kompetansen og den dårlige oppfølgingen i kommunene. De eldre pasienter kunne ha unngått å bli lagt inn på sykehus hvis de hadde fått dekket sine grunnleggende behov på et tidligere stadium.

**Eldre pasienters behov for helsetjenester blir ikke møtt og ivarett**

Den eldre pasientgruppen la stort beslag på sykepleierne i avdelingen fordi pasientene trengte mye pleie. Pasientenes ble ikke møtt i forhold til å få dekket det omsorgsnivået som de hadde behov for. Disse grunnleggende behovene synes best dekket på sykehjem med vant personale over tid.

*«Sykehusstilbudet er det dårligst tilbudet de kan få. De blir dårligere ved å bli her. Pasientene som er utskrivningsklare har det nødvendigvis ikke bra her».*

Det kan tolkes dithen at lederne ser at sykepleierne blir belastet ekstra fordi denne pasientgruppen er for krevende når sykepleierne ikke får tid til aktuelle akutt pasienter som er i behov av akuttbehandling. På en medisinsk avdeling er det stor aktivitet og de fleste av pasientene er innlagt fordi de trenger øyeblikkelig hjelp.

*«Det blir lite individuelt tilpasset den eldre krav og behov for pleie og omsorg fordi gjennomstrømmen på avdelingen er stor, Vi har 95 % som er øyeblikkelig hjelp. Den store gjennomtrekken med forskjellige sykepleiere, leger og studenter. Mange fjes og forholde seg til».*

Det kan synes som at travelheten og aktiviteten på en medisinsk avdeling er så stor at en ikke kan ivareta den eldre sammensatte behov. Lederne følte trykket med hensyn til å ha mange pleiepasienter liggende i sykehusavdelingene. Det kom frem at en del av pasientene var demente og skapte uro i en allerede hektisk sykehusavdeling.

*«Likehetsprinsippet til pasientene er ikke tilstede. Det skulle være uønskelig å tilbringe mer tid på sykehuset».*

Det kan forstås som at lederne har erfaring fra at det er pleie- og omsorgsbehov de eldre er i behov av. Sykepleierne opplevde den kommunale armoden som kom til skue ved innleggelsen av disse pasientene.

*«Men selvfølgelig med flere ufaglærte (i kommunen) vil de komme tilbake igjen på sykehuset. Gamle med oppkast og diaré skulle de kunne behandle på sykehjem, med økt kompetanse, men da må det være aksept i kommunene til å høye kompetansen».*

Det var stort press på sykehuset fra åpen omsorg og noe mindre fra sykehjem. Sitatet stiller spørsmål om hva man mestrer i praksis ute i åpen omsorg. Når det var mangel på sykehjemsplasser og sykepleiere ble pasientene innlagt i sykehus, noe som ofte kunne vært avverget.

*«Eldrebeholdningen merker vi godt, eldreomsorgen i de ulike kommunene er forskjellig organisert. Nedslagsområdet til sykehuset er veldig stort».*

Gjennom denne uttalelsen kan synes som om at sykehusene forholder seg ulikt i forhold til den enkelte kommune grunnet avstandsforskjellene.

*«Mange blir innlagt på grunn av psykiske og sosiale forhold, og blir lett en kasteball mellom sykehuset og kommunen».*

Det ser ut til at presset på sykehusene oppleves større enn tidligere. De må på en måte forholde seg ulikt til de ulike kommunene. Sykehusene har sitt nedslagsfelt i mange kommuner og mange av disse har ikke tilstrekkelig fagkompetanse.

**Diskusjon**

Analysen av grunnlaget for utskrivning fra sykehus til kommunene muliggjorde å få fram viktigheten av at det er riktig kompetanse i forhold til eldre behov for helsehjelp i tiltakskjeden. Beslutningsprosessen rundt pasienter som er utskrivningsklare tas av medisinsk ansvarlig lege (4). Den flerfaglige samarbeidsstrukturen før beslutningen om utskrivningen tas må være godt forankert. De sykehus som benytter seg av spesialkompetanse innen geriatri/rehabilitering vil ha en flerfaglig kompetanse som vil være med på å gi en helhetlig vurdering rundt beslutnings prosess om hva den eldre pasienten trenger. Når pasientene er utskrivningsklare spiller legene en mindre rolle (29).

Oppfølgingen av pasienter etter at de er definert som utskrivningsklare er styrt av sykepleiere. Sykepleierne har ansvar for at pasienten får den nødvendige pleie i avdelingen i påvente av et alternativt tilbud. Det ser ut som om det er ulike behov hos pasientene I tillegg til omsorg og sykepleie kan det være behov for rehabilitering. ADL-indeks var et sentralt verktøy for å få frem hvilke funksjonsnivå pasienten var på i sykehuset. I dialogen og dokumentasjonen til kommunene kan dette være et godt utgangspunkt for felles forståelse av pasienten. Dette for å gi en helhetlig forståelse av pasient og hvilke behov pasienten har når han overføres til kommunene. Ulik organisering av tjenestetilbudet, samt forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale pleie- og omsorgstjeneste fremkommer hos Gautum (20). Utviklingen av gode rutiner og en god kultur for samhandling og dialog mellom den enkelte kommune og det enkelte sykehus er nødvendig. Viktige suksess faktorer i en utskrivningssituasjon synes å være at oppmerksomheten må være rettet på pasienten og de faglige spørsmål fremfor økonomi. Sykehuset med team i geriatri og rehabilitering har et ansvar for utdrettet virksomhet og veiledning til personell både i åpen omsorg og sykehjem. Dette bør aktiviseres mye sterkere. Utfordringen ligger i at pasientens situasjon i sykehus er annerledes enn i eget hjem og/eller i sykehjem. Det kan synes som at det var bekymring for hvorfor ikke pasienter som ble innlagt i sykehus ikke hadde fått sykehjemsplass tidligere. Sykehuset påpeking av dette kan tyde på at det er mangel på kortidsplasser i sykehjem. Overføring fra en behandlerorientert sykehus til et omsorgsorientert kommunalt tilbud kan i noen tilfeller representere et brudd i behandlingsregimet, noe som i verste fall medførte reinnleggelse(r) (30). I følge Kommunenes sentralforbund, samt Helse- og omsorgsdepartementet er det viktig å etablere gode samarbeidsrutiner mellom kommunene og sykehusene (5, 6). I forhold til studiens funn synes det som om enkelte er i ferd med å få til en samhandlingskultur. Garåsen (18) har studert forhold på intermedie avdelinger og i følge denne studien ser det ut som det er behov for et alternativ tilbud for de utskrivningsklare i en tidlig fase, en type overgangsordning mellom sykehus og hjemmet. Det kan også få konsekvenser for de eldre pasientene at det er mangel på rehabiliteringsplasser (31).

Utskrivning som mål fører til en bevisstgjøring av de ansatte i forhold til tidligmeldinger til kommunene. Dette viser at de ansatte i sykehus har tatt inn over seg at man allerede ved innkomsten bør planlegge utskrivelsen. I dette kreves det en tett samhandling mellom sykehus og kommunene, noe som studiens funn viste ikke var på plass. Det ble tatt opp at det var mange instanser og personer som en måtte forholde seg til i kommunen(e) og at dette var krevende. Dette medførte ofte tilfeldige informasjonsoverføringer til kommunene. Det bør være involvering av kommunene før pasientene erklæres utskrivningsklare. I sykehuset er sykepleieren hovedkilden for informasjon til kommunene, noe som innebærer at det er viktig at de har faste kontakter i kommunene som har ansvar for den videre oppfølgingen av eldre pasienter. Det er viktig at dialogen er god og at personalet i sykehuset kan overføre sin kompetanse til kommunens personell. Ledernes virkelighetsopplevelse av pasientenes situasjon synes å være ulike. Noen mente at pasientene kom for sent inn i sykehuset, andre mente at de burde få lengre tid i avdelingen. De fleste ønsket at pasientene fikk et raskt omsorgs- og behandlingstilbud i kommunen, nettopp fordi at det og være eldre i sykehuset synes å påføre de eldre ekstra belastning.

Før 2005 gikk diskusjonen på om pasienten var ferdigbehandlet, nå går den på om pasienten er utskrivningsklar (32). Det kan synes som om fokus er flyttet over på at kommunen skal viderebehandle. Dette vil tvinge fram en bedre samhandling mellom legene, i og utenfor sykehuset, samt mellom annet fagpersonell i sykehuset og kommunen(e). Samtidig kreves generelt høgere kompetanse, og flere med slik kompetanse (både i sykehjemmene og i åpen omsorg) vil være nødvendig dersom pasienter skal kunne behandles og gis fullverdige omsorgstilbud i kommunehelsetjenesten.

**Oppsummering**

Funnene peker i retning av at det er utfordring å få til en sammenhengende tiltakskjede i helsevesenet. Kommunene og sykehusene har ulike tradisjoner og kulturer på ivaretagelse av eldre pasienter med

sammensatte behov. Samtidig legges det opp til satsing på geriatri i sykehusene. Den økende andel eldre pasienter med sammensatte lidelser krever både at det finnes kompetanse og sengeplasser i sykdomsforløpet. Det er stort press på sykehjemmene samtidig som personalet i sykehuset mener at de eldre ikke har noen god opplevelse å ligge over lengre tid i sykehuset. Det vil, slik undersøkelsen viser, være nødvendig å finne en bedre måte å løse gråsonene med en tettere dialog mellom de to behandlings- og omsorgsnivåene.

Godkjent for publisering 17.12.2009

Kontaktperson: Førstelektor Wivi-Ann Tingvoll, Høgskolen i Narvik, NO – 8514 Narvik. Wivi-Ann.Tingvoll@hin.no, +4776 96 61 50, +4797539555

## Referanser

- Huseby BM. Sykehusbruk blant eldre i Skandinavia i 2002. Oslo: SINTEF Helse; 2005.
- Handlingsplan for geriatri 2004–2010. Helse Nord prioriterer geriatri: for gammel vil vi alltid bli. [Tromsø?]; Helse Nord; 2004. Tilgjengelig fra: <http://www.helse-nord.no/getfile.php/Helse%20Nord%20RHF%20bilde%20og%20filarkiv/Fagutvikling/Dokumenter/Handlingsplan%20geriatri%20feb%202004.pdf> (1.3.09)
- Rø OC. Gamle i sykehus: innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling 1998. Oslo: Statens helsetilsyn; 2000.
- Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 1998. Tilgjengelig fra Lovdata.
- Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet – mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS. Tilgjengelig fra: <http://www.ks.no/upload/4094/samhandling.pdf> (1.3.09)
- Veileder for inngåelse og videreutvikling av lokale samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak 2007. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/veileder.pdf> (1.3.09)
- Helse- og omsorgsdepartementet; Om lov om endring i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene. Oslo: 1997. Ot.prp.nr 57 (1996/1997) Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/19961997/Otprp-nr-57-1996-97-.html?id=158642>. (1.3.09)
- Grund J. Helseplan for 1980-åra: omlegging og utvikling. Oslo: Gyldendal; 1982.
- Bjorvatn A, Kjerstad E, Sannarnes JG, Sunnevåg KJ. Insentivbaserte finansieringssystemer for helseforetak. Bergen: Samfunns- og næringslivsforskning; 2002.
- Fortsatt for fullt: korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger: kartlegging 2003 og utvikling 1999–2003. Oslo: Statens helsetilsyn; 2004. Tilgjengelig fra: [http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2004/fortsatt\\_for\\_fullt\\_korridorpasienter\\_utskrivningsklare\\_pasienter\\_indremedisinske\\_avdelinger\\_rapport\\_022004.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2004/fortsatt_for_fullt_korridorpasienter_utskrivningsklare_pasienter_indremedisinske_avdelinger_rapport_022004.pdf) (1.3.09)
- Haug C. To foretaksomme år. Tidsskrift for den norske lægeforening. 2004; 124(1):13.
- Midttun L. Prioriteringsproblem knyttet til pasienter i gråsonen mellom 1. og 2. linjetjenesten. Oslo: SINTEF Helse; 2004.
- Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2006. St.meld. nr.25(2005–2006).
- Sykehjemmet i den kommunale helse og sosialtjenesten. Oslo. Inst.O. nr. 56(1985–1986).
- Tingvoll WA, Sæterstrand T. Sykehjemets rolle i det framtidige helsevesenet. Tidsskrift for den norske lægeforening. 2007; 127(17):2274–5.
- Handlingsplan for eldreomsorgen. Oslo: Sosial- og helsedepartementet; 1997. St.meld. nr. 50(1996–1997).
- Garåsen H, Windspoll R, Johnsen R. Intermediate care at a community hospital as an alternativ to prolonged general hospital care for elderly patients: a randomised controlled trial BMC Public health. 2007; 7:68. Tilgjengelig fra: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-7-68.pdf> (1.3.09)
- Garåsen H, Magnussen J, Windspoll R et al. Eldre pasienter i sykehus eller intramediære sykehjemavdelinger. En kostnadsanalyse Tidsskr. Nor legeforen. 2008; 128:283–5.
- Discharge planning from hospital to home [database on the Internet]. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004 [cited 9.4.2006]. Available from: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD000313/frame.html>
- Gautun H, Kjerstad E og Kristiansen F. Mellom to senger? Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. Bergen: Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning; 2001.
- Williams, EI, Fitton F. Factors affecting early unplanned readmission of elderly patients to hospital. British Medical journal. 1988; 297(6651): 784–7.
- Pearson B, Skelly R, Wileman D, Masud T. Unplanned readmission to hospital: a comparison of views of general practitioners and hospital staff. Age and ageing. 2002; 31(2):141–143.
- Mamon J et.al. Impact of hospital discharge planning on meeting patient needs after returning home. Health services research. 1992; 27(2):155–75.
- Shepperd S, Parkes J, McClaren J, Phillips C. Discharge planning from hospital to home. Cochrane database of systematic reviews. 2004; (1):CD000313.
- Styrborn K. Early discharge planning for elderly patients in acute hospitals: an intervention study. Scandinavian journal of social medicine. 1995; 23(4):273–85.
- Preyde M, Macaulay C, Dingwall T. Discharge planning from hospital to home for elderly patients: a meta-analysis. Journal of evidence-based social work. 2009; 6(2):198–216.
- Hellesø R, Sorensen L, Lorensen M. Nurses' information management across complex health care organizations. Int J Med Inform. 2005 Dec;74(11-12):960–72. Available from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=16099200](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=16099200)
- Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1997.
- Paulsen B Grimsmo A. God vilje -dårlig verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre. Trondheim: Sintef Helse;2008. Tilgjengelig fra: [http://www.nasjonalikt.no/Publikasjoner/Tjenesteorientert\\_arkitektur\\_i\\_spesialisthelsetjenesten\\_hovedrapport\\_full\\_v1\\_0e.pdf](http://www.nasjonalikt.no/Publikasjoner/Tjenesteorientert_arkitektur_i_spesialisthelsetjenesten_hovedrapport_full_v1_0e.pdf) (1.3.09)
- Anthun KS, Paulsen B. Samspill mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av eldre pasienter. En pasientforløpsanalyse. Oslo; Sintef Helse: 2007. Tilgjengelig fra: <http://www.sintef.no/upload/35305/Rapport%20A1798%20Samspill%20mellom%20sykehus%20og%20kommunale%20omsorgstjenester.pdf> (1.3.09)
- Tingvoll WA, Sæterstrand T. Sats på rehabilitering. Sykepleien 2008; 96(13):84–5.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. St.meld.nr. 47 (2008–2009). Oslo; 2009.

# *Factors associated with psychological distress at home following elective surgery in a representative group of surgical patients: an explorative panel study*

Herdís Sveinsdóttir, RN, PhD, professor

## ABSTRACT

**Background.** Physical care and the provision of harmless treatment is the main objective of peri-operative nursing care with psychological distress being less addressed.

**Aim.** The aim of the study is to describe postoperative psychological distress of elective surgical patients and identify factors that are present or known during hospitalisation and detect their associations with the psychological distress at home at least four weeks post discharge from the hospital.

**Method.** 390 patients participated in the study. Symptoms of psychological distress were measured with the Hospital Anxiety and Depression Scale.

**Results.** Surgical patients experience symptoms of anxiety and depression, with spinal patients experiencing most symptoms. The symptom causing most patients (10%) the greatest distress prior to surgery was trouble with movement. Younger age, scores on the HADS subscales at the hospital, and pain and symptoms at the hospital, correlated significantly with scores on the HADS subscales at home. Women, patients on a waiting list before the surgery, those who were not very satisfied with care received at the hospital, patients with children at home and those that had lung disease or a psychiatric disorder scored higher on the HADS subscales at home than their counterparts.

**Conclusion.** Nurses should routinely screen patients for psychological distress at home and develop realistic intervention strategies.

**KEYWORDS:** Anxiety, depression, nursing, psychological distress, surgical patients, symptoms

## Introduction

Organized hospital care for surgical patients during the immediate postoperative phase focuses mainly on providing safe physical care. Apart from life threatening complications these patients are faced with the prospect of pain and other disturbing somatic symptoms like constipation, nausea and dyspnoea. Several studies have also suggested a relationship between psychological disturbances such as anxiety and depression with surgery and hospitalisation (1-4). It is well documented that prospective surgery can cause anxiety that may last for several weeks prior to surgery and influence the whole recovery period including postoperative pain, length of hospital stay, symptoms in general and patient satisfaction (5-8). Prevalence of undiagnosed anxiety and depression in surgical inpatients has been found to range from 12.5% to 32.8% (9-10).

What patients identify as the leading causes of their anxiety is anaesthesia (fear of waking up during surgery or not waking up at all), fear of the unknown, cancer, pain, unconsciousness (loss of control) and fear of complications (7,11). Unresolved anxiety can lead to unnecessary pain and pain medication, increased use of anaesthesia, longer hospital stay, infection as well as other complications and higher mortality (3,8,12-16). Studies on depressive states in the surgical population have mostly focused on cardiac patients and cancer patients. Recent findings on cardiac patients have shown depression to be one of the major risk factors of re-hospitalisation, worse quality of life, postoperative cardiac events and negative impact on activities of daily living (1-2,17-18). Findings from studies on patients having cancer related surgery are similar with general symptoms of depression being prevalent among cancer surgical patients and in some cases influencing post-op recovery (19-21).

The consequences of untreated psychological disturbances can be grave and the World Health Organization (22) ranks depression as the leading cause of years lost due to disability in the world, with the burden of depression and anxiety affecting women 50% more than men.

Surgical patient's needs during the postoperative period are not only physical and attention should be given to other needs of a social and psychological variety. Nurses are the first line of patient-contact in most health care systems around the world. Due to this they are in an excellent position to detect patients at risk of developing postoperative psychological disturbances and initiate preventive action during hospital stay. Anxiety is a concept that has received considerable attention within nursing and is an accepted nursing diagnosis (23). Depression is a serious disorder, and there is evidence that depression decreases quality of life and adherence to treatment (24). Nurses in the surgical setting are in general not trained to detect depression among their patients, but they work with symptoms of depression such as helplessness, hopelessness, sleeplessness and failure to thrive. With studies consistently indicating that depression is commonly unrecognised, misdiagnosed, or inadequately managed (24) nurses should have the means to detect patients in danger of developing this serious disorder and be able to respond accordingly.

The aim of the study is to describe postoperative psychological distress of elective surgical patients and identify risk factors that are present or known during hospitalisation.

## Methods

### Research design

A prospective, explorative, panel study approach was used, based on a questionnaire answered by elective surgical patients at Landspítali University Hospital (LUH). Patients answered the questionnaire at the surgical ward and again at home at least four weeks later.

### Sample and setting

The LUH is the largest hospital in Iceland with 836 beds in 2007, with a number of surgical procedures that are only performed there. In 2007, the average length of stay at the surgical division was 5.0 days with a total of 19119 patient days (25).

Eligible for participation were patients who had elective surgery from January 15 until July 15, 2007; could read and write Icelandic; stayed at the hospital for a minimum of 24 hours; were discharged home, were at home four weeks post-discharge or later and assessed by nurses as eligible for participation. The type of surgery was classified into five groups: thoracic surgery (heart and lung); urological (kidney, urinary bladder, prostate surgery); gastrointestinal (hemicolectomy, sigmoid resection, nissen, laparoscopic cholecystectomy); orthopaedic (knee or hip) and spinal surgery.

Out of 767 patients who met the study criteria 38 could not be reached. Of the remaining 689 patients 115 rejected participation, 41 accepted but did not return questionnaires and 533 patients (77.4%) returned at least one questionnaire. A total of 390 patients (56.6%) returned both questionnaires when a minimum of four weeks had elapsed since they were discharged from the hospital. The reason for patients' nonparticipation was not systematically collected. However the study nurse estimated that in majority of cases nurses at the unit deemed the patient not eligible to participate.

#### *Instrument and data collection*

Data were collected with two questionnaires, the hospital-questionnaire and the home-questionnaire. The questionnaires ask for symptoms of anxiety and depression, illness factors, sleep, patient education, family and social factors, questions related to hospitalization as well as background information. The two questionnaires differ in that the hospital questionnaire inquires about family and social factors and background information, while the home questionnaire incorporates sleep related questions. Different questions address factors related to hospitalisation in the two questionnaires. Since this study seeks to identify factors associated with psychological distress at home based on the information nurses have during patients' hospital stay only descriptive data gathered during hospital stay will be described. Findings regarding patient education are not described. The questionnaires were read over by eight experienced surgical floor nurses and pretested on five units with the participation of 12 patients. This led to minor amendments to the questionnaires. It takes approximately 20 minutes to answer each questionnaire.

#### *Measures*

Demographic factors assessed were age and gender.

Psychological distress. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) is a self-report questionnaire that was developed as a brief screening index for psychological distress such as anxiety and depression and designed with special attention to specific issues relevant for the setting of somatic medicine and for use with patients who have comorbid physical illness (26). HADS has been standardized for use in Iceland (27) and used before in one study on cancer surgical patients having colorectal surgery (N=19) (28). Symptoms of anxiety and depression as listed in HADS are used to define psychological distress in this study. The scale consists of seven questions reflecting symptoms of anxiety and seven reflecting symptoms of depression. Each item is answered on a four point (0–3) rating scale so the possible scores range from 0 to 21 for each subscale. A score of 0 to 7 for either subscale is regarded as being in the normal range, a score of 11 or higher indicates probable presence ('caseness') of the mood disorder and a score of 8 to 10 is just suggestive of the presence of the respective state. The two subscales, HADS-Anxiety and HADS-Depression, are independent measures (29). In this study Chronbach's alpha for HADS-Anxiety at the hospital was 0.89 and 0.87 at home and for HADS-Depression 0.80 at the hospital and 0.81 at home.

Illness experience assessed was pain, other symptoms and self-assessed health. Pain was assessed by four questions at the hospital: did you experience pain before the operation (constantly, often, sometimes, not); have you experienced pain during the last 24 hours (yes/no); if yes the patients were asked to rate their average pain during the last 24 hours and their present pain on a numerical rating scale (NRS) from 0–10 (0=no pain/10=worst pain). The two ratings were combined into one variable labelled Hospital pain (Chronbach's alpha=0.727). The questions on pain are based on the questionnaire

developed by the American Pain Society Quality of Care Committee to evaluate the quality of pain treatment (30). Symptom experience was assessed by asking the patient if the following symptoms had caused them distress (not at all, a little, somewhat, great, very great) during the week prior to hospitalization: diarrhoea, nausea, constipation, vomiting, difficulty initiating voiding, urinary incontinence, memory impairment, trouble with sexual activities, trouble with movement, trouble with eating, loss of appetite and dyspnoea. The symptom scores for all symptoms at the hospital were summarized into one variable labelled Hospital symptoms (Chronbach's alpha=0.743). Finally participants answered questions on their health before the diagnosis of the present disease (very good, good, neither good nor bad, rather bad, bad) and on presence (yes/no) of other diseases at the time of surgery (heart and vascular disease, systemic hypertension, rheumatic disorder, lung disease, psychiatric disease, diabetes, cancer).

Family and social factors assessed were marital status (married/cohabiting or single), presence of children younger than 18 years living at home (yes/no), illness of other members of the household (yes/no), needs of other members of the household for assistance with daily activities (yes/no) support received from family members/friends (very great/great/rather little, little, none). For presentation purposes data on support was grouped into very great support and great, rather little, little and none support.

Factors related to hospitalisation were assessed with five questions: Were you on a waiting list before the surgery? (yes/no); Was the surgery postponed after the day of surgery had been set? (yes/no) Did you have to wait for the operation on the day of surgery (yes/no/don't know); had you been told about the possibility that you might have to wait (yes/no) and how satisfied are you with the care received at the hospital (very satisfied, rather satisfied, neither or, rather unsatisfied, very unsatisfied). For presentation purposes data on satisfaction with care was grouped into very satisfied and rather satisfied, neither or, and rather unsatisfied/very unsatisfied.

#### *Procedure*

A nurse approached the patients during hospital admittance, introduced the study and asked if a study-nurse might contact him/her at the ward. If the patient agreed, the study-nurse explained the study to him after he had been admitted but prior to surgery, gave him the hospital-questionnaire and asked the patient to fill it out as soon as possible. The patient could choose whether to receive the home-questionnaire at the hospital or receive it through the mail. H/she was asked to fill it in and return it six weeks post discharge. A reminder phone-call was made to all patients approximately six weeks post surgery.

#### *Ethics*

The study was approved by the Ethical Committee of the LUH (no. 13/2006) and accepted by the Icelandic Data Protection Authority (nr S2969/2006). Patients' personal identification was never used during data processing, no information was taken from medical journals and only the study nurse had access to patients' coding.

#### *Data analysis*

Data were analysed based on the type of surgery i.e. thoracic, urologic, gastrointestinal, orthopaedic or spinal. Statistical analyses were carried out using SPSS 16.00. Missing data were deleted listwise. Pearson-correlations, t-test, Mann-Whitney-U and ANOVA were used as appropriate in order to detect significant relationships between psychological distresses and other study variables. The choice between using t-test or Mann-Whitney-U was based on the number of participants in each group. If participants in both groups were more than 30 t-test was used, else Mann-Whitney-U (31). In interpreting the strength of correlations, a correlation between  $0.1 < 0.3$  is considered to be weak, between  $0.3 < 0.5$  to be medium and  $\geq 0.5$  to be strong (32).

Significance level was set at 0.05 even though much lower significance is noted. In reporting associations between psychological disturbances and study variables only statistically significant findings are reported.

## Results

Data is presented by all participants and by surgery. In tables 1 and 2 demographic variables as well as variables addressing the illness experience, family and social factors and factors related to hospitalization are described. From table 1 it can be seen that waiting is a common experience of surgical patients, with 71% of the patients spending time on a waiting list prior to surgery, 24% experiencing that their surgery was postponed after it had been set and 19% wait for surgery on the day of surgery. Another interesting finding is that in a quarter of households another member than the patient is sick and in 13% of households another family member needs assistance with daily living. Table 2 shows that having trouble with movement, with sexual activities and experiencing dyspnoea are the three most common symptoms experienced prior to surgery.

### Psychological disturbances

The mean score on HADS-Anxiety at the hospital was 3.5 (SD=3.0; range 0–14; N=357) and on HADS-Depression 3.6 (SD=2.9; range 0–14; N=354). The corresponding scores at home were 3.2 (SD=2.9; range 0–15; N=367) and 3.1 (SD=2.8; range 0–16; N=364). The scores varied somewhat by type of surgery as can be seen in table 3.

There were significant differences in mean scores on HADS-Depression at hospital and at home and of HADS-Anxiety at home by type of surgery (see table 3). The table also displays that 39 patients (10%) present with suggestive problems or caseness of anxiety at the hospital and 41 (10.5%) at home. The corresponding numbers for depression are 37 (9.5%) at the hospital and 35 (9.0%) at home.

There was a strong significant ( $p < 0.005$ ) positive correlation between HADS-Anxiety and HADS-Depression both at the hospital and at home and medium significant ( $p < 0.005$ ) correlations between HADS-Anxiety at home and at the hospital and HADS-Depression at home and at the hospital. The correlations were similar by surgical groups.

### Associations of psychological distress at home with demographics, family and social factors, illness factors and hospital experiences.

Significant differences between mean scores are shown in table 4. The scores on the HADS subscales at home were correlated with age, number of days since discharge and scores on hospital pain and hospital symptoms. Significant findings from these analyses are explained by patients groups below.

**All patients:** Women, patients who were on waiting lists before surgery, those who did not report very much satisfaction with care received

**Table 1. Descriptive statistics for demographics, family and social factors, illness experience and hospital experiences by type of surgery**

	Thoracic N=62	Gastrointestinal N=71	Urology N=65	Orthopaedic N=95	Spinal N=97	All patients N=390
Days since discharge from hospital	50.1±11.1	47.6±10.4	51.4±13.2	50.4±11.9	51.3±17.8	50.2±13.4
<i>Demographics</i>						
Age (M±SD)#	63.6±10.1	54.7±15.1	68.0±9.5	65.3±10	50.0±15.1	59.7±14.2
Gender (male)	79%	35%	95%	41%	55%	59%
<i>Family and social factors</i>						
Married/co-habiting	87%	71%	75%	76%	80%	78%
Presence of children < 18 years (yes)	7%	27%	6%	7%	45%	21%
Other family member sick (yes)	29%	21%	23%	25%	31%	26%
Other family member needs ADL (yes)	19%	13%	17%	12%	8%	13%
Support received from family/friends (very much)	71%	54%	60%	36%	57%	54%
<i>Illness experience</i>						
Hospital pain (M±SD)##	2.8±1.5	4.1±2.1	2.3±1.3	3.9±1.7	4.7±1.9	3.9±1.9
Presence of pain prior to surgery (yes)	53%	65%	45%	99%	98%	77%
Pain duration (often/constant)	8%	23%	17%	83%	89%	51%
Hospital symptoms###	16.4±7.4	15.8±4.5	14.6±3.2	16.7±4.3	18.0±4.6	16.5±4.8
Self assessed health (very good)	37%	30%	45%	50%	45%	42%
Heart and vascular disease	46%	17%	26%	12%	9%	20%
Hypertension	32%	34%	37%	42%	22%	33%
Rheumatic disorder	11%	23%	22%	51%	21%	30%
Lung disease	8%	11%	11%	5%	4%	8%
Psychiatric disorder	7%	7%	0%	6%	4%	5%
Diabetes	10%	9%	15%	10%	2%	9%
Cancer	13%	3%	22%	2%	6%	8%
No other disease	16%	32%	20%	15%	52%	29%
<i>Hospital experiences</i>						
On waiting list before surgery (yes)	63%	63%	62%	97%	64%	71%
Surgery postponed after surgery day had been set (yes)	27%	21%	23%	31%	19%	24%
Waited for surgery on day of surgery (yes)	19%	17%	15%	11%	31%	19%
Had been told of possible postponement of surgery (yes)	53%	39%	30%	57%	35%	43%
Satisfaction with care at the hospital (very much)	89%	82%	95%	88%	76%	85%

# Number of thoracic patients that gave up their age were 60; of gastrointestinal 71; of urology 65; of orthopaedic 92 and of spinal patients 95.

## Number of thoracic patients that used for the calculation were 36; of gastrointestinal 53; of urology 37; of orthopaedic 77 and of spinal patients 80.

### Number of thoracic patients that used for the calculation were 26; of gastrointestinal 48; of urology 40; of orthopaedic 55 and of spinal patients 63.

**Table 2. Symptoms that patients reported to cause some/great/very great distress during the week prior to hospitalisation by type of surgery**

Symptom	Thoracic		Gastrointestinal		Urology		Orthopaedic		Spinal		All patients	
	n*	%**	n	%**	n	%**	n	%**	n	%**	N	%**
Diarrhea	40	5	55	13	44	2	66	6	78	5	283	6
Nausea	42	12	54	13	44	5	67	8	76	8	283	9
Constipation	41	5	56	16	48	2	68	15	79	17	292	12
Vomit	41	5	54	6	45	0	64	3	74	1	278	3
Difficulty initiating voiding	42	7	54	0	57	33	65	5	77	10	296	11
Urinary incontinence	39	5	56	4	45	7	64	11	74	5	279	7
Memory impairment	37	3	52	4	43	5	66	9	73	4	271	5
Trouble with sexual activities	35	29	52	6	45	11	65	23	82	32	280	21
Trouble with movement	41	27	54	15	47	15	86	76	91	81	319	52
Loss of appetite	40	28	54	15	44	7	69	12	77	9	284	13
Trouble with eating	38	11	56	18	43	0	64	5	74	4	275	7
Dyspnea	51	45	57	16	46	9	70	16	81	15	305	19

\* Number of patients who answered the question about the severity of the symptom.

\*\* Percentage of those who answered who reported the symptom to cause some to very great distress

ved at the hospital and patients with previous lung disease scored significantly higher than their counterparts on HADS-Anxiety at home. Patients with children living at home and patients with psychiatric disorder scored significantly higher than their counterparts on both sub-

scales at home. There were significant (p.<0.005) weak positive correlations between scores on the HADS subscales with scores on hospital symptoms and hospital pain, and significant (p.<0.005) weak negative correlations between the subscales and age. Patients having thoracic surgery: Women and patients who were on a waiting list before surgery scored significantly higher on HADS-Anxiety at home than their counterparts. Patients living without a partner scored significantly higher on HADS-Depression than those with a partner and patients with lung disease scored higher on both subscales at home than those without the disease.

Patients having urological surgery: There was a medium positive significant correlation

between HADS-depression at home with hospital symptoms. Patients having orthopaedic surgery: Patients with rheumatic disorder and those with lung disorder scored significantly higher on HADS-Anxiety at home than their counterparts. Compared with patients without a psychiatric disorder patients with such a disorder scored significantly higher on both subscales at home.

Patients having spinal surgery: Women scored significantly higher on HADS-Anxiety at home than men. There was a significant (p.<0.005) medium positive correlation between scores on HADS-Anxiety and Hospital symptoms and significant weak positive correlations between scores on HADS-Anxiety and hospital pain and between scores on HADS-depression and scores on hospital symptoms and hospital pain.

**Table 3. Mean scores HADS-Anxiety and HADS-Depression and number of patients classified as normal, as having suggestive problem or as caseness at hospital and at home by type of surgery**

Type of surgery	N	M (± SD)	Number of patients		
			Normal range 0-7 n	Suggestive problem range 8-10 n	Caseness range 11-21 n
HADS-Anxiety hospital					
Thoracic	54	3.6 (±3.1)	49	3	3
Gastrointestinal	69	3.2 (±2.8)	61	5	1
Urinary	60	3.3 (±2.9)	56	1	3
Orthopaedic	85	3.2 (±2.9)	78	4	3
Spinal	91	4.2 (±3.1)	74	14	3
HADS-Depression hospital*					
Thoracic	51	3.7 (±3.1)	46	4	1
Gastrointestinal	48	3.2 (±2.7)	64	4	1
Urinary	61	3.0 (±2.3)	57	4	—
Orthopaedic	81	3.4 (±2.8)	75	4	2
Spinal	92	4.4 (±3.2)	75	12	5
HADS-Anxiety home**					
Thoracic	60	3.2 (±3.0)	52	7	1
Gastrointestinal	68	3.5 (±3.1)	59	8	1
Urinary	60	2.5 (±2.2)	58	2	—
Orthopaedic	87	2.8 (±2.9)	78	7	2
Spinal	92	3.9 (±3.1)	79	8	5
HADS-Depression home***					
Thoracic	59	3.1 (±2.7)	55	3	1
Gastrointestinal	67	2.9 (±2.7)	61	6	—
Urinary	58	2.6 (±2.2)	56	2	—
Orthopaedic	86	2.7 (±2.6)	79	6	1
Spinal	94	4.0 (±3.3)	78	12	4

\* Significant differences between mean scores by type of surgery: F(4,349)=2.831;p=0.025

\*\* Significant differences between mean scores by type of surgery: F(4,362)=2.953;p=0.020

\*\*\* Significant differences between mean scores by type of surgery: F(4,359)=3.790;p=0.005

## Discussion

The findings of this study suggest that a sizeable proportion, or almost 10%, of surgical patients experience psychological disturbances, as measured with HADS, both at hospital and at home. Studies that have used HADS in various surgical patient populations have reported even larger proportions of their samples with psychological disturbances (3,9-10). This and the detrimental effects of untreated depression (4,22) supports the need for nurses working with post-op patients to develop tools to screen patients during hospital stay that need psychological intervention or a follow up post-discharge. It is dependent on the type of surgery what profile nurses should look for in their patients in order to detect those at risk of developing psychological disturbances at home. Due to the strong correlations between HADS-Anxiety and HADS-Depression at the hospital and at home, the most obvious symptoms to look for during hospitalisation are those associated with depression and anxiety. Women, younger people, those with children at home and those who seem dissatisfied at the hospital should also receive the nurses' attention (22,23). Illness factors that surgical floor nurses should be aware of among their patients are for example experiencing many symptoms, pain before and during hospitalisation as well as prior lung disease or psychiatric disorder. The co-morbidity of depression and lung disease, such as asthma and chronic obstructive lung dis-

**Table 4. Comparison by use of t-test between scores on HADS subscales at home and variables representing different factors of the study by all patients and type of surgery#**

	N	M (sd)
<i>Demographics</i>		
HADS-Anxiety – all patients		
Male	217	2.8 (2.7)
Female	144	3.7 (3.2)
HADS-Anxiety – thoracic patients		
Male	47	2.7 (2.8)
Female	10	4.7 (3.1)
HADS-Anxiety – spinal surgery patients		
Male	51	3.2 (2.2)
Female	40	3.5 (5.6)
<i>Family and social factors</i>		
HADS-Anxiety – all patients		
Children <18 years living at home	78	3.9 (3.2)
No children <18 years living at home	288	3.0 (2.8)
HADS-Depression – all patients		
Children <18 years living at home	76	3.9 (3.0)
No children <18 years living at home	286	2.9 (2.8)
HADS-Depression – thoracic patients		
Married or cohabiting (yes)	51	2.8 (2.7)
Married or cohabiting (no)	7	4.9 (1.3)
<i>Illness factors</i>		
HADS-Anxiety – all patients		
With lung disease	29	4.4 (3.1)
Without lung disease	338	3.1 (3.9)
HADS-Anxiety – thoracic patients		
With lung disease	6	6.0 (3.7)
Without lung disease	54	2.9 (2.8)
HADS-Depression – thoracic patients		
With lung disease	6	2.9 (2.7)
Without lung disease	53	4.8 (1.4)
HADS-Depression – orthopaedic patients		
With lung disease	5	2.6 (2.7)
Without lung disease	81	3.6 (1.3)
HADS-Anxiety – all patients		
With psychiatric disorder	19	5.8 (3.0)
Without psychiatric disorder	348	3.1 (2.9)
HADS-Anxiety – orthopaedic patients		
With psychiatric disorder	6	7.5 (2.2)
Without psychiatric disorder	81	2.4 (2.6)
HADS-Depression – all patients		
With psychiatric disorder	19	5.4 (3.2)
Without psychiatric disorder	345	3.0 (2.8)
HADS-Depression – orthopaedic patients		
With psychiatric disorder	6	6.3 (2.8)
Without psychiatric disorder	80	2.4 (2.4)
HADS-Anxiety – orthopaedic patients		
With rheumatic disorder	42	3.5 (3.4)
Without rheumatic disorder	45	2.1 (2.1)
<i>Factors related to hospitalisation</i>		
HADS-Anxiety – all patients		
On waiting list before surgery	261	3.0 (2.8)
Not on waiting list before surgery	99	3.7 (3.6)
HADS-Anxiety – thoracic patients		
On waiting list before surgery	37	2.5 (2.5)
Not on waiting list before surgery	22	4.6 (3.3)
HADS-Anxiety – all patients		
Very satisfied with care received at the hospital	312	3.0 (2.8)
Not very satisfied with care received	50	4.5 (3.6)

ease is well known as is the co-morbidity of chronic pain and depression and the interaction of mental disease with other health conditions (34-35).

Spinal surgery patients showed most psychological distress at the hospital and at home. This could be explained by the pain experienced by this patient group and the resolution of pain post-surgery, but the co-morbidity of chronic pain and psychological distress is well documented (36-37).

An earlier Icelandic study on surgical patient that used HADS, colorectal cancer patients were studied at the hospital and at home six weeks later (28). The scores were similar with this study with the exception that the mean HADS-Anxiety score at the hospital was 4.8 in the earlier study. That can most likely be explained by the grave prospects of the diagnosis of patients in that study.

The patients in this study reported good support from their families. They also report fewer symptoms of anxiety and depression than some other studies have reported (3,9-10). This could perhaps be explained by the often close family ties of Icelandic society. Wright and Leahey (38) have in their theories on family involvement stressed the importance of families as an important mediator of psychological distress in individuals. This should not be dismissed.

Based on the significant findings of this study surgical nurses at LUH are developing screening tool to detect patients at risk of developing psychological disturbances at home. Additionally, realistic intervention strategies available to surgical nurses are being developed. These include: a discharge interview based on the ideology of motivational interviewing (39) during which the screening tool would be administered; follow-up phone call by surgical nurses to selected patients; referral to nurses working in outpatient clinics; referral to social services and to further psychiatric evaluation.

#### Limitations

The major strength of this study is that the sample is representative of patients having elective surgery at the time of the study. Major limitations of the study are the robust classification of types of surgeries into groups and that data were not collected on actual diagnosis of psychological disturbances or whether patients were receiving treatment due to anxiety or depression. Another limitation is that only 56.6% of the sample answered questionnaires at both time points. In retrospect the patient should not have been given an option of taking the home questionnaire with them when they were discharged since many decided to answer that questionnaire too early. Also, one of the exclusion criteria was that the patient was discharged home and was at home when answering the home questionnaire. A number of patients who answered the questionnaire at the hospital did so before it was known whether they were discharged home or not. Additionally, it was not clear if the patient had been readmitted to hospital or stayed at another location than at home six weeks later. The reason for not responding to the home questionnaire is therefore not accounted for. Another important issue not addressed are the clinical characteristics of the non-respon-

← # t-tests were performed in order to find differences in mean scores on the HADS subscales if there are  $\geq 30$  patients in either group and Mann-Whitney-U test was used to find differences in mean rank of scores if they were  $\leq 30$ . Mean scores are shown in table, not mean rank. The following variables were tested: gender; marital status; children present at home younger than 18 years; presence of illness in another member of the household; another member of the household needing assistance with daily activities; support received from relatives/friends; operation was postponed after the day of surgery had been set; if the patient was on a waiting list before surgery; if the patient had been told that about a possible delay of surgery on the day of the surgery; satisfaction with care; if the patient had no other disease and presence of the following diseases diabetes, psychiatric disorder, cancer, lung disease, rheumatic disorder, hypertension and heart and vascular disease.

Only significant differences are shown in the table

dents. Gaining permission from the Icelandic Data Protection Authority to collect data on patients who refuse participation is difficult and was not asked for in this study. Finally it is acknowledged that this study is exploratory and descriptive, no cause-effect relationships are ascertained and the significance in table 4 can be inflated due to the number of statistical tests performed.

## Conclusion

This study gives a snapshot of the situation of surgical patients at the LUH in Iceland in 2007. The findings of the study reveal that surgical patients with symptoms of psychiatric distress during hospitalisation are likely to show these symptoms at home four weeks post-discharge. Due to the detrimental effects of psychological distress on patient recovery it is important to detect patients at risk of being depressed or anxious, while they are still at the hospital and start appropriate action. It is dependent on the type of surgery what profile nurses should look for in their patients with the most obvious symptoms to look for being those associated with depression and anxiety. Others are family situation as the presence of someone ill in their household, someone who needs assistance with daily activities and presence of young children in the household. Women, young people and those with lung disease and psychiatric disorder are also more likely to experience symptoms of psychological distress at home than their counterparts.

Accepted for publication 17.02.2010

Herdís Sveinsdóttir, RN, PhD, professor, Faculty of Nursing, University of Iceland, Reykjavík, Iceland. Telefon: +354 525 4971 e-mail: [herdis@hi.is](mailto:herdis@hi.is)

## References

- Clarke DM, Russel A Polglase A., McKenzie DP. Psychiatric disturbances and acute stress responses in surgical patients. *Aust. N. Zeal. J. Surg.* 1997; 67:115–118.
- Blumenthal JA, Lett HS, Babyak MA, White W, Smith PK, Mark DB, Jones R, Mathew JP, Newman MF. Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery. *Lancet* 2003;362: 604–609.
- Carr ECJ, Thomas VN, Wilson-Barnet J. Patient experiences of anxiety, depression and acute pain after surgery: a longitudinal perspective. *Int. J. Nurs. Stud.* 2005;42:521–530.
- Ai AL, Peterson C, Bolling SF, Rodgers W. Depression, faith-based coping, and short-term postoperative global functioning in adult and older patients undergoing cardiac surgery. *J. Psychosom. Res.* 2006;60:21–28.
- Shuldham CM, Cunningham G, Hiscock M, Luscombe P. Assessment of anxiety in hospital patients. *J. Adv. Nurs.* 1995;22: 87–93.
- Kiecolt-Glaser GG, Page P, Marucha RD, Maccallum R, Glaser K. Psychological influences in surgical recovery. *Am. Psych.* 1998;53:1209–1218.
- Mitchell M. Anxiety management in day surgery. A nursing perspective. Whurr Publishers Ltd, London, 2005:50–73.
- Tully PJ, Baker RA, Knight JL. Anxiety and depression as risk factors for mortality after coronary artery bypass surgery. *J. Psychosom. Res.* 2008;64 285–290.
- Ni Mhaolain AM, Butler JS, Magill PF, Wood AE, Sheehan J. The increased need for liaison psychiatry in surgical patients due to the high prevalence of undiagnosed anxiety and depression. *Irish J. Med. Sci.* 2008;177: 211–5.
- Weng LC, Dai YT, Wang YW, Huang HL, Chiang YJ. Effects of self-efficacy, self-care behaviours on depressive symptom of Taiwanese kidney transplant recipients. *J. Clin. Nurs.* 2008;17: 1786–1794.
- Leinonen T, Leino-Kilpi H. Research in peri-operative nursing care. *Journal of Clin. Nurs.* 1999;8:123–138.
- Boeke S, Jelacic M, Bonke B. Pre-operative anxiety variables as possible predictors of post-operative stay in hospital. *Br. J. Clin. Psych.* 1992;31: 366–368.
- Nelson FV, Zimmerman L, Barnason S, Nieveen J, Schmaderer M. The relationship and influence of anxiety on postoperative pain in the coronary artery bypass graft patient. *J. Pain Symp. Manage.* 1998;15: 102–109.
- Glaser R, Kiecolt-Glaser JK, Marucha PT, MacCallum RC, Laskowski BF, Malarkey WB. Stress related changes in proinflammatory cytokine production in wounds. *Arch. Gen. Psych.* 1999;56:450–456.
- Frazier S, Moser D, Daley L, McKinley S, Riegel B, Garvin B, An K. Critical care nurses' beliefs about and reported management of anxiety. *Am. J. Crit. Care* 2003;12: 19–27.
- Kalkman C, Visser K, Moen J, Bonsel G, Grobbee D & Moons K. Preoperative prediction of severe postoperative pain. *Pain* 2003;105, 415–423.
- Ben-Zur H, Rappaport B, Ammar R, Uretzky G. Coping strategy, life style changes, and pessimism after open-heart surgery. *Health Soc Work* 2000; 25: 201–209.
- Pignay-Demaria H, Lesperance F, Demaria RG, Frasure-Smith N, Perrault LP. Depression and anxiety and outcomes of coronary artery bypass surgery. *Ann. Thor. Surg.* 2003;75,:314–321.
- Baucum DH, Porter LS, Kirby JS, Gremore TM, Keefe FJ. Psychosocial issues confronting young women with breast cancer. *Breast Dis.* 2005–2006;23:103–113.
- Ene KW, Nordberg G, Johansson FG, Sjöström B. Pain, psychological distress and health-related quality of life at baseline and 3 months after radical prostatectomy. *BMC Nurs.* 2006;5: 8.
- Maeda T, Munakata T. The effect of appropriate eating habits, depressive state, and social support on postoperative symptom experience among Japanese postgastroctomy patients. *Gastroenterol Nurs.* 2008;31:423–9.
- World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva, WHO, 2008.
- Carpenito-Moyet LJ. Nursing Diagnosis. Application to Clinical practice (11<sup>th</sup> ed). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2006.
- Haddad M. Depression in adults with a chronic physical health problem: Treatment and management. *Int. J. Nurs. Stud.* 2009;46:1411–1414
- Landspítali. Starfsemissupplýsingar LSH janúar til maí 2008 [Operational information of the LUH Jan. – May 2008]. Available at [http://www4.landspitali.is/lsh\\_ytri.nsf/timaritpages/T056132E3796CF6E80025747500481012/\\$file/StarfsemissupplýsingarLSH\\_jan-mai\\_2008.pdf](http://www4.landspitali.is/lsh_ytri.nsf/timaritpages/T056132E3796CF6E80025747500481012/$file/StarfsemissupplýsingarLSH_jan-mai_2008.pdf) ( accessed 18 Aug. 2008).
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psych. Scand.* 1983;67:361–370.
- Smari J, Olafsson DTh, Arnarson Th Ö, Sigurdsson JF. Mælitæki fyrir þunglynda fullorðinni sem til eru í íslenskri gerð: Próffræðilegar upplýsingar og notagildi. [Instrument measuring adult depression available in Icelandic. Psychometric information and use]. *Sálfræðiritið* 2008; 13: 147–169.
- Thorsteinsdóttir TK. Tilfinningaleg lídan og lífsgæði sjúklinga með ristil- og endatharmskrabbamein eftir skurdadgerð [Emotional well-being and quality of life following colorectal cancer surgery]. Unpublished MS-thesis, University of Iceland, Faculty of Nursing, 2006.
- Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes* 1, 29. Available at <http://www.hqlo.com/content/1/1/29>.
- American Pain Society Quality of Care Committee, APSQCC, (1995). Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. *JAMA* 1995;274 (23),1874–1880.
- Agresti A, Finlay B. Statistical Methods for the Social Sciences (fourth edition). New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2008.
- Burns N, Grove SK. The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique, and Utilization (5<sup>th</sup> edition). St. Louis: Elsevier, 2005
- Moser DK, Dracup, K. Role of spousal anxiety and depression in patients' psychosocial recovery after a cardiac event. *Psychosom. Med.* 2004; 66:527–32.
- Katon W, Lin EHB, Kroenke. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen. Hosp. Psychiatry* 2007;29:147–155
- Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahman A. No health without mental health. *Lancet* 2007;370:859–877.
- Gureje O. Comorbidity of pain and anxiety disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2008;10:318–22.
- Roy-Byrne PP, Davidson KW, Kessler RC, Asmundson GJ, Goodwin RD, Kubzansky L, Lydiard RB, Massie MJ, Katon W, Ladenm SK, Stein MB. Anxiety disorders and comorbid medical illness. *Gen. Hosp. Psychiatry.* 2008;30:208–25.
- Wright LM, Leahey M. Nurses and families: A guide to family assessment and intervention (4th ed.). Philadelphia: F. A. Davis, 2005.
- Rollnick S, Miller,WR. What is motivational interviewing? *Behav. Cogn. Psychother.* 1995;23:325–334.

# Quality of care: Prevention of pressure ulcers – Nursing students facilitating evidence-based practice

Göran Holst PhD RN – Ania Willman PhD RN Prof – Cecilia Fagerström PhD RN – Christel Borg PhD RN – Ylva Hellström PhD RN – Gunilla Borglin PhD RN

## ABSTRACT

*This development project was aimed at engaging nursing students in a project targeting the prevention and reduction of pressure ulcers on an education based hospital ward. An intervention was implemented based on systematic assessment, skin observation, together with training and educational sessions, i.e. on how to make risk assessments and how to prevent and treat a pressure ulcer, were carried out. The project demonstrated the importance of offering nursing students an environment for clinical practice which supports them in participating and developing patient care starting from Evidence-Based Practice. During the project no patients developed pressure ulcers while on the ward. The opportunity to act as facilitators of evidence-based methods was found to enhance student ability to draw conclusions and make connections between quality of care and end result.*

**KEY WORDS:** Nursing education, Evidence-Based Practice, Pressure Ulcer, Quality Improvement

## Introduction

Evidence-Based Practice (EBP) has expanded into one of the most important underlying principles in modern healthcare [1]. EBP originates from rapid changes in the delivery of healthcare accompanied by an increased emphasis on quality of care and cost containment [2]. The need to use robust research findings effectively is thus a critical factor for any health service. However, knowledge about how to implement evidenced findings in order to facilitate most effectively practice is still limited [3]. Acquisition of evidence and an aptitude in interpreting research findings are some of the barriers that interfere with the ability of healthcare professionals to implement EBP [2] apart from factors relating to the social and organizational contexts [4]. Thus, there is a need to stimulate the implementation of EBP in clinical practice using different approaches.

In Sweden, the education in clinical practice within the nursing programmes aims to motivate the students to adopt a scientific approach to their future profession. Swedish educational regulations (HSV 2007:23 R) emphasise the equal importance of theoretical studies and clinically-based educational training, and that both components need to achieve the same high quality. The same demands are made on the clinically-based teachers, lecturers, and the clinical supervisors regarding their scientific and pedagogical competence. Consequently, the education regarding clinical practice aims to equip the students with academic training in such skills as patient safety, critical and active participation in the development of nursing care and continuous professional and evidence-based development within the discipline. This poses several organisational challenges. The first concerns the creation of an environment that promotes academic learning, whilst the second concerns training students in systematic and evidence-based methods.

Pressure ulcers are a common problem in hospital populations with studies finding a prevalence of around 18% [5]. However, systematic work taking its point of departure in evidence-based methods [6] can reduce the prevalence of pressure ulcers, and thereby also costs, resource utilisation and patient suffering [7–9]. Factors such as high age, immobility, incontinence, cognitive impairment and low serum albumin are associated with the prevalence of pressure ulcerations within hospital populations [5, 10]. In Europe the work on developing guiding principles for pressure ulcer prevention has been led by the European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), which has contributed to a reduction of pressure ulcers in several areas. Despite this, research indicates difficulties concerning both distribution of new

knowledge into everyday practice [11]. One solution could be to target nursing students, and equip them with the skills needed to function as evidence-based facilitators.

The teaching team at one small university in southern Sweden decided to support the development of specific education-based hospital wards. Apart from aiming to meet regulatory educational obligations, to a high standard, the initiative was also intended to facilitate the introduction of evidence-based methods into nursing care.

## Aim and rationale

By involving the students, together with the clinical supervisors and ward staff, in a development project targeting an important care problem e.g. the prevention and reduction of pressure ulcers, it was hypothesised that the nursing students would acquire academic and practical skills and patient safety and the quality of the pressure ulcer nursing care would improve. The development project started out from the theoretical framework the Promoting Action on Research Implementation in Health Services framework – PARIS-which describes how the use of facilitators, in our case the nursing students and clinical teachers, can be a vital factor in quality development [12].

## The development project – setting and context

The development project started during spring 2008 and was preceded by project meetings aimed at inventoring nursing care areas to benchmark, develop and assure quality. Second and third year nursing students, clinical supervisors, ward sister, clinical teachers and lecturers participated in these meetings. A decision was taken to develop interventions targeting pressure ulcers. It was also decided that the clinical teachers and the students doing their clinical practice during the spring semester 2008 would take the lead by starting up the project. The clinical supervisors would be engaged in supporting the students as the project was rolled out. After a review of the literature and based on the findings presented it was decided to include the following actions in the intervention i) systematic risk assessment [13] ii) systematic skin observations [14] and iii) 2 x 4 hours training and education sessions (Figure 1).

## Intervention Phase I

Between April and May 2008 the first group of students, with the support from their clinical supervisors, executed the first mapping exercise. The mapping exercise included: systematic assessments of risk

**Figure 1. Overview of intervention components.**

Intervention Components	Assessments	Guidelines
Systematic Risk assessment	<i>Modified Norton scale</i>	On admission and every fourth day Modified Norton Screening according to the criteria: – Patients 70 years and older – Bedridden patients – Patients in wheelchairs
Systematic skin observations	<i>EPUAP-protocol</i> <b>Grade 1/</b> Non-blanchable erythema of intact skin. Discolouration of the skin. <b>Grade 2/</b> Partial thickness skin loss involving epidermis, dermis or both. <b>Grade 3/</b> Full thickness skin loss involving damage to or necrosis of subcutaneous tissue. <b>Grade 4/</b> Extensive destruction, tissue necrosis or damage.	On admission and, if pressure ulceration presents, daily inspections. If no pressure ulceration present every fourth day.
Pressure Ulcer Documentation		– Age – Gender – Number of hospital days – Modified Norton score – EPUAP score – Nursing care targeting pressure ulcerations
	<b>Target group</b>	<b>Content</b>
Training sessions 2 x 4 hours (Trusts Tissue Viability Centre)	Nursing students Clinical Supervisors	How to make risk assessment and skin observation, and how to prevent and care for a pressure ulcer

for pressure ulcers, systematic grading of current pressure ulcers and prevalence of pressure ulcers at time of admission and during hospital stay (Figure 1). During this phase students and clinical supervisors also participated in the first education and training session held by specialist nurses from the Trusts Tissue Viability Centre (TVC).

#### Intervention Phase II

During autumn 2008 the clinical teachers, lecturers and the supervisor analysed the findings from the mapping exercise carried out in phase I. Discussions were also held concerning potential nursing interventions targeting prevention of pressure ulcers, such as more systematic support for bedridden and incapacitated patients to change positions, increased support for activation, and more systematic skin observations. At this point in time (September 2008) the second education and training session, by Trusts TVC staff also took place. This session targeted the students doing their clinical training during the autumn semester 2008 and for the majority of clinical supervisors this was their second attendance. A second mapping exercise was executed by the new group of students between October and November 2008.

#### Data collection and data analysis

An intervention sheet containing data concerning age, gender, number of hospital days, Modified Norton score, skin observation, having or not having a pressure ulcer on admission and discharge and nursing interventions was developed by teachers and students jointly.

The intervention sheet was kept with the ordinary patient documentation during the patient's time on the education-based ward. This procedure ensured that all participants remained anonymous for the senior

**Table 1. Description of patients included in the mapping exercises**

	Phase I – Spring 2008 (n=35)		Phase II – Autumn 2008 (n=19)	
	Male (n=17)	Female (n=18)	Male (n=10)	Female (n=9)
<b>Age</b> , mean (min – max)	82 (52 – 101)	82 (68 – 96)	75 (62 – 84)	79 (62 – 96)
<b>Care days</b> , mean (min – max)	9 (2–26)	8 (3–23)	9 (4 – 22)	11 (3 – 30)
<b>Risk assessment*</b>				
At risk of developing pressure ulcer	11	11	8	7
<b>Skin observation**</b>				
Pressure Ulcer on admission assessment	6	6	5	4
<b>Developed pressure ulcer during hospital stay</b>				
Degree of pressure ulcer developed during hospital stay				
1	2	1	–	–
2	1	1	–	–
<b>Nursing intervention</b>				
Care intervention described***	12	14	9	9
No specific care intervention described	5	4	–	–

Note: \*[13] \*\*[14] \*\*\*Example; decubitus mattresses, softening skin, more frequent positioning

lecturer (GH) responsible for the data input (SPSS 16.0 for windows) and analysis.

## Findings

The students planned and executed most of the nursing care that targeted pressure ulcers during the two phases of the project. The students' role came to be valued and was viewed as a complement to the nursing care on the ward. Anecdotally, both staff and students reflected on what the project had achieved and the ward sister stated at one meeting:

«We have always tried hard to prevent pressure ulcers, but this project has opened our eyes of its importance and the nursing students have now been a valuable asset in this work».

### Intervention phase I

A total of 35 patients (18 females) were included. Their mean stay on the ward was approximately about 8–9 days. In accordance to the systematic assessments using the Modified Norton scale, about 60% of the patients were at risk of developing pressure ulceration. Mapping exercise I showed that about half of the patients had pressure ulcerations during the time they were cared for. Every third patient arrived on the ward with pressure ulceration and every tenth patient developed some degree of pressure ulceration during their stay. Documentation showed that the most common nursing care interventions were to use decubitus mattresses, some form of skin softening, de-pressuring and more frequent positioning (Table 1).

### Intervention phase II

The second mapping exercise included 19 patients. These were younger than the patients in phase I, but despite this about 79% were within the risk zone of developing pressure ulceration, according to the Modified Norton scale. Eight patients arrived on the ward with pressure ulcers and still had them when discharged. During this phase no patient developed pressure ulcers and more preventive nursing care interventions were documented (Table 1).

## Discussion

Our conclusion after this development project is that it is well worth supporting the continuous development of education-based hospital wards. Being able to offer nursing students a clinical practice environment that supports their participating in and development of patient care, starting from EBP was found to give them the opportunity to draw conclusions and make connections between the quality of care and an end result [15]. We can also conclude that patient safety and quality of care improved i.e. no patients in phase II developed pressure ulcers during their stay, in comparison with five patients in phase I.

It is important, however, to note that this development project took place in a clinical setting and was not therefore, set up with the methodological rigor inherent a research project. It is also important to remember that the patients in phase II were slightly younger, particularly as research has shown that advanced age is one of the risk factors for developing pressure ulcerations [1, 6]. Furthermore, the project included only a small number of patients, and particular the number of patients included in phase II was smaller than in phase I. All these points need to be taken into account when evaluating this project. Nevertheless, it appears reasonable to assume that one of the reasons no pressure ulcers developed during phase II can be related to the interventions that took place on the ward. Thus, the findings indicate that even relatively simple small-scale interventions can have the possibility of influencing the quality of nursing care when the interventions target one specific problem area. The findings of other research studies also support our suggestion [7].

## Acknowledgements

The authors wish to thank Agneta Lindwall, Clinical teacher, clinical supervisors and nursing students at the education-based ward for their

participation in the study and to Ms Patricia Shrimpton for revising the English.

Göran Holst PhD RN, Ania Willman PhD RN Prof, Cecilia Fagerström PhD RN, Christel Borg PhD RN, Ylva Hellström PhD RN, Gunilla Borglin PhD RN  
School of Health Sciences, Blekinge Institute of Technology, Blekinge, Sweden  
Contact: Goran.Holst@bth.se

## References

1. McKenna, H., Ashton S. and Keeney S., *Barriers to evidence-based practice in primary care: a review of the literature*. International Journal of Nursing Studies, 2004. 41(4): p. 369–378.
2. Ciliska, D., DiCenso A. and Cullum N., *Centres of evidence-based nursing: directions and challenges*. Evidence-Based Nursing, 1999(2): p. 102–04.
3. Grol, R., *Implementation of evidence and guidelines in clinical practice: a new field of research?* International Journal for Quality in Health Care: Journal of The International Society for Quality in Health Care / Isqua, 2000. 12(6): p. 455–456.
4. Grol, R., *Between evidence-based practice and total quality management: the implementation of cost-effective care*. International Journal for Quality in Health Care: Journal of The International Society for Quality in Health Care / Isqua, 2000. 12(4): p. 297–304.
5. Gallagher, P., et al., *Prevalence of pressure ulcers in three university teaching hospitals in Ireland*. Journal of Tissue Viability, 2008. 17(4): p. 103–109.
6. Chaboyer, W., et al., *Embedding evidence-based practice in a nursing curriculum: a benchmarking project*. Nurse Education in Practice, 2004. 4(3): p. 216–223.
7. Gunningberg, L., et al., *Reduced incidence of pressure ulcers in patients with hip fractures: a 2-year follow-up of quality indicators*. International Journal for Quality in Health Care: Journal of The International Society for Quality in Health Care / Isqua, 2001. 13(5): p. 399–407.
8. Comfort, E.H., *Reducing pressure ulcer incidence through Braden Scale risk assessment and support surface use*. Advances in Skin & Wound Care, 2008. 21(7): p. 330–334.
9. Chicano, S.G. and Drolshagen C., *Reducing hospital-acquired pressure ulcers*. Journal Of Wound, Ostomy, And Continence Nursing: Official Publication Of The Wound, Ostomy And Continence Nurses Society / WOCN, 2009. 36(1): p. 45–50.
10. Wann-Hansson, C., Hagell P., and Willman A., *Risk factors and prevention among patients with hospital-acquired and pre-existing pressure ulcers in an acute care hospital*. Journal of Clinical Nursing, 2008. 17(13): p. 1718–1727.
11. Wilborn, D., Halfens R., and Dassen T, *Pressure ulcer: Prevention protocols and prevalence*. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 2006. 12(6): p. 630–638.
12. Kitson, A., Harvey G., and McCormack B., *Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework*. Quality in Health Care: QHC, 1998. 7(3): p. 149–158.
13. Berglund, B. and Nordström G., *The use of the Modified Norton Scale in nursing-home patients*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 1995. 9(3): p. 165–169.
14. Beeckman, D., et al., *EPUP classification system for pressure ulcers: European reliability study*. Journal of Advanced Nursing, 2007. 60(6): p. 682–691.
15. Biggs, J. and Collis K., *Evaluating the Quality of Learning: The SOLO Taxonomy (structure of the Observed Learning Outcome)*. 1982: Academic Press.

# Patients' perceived health and anxiety pre and post implantable cardioverter defibrillator insertion

Carina Lund RN, MScN – Ulrica Nilsson RNA, PhD, Associate Professor

## ABSTRACT

**Background:** Previous research has shown that implantable cardioverter defibrillators (ICD) can improve patient's quality of life and life-satisfaction.

**Aim:** This small-scale study aimed to compare patients' self-assessed health and anxiety before and one month after ICD insertion and measure whether or not ICD patients suffer from depression.

**Methods:** Eighteen consecutive participants assessed health, anxiety and depression at two occasions: (i) the day of ICD implantation; and (ii) one month post ICD insertion. Health was assessed by EuroQol visual analogue scale (EQ VAS) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was used to assess depression and anxiety.

**Results:** The results showed a statistically significant increase in post ICD insertion values of health and decrease in values of anxiety compared to pre ICD insertion values. No difference was found regarding depression.

**Conclusion:** The findings indicate that patients' perceived health increase and anxiety decrease after an ICD insertion. However, more and larger studies are needed.

**KEY WORDS:** implantable cardioverter defibrillator; health; anxiety; depression; nursing

## Background

The most common treatment for sudden cardiac arrest in patients with malignant ventricular dysrhythmia is the implantable cardioverter defibrillator (ICDs). Given the increasing number of patients with ICD, nursing care needs to take a holistic approach that includes assessment and treatment of patients' psychosocial needs [1]. Previous research has shown that patients with ICDs have high levels of anxiety and depressive symptoms [1], and that ICD implantation can improve quality of life [1, 2, 3] and life-satisfaction [3].

## Aim

This small-case study aimed to compare patients' self-assessed health, anxiety and depression before and one month after ICD insertion and measure whether or not ICD patients suffer from depression.

## Methods

From June 2007 to February 2008, we recruited 18 consecutive participants in conjunction with ICD insertion at a university hospital in Sweden. Inclusion criteria were: cognitive oriented; and could read and understand Swedish. Data were collected on two occasions: (i) pre ICD insertion on the day of implantation with the intent to measure the preceding three months; and (ii) one month post ICD insertion to assess the present state.

To assess health we used the EuroQol visual analogue scale (EQ VAS), a thermometer-like visual analogue scale ranging from *worst condition* = 0 to *best possible condition* = 100 [4]. Used in previous studies of various diagnoses, including heart disease, EQ VAS has demonstrated high validity and reliability [4, 5, 6]. We used the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) to assess depression and anxiety. The scale is divided in two subscales of seven questions each, measuring anxiety (HADS-A) and depression (HADS-D). Each subscale uses a range from 0 to 21, with the cut-off point for depression (HADS-D) set at >10 [7]. HADS is a well-

established scale and has been used to assess anxiety and depression associated with heart disease [8, 9].

The study followed common ethical principles in clinical research and was approved by Örebro University and the head of the Department of Cardiology.

We used Wilcoxon matched pairs test to compare pre and post ICD insertion values. Statistical significance was set at p-value < 0.05.

## Results

The participants' mean age was 60 years, with a range from 41 to 76 years. Most participants were male, specifically 15 men versus 3 women. The indications for ICD insertion were: cardiac arrest (n=5); post myocardial infarction with at least 2 years of survival (n=7); life-threatening ventricular arrhythmia and/or fainting (n= 6). Nine of the participants worked full time, two worked part time, six had retired, and one was an adult education student.

We found a statistically significant increase in post ICD insertion of health compared to pre ICD insertion values, p = 0.038. The results also showed a significant decrease in anxiety between pre and post insertion, p = 0.006. However, we found no difference regarding depression (Table 1).

Pre ICD insertion one participant scored 11 on HADS-D, indicating

**Table 1. Health, anxiety, and depression before and one month after insertion of implantable cardioverter defibrillator (ICD).**

	Range	Before ICD Median/interquartiles n=18	After ICD Median/interquartiles n=18	p-value
EQ VAS	0–100	75 (57.8–81.3)	80 (66.3–90.0)	0.038
HADS-A	0–21	6.0 (4.75–8.0)	3.5 (2.0–5.5)	0.006
HADS-D	0–21	3.0 (1.0–5.0)	3.5 (2.0–5.5)	0.125

Abbreviations; EQ VAS = EuroQol Visual analogue scale; HADS-A = Hospital Anxiety Depression Scale – Anxiety; HADS-D = Hospital Anxiety Depression Scale – Depression.

a case of depression. Post ICD insertion all participants scored < 8, i.e. no cases of depression.

### Discussion

We conducted this small-case study to investigate potential differences in self-assessed health, anxiety and depression pre and post ICD insertion and to measure if these patients suffer from depression. The results showed a significant improvement in relation to health and anxiety, while only one participant was assessed as suffering from depression. Differences in pre and post values were not as great for health (75 versus 80) as for anxiety (6.0 versus 3.5). Furthermore, the median pre and post values for anxiety and depression were low, although the fact that the patients assessed their pre values retrospectively on the day of implantation. Our findings are in contrast with the findings of Thomas et al [1], which have shown that patients with ICDs have high levels of anxiety and depressive symptoms. However, Duru et al [10] suggest it is possible that patients' experiences of high anxiety and depression were more reflective of first- and second-generation ICDs, not the modern ICDs used today.

We chose to use EQ VAS and HADS because, in addition to being tested and well-established instruments [4, 5, 6, 8, 9], the questions were relatively few and appeared to be easily answered. This was important since we intended to implement the assessment of health, anxiety and depression as part of our nursing care.

### Conclusion

It seems that patients' perceived health increase and anxiety decrease after an ICD insertion. However, more studies with a larger sample size and with a follow up over a longer period than one month are needed to further explore patients perceived health, anxiety and depression related to an ICD insertion.

Carina Lund RN, MScN<sup>1, 2</sup>, Ulrica Nilsson RNA, PhD, Associate Professor<sup>2, 3</sup>

<sup>1</sup> Department of Cardiology, Örebro University Hospital, Sweden

<sup>2</sup> School of Health and Medical Sciences, Örebro University, Sweden

<sup>3</sup> Centre for Health Care Sciences, Örebro University Hospital

Corresponding author: Carina Lund, Department of Cardiology, Örebro University Hospital, SE – 701 85 Örebro, E-mail: carina.lund@orebroll.se

### References

1. Thomas SA, Friedman E, Kelley FJ. Living with an implantable cardioverter-defibrillator: a review of the current literature related to psychosocial factors. AACN Clin Issues 2001;12(1):156–163.
2. Carroll DL, Hamilton GA, Kenney BJ. Changes in health status, psychological distress, and quality of life in implantable cardioverter defibrillator recipients between 6 months and 1 year after implantation. Eur J Cardiovasc Nurs 2002;1(3):213–219.
3. Flemme I, Edvardsson N, Hinic H, Jinhage BM, Dalman M, Fridlund B. Long-term quality of life and uncertainty in patients living with an implantable cardioverter defibrillator. Heart Lung 2005;34(6):386–392.
4. Brooks R. EuroQol: the state of play. Health Policy. 1996;37(1):53–72.
5. Rabin R, de Charro F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. Ann Med. 2001;33(5):337–343.
6. Ellis JJ, Eagle AA, Kline-Rogers EM, Erickson SR. Validation of the EQ-5D in patients with a history of acute coronary syndrome. Curr Med Res Opin 2005;21(8):1209–1216.
7. Zigmund AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand 1983;67(6):361–370.
8. Barth J, Martin CR. Factor Structure of Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in German coronary heart disease patients. Health Qual Life Outcomes 2005;16(3):15.
9. Martin CR, Thompson DR, Chan DS. An examination of the psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Chinese patients with acute coronary syndrome. Psychiatry Res. 2004;129(3):279–288.
10. Duru F, Buchi S, Klaghofer R, Matt Mann H, Sensky T, Buddeberg C. How different from pacemaker patients are recipients of implantable cardioverter-defibrillators with respect to psychosocial adaptation, affective disorders, and quality of life? Heart 2001;85(4):375–379.

## NY BOK!

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

*Herdis Alvsvåg*



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

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

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

ISBN 978-82-7950-119-0

Kommer i salg april 2010

**Akribe**

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

# En kvalitativ metasyntese af psykiatriske sygeplejerskers oplevelser af transitionen fra at være studerende til at være nyuddannet

Ellen Boldrup Tingleff, cand.cur. – Camilla Blach Rossen, cand.cur. – Niels Buus, cand.cur. ph.d.

A QUALITATIVE METASYNTHESIS OF PSYCHIATRIC NURSES' EXPERIENCES OF THE TRANSITION FROM BEING STUDENT TO BEING NEWLY QUALIFIED

## ABSTRACT

*Introduction:* It has proven difficult to develop standardised methods and definitions for qualitative meta-syntheses. In this paper we suggest a theory-guided approach to meta-synthesis that enabled us to study the transition from being a nurse student to being a newly educated nurse in psychiatric settings. Insight into this transition is crucial for developing strategies to increase recruitment and retention of nurses in these settings.

*Aim:* The purpose of this study was to meta-synthesise psychiatric nurses experiences of the transition between being student and being newly educated and to discuss issues related to the particular approach to meta-synthesis.

*Methods:* A systematic literature search was made in CINAHL, PubMed, PsycINFO and Web of Science. References were critically evaluated and five studies were included in a qualitative meta-synthesis inspired by the methodological outline put forward by Sandelowski and Barroso. The studies were interpreted guided by theory from the social science position «symbolic interactionism».

*Results:* Two central themes were identified: 1. Negotiation of roles and norms. 2. Interpretation of the institutional context. The newly educated psychiatric nurses felt a lack of formal introduction, had feelings of professional incompetence and were ambivalent towards their new role.

*Discussion and conclusion:* The synthesis was evaluated and theory-guided interpretation could potentially be a significant contribution to qualitative meta-synthesis, which has not previously been explored in the literature.

**KEYWORDS:** Review, Metasynthesis, New Graduate Nurses, Mental Health, Qualitative Studies

## Indledning

Der er indenfor sygeplejevidenskaben en stigende interesse for at sammenfatte kvalitative studier (1-3). Den stigende interesse skyldes dels en hurtigt voksende mængde kvalitative studier, dels at kvalitative fund ofte er fremkommet ved dybdegående studier af begrænsede studiepopulationer, og dels som følge af en generel søgen efter evidens indenfor sundhedsvidenskabelig forskning. Sygeplejevidenskaben har derfor udviklet metoder til at analysere og sammenfatte kvalitativ forskning (1), og for at opnå større videnskabelig anerkendelse har de kvalitative sundhedsvidenskaber i et vist omfang også forsøgt at overføre termer og grundelementer fra den kvantitative metaanalyse, der er baseret på optælling og statistik (2). Det er imidlertid vanskeligt at overføre disse metoder direkte, da kvalitative data og resultater ikke er velegnede at kvantificere. En anden strategi har været at udvikle kvalitative metoder til at sammenfatte og syntetisere kvalitative studier (1-3). Det har imidlertid også været vanskeligt at udvikle og afklare en «kvalitativ metasyntese» som metode (3), og metoden er stadig kontroversiel (2). I det følgende redegøres for to centrale problemer forbundet med at udarbejde og validere kvalitative metasynteser.

Det første problem er begrebsforvirring (2;4). Forvirringen skyldes til dels, at metasynteser har mange ligheder med andre former for litteraturstudier, især litteraturgennemgange (reviews). Studierne deler samme overordnede interesse, hvilket er at opnå viden om et emne ved at analysere eksisterende litteratur, og det er i litteraturen ikke (altid) entydigt hvordan metoderne adskiller sig fra hinanden. Et review har til hensigt at opsummere (al) eksisterende viden om et emne. En metasyntese har derimod til hensigt at udvikle ny kvalitativ viden, synteser, på baggrund af fortolkning af et formålsrettet udvalg af kvalitative resultater. Den afgørende forskel er altså mellem at opsummere eksisterende viden og at fortolke sig frem til ny viden på baggrund af andres resultater. Problemet er imidlertid, at mange kvalitative forskere publicerer deres reviews som metasynteser, da termen styrker indtrykket af,

at der opnået evidensbaseret viden om emnet, men det truer troværdigheden af metasyntese som kvalitativ metode (4).

Det andet problem er, at det er vanskeligt at finde entydige forskningsmetodiske anvisninger til at udarbejde metasynteser. 1. Der er uenighed om, hvilke standarder der skal bruges til at kvalitetsvurdere de studier, der inkluderes i en metasyntese for at sikre dens troværdighed. Derfor er der i nogle metasynteser udviklet tjeklister, der dokumenter en kritisk gennemgang af de individuelle studiers metodiske og teoretiske grundlag (3). 2. I forhold til de inkluderede studiers metoder, debatteres det, hvorvidt en metasyntese kan indeholde studier, der bygger på forskellige kvalitative metoder (2;3). Der er argumenter for at analysere studier med forskellige metoder, at fundene og ikke metoderne er det centrale, og, modsat, at kvalitative metoder adskiller sig afgørende i forhold til udvalg og analyseteknikker og derfor er umulige at sammenligne (2;5). 3. I forhold til antallet af studier er der argumenter mod at arbejde med store udvalg, da det vil vanskeliggøre en dybdegående analyse (5). Modsat er der argumenter for at inddrage et større udvalg, eller alle relevante studier, for at sandsynliggøre mere fuldstændige tolkninger (6). 4. I litteraturen er det ligeledes vanskeligt at finde entydige metoder til at fortolke resultaterne fra de studier, der indgår i metasyntesen, da mange af metoderne endnu ikke er fuldt udviklet eller svære at forstå (5).

## Formål

I denne artikel præsenteres en teoristyret kvalitativ metasyntese af nyuddannede psykiatriske sygeplejerskers oplevelser af transitionen fra at være studerende til at være nyuddannet. De centrale problematikker forbundet med at udarbejde metasyntesen vil blive diskuteret.

## Transitionen fra studerende til nyuddannet sygeplejerske

Det er veldokumenteret, at transitionen fra at være studerende til at være nyuddannet sygeplejerske er en kritisk periode, da transitionen kendetegnes ved en betydelig forskel i de nyuddannede sygeplejer-

## Skema 1

Spørgsmål til teksterne:	Formål	Metode, design og analyse	Sample
Psychiatric Nurses: Transitioning from Student to Advance Beginner RN Roberta Waite, 2004	At udforske nyuddannede amerikanske sygeplejerskers oplevelser af overgangen fra studerende til nyuddannet sygeplejerske i psykiatrien	Kvalitativt interview, deskriptivt fænomenologisk design. Colaizzis tematisk analyse	Formålsrettet sample af 15 informanter. Maksimalt to års erfaring som sygeplejerske heraf maksimalt 1 års psykiatrisk erfaring
The psychiatric educational experiences of advance beginner RN's Roberta Waite, 2006	At udforske nyuddannede amerikanske sygeplejerskers oplevelser af psykiatrien og deres uddannelsesmæssige forberedelse til den nye rolle	Kvalitativt interview, deskriptivt fænomenologisk design Colaizzis tematisk analyse	Formålsrettet sample af 15 informanter. Maksimalt to års erfaring som sygeplejerske heraf maksimalt 1 års psykiatrisk erfaring
How newly qualified mental health nurses perceive their role D.M Rungapadiachy, A. Madrill, B. Gough. 2006	At undersøge nyuddannede engelske sygeplejerskers refleksioner over hverdagen som psykiatrisk sygeplejerske	Kvalitativt semi-struktureret interview, grounded theory design	Follow-up studie med 11 informanter. Interviewet efter minimum 6 måneders klinisk erfaring
Adaptation to the mental health setting: The lived experience of comprehensive nurse graduates Prebble, K. McDonald, B. 1997	At undersøge hvorvidt nyuddannede australske sygeplejerskers idealer er tilpasset akut psykiatrisk praksis	Kvalitativt semi-struktureret interview. Interviewene er kodet og tematiseret identificeret	Snowball sample med 4 informanter. Ansat mere end 6 måneder og mindre end 18 måneder
From novice to competent practitioner: tracking the progress of undergraduate mental health nursing students Ferguson, K. Hope, K. 1999	At undersøge nyuddannede engelske sygeplejerskers opfattelse af deres uddannelsesmæssige forberedelse til rollen som akut og kritisk psykiatrisk sygeplejerske	Kvalitativt semi-struktureret interview, longitudinal design. Informanterne er interviewet tre gange. Interviewene er kodet og temaer identificeret ved hjælp af software til kvalitativ dataanalyse	Follow-up studie med 8 informanter. Interviewet 1 år efter endt uddannelse

skers idealer for sygeplejen og realiteterne i praksis. Det kan resultere i fænomenet «realitetschok», hvor transitionen opleves stressende og udfordrende (7), hvilket fører til fastholdelses- og rekrutteringsproblemer af nyuddannede sygeplejersker, især i psykiatrien. Derfor er der behov for at udforske nyuddannede sygeplejerskers oplevelser i mødet med psykiatrisk praksis. Vi vil syntetisere fundene fra de kvalitative studier, der er udarbejdet om emnet og herved udvikle ny viden.

### Metode

Metoden er en teoristyrket kvalitativ metasyntese inspireret af Sandelowski og Barroso (1). Tolkningen er baseret på en symbolsk interaktionistisk forståelse af social identitet og sociale roller som noget, der aktivt skabes og forandres i interaktion mellem mennesker. Social mening, identitet og roller skabes med andre ord i et menneskes interaktion med andre og med omgivelserne og er afhængige af, hvordan mennesket interagerer med og fortolker deres omverden (8). En social transition fra studerende til nyuddannet sygeplejerske betyder i dette perspektiv, at personen skal forhandle sin nye rolle i interaktion med omgivelserne og skabe en ny sammenhængende identitet. Den kvalitative syntese foregik som forfatterens fælles fortolkning af et udvalg af kvalitative studier, der blev udlagt og diskuteret indenfor den symbolsk interaktionistiske teoretiske ramme. For at sikre, at referencerammen bidrog til en samlet balanceret tolkning, blev der afprøvet flere teorirammer i den tidlige fortolkningsproces, blandt andet transitionsteori og teori om professionel socialisering. Symbolsk interaktionisme var den referenceramme, der bedst repræsenterede og udfordrede studierne.

### Litteratursøgning

En litteratursøgning blev foretaget i oktober 2009 i databaserne CINAHL, PubMed, PsycINFO og Web of Science. Søgestrategien var en systematisk bloksøgning kombineret med en usystematisk kædesøgning. Inklusionskriterierne var peer-reviewed studier publiceret på nordisk og engelsk, omhandlede nyuddannede sygeplejerskers ople-

velser af transitionen fra studerende til nyuddannet i psykiatrien. Eksklusionskriterierne var evalueringer af introduktionsprogrammer og mentorprogrammer for studerende og nyuddannede sygeplejersker i psykiatrien. Bloksøgningen var baseret på fritextsøgeord og kontrollerede emneord (DE), når databasen inkluderede relevante kontrollerede emneord. I PsycINFO var søgeordene f.eks: Psychiatry (DE) OR Mental Health (DE) AND newly qualified OR newly graduated OR newly registered OR new nurses OR novice nurses AND Life experiences (DE) OR Interviews (DE). Søgeordene blev identificeret dels ud fra forhåndskendskab til litteraturen og dels ved kontinuerligt at sammenligne og inkludere de kontrollerede emneord fra de relevante referencer. Litteratursøgningen havde en høj genfindings- og resultatere i fem relevante artikler (9-13).

### Resultater

Studierne blev systematisk og kritisk vurderet ud fra en tjekliste (14). Se skema 1 for en oversigt over studierne i metasyntesen. Generelt for studierne var, at fænomenet «transition» ikke var teoretisk afklaret, at der ikke var opstillet tydelige inklusions- og eksklusionskriterier for informanterne, samt at datafortolkningens fremgangsmåde ikke var transparent.

De nyuddannede sygeplejersker var udfordret til at finde mening i deres nye rolle, men oplevede rollen og den nye professionelle identitet og den institutionelle kontekst som meget kompleks og til tider modsætningsfuld. Det betød, at de skulle lægge mange kræfter i deres fortolkningsarbejde og i forhandlingen af deres nye rolle.

### Forhandling af roller og normer

De nyuddannede sygeplejersker skulle skabe ny social identitet ved at opfatte sig som en del af det sociale fællesskab på de psykiatriske afdelinger, blandt andet ved at handle i overensstemmelse med afdelingernes normer. De nyuddannede sygeplejersker havde blandede erfaringer med dette forhandlingsarbejde, da de blev socialt sanktioneret, hvis de havde (idealistiske) forventninger til den psykiatriske pleje og en

adfærd, der afveg fra det acceptable i personalegruppen. De havde derfor meget blandede oplevelser af at forhandle deres rolle i fællesskabet.

De nyuddannede sygeplejersker oplevede, at deres teknisk-teoretiske viden om det psykiatriske felt var meget begrænset, og at de ikke altid forstod de specifikt psykiatriske dimensioner knyttet til patienterne. Det var især problematisk, når patienternes psykosociale tilstand og situation var meget kompleks. Manglende psykiatrisk viden frustrerede de nyuddannede sygeplejersker og bidrog til en følelse af professionel inkompetence.

De nyuddannede sygeplejersker var meget afhængige af andre i personalegruppen i forhold til at få social anerkendelse og en positiv social rolle. Samtidig søgte de anerkendelse og en styrket professional identitet i relationen med patienterne. Rollen som psykiatrisk sygeplejerske gav dem mulighed for at indgå i længerevarende forløb med flere patienter, hvilket de både fandt fascinerende og givende. De længerevarende relationer til patienterne skulle dog forhandles i mange situationer, fordi de blev uklare i forhold til den professionelle rolle.

De nyuddannede sygeplejerskers professionelle identitet blev primært næret gennem de sociale relationer til andre professionelle og patienterne, men i begge situationer var det nødvendigt med et forhandlingsarbejde for at finde en passende rolle. Den professionelle selvforståelse blev kun meget sekundært styrket gennem følelsen af at være en kompetent løser af en klinisk sygeplejefaglig opgave.

#### *Fortolkning af den institutionelle kontekst*

De nyuddannede sygeplejersker skulle bruge meget energi på at fortolke deres nye rolle, da den institutionelle psykiatriske kontekst, de skulle agere i, var anderledes end deres forventninger og idealer for praksis.

Konteksten de skulle agere i, var præget af et stort ansvar, høje krav, stort arbejdspress og mangel på ressourcer, og den stillede derfor andre krav end deres uddannelsesmæssige baggrund havde rustet dem til. Det betød, at de oplevede høje krav, et for stort ansvar, og at deres kompetencer ikke var tilstrækkelige i forhold til deres hverdagspraksis. De nyuddannede sygeplejersker indtrådte i konteksten med forventninger og idealer for den psykiatriske sygepleje, hvilke ikke blev tilfredsstillende i mødet med praksis. Deres oplevelser fremkaldte følelser af stress og usikkerhed. Tilknytning til en mentor og formel introduktion til den nye rolle var meget sparsom, men hvis de fik en minimal introduktion, kunne det lette deres følelser af stress og usikkerhed.

Disse oplevelser påvirkede de nyuddannede sygeplejerskers mulighed for at udvikle sig i rollen som psykiatrisk sygeplejerske, da konteksten hæmmede en positiv udvikling af deres identitet. De oplevede ikke at udfylde rollen som forventet. For at undgå stress og usikkerhed, måtte de forhandle sig frem til en rolle der gjorde dem i stand til at fungere i den institutionelle kontekst uden at være plaget af konfliktfulde følelser og professionel stress.

Konklusionen på syntesen er, at de nyuddannede sygeplejersker savnede formel introduktion til den nye professionelle rolle som psykiatrisk sygeplejerske, og at de ofte havde følelser af professionel inkompetence. Sygeplejerskerne havde blandede følelser i forhold til at forhandle deres nye rolle i fællesskabet, både i forhold til patienterne og de professionelle, men deres professionelle identitet blev primært næret gennem disse sociale relationer. De nyuddannede sygeplejersker oplevede den længerevarende relation til patienterne som givende.

#### **Diskussion og konklusion**

I denne metasyntese er der anvendt en teoristyret tilgang, hvor fem kvalitative studiers fund er fortolket i en symbolsk interaktionistisk teoriramme. De fem studier blev systematisk kvalitetsvurderet, og studierne metodiske svagheder udfordrede syntesens samlede troværdighed. Endvidere havde studierne meget ensartede design og resultater, og ensartetheden lettede syntetiseringen af studierne. Det er muligt, at en større gruppe af velgennemførte studier med større metodologisk variation kunne udfordre fortolkningsprocessen og bidrage til en mere nuanceret syntese.

Sandelowski og Barroso beskriver fem metoder til fortolkning i en metasyntese, og hævder at valget af metode vil afhænge af syntesens formål samt studierne rækkevidde (1). Teoristyrede tolkninger er

ikke tidligere beskrevet som en metode til fortolkning i kvalitative metasynteser, for eksempel anfører Sandelowski og Barroso kun ganske kort, at teoretiske begreber kan importeres til syntesen, men ikke hvordan (1). Da formålet med en metasyntese er at udvikle ny kvalitativ viden på baggrund af fortolkning (4), er det derfor væsentligt at denne fortolkningsproces er eksplicit og transparent. Derfor er der anvendt en teoristyret tilgang, hvor fortolkerne bekendte sig til en formel teoretisk referenceramme og ekspliciterede deres teoretiske forforståelse. En teoristyret tilgang til fortolkning skaber et fokuseret og deduktivt element i fortolkningsprocessen (15). Det deduktive element var en udfordring i fortolkningsprocessen, da det på en uhenigtsmæssig måde kunne reducere fortolkernes kreativitet i fortolkning og føre til en reproduktion af allerede kendt viden og problemstillinger. Udfordringen blev håndteret ved kontinuerligt at genlæse studierne og systematisk registrere og analysere resultater, som ikke passede godt ind i den symbolsk interaktionistiske forståelse og gennem afprøvningen af alternative teorirammer.

Syntesen indikerer, at teoristyrede fortolkninger kan være et bidrag til udviklingen af de fortolkende metoder i kvalitative metasynteser, da det deduktive element i teoristyrede tolkninger strukturerer fortolkning og ekspliciterer fortolkerens forforståelse. Samtidig kan den teoristyrede fremgangsmåde ses som yderligere et bidrag til at definere kvalitativ metasyntese som metode, der er markant forskellig fra sammenfatningerne i en systematisk litteraturregning.

Ellen Boldrup Tingleff, cand.cur.<sup>1</sup>, Camilla Blach Rossen, cand.cur.<sup>2</sup>, Niels Buus, cand.cur. ph.d.<sup>3</sup>

1. VIA University College, Sygeplejerskeuddannelsen i Silkeborg, Høgevej 4, 8600 Silkeborg.

2. VIA University College, Sygeplejerskeuddannelsen i Viborg, Toldbodgade 12, 8800 Viborg.

3. Forskningsenheden: Helbred, Menneske og Samfund. Institut for Sundhedstjenesteforskning. Syddansk Universitet. J.B. Winsløvs Vej 9B. 5000 Odense C.

Kontakt: ellenbting@hotmail.com

#### **Reference List**

1. Sandelowski M, Barroso J. Handbook for synthesizing qualitative research. New York: Springer, 2007.
2. Bondas T, Hall EOC. Challenges in Approaching Metasynthesis Research. *Qual Health Res* 2007; 17(1):113–121.
3. Walsh D, Downe S. Meta-synthesis method for qualitative research: a literature review. *J Adv Nurs* 2005; 50(2):204–211.
4. Thorne S, Jensen L, Kearney MH, Noblit G, Sandelowski M. Qualitative Metasynthesis: Reflections on Methodological Orientation and Ideological Agenda. *Qual Health Res* 2004; 14(10):1342–1365.
5. Sandelowski M, Docherty S, Emden C. Qualitative Metasynthesis: Issues and Techniques. *Res Nurs Health* 1997; 20:365–371.
6. Kearney MH. New directions in grounded formal theory. In: Schreiber R, Stern PN, editors. *Using grounded theory in nursing*. New York: Springer, 2001: 227–246.
7. Chang E, Hancock K. Role stress and role ambiguity in new nursing graduates in Australia. *Nurs Health Sci* 2003; 5:155–163.
8. Blumer H. *Symbolic interactionism*. University of California Press, 1969.
9. Waite R. The psychiatric educational experiences of advance beginner RNs. *Nurse Educ Today* 2006; 26(2):131–138.
10. Prebble K, McDonald B. Adaptation to the mental health setting: The lived experience of comprehensive nurse graduates. *Aust N Z J Ment Health Nurs* 1997; 6(1):30–36.
11. Ferguson K, Hope K. From novice to competent practitioner: tracking the progress of undergraduate mental health nursing students. *J Adv Nurs* 1999; 29(3):630–638.
12. Rungapadiachy DM, Madill A, Gough B. How newly qualified mental health nurses perceive their role. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006; 13(5):533–542.
13. Waite R. Psychiatric Nurses: Transitioning from student to advance beginner RN. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2004; 10(4):173–180.
14. Polit DF, Beck CT. Critiquing Research Reports. In: Polit DF, Beck CT, editors. *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2006: 429–456.
15. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. 2. ed. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.

# Innhold

## Redaksjonelt

*Editorial* 3  
*av Guðrún Kristjánsdóttir*

## Sykepleievitenskap Omvårdnadsforskning

*Nursing Science and Research*

Undergraduate nursing student experiences of their  
mental health clinical placement 4  
*av Siv Grav, Else Marie Lysfjord Juul og Ove Hellzén*

The diversity and complexity in health promotion and  
empowerment related to older hospital patients  
– Exploring nurses' reflections 9  
*av Geir V. Berg, Anneli Sarvimäki og Birgitta Hedelin*

Intensivavdelingen: meningsfullt rom for en god død?  
En studie av intensivsykepleieres opplevelse av døden i  
intensivavdelingen 14  
*av Berit Andersen*

Sykepleiernes erfaringer med brukerveiledning i  
psykiatriske dagsentra 19  
*av Torill M. Sæterstrand og Aase B. Møllersen*

Hva påvirker sykepleierstudentenes trygghet og  
læring i klinisk praksis? 24  
*av Tove Lisbeth Holmsen*

Kompetanse i tiltakskjeden – avdelingslederens erfaringer  
om utskrivninger av eldre pasienter fra sykehus 29  
*av Wivi-Ann Tingvoll, Torill Sæterstrand og  
Sven-Tore Dreyer Fredriksen*

Factors associated with psychological distress at home  
following elective surgery in a representative group of  
surgical patients: an explorative panel study 34  
*av Herdís Sveinsdóttir*

## Utvikling i sykepleien

*Short papers*

Quality of care: Prevention of pressure ulcers  
– Nursing students facilitating evidence-based practice 40  
*av Göran Holst, Ania Willman, Cecilia Fagerström,  
Christel Borg, Ylva Hellström og Gunilla Borglin*

Patients' perceived health and anxiety pre and post  
implantable cardioverter defibrillator insertion 43  
*av Carina Lund og Ulrica Nilsson*

En kvalitativ metasyntese af psykiatriske sygeplejerskers  
oplevelser af transitionen fra at være studerende til at  
være nyuddannet 45  
*av Ellen Boldrup Tingleff, Camilla Blach Rossen og  
Niels Buus*