

# Ledare

**Christina Forsberg**  
redaktør

I dette nummer finner du en artikkel som handler omvårdnadsdisciplinens utveckling i Sverige samt en artikkel som handler om evidensbasert omvårdnad. Omvårdnadsforskningens snabbe framvæxt i Norden har varit och är en förutsättning för att vi idag kan arbeta med evidensbasert omvårdnad.

## **Vad innebär då evidensbasert omvårdnad?**

Strävan efter att hitta vetenskapliga bevis (evidens) för rutiner och åtgärder har tidigare företrädesvis funnits inom det medicinska

området. I Sverige har Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) varit föregångare och publicerat systematiska litteraturstudier främst inom det medicinska området. Under senare år har även sjuksköterskor försökt att finna evidens av betydelse för omvårdnad. Att tillämpa principen om evidensbasert omvårdnad i den dagliga verksamheten innebär att den individuella sjuksköterskan i sin kliniska praxis integrerar bästa vetenskapliga bevis innan hon, tillsammans med patienten, fattar beslut om olika omvårdnadsinsatser.

Evidens finns ofta allmänt tillgängligt i form av publicerade artiklar i vetenskapliga tidskrifter men också i systematiska litteraturstudier som enligt vetenskapliga regler sammanfattar och kommenterar alla tillgängliga publikationer inom ett valt område.

I och med omvårdnadsforskningens starka tillväxt finns behov av att sammanställningar görs över existerande forskningsresultat och att denna nya kunskap används i praktiken. Vård i Norden publicerar gärna heltäckande systematiska forskningsöversikter.

# Aksjonsforskning – Et samarbeidsprosjekt

## Å forbedre praksis gjennom praksis

Førstelektor Vivi Høy Anvik

*ACTION RESEARCH –  
A COLLABORATION PROJECT.  
TO IMPROVE PRAXIS  
THROUGH PRAXIS*

### ABSTRACT

*This paper outlines an action research project in a ward with dementia patients, a Competence Center for Dementia and the University college of Bodø. The project was designed as an approach to working collaboratively with the staff in the ward. The aim of the project was to improve and change practice in a ward where the staff experienced a high degree of frustration, and in addition improve the staff's knowledge concerning the illness dementia.*

*It quickly became clear that the employees had significant cooperation problems with colleagues and the leadership. We soon realized that this would have overshadowed the possibilities to obtain new learning and commit oneself in relation to concrete knowledge development. Inadequate organization and poorly defined areas of responsibility also created problems. All the above-mentioned factors influenced the staff's opportunity to utilize new knowledge. Our experience from the project also points to the importance of management involvement in the process, a process where the personnel were directly involved in the experience of «owning» problems, combined with the experience of having direct impact on how the problems were solved. To devote plenty of time to reflection and discussion was important, and also to get used to the idea of having to cope with a slow-down of the process, without being discouraged or losing sight of the intention of the project.*

*This project explores the use of action research and the outcome of the project.*

### Bakgrunn og formål

Prosjektet det vises til ble gjennomført som et samarbeidsprosjekt mellom tre instanser: Et utrednings- og kompetansesenter for demenssyke pasienter, en skjermet enhet for demenssyke pasienter og en høgskole ved prosjektleder. Prosjektet ble satt i gang på bakgrunn av at et personalet ved skjermet enhet i flere år hadde slitt med ulike frustrasjoner og problemer i forbindelse med sin jobbsituasjon. Problemer og frustrasjoner som hadde toppet seg de siste to årene. Sonelederen ved sykehjemmet hvor enheten ligger, ønsket assistanse fra kompetansesentret for hjelp og støtte til personalet i denne vanskelige og til dels fastlåst situasjon.

Videre var det et ønske om spesifikk kunnskapsutvikling i demensomsorg. Prosjektleder og kompetansesentret hadde før prosjektstart ingen klar fordeling om innholdet i personalets frustrasjoner, heller ikke hvilke behov de hadde for spesifikk kunnskapsutvikling.

Skjermet enhet er en egen enhet i et større somatisk sykehjem, der man har felles avdelingsleder, samt en overordnet soneleder med fag og personal ansvar for tjenesten både i sykehjemmet og i den hjemmebaserte omsorgen i distriktet/området. Den skjermete enheten er dimensjonert for sju pasienter med alvorlig demens. De siste årene har det vært et konstant overbellegg på to pasienter, uten at bemanningen var økt av den grunn. Særlig de siste to årene har det vært sykemeldinger blant de ansatte, og som følge av det, innleie av vikarer.

Prosjektet ble gjennomført over en periode på 9 måneder i 2000–2001, med samarbeidsmøter av en varighet på fire til åtte

**KEY WORDS:** Action research, changes, improvement, participants, frustrations, dementia, staff.

timer pr. måned. På disse møtene deltok ansatte ved skjermet enhet, dvs en sykepleier i fulltidsstilling, 5 hjelpepleiere i deltidsstillinger, en ufaglært miljøarbeider, prosjektleder, samt en sykepleier fra kompetansesentret, som også ledet møtene. Avdelingslederen ved sykehjemmet, som også var fagansvarlig for skjermet enhet, deltok på alle møtene og sonelederen deltok ved behov. Etter hvert ble det også hentet inn spesialkompetanse fra kompetansesentret som bistod med faglig kunnskapsutvikling knyttet til demensomsorgen ved enheten.

Tidlig i prosjektfasen erfarte vi at personalet hadde store samarbeidsproblemer seg imellom, men også med ledelsen ved sykehjemmet. Samarbeidsproblemene med ledelsen ble blant annet uttrykt som: «Vi er en glemt avdelingen, ingen bryr seg». Vi erfarte også tidlig at personalets samarbeidsproblemer var grunnet i deres opplevelser av mangelfull organisering og fravær av ledelse. Videre erfarte vi at det var så tidskrevende og problematisk å få til et samarbeid om forbedringer og endringer både om de organisatoriske forhold, og avklaring av faglig ansvar og ledelsesansvar ved enheten, at kunnskapsutvikling i demensomsorg måtte skyves ut i tid.

### Demensomsorg

Demens er en hjerneorganisk sykdom hvor sviktende hukommelse er det mest sentrale tegn, og dette er ofte det første symptomet på begynnende demens. Solheim (1) sier det slik: «Sykdommen er en progredierende og irreversibel hjerneorganisk sykdom som starter snikende og umerkelig, og fører til diffuse skader i hjernen med mental svikt, psykisk svikt og andre nevrologiske symptomer, som igjen forårsaker manglende evner til å klare dagliglivets aktiviteter.»

Demens påvirker både den sykes adferdsempertoar og dennes opplevelser av omgivelsene.

Mulighetene for å oppfatte og reagere påvirkes av sykdomsforløpet og utbredning i hjernen. Problemene vil variere med sykdommens utvikling, art og lokalisasjon (2). Pasientens problemer og behov er derfor svært individuelle, avhengig av skadens art og progresjon, men også av den sykes personlighet og livs erfaringer (3). Pasientenes atferd er preget av desorientering, forvirring og de får problemer med å ta vare på seg selv (4). Den syke vil derfor ha behov for konstant overvåking, for å forhindre at vedkommende gjør noe som er farlig for seg selv og andre. Mange mister evnen til å spise selv, er ofte inkontinente i forhold til blære og tarm og blir derfor avhengige av andre i forhold til dagliglivets aktiviteter. (3, 4)

Å møte og forstå pasientens desorientering og evner til å kommunisere og samhandle, blir en daglig utfordring for personalet (5). Følelsesmessige svingninger er reaksjoner som preger pasienter som ikke opplever seg forstått (6, 2). Ukontrollert adferd, sinne, gråt og hjelpeløshet er sider ved pasientens tilstand som av personalet skal møtes på en verdig og profesjonell måte (2). Inadekvate miljøbetingelser kan medføre at det stilles for store eller for små krav til den demenssyke, som igjen kan forårsake angst, aggressivitet, eller andre typer insuffisiensreaksjoner (2).

Personalet vil bli utfordret daglig i forsøk på å forstå og møte pasienten. Ofte mislykkes personalet, og det daglige omsorgsarbeidet kan bli fylt med skuffelser og nederlag, som over tid er en stor belastning, noe som igjen kan føre til utbrenthet og dermed sykemeldinger for de ansatte (7, 8, 9, 10). Studier (5, 11) viser at personalet som daglig arbeider med pasienter med demens, ofte opplever meningsløshet, hjelpeløshet og angst, men også etiske dilemmaer. Omsorgsarbeidet gir også mye glede og mening knyttet til det å lære et annet mennes-

kes liv å kjenne. Gleden når den demens syke reagerer med tilfredshet og godt humør og når noen av og til viser til gjenkjenning, gir gode og positive opplevelsen (3).

De daglige utfordringer vil også få innvirkninger på personalsamarbeidet og miljøet i avdelingen. Personalets arbeidssituasjon innen demensomsorg, har i altfor liten grad vært i fokus skriver Solheim (1) og skriver videre; kravene til personalet har økt, men mulighetene til å innfri dem er ofte blitt redusert. Tålmodighet og arbeidsforhold henger ofte nøye sammen. Hvis personalet har stor arbeidsbelastning på grunn av arbeidets fysiske og psykiske krav, vil dette lett kunne influere på personalets holdninger og handlinger (12). En måte å lette personalets situasjon på, er å bedre arbeidsforholdene til den enkelte ansatte, slik at tålmodigheten igjen blir større og toleransen antatt bedre i å møte utfordrende og vanskelig atferd (13). Solheim (1) understreket betydningen av støtte til personalet; hvis personalet aldri eller sjeldent får positivt tilbakemelding på arbeidet som gjøres, eller hvis kravene som stilles ikke står i forhold til mulighetene de gis for å fylle dem, vil personalet fort gå tomme og faren for utbrenthet stor. Omsorgen må dessuten settes i system, gjennom god organisering hvor ledelsen ser, erkjenner og forstår betydningen av dette. Den fysiske utforming og dimensjonering av avdelingen er heller ikke uten betydning for de ansattes jobbsituasjon, og for pasientenes trygghet og trivsel (2). En felles faglig og menneskelig forståelse for den demenssykes situasjon, er også avgjørende for at samarbeidet i avdelingen kan fungere (2).

#### Mål for studiet

Som nevnt var utgangspunktet for prosjektet et ønske fra leder ved sykehjemmet om bistand fra

kompetansesentrert, for å hjelpe og støtte et personale som opplevde en vanskelig jobbsituasjon. Dette hadde toppet seg de siste to årene. Det var også et ønske om kunnskapsutvikling rettet mot omsorgen for de demenssyke pasienter i enheten. Målet var å kartlegge innholdet i personalets frustrasjoner i deres jobbsituasjon, og sammen med personalet og ledelsen ved sykehjemmet søke å endre og forbedre denne. Videre å kartlegge personalets behov for kunnskapsutvikling innen demensomsorg, og tilrettelegge for dette med hjelp fra kompetansesentrert. Metodisk ble aksjonsforskning valgt, fordi vi mente at denne tilnærming på en best mulig måte, kunne møte den problematikk som personalet ga uttrykk for.

#### Metode og tidligere aksjonsforskning

Aksjonsforskning omtales med mange navn (14), bl.a. «social experiment», «participatory research», «organizational development», and «participatory action research.» Termen «action research» kan spores tilbake til amerikaneren Kurt Lewin(1951), som ønsket å utvikle en forskningsmetode som ikke bare skulle bidra til å øke kunnskap generelt, men også føre til faktiske sosiale endringer for de mennesker forskningen angikk (15). I Norge ble aksjonsforskning innen samfunnsforskning et begrep først i begynnelsen av 1960-årene. Den har utviklet seg uavhengig av den amerikanske retningen, men har mye fellestrekk med Lewins idé (16). Aksjonsforskning i Norge og innen samfunnsforskning, ble preget av to forhold. For det første ønsket forskerne å bygge bro mellom forskning og praktisk samfunnsarbeid, – sammenheng mellom teori og praksis-. For det andre ble arbeidet med underprivilegerte grupper i samfunnet vektlagt. Denne tradisjonen er omtalt som kultur progressive

eller norske aksjonstradisjoner. Mye av forskningen har videre vært knyttet til samarbeidsformer og arbeidsmiljø i bedrifter og organisasjoner, for eksempel Arbeidsforskningsinstituttet i Oslo. (16).

En oversikt over aksjonsforskning innen sykepleie, helse og sosialfagområdene nasjonalt og internasjonalt, omhandler forskning som søker å forbedre, endre og utvikle praksis i nært samarbeid med praksisfeltet, hvor en kombinerer forskning, praksis og teori (14, 17, 18, 19, 20, 21). På hvilken måte samarbeidet vektlegges benevnes ofte som participatory action research (PAS). Uttrykket «empowerment» (bemyndige, dyktiggjøre, utvikle, frigjøre) benyttes ofte for målet med aksjonsforskning(18, 19, 20, 21).

Kjennetegnet for aksjonsforskning generelt er en prosess som inkluderer både kunnskapsutvikling og anvendelse av denne, og hvor det benyttes både kvantitative og kvalitative metoder (22, 23).

I Norge har den norske sykepleieforsker I.M. Holter gjort seg internasjonalt bemerket innen aksjonsforskning i sykepleie. Sammen med Schwartz – Barcott (1993), skrev hun blant annet artikkelen: «Action research: What is it? How can it be used in Nursing Research, and how can it be used in Nursing Research»(17). I artikkelen kritiserer de den aksjonsforskning som var utviklet innen sykepleie generelt på 80 og begynnelsen av 90 tallet, for å være for sterkt preget av naturvitenskapelig forskningstradisjon. Forfatterne poengterer i artikkelen særlig samarbeidsperspektivets betydning, som de plasserer i en historisk hermeneutisk vitenskap. De mener at samarbeidssiden ved aksjonsforskning innenfor sykepleie generelt, ikke har vært vektlagt i tidligere aksjonsforskning, det vil si før 1993. Hart og Bond (1996), er to engelske forskere innen syke-

pleievitenskap, som i en artikkel viser til betydningen av den sykliske refleksjon og prosess, noe de mener Holter og Schwartz – Barcot ikke i tilstrekkelig grad har tatt høyde for i sin typologi.(19)

Aksjonsforskning i norsk og nordisk sykepleieforskning har imidlertid i det store og hele vært lite benyttet som metode. Dette tross for at metoden i flere sammenhenger har vært beskrevet som godt egnet for å videreutvikle praksis ( 24, 26). Sjøvoll (2001), har avdekket kun tre aksjonsforskningsstudier i Norge siden 80 tallet (25). Et søk i det nordiske tidsskriftet: «Vård i Norden» i perioden 1998 – 2004, samt «Norsk tidsskrift for sykepleieforskning» i samme tidsperiode, viser ingen aksjonsforskningsstudier innen sykepleie. Metoden og metodebruken er antatt lite kjent innen faget i nordisk sammenheng. Metoden er dertil krevende fordi forsker involveres aktivt i en samarbeidsprosess, hvor forsker selv er med å omsette kunnskapsutviklingen i handling(26).

Aksjonsforskning er imidlertid en tilnærming, som er godt egnet når en søker å avdekke problemer og behov i praksis, knytte sammen praksis og teori, intervensere i forhold til personalet, og støtte på en samarbeidende måte. Aksjonsforskning kan beskrives (17, 23, 24) som en deltakende, situasjonsspesifikk og problemfokuseret forskningsmetode. Deltakernes egne erfaringer er her den viktigste vitensgrunnlag for prosessen. Disse erfaringer – lokalkunnskap – avdekkes i møtet med deltakerne som igjen forstås og forklares ut fra relevante generelle teorier og annen forskning på området. Aa.B. Sørensen (1992) understreker, at aksjonsforskning må vurderes etter de kriterier som i alminnelighet anvendes ved vurdering av forskningen, og som det synes å være bred enighet om:

Noen sentrale sider ved aksjonsforskning er blant annet beskrevet ut fra seks nøkkelkarakteristika (28):

1. Aksjonsforskning skal være et samarbeid mellom forsker og de som arbeider i praksis.
2. Forskningsproblemet skal være definert i praksis.
3. Forskningen skal ha til hensikt å endre praksis.
4. Forskningen skal utvikle ny kunnskap.
5. Aksjonsforskningen skal være en syklisk forskningsprosess.
6. Forskningen skal reflektere over praksis, i praksis.

Aksjonsforskning kan sies å være systematiske forsøk på å skaffe kunnskaper som kan brukes i praktisk samfunnsarbeid, på en slik måte at forskeren selv er med på å omsette kunnskapen i handling. De to elementer; aksjon og forskning, danner en helhetlig prosess. Man ønsker altså ikke bare å forstå en gitt virkelighet, man ønsker også å gjøre noe med forhold som er av faglig karakter. Det en ønsker å gjøre noe med i en praksissituasjon kan være (27):

- Forbedringer
- Utvikling
- Endringer
- Integrere teori og praksis

Å endre/forbedre og utvikle praksis sammen med praksis er en av hovedintensjonene med aksjonsforskning. Informasjons-samling om praksis legger grunnlag for hele prosessen, i dialog og i samarbeid med deltakerne. Dette bør dokumenteres og beskrives parallelt med aktivitetene. Bjørg Schei (2000), understreker at det er viktig ikke utelukkende å se på symptomene i funnene og å eliminere disse, men å søke etter årsak. Problemstillingene skal ha utspring i praksis – lokal kunnskap – og ikke utelukkende i teoretiske eller hypotetiske problemstillinger (26).

### Å endre praksis gjennom praksis, en syklisk prosess

Aksjonsforskning kan således karakteriseres som en samhandlingsprosess med ulike faser, hvor man i samarbeid med deltakerne arbeider med aktuelle problemområder som er avklart og definert. En feedback – prosess som kan ha karakter av en spiral, eller syklisk prosess hvor en sammen: 1. kartlegger problemene og behovene; 2. planlegger og gjennomfører handlinger samt; 3. evaluerer handlingene, for deretter igjen å planlegge, gjennomføre og evaluere handlingen. Det er en vekselvirkende prosess hvor målet hele tiden er å søke å forbedre, endre eller utvikle praksis. (14, 26).

#### Kartleggingsfasen

Sammen med personalet planla vi en møtehyppighet med 2–4 timer hver 14 dag. Alle fastansatte (7) ved enheten (også to ansatte som var sykemeldte) samt avdelingsleder deltok på møtene. Soneleder deltok ved behov.

Det ble leid inn ekstravakter i møteperiodene. Møtene ble avholdt i sykehjemets møtelokale. Spesialsykepleier fra kompetansesentret ledet møtene og prosjektleder førte loggbok og skrev referat, men bidro også med spørsmål og kommentarer. Prosjektleder avsluttet møtene med oppsummering. Forslag til endringer, forbedringer og utvikling som fremkom, ble listet opp og vist på overhead.

#### Forskningsproblemet skal være definert i praksis

Dialogen i de første møtene med personalet var preget av sterke frustrasjoner, og inntrykket var ganske kaotisk og overveldende. Vi innså fort at det var nødvendig for personalet å få «tømt» seg, sette ord på års frustrasjoner, opplevelser og erfaringer uten for mye styring og struktur. Frustrasjonene dreide seg om personalets opplevelse av fravær av faglig

og daglig ledelse. Avdelingsleder for sykehjemmet hadde det faglige og organisatoriske ansvar både for sykehjemmet og demensenheten. Hun var forholdsvis ny i stillingen, det vil si 8 måneders ansettelsestid. Personalet opplevde at de var overlatt til seg selv og pasientomsorgen, noe de uttrykte som: «Vi er en glemt avdeling, ingen (ledelsen) bryr seg». Personalet opplevde at ledelsen ikke viste interesse eller forståelse for det krevende fysiske og psykiske arbeide de stod i hver dag. Organiseringen av det daglige/faglige omsorgsarbeide var ikke ivaretatt av faglig ansvarlig avdelingssykepleier, noe som førte til – og i følge personalet – at : «Jeg arbeider som jeg synes er best» . Personalet hadde gjentatte ganger tatt opp behovet for egen gruppeleder ved enheten med både avdelingsleder og soneleder. Dette ble hver gang avvist og begrunnet med dårlig økonomi ved sykehjemmet. Slik hadde de hatt det i flere (3–4) år fortalte de. En ansatt uttrykte det slik: «Alt flyter nå».

Samarbeidskonflikter personalet imellom hadde foregått over tid uten at noen hadde grepet inn, og på tross av at personalet mange ganger hadde meldt fra til ledelsen om deres ulike problemer. Problemer og konflikter som blant annet – og ifølge personalet – var årsak til flere sykemeldinger de siste 2 årene. To ansatte var for tiden sykemeldt. Problemerkene og konfliktene hadde tilspisset seg det siste året, noe som gjorde at alle sa at de grudde seg til å gå på jobb. Som en ansatt sa: «Man møter jo bare sure fjes» (kollegaer). Personalet opplevde også daglig fysisk og psykisk stress, som også skyldes flere års pasient overbelegg i en liten enhet som var dimensjonert for 7 pasienter. Nå var det innlagt 9 pasienter med alvorlig demens. Personalet ga uttrykk for at de daglig opplevde etiske dilemmaer, fordi det ikke var mulig

faglig/ressursmessig, å tilrettelegge for den enkelte pasients omsorgsbehov:

«Det vil kreve flere ansatte».

«Vi må ha kunnskaper og vi må utvikle individuelle planer for pasientene».

«Når vi blir stresset smitter det over på pasienten, som blir urolige og angstfulle».

«Vi er inne i en vond sirkel som må brytes».

Innleie av vikarer når det fastansatte personale var sykemeldte, ble også en ekstra belastning for de fastansatte. Vikarene hadde ifølge personalet, ikke nødvendig og tilstrekkelig kjennskap og kunnskap om demensomsorg, og den enkelte pasient.

#### Planleggingsfasen

Etter hvert, det vil si i løpet av ca 3 måneder, med til sammen 6 møter a 3 timer, ble det lettere å lede og strukturere møtene. De ulike problemområdene ble tydeligere – den lokale kunnskapen – . I felleskap samlet personalet seg om to hovedmålområder de ønsket forbedringer, endringer og utvikling på. Disse ble så igjen tematisert.

#### I. Endringer og forbedringer

- Endringer og forbedringer med hensyn til organisatoriske forhold, herunder avdelingsleders og soneleders funksjon og ansvarsforhold.
- Egen gruppeleder ved enheten.
- Regelmessige personalmøter med avdelingsleder.
- Øke personellandelen i enheten med en 50% stilling.
- Innleie av vikarer som har kjennskap og kunnskap om demensomsorg og enheten.
- Regelmessig legevisitt, og gruppeleders deltakelse på inntaksmøter av nye pasienter.

#### II. Utvikling.

- Kunnskapsutvikling om demens og konsekvenser for omsorgsarbeidet til pasientene.

- Utvikling av tiltaksplaner/pleieplaner.

Samarbeidet mellom møteleder (spesialsykepleier fra kompetansesentret), forsker og ansatte var viktig i planleggingsfasen. Det var viktig å utfordre personalet til å reflektere over og problematisere deres praksis, – lokale kunnskap –. Å selv sette mål og finne løsninger på forhold de mente måtte endres, forbedres og utvikles i jobbsituasjonen. Det var viktig at personalet fikk oppleve at det var de som «eide» den lokale kunnskapen, og «eide» muligheten for problemløsning i et samarbeid.

Når det galt samarbeidsproblemer som hadde karakter av personlige konflikter personalet imellom, tolket vi disse som knyttet til deres vanskelige jobbsituasjon. Sammen ble vi enige om å ikke kartlegge eller problematisere disse, men se om dette ville endre seg positivt når de andre problemer ble endret og forbedret seg. Avdelingsleder var også en viktig samarbeidspartner i denne delen av prosessen. Hun viste forståelse for personalets jobbsituasjon og deres behov for forbedringer og endringer. Hun viste også forståelse for at personalet kunne oppfatte seg som «en glemt enhet». Noe av forklaringer mente hun skyldes stort arbeidspress ved sykehjemmet generelt: «Vi er inne i en omorganiseringsfase og jeg føler enda jeg er ny her».

### Gjennomførings og evalueringsfasen

I samarbeid tok vi for oss del mål for del mål, og diskuterte hvordan de enkelte målområder kunne arbeides med. Fokus var hele tiden rettet mot personalets opplevelser og erfaringer, deres forståelse av problemene, og deres forslag til endringer og forbedringer. Avdelingsleder var hele veien en viktig ressurs og støtte i denne fasen, særlig når det gjaldt avklaringer av det organisatoriske/administrative ansvar. Når

problemene og løsninger lå utenfor hennes ansvarsområde, som for eksempel økonomiske/personneltmessige ressurser, ble soneleder (øverste leder) invitert til å delta. Noen av del målene kom forholdsvis fort på plass som; legevisitt, og innleie av vikarer med kjennskap til enhetens omsorgsarbeide. Andre del mål trakk ut i tid. Det var målet om; regelmessige personalmøter med ledelsen, økt personalandel med 50% stilling, egen gruppeleder og deltakelse på inntaksmøter av nye pasienter. Personalet opplevde flere ganger at lederne ikke prioriterte avtalte personalmøter, og det hente også de glemte avtalene, noe som igjen skapte frustrasjoner. Vi måtte derfor bruke ekstra tid til møter å få disse del mål på plass.

Etter hvert falt de endringer og forbedringer som var planlagt på plass. Avdelingsleders faglige rolle og funksjon ble avklart og ansvaret fordelt og plassert. Dette første også til at lederne så behovet for egen gruppeleder i enheten. En funksjon som ble beskrevet både med hensyn til faglig og personneltmessig ansvar. Det ble avtalt regelmessige personalmøter med tilstedeværelse av avdelingsleder, og det ble besluttet av soneleder å øke personalandelen med en 50% stilling.

Samarbeidet om å få disse målene på plass viste seg å bli så tidskrevende at hovedmål 2; kunnskapsutvikling og konsekvenser for behandling og omsorg til den demens syke, ble skjøvet ut i tid, det vil si til ca 2 måneder før prosjektslutt. Avtalen med kompetansesentret ble imidlertid forlenget med et halvt år slik at hovedmål 2 kunne bli gjennomført. Denne delen ble ivaretatt av spesialkompetanse fra kompetansesentret. Personalet ble også tilbudt systematisk veiledning fremover.

Samarbeidprosessen var særlig krevende i gjennomføringsfasen. Personalet ønsket sterkt endringer og forbedringer i sin jobbsitua-

sjon, og frustrasjonsterskelen var lav når de opplevde at planlagte og avtalte mål og tiltak trakk ut i tid. Tiltak som de mente kunne vært gjennomført raskere om lederne hadde grepet tak i, eller prioritert dette som avtalt. Utfordringene var derfor å stå i prosessen med personalet over tid, bidra til at den enkelte fikk uttale seg, og å strukturere møtene slik at det ikke bare ble «utblåsninger» og diskusjon. *Det måtte komme noe ut av diskusjonene*, tiltak som personalet sammen med ledelsen fant frem til som beste løsninger.

I prosessen kom det som nevnt frem konfliktproblematikk personalet imellom. Her ble det viktig at skille det faglige i konfliktene fra det personlige, og samtidig vise forståelse for problemer som har med personlige/relasjonelle forhold å gjøre. Disse konflikter tolket vi som relatert til deres vanskelige jobbsituasjon mer enn dype personlige konflikter. Det viste seg også at etter hvert som forholdene med deres jobbsituasjon ble bedre og endret, ble tonen lettere og atmosfæren ble tryggere og mer forutsigbar. Å lede en slik prosess diplomatisk og i dialog er utfordrende, både å støtte en demokratisk åpen deltakelse, og å medvirke til fremgang i prosessen. Dette er en erfaring som er kjent innen aksjonsforskning (28).

Aksjons- og forskningsprosessen gikk fortløpende hvor informasjon om den lokale kunnskap ble nedskrevet, beskrevet i mål og tiltak, og evaluert. Å knytte tolkingen og diskusjonen av funn til teori er forskers valg. Tolkning og valg av teori tar utgangspunkt i personalets opplevelser og reaksjoner. Da et av hovedproblemene var sentrert om deres jobbsituasjon med hensyn til organisering og ledelse, ble dette sentralt i artikkelens diskusjonskapittel.

Undervis i prosjektprosessen ble de ansattes utsagn som tidligere nevnt, beskrevet og vist til på overhead for å sikre enighet og gyldighet om utsagnene. Prosjekt-rapporten ble sendt til alle delta-

kere i prosjektet for gjennomsyn og kommentarer, før den ble levert arbeidsgiver og oppdragsgiver.

### Diskusjon

#### Jobbtilfredshet og kunnskapsutvikling

Våre erfaringer gjennom prosjektet er at kunnskapsutvikling har vanskelige vilkår i en konfliktfylt jobbsituasjon. For å gi rom for kunnskapsutvikling viser våre erfaringer, at noen helt elementære og grunnleggende betingelser og forutsetninger må være tilstede i forhold til jobbsituasjon og arbeidsmiljøet. Å utvikle og fastholde en god faglig jobbsituasjon og et godt arbeidsmiljø, har med mange faktorer å gjøre. Studien (29): «Sykehuspersonell og jobbtilfredshet», viser at ni faktorer hadde en betydelig sammenheng med jobbtilfredshet. Disse ni faktorer ble rangert i rekkefølgen:

- tilfredshet med øverste leder
- tydelig ledelse
- positiv tilbakemelding
- tilfredshet med nærmeste leder
- trygghet på egne kunnskaper
- kommunikasjon og samarbeid
- egenkontroll
- fysisk utforming
- arbeidsbelastning

Hvis noen eller samtlige av disse faktorer er mangelfulle eller svikter, viser nevnte undersøkelser, at dette kan dette føre til utvikling av dårlig arbeidsmiljø hvor også stress er en side av dette. Våre erfaringer i prosjektforløpet bekrefter dette. Uttrykket «Vi er en glemt avdeling, ingen (avlederne) bryr seg», var et utsagn personalet gjentatte ganger kom tilbake til. Et uttrykk de mente var dekkende for deres opplevelser av sin jobbsituasjon. Utsagnet knyttet seg særlig til deres opplevelser av ledernes manglende støtte og engasjement, tydelig ledelse og positiv tilbakemelding fra nærmeste ledere, men

også til forhold som: Uforutsigbarhet og manglende kontroll over egen arbeidssituasjon grunnet fravær av ledelse og organisering av det faglige omsorgsarbeid, uavklarte faglige ansvarsforhold innen enheten, og stor arbeidsbelastning i et krevende omsorgsarbeid (også på grunn av lav bemanning). Den fysiske utforming av enheten gjorde arbeidsforholdene tungvinte, og det var trangt på grunn av konstant overbelegg.

Nevnte faktorer syntes å ha virket så nedbrytende at det over tid utviklet seg negativ stress, hvor samarbeidskonflikter og sykemeldinger ble en side av dette bildet. Som nevnt er utfordringene i omsorgsarbeidet med demente pasienter krevende og sammensatte. Å lykkes med omsorgsarbeidet vil avhenge av flere forhold, hvor ro og trygghet i omsorgsmiljøet er en viktig faktor for den demenssykes velbefinnende, balansert med stimulans og tilpassete aktiviteter. Dette igjen vil kreve spesifikke fagkunnskaper. Samarbeidsproblemer og frustrasjoner kan videre vanskeliggjøre det i forveien krevende omsorgsarbeid (12).

Sintef i Trondheim (30) har foretatt en rekke undersøkelser om arbeidsmiljø og bedriftsutvikling. De understreker at svikt i samarbeid mellom ledelse og arbeidsplass er den faktoren som i størst grad skaper lav forutsigbarhet og negativt stress for de ansatte. Forhold som: Mangelfull oppfølging av driften fra nærmeste leder. Svikt i samarbeidet mellom ledelse og drift, samt svikt i informasjonsoverføring fra leder til ansatte også vedrørende endringer i det daglige arbeid, er viktige faktorer i utvikling av stress, misnøye og lav arbeidsmotivasjon.

Underveis i prosjektet opplevde vi som nevnt også tilbakevendende frustrasjoner hos personalet. Som ofte skyldes dette at lederne ikke hadde tatt seg tid til, eller glemte å foreta endringer og forbedringer som det var enighet om, eller at lederne glemte når de

skulle delta i samarbeidsmøtene. Slike opplevelser skapte frustrasjoner, irritasjon og oppgitthet hos personalet, noe som igjen gjorde at vi måtte bruke tid til å lytte og gi rom for å sette ord på frustrasjonene, og innkalle til nye møter for avklaringer.

Schei (28), og Karim (23) understreker betydningen av at forsker er lojal mot deltakernes opplevelser og erfaringer, være nær og vise forståelse for deres situasjon, uten å være inngripende på en kontrollerende måte, eller å fremstå som ekspert. Dette stiller krav om å vise likeverdighet og til å være i dialog. Forsker må også være «nøytral» og vise distanse for å kunne være konstruktivt støttende (28). Etter hvert opplevde vi en positiv endring hos både avdelingsleder og soneleder med større forståelse og innstilling til personalets jobbsituasjon. Lederne innså nødvendigheten av egen gruppeledelsestillingen ved enheten, og innså også det uheldige med den konstante lave bemanning og pasientoverbelegg. Det ble som nevnt også planlagt faste, regelmessige personal møter med lederne, noe som var betydningsfylt. Avgjørende for prosjektets utfall var ledernes forståelse og innstilling til de problemer personalet sto i, og deres innstilling til å medvirke til løsninger. Berg (31), Larsen (32), Bolman & Deal (33) og Sørensen (27), viser til betydningen av samspillet mellom ledere og medarbeidere. Forhold som nevnes av betydning er leders engasjement, betydningen av å jobbe med også små forbedringer, felles mål og å etablere gode samarbeidsprosedyrer og dialoger. Forhold som i løpet av prosjektperioden etter hvert ble utviklet og innarbeidet i det daglige samarbeid med lederne ved sykehjemmet.

Konsekvenser for et av hovedmålene for prosjektets intensjoner, kunnskapsutvikling av personalet, var at vi fort innså at kunnskapsutvikling ikke var mulig i en stresset og vanskelig jobbsituasjon,

hvor også samarbeidskonflikter personalet imellom preget bildet. Det var helt avgjørende at det først skjedde noen endringer og forbedringer med jobbsituasjonen i skjermet enhet, før det var mulig å gripe tak i arbeidet med kunnskapsutvikling. Dette er i tråd med aksjonsforskningens prinsipper om at problemene – lokale kunnskapen – skal defineres i praksis, og at løsningen på problemene tar utgangspunkt i personalets opplevelser og erfaring i nært samarbeid med forsker. Kunnskapsutvikling og tilrettelegge for integrering i forhold til den enkelte pasients omsorgsbehov, fortsatte som nevnt etter prosjektets avslutning, sa et halvt år. Personalet fikk også tilbud om fortsatt systematisk veiledning.

## Konklusjon

Aksjonsforskning er en av mange metoder som kan benyttes for å endre, forbedre og utvikle kunnskap i praksis (26). Det er en krevende metode fordi intensjonene med aksjonsforskning er å anvende kunnskapsutviklingen i praksis, og sammen med informantene; «å gjøre noe med funnene». En prosess hvor *samarbeidet* er sentral (17). En prosess hvor en må tåle at prosessen stopper opp, hvor en må gi seg tid til å reflektere og diskutere sammen.

Erfaringene viste at personalets frustrasjoner over jobbsituasjonen, i dette prosjektet, måtte tas alvorlig. Etter flere års erfaringer med fravær av organisering og ledelse; «vi er en glemt avdeling», var det tydelig at personalet nå opplevde å bli sett, hørt og forstått. Som en ansatt sa: «Endelig er det noen som ser oss». Det viste seg også at personalet selv hadde løsninger på problemene. Lærdommen fra dette prosjektet er betydningen av å utvise tålmodighet og lytte, ut fra en for forståelse av at det er aktørene (personalet) som «eier» problemene, – innenfra perspektiv – og også selv kan ha løsninger på problemene (28).

Utfordringen for forsker var i stor grad å strukturere personalets tanker, få oversikt og hjelpe med å tematisere problemene, og samarbeide målrettet. Dette fordrer som nevnt tidligere samarbeid og dialog (17). Forsker må involvere seg, være konstruktiv støttende fordi et slikt samarbeid vil være av betydning for resultatet (16). Erfaringen er også å ikke gripe inn i konflikter av personlig art, men mer se etter årsak til disse (26). Aa Sørensen (1998) viser til en undersøkelse: *Arbeid og arbeidshelse i pleie- og omsorgssektoren*, at mye rollestress, lav autonomi og kvantitative belastninger henger sammen med lav jobbtrivsel. Hun skriver videre at støtte fra nærmeste leder og arbeidskollegaer i avdelingen har en betydelig positiv innflytelse på jobbtrivsel, og at sosial støtte fra nærmeste leder og kollegaer har større betydning for jobbtrivsel enn det som er nevnt forut (34).

Avgjørende for resultatene var også, og som nevnt, at lederne ved sykehjemmet tok personalets frustrasjoner alvorlig og var villige til å bidra med endringer, forbedringer, og utvikling.

Erfaringene med prosjektet viste videre at kunnskapsutvikling og muligheter for anvendelse av disse, har sterk sammenheng med jobbsituasjonen og arbeidsmiljøet generelt. En kan si at; *å drive med kunnskaps utvikling er også å drive med arbeidsmiljøutvikling*. Målet må hele tiden være å handle til den demens sykes beste. Hvor en starter for å nå dette målet må derfor hele tiden være en avveining av i hvilken ende en skal begynne.

Godkjent for publisering  
21.06.2004

Vivi Høj Anvik  
Førstelektor  
Avdeling Helsefag  
Høgskolen i Bodø  
NO – 8439 BODØ  
Vivi.Anvik@hibo.no

## Referanser

1. Solheim, K. (1992). Omsorg for aldersdemente i institusjon: Tano, s.13.
2. Halberg, I. R. Hallberg (1997). Problematiska beteende hos demens drabbade. Stockholm: Liber Utbildning, Stockholm, s. 26–28, 26–32 og 36–37.
3. Westlund, Peter L. Mårtensson & I. Andersson (1991). Att arbeta med dementa: Lund, Sweden, s 66–68.
4. Reisberg, B (1986). A systematic approach to the identifying reversible causes: *Geriatrics* 41, s, 30–48.
5. Norman, Hans Ketil (2001). Lucidity in people with severe dementia as a consequence of person-centred care: Umeå Universitet, s, 12–14.
6. Nordberg, A og K. Asplund (1990). Caregivers` Experience of Caring for Severely Demented Patients: *Western Journal of Nursing Research* 12, s, 75–84.
7. Hallberg, I.R (1995). *Klinisk omvårdnadshandledning: Liber Utbildning: Stockholm* s, 14–15.
8. Keatinge, D& C. Scharfe; H. Bellchambers; J.McGee; R.Oakham; C. Probert; L Stewart; J. Stokes (2000). The manifestation and nursing management of agitation in institutionalised residents with dementia: University of Newcastle, Challaghan, New South Wales Australia, pp 16–26.
9. Grafström, M. m.fl (1993). Relation between demented elderly people and their families: A follow-up study of caregivers who had previously reported abuse when caring for their spouses and parents: *Journal of Advanced Nursing* Vol. 18, pp 1747–1757.
10. Åström, S & M. Nilsson; A Norberg; B. Winblad (1990). Empathy, experience of burnout and attitudes towards demented patients among nursing staff in geriatric care: *Journal of Advanced Nursing* Vol 15, pp 1236–1244.
11. Lillemoen, L (1999). Sykepleieren som moralsk aktør: *Vård I Norden* 3, s. 11–18.
12. Kjelberg, Tron (2002). Når atferd blir vanskelig: Utredning og tiltak ved vanskelig atferd hos demente: Oslo. Kommuneforlaget.
13. Åkerlund, B. M. & A Nordberg (1998). Når de ansatte vil endre sykehjemmets miljø og organisasjon: AFIs Rapportserie nr. 1.
14. Nicols, Brenda S (1995). *Action Research: A Method for Practitioners* Vol. 8 nr. 1, pp 5–11.
15. Levin, Kurt (1951). *Field theory in social science; selected theoretical papers*: Westport, Conn. Greenwood Press
16. Gustavsen, Gustav (2003). New forms of knowledge production and the role of action research: *Work research institute Oslo*.s, 14–18.
17. Holter I.M. & Schwartz-Barcott, D. (1993). Action research: What is it? How has it been used and how can it be used in nursing? *Journal of Advanced Nursing* 18, pp 298–304.
18. Sturt, Jackie (1999). Placing empowerment research within an action research typology: *Journal of advanced Nursing* Vol 30(5), pp 1057–1063.
19. Hart, Elisabeth and M. Bond (1996). Making sense of action research through the use of a typology: *Journal of Advanced Nursing* Vol 23, pp152–153.
20. Manring, Susan I. Amanda Brailsford (2001). Collaboration toward service excellence: A union-management and empowered employee partnership: *Hospital Topics. Sarasota* Vol 79, Iss 3; pg 25 pp 1–6.
21. Lord, John m.fl. (1998). Analysis of Change Within a Mental Health organization: A participatory Process. *Psychiatric Rehabilitation Journal: Boston* Vol 21 Iss. 4; pg 327 pp 1–11.
22. Hyrkas, Kristiina (1997). Can action research be applied in developing clinical teaching? *Advanced Nursing* Vol 25(4), pp 801–808.
23. Karim, Kelvin (2001). Assessing the strengths and weaknesses of action research. *Nursing Standard, Harrow-on-the Hill* 15, pp 33–35.
24. Kirkevold, M (1998) Fra metode til – vitenskapsteoretiske trender, uavklarte spørsmål I: Fagermoen, M.S. (red) *Fra kunst til kolikk: Norsk sykepleieforskning i fokus: Universitetsforlaget Oslo*
25. Sjøvoll, Nina (2001). Aksjonsforskning i sykepleie- en kommunikativ utfordring: Seksjon for helsefag. Det Medisinske Fakultet Oslo.
26. Schei, B (2000). Aksjonsforskning i: Spørsmålet bestemmer metoden. Margarethe Lorensen (red): Universitetsforlaget Oslo s, 250–256.
27. Sørensen, Aa.B (1992). *Tidsskrift for samfunnsforskning* s. 33.
28. Schei, B(1989). Aksjonsforskning – forskningsmetode i sykepleieforskning? *Tidsskrift for sykepleieforskning* nr 2, Klampenborg: Dansk Selskap for Sygeplejeforskning.
29. Chulze, O.C m.fl (2001). Sykehuspersonell og jobbtilfredshet. Seksjon for helsefag. Det medisinske fakultet: Universitetet i Oslo.
30. Andersen, L (1997). *Trondheim Bedriftsutvikling. Sintef*
31. Berg, M.E (2000). *Ledelse. Oslo, Universitetsforlaget..*
32. R.P. Larsen (1999) *Konflikter og uenighet på arbeidsplassen. Oslo, Cappelen akademisk forlag.*
33. L.G. Bolman og T. E. Deal (1998) *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse; ad Notam Gyldendal.*
34. B.Aa Sørensen, m.fl. (1998) *Arbeids og arbeidshelse i pleie- og omsorgssektoren: Arbeidsinstituttet Oslo.*

# Egenvård – kapacitet i vardagen vid kronisk sjukdom

**Agneta A. Pagels,  
Leg. Sjuksköterska**

*SELF-CARE – CAPACITY IN  
EVERYDAY LIFE WITH  
CHRONIC ILLNESS*

## ABSTRACT

*Chronic illness requires complex self-care decisions and actions. Self-care in chronic illness could be described as health related activities required to live an everyday life with a disease. This study tried to describe conceptions of self-care among persons with chronic renal disease. Qualitative interviews were used. The result fell into five themes: Self-care enables increased quality of life, Self-care can be a burden, Self-care and everyday life adjust to each other, Self-care is linked to attitudes and functions of health care staff and Self-care as a personal competence. Optimal self-care emerged as dependent on individual adjustment and everyday life conditions, a patient empowerment attitude from and a good relation to health care staff. Specific skills and self-care competence seemed to develop over time and with experience. It was concluded that quality of life and health experience might be affected by self-care engagement and that one can have self-care ability, but yet, of different reasons, not be willing to take responsibility for one's own treatment. It was also concluded that good self-care in chronic illness is due to patient empowerment, and must be related to everyday life and individual conditions.*

**KEY WORDS:** *self-care, chronic disease, patient empowerment, patient education.*

## Introduktion

Begreppet egenvård spänner över hela hälso- och sjukdomspanoramat och berör såväl friskvård, hälsovård, förebyggande vård, den mer eller mindre «friska allmänheten» som sjuka, skadade eller handikappade. Definitionsmässigt handlar det om att kunna ta ansvar för sig själv, att kunna klara sig och att vara uppmärksam mot signaler från kropp och själ längs ett kontinuum av välbefinnande (1). I västvärlden har intresset för egen vården på senare tid ökat. Från sjukvårdspolitiskt håll har minskade ekonomiska resurser resulterat i bl.a. ökade satsningar på egenvård (2). I debatten kring patientens rättigheter i vården har samtidigt sjukvårdens målsättning och funktion kritiserats, liksom synen på patienten som ett passivt objekt ifrågasatts (2, 3). Diskussionen om och inriktningen mot att stärka patientens ställning och patientinflytandet är kopplat till begreppen egenvård och egenvårdsförmåga (4–6). Min erfarenhet som sjuksköterska inom vården av kroniskt njursjuka är att egen vården – det vill säga det som patienten gör själv för att vårda sin hälsa – av mycket stor vikt, ibland avgörande. Hälsovetendet måste ofta förändras för att uppnå ett optimalt egenvårdsresultat och dess karaktär skiftar under sjukdomens olika faser. Egen vården utgör en betydande del av den totala vården, men våra kunskaper om hur den uppfattas av den kroniskt sjuka är begränsade. Tidigare forskning har visat att de särpräglade och komplexa egenvårdshandlingarna och egenvårdsbesluten vid kronisk sjukdom ytterligare behöver belysas och studeras (7). En

<sup>1</sup> I detta arbete används orden egenvårdsförmåga och egenvårdskapacitet synonymt. Orem använder begreppet Self-Care Agency, som har översatts till egenvårdskapacitet. Andra författare som t.ex. Björvell använder ordet egenvårdsförmåga.

intressant aspekt i detta sammanhang är patientperspektivet på egenvård och egenvårdsförmåga<sup>1</sup>. Avsikten med denna studie var att försöka beskriva upplevelser, erfarenheter och tankar om att som kroniskt sjuk ta ansvar för sin behandling. Ökade kunskaper inom detta område kan förhoppningsvis ge oss bättre möjligheter i arbetet med patientundervisning.

## Begrepp kopplade till egenvård

Egenvårdsförmågan påverkas av hälsa, symtom, coping-resurser, hälsoföreställningar och vårdfilosofi (6, 18). Om man utgår från ett hälsoperspektiv med helhetssyn är handlingsförmåga och känsla av välbefinnande grundläggande hälsobegrepp (19). Pörm menar att god anpassningsförmåga ger ökade möjligheter till att uppnå en bättre hälsa, såtillvida att man strävar efter en balans mellan mål och förmåga (20). Antonovsky har i sin forskning visat att individens känsla av sammanhang (begriplighet, hanterbarhet, meningsfullhet) och generella motståndresurser utgör en viktig faktor för hälsan (21). För att kunna hantera sin sjukdom måste den kroniskt sjuka förutom förmåga och kraft ha befogenhet därtill. Patient empowerment, har av WHO definierats som den process som möjliggör för människan att öka sin kontroll över och förbättra sin hälsa (22). Björvell (6) beskriver patient empowerment som främst ett förhållningssätt eller en vårdfilosofi hos sjukvårdspersonal. Förhållningssättet innebär att man beaktar patientens föreställningar och kunskap om sin hälsa. Det är ett tillåtande förhållningssätt där medbestämmande och samverkan uppmuntras för att befärma egenvårdsförmågan (aa.). Att involvera patienten i sin egen vård och behandling främjar även copingförmågan (23). Egenvårdens gestaltning måste dock ses i sin kontext. Motivation, kunskap, hälsoföreställningar, värderingar, fysisk och psykisk styrka, själv-

känsla, sjukdomens svårighetsgrad och samarbetsförmåga beskrivs som avgörande faktorer.

## Egenvård ur omvårdnads-teoretiskt perspektiv

Orem har utvecklat en specifik egenvårdsteori; teorin om egenvårdsbalans (*Self-Care Deficit Nursing Theory*) som rör egenvård, egenvårdsbrist och omvårdnadssystem (24). Teorin betonar individens ansvar för sin hälsa och omvårdnadens mål som att så långt som möjligt hjälpa patienten till självständighet. Individens egenvård ses som central, oberoende av om individen befinner sig på sjukhus eller i hemmet. Egen vården ska vid behov utövas med stöd från den professionella hälso- och sjukvården, och egenvård kräver vetenskapligt grundad kunskap och skicklighet. Sjuksköterskans roll som hjälpare, vägledare och stödare gentemot patienten betonas. God hälsa kräver bl.a. egenvård i form av goda hälsovanor och hälsosamma val. Teorin utgår från ett holistiskt hälsoperspektiv och innefattar psykologiska, interpersonella och sociala aspekter. Orem menar att hälsa är relaterat bl.a. till funktion, välbefinnande och mål. I teorin särskiljs de behov eller de förmågor som behövs för egenvård och kapaciteten man kan tänkas ha för att möta detta. Hälsorelaterade egenvårdsbehov uppstår vid bl.a. sjukdom, skada eller funktionshinder. Dessa behov handlar om att söka adekvat medicinsk hjälp, att vara klar över och hantera sjukdomstillstånd och dess inverkan samt att på ett effektivt sätt utföra hälsorelaterade handlingar. Det handlar också om att vara uppmärksam på och vidta åtgärder vid eventuella obehagliga eller skadliga verkningar av vårdåtgärder eller behandling, att modifiera sin självbild genom att acceptera sitt hälsotillstånd och behov av vård, att lära sig leva med effekter av patologiska tillstånd och finna en livsstil som befördrar vidare personlig utveckling (24). Orem



menar att egenvårdskapaciteten påverkas av bl.a. ålder, hälsotillstånd, kunskap, livserfarenhet, kultur, psykosociala faktorer, livsstil och miljö. Egenvårdskapaciteten innefattar också motivation och de mentala och praktiska färdigheter som är nödvändiga för att individen ska kunna tolka sina egenvårdsbehov och planera den egenvård som behövs (aa.).

### Kronisk sjukdom och livsvillkor

Kroniska sjukdomar utmärks av, förutom att de ofta har ett livslångt förlopp, att de är komplexa, cykliska och att de påverkar många aspekter i den vardagliga tillvaron (8–11). Man behandlar inte för att bota, utan snarare för att främja livskvalitet. Den kroniskt sjuke måste utstå undersökningar, medicinering, olika typer av behandlingar, lära sig sjukdomen och att klara av den egenvård som sjukdomen kräver (9). Sjukdomen måste vare sig man vill eller inte levas med, vilket innebär att försöka lära sig hantera och bemästra den i sin vardag och i sin kontext. Det är i hemmet som det vardagliga livet skall hanteras med mer eller mindre varaktiga livsstilsförändringar och praktiska problem som ska lösas. (12). Detta betyder en vardag fylld av anpassning och medvetna val, restriktioner, symtomkontroll, fysiska, psykologiska och sociala förändringar. Det kan också innebära en upplevelse av maktlöshet och av att inte ha någon kontroll (9,11). Tidigare forskning har bl.a. visat att kroniskt sjuka upplever sämre livskvalitet och påtaglig osäkerhet och ovisshet runt sjukdomsförloppet (10, 13, 14).

Egenvårdsbegreppet kan delas in i olika nivåer och roller (15). Dean definierar egenvård vid kronisk sjukdom som huvuddelen av vården vid ett givet hälsotillstånd i samverkan med hälso- och sjukvården (16). Definitionen av egenvård i detta arbete är de hälsorelaterade aktiviteter som krävs för att optimalt kunna leva med

en sjukdom i vardagen, eller s.k. tertiär prevention eller sjukdomshanterande aktiviteter.

### Kronisk njursvikt och livsvillkor

Ett insjuknande i avancerad eller terminal njursvikt innebär ofta stora förändringar i den sjukas och anhörigas liv. Livsföringen tvingas bli annorlunda vare sig man är i predialytisk fas, befinner sig i regelbunden dialys eller är njurtransplanterad. Vid avancerad/terminal njursvikt konfronteras man med ett flertal stressfaktorer. Stapleton (17) kategoriserar dessa som fysiska och psykiska samt stressorer relaterade till förändringen av ens liv och sociala roll. De stressorer, symptom eller besvär som kan uppträda är mångfaldiga: Rubbad biokemisk balans, blodbrist hypertoni, hjärtsvikt, benskörhet, infektionskänslighet, neuropati, förändrande endokrina funktioner, mag/tarm-påverkan och biverkningar (som t.ex. kramper, yrsel, blodtrycksfall, illamående, blödningar). Till det kan adderas trötthet, håglöshet, koncentrationssvårigheter, sömnsvårigheter förändrad smakupplevelse och aptitförlust med risk för malnutrition. Andra stressorer är törst kombinerat med vätskerestriktion, tidsuppfattning (mycket tid går åt till dialys), bundenhet och beroende (av dialys och vårdpersonal). Väntan på njurtransplantation, oro över accessens eller transplantatets funktion, ekonomi, sjukroll, livsstilsförändringar, nedsatt sexlust, impotens, bristande kontroll över symptom och ovisshet om hur nästa dag kommer att se ut gör listan ännu längre. Klang påvisar i sin avhandling att bl.a. funktionell förmåga, välbefinnande, hälsa och energi/ork upplevs som påtagligt försämrade hos kroniskt njursjuka (14).

Det specifika innehåll i egenvården som kan gälla för njursjuka är att ha kontroll över vätske- och näringsintag, medicinering, fysisk aktivitet och vikt, liksom att vara observant för kroppssignaler och

symtom (t.ex. andfäddhet, illamående, klåda, yrsel, infektionstecken). Det kan omfatta moment som t.ex. blodtrycksmätning, medicinering, läkemedelsinjicering, vård av kateter eller arteriovenös fistel. Egenvården kan också handla om att sköta och ta ansvar för sin egen dialysbehandling, vilket innebär att planera, förbereda, genomföra och avsluta dialysbehandling, att sätta intravenösa nålar på sig själv, att koppla sig till dialysbehandling, att bedöma behov av mängd vätska som ska avlägsnas från kroppen, att hantera och göra inställningar på en dialysmaskin osv. Peritonealdialysbehandling (PD) sköter i regel patienten själv i hemmet. För de flesta som erhåller hemodialys (HD) i dag är det dock specialutbildad sjukvårdspersonal som ansvarar för och sköter behandlingen. Patientens förhållningssätt och egenvård har stor betydelse både för välbefinnandet och för att undvika försämring eller komplikationer. För att klara sin egenvård krävs av den kroniskt sjuke specifik kunskap och kompetens, färdigheter, motivation, medvetenhet om kroppssignaler, förmåga att adekvat tolka och bedöma fysiska förändringar samt förmåga att agera på rätt sätt i förhållande till rådande situation, t.ex. ändra behandling eller söka hjälp (9). Liksom för andra grupper av kroniskt sjuka utgör här patientinformation och undervisning ett viktigt inslag i vården. Personer med avancerad/terminal njursvikt erbjuds inom specialistsjukvården utbildning av olika slag. Det kan innebära grupputbildning eller individuell undervisning i att lära sig att sköta sin egen behandling helt eller delvis.

### Syfte

Att beskriva uppfattningar om egenvård hos personer med kronisk sjukdom. Med uppfattningar om egenvård menas här upplevelser, erfarenheter och tankar om att som kroniskt sjuk ta ansvar för sin behandling.

### Metod

Då studien syftade till ökad förståelse av uppfattningar om egenvård valdes kvalitativ metod i form av semistrukturerade intervjuer. Kvale definierar forskningsintervjun som «...en intervju vars syfte är att *erhålla beskrivningar av den intervjuades livsvärld i avsikt att tolka de beskrivna fenomenens mening*» (25,s.13). Den kvalitativa metoden bygger på ett fenomenologiskt förhållningssätt i den meningen att den söker förståelse för individernas perspektiv på sin värld och meningen hos fenomenen i vardagsvärlden (aa.). Analysen innebär att materialet struktureras, klarläggs och innebär utvecklas samt att man söker mönster i materialet. Förståelsen av en text sker genom en process i vilken de enskilda delarnas mening bestäms av textens helhet. Delarna leder till helheten, och helheten förklarar delarna, enligt den process som kallas den hermeneutiska cirkeln. Tolkning utgör en central del i processen.

### Informanter

Vid kvalitativa intervjuer är inte det representativa och slumpmässiga urvalet i fokus. Här har i stället ett strategiskt urval tillämpats, i syfte att erhålla vad gäller både djup och bredd relevant och informationsrik data. Urvalmetoden förutsätter kännedom om fältet (26). Denna studie har fokuserat på patientgruppen kroniskt njursjuka, varför fem patienter tillhörande en njurmedicinsk klinik i Stockholm tillfrågades om att delta i intervju. Urvalskriterier var att informantgruppen skulle representeras av både män och kvinnor med avancerad/terminal njursvikt, olika åldrar, egenvårdsgrad och behandlingsformer. Informanterna utgjordes således av tre män och två kvinnor i åldrarna 37–74 år. Samtliga hade haft kronisk njursjukdom i minst fem år. Således intervjuades en person som själv skötte sin PD-behandling, en som själv skötte sin HD-behandling, en person i konventionell HD

samt två mottagningspatienter som ännu inte hade påbörjat någon dialysbehandling rörande deras uppfattningar om sin egenvård. Studien ingick i ett större projekt, där ytterligare 52 personer besvarade ett frågeformulär beträffande skattning av egenvårdsförmåga.<sup>2</sup>

### Datinsamling

Efter att ha informerats om intervjuens syfte och tillvägagångssätt samt deltagandets frivillighet tackade de tillfrågade informanterna ja till att delta. Intervjuerna genomfördes i ett enskilt rum på sjukhuset, på en i förväg avtalad tid, ca två veckor efter tillfrågan och tog ca en timme. En intervju genomfördes dock av praktiska skäl under pågående dialysbehandling. Varje intervju inleddes med frågan: «Hur ser du på detta att själv ta ansvar för sin sjukdom och behandling?» Öppna eller semistrukturerade frågor användes utifrån en intervjuguide, vars frågeområden rörde ansvar, motivation, delaktighet, kunskap, kompetens, livsstil och vardagsliv. Intervjuerna bandades med patienternas tillåtelse.

### Dataanalys

Intervjubanden transkriberades till ordagrann text. Materialet penetrerades upprepade gånger i strävan att identifiera meningsenheter, innebörder och centrala teman. Den väsentliga innebörden i uttalandena omformulerades till några få ord. Arbetsgången har utgått från de faser som ingår i den av Giorgi utvecklade och fenomenologiskt inspirerade analysmetoden som kallas meningskoncentrering (25, 26). Dessa faser innebär att skapa sig ett helhetsintryck, fastställa meningsenheter, formulera teman från de meningsbärande

enheterna i textmassan, och slutligen sammanfatta och beskriva innebörder i detta innehåll.

### Etiska överväganden

Forskningsetiska riktlinjer har beaktats. Studien har av forskningsetisk kommitté i Stockholm tilldelats Dnr:02-095. I detta arbete har deltagarna informerats både muntligt och skriftligt om studiens syfte och metod samt att deras svar behandlas anonymt innan de lämnat sitt informerade samtycke.

### Resultat

Intervjumaterialet utmynnade i följande fem teman.

- 1. Egenvård ger möjligheter till ökad livskvalitet**  
Ökat välbefinnande, autonomi, frihetskänsla, kontroll, delaktighet.
- 2. Egenvård kan vara betungande**  
Påfrestningar, ensamhet, otrygghet, hälsotillstånd
- 3. Egenvård och vardagsliv anpassas till varandra**  
Sjukdomsacceptans, motivation, hälsorelaterade aktiviteter, normalisering.
- 4. Egenvård är länkad till sjukvårdspersonalens förhållningssätt och funktion**  
Förtroende, respekt, stöd, uppmuntran, tillgänglighet, kontinuitet.
- 5. Egenvårdsförmågan utgör en personlig kompetens**  
Erfarenhet, kunskapsutveckling, flexibilitet, påpasslighet, kroppskänedom.

Nedan följer en mer utförlig beskrivning av dessa teman.

#### Egenvård ger möjligheter till ökad livskvalitet

Att som kroniskt sjuk engagera sig i sin egenvård ökar möjligheterna till välbefinnande såväl ur ett snävare perspektiv som långsiktigt. Väl så motiverande för egenvården är att få känna sig frisk och normal eller «som vanligt», men också en

rädsla för att sjukdomskomplikationer annars kan uppstå. Egenvården innebär att man till dels själv kan påverka sin situation. Autonomi ger också en ökad frihetskänsla. Det är betydelsefullt att kunna få var hemma och slippa ta sig till sjukhuset för behandling. Det kan också vara mer praktiskt och tidsbesparande att engagera sig i sin egenvård.

«/...att kunna ta vara på sig själv och inte vara beroende av andra. // Jag var ju lite motståndare till att sticka mig själv i början, men nu skulle jag inte låta någon annan sticka mig...»  
Att ta ansvar för sin behandling kan ge ökade möjligheter till ett gott vårdresultat genom att själv stå för kontinuiteten i vård och behandling. En innebörd i egenvårdsbegreppet för respondenterna var att man är delaktig i vårdbeslut. Ett egenvårdsengagemang ger mer kunskap som i sin tur ger en ökad känsla av kontroll relaterad till den egna livssituationen, och av att i viss mån ha kommandot över sin sjukdom. Att engagera sig i sin egenvård är att inte ge upp, enligt min tolkning av nedanstående citat: «/.../ att man *vägrar* låta sig ridas av sjukdomen. //.../ Jag ser det som absolut nödvändigt att man tar kommandot själv. Det är ju självklart. Det borde jag ha gjort för längesen. Det är ju en förutsättning.»

#### Egenvård kan vara betungande

Egenvårdens ansvar och aktiviteter kan upplevas som betungande, svårt och ansträngande, särskilt om förutsättningar för tillfredställande egenvård saknas som t.ex. försämrat hälsotillstånd. När man står inför att påbörja en behandling eller nya hälsobeteenden kan det kännas otryggt, obehagligt och skrämmande att ge sig ut på okända vatten, lära sig nya praktiker och dessutom axla ett ansvar. En viss oro uttrycktes för att det kan bli ensamt att «klara sig själv». Omvänt kunde några respondenter se vissa fördelar med att inte ta ansvar för sin behandling. Det kan

kännas som en befrielse och lättnad att slippa. Man kan uppleva en trygghet i att bli (väl) omhändertagen. Man betonade att anhöriga spelar en betydande roll, och att egenvården kan upplevas som betungande även för dem

«Alla kanske skulle kunna, men alla kanske inte vill (ta ansvar för sin behandling). För dom vill bli...gå i väg och bli vårdade, omfamnade av vården och trygghet.// Lite skrämmande är det ju. Att köra upp en stor djävla nål i armen och ta ansvar för det hemma. Tänk om det går hål någonstans och det börjar spruta blod! Vad gör jag då? Men det tror jag ger sig i och med utbildningen.»

«Även om det kan vara långtråkigt att ligga här, så känner man att det är rätt befriande att inte behöva ta något ansvar»

#### Egenvård och vardagsliv anpassas till varandra

Vardagslivet anpassas till sjukdomen och egenvårdens villkor och praktik. Successivt införlivas nya vanor. Familjens attityd och stöd har betydelse för denna anpassning. Anpassningsprocessen innefattar sjukdomsinsikt, att acceptera sin situation och att lära sig leva med sin sjukdom. Förutom anpassningsförmåga är motivation, vilja, ett positivt förhållningssätt, ett öppet sinne med intresse och nyfikenhet förutsättningar för att lära sig att hantera sin behandling. Sjukdomen och hälsotillståndet påverkar egenvårds- och inlärningsförmågan. Man måste ha självförtroende och tålmod. En viss fingerfärdighet krävs, liksom praktiska kunskaper.

«// Att lära sig leva med sin behandling – inte emot den...om man strävar emot sin behandling och tycker det är jätteäckligt så fungerar ju ingenting! Man måste tänka positivt, hela tiden! // I min behandlingsform är renlighet A och O. Det är djävulskt viktigt. Sköter man inte det, då blir det bukhinneinflammationer. Det är

<sup>2</sup> Pagels, A. 2002. *Egenvård – kapacitet i vardagen vid kronisk sjukdom*. D-uppsats, Magisterprogrammet i vårdpedagogik, Lärarhögskolan i Stockholm, Institutionen för samhälls, kultur och lärande.

klart, det är ju väldigt svårt att ha PD om man ser dåligt eller har darriga händer eller något sådant, för då blir det väldigt svårt. Det förutsätts att man är någorlunda pigg och kulant.»

«Jag tror att man måste vara lite nyfiken. Man får inte vara rädd för sjukdomen. I början blir man ju alltid rädd om man får en kronisk sjukdom; Hjälpa, va fan, någon kommer och sätter sig på mina axlar, och jag kan inte bli av med det! Man blir hatisk.»

Men sedan blir man lite mer...ja en insikt, inser att man sitter här och nu jäklar måste man göra det bästa av det. Tillsammans! Successivt har man ju skärpt till sig mer och mer.»

Att kunna klara sig själv ger ökade möjligheter till flexibilitet och att kunna anpassa egenvården till den övriga vardagen. Man kan trots sjukdomen uppleva hälsa och livskvalitet, och vilja bli sedd som den person man är, inte som en sjukling.

«Jag har accepterat det. Jag säger så här: Jag är inte sjuk, jag går i dialys. Jag är så less på att höra det där folk säger att – men Herregud, du är ju njursjuk! – Jag går i dialys. Jag mår inte dåligt. Jag är inte sjuk. Jag åker hit och dialyserar.»

### **Egenvård är länkad till sjukvårdspersonalens förhållningssätt och funktion**

Man har stor tillit till specialist-sjukvården och dess kunskaper och man behöver deras stöd och vägledning. Vikten av tillgänglighet och kontinuitet från sjukvårdens sida lyftes fram. Att sjukvårdspersonalen har ett förhållningssätt som uppmuntrar och stöder delaktighet och egenvård framstod som en väsentlig aspekt. Att bli lyssnad till, att åtnjuta medbestämmande och respekt samt att ha en god relation till sjukvårdspersonalen framhölls som viktiga förutsättningar för en välfungerande egenvård.

«Dom (sjukvårdspersonalen) finns ju alltid tillgängliga, dom

hjälpes alltid till, det är ingenting som är krångligt. Och det betyder så otroligt mycket när man själv sköter sin behandling. Då behöver det funka ordentligt. Så dom är ju väldigt viktiga. Förr var det överhuvudtaget ingen (inom sjukvården) som frågade: Vad vill du?...Just dom där samtalen som är numera med patienter som snart ska börja med sin dialysbehandling, det är ju jättebra. Dom får ju verkligen höra fördelar och nackdelar (med olika behandlingsformer).»

### **Egenvårdsförmågan utgör en personlig kompetens**

Egenvårdsförmågan uttrycktes av respondenterna som en kompetens eller specifik skicklighet som de utvecklat. Erfarenheter byggs på och ger mer kunskap. Man lär sig och får stöd även av medpatienter. Erfarenhet och kunskaper ger trygghet och man vågar vara flexibel, improvisera och applicera kunskap på nya situationer. Med erfarenheten uppövas en egenvårdsspecifik uppmärksamhet, påpasslighet och förmåga att bedöma en situation och fatta beslut om vad som ska göras.

«Jag känner mig jättetrygg. Jag menar, jag har varit bortrest och maskinen har slutat fungera och...men man löser det alltid på något vis...ute i skogen och har dialys och hänga upp dialyspåsen på en gren osv. // Bara tiden som man sysslar med det ger ju en jäkla kunskap också, och att just kunna lösa situationer. Så det är ju inte bara den kunskap man skaffat genom sköterskor och på sjukhuset, utan hemma när man håller på under alla åren så skaffar man ju erfarenhet och kunskap. Ju mer man tar del själv, ju mer lär man sig om sin sjukdom.»

Kroppskännedom och uppmärksamhet på kroppssignaler utvecklas liksom kontroll, självkänsla och självkännedom. Man förstår nödvändigheten och konsekvenserna av hälsobeteenden och man

kan också tillåta sig «frånga reglerna» vid en enskild situation. Man har en medvetenhet om sina svaga sidor och man vet gränserna för sin egen kompetens.

«// Det där med att ändra dryckesvanor, där är jag ju en väldigt dålig dialyspatient, för jag har ju väldigt höga vätskedragningar. Jag kan ju komma in med 6 liter i mig. Förut kämpade jag med det där, men nu dricker jag när jag är törstig helt enkelt. Jag tänker inte ens på det. Där har jag inte anpassat mig! Men numera går jag ju inte på puben och dricker 10 liter öl. Det går inte längre. Istället för att gå på bolaget så går jag på apoteket. På så sätt har jag ändrat mitt liv väldigt mycket.»

### **Diskussion**

Intervjuresultaten bekräftar Pörns och Orem's resonemang (20,24) om att hälsan kan ses som relaterad till förmåga/funktion/handling, välbefinnande och mål som balanseras genom anpassning. Mycket av det som därutöver framkommer i materialet kan sammanfattas som medel eller coping-strategier/resurser för att optimera dessa hälsobegrepp. Patienterna talar således om sjukdomsinsikt och acceptans, vilja, motivation och självförtroende, kunskap, kompetens och kontroll, delaktighet, medbestämmande och ansvar, goda relationer, stöd och vägledning.

I intervjuerna framställs att egenvård ger ökad livskvalitet och att engagemang i egenvården befrämjar välbefinnande och handlingskraft. Detta är intressant om man tänker sig att egenvårdsförmåga och livskvalitet påverkar varandra i båda riktningar, dvs. att hälsouppevelsen kan påverkas av egenvård samtidigt som hälsotillståndet påverkar egenvården. Men man kan heller inte bortse från att detta att själv ansvara för sin behandling kan upplevas som betungande och svårt. Inverkande faktorer som kan lyftas fram är sjukdomssymtom, hälsotillstånd och ålder. Hälsorela-

terad livskvalitet hos personer med kronisk sjukdom har visat sig vara jämförelsevis låg när det gäller just den fysiska förmågan (30). De aspekter som framkommit här kan vara intressanta om hälsoperspektivet även innefattar subjektiva upplevelser och livskvalitet. Det kan vara betydelsefullt för hälso- och sjukvården att se egenvård som något med möjligheter att förbättra livskvaliteten vid kronisk sjukdom, förutsatt att det sker under optimala former. I denna undersökning framkom även att förutom själva förmågan krävs en vilja att ansvara för sin egen behandling. Uppmärksamhet på dessa förhållanden skulle kunna bidra till en bättre planering och individuell anpassning av patientutbildningen. Hos en person som besitter egenvårdsförmåga men saknar vilja kanske man bör lägga mer fokus på motivationsspekten, alternativt kritiskt granska det stöd man har att erbjuda.

Ur intervjuresultatet kan utläsas att anpassningsförmåga är en viktig förutsättning för att både kunna lära sig och kunna klara av sjukdomshandterande aktiviteter. Egenvården måste anpassas till vardagslivets villkor för den enskilde individen och ha ett långsiktigt perspektiv. Paterson m.fl. (7) menar att egenvården bland kroniskt sjuka inte kan jämföras med den vid annan sjukdom eller åkomma. Ett ställningstagande vid en enkel åkomma kanske är av engångskaraktär. Så är inte fallet vid en kronisk sjukdom, som ofta är komplex, överlappande och föränderlig. Egenvårdsbesluten måste fattas om och om igen i det dagliga livet. Paterson m.fl. påpekar också att den kroniskt sjuka kan inta olika roller i och förhållningssätt till egenvården under sjukdomsförloppet (aa.). Att egenvården för kroniskt sjuka kräver stöd från hälso- och sjukvården framgår också av denna undersökning. De egenskaper hos sjukvården som här har framhållits som en förutsättning för en väl fungerande egenvård är att uppmuntra patientens delaktighet i

beslut rörande den egna vården och att respektera henne som en samverkanspartner. En rådande uppfattning som styr många patientundervisningsprogram gällande kronisk sjukdom är att patient empowerment långsiktigt också ger bättre vårdresultat (27). Det är fastställt att hälso- och sjukvården har ett stort ansvar som kunskapsproducent och kunskapsförmedlare även inom specialistvården och att pedagogisk kompetens är nödvändig (28). Sjuksköterskan har en unik position när det gäller undervisning och stöd till den kroniskt sjuka i kombination med den övriga, ganska komplexa omvårdnaden. Patientundervisning är också en utbildningsfråga för hälso- och sjukvårdspersonal. Gedda (29) fastslår i sin avhandling om pedagogiska möten mellan sjuksköterskor och patienter/klienter att sjuksköterskan är autodidakt när det gäller pedagogiska kunskaper och färdigheter. Vi behöver reflektera över hur vi arbetar med information och patientundervisning, hur vi ser på våra påverkansmöjligheter för att uppnå varaktiga attityd- och beteendeförändringar. Patientundervisning handlar då om att förbereda patienten så att hon/han kan göra informerade val efter sin förmåga att delta i beslut. Vi behöver också reflektera över vårt förhållningssätt till patientens självbestämmande, vår egen professionalism samt vår kunskap om och förståelse för vardagslivets betingelser. Gedda (29) framhåller vikten av att i den pedagogiska situationen möta människan där hon befinner sig, låta henne själv definiera sitt problem och stödja henne till att fatta självständiga beslut. En optimal patientundervisning fokuserar inte enbart på sjukdom och sjukdomshantering utan ser även till helhet, livskvalitet och vardagsliv. Egenvården har en stor utvecklingspotential och kan hjälpa patienten från hjälplöshet mot ökad kontroll med tilltro till sin egen förmåga. Därför är det också viktigt att vi breddar och fördjupar våra kunskaper om

fenomenet egenvård, och vinnlägger oss om att förstå det ur brukarperspektivet.

### Metoddiskussion

Att informanterna i denna studie endast var fem till antalet kan ses som en begränsning. Ett större antal informanter hade möjligen kunnat bidra till ytterligare beskrivningar av egenvårdsuppfattningar och en djupare förståelse. En större undersökning inom detta problemområde skulle vara ett intressant projekt för framtiden. Strategiskt urval vid kvalitativ metod är styrt av forskarens perspektiv och erfarenhet (31). Data i denna studie har tolkats och analyserats av en person. Möjligheten att någon annan person skulle göra ett annorlunda urval och tolkning av utsagorna är inte utesluten, men det skulle också ge en ökad förståelse för fenomenet egenvård (aa). Att jag som intervjuare även var anställd på den klinik där undersökningen genomfördes kan utgöra en risk för bias. Informanternas beroendeställning kan ha påverkat deras utsagor och ökat risken att man svarat efter vad vårdgivaren förväntar sig. Detta utesluter inte att just dessa förhållanden och den förståelse de inneburit möjliggjort en intervju situation präglad av öppenhet, förtroende och förståelse.

### Sammanfattande slutsatser

- Att vara engagerad i och ta ansvar sin egen behandling kan bidra till ökad livskvalitet, och egenvårdsförmågan kan påverka hälsoupplevelsen.
- God egenvård vid kronisk sjukdom är avhängig ett egenvårdsbefräjmjande förhållningssätt från och en god relation till sjukvårdspersonalen.
- Egenvårdens gestaltning måste relateras till vardagslivet och individuella förutsättningar.
- En individ kan besitta egenvårdsförmåga, men av olika anledningar ändå inte vilja ansvara för sin egen behandling.

Godkjent for publisering  
26.02.2004

Agneta A. Pagels  
Njurmedicinska kliniken  
Karolinska Universitetssjukhuset  
SE – 171 76 Stockholm  
Tel: +46 8 51779835  
agneta.aspegren-pagels@ks.se

### Referenser

- Hill, L., & Smith, N. 1985. *Self-Care Nursing – Promotion of Health*. ACC – Norwalk, Connecticut.
- Brodin, G. 1982. *Egenvårdsdebatten i Sverige. Förnyelse eller social nedrustning?* Forskningsrapport. Sociologiska institutionen. Uppsala
- Thunholm, B. 1996. *Patientens rättigheter och inflytande i vården*. Vård 1996:4 (68–70).
- Björvell, H. 1996. *Patient empowerment*. VÅRD nr.4, 1996: 74–80
- Björvell, H. 1999. «Patient empowerment» – målet är bättre hälsa och stärkt beslutanderätt. Läkartidningen 96(44):4816–4820
- Björvell, H. i Klang Söderkvist, B. (red.) 2001. *Patientundervisning*. Studentlitteratur, Lund.
- Paterson, B., Russell, C. & Thorne, S. 2001. *Critical Analysis of Everyday Self-Care Decision making in Chronic Illness*. J. Adv. Nurs. 35(3); 335–341
- Mechanic, D. 1983. *Handbook of Health Care and the Health Professions*. The Free Press, N.Y.
- Miller, J.F. 1992. *Coping with Chronic Illness. Overcoming Powerlessness*. 2<sup>nd</sup> Ed. F. A. Davis Co. Philadelphia.
- Svensson, R. 1993. *Samhälle, medicin och vård. En introduktion till medicinsk sociologi*. Studentlitteratur, Lund.
- Lubkin, I. 1995. *Chronic Illness. Impact and Interventions*. 3<sup>rd</sup> Ed. Jones & Bartlett Publishers.
- Corbin, J., & Strauss, A. 1991. *A Nursing Model for Chronic Illness Management based upon the Trajectory Framework*. Scholarly Inquiry for Nursing Practice 5(3).
- William-Olsson, L. 1986. *Diabetikers livsvillkor*. Pedagogiska Institutionen, Stockholms Universitet.
- Klang, B. 1997. *Health-Related Quality of Life and Patient education in a Group of Uremic Patients*. Karolinska Institutet, Stockholm.
- Borgenhammar, E., & Fallberg, L. 1997. *Våga vara vårdkonsument – Vägar till medvetenhet*. SNS förlag, Stockholm.
- Dean, K. 1989. *Conceptual, Theoretical and Methodological Issues in Self-Care Research*. Soc. Sci. Med. 29(2):117–123.
- Stapleton, S. 1992. *Etiologies and Indicators of Powerlessness in Persons with End-Stage Renal Disease*. I Miller, J. F. *Coping with Chronic Illness. Overcoming Powerlessness*. 2<sup>nd</sup> Ed. F. A. Davis Co. Philadelphia
- Becker, M. Edit. 1974. *The Health Belief Model and Personal Health Behaviour*. CBS Inc. New Jersey
- Nordenfelt, L. 1991. *Livskvalitet och hälsa*. Almqvist&Wiksell.
- Pörn, I. 1990. *Vad är hälsa?* Journal of Social Medicine 27:467–473
- Antonovsky, A. 1991. *Hälsans mysterium*. Natur&Kultur.
- Baksi, A., Craddock, S. 1998. *What is Empowerment?* IDF Bulletin 43(3):29–31
- Peters, R. 1994. *Matching Physician Practice Style to Patient Information Issues and Decision-Making Preferences*. Arch. Fam. Med 3, sept:760–763
- Orem, D. 1995. *Nursing. Concepts of Practice*. 5th Ed. Mosby Year Book Inc., St Louis, Missouri.
- Kvale, S. 1997. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur, Lund.
- Malterud, M. 1998. *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Studentlitteratur, Lund.
- Sarkadi, A. 2001. *The Borderland between Care and Self-Care*. Uppsala Universitet.
- SOU 1997:119. *En tydligare roll för hälso- och sjukvården i folkhälsoarbetet*. Socialdepartementet, Stockholm.
- Gedda, B. 2001. *Den offentliga hemligheten. En studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i folkhälsoarbetet*. Acta Universitatis Gothoburgensis, Nr 169.
- Sullivan, M., & Karlsson, J. 1994. *Hälsoenkät. Svensk manual och tolkningsguide*. International Quality of Life Assessment Project. Göteborgs Universitet.
- Malterud, K. 2001. *Qualitative Research: Standards, Challenges and Guidelines*. The Lancet Aug.11;358(9280)483–488.

# Mosjon – hva motiverer til å begynne?

Høgskolelektor  
Kari Krüger Grasaas,  
Høgskolelektor  
Else Sandvand,  
Stephen Seiler, Ph.D  
Alle ansatt v/Høgskolen i  
Agder

## Innledning:

Det er godt dokumentert og vel kjent at trening og mosjon har en helsefremmende effekt både med tanke på den fysiske og den mentale helse (1, 2, 3). Fysisk aktivitet er en viktig faktor i det forebyggende helsearbeidet (3, 4, 5).

Problemstillingen i artikkelen er: Hva motiverer mennesker til å begynne å mosjonere på fritiden? For å belyse problemstillingen vil vi se på motivasjonsfaktorer relatert til å begynne i Terrenkarusellen; et mosjonsløp hvor den enkelte deltaker velger sitt eget tempo. Det særegne og spesielle med Terrenkarusellen er at den har hatt en stadig stigende oppslutning blant annet fra mennesker som ikke har drevet med mosjon eller fysisk aktivitet tidligere. Det er spesielt da de fleste som ikke har vært fysisk aktive i ungdommen heller ikke begynner å mosjonere i voksen alder (6).

Hensikten med artikkelen er å få økt innsikt i hva som får mennesker til å begynne med mosjon, hvilke rekrutteringsmekanismer som benyttes og hva det er som gjør at de fortsetter å mosjonere. For å sette motivasjonsfaktorene inn i en større sammenheng ønsker vi kort å si noe om deltakernes treningshistorie og deres treningsvaner.

## Bakgrunn:

I de senere år har den generelle samfunnsutviklingen ført til at det enkelte mennesket i gjennomsnitt beveger seg mindre enn tidligere. Tekniske hjelpemidler har overtatt mye av tidligere tiders kroppsarbeid, og hverdagslivet inneholder færre fysiske utfordringer. Samtidig viser undersøkelser at kaloriinntaket har holdt seg på et stabilt nivå (1). Mindre mosjon og stabilt kaloriinntak er medvirkende årsaker til at gjennomsnittsvekten for både kvinner og menn har økt (7,8,9). Både på det nasjonale og det globale nivå utgjør fysisk inaktivitet

en av de største utfordringene innen forebyggende og helsefremmende arbeid. Verdens Helseorganisasjon hevder at over 2 millioner dødsfall hvert år har sammenheng med en stadig økende sedat livsstil (10).

Flere undersøkelser viser at fysisk inaktivitet er en viktig faktor for utviklingen av en lang rekke kroniske sykdommer. Det er sykdommer det tar lang tid å utvikle som for eksempel hjerte-karsykdommer, tykktarmskreft, benskjørhet og diabetes type 2 (11, 12). I en dansk undersøkelse syklet forsøkspersonene regelmessig med det ene benet, mens det andre benet var passivt. Etter 9 uker ble det tatt ut en prøve av musklene i begge benene. Den trente muskelen dannet flere glukosetransportører og flere proteiner enn den utrente muskelen. Den økte produksjonen medvirker til økt opptak av glukose i musklene, og dermed en redusert fare for å utvikle diabetes type 2 (11).

Det er forsket mye på den helsefremmende effekten av fysisk aktivitet (1, 2, 3, 4), men mindre på hva som motiverer mennesker til å begynne å mosjonere. Folkehelse rapporten 1999 slår fast at forskning på fremming av fysisk aktivitet/mosjon er et stort og underprioritert område i Norge (2). Det synes derfor aktuelt å sette mosjon på dagsorden, og øke kunnskapen om hva som får folk til å begynne å mosjonere.

## Mosjon:

Mosjon, trening og fysisk aktivitet er begreper som er delvis sammenfallende. Begrepet fysisk aktivitet er vanligvis en generell betegnelse på det å bevege seg, det å bruke kroppen. Mosjon er oftere en betegnelse på en mer planlagt form for fysisk aktivitet. Statens råd for Ernæring og Fysisk Aktivitet bruker betegnelsen fysisk aktivitet som et overordnet begrep som innbefatter mange former for fysisk utførelse, blant annet mosjon (1).

Verdens Helseorganisasjon anbefaler en halv times fysisk aktivitet daglig for å oppnå en helsemessig gevinst. Med fysisk aktivitet menes alle former for bevegelse som for eksempel plenklipping, rengjøring, sykling o.s.v. Slike former for lavintensive aktiviteter fører til en metabolsk «fitness» som medvirker til at kolesterolprofilen påvirkes i gunstig retning, blodtrykket nedsettes og glukoseopptaket økes både hos friske mennesker og dem med type 2 diabetes (13). Moderat aktivitet på 30 minutter om dagen reduserer risikoen for å få hjertesykdommer med ca. 30 %. Økes mengden eller intensiteten av den fysiske aktiviteten, reduseres risikoen ytterligere (11).

I følge en rapport fra Verdens Helseorganisasjon er det en betydelig andel av den europeiske voksne befolkning som ikke kommer opp i 3,5 timer fysisk aktivitet pr.uke (14). I Sverige og Finland oppgir imidlertid 85 % av befolkningen at de er fysisk aktive i minst 3,5 timer pr. uke. I Portugal oppgir 30 % at de er fysisk aktive i minst 3,5 timer pr. uke (14).

Mangel på mosjon utgjør i seg selv en egen risikofaktor. Amerikanske og finske forskere har sammenlignet individets relative risiko ved fysisk inaktivitet med røyking, og funnet at det er like farlig å være fysisk inaktiv som det er å røyke. Den relative risiko viser at både røyking og fysisk inaktivitet, utgjør selvstendige risikofaktorer som dobler risikoen for å dø for tidlig (11).

Den solide dokumentasjonen på mosjonens helsefremmende og forebyggende virkning gjør at det er en samfunnsmessig og helsemessig utfordring, for både sykepleiere og andre, å se på hva som kan motivere enkeltindivid til å begynne å mosjonere.

## Motivasjon:

I dagligtale blir motivasjon ofte oppfattet som noe som skaper interesse hos en, noe man har

## MOTIVATIONAL FACTORS FOR EXERCISING.

### ABSTRACT

*Much is known about the benefits of regular physical activity and exercise. Less is known about what motivates people to first begin and then continue exercise.*

*This article focuses on physical activity motivation and behavior. We surveyed a group of nearly 800 active participants in a very successful community trail running series to quantify their exercise habits, physical activity history and motivation for first beginning and ultimately continuing exercise.*

*Male and female participants reported average weekly exercise duration of 180 and 145 minutes per week respectively. Almost 30% of the participants in the Terrain Running Karusell had only recently started regular exercise. Another 25–30% had recently returned to a pattern of regular exercise. While traditional health related goals were most frequently reported as reasons for beginning exercise, the role of social influences like support and encouragement from «significant others» such as family members, colleagues and friends were reported to be very important for both beginning and continuing exercising.*

**KEY WORDS:** Motivation, physical activity, exercise.

«lyst til» å gjøre. I følge McClelland er motivasjon en viktig faktor for å forstå og forklare menneskelig atferd, og kan sees på som drivkraften bak en viljebestemt handling (15). Brunvand og Gundersen definerer motivasjon som «en kraft eller tilstand i oss som bevirker en eller annen form for reaksjon eller atferd» (16). I artikkelen er motivasjon relatert til å begynne i mosjonsløpet Terrenkarusellen.

#### **Terrenkarusellen:**

Terrenkarusellen er et mosjonsløp i Kristiansand, en by i Sør-Norge med ca. 70.000 innbyggere. Vest-Agder Bedriftsidrettskrets har i Kristiansand, og området rundt byen, etablert et mosjonsløp som engasjerer både kvinner og menn, gamle og unge. De eldste deltakerne er over 75 år, og de yngste er fra 16 år og oppover.

Mosjonsløpet har lyktes med å engasjere både fysisk aktive og fysisk inaktive mennesker, og har hatt et stadig økende antall deltakere siden starten i 1975. I løpet av de siste 10 årene har det vært en økning på ca. 500 %. I 2001 var det nærmere 1900 deltakere i Terrenkarusellen, og i 2002 ble antallet nøyaktig 2002. Det som er spesielt for dette mosjonsløpet, foruten den sterke veksten i antall deltakere, er at mange av dem som deltar ikke har drevet med mosjon eller trening tidligere (17).

Mottoet for Terrenkarusellen er «mosjon for alle». Det innebærer at man kan bruke så god tid man ønsker på å spasere, jogge eller løpe rundt ei ferdiglaget løype. Man kan velge mellom å få en bekreftelse på at løpet er fullført uten at tiden registreres, eller man kan få registrert tiden man bruker rundt løypa.

Terrenkarusellen finner sted i løpet av sommerhalvåret. Det er 14 løpsarrangementer i kupert og variert turterreng i bymarka rundt Kristiansand. Som en ramme rundt mosjonsløpet er det alltid

en positiv sosial atmosfære med musikk, utdeling av frukt og drikke, samt ledere som er meget synlige og sosialt aktive i miljøet.

#### **Metode:**

Funnene i denne artikkelen bygger på en kvantitativ undersøkelse gjennomført i 1999 (17). Av en kjent populasjon på 1460 regelmessige deltakere i Terrenkarusellen besvarte 794 av dem et omfattende og strukturert spørreskjema. Populasjonen, det vil si de regelmessige deltakerne, ble definert som de som hadde fullført seks eller flere mosjonsløp i løpet av sesongen.

Et av målene i undersøkelsen var å få tak i deltakernes motivasjon for å være med i mosjonsløpet. Andre mål var å få større innsikt i deltakernes treningsvaner, kostholdsvaner, helse, demografi og livskvalitet.

#### *Om utvalget:*

Våren 1999 ble det sendt ut et spørreskjema i posten til alle 1460 deltakere som hadde fullført minst 6 av Terrenkarusellens 14 løp i 1998. Enkelte uåpnede konvolutter kom tilbake til avsender blant annet fordi mottaker hadde flyttet. Dette førte til at 1420 personer fikk spørreskjemaet i posten. Av disse kom 794 besvarte skjemaer i retur, en svarprosent på 56.

I denne undersøkelsen er utvalget tatt direkte fra en kjent populasjon, noe som gjør det mulig å foreta en ikke-svar analyse for å se om frafallet er tilfeldig eller systematisk skjevt. Vi sammenliknet variablene kjønn, alder og utdanning i utvalget med hele populasjonen. Data om kjønn, alder og utdanning på hele populasjonen finnes i Årsrapporten fra Vest-Agder Bedriftsidrettskrets (18). Kontrollene viste ingen signifikante forskjeller. Resultatet viser at deltakerne er representative på helt sentrale variabler, noe som gjør at vi med en svarprosent på 56 med stor

sikkerhet også kan si at utvalget er representativt i forhold til de andre variablene. Ikke-svar analyser utføres i undersøkelser hvor en har en kjent populasjon og har mulighet for å sjekke at det ikke er signifikante forskjeller mellom respondentene og populasjonen (19, 20, 21).

#### *Utvikling av spørreskjemaet:*

Prosjektet ble på forhånd godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. På spørreskjemaet ble det informert om at det var frivillig å delta i undersøkelsen. Spørsmål man ikke ønsket å besvare kunne stå ubesvart. All informasjon ble behandlet konfidensielt, og all offentliggjøring er anonymisert.

Enkelte av spørsmålene i spørreskjemaet ble hentet fra Statens helseundersøkelse i 1995–96, og Levekårs- og livskvalitetsundersøkelsen 1997–98 (22). Disse spørsmålene var dermed prøvd ut og testet på forhånd. En slik gjenbruk av standardiserte spørsmål gjør det mulig å sammenlikne en fysisk aktiv gruppe med befolkningen som helhet. De fleste spørsmålene ble imidlertid utformet spesielt for denne undersøkelsen. Fysisk aktivitet, motivasjonsfaktorer og treningsvaner, både generelt og spesielt innen Terrenkarusellen, var i fokus ved operasjonaliseringen av spørsmålene. Etter at førsteutkastet til spørsmålene var skrevet ble en gruppe på 10 deltakere fra Terrenkarusellen bedt om å kommentere eventuelle uklarheter eller mangler i spørsmålene og svaralternativene. Tilbakemeldingene resulterte i at et par spørsmål måtte omskrives, og to andre spørsmål fikk lagt til et ekstra svaralternativ hver.

Treningsvaner ble kartlagt ved å bruke tre 7-punktsskala spørsmål der man spurte om frekvens (1–7 dager/uke), varighet (fra under 30 minutter til over 121

minutter) og intensitet (7-punkt Likhert skala). Disse treningsvariablene ble sammenliknet individuelt og ble også kombinert til en 21 punkts Composite Exercise Index (CEI). Her var vi spesielt oppmerksomme på å lage variabler som fikk fram hele spekteret av treningsvaner fra et minimum til konkurransetrening. Den som for eksempel scorer null trener ikke i det hele tatt i løpet av en uke, mens den som scorer 21 vil trene 7 dager i uken, over to timer pr. dag og med en «ekstremt hard» intensitet.

#### *Analyse:*

Alle statistiske analyser ble utarbeidet ved hjelp av the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versjon 10.0. Data er presentert som gjennomsnittsverdier  $\pm$  standard avvik der det er hensiktsmessig. I flere tilfeller er frekvenstabeller benyttet.

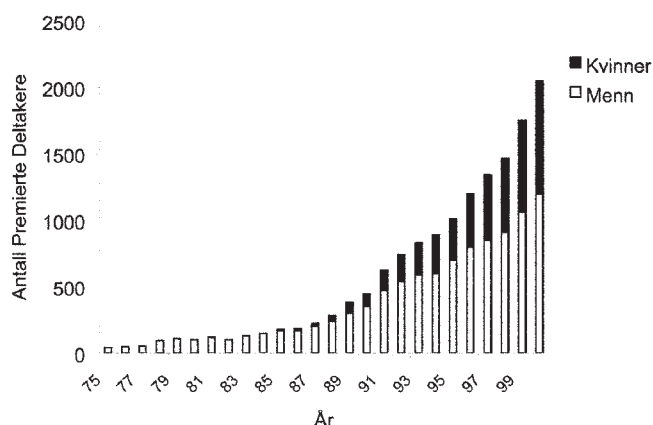
T-tester ble benyttet for å se på statistiske sammenhenger ut fra kjønn. One-way ANOVA ble brukt for å sammenlikne fysisk aktivitet i forhold til alder og tidligere treningshistorie. Der hvor ANOVA viste signifikante gruppeforskjeller ble Tukeys b post hoc test benyttet. I forhold til alle gruppesammenlikninger ble funnene ansett som statistisk signifikante ved  $p \leq 0.005$ .

Svarene fra de fire 7-punkts ordinal skala spørsmålene om treningsvaner (frekvens, intensitet, varighet og Composite Exercise Index) viste en klar normalfordeling. Data'ene ble derfor behandlet på intervallnivå når de ble presentert som sammenlikninger.

#### *Data's validitet:*

Under hele utarbeidelsen av spørreskjemaet ble den definisjonsmessige gyldigheten fortløpende vurdert ved at det ble forsøkt å utarbeide spørsmål som i størst mulig grad dekket de ulike begrepene vi ønsket å uttale oss om. Ved å gjøre en pre-test blant 10 deltakere i Terrenkarusellen fikk vi

Figur 1.



tilbakemelding på om det var spørsmål vi hadde oversett i forhold til hva vi ønsket å finne ut.

Etter at de besvarte spørreskjemaene var kommet i retur ble de skannet elektronisk, verifisert manuelt, statistisk behandlet og lagret på SPSS fil. For å sikre reliabiliteten ble det under behandlingen av data tatt stikkprøver for å sjekke for eventuelle målefeil.

I tillegg er det gjort en ikke-svar analyse mellom utvalget og populasjonen. Vi fant at det ikke var signifikante forskjeller mellom sentrale variabler i utvalget og i populasjonen.

#### Resultater:

##### Demografiske karakteristika:

62% av deltakerne i Terrenkarusellen var menn og 38% var kvinner. Gjennomsnittsalderen for kvinner var  $42 \pm 10$  år ( $p < 0.001$ , mellom 17–73 år) og for menn  $46 \pm 10$  år (mellom 15–77 år).

Av alle respondentene var 85% mellom 30 og 60 år. Sammenlikner vi denne aldersgruppen med den tilsvarende aldersgruppen i Levekårs- og livskvalitetsundersøkelsen 1997–98 ( $n=5459$ ) finner vi at av deltakerne i Terrenkarusellen har 49% versus 42% ( $p < 0.01$ ) av mennene og 49% versus 37% ( $p < 0.001$ ) av kvinnene ett eller flere års universitets- eller høyskoleutdannelse (17, 22).

I gjennomsnitt hadde de mannlige deltakerne vært med i Terrenkarusellen i  $7 \pm 5$  år (mellom 1–25 år). Mens 30% hadde vært deltakere i  $\leq 3$  år, hadde 21% vært med i 10 år eller mer. Kvinnenes deltakelsehistorie gjenspeiler at de kom senere med i Terrenkarusellen. I gjennomsnitt begynte kvinnene for  $5 \pm 4$  år siden ( $p < 0.001$ ). Nesten halvparten (46%) av alle kvinnene har blitt med i karusellen i løpet av de siste tre år. Kun 7% svarte at de hadde vært med i 10 år eller mer.

##### Deltakernes treningshistorie:

Det er ingen signifikant forskjell i fordeling av treningsbakgrunn mellom kvinner og menn.

Figur 2 viser at den største gruppen av de som «alltid har trent» finnes blant de mannlige deltakerne, hele 46%. Blant kvinnene finner vi også den største gruppen her, det vil si at 39% av dem «alltid har drevet med trening». Blant dem som har vært aktive tidligere i livet, hatt en passiv periode og blitt aktive igjen er det prosentmessig omtrent like mange menn som kvinner (28 versus 30%). Det som er spesielt og som gjør Terrenkarusellen til et unikt lavterskel tilbud er at 26% av mennene og 31% av kvinnene svarer at de er «ny aktive», noe som vil si at de kun i de siste år har startet med trening.

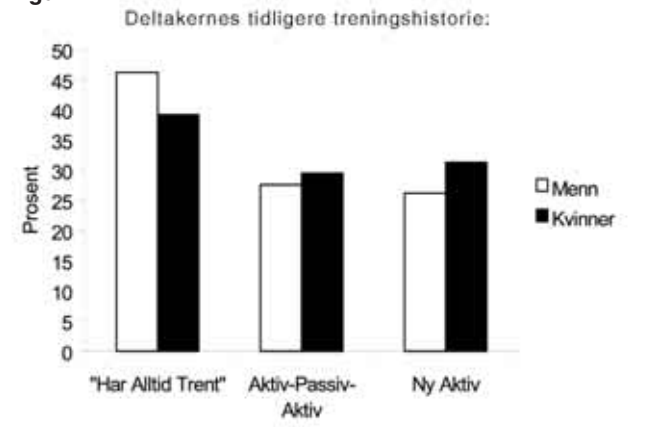
##### Treningsvarighet og intensitet:

Treningsvarigheten ble delt inn i 7 alternativ hvor ytterpunktene var under 30 minutter og over 120 minutter. Frekvensfordelingen over gjennomsnittsvarighet av treningen per uke for kvinner og menn er vist i figur 3.

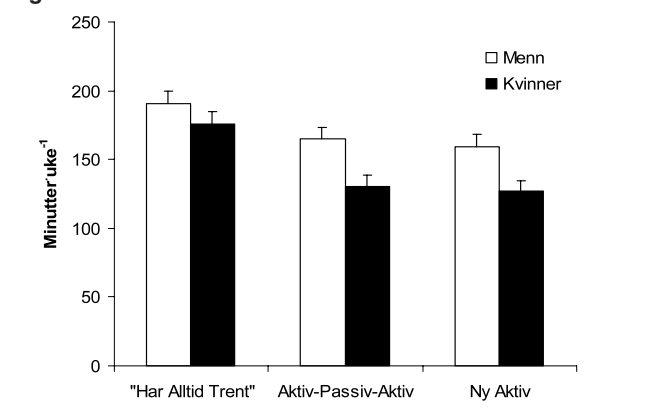
Nesten 90% av alle deltakerne rapporterte en gjennomsnittlig treningsvarighet per gang på mellom 30 og 75 minutter. Det typiske svaret lå mellom 45 og 60 minutter. Ved å kombinere frekvens og varighetsdata finner vi at kvinnene trener i gjennomsnitt 145 minutter per uke, mens mennene trener i gjennomsnitt 180 minutter per uke.

Treningsintensitet ble rapportert på en 7-punkts skala som gikk fra «ekstremt lett» til «velldig hardt». Resultatene viste at 54% av mennene og 48% av kvinnene svarte at de trente med variert intensitet ( $p > 0.05$ ). Blant respondentene som svarte at de alltid trente med samme intensitet, trente menn med høyere intensitet enn kvinner ( $4.49 \pm 1.17$  vs  $3.94 \pm 0.96$ ,  $p < 0.0001$ , Effect size=0.51).

Figur 2.



Figur 3.



**Tabell 1 Motivasjonsfaktorer som viser viktigste årsak til å begynne i Terrengkarusellen**

	Kvinne	Mann
	(n=277)	(n=451)
Komme i bedre fysisk form	33%	38%
Ble oppmuntret av kolleger og venner	29%	17%
Likte å trene	6%	14%
Andre årsaker	32%	31%

**Tabell 2 Ble du spurt av andre om å være med i Terrengkarusellen?**

	Kvinne	Mann
	(n= 277)	(n= 458)
Ja, ble spurt	85%	69%
Nei, ble ikke spurt	15%	31%
Total	100%	100%

**Tabell 3 Har du fått andre med i Terrengkarusellen?**

	< 39 år (n=262)	40 – 49 år (n=256)	> 50 år (n=239)
Nei	26%	22%	20%
Ja, minst 1	44%	38%	38%
Ja, minst 3	30%	40%	42%
Total	100%	100%	100%

**Tabell 4 Hva mener du er det viktigste som kan gjøres for å motivere flere til å delta i Terrengkarusellen?**

	< 40 år (n=263)	40 – 49 år (n=255)	> 50 år (n=232)
<b>Oppmuntring fra arbeidsgiver eller andre</b>	<b>54%</b>	<b>55%</b>	<b>49%</b>
Bedre informasjon om tilbudet	16%	9%	15%
Tid til trening i arbeidstiden	6%	5%	8%
Mer omtale i media	7%	8%	9%
Sosiale samvær	7%	7%	6%
Ingenting, tilbudet er bra	9%	15%	12%

#### Motivasjonsfaktorer:

Tabell 1 viser at over halvparten av deltakerne begynte i Terrengkarusellen fordi de ønsket å komme i bedre fysisk form eller ble oppmuntret av venner og kolleger.

«Andre årsaker» fordelte seg på flere andre alternativ som: «Komme i bedre psykisk form», «gjøre noe felles med ektefelle/samboer», «gå ned i vekt», «gjøre noe avstressende», «alle andre er med», «komme ut i

naturen», «liker å konkurrere» etc. Ingen av disse alternativene fikk hver for seg over 6% av svarene.

Tabell 2 viser at svært mange har fått spørsmål fra andre om å begynne i Terrengkarusellen. I denne gruppen svarte en av tre at det var den viktigste årsaken til at de begynte å mosjonere. Det er også en av tre i den samme gruppen som oppgir at den viktigste årsaken var ønsket om å komme i bedre fysisk form. Av de som ikke ble spurt av andre, oppgir halvparten at ønsket om å komme i bedre fysisk form var viktigste årsak til at de begynte i Terrengkarusellen.

Det er omtrent ingen forskjell på kvinner og menn i forhold til å få andre med i Terrengkarusellen.

Ser man på hva som motiverer deltakerne til å fortsette svarer hele 50% at det er fordi det er

dette er noe de vil holde på med i mange år. Deltakerne ble bedt om å svare på følgende: Hvis du tenker deg år 2005, tror du at du fortsatt er med i Terrengkarusellen? Her svarte 94 % ja (n=709).

Funnene viser at mange er blitt oppmuntret av venner og kolleger til å begynne i Terrengkarusellen. Settes disse resultatene inn i en større sosial sammenheng mener nesten 70% at Terrengkarusellen har hatt en meget positiv eller positiv virkning på forholdet til kolleger. Det er cirka 30% som svarer at forholdet er uforandret, og ytterst få sier at det har hatt en negativ virkning. Det er liten forskjell mellom aldersgruppene og mellom menn og kvinner. Kvinnene svarer noe oftere «meget positivt» enn mennene.

Det er 60% av utvalget som svarer at Terrengkarusellen har hatt en meget positiv eller positiv virkning på forholdet til venner. Det er liten forskjell på menn og kvinner, men prosentmessig er det noen flere over 50 år enn under 50 år som krysser av på et av disse alternativene. Omtrent samtlige av resten av utvalget sier at forholdet er uforandret.

#### Diskusjon:

##### Motivering av nye deltakere:

Det som er spesielt med Terrengkarusellen er at den klarer å engasjere mennesker som ikke tidligere har drevet med mosjon. Hele 29 % av deltakerne oppgir at de ikke har drevet med trening tidligere, og 28% oppgir at de har vært aktive tidligere, hatt en fysisk passiv periode og blitt aktive igjen gjennom mosjonsløpet. Over halvparten mener at oppmuntring fra andre er det viktigste som kan gjøres for å rekruttere nye deltakere. Dette er funn som er med på å styrke troen på at Terrengkarusellen har skapt et lavterskeltilbud som klarer å engasjere alle grupper mennesker; også dem som kanskje ellers ikke ville vært fysisk aktive.



Generelt viser individuelle determinanter knyttet til fysisk aktivitet at det er vanskelig å få de «inaktive» til å bli mer aktive (23). Det å få mennesker som har vært fysisk inaktive til å begynne og mosjonere er en av de største utfordringene innen forebyggende helse. Peter F. Hjort hevder at folk flest er lite innstilt på å begynne og mosjonere selv om alle vet at de har godt av det (24). Fra undersøkelser fremkommer det at mennesker, som ikke i barne- eller ungdomsårene er sosialisert til å mosjonere, vanskeligere begynner å drive med mosjon i voksen alder (6).

I motsetning til hva vi finner i Terrengkarusellen ser det ut til å være en generell tendens til å vektlegge fysisk fostring i mindre grad enn tidligere. Færre ser ut til å slutte seg til idrettens rekker eller drive med trening på egenhånd (24, 25). I følge Ommundsen og Bjerke Karlsen er det aldri for sent å endre sitt fysiske aktivitetsnivå med tanke på helserelatert gevinst (26). De refererer til DeBusk som sier at dette også gjelder de, som etter lang tid med fysisk inaktivitet, gjør en relativt liten endring i sitt fysiske aktivitetsnivå (27). Den største helsegevinsten oppnås når man går fra å være fysisk passiv til å bli «litt» fysisk aktiv.

En form for mosjon som tilsvarende en halv times spasertur daglig gir betydelig helsegevinst og er også det som anbefales av Verdens Helseorganisasjon (28, 29). Det er blant annet utført egne studier knyttet til helsegevinsten ved spaserturer. Det å spasere regelmessig har en forebyggende effekt ved at det er en selvstendig faktor i forhold til lavere risiko av «all-cause mortality», hjerte-kar sykdommer og type 2 diabetes (30). Studier på kvinner viser en klar sammenheng mellom spaserturer og lavere risiko for hjertesykdom (31). I følge Peter Hjort synker den fysiske aktivitet med alderen, spesielt etter 60 år og spesielt for kvinner (24). For

eldre vil en moderat form for mosjon, som for eksempel regelmessige spaserturer, være med på å forsinke aldringsprosessen og dermed ha betydning for å forebygge fysiske dysfunksjoner og avhengighet av hjelp av fra andre.

I vår undersøkelse fant at vi kvinnene mosjonerte i gjennomsnitt 145 minutter (2,5 timer), mens mennene mosjonerte i gjennomsnitt 180 minutter (3 timer) per uke. Andre data viser at en høy frekvens av deltakerne også går eller sykler til jobb. Kombinerer vi disse funnene ser vi at en stor del av Terrengkarusell deltakerne trener likt med, eller mer, enn det som Verdens Helseorganisasjon anbefaler. Det må her poengteres at vi ser på gjennomsnittet, noe som betyr at noen trener mer og noen trener mindre. Går vi nærmere inn på disse gruppene, finner vi at 25 % av kvinnene og 15 % av mennene trener mindre enn 75 minutter i uka.

#### *Mosjon og motivasjon knyttet til et sosialt engasjement:*

Det er også spesielt at deltakerne i så stor grad går aktivt inn i rollen for å få andre med seg. Undersøkelsen viser at 85% av kvinnene og 69% av mennene oppgir at de er blitt spurt av andre om å være med. Cirka 1/3 av disse igjen oppgir ønsket om å komme i bedre fysisk form som viktigste individuelle determinant for deltakelse, mens like mange oppgir at motivering fra andre er viktigste årsak til å begynne å mosjonere. Dette viser at det foregår en aktiv rekruttering til Terrengkarusellen på individnivå, og at mosjoneringen er utgangspunkt for samtaler og et sosialt engasjement i forhold til familie, venner og kolleger. I følge Skovgaard, som har undersøkt forholdet mellom fysisk aktivitet og sosiale relasjoner, viser en rekke større, representative studier at sosial støtte og deltakelse har positiv innflytelse på mosjonsvaner (23).

Lindstrøm og Lorenzen hevder at det er den direkte kontakten mellom mennesker som gjør at en omsetter kunnskapen en har til praksis (32). I et forebyggende helseperspektiv er det et mål å få mennesker til å bevege seg, ikke bare ha kunnskap om at fysisk aktivitet er helsefremmende. Det gjelder da i praksis «å utnytte at en nær, situasjonsrelevant og personlig kommunikasjon er mer effektiv enn massemedieformidlet kommunikasjon når det gjelder atferdsendringer» (32). Denne nære, situasjonsrelevante og personlige kontakten ser ut til å være helt sentral som motivasjonsfaktor i Terrengkarusellen.

Betydningen av sosiale relasjoner og sosialt samspill vektlegges sterkt både i psykologien og sosiologien (33, 34, 35). Sosiologen Schutz hevder at et individ aldri handler upåvirket av andre eller uten å være i samspill med det samfunnet man lever i. Slik kan motivasjon heller ikke sees uavhengig av den sosiale handling som foregår (36). På samme måte viser litteraturen, i følge Estabrooks, at sosiale faktorer og gruppetilhørighet har positiv betydning for deltakelse og opprettholdelse av mosjon (25).

Vanligvis er det slik at når man er med i noe man trives med, ønsker man at andre også skal få del i den samme gleden. Slik virker det som om Terrengkarusellen har klart å skape et lavterskeltilbud der mottoet «mosjon for alle» er blitt virkeliggjort. Ingen er for «god» eller for «dårlig» til å delta. Her er plass til alle som ønsker å bevege seg i sitt eget tempo. Den gode motivasjonen, lysten til å fortsette og samtidig få andre med seg, ser dermed ut til å skapes av gjentatte positive assosiasjoner i koblingen mellom den unike situasjonen Terrengkarusellen skaper og opplevelsen den gir.

#### *Mosjon knyttet til folks helsebegrep:*

Funnene viser at mange har et ønske om å komme i bedre fysisk form og slik gjøre noe aktivt for sin egen helse. Det å ha god helse er blant det som blir prioritert høyest blant de aller fleste av oss. Som en avslutning på diskusjonen kan det derfor være interessant å knytte Terrengkarusellen til en undersøkelse av Per Fugelli og Benedicte Ingstad der fokus er folks helsebegrep (37).

Fugelli og Ingstad intervjuet 80 personer på 5 ulike steder i Norge i årene 1997–2000. De fant at de viktigste meningsbærende elementene i folks helsedefinisjon var: trivsel, funksjon, natur, humør, mestring og energi. Overføres disse elementene til Terrengkarusellen ser vi at mosjonsløpet inneholder alle de ulike faktorene som blir trukket fram for å definere helse. Trivsel viser seg blant annet ved at man er sosialt aktiv og spør andre om å være med på mosjonsløpet. På arrangementene tar mange seg tid til å drikke, spise frukt og samtale med andre. Funksjons- og mestringsevnen viser seg ved at alle klarer å gå eller løpe rundt løypa. Tempoet velger man selv. Slik gir Terrengkarusellen alle anledning til å komme i bedre fysisk form, og lever opp til mottoet «mosjon for alle».

Gode strukturelle forhold som at alle løypene er lagt i variert skogs- og turterreng gjør at deltakerne får med seg naturopplevelsen. De opplever all slags vær med sol, varme, vind og regn. I tillegg er det flotte synsinntrykk, lukter og fuglesang.

Det siste elementet som trekkes fram i undersøkelsen til Fugelli og Ingstad er energi. I Terrengkarusellen forbrennes kalorier og ny og annerledes energi skapes gjennom aktiviteten og det sosiale fellesskapet. Kanskje derfor Terrengkarusellen lykkes fordi den inneholder alle elementer som folk legger i

helsebegrepet? Hele 94% av respondentene mener at de fortsatt er med i Terrenkarusellen i 2005.

### Konklusjon:

Hovedfokus i denne artikkelen har vært å se på hva som motiverer mennesker til å være med i mosjonsløpet Terrenkarusellen. De viktigste motivasjonsfaktorene ser ut til å være et ønske om å komme i bedre fysisk form, samt oppmuntringer og forespørsler fra venner og kolleger. Det virker som om det er skapt et personlig engasjement der man ønsker at familie, venner og kolleger skal få erfare de samme positive opplevelsene man selv får gjennom deltakelse. Det er spesielt at nesten en tredjedel av deltakerne oppgir at de ikke tidligere har drevet med mosjoning/trening. Slik kan det se ut til at Terrenkarusellen er en viktig modell i det helsefremmende arbeidet; både i forhold til fysisk, psykisk og sosial aktivitet.

Godkjent for publisering  
23.06.2004

Korrespondanse til:  
Kari Krüger Graasaas  
Institutt for sykepleiefag  
Høgskolen i Agder  
Serviceboks 422  
NO – 4604 KRISTIANSAND  
Kari.K.Graasaas@hia.no

### Litteraturliste:

1. Fysisk aktivitet og helseanbefalinger. Rapport nr.2, 2000. Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet. Oslo.
2. Folkehelse rapporten 1999, Statens institutt for folkehelse, Sosial- og helsedepartementet.
3. Djupvik, Jakob Joh.; *Folkehelsearbeid – kommunal ressurskopping med vekt på bruk av fysisk aktivitet*. Kommuneforlaget AS Oslo 2000.
4. Dishman, R.K. «The measurement of exercise adherence research», *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 3 706–19. 1994.
5. Surgeon General Report of physical activity. *Physical Activity and Health*. A report of the Surgeon General. US Dept. of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention, 1996.
6. Trudeau F, Laurencelle L, Tremblay J, Rajic M, Shephard RJ, «Daily primary school physical education; effects on physical activity during adult life». *Med Sci Sports Exerc* 1999; 31: 111–7.
7. Graff-Iversen S, Skurtveit S, Nybø A, Ross GB. «Utviklingen i kroppsarbeid hos norske 40–42 åringer i tiden 1974 – 94» i *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121:2584–8.
8. Bahr, Roald. «Er det typisk norsk å være dorsk?» I *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 2578.
9. Vekt-Helse. Rapport nr.1, 2000. Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet. Oslo 2000
10. WHO, 2004  
<http://www.who.int/hpr/physactiv/index.shtml>
11. Pedersen, Bente Klarlund; *Recept på motion, motion som forebygging*, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2003
12. Anderssen, Sigmund A.og Hjermann, Ingvar; «Fysisk aktivitet – en sentral faktor i forebyggingen av hjerte- og karsykdom», *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 3168–72.
13. Maaløe,Lis; Poulsen, Ingrid (red), *Inaktivitet, immobilitet og sygepleje*; Munksgaard Danmark, København 2002)
14. WHO-Euro. The European Health Report – 2002
15. McClelland, D.C. *Human motivation*. New York; Oxford University Press. 1987.
16. Brunvand, H., Gundersen, D.E. *Idrettspedagogikk*, Hammerstad AS, 1991.
17. Grasaas, Kari Krüger; Sandvand, Else; Seiler, Stephen; FoU-rapport 6/99 Aktivitetsundersøkelsen.
18. Årsrapport, Vest-Agder Bedriftsidrettskrets, 1999.
19. Singh Pramil N, Fraser Gary E., Knutsen Synnøve F.,Lindsted Kristian D.; Bennett Hannelore W.; «Validity of a physical activity questionnaire among African-American Seventh-day Adventists» in *Medicine & Science in Sports & Exercise* Volume 33, No.3 March 2001.
20. Friedenreich Christine M., Courneya Kerry S., Bryant Heather E.; «Relation between intensity of physical activity and breast cancer risk reduction» in *Medicine & Science in Sports & Exercise* Volume 33, No.9 September 2001.
21. Chasan-Taber Lisa, Erickson J. Bianca, Nasca Philip C., Chasan-Taber Scott, Freedson Patty S., «Validity and reproducibility of a physical activity questionnaire in women» in *Medicine & Science in Sports & Exercise* Volume 34, No.6 June 2002.
22. Levekårs- og livskvalitetsundersøkelsen 1997–98, Agderforskning
23. Skovgaard, Alf Thomas; «Fysisk aktivitet og folkesundhed – danske pejlinger og internationale perspektiver» i *FOCUS, Tidsskrift for idræt*, nr.5/6 2003, 27.årgang.
24. Hjort, Peter F. «Fysisk aktivitet og eldres helse – gå på!» I *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2915–8.
25. Carron, A.V., L.R. Brawley, and W.N. Widmeyer. «The measurement of cohesiveness in sport groups». In: *Advances in sport and exercise psychology and Measurement*, edited by J.L. Duda. Morgantown (WV): Fitness Information Technology, 1998, p.213–226.
26. Ommundsen, Y, Bjerke Karlsen K, «Problemer med å være fysisk aktiv?» *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 2790–4.
27. DeBusk RF. «Training effects of long versus short bouts of exercise in healthy subjects». *Am J Cardiol* 1990; 65:1010–3.
28. Anderssen, S.A og Strømme, S.B. «Fysisk aktivitet og helse – anbefalinger» *Tidsskr Nor Lægeforening* 2001; 121: 2037–41.
29. <http://www.who.int/hpr/physactiv/health.benefits.shtml>
30. Hardman, Adrienne E. and Stensel, David J. *Physical Activity And Health. The Evidence Explained*. Routledge 11 New Fetter Lane, London EC4P 4EE, 2003
31. Manson, J.E., Greenland, P., LaCroix, A.Z., Stefanik, M.L., Mouton, C.P., Oberman, A., Petri, M.G., Sheps, D.S., Pettinger, M.B. and Sisovick, D.S. «Walking compared with vigorous exercise for the prevention of cardiovascular events in women», *New England Journal of Medicine* 347: 716–25. ref. i Hardman, Adrienne E. and Stensel, David J. *Physical Activity And Health. The Evidence Explained*. Routledge 11 New Fetter Lane, London EC4P 4EE, 2003
32. Lindstrøm, Mette og Lorenzen, Karen; «Hva skal vi med kampanjer om sunndhet?» i *FOCUS, Tidsskrift for idræt*, nr.5/6 2003, 27.årgang.
33. Mead, George Herbert: *Mind, Self and Society: From the Standpoint of a Social Behaviorist*. Chicago: The University of Chicago Press, c 1962.
34. Bateson, Gregory: *Mind and nature; a necessary unity*. Toronto: Bantam Books, 1988.
35. Johnson, Astri; Sundet, Rolf; Torsteinson, Vigdis Wie: *Samspill og selvopplevelse*. Tano-Aschehoug 2000.
36. Schutz, Alfred; *Collected Papers II; Studies in Social Theory. THE HAGUE MATINUS NIJHOFF 1976*.
37. Fugelli, Per og Ingstad, Benedicte; «Helse – slik folk ser det» *Tidsskr Nor Lægeforen* nr.30, 2001;121; 3600-4.

# Accelererede forløb i forbindelse med abdominal hysterektomi

## Sygeplejerskers erfaring med ny klinisk praksis

Lis Wagner,  
Sygeplejerske, Dr.PH  
Anne Mette Carlslund,  
Cand. Scient. Soc  
Universitetshospitalernes  
Center for sygepleje- og  
omsorgsforskning (UCFS)

### ACCELERATED RECOVERY PROGRAMME IN CONNECTION WITH ABDOMINAL HYSTERECTOMY

– Nurse's experiences with new clinical practice

#### ABSTRACT

*Aim: The aim is to describe the nurses' experiences with and readjustment to new clinical practice within accelerated recovery programs (ARP) for benign hysterectomy.*

*Methods: The study is prospective and descriptive using qualitative methods (before and after implementation of ARP), two group-interviews and four individual in depth interviews from February to November 2001.*

*Results: The central focus on information creates special demands moving away from somatic care to a more consultative role. The nurse's experiences with the ARP are generally positive and the changes can be seen as part of the nurses' adoption process. A new standard care plan is working as a practical tool to ensure a uniform and optimal information and treatment. However, the study shows that the standard care plan with its checklist has reduced individual communication about the patient.*

*Conclusion: The nurse's experiences with the new clinical practice in ARP in relation to abdominal hysterectomy shows, that communication in this practice requires special attention. It is therefore necessary to demand high quality to the standard care*

#### Introduktion

I de seneste år er der sket en markant tidsmæssig intensivring af patientforløbene inden for flere specialer (1;2), således også inden for det gynækologiske speciale, hvor hysterektomi udgør en af de hyppigste operationer på ikke gravide kvinder (3). Forskning har vist, at antallet af indlæggelsesdage ved abdominal hysterektomi kan reduceres fra 4–5 dage til 1–2 dage postoperativt (4). Den korte indlæggelsestid er mulig på grund af indførelsen af et accelereret forløb, der omfatter et regime indeholdende: patientinformation før og efter operationen, hurtig genoptagelse af normal fødeindtagelse, tidlig mobilisering, optimal smertedækning og reduktion i den operationsbetingede stress (2). I 2001 blev principperne i det accelererede forløb, standard på Hvidovre Hospitals gynækologiske afdeling (5) og samtidig startede afdelingen, i samarbejde med Universitetshospitalernes center for sygepleje- og omsorgsforskning en evaluering, af implementeringen på afdelingen. Man foretog en før undersøgelse i februar 2001 og en efter undersøgelse otte måneder senere. Evalueringen havde til hensigt at beskrive sygeplejerskers og professionelles erfaringer med accelererede forløb. Denne artikel beskriver den del af undersøgelsen der omfatter sygeplejerskernes erfaringer med de forandringer der følger

*plan used in accelerated recovery regime and in the future to develop communicative ways to secure the psychological care in gynaecological nursing.*

**KEY WORDS:** Gynaecological nursing, Accelerated Recovery Programme, Implementation in Clinical Practice.

med accelererede forløb i klinisk praksis.

#### Baggrund

Implementering af nye behandlings- og plejeprincipper betyder, at der skal ske en ændring eller justering af eksisterende adfærd og handlemønstre på et givent område. Sygeplejersker i afdelingen skal i den forbindelse acceptere og slutte op om den ide til ny adfærd han/hun bliver præsenteret for, samt vurdere og bearbejde ideen via en proces som sociologen Rogers (6) betegner: en adoptionsproces. Ifølge Rogers rummer processen fem trin: 1) opmærksomhed på ideens eksistens, 2) interesse og informationsøgning, 3) evaluering, meningskonstruktion og forståelse, 4) testning, 5) samt endelig adoption af ideen. Sygeplejerskerne har haft mulighed for at få kendskab til den nye praksis gennem iagttagelse af en projektsygeplejerskes handlinger, hvorved adoptionsprocessen første trin var til stede.

#### Litteraturgennemgang

Kendetegnende for et accelereret forløb er, at der sker en komprimering/omlægning af behandling, pleje- og omsorgs handlinger. I en dansk undersøgelse er der foretaget en sammenligning af sygeplejerskers tidsforbrug ved henholdsvis konventionelle indlæggelser og accelererede indlæggelsesforløb (7). Undersøgelsen viste, at der var tale om en øget sygeplejerske indsats de dage patienten var indlagt, og at der sker et skift fra somatisk pleje til at vejlede og rådgive. Formidling af information har en central placering for et optimalt accelereret forløb. Det stiller krav om, at sygeplejersker er i stand til at formidle information effektivt og at vægte denne del af indsatsen på linie med den somatiske indsats.

Gynækologisk sygepleje er et område med særlige fokus på den del af kroppen, der både kulturelt og socialt i de vestlige samfund, opfattes som privat og personlig. McQueen (8) har undersøgt, hvad gynækologiske sygeplejersker anser som særligt ved dette felt og fremhæver i sine resultater, at området både har en fysisk og psykologisk side (intimitet, seksualitet og følelser). Dette stiller krav om gode kommunikationsegenskaber, forståelse, empati og aktiv lytning fra sygeplejerskens side. I samme undersøgelse bliver vejledning betragtet som en konkret del af sygeplejen og spørgsmålet om den korrekte timing bliver stillet specielt i forbindelse med korte indlæggelser. Undersøgelsen viste at situationer, hvor der optræder en privatlignende sfære mellem sygeplejerske og patient, giver basis for at tale om personlige følelser og bekymringer (ibid.). Ifølge Travelbee's teori (9) om sygepleje, stiller optimal kommunikation krav om, at parterne ser hinanden som individer og ikke som stereotype kategorier. For at opnå denne forståelse af hinanden, mener hun, at interaktionen gennemgår et antal faser, hvor parterne ved det første møde tydeliggør deres identitet for hinanden, herefter udviser de empati for herigennem at udvikle en sympati og gensidig forståelse. Netop på grund af den gynækologiske sygeplejes særlige indhold er det relevant at belyse hvad der sker når plejeprincipperne ændres og der sker en tids intensivring af forløbet.

Et led i den nye arbejdspraksis var indførelsen af en udviklet standard plejeplan for abdominal hysterektomi. Den er et administrativt redskab til brug for sygeplejerskerne til sikring af, at kvinden modtager den nødvendige information under indlæggelsen. Desuden får kvinden ved forundersøgelsen af lægen udleveret en pjece om hysterektomi til at supplere og understøtte sygeplejerskernes information.

Formålet med denne artikel er at beskrive sygeplejerskers erfarne ændringer ved omstilling af deres pleje- og omsorg i den kliniske praksis, for kvinder der indlægges til benign hysterectomi.

**Metode**

Undersøgelsens design er prospektiv, eksplorativ og deskriptiv og benytter kvalitative metoder der består af tværfaglige fokusgruppeinterview, før og efter implementeringen af accelererede forløb og af individuelle interview med sygeplejersker i afdelingen i efterundersøgelsen. Endvidere indgår kvindernes standard plejeplaner som er udfyldt løbende af afdelingens personale i undersøgelsen. De kvalitative metoder giver adgang til at skaffe viden om sygeplejerskernes erfaringer og deres arbejdsprocedure og giver en eksplorativ og deskriptiv tilgang til området og muliggør en sammenstilling af forskernes og sygeplejerskernes opfattelse af de handlinger der undersøges.

Etik og adgang

Forskernes adgang til afdelingen er sket med støtte fra de ledende sygeplejersker og samarbejdet med afsnittets sygeplejersker fik en central betydning for gennemførelsen af undersøgelsen. Forskerne blev budt velkommen og fik den nødvendige støtte og hjælp, og der blev opbygget en gensidig tillid og troværdighed i undersøgelsesperioden. Det har været muligt for sygeplejersker at sige nej til at deltage i interview uden at dette fik konsekvenser for deres arbejde. I forbindelse med deltagelse i interview blev sygeplejerskerne mundtlig og skriftligt orienteret om formålet og der blev indhentet skriftlige samtykkeerklæringer. De transskriberede interview bliver opbevaret forsvareligt i ti år. Datamaterialet er behandlet fortroligt og deltagerne er anonymiseret i teksten. Undersøgelsen er udført i overensstemmelse med Helsinki Deklaratio-

nen og godkendt i Videnskabs-etisk Komite for København og Frederiksberg (KF)01-118/01, samt registreret hos Datatilsynet.

Deltagerne

Datamaterialet består af to fokusgruppeinterviews (før og efter undersøgelse) og 4 individuelle interviews samt indsigt i de standard plejeplaner som sygeplejerskerne førte. Det første af to fokusgruppeinterview er foretaget i februar 2001 med deltagelse af otte ansatte (to læger, to sygehjælpere og fire sygeplejersker). Det andet blev gennemført i november 2001 med deltagelse af fem ansatte (en læge, to sygehjælpere og to sygeplejersker) og blandt deltagerne var to nye deltagere i forhold til første interview.

I de individuelle dybdegående interview deltog alle de fire sygeplejersker som havde været på afdelingen siden de accelererede forløb blev påbegyndt og interviewene er gennemført fra oktober til november 2001 i slutningen af evalueringsperioden.

Til at teste interviewguiderne til henholdsvis fokusgruppeinterviewene og til de individuelle interview foretog forskerne et pilotstudie. Et resultat af pilotstudiet blev, at undersøgelsen fokuserede på fire såkaldte «situationer», der blev vurderet som centrale i det accelererede forløb:

- 1) Forundersøgelsen i ambulatoriet;
  - 2) Indlæggelsessamtalen;
  - 3) Første gang kvinden skal ud af sengen og
  - 4) udskrivelsessamtalen.
- I situation 2) og 4) er der tale om dels en samtale med lægen og dels en samtale med sygeplejersken (se figur 1).

Fokusgruppe interview.

I evalueringsforskning er brugen af fokusgruppeinterview udbredt og kan defineres som et semistruktureret gruppeinterview med typisk seks til ti deltagere med interviewer som moderator (10). Diskussionen mellem deltagerne er koncentreret om et bestemt afgrænset emne fastholdt af interviewer, der i sin rolle som moderator skal holde diskussionen i gang og sørge for, at alle deltagerne kommer til orde. Karakteristisk for metoden er, at der er indbygget et gruppedynamisk element, der gør det muligt at indsamle oplysninger og perspektiver på et detaljeret niveau og at interaktionen i gruppen stimulerer nuancerede udsagn.

I første fokusinterview (kort tid efter implementeringen var en realitet) blev der spurgt til syge-

plejerskernes forestillinger og forventninger til den nye arbejdspraksis. I det andet gruppeinterview blev deres forestillinger og forventninger taget op til fornyet diskussion og derudover blev der spurgt til deres nuværende erfaringer med det accelererede regime.

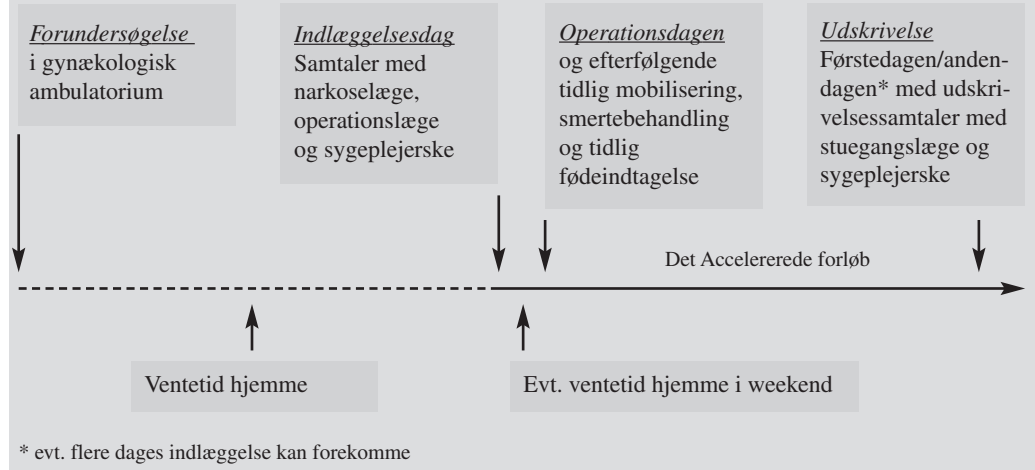
Begge grupper interview havde en varighed på ca. to timer, de blev optaget på bånd og efterfølgende udskrevet i fuld længde.

Individuelle interview med sygeplejersker.

Interviewene blev gennemført som semistrukturerede kvalitative interview ud fra en interviewguide men foregik som i en «ustruktureret samtale» hvor man kunne springe i interviewguidens formulerede spørgsmål og nye emner som sygeplejersken måtte ønske at få frem (11;12). Interviewguiden var designet således at den fokuserede på arbejdet med de forskellige planlagte og strukturerede handlinger i et accelereret forløb (i særdeleshed de fire «udvalgte situationer»), samt forandringer i den kliniske praksis som omstillingsprocessen har medført og deres oplevelse af omstillingsprocessen. Alle interview blev optaget på bånd og senere udskrevet i fuld længde.

**Figur 1.**

**Beskrivelse af et accelereret forløb for abdominalt hysterektomerede kvinder, Hvidovre Hospital**



### Dataanalyse.

Interviewene er gennemlæst flere gange med henblik på at opsummere de dele, der er relevant for undersøgelsens formål, samt med en åbenhed over for ikke forventede temaer.

Ud fra en induktiv tilgang fulgte analysen af fokusinterviewene en kronologi, således at de forventninger og forestillinger, der kommer til udtryk i det første interview, er blevet systematiseret i henhold til følgende temaer: 1) Forundersøgelsen i ambulatoriet; 2) Indlæggelsessamtalen; 3) Første gang kvinden skal ud af sengen og 4) udskrivelsessamtalen og ud fra to perspektiver: Arbejdspraksis og Kvinden. Sygeplejerskernes forventninger og forestillinger i det første fokusgruppeinterview blev herefter sammenholdt med deres erfaringsbaserede holdninger i det andet fokusgruppeinterview og til sidst blev resultatet sammenholdt med forskernes beskrivelser fra sygeplejerskernes førte standard plejeplaner. På baggrund af den induktive analyse er der udledt generelle slutninger, der pga. materialets omfang har gyldighed for denne gruppe.

Der er således fulgt en logik og systematik i overensstemmelse med videnskabelige kriterier og i henhold til kravet om intersubjektivitet (14). På baggrund af analysen er udvalgt centrale temaer (projektsygeplejerskens rolle, informationen til kvinden, tidsfaktoren, omsorgen, standardplejeplanen, sygeplejerskens rolle) der præsenteres i nævnte rækkefølge i artiklens resultatdel.

### Resultater

Undersøgelsen viste, at der over tid, fra indførelsen af accelererede forløb til otte måneder efter implementeringen skete et skift i sygeplejerskernes indstilling til det accelererede regime. I det følgende vil det blive belyst gennem en kronologisk gennemgang af centrale udsagn fra sygeplejer-

skerne fra henholdsvis første og andet fokusgruppeinterview, samt gennem de individuelle interview.

**Første fokusgruppeinterview**  
**Kort efter implementeringen: om projektsygeplejerskens rolle**  
 Sygeplejerskerne der deltog i de tværfaglige fokusgruppe interview var i besiddelse af en forudgående viden om de accelererede forløb fra observationer af projektsygeplejerskens arbejdspraksis. Dette kom til udtryk i sygeplejerskernes syn på ændringerne og de nye opgaver implementeringen indebar:

*«Der har været projektfolk på, som kun har taget sig af de patienter. De har fået primary nursing og informationer fra de kom ind ad døren til de gik hjem. De har fået en individuel pleje, fordi projektsygeplejersken har været der hele tiden og blev der, hvis patienten ikke lige var klar til at blive mobiliseret.»*

Denne oplevelse har påvirket sygeplejerskernes forventninger til deres kommende arbejdsopgaver, der på interviewtidspunktet er blevet konfronteret med deres første oplevelser af hverdagens realiteter:

*«Det kan godt være vi havde nogen høje forventninger. Det er fordi jeg går ind for primary nursing, og har oplevet de gode forløb, hvor der har været en projektsygeplejerske på.»*

### Informationen til kvinden

Sygeplejerskerne forbandt «primary nursing» med et krav om tæt og individuel pleje, hvilket de ikke erfarede at kunne yde. Samtidig erkendte de, at sygeplejerskers information og motivation af kvinden var et nyt og centralt punkt, der er med til at sikre et optimalt indlæggelsesforløb:

*«Jeg tror, informationen i accelererede forløb er halvdelen af behandlingen. Jeg tror, det er utrolig vigtigt, at patienterne får en ordentlig information*

*både før og efter operationen. Hvis den bliver svigtet, så går det ud over forløbet.»*

Informationens centrale placering stiller nye faglige krav. Sygeplejersken skal være sikker i sin viden og kunne formidle den. Informationen er med til at forberede kvinden på det praktiske indhold i det accelererede forløb og skal motivere hende til at arbejde på at opfylde kravene om tidlig mobilisering og normal fødeindtagelse. Gennemførelsen af dette stiller krav til sygeplejersken om en koncentreret indsats over for kvinden umiddelbart efter operationen:

*«Det indebærer at sygeplejerskers arbejdsbyrde bliver meget øget. Når patienterne kommer tilbage fra operation skal vi være over dem med det samme, de skal op, de skal have mad... det samme som vi var en uge om før, skal vi nå på halvandet døgn. Men selvfølgelig er der nogle fordele for patienterne ved at de kommer hurtigt hjem.»*

### Tidsfaktoren

Tidsfaktoren indgår i flere af sygeplejerskernes overvejelser og det spørgsmål, de ofte stillede i det første fokusgruppe interview, er, om de kan nå at få givet den fornødne omsorg og få det nødvendige kendskab til kvinden, når de samlet er indlagt cirka tre dage (se figur 1).

*«Før fik jeg givet informationer, som jeg kunne følge op på i løbet af nogle dage. Jeg lærte patienterne at kende og nåede at opdage, hvis de var kede af det.»*

*«Det er en stressfaktor for mig. Jeg synes ingen sygepleje har ydet, fordi patienterne har mere eller mindre måtte passe sig selv. Før i tiden havde man tiden og muligheden for at følge op på den enkelte.»*

*«Der er nogle ulemper, men det er mere sådan psykisk. Jeg er ikke sikker på, at de får talt*

*særlig meget igennem, når de kommer ind den ene dag og skal have alle mulige praktiske informationer, så bliver de opereret og så skal de hjem. Jeg tror, der er mange ting, der går tabt i vores forhold til patienterne.»*

### Andet fokusgruppeinterview

#### Omsorgen

Otte måneder senere var indstillingen generelt mere positiv. Sygeplejerskerne var gennem den daglige praksis blevet fortrolig med de nye rutiner og havde ved selvsyn erfaret, at kvinderne var i stand til at følge krav og forventninger i et accelereret forløb. I det første fokusgruppeinterview fremkommer en udtalt bekymring for, om sygeplejerskerne på den korte indlæggelsestid kan nå at give den fornødne omsorg. Denne bekymring er underbetonet i det andet fokusgruppeinterview og erstattet af en mere pragmatisk indstilling:

*«Jeg mener, at fordi de kommer ind på et hospital og skal være der i 48 timer, så er det jo heller ikke alt, de behøver at involvere os i. Jeg tror, at der før var nogle flere ting, som vi opdagede omkring patienternes psyke.»*

Sygeplejerskerne erfarede, at der ikke var den nødvendige tid til at formidle og udveksle viden inden for sygeplejerskergruppen om kvinderne, og det blev ikke tilgodeset af standard plejeplanens afkrydsningsform.

#### Standard Plejeplanen

Der fremkommer fortsat en kritisk indstilling, der nu er rettet mod standard plejeplanens afkrydsningsform, der ikke som tidligere giver plads til en beskrivende del, hvilket kan betyde at helhedsbilledet af kvinden forsvinder:

*«Der er lagt op til, at man skal krydse af; fordi når tingene er normale, så behøver man ikke skrive om det.»*

Standard plejeplanen fungerede som et redskab i kommunikationen mellem sygeplejerskerne. Selv i et kort indlæggelsesforløb er det vanskeligt for den enkelte sygeplejerske at følge den samme kvinde over flere dage. Den sygeplejerske der varetog indlæggelsesamtalen så ikke nødvendigvis kvinden igen, hvilket blev bekræftet ved forløbsobservationer af samme kvinde. Dette stillede krav til sygeplejerskerne om, at kunne formidle til hinanden internt, så deres kendskab til kvinden og hvilken information, de har givet, ikke gik tabt.

*«Jeg føler, at kontakten bliver lidt upersonlig, når jeg står med en patient, hvor jeg ikke ved, hvad der er blevet sagt. Hvis det er en af mine egne patienter, så ved jeg jo, hvad der er sagt og så kan jeg hurtigt supplere.»*

### Individuelle interviews

#### Opfattelse af egen rolle

Sygeplejerskerne giver i de individuelle interview udtryk for, hvordan de ser deres rolle i samtalen.

*«Min første rolle er ved mit møde med patienten at informere om dagens forløb og skabe en vis trykthed, så hun føler, hun er kommet et sted, hvor man tager sig af hende... Når jeg er sammen med lægen, så er jeg hendes støtteperson...»*

*«Min rolle er at sikre mig bestemte ting. At de ved, hvad de skal gøre i forhold til operationen, at de ved hvad der sker på selv dagen og de følgende dage.»*

*«Altså, jeg koncentrerer mig (ved udskrivelsessamtalen) om at fortælle patienten om de ting, hun kan forvente der hjemme, så hun ikke bliver unødigt bekymret, når hun kommer hjem. Jeg bruger den (standard plejeplanen), men jeg står ikke og krydser den af inde ved patienten.»*

#### Omsorgen overfor kvinden

Det kom i de individuelle interview desuden frem, at omsorgen over for kvinden fortsat var et vigtigt område for sygeplejerskerne, men at den tilsyneladende havde ændret karakter og var flyttet over i de planlagte samtaler, hvor der hurtigt skulle etableres kontakt og tillid. Sygeplejersken så det i denne situation som sin rolle og opgave at sætte sig ind i og forstå kvindens situation – at være hendes støtteperson, der samtidig skulle sikre sig, at punkterne i standard plejeplanen blev fulgt. Støtten af kvinden videreførte de i deres motivation i forbindelse med at kvinden skulle starte mobiliseringen og til at indtage normal føde efter operationen. Standard plejeplanen rummer i den forbindelse rubrikker til registrering af mobilisering og fødeindtagelsen.

*«Der var f.eks. en kvinde, hun var ude og gå en tur, men det var faktisk mig, der var inde og nærmest tvang hende. Det var på en kraftig opfordring, og hun blev geninformert om sine sengelejekomplikationer.»*

*«Hvis hun gerne vil undgå kvalme, er det godt at blive mobiliseret først... man skal forklare dem, og de skal forstå, hvordan det hænger sammen fysiologisk.»*

#### Information – uddannelse

Information og motivation fandt ikke kun sted i den tid der blev anvendt i de planlagte samtaler, men foregik under den fortløbende kontakt mellem sygeplejersker og kvinde under indlæggelsen. Hvilken betydning de uformelle samtaler havde for forløbet blev ikke systematisk afdækket i denne undersøgelse.

I de individuelle interview uddyber sygeplejerskerne deres opfattelse af, hvilke faglige krav det accelererede forløb stiller til dem.

*«For mig har det været en dejlig udfordring, jeg har mødt*

*med glæde. Jeg har arbejdet meget mere med måden at vejlede på... Man er blevet mere bevidst om det man gør, om måden man gør det på, hvad vi skal lægge vægt på. Hver situation er speciel, ligesom kvinderne er individuelle.»*

Sygeplejerskerne mener også det ville være gavnligt med efteruddannelse for derved at blive bedre rustet til at møde de nye krav om information og dermed kunne optimere deres indsats over for kvinderne.

### Diskussion

Undersøgelsen med henholdsvis fokusgruppe interview og individuelle interviews viser, at sygeplejerskerne havde fået en klinisk erfaring med det accelererede regime og de nye arbejdsprincipper efter otte måneder. Der sker et skift i deres indstillinger og vurderinger, der kan forstås som et led i sygeplejerskernes adoptionsproces. Perioden mellem første og andet fokusgruppeinterview har været en afprøvningsfase, hvor den enkelte sygeplejerske har testet sine forestillinger, dannet på baggrund af iagttagelser og erfaringer. Hun har nu haft mulighed for at afprøve, hvordan hendes hidtidige praksiserfaring på området kan anvendes i sammenhæng med de nye arbejdsprincipper. Undersøgelsen viser, at sygeplejerskerne oplever, at kvinderne er i stand til at følge de krav og forventninger, de bliver mødt med, og at der ikke nødvendigvis er brug for en længerevarende kontakt med kvinden. Men da sygeplejerskerne ikke følger den samme kvinde gennem flere dage giver det anledning til at stille et nyt spørgsmål: om den udviklede standard plejeplan er egnet til at formidle den nødvendige information sygeplejerskerne imellem og mellem sygeplejerskerne og kvinderne.

Standard plejeplanen fungerer som et praktisk redskab til sikring af, at der gives en ensartet og opti-

mal information og behandling til kvinderne, og samtidig fungerer den som et kommunikationsredskab sygeplejerskerne imellem. Sygeplejerskerne vurderer, at redskabet med sin afkrydsning ikke er tilstrækkeligt kommunikerende, og de erfarer, at det i forbindelse med et accelereret forløb gælder om hurtigt at få kontakt til kvinden og finde ud af, hvilke individuelle hensyn, der skal tages. Der foretages ikke en vurdering af kvindens plejebæhov ud fra et standardiseret skema, som det er indført ved kolonkirurgi (7).

I det andet fokusgruppe interview og i de individuelle interview udtrykker sygeplejerskerne at de erfarer kontakten som mere upersonlig end tidligere og udtrykker tvivl om, hvorvidt de får givet en tilstrækkelig psykisk omsorg til kvinden. Ifølge McQueen's undersøgelse af sygeplejerskers opfattelse af deres arbejde på en gynækologisk afdeling, vurderer sygeplejerskerne, at den følelsesmæssige og psykologiske omsorg er en vigtig del af deres arbejde med patienten, hvilket stiller krav om, at de er gode til at udvise empati i deres kommunikation med patienten. McQueen fremhæver fra undersøgelsen, at der skal være tid til at skabe situationer, hvor det er muligt at tale om private og personlige emner (8). Den indstilling og tvivl sygeplejerskerne, i denne undersøgelse giver udtryk for, er sammenfaldende med denne forståelse. De erfarer ikke at have tid og at kontakten til kvinden bliver upersonlig, samt at de ikke kan give den psykiske omsorg, de mener ligger i deres arbejde på en gynækologisk afdeling. Dette kan ligeledes sammenholdes med, at i dette accelererede forløb har sygeplejerskerne alene kontakt med kvinden i en højst to vagter. For at skabe basis for en optimal kommunikation skal sygeplejerskerne ifølge Travelbee's teori gennem interaktionen med patienten nå at tydeliggøre sin identitet og få en indsigt i patientens personlighed. Dette er nød-

vendigt for at kunne udvise empati og udvikle en gensidig forståelse i samtalen. Den tvivl sygeplejerskerne fortsat udtaler antyder, at det er vanskeligt at nå dette ideal i et accelereret patientforløb. Dette viser, at på tidspunktet for andet fokusgruppeinterview og da de individuelle interview foretages, har sygeplejerskerne endnu ikke fuldt tilsluttet sig den nye kliniske praksis.

En dansk undersøgelse har dokumenteret gennem tidsstudier, at der ved indførelse af accelererede forløb ved kolonkirurgi skete et skift i plejen fra somatisk pleje til rådgivende og vejledende indsats, samtidig med at der var tale om en øget plejeindsats på de færre dage patienten er indlagt (7). En tilsvarende undersøgelse foreligger ikke for abdominal hysterektomi, men det må antages at den tidsintensivering og skift i plejen ligeledes fandt sted ved abdominal hysterektomi. Det støttes af sygeplejerskerne erfaringer om at skulle nå det samme på kortere tid. Allerede ved første fokusgruppe interview er de derfor opmærksomme på betydningen af patientinformationen. I modsætning til det accelererede indlæggelsesforløb for kolonkirurgi, hvor patienten indlægges to dage før operationen for at sikre en grundig information og vurdering af patientens plejebehov, indlægges kvinder til abdominal hysterektomi i accelererede forløb en dag før operationen og vurderingen af den enkelte kvindes behov skal også foregå på denne dag.

Sygeplejerskerne har i undersøgelsen erfaret, at omsorgen er blevet en integreret del af patient-samtalen. Omsorg i samtalen kan forstås som evnen til at skabe tillid, med det formål at reducere patientens mulige stress i forbindelse med indlæggelsen og operationen. Kommunikation er ifølge Thornquist en grundlæggende social aktivitet med en interaktion mellem de deltagende aktører (13). At give information, vejlede og motivere er som at kommuni-

kere, da der sker en formidling og en udveksling af viden mellem sygeplejersker og patienten. I et accelereret forløb er kommunikationen ikke alene knyttet til situationer omkring den somatiske pleje ved sengen, men ligeledes placeret i de planlagte og strukturerede samtalsituationer. Tillid er nødvendig for at skabe et optimalt grundlag for udveksling og formidling af viden, for at sikre at patienten kommer frem med sine spørgsmål. Tillid er med til at styrke at patienten føler sig værdsat, respekteret og set som enkelt individ (og ikke bare en patient) (14). Sygeplejerskerne er fortsat i tvivl om, hvorvidt de inden for det accelererede forløbs tidsrammer kan give den psykiske omsorg, der må indbefatte at kunne etablere et tillidsforhold til kvinden men udtrykker samtidig at kvinderne måske ikke har brug for den megen personlige omsorg, hvilket bekræftes af kvinderne selv i undersøgelsen (15).

Kommunikation af viden sygeplejerskerne imellem og mellem sygeplejerskerne og kvinden i forbindelse med accelererede forløb og abdominal hysterektomi fremstår på baggrund af denne undersøgelses resultater som et område, der fortsat skal fokuseres på. Et fokus for den fremtidige forskning vil være at skabe viden om, hvordan kommunikationen får optimale betingelser i de accelererede forløb.

### Perspektivering.

Undersøgelsen har bidraget til en forståelse af accelererede forløb og vanskelighederne med at sikre sygeplejerskerne adoption af den nye arbejdspraksis. En større medindflydelse af sygeplejerskerne fra starten af etableringen kunne muligvis have bidraget til en større og hurtigere involvering, ansvarsfølelse og ejerskab i forbindelse med implementeringsprocessen i klinikken.

Accelererede forløb bliver i Danmark en mere og mere udbredt klinisk praksis og indgår

som en direkte anbefaling i referenceprogrammet for hysterektomi på benign indikation (16) og er derfor en klinisk praksis sygeplejersker er nødt til at skulle forholde sig til fremover og som vil få indflydelse på den fremtidige arbejdstilrettelæggelse.

Godkjent for publicering  
03.05.2004

Lis Wagner  
Farvergården  
Farvergårdsvej 24  
DK – 3210 Vejby  
DANMARK  
lw@city.dk

### Referencer

- Hessov I. Færre komplikationer – hurtigere hjem – kortere rekonvalscens [leder]. *Ugeskr Laeger* 2001;163(4):415.
- Kehlet H. Accelererede operationsforløb: en faglig administrativ udfordring. *Ugeskr Laeger* 2001;163(4):420–4.
- Møller C, Kehlet H, Ottesen BS. Hospitalisering og rekonvalscens efter hysterektomi: åben eller laparoskopisk operation? *Ugeskr Laeger* 1999;161(33):4620–4.
- Møller C, Kehlet H, Friland SG, Schouenborg LO, Lund C, Ottesen B. Fast track hysterectomy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;98(1):18–22.
- Møller C. Hospitalisation and convalescence following hysterectomy [dissertation]. Copenhagen: Faculty of Health Sciences, University of Copenhagen; 2001.
- Rogers EM. Diffusion of innovations. 4th ed. New York: The Free Press; 1995.
- Hjort Jakobsen D, Sonne E, Kehlet H. Koncentreret sygeplejerspraksis. *Sygeplejersken* 2000;100(14):46–9.
- McQueen A. Gynaecological nursing. *J Adv Nurs* 1997;25(4):767–74.
- Kirkevold M. Joyce Travelbees teori om sygeplejens mellem-menneskelige aspekter. I: Kirkevold M. *Sygeplejeteorier: analyse og evaluering*. 1. udg. Kbh.: Munksgaard; 1993. p. 120–37.
- Bojln NS, Lunde IM. Fokusgruppeinterview som kvalitativ forskningsmetode. *Ugeskr Laeger* 1995;157(23):3315–8.
- Fog J. Med samtalen som udgangspunkt: det kvalitative forskningsinterview. 1. udg. Kbh.: Akademisk Forlag; 1994.
- Kvale S. InterView: en introduktion til det kvalitative forskningsinterview. Kbh.: Hans Reitzel; 1997.
- Thornquist E. Klinikk, kommunikasjon, informasjon. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1998.
- Kampmann I. Gynækologisk sygepleje. I: Ramhøj P, Egerod I, Taleman J, red. *Klinisk sygepleje: praksis og udvikling*: 1. 1. udg. Kbh.: Akademisk Forlag; 2000. p. 810–22.
- Wagner L, Carlsund AM. Kvinder og korttidsindlæggelser: en kvalitativ evaluering af hysterektomerede kvinders og sygeplejerskers erfaringer med acceleret forløb: Gynækologisk afdeling 420: 5-døgnsafsnittet: Hvidovre Hospital. Kbh.: Universitetshospitalet Center for Sygepleje- og omsorgsforskning; 2002.
- Breth Knudsen U, Draborg EU, Dueholm M, Glavind-Kristensen M, Jeppesen U, de Larsson L, et al. Referenceprogram for hysterektomi på benign indikation: udkast m.h.p. høring den 3. april 2003 [upubliceret]. Kbh.: Sekretariatet for Referenceprogrammer; 2003.

# Interaction and user participation in the field of district psychiatry

Høgskolelektor  
Torill M. Sæterstrand

## ABSTRACT

*The aim of this study was to gain knowledge and experience about the interaction process by health personal and patients/«users» in a community psychiatric practice in Norway which has a focus on empowerment. The statement of the problem was: «What is the interaction context in a psychiatric ward and a specially protected firm in which user participation is encouraged? How do employees and users experience the interaction context on the unit?» The unit had two sub-units; one was a «Sheltered workplace» and the other was a «Psychiatric Day-and Activity Centre.»*

*A qualitative, comparative, descriptive study design was chosen, with field observations and 8 qualitative in depth interviews with health personal and persons with mental health problems were made.*

*The findings were organized and called «Moving towards equal worth for users.» The categorical were called equality, denying role and participation. Equality is the ground and the main process for being equal in the relation between personal and user. Role denial made equal worth problematical. The participation of the users constitutes a form of gradual user influence and contributed to the process towards equal worth for the users in the future.*

**KEY WORDS:** *Interaction, Empowerment, Role, Psychiatric Treatment in a Community, Sheltered workplace.*

## Introduction

The aim of this study (1) was to gain knowledge and experience about the interaction process by health personal and patients/«users» in a community psychiatric practice in Norway which has a focus on empowerment.

During the last years there has, related to the decentralisation of psychiatric treatment, been a stronger focus on user competence and participation. User participation is, in the field of mental health in municipalities, also on the way to becoming a central organising principle. Research concerning user participation in Norway has not concerned itself much with how the interaction between employees and users is influenced by the phenomenon of user participation. After 25 years experience as a nurse and 7 years as a special nurse working in a psychiatric day- centre in a municipality where modern psychiatric treatment was based on principles of decentralisation, it became interesting to study which factors that could be important for user participation and interaction. The purpose of my study was to gain knowledge of this interaction, and how users and employees experienced the interaction with one another in a unit encouraging user participation.

## Theoretical framework

Theory concerning user participation paints a picture of health workers who ought to give power to the user, strengthen him/her and give him/her the opportunity to himself/herself make his/her own choices. Empowerment is translated into Norwegian by the word «bemyndigelse» – giving someone the power to. Empowerment as an abstract concept is not related to any given time or place, but implies the transfer of power from the strongest part in a relationship to the weakest. To have

control gives a person a feeling of power and authority, and can be important for the person's self-image. Rappaport (15) proposed the empowerment concept in relation to preventive mental health work in USA, and defined the concept as «a process and the way that people, organisations and local communities attain mastery of their lives». Gibson (16) explains the concept as «providing the opportunity to», «allowing» and says further that «empowerment is a social process containing discovery, stimulation and improvement of peoples' ability to take care of their own needs, solve their own problems and mobilize the necessary resources in order to gain control of their lives». Gibson (16) formed his new definition based on observation of the health perspective: «Empowerment is a process in which one helps people to gain control of factors affecting their health.» This definition is problematical for psychiatric patients, in that I presume that these patients have difficulty in taking control of external factors affecting their health, on account of their being very poorly positioned with regard to low income and also being disadvantaged with respect to general welfare.

Empowerment is difficult to define, and can be better understood in its absence: powerlessness, hopelessness, solitude, the role of victim, paternalism, loss of control over one's own life, and dependence (Rappaport (15), Wallerstein, Bernstein (17), Kieffer (18) and Lillestø and Hansen (19)). Rappaport (15) makes, however, the point that empowerment can also occur in contexts without special expertise.

There are several studies revealing problems relating to the user participation, and thus supporting the idea that more research is needed on this topic. Vatne (3) carried out a field study

of a long-term post at a psychiatric hospital in Norway, and found that user participation was introduced as one of several perspectives in order to improve the treatment provided. In addition she found that the user perspective was only to a small degree used in the health service, and that this clarified major problem complexes.

Fredriksen (4) experience from studying empowerment in Mental Health Services in Lofoten and in small communities in Norway, show us that the health workers had to withdraw themselves after a while when the users knowledge reached a higher level about how to participate in the society and on their own. The empowerment study in Sogn, a small community also in Norway, carried out by Thesen (5) show that it was impossible for the users to participate without knowledge and social support from health workers ahead, or in the beginning of the project. Research concerning user participation in Denmark by Lundemark Andersen and Vinther-Jensen (6) shows that health workers had problems with their own role in settings and under conditions where professionals are not the key actors. Their experience was that the most powerful resistance against empowerment was within the professionals.

Hyden (7) refers to studies in Sweden showing that psychiatric patients' social competence increases through being able to function in a protected work environment or within specially adapted work places in ordinary working life. Costa and Hyden (8) found in their study of practice in a social psychological centre that the work's integrating and social function created a feeling of social belongingness and fellowship. Anthony et.al. (9) found that «Supported Employment» in USA led to psychiatric patients being able to carry out productive work, if they received support.



Research concerning protected firms in Norway conducted by Christophersen (10), Helle (11), Ekeli (12), Eriksen and Solheim (13), Galtung and Neiden (14) reveal characteristics in protected firms, and substantially conclude that protected firms «close out» or even throw out those who function most poorly.

### The field

In Norway people with mental disorders, drug abuse and other physical problems have possibilities to choose if they will work in sheltered workplace. In 100 of these 430 communities you will find sheltered workplace. In very few of the communities psychiatric day- centre and sheltered workplace centre cooperate to take care of people who are in a psychiatric decentralisation treatment.

The unit under study consisted of two separate sub-units: the psychiatric day-and activity centre and the sheltered workplace. The activities consisted mainly of running a shop, and the production of handicraft. The personal consisted of qualified special nurses, social workers, regular nurses and teaching personal. The users mainly suffered from mental disorders and drug abuse.

The psychiatric day-and activity centre was established in 1987, whereas the sheltered workplace was established in 1992 because one could see that the users needed something meaningful to do on a day-to-day basis other than conversational therapy and handiwork. One chose to start running a shop in which handiwork was sold at the beginning. Establishment of the grocery store started in 1999 and meant something completely different – both for employees and users. When this study was going on there was five users and one employee at the psychiatric day-and activity centre and fifteen

users and four employees at the sheltered work place.

### Etical guidelines

This study included patients/ «users» and had to be under supervision from the Regional Etic Committee and the Norwegian Data Committee. The paper was accepted and the study was done by following the Helsinki-declarations etical guidelines. It was important not to affect the informants emotionally by asking too difficult questions. And they could withdraw themselves from the study if they wanted. The informants answers was transcribed right down. The analyzing process was done using my own thoughts about the context under research.

### The method of data collection

The majority of data was generated through conducting qualitative interviews with selected persons in the unit. The fieldwork period was the start of the study, while the qualitative interviews was the main part of the study. The period of observing the process in the unit lasted 8 weeks, 2–3 days a week. I both observed and took part in the daily activities to get into a better contact with both the users and the employees. I had to be aware of who was at the unit, where they stayed and under which circumstances things happened. While I was observing what was going on, I made daily head-notes about what I saw, thought and experienced. In the end of every week I made notes about the process I thought was going on in the unit. I tried to make comparisons with what I had observed and I wrote down questions about what could be going on in the unit.

The head-notes helped me to prepare the interview-guide later on. I made the interview guide based on my observations, informal conversations and meetings

during the fieldwork. The persons selected for interviewing had been in the unit for at least 3 years, wanted to inform about the life there, and had their place both in the psychiatric day-and activity centre and in the sheltered work place. The informants behaviour both showed activity and some lesser activity in interaction and in user participation. It is important to get enough information and data to reach a higher understanding of the phenomenon under study. I decided to interview 4 employees and 4 users, and got enough data to fill in the categories that was in a developing process. The selected persons was chosen from both sub-units because it was important to collect data that could fill in a category, and to get the highest variation in the informants experience from the units daily life.

The interview guide focused on how the informants experienced the interaction in the unit, how it was to participate and cooperate. The guide was half-structured in the way that I had prepared some questions I wanted to ask the informants about. Under the interview I also asked other questions because of what story the informant was telling me. The first interview was made in may 2000 and the last one month later. The interview focus was put into five main questions; how it was to be in the unit, how this unit function was, how the work and the cooperation was between the people inside the unit, how the employees and the users experienced the cooperation between each other and what they thought was the best or the worst thing about the unit.

### Research method and design

The statement of the problem was as follows: «What is the interaction context in a psychiatric ward and a specially protected firm in which user participation is encouraged? How do employees

and users experience the interaction context on the unit called «The Coast»?

The problem complex focused on user participation and interaction, and indicated a design and research method that could describe interaction between users and employees within the given context.

I chose «grounded theory» as analysis method since the problem complex focuses on practical action between people, and can best be explained by closeness to empire to which one takes an inductive approach in everyday reality and the symbolic actions happening within a context. Grounded theory has its roots in symbolic interactions, a sociological theory that the American sociologist Blumer introduced in 1938, Alvesson and Sköldbberg 1994 (20). The researcher deciding what symbolic meanings are present behind symbolic behavior and language characterizes it. With this as a starting point the researcher attempts to construct what the participants see as their social reality. I have chosen to follow Strauss' and Corbins' method book (2), because they provide concrete directions as to how to develop an empirically based theory by analyzing observations and interviews in a certain way. This involves the analysis process progressing step by step.

The emphasis is placed on comparisons of data from different levels, of data units within every level, and interviews prior to one starting to categorize the findings and arriving at the story: the process or narrative concerning the context. Glaser and Strauss (21) call the analytical process «the constant comparative method of analysis» which is characterized by 4 stages: «1) comparing incidents applicable to each category, 2) integrating categories and their properties, 3) delimiting the theory, and 4) writing the theory». Strauss and

Corbin (2) call it «constantly comparing». The method means that one carries out 2 analytical procedures: firstly making comparisons, and secondly asking questions. These two procedures provide the concepts in grounded theory with precision and specificity. The generation of the substantial theory or story concerning the interpreted process occurs after the empirical material has been interpreted, by comparing both inductively (from the material available) and deductively (by comparing the material with the substantial theory one has developed from the context). One makes comparisons constantly; this is also called comparative analysis, and the interpreted categories and theory are verified through referring to the interview material. A substantial piece of theory from one field can be developed to a general theory over time by studying other similar fields.

### Analyzing

The findings were analyzed using the method Grounded Theory as described by Strauss and Corbin (2). The findings were my interpretation of the main process on the ward while I stayed there during the spring of 2000. The main process is called «Moving towards equal worth for users», and lies in a way at the very centre of the process that the other categories revolve around. The similarity of level is the basis for equal worth in the relationship between the actors in the process. Role denial made equal worth problematical. The participation of the users constitutes a form of gradual user influence and contributed to the process towards equal worth for the users in the future. I have discussed the findings in relation to theory concerning mastery learning, case management, user participation and health promotion. The dissertation concludes that equal worth

for users is a result of the interaction that has taken place on the unit.

### The findings

Having analyzed 8 interviews I was left with 7 different subjects: the professional role of the employee, the user role, the structure, the conflicts, the role confusion, the participation and special user participation. By going over the material once more, carrying out coding work and making essential comparisons, I interpreted and identified 3 categories under which the 7 subjects were grouped. The categories were: equality of level, role denial and participation. I chose to call the main process «Moving towards equal worth for users.»

Category 1 is called equality of level between users and employees, and it describes a different professional role and user role, as well as the structure under which both groups worked. Category 2 is called role denial in the case of the employees and describes role confusion and conflicts leading to problems between users and employees. Category 3 is called user participation and describes users' participation, conditions such as special user participation and change towards an equal role as an employee. Level of equality, role denial and user participation interrelate with one another and make up the process I have called moving towards equal worth for users.

The concept of equality of level is an expression denoting that those present on the ward, users and employees alike, worked at the same or similar level. Both users and employees were amateurs as regards running a shop; they had little knowledge of the shop trade, but they took responsibility and co-operated concerning the daily running because the users needed something meaningful to do. In as much as the users for periods

required psychological-social support to a greater or lesser extent, this was taken care of by the health workers, but also by the users who had been on the ward for a time. The organization is undergoing a process in which equality of level implies the user role and the professional role approaching each other. This happened because the user role more and more became a professional role that in the end uncannily resembled the role of the shop employee. The knowledge the users had of running a shop was based on their experience as customers. The employees were confronted with the challenge and requirement of running a shop. They too had no particular knowledge of the shop trade other than that they had gained as customers. Much of the work with groceries seemed to be fairly loosely planned, because they were constantly faced with ad-hoc solutions, even though both employees and users had completed a short shop course arranged by the chain of shops.

What happened was that the shop structure posed requirements which none of them could really master. It seemed as though both the employees' role and the user role had equal worth in that nobody had expertise in running a shop. They had to co-operate even more with one another in order to find solutions that functioned in the daily work. Some users had previous experience as shop assistants. This was useful and a great help for both users and employees. There were no special meetings, reports or conference area only for health personal. That was very special compared with traditional psychiatric care. In the unit they had 3 sorts of meeting points. The meeting point for everybody at the unit was called the «Almanamøtet/»The main meeting» once a month, where problems that concerned both the shop and the service for the customers

were discussed. If someone had other things they wanted to bring into discussion, it was accepted. Every one had 1 vote they could use to make decisions together in a democratic way. Another meeting point was called «The Economic Meeting» where economic problems and plans were discussed with the leaders of the unit and 2 political members from the community. This meeting took place only 6 times a year. This meeting was also democratic in the way that employees and users had 2 members each. The third meeting point was called «The Health/Milieu and security Meeting» where problems in health, milieu and security that concerned everybody in the unit was discussed with leaders of the unit and political members of the community. Only 1 of the users was represented in this meeting as «Verneombud/Member» both for the users and the employees. The equality of level between users and employees were not a constantly process but varied because the users need for psychosocial care. The employees had a great deal of variety in their job for reasons. The employees had problems with accepting their new role in the unit; it came into conflict with their earlier role as health personal. They told that they had problems with sleeping at night because they was worried about the economy of the grocery store. They did not want their new roles, they got into roleconfusion, they had no own meeting points only for employees, the job got more stressful because they should not only take care of the users but also take care of customers, the leadership did not care enough about them and they withdrew themselves from the jobs. When it happened the users took even more responsibility of the grocery store. The equality of level raised some problems for the employees that had experience as health personal, because they had problems with this new

role, but for the process of moving towards equal worth it was a central factor, and constituted part of the basis for putting user participation into practice.

## Discussion

It may seem that the interaction process in the unit could be likened to a master/apprentice relationship more than traditional psychiatric treatment. According to Kvale and Nilsen (22) the main aspects in mastery learning are fellowship of practice, acquirement of expert identity related to the subject in question, learning without formal teaching and evaluation through practice. Kvale and Nilsen (22) says; «this is characterized by new beginners gaining expertise in a given subject/craft/trade through participating in a group with competent persons who practice this profession, and where the new actor gradually becomes a full-blooded member». On the unit called «the Coast» a sort of informal training in roles and work were going on, while acquirement of expert identity could be discussed; in this case it is connected to the role of, for example, shop assistant, which no one was qualified for, and about which everyone lacked expert knowledge. Nevertheless one could characterize the participants as customer consultants because the employees trained the users to communicate with one another and with customers who came into the grocer's shop and the second-hand shop. Kvale and Nilsen (22) refer to Lave and Wengers' (23) definition of the practice fellowship as: «subjects' participation in a system of interaction in which the participants share a common understanding of what they are doing and what this means for their life and for the fellowship».

The unit's work methods required a high degree of professionalism, and here the employees' ability for communication comes to the forefront. My find-

ings give reason to believe that specially adapted work in a social fellowship enhances the users' self-confidence in that they are allowed to participate in a fellowship based on equal worth. Both employees and experienced users contributed to giving the users special competence characterized by the ability to participate and co-operate. The co-operation was characterized by what was called an open dialogue and being able to give their opinion. These are important qualities in working life as well as in everyday life. Users' opinions were not interpreted as being effects of their mental disorders, as would possibly have been the case, should this have been conducted inside the walls of a psychiatric institution. Through the user gaining competence in relation building, he is able to master the customer relationship in the shop. This is exactly the competence that is valuable for users to be trained in, because it provides the key to being able to communicate and interact with customers coming to their local shop. This step-by-step aspect of competence improvement fits well in with Laves' (24) view of learning as social practice. She wants informal learning to be valued more highly, and refers to studies of tailor apprentices in Liberia. Her presentation and focus on how one constitutes a master tailor concerns the making of identities in practice, and transferred to the «Coast» participants, I would venture the assertion that the users are constituted there and obtain their identity as employees. The diagnoses and symptoms are subordinate. It is when they learn the role of employee that they use the rules and regulations that exist in working life. They learn about the democratic rights they as employees would usually be familiar with in a professional setting, and they can moreover contribute by taking everyday decisions and concrete work tasks.

The process «Moving towards equal worth for users» can be compared with the definition of Health Promotion as it is described in NOU 1998: (25); «Health promotion is the societies ability to take care of peoples health. In this lies the insecurity for to strengthen the goal that gives the unique individuals and group's possibility to their own responsibility, solidarity, civility, control and coherence upon their own lives».

Compared to this the users do not only gain equality but they are having a better health. One of the users told in an interview that she got her life as a gift again after she had started in this unit. She felt that she could start on again. The philosophy of modern health promotion work can be compared with to let individuals cooperate and take care and control over their own life and to let capability come instead of hopelessness. I think that the process in this unit can be compared with this sort of thinking, and this shows empowerment in a practical setting (15, 16, 17, 18, 25).

Movement characterized the work fellowship on «The Coast» unit and change and this in turn depended on equality of level. This set of conditions separated the ward from the framework that employees and patients are subject to in for example traditional psychiatric wards, because one normally has in such cases an element of force in the treatment and not equality of level. The users took part in «the Coast» voluntarily and one has greater possibilities to achieve an equality of level. The process *Moving towards equal worth for users* on the other hand is something different, in that the relationship was based on equality of level. Such equality of level rarely exists in psychiatric institutions because the employees have their greatest knowledge within the institutions' most focused field: the treatment of patients.

## Conclusion

On «The Coast», equality of level in the relationship contributes to the users having more influence on their own development and health improvement process. Comparing «The Coast» with wards in psychiatric hospitals is perhaps a little sought, as the basis for possible equal relationships is completely different? Some of the problems for health workers on «The Coast» indicated that they paid great attention to the users not receiving adequate psychological-social support from them, but as a helper one can perhaps exaggerate this need. Perhaps the users in some cases received support from others, for example the other users and even perhaps the customers? Another question one can ask is whether it was really necessary to have qualified health workers when the users basically needed to be trained in different professions. I am thinking here especially of the shop worker trade. Perhaps people from quite different professions could function just as well in the work leader role? I believe, however, that the employees' communication expertise was central for users on the unit. One of the main factors for equal worth in the relationship was in fact just how to achieve this together. This indicates that the attitude employees have to co-operation with users is decisive as to whether or not user participation really does happen.

The unit is different from other psychiatric day centers and supplied employment units. The key to this difference is the small communities need for a local grocery store, and I have mainly characterized this unit as a good example compared to empowerment and health promotion in practice. The selected group is here small, but the findings can still provide a picture of a new

type of professional role and a new type of user role growing forth on units for which one emphasizes the importance of user participation.

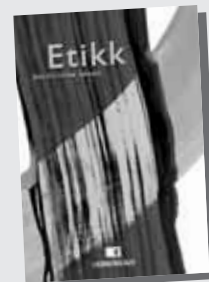
Accepted for publication  
28.04.2004

Høgskolelektor Torill M. Sæterstrand  
Institutt for sykepleie og helsefag  
Høgskolen i Bodø,  
Stuedsted Stokmarknes  
Høgskolesenteret,  
NO – 8450 Stokmarknes.  
Torill.Saeterstrand@hibo.no

## References

1. Sæterstrand, T. M. (2001). «Brukermedvirkning og samhandling innen kommunal psykiatri. En studie av samhandling mellom ansatte og brukere i en avdeling der det legges vekt på brukermedvirkning.» Hovedfagsoppgave ved Det medisinske og Det psykologiske fakultet, Senter for etter og Videreutdanning (SEVU), Universitetet i Bergen.
2. Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research*. London: SAGE Publications
3. Vatne, S. (1998). *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget
4. Fredriksen, S. (1998). *Brukermedvirkning – noen praktiske konsekvenser*. I A.J. Andersen & B. Karlsson. *Psykiatri i endring*. (ss. 142–162) Oslo: ad Notam Gyldendal.
5. Thesen, J. (1996). *Samhandlingsprosjektet I Sogn. En evalueringsrapport fra SME. Sosial og helsedepartementet*.
6. Lundemark Andersen & Vinter Jensen. (1997). *Empowerment i praksis. Et sundhedsfremmeprosjekt for arbeidsfrie. Århus amt*. I NOU 1998: nr. 18. *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeid* i kommunene. Sosial og helsedepartementet. Oslo: Statens trykning.
7. Hyden, L. C. (1995). *Psykiatri – samhalle – patient*. Borås: Natur och Kultur.
8. Costa, F. & Hyden, L. C. (1992). *Psykiatrisk rehabilitering. Filosofi og praksis i en sosialpsykiatrisk sektor*. *Lakártidningen*, 90, 4569 – 4571.
9. Anthony, W. A. & Blanch, A. (1987). *Supported Employment for Persons Who are Psychiatrically Disabled: An Historical and Conceptual Perspective*. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 5 – 23.
10. Christophersen, J. (1979). *Den vernede bedrift: hva for hvem, hvor? Saneringa i arbeidslivet sett gjennom et attføringstiltak. Rapport i forbindelse med kostnadsnytteanalyse av bedrifter for yrkeshemmede*. Institutt for sosiologi og statsvitenskapelige fag, Universitetet i Bergen.
11. Helle, K. M. (1983). *Bedrifter for vernet arbeid: tre problemstillinger*. *Trygd og arbeid* 38, 10–21.
12. Ekeli, I. (1982). *Medbestemmelse for arbeidstakere i bedrifter for vernet arbeid. Hovedoppgave i sosiologi*. Universitetet i Oslo.
13. Eriksen, S. & Solheim, A. L. (1982). *Vernede bedrifter – fungerer de etter sin målsetning?*. Seminaroppgave i trygdesosiologi. Nordland Distriktshøgskole. Bodø.
14. Galtung, V. & Neiden, A. L. (1979). *Om bedrifter for vernet arbeid: problemer og muligheter*. Semesterarbeid i trygdesosiologi. Nordland Distriktshøgskole. Bodø.
15. Rappaport, J. (1984). *Studies in Empowerment: Introduction to the issue*. *Community Mental Health Review*, 3, 1–7.
16. Gibson, C. H. (1991). *A concept analysis of empowerment*. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354–361.
17. Wallerstein, N. & Bernstein, E. (1988). *Empowerment, Education: Freires Ideas Adapted To Health Education*. *Health Education Quarterly*, 15, 379 – 394.
18. Kieffer, C. H. (1984). *Citizen Empowerment. A Developmental Perspective*. *Prevention in Human Services*, 3, 9–36.
19. Lillestø, B. & Hansen, J. I. (2000). *Pasientfelleskapets betydning for mennesker med alvorlige psykiske lidelser*. I T. I. Romøren (Red.) *Usynlighetskappen* (ss. 57–83). Oslo: Akribe Forlag as.
20. Alvesson, M. & Sköldbberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion*. Lund: Studentlitteratur.
21. Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
22. Kvale, S. & Nilsen, K. (1999). *Mesterlære. Læring som social praksis*. Viby: Jydsk Centraltrykkeri a/s.
23. Lave, J. & Wenger, E. (1991). *Situated learning. Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge: Cambridge University Press. (ss. 29–58).
24. Lave, J. (1999). *Læring, mesterlære, social praksis*. I S. Kvale & K. Nielsen (Red.) *Mesterlære. Læring som social praksis* (ss. 33–54). Viby: Jydsk Centraltrykkeri a/s.
25. NOU 1998: nr. 18. *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeid i kommunene. Sosial og helsedepartementet*. Oslo: Statens trykning.

## BOKOMTALE



### Etikk

Hva er rett og hva er galt?

Hva kjennetegner en etisk rett handling?

Hvordan bør og kan vi reflektere i møte med etiske utfordringer?

Disse alltid aktuelle og viktige spørsmål belyser og diskuterer Vaags i denne boken. Den egner seg for alle som er opptatt av etikk, ikke minst dem som møter etiske utfordringer i sin yrkessammenheng. Leseren blir utfordret til å tenke over hvordan etikk fungerer i praksis, og om en selv trenger å ta stilling til etiske normer.

Boken baserer seg på en filosofisk tilnærming, men berører også teologiske synspunkter.

*Ralph Henk Vaags er førsteamanuensis i filosofi ved Høgskolen i Agder og er utdannet teolog og filosof.*

ISBN: 82-450-0206-2

Pris: kr. 279,  
sideantall: 136  
Utgitt: 24.08.2004  
Fagbokforlaget

# Omvårdnadsdisciplinens teoretiska och metodologiska utveckling i Sverige: «Omvårdnad håller på att bli en vetenskaplig disciplin, hos oss är det självklart»

Anneli Sarvimäki, FD, spec.ssk  
Adjungerad professor  
Forskningsdirektör

Kim Lütznén, dr med.vet., ssk  
Professor

*THE THEORETICAL AND METHODOLOGICAL DEVELOPMENT OF THE NURSING DISCIPLINE IN SWEDEN: «Nursing is becoming a scientific discipline, at our place it is self-evident»*

## ABSTRACT

*This is the first of two articles that aim at contributing to the understanding of the development of the nursing discipline in Sweden. The purpose of this part of the study was to describe the development on the theoretical level. The informants (12) represented four generations of nurse researchers. Data was collected by interviews and analysed by qualitative content analysis. The results showed that all generations considered the nursing discipline to have a unique perspective, core of knowledge or value system. Nursing theories had been used in research by all four generations as well as both qualitative and quantitative methods, although there seemed to be a growing emphasis on qualitative methods. The conception of nursing as an evolving, scientific discipline that still needs clarification was also common among the informants and all four generations stressed the importance of the clinical and practical interest of nursing. The differences between the generations concerned mainly the relationship to medical science, the research interests of the informants and their views of who is to conduct nursing research. In conclusion, the interviewees describe a picture of the nursing discipline as an evolving scientific discipline in*

## Introduktion

Omvårdnadsdisciplinen och vårdvetenskapen har utvecklats starkt i Sverige under senare hälften av 1990-talet och början av 2000-talet. Det finns idag ca 500 disputerade sjuksköterskor och det har i snabb takt inrättats lärostolar så att det nu finns professorer i vårdvetenskap vid ca 25 universitet och högskolor. Utvecklingen från 1970-talet, då sjuksköterskeutbildningen blev högskoleutbildning och de första sjuksköterskorna disputerade, har gått fort de senaste åren, åtminstone beträffande de yttre ramarna.

Omvårdnaden har, som många andra praktiska discipliner, utvecklats från en praktisk verksamhet till en institutionaliserad utbildning och därifrån vidare till forskning och teoribildning (1). I Sverige intog den sin plats i högskolesystemet under den tid när paradigmdiskussionen var livlig i vetenskapvärlden och den diskussionen kom att sätta sin prägel också på debatten om omvårdnad som en vetenskaplig disciplin. Diskussionen kom igång i början av 1980-talet med inlägg av bl.a. en grupp vetenskapsteoretiker (2, 3), medicinska forskningsrådet (4), och omvårdnadsforskare (5–8). Här kan man notera att det var vetenskapsteoretiker som startade den teoretiska diskussionen och att också medicinerna tidigt intresserade sig för omvårdnadsdisciplinen. Runt mitten av 1980-talet började de forskande sjuksköterskorna aktivt publicera sig kring temat. Under 1990-talet fortsatte diskus-

*its own right with a strong practical interest, still struggling with internal problems.*

**KEY WORDS:** nursing discipline, nursing theory, nurse researchers, nursing profession, qualitative content analysis

sionen. Det gjordes strävanden att klarlägga omvårdnad som karaktärsämne i sjuksköterskeutbildningen, som vetenskaplig disciplin och forskningsområde (9–15). Intresset för omvårdnadsdisciplinen och dess utveckling resulterade också i den första doktorsavhandling som studerade omvårdnadsforskningens framväxt i Sverige (16).

Under senare hälften av 1990-talet verkar emellertid diskussionen att ha mattats av, vilket syns i det faktum att det publicerats sparsamt med vetenskaplig litteratur om temat under de senaste åren. Man kan anta att krafterna har använts till att bygga upp de yttre strukturerna i form av universitets- och högskoleinstitutioner, utbildningsprogram, forskarutbildning och finansiering samt till att producera doktorsavhandlingar. I detta skede, när omvårdnadsdisciplinen varit under uppbyggnad i ca 25 år, kan det dock vara skäl att göra en tillbakablick. Många av dem som var med och byggde upp omvårdnadsforskningen från begynnelsen är fortfarande aktiva och kan bidra med synpunkter på hur läget var då och hur de nu ser på disciplinen. Samtidigt finns det yngre forskare, som socialiserats i en annan forskarverklighet – en verklighet där det funnits handledare och doktorandgrupper inom den egna disciplinen, möjligheter till finansiering och doktorandtjänster, konferenser och vetenskapliga tidskrifter.

Denna forskning utgör fortsättningen på ett projekt om omvårdnadsdisciplinen i Sverige som startade i mitten av 1990-talet. Det första projektet gick ut på att definiera omvårdnad (14) och att fördjupa förståelsen av omvårdnad genom diskussion och reflektion (15). I detta projekt granskas omvårdnadsdisciplinens utveckling på basen av intervjuer med omvårdnadsforskare. Projektet rapporteras i två artiklar av vilka denna är den första.

## Teoretisk ram

Vi använder ordet «omvårdnad» på samma sätt som det engelska «nursing care». Med omvårdnad avser vi i stora drag den verksamhet genom vilken man strävar till att hjälpa en individ eller grupp att konfrontera och lösa sina aktuella och potentiella hälsoproblem i syfte att kunna leva ett så gott liv som möjligt (14). Eftersom omvårdnaden ses som en praktisk verksamhet, uppfattar vi disciplinen som en praktisk disciplin, d.v.s. kunskapsbildningen utgår direkt eller indirekt från och återgår direkt eller indirekt till praktiken (17). Omvårdnadsdisciplinen utgörs av hela det kunskapsområde som är relaterat till omvårdnad. Den innefattar då förutom forskning och teoribildning också praktik, utbildning och administration (18, 19).

För att man skall kunna tala om ett kunskapsområde som en disciplin bör området ha en vetenskaplig grund och disciplinen skall kunna avgränsas från andra discipliner (13). Krav som kan ställas på en praktisk, vetenskaplig disciplin är att forskningen är relevant för praktiken och att den utförs av disciplinens egna företrädare. Forskningen bör vidare ha åtminstone en teoretisk referensram, som utvidgas och fördjupas och det skall också vara möjligt att identifiera disciplinens filosofiska anknytningspunkter. Slutligen bör forskningen karaktäriseras av metodologisk strängens. (13, 19–22)

En disciplin kan således granskas ur olika synvinklar och på olika nivåer. Man kan t.ex. granska de teoretiska perspektiven, den filosofiska anknytningen eller relationen till praktiken. Enligt Brantes (23) framställning kan en vetenskap eller disciplin granskas på tre nivåer: vetenskapsteoretiska, den psykologiska och den sociala. På den vetenskapsteoretiska nivån granskas en vetenskap som ett teoretiskt system med begreppsstrukturer

och intern logik. På den psykologiska ses den som en kognitiv produkt, skapad av det mänskliga intellektet. På den sociala nivån, slutligen, ses den som en samhällsprodukt med en specifik organisationsform, bestämda normer, makthierarkier och kommunikationsmönster. I detta projekt granskar vi omvårdnadsdisciplinen dels som ett teoretiskt system, dels som ett socialt system. Omvårdnadsdisciplinen som psykologiskt system har vi valt att inte gå in på, eftersom det skulle kräva psykologiska analyser av våra forskarkollegor. Denna artikel tar i huvudsak fasta på det teoretiska systemet, medan den andra artikeln kommer att ta fasta på omvårdnadsdisciplinen som socialt system.

**Syfte och frågeställningar**

Syftet med denna del av studien var att beskriva omvårdnadsdisciplinens teoretiska aspekter ur ett historiskt perspektiv. Utgångspunkten utgjordes av följande frågor:

1. Vilka vetenskapliga och teoretiska referensramar har olika generationers omvårdnadsforskare använt sig av? Har man använt sig av omvårdnadsteoretiska referensramar eller av teorier från andra vetenskaper?
2. Hur ser de på omvårdnadsvetenskapen och vem skall enligt dem bedriva omvårdnadsforskning?
3. Vad har omvårdnadsforskarna haft för ambitioner och intressen med sin forskning?
4. Vilka områden har de utforskat och med vilka metoder?
5. Vilka problem ser de inom omvårdnadsvetenskapen och hur tycker de att den har förändrats under den tid de varit verksamma som forskare?

**Material och metod**

Datainsamlingen utfördes genom intervjuer med 12 sjuksköterskor som doktorerat vid olika perioder av omvårdnadsdisciplinens

utveckling. Informanterna valdes så att de representerade olika generationer av omvårdnadsforskare. Generation I utgjordes av tre sjuksköterskor som doktorerat under perioden 1978–1984, generation II av fyra sjuksköterskor som doktorerat 1985–1990 och generation III av tre sjuksköterskor som doktorerat 1991–1994. Intervjuerna genomfördes hösten 1996 av en doktorand som anställdes för detta ändamål. Intervjuguiden hade utarbetats av de ansvariga forskarna för projektet. Eftersom det hann gå rätt lång tid innan analysarbetet påbörjades, valdes ytterligare två informanter hösten 2001 för att få nyare data. Dessa hade disputerat kring årsskiftet 2000 och kom att utgöra generation IV. Informanterna valdes så att de representerade olika delar av landet. Av 16 vidtalade samtyckte 12 till att bli intervjuade.

Intervjuerna med informanterna i generation I–III genomfördes som kvalitativa temaintervjuer (24, 25), där temana utgick från studiens frågeställningar. Intervjuerna spelades in på band och skrevs ut ordagrant. Informanterna i generation IV besvarade samma frågor via e-post.

Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys (25–27) utgå-

ende från fem teman som bildades av frågeställningarna (vetenskapliga och teoretiska referensramar, synen på omvårdnadsdisciplinen, ambitioner och intressen, forskningsområden och metoder, problem relaterade till disciplinens utveckling, förändringar som disciplinen genomgått). I den första analysfasen läste forskarna igenom intervjuerna skilt för sig och bildade sig en helhetsuppfattning om innehållet. I den andra fasen streckades meningsbärande enheter under och kodades. I den tredje fasen bildades kategorier och underkategorier i relation till varje tema.

Eftersom det inte handlade om medicinsk forskning eller annan forskning på patienter, behövdes inget utlåtande av etisk kommitté. Forskarna har ändå beaktat de forskningsetiska principerna och lagt speciell vikt vid det informerade samtycket och konfidentialiteten (28). Informanterna fick skriftlig information om projektet och alla som ställde upp gjorde det frivilligt. Eftersom det handlar om få informanter och speciellt generation I och II i sig består av rätt få individer, har forskarna varit försiktiga vid användningen av citat. De flesta citat är ganska korta och i något enskilt fall har

någon detalj ändrats för att avidentifiera citatet. Dessa detaljer har varit sådana att de inte inverkat på den centrala innebörden.

**Resultat**

**Vetenskapliga och teoretiska referensramar**

De vetenskapliga och teoretiska referensramar som de intervjuade omvårdnadsforskarna använt sig av delades in i två kategorier: *omvårdnads- och vårdvetenskapliga referensramar* samt *andra vetenskapers referensramar*. Inom dessa förekom olika underkategorier (tabell 1).

Såväl omvårdnadsvetenskapliga som andra vetenskapliga referensramar hade använts av alla fyra generationer. Det verkar dock som om andra vetenskaper var dominerande hos generation I i början, t.ex.: *«Jag kom ju in i väldigt typisk medicinsk forskning och det kan jag ju se idag.» «När jag väl började skriva så hamnade jag ju i samhällsvetenskapen.»*

Omvårdnadsvetenskapliga referensramar fanns emellertid redan hos generation I i form av amerikanska teoretiker som Afaf Meleis och Joyce Travelbee. Dessa blir tydligare från och med generation II, som också nämner

**Tabell 1. Vetenskapliga och teoretiska referensramar**

	Omvårdnads-, vårdvetenskap	Andra vetenskaper
Generation I	Amerikanska teoretiker	Medicin Samhälls-, beteendevetenskap Teologi Filosofi
Generation II	Amerikanska teoretiker Brittiska teoretiker Omvårdnadsforskning «Omvårdnad var förbjuden»	Medicin Samhälls-, beteendevetenskap
Generation III	Amerikanska teoretiker Nordiska teoretiker	Samhälls-, beteendevetenskap Filosofi
Generation IV	Amerikanska teoretiker Individuell omvårdnad	Filosofi

t.ex. Paterson och Zderad, Peplau och Leininger. Man kan notera att företrädare för generation II också nämner att omvårdnadsteorier var direkt förbjudna där var de var doktorander: «*Då var det faktiskt så laddat att omvårdnad var inte att tänka på att nämna i avhandlingen./.../Det jag minns det var att omvårdnad var ett förbjudet ord.*»

De omvårdnadsvetenskapliga referensramar som nämndes visar att amerikanska teorier funnits med under hela utvecklingen. Också brittiska och nordiska teoretiker nämndes av företrädare för generation II och III, och en representant för generation IV påpekade att han/hon inte hade någon speciell teoretisk referensram utan mera allmän utgick från individuell omvårdnad. Av de andra vetenskaperna verkar samhälls- och beteendevetenskaperna samt filosofin att ha funnits med hela tiden, medan representanterna för de två yngsta generationerna inte längre nämnde medicinen som referensram.

### Synen på omvårdnadsdisciplinen

Synen på omvårdnad som en vetenskaplig disciplin beskrevs i kategorierna *innehåll*, *den egna disciplinen* och *relationen till andra* (tabell 2). Synen på vem som skall forska inom denna disciplin beskrevs i kategorierna *professionsanknytning*, *vetenskapsrelaterade kriterier*, *personrelaterade kriterier* och *omvårdnadskompetens* (tabell 3).

När det gäller synen på omvårdnadsdisciplinens innehåll framhöll alla generationer en gemensam kärna eller kunskapsgrund, ett eget perspektiv. Man påpekade visserligen att kärnan kan vara svår att tydliggöra men menade ändå att man kan se den trots lånade teorier. Den egna kärnan karaktäriserades bl.a. som individ, helhetssyn, människors livsvillkor och hälsa. Företrädarna för generation III nämnde ingenting om den egna discipli-

**Tabell 2. Synen på omvårdnadsdisciplinen**

	Innehåll	Disciplinen	Relation till andra
Generation I	Egen kärna, eget perspektiv Begrepp: individ, hälsa	Vetenskaplig: håller på att bli	
Generation II	Sjuksköterskerelaterad Begrepp: Människors livsvillkor och hälsa	Vetenskaplig: börjar närma oss Självständig Mångsidig	Tvåvetenskaplighet
Generation III	Gemensam kunskaps- och värdegrund		Omvårdnad av intresse också för andra
Generation IV	Eget perspektiv Begrepp: Suzie Kims modell	Självständig	Flera discipliner i gränslandet

**Tabell 3. Vem skall bedriva omvårdnadsforskning**

	Professionsanknytning	Vetenskapsrel. kriterier	Personrelaterade kriterier	Omvårdnadskompetens
Generation I	Sjuksköterskor	Icke andra disciplinernas företrädare	Personliga kvalifikationer Praktikorienterad person	Kunnande Praktisk erfarenhet
Generation II	Behöver ej vara sjuksköterska			
Generation III	Omvårdnad – sjuksköterskor, vårdvetenskap – andra	Skall dela vårdvetenskapens värdegrund, substans		
Generation IV	Behöver ej vara sjuksköterskor	Akademiskt ämne för alla		

nen, men de övriga framhöll att omvårdnaden antingen håller på att bli eller redan är en egen vetenskaplig disciplin: «*Omvårdnad håller på att bli en vetenskaplig disciplin, hos oss är det självklart.*» «*Att det är en vetenskaplig disciplin är det ingen tvekan om.*» Man framhöll också behovet av mångsidighet när det gäller frågeställningar, forskningssätt och utveckling. Den egna disciplinens relation till andra discipliner berördes i termer av en viss öppenhet på så sätt att man inte ville skapa gränser. Man såg också att omvårdnads-

forskningen kunde intressera andra: «*Jag tror att de flesta vetenskapliga discipliner ständigt utvecklas – så också omvårdnadsvetenskap. Därför är jag rädd för att vi ska låsa in oss i något hörn genom 'fullständig enighet', 'gemensam definition' och allt vad man kan höra ibland. Jag anser att det finns en kärna som de flesta är överens om och att det är i utkanten av denna – där diskussionen förs – som utvecklingen kan ske. Fundamentalism inom en vetenskaplig disciplin anser jag vara ett ovetenskapligt förhållningssätt och därför en*

*omöjlighet om man ska kunna kalla sig en vetenskaplig disciplin.*».

På frågan om vem som skall bedriva omvårdnadsforskning berörde alla generationer professionsanknytningen. Det rådde delade meningar om huruvida det är nödvändigt att vara sjuksköterska. Här ser man också att det kan vara olika beroende på om man talar om omvårdnad (nursing) eller vård (caring). När det gäller omvårdnad såg några informanter att detta område kunde vara specifikt för sjuksköterskorna medan detta inte gäller vår-

den i största allmänhet. Vidare betonades den egna vetenskapens värdegrund, och man gjorde skillnad mellan vetenskapen och den praktiska omvårdnaden:

«Omvårdnadsforskning – ja, det måste en sjuksköterska göra. Men jag vill tala om vårdforskning och vårdforskning kan vem som helst bedriva./.../Men om dom (läkare, fysioterapeuter, psykologer) ska bedriva vårdvetenskap och vårdforskning så måste dom utgå från samma värdegrund och samma syn på vårdandet». Företrädarna för generation I underströk också personrelaterade kriterier samt praktiska erfarenheter och kunnande: «Det är klart, man måste ju ha tillräckligt intelligens.» «Jag tror man måste ha en erfarenhet av att ha sett patienter, att man har så pass mycket erfarenhet av att vårda och se och leva i sjukhusvärlden att man förstår vad det handlar om på djupet.»

#### Ambitioner och intressen

De intervjuade forskarnas ambitioner och intressen kunde delas in i fyra kategorier – *praktiskt intresse, disciplinens intresse, eget intresse* och *teori* – med underkategorier (tabell 4).

Det praktiska intresset dominerar hos alla fyra generationer. Man ville skapa en bättre omvårdnad genom att föra ut kunskap, man ville stärka sjuksköterskorna genom att hjälpa dem att reflektera och få dem att känna sig stolta och tillfreds, och man ville skapa en bättre värld genom att påverka samhället och politiskt: «Jag vill att forskningen ska vara kraft och inspiratör för verkligheten till att förbättra vården, det är nog det jag vill.» «Jag är inte intresserad av forskning för forskningens skull, för att skaffa mig många artiklar i min meritlista. Min drivkraft har alltid varit att kunna medverka till att vården blir så bra som möjligt. Och att sjuksköterskor ska känna sig stolta och glada och tillfreds

Tabell 4. Ambitioner och intressen

	Praktiskt	Disciplinens	Eget	Teori
Generation I	Kliniskt: bättre omvårdnad Stärka sjuksköterskorna Samhället: bättre värld	Nya forskare, doktorander	Forskningsglädje Ärelystnad	
Generation II	Kliniskt: bättre omvårdnad Samhället: påverka	Stöda omvårdnadsområdet	Forskningsglädje	
Generation III	Kliniskt: bättre omvårdnad Stärka sjuksköterskorna Samhället: engagemang Ej forskning för forskningens skull			Ny teoretisk grund för vården
Generation IV	Kliniskt: bättre omvårdnad			

Tabell 5. Forskningsmetoder

	Kvantitativa	Kvalitativa	Frågerelaterade
Generation I	Fysiologiska test Enkäter, intervju Strukturerad observation	Historia Teoretisk analys, begreppsanalys Fenomenologi Fenomenologisk hermeneutik	Olika, frågan skall styra
Generation II	Dokument Enkäter	Grounded Theory Fenomenologisk hermeneutik Djupintervjuer Etnografi Critical incident	
Generation III		Intervju Grounded Theory Fenomenologi Begreppsanalys Hermeneutik och fenomenologi	Problemet ger metoden
Generation IV			Både kvalitativ och kvantitativ Frågan avgör

med det arbete dom gör.» Hos företrädarna för generation I och II framkom också ambitionen att utveckla själva disciplinen och få fram fler doktorander, «en väldigt viktig del är att hjälpa

fram doktorander för det behövs ju mer forskarutbildade personer i vården». Vidare gav dessa också uttryck för egna intressen och ambitioner i form av forskningsglädje («kul att teoreti-

sera») och ärelystnad. Detta nämndes inte inom generation III och IV. En informant i generation III ville i och för sig utveckla teori, men då som grund för vården.



### Forskningsområden och metoder

De områden informanterna inriktat sin egen forskning på var praktiskt taget lika många som informanterna själva, varför det inte var ändamålsenligt att kategorisera dem i tabellform. Tonvikten verkade i alla fall att i alla generationer ligga på patienten (barn, familj, enskilda patienter, upplevelse av situationer där man är sårbar, döende patienter, patienter med demens, kroppen) och vårdrelationen: (kommunikation, relationen, mötet). Också organisationen och mera administrativa närmanden nämndes liksom några enskilda områden som etik, kunskapsteori och kvinnofrågor.

De metoder som använts kategoriserades som *kvantitativa*, *kvalitativa* och *frågerelaterade* (tabell 5). Metodöversikten visar på en dominans av kvalitativ metod. Generation I och II angav specifika kvantitativa metoder som de hade använt, vilket de senare generationerna inte gjorde. Över huvudtaget ges en mera detaljerad bild av de kvalitativa metoderna, trots att också generation III och IV påpekade att de använt såväl kvalitativa som kvantitativa metoder.

### Problem relaterade till disciplinens utveckling

En av företrädarna för generation I menade att omvårdnadsdisciplinen vid tidpunkten för intervjuerna inte hade några stora problem (*«jag ser inga större problem, jag tror att det här kommer att gå bra»*), medan en annan företrädare för samma generation såg många problem (*«usch, jag ser massor av problem»*). De problem som forskarna beskrev kunde kategoriseras som *interna problem*, *problem i relation till andra discipliner* och *problem i relation till praktiken* (tabell 6).

Otydlighet var ett allmänt internt problem som beskrevs av generation I – III. Man tyckte bl.a. att det rådde oklarhet om vad omvårdnadsforskning är, att

Tabell 6. Problem

	Interna	Relationen till andra	Relationen till praktiken
Generation I	Kvalitet Brist på kritik Otydlighet	Medicinen	Avståndet till patienten, praktiken
Generation II	Otydlighet	Medicinen	
Generation III	Kvalitet Otydlighet		
Generation IV			Avståndet till praktiken

Tabell 7. Förändringar

	Innehåll och metod	Professionen	Extern etablering
Generation I	Omvårdnadsteorier: mera balanserad inställning	Sjuksköttandet en intellektuell verksamhet	
Generation II	Kvalitativa metoder mera stringenta Ökad metod- och ämnesmedvetenhet		Uttryck: vetenskapligt språk, konf., tidskrifter
Generation III	Öppenhet för kvalitativ ansats Metod-sammansättning		
Generation IV	Inriktning på kvalitativa metoder	Vetenskapens frigörelse från professionen	Gehör och respekt

forskningen inte speglar kärnan utan att man arbetar utgående från andra vetenskaper: *«Att vi inte jobbar vårdvetenskapligt utan vi jobbar ihop medicinskt eller nåt annat.» «Jag tycker att omvårdnadsforskningen är rätt så tråkig i dom avhandlingar som presenteras och att den på nåt sätt är lite osjälvständig fortfarande i sin framtoning./.../Vissa avhandlingar glider över och blir egentligen för filosofiska.»* Också forskningens kvalitet och bristen på kritik sågs som interna problem. *«Omvårdnadsteorierna ska vi inte prata om, dom är ju också ett problem, de här frälsningslärorerna som kommer. Men det har*

*väl att göra med att man inte utvecklat det kritiska tänkandet.»* Problemen i relation till andra vetenskaper gällde främst medicinen och detta påtalades av de två första generationerna. Både företrädare för den äldsta och den yngsta generationen såg relationen till praktiken som problematisk och uttryckte oro för att forskningen står närmare utbildningen än patienterna. *«Jag tror att det varit olyckligt att det satsats nästan uteslutande på vårdlärare, så omvårdnadsforskning har blivit vårdlärarforskning, för då har det separerats för mycket från kliniken.»* *«(Problemet är) att forskningsresultat inte kom-*

*mer vården tillgodo i större utsträckning, i alla fall inte kommunens äldrevård.»*

### Förändringar som disciplinen genomgått

De förändringar man såg att omvårdnadsdisciplinen genomgått kunde föras in i tre kategorier: *innehåll och metod*, *professionen* och *extern etablering* (tabell 7).

När det gällde synen på innehåll och metod betonades framför allt att metodmedvetenheten har blivit större och att speciellt de kvalitativa metoderna har utvecklats. Samtidigt framfördes synpunkten att flera metoder har lett

till klarhet och sammanblandning. «*Jag har sett alla möjliga konstiga uppsatser och rapporter som säger att det är fenomenologi eller fenomenografi eller hermeneutik eller någonting som inte är det. Så att samtidigt som det har gått framåt väldigt mycket så har det också gått bakåt.*» Man tyckte vidare att inställningen till omvårdnadsteorier har blivit mera balanserad och att omvårdnadsämnet fortfarande behöver utvecklas («*Det har hänt mycket, men det behövs fortfarande en ämnesutveckling och en autonomi*»). Förändringar rörande professionen innebar enligt informanterna att det vuxit fram en ökad medvetenhet om att sjukskötandet är en intellektuell verksamhet och att ämnet har lösgjorts från professionen. Disciplinen har också etablerat sig externt under de gångna decennierna så att det nu finns bl.a. tidskrifter och konferenser och man tyckte sig också se en större respekt för omvårdnadsforskningen. Man underströk att läget på det hela taget har blivit bättre.

### Diskussion

Syftet med denna studie var att få kunskap om omvårdnadsdisciplinens utveckling i Sverige genom att intervjua olika generationers omvårdnadsforskare. Här måste genast vissa metodmässiga reservationer påpekas. Vi har intervjuat 12 av ca 500 disputerade sjuksköterskor och kan naturligtvis inte göra anspråk på statistisk representativitet. Detta utesluter emellertid inte att de intervjuade omvårdnadsforskarna kan ha någonting att säga som kan vara av betydelse för att förstå utvecklingen. För det andra bör det påpekas att det gått över sex år sedan generation I–III intervjuades. Det är möjligt att de skulle svara annorlunda idag till följd av att det, vilket inledningsvis framhölls, hänt mycket sedan dess. När intervjuerna gjordes fanns det t.ex. ett betydligt färre antal

professurer och forskarutbildningar. Det är emellertid inte säkert att detta skulle ha haft någon betydelse för uppfattningen om omvårdnadsdisciplinens teoretiska nivå, som var det huvudsakliga intresset i denna del av projektet. Omvårdnadsforskarna kan förstås också själva ha förändrats och ändrat sina uppfattningar. Vi valde i alla fall att inte gå tillbaka för att göra uppföljningsintervjuer utan att lämna denna möjlighet öppen för framtida studier.

En annan sak som kan påpekas är att det inte alltid gått att helt entydigt skilja mellan den teoretiska nivån och den sociala. När det gäller forskarnas ambitioner och intressen, t.ex., kan man se att de till en del handlar om den teoretiska nivån (ny teoretisk grund), till en del om den sociala (nya forskare och doktorander). Detsamma gäller delvis också synen på vem som skall bedriva omvårdnadsforskning och de förändringar man tycker att disciplinen genomgått.

Den syn på omvårdnadsvetenskapens teoretiska nivå som kom fram i intervjuerna visar att de intervjuade omvårdnadsforskarna genomgående uppfattade disciplinen som en egen, vetenskaplig disciplin, dvs. att den har en egen kärna, ett eget perspektiv och en värdegrund som gör att den kan avgränsas från andra discipliner. Den synen motsvarar alltså de krav på en vetenskaplig disciplin som framförts i den teoretiska litteraturen (13, 19–22). I början hade man utgått mera från andra disciplinernas teoretiska referensramar, vilket kan ses som förklarligt eftersom det då ännu inte fanns en egen kunskapsgrund. De samhälls- och beteendevetenskapliga samt filosofiska referensramarna verkade ha behållit sina positioner, medan medicinska referensramar endast nämndes av de två första generationerna. Också när man använt sig av andra vetenskapers teorier tyckte man att det hade funnits ett eget

perspektiv. Man tyckte inte att det egna perspektivet utesluter lånade teorier och tvärvetenskaplighet. Trots att intervjupersonerna tyckte att disciplinen har ett eget perspektiv såg man rätt allmänt den interna otydligheten som ett problem.

Kravet att forskningen inom en praktisk disciplin som omvårdnadsdisciplinen skall ha praktisk relevans (17, 18) omfattades inom alla generationer: intresset att genom forskningen utveckla vården var genomgående. Ett par informanter (generation I och IV) tyckte ändå att detta intresse inte alltid förverkligades utan att ett av disciplinens problem är att avståndet till praktiken är för långt. Företrädare för de två första generationerna hade också disciplinens utveckling som intresse, vilket kan anses naturligt eftersom de redan hunnit bli etablerade seniorforskare med egna doktorander. Egna intressen som forskningsglädje och ärelystnad begränsade sig också till de första generationerna.

Synen att forskningen skall utföras av disciplinens egna företrädare verkade att omfattas allmänt av alla generationer, men det förekom olikheter i vad man avsåg med disciplinens egna företrädare. Framför allt var det frågan om huruvida man måste vara sjuksköterska för att räknas som disciplinens företrädare som delade åsikterna. Uppfattningen att forskningen och det akademiska ämnet skall lösgöras från professionen verkade framkomma klarare från generation II framåt, men det framfördes också åsikter om att det var skillnad beroende på om man talade om omvårdnadsvetenskap eller vårdvetenskap. Diskussionen om relationen mellan omvårdnadsvetenskap och vårdvetenskap är fortfarande aktuell (29).

Kravet att en vetenskaplig disciplin skall ha åtminstone en teoretisk referensram som fördjupas och utvecklas uppfylldes såtillvida att man inom alla gene-

rationer kunde ange omvårdnads-teoretiska referensramar som man använt. De amerikanska teorierna verkade ha en stark ställning, något som har varit kännetecknande också för de övriga nordiska länderna (30). Huruvida teorierna utvecklats och fördjupats är det svårt att dra slutsatser om på basen av intervjuer. Samtidigt framfördes synpunkter att en del teorier hade blivit frälsningslärar, att det förekom brister i det kritiska tänkandet och risk för fundamentalism – synpunkter som är värda att uppmärksammas, eftersom de pekar på tendenser som är oförenliga med en vetenskaplig attityd (31).

De intervjuade forskarna uttryckte allmänt uppfattningen att det skett en metodmässig utveckling inom omvårdnadsdisciplinen i det avseendet att de kvalitativa metoderna blivit mera stringenta och att det också vuxit fram en större öppenhet för kvalitativ ansats. Samtidigt framfördes uppfattningen att utvecklingen inom de kvalitativa metoderna lett till sammanblandning så att utvecklingen på ett visst sätt också gått bakåt.

Sammanfattningsvis kan man säga att informanterna framställde omvårdnadsdisciplinen som en framväxande disciplin med ett eget perspektiv, en praktisk disciplin som håller på att lösgöra sig från professionen och som ännu brottas med interna problem som otydlighet och tidvis bristande kvalitet.

### Omnämnande

Projektet har finansierats av Rådet för Forskning om Universitet och Högskolor.

Godkjent for publisering  
26.02.2004

Anneli Sarvimäki  
Forskningsdirektör  
Åldreinstitutet  
Kalevågatan 12 A  
FI – 00100 Helsingfors, Finland  
anneli.sarvimaki@ikainst.fi

Kim Lützn  
 Professor  
 Institutionen för vårdvetenskap  
 Ersta Sköndal högskola  
 Box 4619  
 SE – 116 91 Stockholm, Sverige  
 kim.lutzen@euc.irsta.se

### Referenser

- Sarvimäki A. Science and tradition in the nursing discipline. A theoretical analysis. *Scand J Caring Sci* 1994; 8: 24–27.
- Bärmark J, Elzinga A, Wallén G. Nursing care research. The emergence of a new scientific specialty. Report no 127. Department of Theory of Science, University of Göteborg 1981.
- Wallén G. red. Omvårdnad som vetenskap och ideologi. Rapport nr 140. Göteborgs universitet, Institutionen för vetenskapsteori 1983.
- MFR. Teorier och metoder i omvårdnadsvetenskap. Medicinska Forskningsrådet, Stockholm 1982.
- Andersson K. Omvårdnad. Framväxten av en ny vetenskap. Esselte Studium, Berlings, Arlov 1984a.
- Andersson K. Omvårdnad – om framväxten av en ny forskningsdisciplin. *Socialmedicinsk tidskrift* 1984b (7): 280–284.
- Andersson-Segesten K. Nursing as a scientific discipline. The Swedish case theoretically analysed. *Vård i Norden* 1989; 14(1): 4–6.
- Hamrin E. Caring sciences in Sweden. *Scand J Caring Sci* 1988; 3: 99–102.
- Rooke L. Omvårdnad och omvårdnadsteoretiska strukturer. Ett didaktiskt försök att på praktisk grund utveckla omvårdnad. *Studia Psychologica et Pedagogica. Series Altera XCVI*. Malmö 1990.
- Gustafsson B, Pörn I, Norberg A. Omvårdnad som en autonom vetenskap. *Omvårdaren* 1993; (4): 6–11.
- Lindberg-Sand Å. Omvårdnad i utbildning, yrke och forskning. Studentlitteratur, Lund 1993.
- Rinell Hermansson A. Omvårdnadsforskningen i Sverige. En lägesrapport. Medicinska forskningsrådet, Stockholm 1993.
- Lützn K, Barbosa da Silva A. Delineating the domain of nursing science in Sweden – some relevant issues. *Vård i Norden* 1995; 15(1): 4–7.
- Sarvimäki A, Lützn K, Mogens E. Omvårdnadsämnet – definition och uppbyggnad. *Omvårdaren* 1995; (2): 10–14.
- Sarvimäki A. red. Reflektioner kring omvårdnad – från huvudsatser, bisatser till slutsatser. FoU-rapport 51. Vårdförbundet SHSTF, Stockholm 1997.
- Heyman I. Gånge hatt till... Omvårdnadsforskningens framväxt i Sverige – sjuksköterskors avhandlingar 1974 – 1991. Daidalos, Göteborg 1995.
- Sarvimäki A. Knowledge in an interactive practice discipline. An analysis of knowledge in education and health care. *Research Bulletin* 68. University of Helsinki, Department of Education, 1988.
- Meleis A. *Theoretical nursing: Development & progress*. 2<sup>nd</sup> ed. J.B. Lippincott Company, Philadelphia 1991.
- Elmberger E, Lützn K, Sarvimäki A. Omvårdandens domän – speglad i vetenskapliga artiklar och läroböcker. I boken: (15) Sarvimäki A. red.: 8–26.
- Brown J, Tanner C, Padrick K. Nursing's search for scientific knowledge. *Nursing Research* 1984; 33: 26–32.
- McCloskey J, Grace H. Defining nursing knowledge. I boken: McCloskey J, Grace H. (eds.) *Current Issues in Nursing*. 2<sup>nd</sup> ed. Blackwell Scientific Publications, Oxford 1985: 107–123.
- Cameron-Traub E. An evolving discipline. I boken: Gray G, Pratt R. (eds.) *Towards a Discipline of Nursing*. Churchill Livingstone, Melbourne 1991: 31–49.
- Brante T. Vetenskapens struktur och förändring. Doxa, Lund 1980.
- Hirsjärvi S, Hurme H. Teema-haastattelu. Gaudeamus, Helsinki 1980.
- Kvale S. Den kvalitativa forskningsintervjun. Studentlitteratur, Lund 2000.
- Silverman D. *Interpreting qualitative data. Methods for analysing talk, text and interaction*. 2<sup>nd</sup> edition, Sage London 2001.
- Kyngäs H, Vanhanen L. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1999; 11: 3–12.
- Forsman B. *Forskningsetik. En introduktion*. Studentlitteratur, Lund 1997.
- Dahlberg K, Segesten K, Nyström M, Suserud B-O, Fagerberg I. Att förstå vårdvetenskap. Studentlitteratur, Lund 2003.
- Kirkevold M. *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. 2a uppl. Studentlitteratur, Lund 2000.
- Stenbock-Hult B. Kritiskt förhållningssätt. En vetenskaplig, etisk attityd och ett högskolepedagogiskt mål. Studentlitteratur, Lund 2004.



## AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi – en grunnbok

Boken skal være med på å utvikle kompetansen om AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi og styrke det tverrsektorielle hjelpeapparatet, slik at personer med AD/HD, Tourettes syndrom og/eller narkolepsi får bedret sin livskvalitet.

Forfatterne er alle tilknyttet Nasjonalt kompetansesenter for AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi (NK). NK ble opprettet i 1994 som et samarbeidsprosjekt mellom Kirke og Undervisnings- og forskningsdepartementet og helsedepartementet. NK drives i dag av Medisinsk divisjon ved Ullevål universitets-sykehus HF på oppdrag fra Utdanningsdirektoratet og Sosial- og helsedirektoratet.

Boken er aktuell for alle som jobber innenfor skolen, helsevesenet og kompetansesentre og for studenter og pårørende.

Gerd Strand, bidrar cand.psychol. Grete Bryhn, dr.scient. Solveig N. Ervik, cand.med. Mette Hvalstad, cand.paed. Bjørgulv Høigaard, cand.philol. Ståle Tveté, cand.med. Ebba Wannag og cand. psychol. Geir Øgrim. Gerd Strand er leder av Nasjonalt Kompetansesenter.

ISBN: 82-450-0103-1

Pris: 329 kroner,  
sideantall 274

Utgitt: 20. august 2004,  
Fagbokforlaget

# Mestringsevne, helseplager og tilfredshet. En surveyundersøkelse blant hjemmeboende eldre

Høgskolelektor Magnhild Høie

## Introduksjon

*SENSE OF COHERENCE, HEALTH DISTRESS AND LIFE SATISFACTION. AN INVESTIGATION AMONG ELDERLY PEOPLE WHO LIVE IN THEIR OWN HOMES*

### ABSTRACT

*The relationships between mastering, health distress and life satisfaction have a large research and practical interest value. In this investigation the degree of coping was measured with Sense of Coherence (SOC), health distress with Ursins Health Index (UHI) and life satisfaction with a simple question. The results showed that sense of coherence increased with age. The relationships between sense of coherence/ health distress and sense of coherence/ life satisfaction were significant.*

*The aged with a high sense of coherence react slightly to health distress when asked how satisfied they were with their lives. However, for those with a low sense of coherence, the differences in appraisal were dependent on health distress. In addition, it demonstrated that elderly men had a significant lower life satisfaction than elderly women. However men with high sense of coherence and much health distress were most satisfied. These results underline the difference among the elderly, the potential for personal development during the final phase of life and that differential care should be related to gender. This investigation highlights the salutogenic orientation of Antonovsky, and is supporting the great impact of sense of coherence for managing health distress.*

**KEY WORDS:** *Sense of coherence, health distress, life satisfaction, elderly people, gender*

Hensikten med denne studien var å undersøke sammenhenger mellom mestringsevne og alder og hvilken betydning mestringsevne hadde for hvor fornøyde de eldre var, tross helseplager av ulike slag. Et formålet var også å synliggjøre kjønnsforskjeller. Målgruppen var pleieavhengige, hjemmeboende eldre over 75 år, tilknyttet kommunal helsetjeneste. Det har vært hevdet at dagens helsetilbud til eldre er lite differensierte, dvs. lite tilpasset den enkelte bruker (1). Ved å knytte menneskets styrke og sårbarhet til helse og velvære kan denne undersøkelsen være et bidrag til å synliggjøre faktorer av betydning for hvordan eldre har det.

Erfaring viser at mange hjemmeboende eldre tross plager og begrensninger i livsutfoldelse takler sin hverdag, og formidler livsglede, mot og tilfredshet langt ut over det en kunne forvente. I tradisjonell helseforståelse, f.eks. ved «the biostatistical theory of health» (2) vil trolig helsen i denne målgruppen kategoriseres som dårlig. Det grunnleggende begrepet i et slikt perspektiv er patologi knyttet til funksjonssvikt i ulike organer, og de eldres helse måles etter diagnose og tap av funksjon. En alternativ måte å forstå helse på presenteres av Antonovsky (3). Han hevder at fravær av stressorer, f.eks. fysiske plager, verken er forutsetningen for eller synonymt med god helse. Helse er med andre ord noe mer enn fravær av diagnostisert sykdom. Vesentlig i Antonovskys helsemodell er menneskets tilpasse- ningsevne, og hva det er som gjør at individet opprettholder en så god helse som mulig. Det er i begrepet sense of coherence (SOC) dvs. opplevelse av sammenheng, han søker å gi svar. I denne forståelsesramme blir kunnskap om mestring en nøkkel til kunnskap om helse, og pasien- tens mestringsevne vil kunne

bidra til å hemme eller fremme helse (3,4). Antonovsky hevder at mestringsevnen stabiliserer seg i 30- års alderen, og er deretter kun tilgjengelig for mindre endringer (3). Dette har vært anført som et deterministisk og rigid trekk ved hans mestringsbegrep (5). Det dynamiske aspektet ved SOC fremheves likevel, fordi store og ukontrollerbare hendelser kan gi svekket SOC som konsekvens. Den opprinnelige SOC-styrken vil da, i følge Antonovsky være avgjørende for reetablering av SOC (2). Innbefattet i mestrings- begrepet ligger forståelighet (*comprehensibility*), håndterbar- het (*manageability*) og menings- fullhet (*meaningfulness*) (3). Førstnevnte omfatter den måten vi oppfatter indre- og ytre sti- muli på, og dermed situasjonens forståelighet. *Håndterbarhet* handler i følge Antonovsky om i hvilken grad vi opplever indre og ytre ressurser som tilstrekkelige til å møte de krav som følger av stimuli. *Meningsfullhet* er det motiverende element i SOC, og avhenger av om mennesket opp- lever mening i den livssituasjo- nen det er i. Det er kombinasjo- nen av kognitive, atferdsmessige og motiverende komponenter som i følge Antonovsky gir SOC fortrinns fremfor andre mestrings- begreper, f.eks. Hardiness (6), Self- efficacy (7) eller Locus of control (8). Det kognitive-(for- ståelighet og håndterbarhet) og emosjonelle aspekt (menings- fullhet) i SOC-begrepet betraktes som en *gjennomgripende innstil- ling* hos mennesket (3). Egen kontroll som determinant for subjektiv helse og tilfredshet nedtones. Høy mestringsevne inkluderer ifølge Antonovsky også at «legitime andre» f.eks. hjemmesykepleier kan ivareta og overta uten at livet oppleves som uhånterbart. Hans kontrollforstå- else utvider det tradisjonelle begrepsparet indre versus ytre kontroll, knyttet til sosial læringsteori, og introdusert av Rotter (8). Dette får implikasjo-

ner for omsorgstjenesten fordi eldres *tillit* til legitime andre blir avgjørende for det å oppleve livet som håndterbart ved avhengighet av andre i nødven- dige daglige gjøremål.

Fordi individer med høy SOC har en global evne til å organi- sere stimuli i mønstre som gir mening, vil disse i følge Anto- novsky oftere tolke stimuli som ikke-truende enn en person med lav SOC. To sentrale begreper i Antonovskys teori er motstands- ressurser og mestringsressurser. Førstnevnte forstås først og fremst å løse spenning som ikke er patogen. Eksempler på mot- standsressurser er kultur, tempe- rament og sosial rolle. Mes- tringsressurser henspiller på å overvinne det som allerede er patogen (9,3). Mennesket er i stadig bevegelse mellom ytter- punktene helse (disease) og uhelse (ease) (3). Det dynamiske samspillet mellom motstandsres- surser og mestringsressurser er bestemmende for hvor på helse- kontinuet en person befinner seg. Ved sterk mestringsevne vil individet i følge Antonovsky også ha sterk evne til hensikts- messig mobilisering av mot- standsressurser.

Forskning som omhandler eldre og mestring er langt fra entydig og ulike studier viser rikholdighet og variasjon i mes- tringsmåter omtrent som hos yngre individer (10,11). Det aktualiserer gjeldende undersø- kelse som setter søkelys på hvor- dan *de eldre* lar seg påvirke av sine *helseplager* i spørsmålet om hvor fornøyde de er med tilvæ- relsen, og hva mestringsevne betyr i denne sammenheng Like- ledes om det er forskjell på hvor- dan kvinner og menn takler helse- plager, mestringsevne tatt i betraktning, og om mestringsev- nen er økende eller synkende med alder i gruppen av pleietrengende eldre over 75 år. Tidligere under- søkkelser har vist at eldre mennes- ker har tendens til høyere gjennomsnittskårer på SOC-

indeksen enn yngre mennesker (12,13). På denne bakgrunn skisseres følgende problemstillinger:

- *Hvordan er sammenhengen mellom mestringssevne og alder?*
- *Hvordan er sammenhengen mellom de eldres tilfredshet med tilværelsen, mestringssevne og helseplager? Hva betyr kjønn i denne sammenheng?*

## Metode

Problemstillingen egnet seg for kvantitativ metode fordi det muliggjorde undersøkelse av sammenhenger mellom ulike faktorer og generalisering ut over det utvalget som ble undersøkt. Bruk av ulik metode kan få frem rik og nyansert kunnskap. I denne undersøkelsen ble det f.eks. gjort to kvalitative dybdeintervju av eldre i forkant av surveyundersøkelsen. Hensikten var å få frem sentrale fenomener for senere tematisering i spørreundersøkelsen.

## Utvalg og design

Undersøkelsen er et delprosjekt i en longitudinell dr. gradsstudie med hovedtema «Mestringsressurser og mestringssevne hos pleieavhengige, hjemmeboende eldre over 75 år, tilknyttet kommunal helsetjeneste» (14). Undersøkelsen omfatter både korrelerende og komparative analyser, og inkluderte 242 hjemmeboende eldre over 75 år i de to Agderfylkene. I alt seks by- og landkommuner ble inkludert. Utvalget ble hensiktsmessig stratifisert. Kriterier for å inkludere respondenter var følgende: 1) Kvinne og mann i alder 75 år eller eldre. 2) Fysisk og psykisk i stand til å gjennomføre et intervju av 1–2 timers varighet. 3) Fysisk og psykisk i stand til å uttrykke egne synspunkter. 4) Forsto hensikten med undersøkelsen, og gav skriftlig samtykke. Henvendelsen gikk til kommunenes omsorgsledelse, som gjennom hjemmesykepleien formidlet forespørsel om delta-

kelse. 290 personer ble forespurt om å delta., 16,8 % «falt bort». Avslagene var oftest begrunnet i «dette er til liten nytte» eller «jeg orker ikke». Total svarprosent var 84,2%.

## Datainnsamling og spørreskjema

Spørreskjemaet ble utarbeidet på bakgrunn av pasientsamtaler, og i samarbeid med ressurspersoner tilknyttet kommunehelsetjenesten, som oversykepleiere og soneledere. Fagfolk og forskere innen geriatri gjennomgikk og korrigerte skjemaet. Intervjuene ble foretatt av hovedfagsstudenter i helsefag, og respondentene var derved ikke i noe avhengighetsforhold til intervjuerne. Alle intervjuene foregikk hjemme hos pasienten. I starten var respondentene preget av reservasjon og usikkerhet. Intervjuerne vektla å ta seg god tid for å skape trygghet. Etter intervjuet gav de fleste respondentene uttrykk for at dette hadde vært en positiv opplevelse. Ingen trakk seg under intervjuet. Mange uttrykte et håp om at det utfylte spørreskjemaet skulle avspeile hvordan nettopp de hadde det.

I undersøkelsen ble tilfredshet med livet målt ved et enkeltspørsmål «Når du tenker på hvordan du har det for tiden, er du stort sett fornøyd med tilværelsen, eller er du stort sett misfornøyd?» Her ble anvendt en 7-punkts Likert skala med endepunkter 1 og 7, gradert fra svært misfornøyd [1] til svært fornøyd [7]. Alder og kjønn var andre sentrale variabler.

Mestringssevne ble registrert ved Sense of coherence-scale/SOC-13. Indeksen er en operasjonalisering av Antonovskys salutogeniske mestringsbegrep (15). Instrumentet ble utviklet på bakgrunn av fenomenologiske studier og dybdeintervju. En kortversjon (13 utsagn) som har vist seg å være et godt alternativ til den opprinnelige 29-utsagns-skalaen ble anvendt (16). Den har høy

grad av konsistens og stabilitet, og god begreps- og kriterievaliditet (17,15,4). Komponentene i indeksen forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet har tilhørende enkeltvariabler. Indeksen er en 7-punkts Likert skala med to endepunkter. Den blir anbefalt brukt som et helt instrument fordi den er konstruert for å måle en global, helhetlig orientering, ikke enkeltkomponenter (15). Totalskåren regnes som sum av enkeltskåre fra hvert utsagn. Minimum totalskåre = 13; maksimum totalskåre = 91. Høy skåre (over gjennomsnittet) på SOC indikerer en god mestringssevne.

Helseplager ble målt ved Ursin's Health Inventory (UHI-29). Utvalget av variabler baserer seg ikke på noen spesiell teori, men er inkludert i den hensikt å dekke de hyppigste helselidelser (18,19). Denne operasjonaliseringen innbefatter både en medisinsk diagnostisert sykdom, psykiske og somatiske symptomer (20). Det er pasientens informasjon om helseplager i løpet av siste måneden som måles. Instrumentet gir en generell helseskåre ved hjelp av 29 variabler, fordelt på fem subkomponenter, fremkommet etter faktoranalyse. Disse er UHI-influensa, UHI-smarter, UHI-allergi, UHI-engstelse/bekymring og UHI-gastroenterinale symptomer. Styrken i lidelsen måles på en 4-punkts skala (0= ingen, 1= noe, 2= mye, 3= sterk). Høye skåre på UHI subskalaer eller UHI-samlet indikerer følgelig mye helseproblemer. UHI vurderes til å være et enkelt og reliabelt mål for subjektive helseplager (21,18). UHI refereres også til som SHI (a scoring system for subjective health complaints) (18).

## Prosedyre

Deltakelse i undersøkelsen var basert på informert samtykke, og det ble gitt både skriftlig og muntlig opplysning og anonymisering av opplysningene. Bare de

eldre som kunne skrive under på samtykkeerklæringen ble inkludert som respondenter. Det var intervjuer som fylte ut skjemaene. Prosjektet ble godkjent av regional komite for medisinsk forskningsetikk (Helseregion 3). Data-tilsynet gav tillatelse til å opprette personregister.

## Statistikk

Statistikkprogrammene SPSS 10-0 og Statistica ble benyttet. Skårene på SOC-13, UHI-29 og «tilfredshet med tilværelsen» inneholdt data på intervalnivå med rimelig god spredning. Det ble derfor anvendt parametriske statistikk, med toveis variansanalyse og Cronbachs alfa. Persons r ble brukt som mål på samvariasjon mellom mestringssevne, helseproblemer og tilfredshet med tilværelsen.

## Reliabilitet/ validitet

Både SOC-13 med delkomponenter og UHI-29 med subskalaer ble testet med Cronbachs alfa. SOC-13 hadde i denne studien en Cronbachs alfa på 0,84. Delkomponentene hadde alle en Cronbachs alfa fra 0,77–0,83. Sammenliknet med en norsk undersøkelse (22) av tilsvarende aldersgruppe hjemmeboende eldre finner vi at verdiene er rimelig sammenfallende. Alfaverdien i gjeldende undersøkelse må betegnes som høy. Cronbachs alfa ved UHI-samlet var 0,79. Indeksen viste høy intern konsistens med Cronbachs alfa fra 0,59–0,74 for de fem delkomponentene. En tidligere undersøkelse fremviste alfaverdier som ikke divergerte veldig mye fra den foreliggende (22). Alfaverdiene i denne undersøkelsen kan karakteriseres som relativt høye.

## Resultater

Utvalget besto av 242 respondenter, 171 kvinner (70,7 %) og 71 menn (29,3 %). De fordelte seg i alder fra 75 til 98 år, med gjennomsnitt på 84,4 år. Den pro-

sentvise andel av kvinner økte med alder (% regnet av kvinner og menn hver for seg). Svarene på «fornøyd med tilværelsen» gjenspeilte større grad av tilfredshet hos kvinnene enn hos mennene ( $F(1,240) = 6,39, p < 0,05$ ), med SD for kvinner og menn på henholdsvis 0,91 og 1,2. Samlede helseplager var signifikant høyere hos kvinnene enn hos mennene [ $F(1,127) = 5,59, p > 0,05$ ], med middelerverdi for kvinner og menn på henholdsvis 5,28 og 4,95. UHI-muskelsmerter var den eneste delkomponent med signifikant kjønnsforskjell [ $F(1,237) = 10,37, p < 0,05$ ]. Tilfredsheten var signifikant økende med alder ( $r = 0,13, p < 0,05$ ), mens samlede helseplager var signifikant synkende med alder ( $r = -0,19, p = 0,01$ ).

**Mestringsevne og alder**

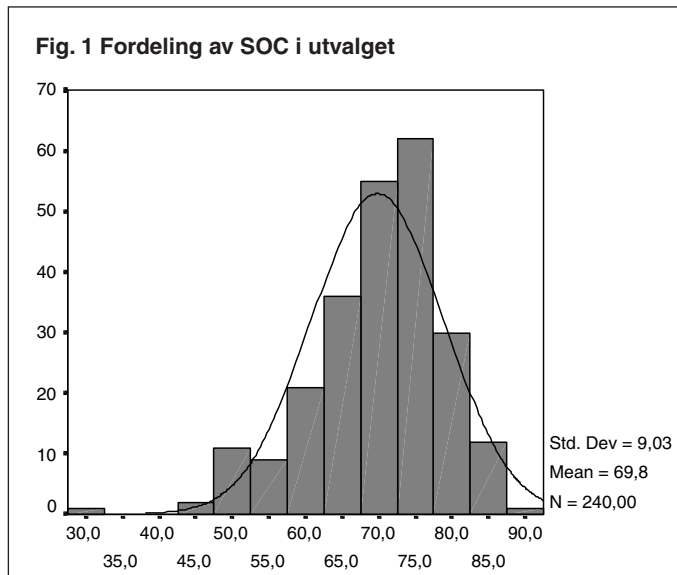
Første problemstilling knyttet seg til hvorvidt mestringsevnen vil endre seg med alder i utvalget, der aldersspredningen var 75–98 år. Tidligere undersøkelser har vist at eldre har tendens til høyere gjennomsnittsskåre på SOC-13 indeksen enn yngre (12,13). Svarprosenten på SOC var 99,2. Modusverdien var 76, median 71. X-aksen viser fordeling av SOC-skåre, Y-aksen viser

antall personer. Histogrammet i fig.1 viser en negativ asymmetrisk fordeling, noe som indikerer en høy gjennomsnittsverdi i forhold til en normalfordeling.

Den relativt høye gjennomsnittsskåren for mestringsevne (69,75) bekreftees i denne undersøkelsen, se tabell 1. SOC-samlet, dvs. inkludert de tre komponentene forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet var signifikant, men moderat korrelert med alder ( $r = 0,20, p = 0,01$ ). Det må her taes i betraktning at korrelasjonen i vårt utvalg vil reduseres fordi aldersspredningen i utvalget var sterkt begrenset. Kvinner skårte gjennomsnittlig litt høyere enn mennene (se tabell 1), men kjønnsforskjellen var ikke signifikant.

**Tilfredshet med tilværelsen, mestringsevne, kjønn, og helseplager**

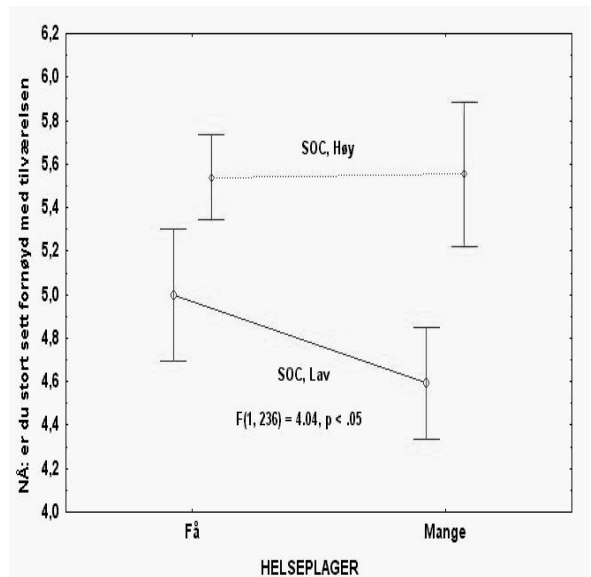
«Fornøyd med tilværelsen» økte med alder ( $r = 0,13, p < 0,01$ ). Kvinnene rapporterte større grad av tilfredshet enn menn, [ $F(1,240) = 6,39, p < 0,05$ ], med middelerverdi for kvinner og menn på henholdsvis 5,28 og 4,8. Kvinnene skårte relativt mye høyere på svært/ meget/ nokså misfornøyd (9,8 %/ 1,8 %). Det var positiv korrelasjon i relasjonene



**Tabell 1. Fordeling av SOC-samlet**

	Antall	Mean	SD	Faktisk v.bredde
Alle	N=240	69,75	9,05	31–88
Kvinner	N=169	69,34	9,41	31–86
Menn	N=71	70,73	8,13	47–88

**Fig.2 Mestringsevne, helseplager og fornøyd med tilværelsen**



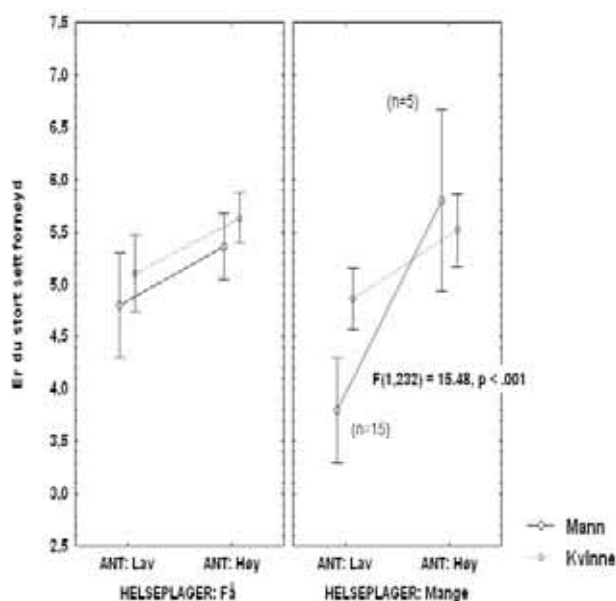
SOC-samlet /fornøyd med tilværelsen ( $r = 0,41, p < 0,1$ ). Det vil si at jo høyere mestringsevne de hadde, desto mer fornøyd rapporterte de å være. Ut fra et salutogenisk perspektiv vil mestringsevne avspeile stresshåndtering, f.eks. av helseplager, slik at de ikke manifesterer seg i stress. Tilfredshet/ velvære forståes som noe annet enn fravær av sykdom. Data gav støtte for antakelsen om en positiv sammenheng mellom mestringsevne (SOC-samlet) og «fornøyd med tilværelsen.» Sammenhengen var relativt sterk ( $r = 0,43; p < 0,01$ ).

I fig. 2 deles variabelen SOC i to, dvs. skåre over og under gjennomsnittet. Data viste at folk med lave SOC-skåre så ut til å la seg påvirke av sine helseplager i

vurdering av hvor fornøyd de var med tilværelsen. Forskjellen i vurdering avhengig av helse var her signifikant ( $F(1,236) = 4,04; p < 0,05$ ). De som skårte høyt på SOC derimot, så ikke ut til å la seg affisere av sine helseplager i vurdering av hvor fornøyd de var med tilværelsen.

Fig. 3 viser en mer nyansert analyse av relasjon mellom SOC, helseplager og kjønn. Menn med få helseproblemer liknet kvinner generelt: De var lite påvirkelige av sine helseplager. Menn med lav SOC og mange helseplager var imidlertid mer sårbare enn kvinner ved at de hadde betydelig lavere tilfredshet. Samtidig viser fig. 2 at de mest fornøyd var menn med høy mestringsevne og mange helseplager.

**Fig. 3 Mestringsevne, helseplager fornøyd med tilværelsen og kjønn**



## Diskusjon

### Utvalgets representativitet

Ved å sammenlikne utvalget med tilsvarende utvalg av eldre som mottok hjemmebaserte tjenester var det bare små avvik på sosio-demografiske variabler (23). Det var imidlertid et visst avvik i alderssammensetningen ved at utvalget hadde noe overrepresentasjon av de aller eldste. Dette kan ha sammenheng med noe lavere sykehjemsdekning i disse kommunene slik at de eldre blir boende lenger hjemme. Gjennomsnittsalderen tatt i betraktning stemmer kjønnsfordelingen i vårt utvalg godt med kjønnsfordelingen i tilsvarende utvalg i populasjonen (23). Representativiteten i utvalget synes derfor å være god. Utvalget er homogent fordi det begrenset seg til gruppen av hjelpeavhengige, pleietrengende eldre som bodde hjemme og var tilknyttet kommunal omsorgstjeneste. Dette styrker representativiteten, men kan gi redusert generaliseringsverdi utover individer som følger

inklusionskriteriene. En kunne f.eks. tenke seg at ulikheter i omsorgstilbud, som hjemmesykepleie versus sykehjemsplassering ville ha betydning for mestringsevne og takling av helseplager.

Frafallet på 16,6 % må taes i betraktning når representativiteten skal vurderes. Inntrykket som intervjuerne fikk var at frafallet ikke knyttet seg til noen bestemt gruppe. Det er nærliggende å tenke at det var de konstitusjonsmessig svakeste som trakk seg, med den fare for «elitebias» det ville kunne medføre. Høy Cronbachs alfa for SOC indeksen i denne undersøkelsen indikerer at informantene ikke svarte tilfeldig. Det at de klarte seg hjemme tross sykdom, begrensninger og hjelpebehov tyder på god mestringsevne.

Sterkt begrenset aldersspredning i utvalget (75–98 år) understreker homogeniteten i utvalget med den effekt at korrelasjon mellom alder og interessante variabler, f.eks. mestringsevne, kan bli lavere enn om aldersspredningen hadde vært større. Ved at eldre trolig gjennomsnittlig skårer

høyt på SOC (12,13) samt begrensninger i spredning på alder i utvalget vårt, forsterkes dette problemet. Likevel avspeiler funn av høy mestringsevne som er økende med alder utvikling og vekst også i livets siste fase. I vårt utvalg av pleieavhengige eldre med ulike helseplager og innskrenkninger i livsutfoldelse tydeliggjøres at helse er ikke bare hvordan vi har det, men også hvordan vi tar det. I et naturalistisk utviklingsperspektiv ligger en forståelse av at de sterkeste individene vil overleve lengst, grunnet gode gener og tilpasningsdyktighet (24). Med andre ord: Vi kan ha å gjøre med et selektert utvalg. Antonovsky bringer et annet fokus inn i dette bildet ved å sette søkelys på individer som på tross av ulike helseplager og nedsatt funksjonsdyktighet mestrer sin tilværelse godt. I disse perspektiver ligger det uansett en forståelse av at de eldre i utgangspunktet har høy SOC. Et av ankepunktene mot Antonovskys mestringmodell har nettopp vært at han ikke har redegjort på en overbevisende måte for hvorfor noen utvikler en høy SOC mens andre ikke gjør det (25). Som nevnt innledningsvis hevdet Antonovsky at SOC kan reduseres ved store og ukontrollerbare hendelser. Funn av mestringsevne som økende med alder i denne undersøkelsen er interessant fordi det setter spørsmål ved om mestringsevnen er så rigid som Antonovsky postulerer. Den gis ikke uten videre svar på om SOC på det gitte tidspunkt var sammenfallende med de eldres opprinnelige SOC-verdi. En oppfølgende livsløpsundersøkelse kunne avspeile utvikling av mestringsevne til *enkeltindividet gjennom alderdommen*, og søke å identifisere hvilke faktorer i eller utenfor personen som evt. kunne styrke mestringsevnen.

### Kjønnsforskjeller

Undersøkelsen viste noe overraskende at kvinnene var signifikant mer fornøyd enn mennene, selv

om de rapporterte signifikant flere helseplager. Ulike studier har undersøkt om kvinner og menn lar seg påvirke ulikt av stressorer. Resultatene støtter Antonovskys teori når det gjelder den effekt negative livshendelser har på helse, og den positive effekt SOC har (26). Eldre har også ofte flere lidelser samtidig, og et uklart sykdomsbilde. Men her i ligger ingen føringer for hvorfor kvinner, tross helseplager, i denne undersøkelsen var signifikant mer fornøyd enn menn. En mulig forklaring på kjønnsforskjellen kan være at menn er mer sårbare for lav mestringsevne enn kvinner, f.eks. fordi tilfredshet hos dem i stor grad knyttes til opplevelse av å mestre. Dette ble bekreftet i analysen ved at mennene i gruppen lav mestringsevne/ mange helseplager var mindre tilfredse enn kvinnene i samme gruppen. Kjønnsforskjellen var signifikant. Samtidig viser undersøkelsen at de som var mest tilfredse var faktisk menn med høy mestringsevne og mange helseplager (se fig.3). Det gir støtte for SOC-nivået som avgjørende for takling av helseplager, men forteller ikke om årsaker til kjønnsforskjellen. Tidligere forskning kan tyde på at de respektive kjønnsgrupper har forskjellige fortolkningsverdener (27).

Det har vært hevdet at Antonovsky ikke tar nok hensyn til den sosiologiske siden i SOC (28), f.eks. den akkumulerings-effekt klasseforskjell kan gi over et livsløp, inn i alderdommen (5). Kanskje har nettopp tidligere tiders klassesamfunn og «magre år» vært med å forme ekstra sterke og tilpasningsdyktige individer. Høy mestringsevne reflekterer ikke bare indre ressurser som tilpasning og anvendelse av hensiktsmessige mestringstrategier. Det muliggjør også å dra nytte av ytre ressurser, som sosialt nettverk og helsetjeneste, og å skape, ivareta og utvikle sosiale relasjoner

og sosial integrasjon. Det kan være noe av forklaringen på at eldre menn med høy SOC og store helseplager var de som rapporterte størst grad av tilfredshet.

Tidligere forskning har vist at SOC har størst betydning for helse under stressende omstendigheter, nettopp ved at den har en slags buffereffekt (29,30). Det kan virke som om SOC har en modererende effekt på stress, her forstått som store helseplager. Dette bekreftes i vår undersøkelse. Andre undersøkelser kan vise til liknende funn (31). På den annen side har det vist seg at eldre, på spørsmål om hvordan de har det, ofte uttrykker at de er tilfredse med livet. Sammenhengen mellom alder og livskvalitet er derfor avhengig av måten livskvalitet er operasjonalisert på (32). I denne undersøkelsen var den eldres vurdering av egen tilværelse målt ved et generelt spørsmål om tilfredshet. Det gis dermed ikke noen spesifisering av fysiske, psykiske, sosiale eller åndelige domener. Likevel kan det være rimelig å knyttet den signifikante sammenhengen mellom mestringsevne og tilfredshet med tilværelsen til SOC som barometer på psykisk helse og psykisk robusthet. Tidligere undersøkelser viser, i likhet med denne, sterk sammenheng mellom SOC og psykiske variabler (33,34), med SOC som den beste prediktor på psykisk tilpasning. SOC fungerer også som mediator for faktorer som gir individet svekket motstandskraft (f.eks. helseplager), slik at tilpasning påvirkes direkte eller indirekte ved å påvirke SOC (33).

### Konklusjon

Undersøkelsen viste økende mestringsevne med alder. Eldre med høy mestringsevne rapporterte mindre subjektive helseplager enn eldre med lav mestringsevne. Kvinnene var mer fornøyde enn mennene, selv om de rapporterte flere helseplager. Eldre med høy mestringsevne lot seg ikke nevne-

verdig påvirke av sine helseplager i hvor fornøyde de var med tilværelsen. De med lav mestringsevne derimot rapporterte signifikant lavere grad av tilfredshet enn de med høy mestringsevne. Dårligst ut kom menn med mange helseplager og lav mestringsevne. Dette gir støtte for at både SOC-nivå og kjønn har betydning for takling av helseplager. Mye tyder på at utvalget er selektert med tilpasningsdyktige individer. De har nådd en høy alder, og de klarer seg hjemme. I salutogenisk forståelse vil høy mestringsevne inkludere evne til å nyttiggjøre seg ressurser rundt seg, f.eks. omsorgsapparat og familie. De eldre klarer i stor grad å tilpasse seg sin situasjon. Samtidig setter det spørsmål ved Antonovskys forståelse av mestring som en relativt konstant evne fordi SOC-stigning i utvalget i gjeldende undersøkelse like gjerne kan avspeile individuelt økt mestringsevne i alderdommen.

### Implikasjoner for omsorgstjenesten

Funn av mestringsevne økende med alder viser eldres mulighet og potensiale også i livets siste fase. Kanskje kan dette bidra til at de etablerte normer for sosial aldring revideres? Økende alder er ikke synonymt med økende subjektive helseplager og minsket tilfredshet. Kjønnforskjeller, ved at menn med lav mestringsevne og mange helseplager var spesielt sårbare, gir signaler om behov for et differensiert omsorgstilbud. I samsvar med Antonovskys teori og tidligere refererte empiriske funn betinger høy skår på SOC at den hjelpeavhengige har tillit til «legitime andre». Om stressoren, her forstått som helseproblemer, ikke står i forhold til mestringsmuligheter, f.eks. tillit til «legitime andre» vil SOC kunne svekkes. Det understreker viktigheten av å etablere et tillitsforhold bygd på respekt og likeverd mellom den hjelpeavhengige og f.eks. hjemmesykepleier. Vesentlig her blir trolig å gi tid og tilstrebe få og

samme hjelpere til den samme pasienten slik at et tillitsforhold gis tid til å vokse frem. Det er en utfordring i en tid da mye av omsorgstjenesten baseres på vikartjenester. Man kunne tenke seg at mulighet for hjelp ved behov (kontroll) kunne styrke mestringsevnen. Forskning kan tyde på det (3). I salutogenisk forståelse kan dette trolig knyttes til situasjonens håndterbarhet. I en slik forståelsesramme vil eldres mestring av helseplager og velbefinnende være avhengig av visshet om nok hjelp, og av hjelpere som evner å skape tillit og trygghet.

En fare ved tolkingen SOC-nivå er forutinntatthet og resignasjon hos helsearbeidere i omsorgstjenesten ved at målt mestringsevne oppfattes som bestemmende for den eldres takling av helseplager. Her i ligger en fare for at SOC best kan tjene de sterke (35). Ved å plassere den eldre etter en skåringsskala, fulgt av tilsvarende forventninger eller mangel på sådanne, kan man utisiktet legge føringer for den enkeltes mulighet til utvikling og vekst. Den beste måten å bruke kunnskap om mestringsevnen på er kanskje å betrakte SOC som et spill på psykisk velbefinnende, og yte pasienter som «skårer lavt» ekstra nærhet og støtte i et gjensidig tillitsforhold. Vesentlig her er trolig den samhandling som skjer mellom klient og omgivelsene, f.eks. hjemmesykepleier.

### Forslag til videre forskning

Funn av mestringsevne som økende med alder setter spørsmål ved Antonovskys forståelse av mestringsevnen som relativt rigid og fastlagt i tidligere år. Forskning på individuell mestringsevne over et livsløp vil kunne synliggjøre endringer av mestringsevnen i alderdommen, og hva som eventuelt bevirker en økende mestringsevne ut over den tidsfasen som Antonovsky postulerer. Et annet aktuelt spørsmål for videre forskning er om det å bo i

eget hjem er en motstandsressurs i seg selv, som medvirker til høy grad av mestring og stresshåndtering. Likeledes hva sosial støtte og nettverk betyr for mestring av helseplager, og for hvor tilfredse pleietrengende hjemmeboende eldre er. Tidligere forskning har vist at eldre som bor hjemme har høyere mestringsevne enn de som er hospitalisert (36). Interessant i den sammenheng er om tilsvarende aldersgruppe på sykehjem har mestringsevne tilsvarende gjeldende utvalg, og om egen vurdering av helse og tilfredshet med livet, helseplager tatt i betraktning er rimelig sammenfallende. Ved dokumentert kunnskap om at eldre befinner seg mer vel og opplever livet som mer håndterbart og meningsfylt i eget hjem introduseres også et etisk aspekt; respekt for den enkeltes integritet og medbestemmelse.

*Takk til Britt-Marie Drott Sjöberg, Professor i psykologi, NTNU og Frode Svartdal, Professor i psykologi, Universitetet i Tromsø, for faglig bistand.*

*Takk også til Hans Inge Sævereid, HiA, for tiden stipendiat UiB, for delprosjekt i hans dr. gradsarbeid.*

Godkjent for publisering  
19.9.2003

Magnhild Høie  
Høgskolelektor  
Fakultet for helse- og Idrettsfag  
Høgskolen i Agder  
Institutt for sykepleie  
Sykehusveien 4  
NO – 4838 ARENDAL

### Referanseliste

1. Daatland, S.O. (1994). *Hva skjer i eldreomsorgen?* NGI-rapport-4, 1994. Oslo: Norsk Gerontologisk institutt (NOVA).
2. Boorse, C. (1977). Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science*, (44), 542–573.



3. Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.
4. Antonovsky, A. (1996). The Sense of Coherence. A Historical and Future Perspective. A. Antonovsky's Last Article. *Israelic Journal of Medical Science*, 32, 170–178.
5. Thorsen, K. (1998). *Kjønn, livsløp og alderdom. En studie av livshistorier, selvbilder og modernitet*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
6. Kobasa, S. C. (1979). Stressful Life Events, Personality and Health: An Inquiry Into Hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, (1), 1–11.
7. Bandura, A. (1977). Self efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84, (2), 191–215.
8. Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, (1).
9. Antonovsky, A. (1972). Breakdown: A Needed Fourth Step in the Conceptual Armamentarium of Modern Medicine. *Social Science and Medicine*, 6, 537–544.
10. Ramhøi, P. (1991). *Livsform og alderdom – hvordan eldre mestrer et midlertidigt sykdomsforløp*. Danmark: Akademisk forlag.
11. Wykle, M.L., Kahana, E. & Kowal, J. (1992). *Stress & Health among the elderly*. Spring Publishing Company, Inc. 536 Broadway, New York.
12. Coe, R. M., Romeis, J.S., Tang, B. X. og Wolinsky, F. D. (1990). Correlates of a measure of coping in older veterans: a preliminary report. *Journal of Community Health*, 15, 287–296.
13. Nyamathi, A. M. (1991). Relationship of Resources to Emotional Distress, Somatic Complaints and High Risk behaviors in Drug Recovery and Homeless Minority Women. *Researching Nursing and Health*, 14, 269–278.
14. Sævareid, H.J. (1998). Prosjektplan: «Mestringsressurser hos pleietrengende, hjemmeboende eldre over 75 år, tilknyttet kommunal hjemmetjeneste» Seksjon for sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen. **Upublisert**.
15. Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36, (6), 725–733.
16. Hood, S. C., Beaudet, M. P. og Catlin, G. (1996). A Healthy Outlook. *Health Reports*, 7, (4), 25–30.
17. Flannery, R. B. Jr. & Flannery, G. J. (1990). Sense of Coherence, Life Stress, and Psychological Distress: A Prospective Methodological Inquiry. *Journal of Clinical Psychology*, 46, (4), 415–420.
18. Eriksen, H. R., Ihlebæk, C. & Ursin, H. (1999). A scoring system for subjective health complaints (SHC). *Scandinavian Journal of Public Health*, 27, (1), 63–72.
19. Ursin, H. (1997). Sensitization, somatization and subjective health complaints. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4 (2), 105–116.
20. Lindstrøm, T. (1998). «Good Grief». *Adapting to Bereavement*. Bergen: Department of Biological and Medical Psychology; UIB.
21. Eriksen, H. R., Olf, M. & Ursin, H. (1997). The CODE: A revised battery for coping and defense and its relations to subjective health. *Scandinavian Journal of Psychology*, 38, (3), 175–182.
22. Langeland, E. (1994). *Sosial støtte og mestringsressurser*. Hovedfagsoppgave: Seksjon for Sykepleievitenskap: Universitetet i Bergen.
23. Statistisk sentralbyrå (2000). Datatjenesten [www.ssb.no](http://www.ssb.no)
24. Darwin, C. (1979). *The origin of species by means of natural selection or the preservation of favoured races in the struggle for life*. New York: Avenel. (Opprinnelig utgitt i 1859).
25. Korotkov, D. L. (1993). An assessment of the (short form) Sense of Coherence personality measure: Issues of validity and well-being. *Personality and Individual Differences*, 14, 575–583.
26. Carmel, S., Anson, O., Levenson, A., Bonneh, D.Y. & Maoz, B. (1991). Life Events, Sense of Coherence and Health: Gender Differences on the Kibbutz. *Social Science and Medicine*, 32, (10), 1089–1096.
27. Thorsen, K. (1999). *Eldre inn i den nye tid. Mangfold, muligheter, mening*. Nasjonalforeningen for folkehelsen: Kommunikasjonsbyrået TOTAL AS.
28. Greyer, S. (1997). Some conceptual considerations on the Sense of Coherence. *Social Science Medicine*, 44, (12), 1771–1779.
29. Sagy, S. & Antonovsky, A. (1990). Coping with retirement: Does the sense of coherence matter less in the kibbutz? *International Journal of Health Sciences*, 1, 233–242.
30. Sagy, S. & Antonovsky, A. (1994). The family sense of coherence and the retirement tradition. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 983–993.
31. Callahan, L. F. & Pincus, T. (1995). The sense of coherence in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 8, (1), 28–35.
32. Mastekaasa, A., Moum, T., Næss, S., & Sørensen, T. 1988. *Livskvalitetsforskning*. Rapport 88, (6). Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
33. Smits, H. M., Deeg, I. H. & Bosscher, R. J. (1995). Well-being and control in older persons: The Prediction of Well-being from Control Measures. *International Journal of Aging and Human Development*, 40, (3), 237–251.
34. Buchi, S., Sensky, T., Allard, S., Stoll, T., Scnnnyder, U., Klaghofer, R. & Buddeberg, C. (1998). Sense of Coherence, a protective factor for depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 25, (5), 869–875.
35. Tishelman, C. (1996). Några kritiska reflektioner over vårt okritiska bruk av matinstrument: Exempel Kansla av Samanhang frågeformular. *Vård i Norden*, 16, (1), 33–37.
36. Larsson, G., Johansson, I., & Hamrin, E. (1995). Sense of coherence among elderly somatic patients: predictive power regarding future needs of care. *Journal of Nursing Management*, 3, 307–311.

# Evidence-based educational strategies for evidence-based nursing – a literature overview

Kerstin Segesten, RN, PhD,  
professor

## ABSTRACT

**Background:** Nurses use a limited amount of scientific evidence to secure good nursing care, due to organisational superiority, limited knowledge and training as well as limited access to literature.

**Aim:** To study if the literature reveals any evidence that supports certain educational strategies to be used in order to disseminate scientific nursing knowledge and promote evidence-based nursing practice.

**Methods:** This paper reviews recent literature concerning educational strategies to enhance evidence-based nursing. About 200 articles from nursing journals and some allied health fields were read and analysed.

**Results:** Single measures to promote evidence-based practice such as lectures and state-of-the-art publications have little impact on daily practice. Most effective seems to be a work model based on the problems on the ward, following a planned change strategy and including feedback to a target group.

**Conclusions:** More attention need to be paid to the issue of implementing research based knowledge into nursing care. More research is needed concerning effects of various attempts to promote evidence-based practice.

**KEY WORDS:** evidence-based nursing, education, quality of care.

## Background

Problems connected with dissemination and utilisation of obtained scientific knowledge within nursing and allied health fields have been an issue for many years. During the past decade the discussion has been focusing on what has been labelled as evidence-based practice or, in a nursing context, evidence-based nursing (EBN). EBN is considered to be a way to deliver nursing care of the highest quality to the lowest cost possible. By utilising the best knowledge available nursing care is supposed to be efficient and serve best the interests of the patients.

Evidence-based practice seems easy to accept in theory, but hard to accomplish in practice. A number of studies show that nurses only partially use scientific evidences. Only one out of 87 nurses knew the optimal time for the thermometer to be in the mouth in spite of results being published in a number of journals (1). Almost the same results were found about the influence of cold drinks on mouth temperature measurement (2). Brett (3) asked 279 nurses about their familiarity to 14 different evidence-based procedures on a seven-step scale from «never heard about» to «uses always». The most well known procedures were those for urine catheters (95% answered «heard about» and 79% – «use always») while the latest findings about pain assessment were less known (34% «heard about» and 9% «use always»). In a Swedish study only 13% of the nurses indicated that they ever read scientific journals (4).

However, it is not only nurses being slow in applying known results, the same counts for physicians and evidence based medicine (EBM). After a literature review, Greenhalgh (5) concludes that in the early 1980s in Great Britain only 15% of all medical procedures were evi-

dence-based. In the middle of the 1990s the main prescription after a consultation was evidence-based in 81–82% of the cases studied in internal medicine and family practice but only in 62% of the cases in psychiatry. A list of therapeutic measures was presented to British and Australian physiotherapists (PT) with ten years of experience. They were asked to indicate the knowledge base for each measure. The most common base was «learned at school» or «former experience». Among British PTs 27.7% of the measures was based on contemporary research. The figures for Australian PTs were 20.6% (6).

The way we understand EBN may influence the choice of promoting strategies. One way is viewing EBN as a dissemination problem, another is based on problem solving, and still another is viewing EBN as a way to think and to act. In the later case, Sacket *et al.* (7) are frequently cited, saying that evidence-based practice implies conscientious, explicit and judicious use of the most solid pieces of evidence of today, when clinical decisions are made about caring for individual patients.

The value of applying evidence-based practice in work is discussed as well. The benefits pointed out are, for example, a) continuous upgrade of knowledge, b) enhance reliability in clinical decisions; c) improve communication between patient and care giver, d) create frame work for teaching and team problem solving, and e) improve methodological competence, computer skills and reading habits (5, 8). The potential of reducing costs through evidence-based practice may be noticed (9).

Evidence-based practice may also have drawbacks. It may be used too rigorously; not leaving any room for adaptation to the individual patient's needs and circumstances (10). It may be used solely as a tool to reduce costs (7)

or to enhance clinical effectiveness (11). Good clinical practice must combine scientific evidence, clinical experience and patient preferences to reach optimal results (12, 13).

The introduction of the concept of evidence-based practice in medicine, nursing and allied health fields has been described as a shift of paradigm (9, 14). Kessenish (9) refers to a number of nurse scholars and argues for a renewal of the assumptions on which nursing education and nursing practice are based. In stead of following routines and carrying out doctor's orders in a task oriented environment the nurse will view the patient as an individual with his own needs and desires. Nursing care will be planned and implemented in a dialogue with each patient. In such a system evidence-based knowledge is taken for granted (15, 16).

## Aim of the study

The aim of this literature overview was to answer the following question: Do the literature reveal any evidence that supports certain educational strategies to be used in order to disseminate scientific nursing knowledge and promote evidence-based nursing practice?

## Method

This project was carried out as an overview of current literature mainly from scientific nursing journals. Some journals within medicine and allied health care fields have also been reviewed. The literature has been searched for by the use of CINAHL, Medline, Eric and Spri-line (a Swedish index). From the first collection of articles, reviewing the reference lists of the selected articles carried out a second search. The searches focused on articles published the year of 1990 and forward, although some

often cited older papers were included as well. About 200 articles were read. The articles found exhibit a variety of projects described and a variety of accuracy when it comes to scientific methods used. A number of articles contained descriptions of models and procedures for dissemination, other reported empirical studies in the field.

## Findings

### Formal education

One obvious obstacle for EBN is the nurses' insufficient knowledge about the research process and the lack of competence in reading and evaluating scientific articles and reports (6, 17). A number of articles suggest various kinds of educational formats and methods to train nurses and others for EBN (18, 19), while very few actually evaluate the outcome of such measures. French (18) argues that the nurse education is far too much concentrated on the conduct of research. The focus should be put instead on stating questions and looking for answers in the literature. The nurse should be educated to be a scientific knowledge consumer and not a producer. The latter should be an issue in doctoral programmes. Kessenish (9) stresses the importance of good clinical education. The clinical practice should not merely guide the student through various clinical settings, but introduce the student to a way of asking questions systematically, looking for answers in scientific literature and make as solid decisions as possible.

### Continuing education

Models for continuing education are also proposed (18, 20) without being evaluated systematically. The process of identifying and formulating relevant questions is stressed in most models, and to judge what questions could be answered by scientific

results and what should be answered by other means. Scientific reading skills are stressed as well. Brett (3) found a weak, but significant correlation between the hours per week nurses used to read research articles and the degree of evidence-based nursing practice.

### Supporting scientific reading

There are numerous guides for article reviewing available. The principles are the same, even if they are addressed to specific professions and vary in scope and degree of details (see 10, 21, 22, 23). No studies have been found evaluating the effect of using this kind of guides.

In a Canadian study, the medical staff got access to a special person with literature handling skills. This person followed the teams, attended clinical meetings, helped identifying questions to be answered through literature, and delivered articles. Nineteen doctors out of 20 used the service. Out of 63 literature reviews, 17 resulted in reduction of costs, 9 in different medical measures, 11 in a different diagnosis and 15 in cutting out unnecessary treatment. Only in eleven cases the literature review gave no results (20). No similar studies were found with nurses or other health care professions in focus.

### Research ambassadors

Some articles describe models in which one or more members of the nursing staff are selected to take responsibility for research utilisation on the ward. The idea includes education, some time allocated and mandate to carry out the duty (24). An alternative model is to expend the mission for in service education faculty to play the role (16). Simpson (25) stresses the role of the leadership in research utilisation. The nurse leaders have to be both knowledge and problem focused, as well as possessing the capability to unite the nurses, clarify objec-

tives and combine nursing practice and the academic world. To do so, nurse leaders have to be strong, enthusiastic and knowledgeable.

Tramner *et al.* (24) studied the implementation of an «EBN-nurse» on a paediatric ward. The nurse supervised a project including lectures, training in searching and evaluating scientific literature, study visits, a notice board for information and mediation of results during rounds. The intervention was focused on child development in new-borns. Due to the project the nurses' job satisfaction increased, the ability to evaluate scientific articles improved in eight out of nine cases and so did the children's wellbeing. Other studies evaluating nurse ambassadors have not been found.

### State of the art documents

An extensive part of promoting evidence-based practice is the production and dissemination of clinical guidelines, state of the art documents and similar publications. These publications are mostly produced by groups of experts (26) and structured according to the aim of the product (27). Some of them are aimed at solving clinical problems while others have the format of syntheses of knowledge. Mead (28) stresses the importance of developing methods for meta-analyses and of encouraging researchers to conduct that kind of analyses. Journals such as *Evidence-Based Nursing*, publishing short and easy read versions of scientific articles with some comments could be viewed as a step on the way to state of the art knowledge. In the USA, and even in other countries, nurses associations, official authorities, publishing companies or others have published books and pamphlets describing how to carry out nursing measures and interventions.

Producing state-of-the-art documents and clinical guidelines

does not necessarily mean that professionals use what's in these publications. Davis *et al.* (29) conducted an overview of 96 articles examining the outcome of different ways of offering continuing education to physicians. Just sending out booklets or video programmes did not make any difference at all in four cases out of eleven. Combining distribution with personal visits and academic discussions strengthened the impact somewhat. Research about women worries after smear-test resulted in an information package to use when caring for these women. The package was sent to the nurses on 228 out patient clinics together with a letter encouraging the nurses to use it. After a while 100 nurses were asked questions about using the material. Only 37 percent answered and, out of them, about half had never used it (30).

Rosser *et al.*, (31) recommended that material addressing professionals and patients should be produced at the same time. If the patients ask for certain measures, the professionals will be forced to inform themselves. This model has been used, for example, by the US Department of Health and Human Services in guidelines including a comprehensive report, a short version of this report and a pamphlet for patients.

### Nursing quality development

The most effective way to implement evidence-based practice seems to be embedding the concept of evidence-based nursing into the nursing quality development work on a unit level. A number of publications describe models and evaluation of the use of models where the starting point is evaluation of practice, an identified problem or a desire for more knowledge on the floor level (32, 33).

Stetler (34) developed a quality development model and emphasises that it should be instrumen-

tal, i.e. it should serve as a means to change or adjust procedures or measures. The model goes in six steps: a) Preparation – establish the aim for seeking evidence, survey the circumstances and decide what kind of research should be scrutinised. b) Validation – accept or reject articles that have been found – make notes of knowledge found. c) Comparative evaluation – use criteria as; appropriate, possible to apply, good evidence and relate to the practice of today, d) Decision making – relate findings to the aim and circumstances and decide whether certain knowledge could be used immediately, considered further, used later or not used at all, e) Translation/application – shape and reshape scientific knowledge into activities – focus on critical thinking and decision making on praxis level, e) Evaluation – clarify expected outcome in relation to the aim and apply informal and formal strategies for evaluation.

Most effective seem models including various kinds of feedback to be (35). Davidson *et al.* (32) described such kind of a model. They tried to implement new research-based interventions in working with violent mentally retarded clients to prevent them from hurting themselves or others. During a period of four months the use of restrictions and tranquillising drugs was properly measured. After that all staff members were informed about the aim of the project, i.e. to reduce restricting interventions and increase the use of alternatives. Moreover, they were offered education and supervision in the use of new procedures and the measuring of restrictions and drugs continued. Feedback was given each month to the staff. The hours of locking in clients dropped in a year by 99% and other forms of restriction dropped by 88%. The use of drugs dropped by 44 %.

The feedback model has some similarities with what is labelled

as action research. The researcher then studies relevant aspects of the phenomenon in question, feeds the results back to the target group, relates to literature, develops change strategies together with the group, helps the group implementing and studies the outcome of the actions carried out (33). Significant for these models is the use of multiple measures to reach practice based on evidence. Davis *et al.*, (29) point at the necessity of using massive efforts to get results.

### Discussion

This literature overview merely scrutinises the surface of all the material published concerning the matter of enhancing evidence-based practice. Of about 200 articles read, 35 were used in this paper. Articles describing educational measures without any effort to evaluate the outcome of such measures are common. The scientific quality of reported studies was not reviewed in a systematic way, but the general impression was that some were very good while others were quite premature.

Most of the educational measures for changing practice to be more evidence-based seem to have little impact when they come one by one. The fact that a lecture or seminar is given or a state-of-the-art report is published, very seldom makes a difference. The odds increase, however, when two or more measures are combined.

Changing practice in evidence-based direction, current methods and measures need to be questioned. To think EBN is a part of the general attitude toward work. If the current practice is taken for granted, or if change is considered to be someone else's responsibility, nothing will happen. If it really ought to make any difference the feedback model lead by a highly motivated change agent seems to be most effective. In

such a model a relevant problem area is identified. Today's practice is studied, discussed among the staff, and related to current literature. If there is a discrepancy between what is and what is the best practice according to the evidence, a plan for change will be set up and carried out. The results of new measures are studied in short and long term and fed back to the staff.

In conclusion, evidence-based nursing or evidence-based practice in allied health care doesn't come easily. In other words, if any progress is to be achieved, resources in terms of competence, access to literature, time, change support and encouragement must be provided. Various educational measures could contribute to the development. Often they are needed in combinations to be effective, or as a part of planned change including feedback. This overview indicates the need for more systematic literature reviews and for further research within the area.

Accepted for publication  
25.03.2004

Kerstin Segesten, RN, PhD,  
professor  
School of Health Sciences  
University of Borås  
501 90 Borås, Sweden  
phone +46 33 435 47 36,  
mobile phone +46 708 29 64 99  
Kerstin.Segesten@hb.se

### References

1. Ketifian S. Application of selected nursing research findings into nursing practice: A pilot study. *Nursing Research* 1975; 24: 89–92.
2. Kirshof K. A diffusion survey of coronary precautions. *Nursing Research* 1982; 31: 196–201.
3. Brett JLL. Use of nursing practice research findings. *Nursing Research* 1987; 36: 344–349.
4. Derbring L, Matell E, Rooke L, Stöhlen C. *Används omvårdnadsforskningen?* (Is nursing research used?). Vårdhögskolan, Malmö, Rapport 1993:6 (Sw).
5. Greenhalgh T. Is my practice evidence-based? *British Medical Journal* 1996; 313: 957–958.
6. Turner P, Whitfeldt TWA. Physiotherapists' use of evidencebased practice: a cross-national study. *Physiotherapy Research International* 1997; 2(1): 17–29.
7. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal* 1996; 312: 71–72
8. Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem solving. *British Medical Journal* 1995; 310: 1122–1126.
9. Kessenish CR, Guyatt GH, DiCenso A. Teaching nursing students evidence-based nursing. *Nurse Educator* 1997; 22(6): 25–29.
10. Taylor MC. What is evidence-based practice? *British Journal of Occupational Therapy* 1997; 60: 470–474.
11. Kitson A. Using evidence to demonstrate the value of nursing. *Nursing Standards* 1982; 11(28): 34–39.
12. Alsop A. Evidence-based practice and continuing professional development. *British Journal of Occupational Therapy* 1997; 60: 503–508.
13. McClarey M. Clinical effectiveness and evidence-based practice. *Nursing Standards* 1997; 11(52): 33–37.
14. Grimes DA. Introducing evidence-based medicine into the department of obstetrics and gynaecology. *Obstetrics and gynaecology* 1995; 86: 451–457.
15. Luker KA. Research and the configuration of nursing services. *Journal of Clinical Nursing* 1997; 6: 259–267.

16. Mottola CA. Research utilization and the continuing staff development educator. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 1996; 27: 168–175.
17. Nilsson Kajermo K, Nordström G, Krusebrant Å, Björvell H. Barriers to and facilitators of research utilization, as perceived by a group of registered nurses in Sweden. *Journal of Advanced Nursing* 1998; 27: 798–807.
18. French BZ. Developing the skills required for evidence-based practice. *Nurse Education Today* 1998; 18: 46–51.
19. Robinson D. Evidence-based care through clinical practice. *Nursing Standard* 1997; 11(30): 32–33.
20. Michaud GC, McGowan JL, van der Jagt RH, Dugan AK, Tugwell P. The introduction of evidence-based medicine as a component of daily practice. *Bulltin Medical Library Association* 1996; 84: 478–481.
21. Bengtsson A, Drevenhorn E. Evidensbaserad omvårdnad, sjukvård och kunskap (Evidence-based nursing, health care and knowledge). *Nursing Science and Research in the Nordic Countries* 2002; 22(2): 48–51 (Sw).
22. Oliver S, Crowe S, Needham G. Appraising a randomized – controlled trial to enable informed Choice. *British Journal of Midwifery* 1997; 5: 228–231.
23. Segesten K. *Använd forskningsresultat! Ett studiematerial om forskningens tillämpning i vardagen.* (Make use of research findings! A guideline for utilizing research in practice). 1994 Vårdförbundet SHSTF, Stockholm (SW).
24. Tramner JE, Kisilevsky BS, Muir DW. A nursing research utilization strategy for staff nurses in the acute care setting. *Journal of Nursing Administration* 1995; 25(4): 21–29.
25. Simpson B. Evidence-based nursing practice: the state of the art. *The Canadian Nurse* 1996; 92(10): 22–25.
26. Harrison MB, Tomas C, Logan J. Hospital to home. Evidence-based education for CTF. *The Canadian Nurse* 1998; February: 36–42.
27. Sullivan P. Developing evidence-based care in mental health nursing. *Nursing Standard* 1998; 12(31): 35–38.
28. Mead D. Using nursing initiatives to encourage the use of research. *Nursing Standards* 1996; 10(19): 33–36.
29. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing education strategies. *Journal of the American Medical Association* 1995; 274 (9): 700-705.
30. Williams S, McIntoch J. Problems in implementing evidence-based health promotion material in general practice. *Health Education Journal* 1996; 55: 24–30.
31. Rosser J, Watt IS, Entwistle V. Informed choice initiative: an example of reaching users with evidence-based information. *Journal of Clinical Effectiveness* 1996; 1: 143–145.
32. Davidson NA, Hemingway MJ, Wysocki T. Reducing the use of restrictive procedures in a residential facility. *Hospital and Community Psychiatry* 1984; 35: 164–167.
33. Royle JA, Bluth J, Ingham C, DiCenso A, Bhatnager N, Potvin C. The research utilization process. The use of guided imagery to reduce anxiety. *Canadian Oncology Nursing Journal* 1996; 6(1): 20–25.
34. Stetler C. Refinement of the Stetler/Marram model for application of research findings to practice. *Nursing Outlook* 1994; 249: 559–563.
35. Mead DM, Mosely LG, Cook RM. Can feedback be institutionalised, useful and economical? *International Journal of Nursing Studies* 1997; 34: 285–294.



## Juss for helse- og sosialarbeidere

Boken er en innføringsbok i helse- og sosiallovgivningen, herunder trygdlovgivningen. Juridisk metode og saksbehandlingsreglene i offentlig forvaltning gjennomgås og omhandler en rekke grunnleggende emner som står sentralt i helse- og sosialsektoren. Hovedtema er legalitetsprinsippet, rettsikkerhetsbegrepet, kompetansebegrepet og begrepens praktiske anvendelse og betydning i helse- og sosialtjenesten.

Fire høyesterettsdommer som har sentral betydning i helse- og sosialsektoren er gjengitt og omtalt.

Boken henvender seg til studenter i helse- og sosialfag på høyskolenivå og til ansatte i helse- og sosialtjenesten, men kan også være nyttig for andre.

3. utgave er ajourført pr. 1. juni 2004 ut fra endringer som er foretatt i helse- og sosiallovgivningen.

Bente Ohnstad er utdannet jurist, har bevilling som advokat og arbeider som førsteamanuensis ved Høgskolen i Lillehammer. Hun har publisert en rekke artikler og bøker innen området helse- og sosialrett.

*Tittel: Juss for helse- og sosialarbeidere, 3. utgave  
En innføring i lovgivning, juridisk tenkning og metode*

*Forfatter: Ohnstad, Bente*

*ISBN: 82-450-0180-5*

*Pris: kr. 379, sideantall 365*

*Utgitt: 17. august 2004 Fagbokforlaget*

# De utydelige overtramp? Etiske utfordringer ved kvalitative studier

Christina Foss, Sykepleier,  
Dr. Polit  
Bodil Ellefsen, Sykepleier,  
Dr. Polit

THE INVISIBLE  
ENCROACHMENTS – ETHICAL  
CHALLENGES IN QUALITA-  
TIVE RESEARCH.

## ABSTRACT

*The aim of this article is to draw attention to ethical challenges in qualitative research. Ethical challenges are associated less with qualitative – than with quantitative methods. Although it is «a statistically fact» that the most severe ethical issues and harmful damages in research history belongs to biomedical research intervention, it is still necessary to be aware of the potential of doing harm to respondents within qualitative research designs.*

*This article challenges the predominant assumption that qualitative methods not are potentially harmful, and argue that so-called «emphatic and sensitive» research often referred to in qualitative studies has its special challenges and pitfalls.*

*Intimacy and closeness are central aims in most qualitative interviews. In line with this, «daily conversation» is described as an ideal. However, the borders of what is regarded private in a conversation have changed tremendously, increasing the possibility that researcher and respondent might have quite different levels of self-disclosure. This increases the risk of violating respondents' integrity. It also demonstrates how strategies of power and different philosophical assumptions about human beings might come to play in a context of qualitative interviews. This underscores the importance of critical reflection by researchers conducting qualitative interviews.*

**KEY WORDS:** *Qualitative method, ethical challenge, interview*

## Innledning

Hensikten med denne artikkelen er å utfordre sykepleieforskere forestillinger om at kvalitative studier i sitt vesen er så «myke» og ivaretagende at de ikke kan påføre den eller de utforskede skade. Erfaringsmessig er de assosiasjoner som først og fremst dukker opp i vår egen bevissthet når noen nevner begreper som «forskningsetiske overgrep» ikke knyttet til kvalitative studier, men til den medisinske forskningshistorien; – fra Armauer Hansen sine eksperimenter med implantasjon av lepra i øyet på pasienter uten deres samtykke i Norge i 1880-åra – til for eksempel et forskningsprosjekt drøyt hundre år senere 1988 i New Zealand hvor man lot være å behandle carcinoma in situ på kvinner med lav status for å kunne beskrive hvordan kreften skred frem (1). Forskningsetiske overtramp har som oftest rammet ulike svake grupper, har forekommet innenfor en kvantitativ forskningstradisjon og har ofte hatt et eksperimentelt design (1, 2). Slik sett er våre umiddelbare assosiasjoner ikke helt feilaktige. Faren med en slik assosiasjonsrekke er imidlertid at vi kan komme til å se den kvalitative forskningen som en (umiddelbar og overforenklet) motpol til ikke bare det tradisjonelle medisinske eksperimentet, men også som en motpol til muligheten for forskningsetiske overgrep. Sykepleieforskningen benytter i stadig økende grad et fenomenologisk fokus på pasienten og hans livsverden (3). Slike kvalitative metoder er beskrevet som å stå for en «empatisk – og solidarisk kunnskapsutvikling, som med utgangspunkt i informantens erfaringer er basert på respekt for individet som subjekt» (4:122). Betyr dette at forskningsetiske problemstillinger er fraværende? Selvsagt ikke, og vi tror ikke at sykepleieforskere mener det. Likevel er det samtidig vår erfaring at problemstillingene knyttet

til ulike ledd i den kvalitative forskningsprosessen sjelden gjøres til gjenstand for aktiv debatt.

De forskningsetiske utfordringer knyttet til kvalitative studier er ikke bare *annerledes* enn de vi finner ved for eksempel medisinske eksperimenter, de er også *mindre tydelige* og potensielle skader for informanten er mer psykiske enn fysiske. Nettopp at forskningsetiske problemer innen kvalitativ forskning er mer subtile og lettere å overse gjør det svært viktig å holde en kontinuerlig oppmerksomhet på dette feltet. I tillegg til at problemene er mindre dramatiske og tydelige, vil kvalitativ forskning ofte endres underveis – veien «blir til mens vi går» innen et slikt design. Det finnes få standardregler innen kvalitativ forskning og det er lav grad av felles metodologiske konvensjoner i de kvalitative forskningsmiljøene. Det innebærer at metodologiske beslutninger ofte må fattes under intervjuet. Forskerens beredskap til å se – og så håndtere de etiske utfordringene når de dukker opp blir følgelig sentral. En første betingelse for å utvikle en slik etisk beredskap hviler nettopp på en anerkjennelse av at det er forskningsetiske problemstillinger også knyttet til kvalitative studier.

## Fokus på det kvalitative intervju

I det følgende reiser vi spørsmål knyttet til mulighetene for etiske overtramp innen den kvalitative «nære og empatiske» forskningen i sykepleie. Innledningsvis skisserer vi noen sentrale trekk ved kvalitativ forskning som kan disponere for forskningsetiske overtramp. Deretter drøfter vi noen (av flere mulige) problemstillinger knyttet til disse trekkene. Vi ønsker primært å reise en faglig debatt, og har derfor forsøkt å tydeliggjøre heller enn å nyansere eller harmonisere.

Vi har valgt å se bort fra de opplagt utfordrende tilfellene hvor informantene er personer med nedsatt evne til ivareta egne interesser som for eksempel barn eller psykisk utviklingshemmede. Disse gruppene er så innlysende sårbare at forskningsprosjekter som berører slike grupper vil gjøres til gjenstand for svært grundige diskusjoner og granskinger av både forsker og etisk komité. I stedet har vi valgt å fokusere mer på det vi kan kalle «hverdagsutfordringene» innen kvalitativ forskning. Det er de det er flest av, og forskeren er her ofte ganske ensom i sine overveielser og valg.

De tema vi har valgt å fokusere er problemstillinger knyttet til forskerens tilgang til informantens livsverden. Vi drøfter spørsmålene på generell basis og skiller ikke mellom fenomenologiske og hermeneutiske design, men generelt mot det kvalitative forskningsintervju når vi diskuterer hvilke farer for forskningsetiske overtramp som er knyttet til det kvalitative intervjuet.

## Hvilke etiske utfordringer er særskilte ved kvalitative intervju?

Kvalitativ helsetjenesteforskning benytter seg av ulike metoder, mest vanlig innen sykepleieforskningen er imidlertid intervju. Det er også intervjuet som får mest oppmerksomhet som kvalitativ metode, og intervjuet gir god anledning til refleksjon over den kvalitative sykepleieforskningens utfordringer. Uansett metodevalg er forskeren i et kvalitativt design på jakt etter er de *rike*, – det vil si de kontekstuelle fortellingene, med Geertz: «the thick descriptions» (5). Dette ønsket genererer etiske utfordringer. Vi vil trekke frem to beslektede hovedmoment:

På bakgrunn av antagelsen om at det liv hver enkelt av oss lever påvirker hvem vi er og hvordan vi fortolker det som hender oss, vil vi fange kunnskap som inkorpo-

rerer mer enn bare her og nå situasjonen. Mennesket *har* ikke bare erfaringer og historier, mennesker *er* sine erfaringer og historier.

Ønsket er så å si å komme inn på «innsiden av folks hoder og inn i deres liv», noen ganger helt inn i private sfærer som det for de fleste av oss ikke er naturlig å dele med fremmede mennesker. Vi vil derved for det første ha beskrivelser som favner videre enn bare det sagte; og vi er ofte på jakt etter tanken og livet *bak* det sagte.

I tillegg til den kontekstuelle beskrivelsen, søker vi detaljert kunnskap. Dette indikerer at vi for det andre streber mot en *nærhet* til den utforskede, med tilgang til vedkommendes mest mulig usensurerte tanker og refleksjoner. Når informantene er en pasient vil vi inn i hva pasienten har opplevd, tenkt og erfart, pasientens private seire og nederlag, skuffelser og gleder. Nærheten krever en tetthet mellom forsker og den utforskede hvor relasjon og makt blir sentralt og vil generere mange ulike mekanismer. Forholdet mellom forsker og den utforskede blir derved et kjerne spørsmål knyttet til respekten for menneskeverdet.

#### *Grenseoverskridelser og maktstrategier*

Det kvalitative intervju streber mot tilrettelegging for å oppnå størst mulig grad av nærhet og åpenhet mellom forsker og respondent. Et sentralt ideal for intervjuet er *samtalen* (6, 7). En samtale karakteriseres blant annet ved at den foregår innenfor det dagligdagse, i både språk, innhold og uttrykksform. I et forskningsetisk perspektiv er samtalen som ideal for forskningsintervjuet imidlertid ikke uproblematisk. Samtaler er kulturuttrykk. En hverdags samtale for eksempel i Oslo i dag og for 200 år siden vil se helt forskjellig ut, fordi hverdags samtalen er bestemt av sin historiske og kulturelle kontekst. Hvilke grenser vi har for nærhet

og intimitet er derved under stadig endring og varierer over tid og kulturer.

Bauman (8) beskriver dyrkelsen av mellommenneskelig intimitet som et fremtredende trekk ved den postmoderne bevissthet. Denne dyrkelsen gjenpeiles innen media ved realityshow og såpeoperaer og innen det offentlige rom hvor mennesker i økende grad blir private der man før var personlige. Innen journalistikken ser vi mer og mer av det man kan kalle «sosialpornografi», hvor private tragedier deles med allmennheten som underholdning. Det kan også argumenteres for at man innen forskningen stadig går lenger inn i temaer som for noen tiår siden ville blitt ansett som for private. Grensen for hva som karakteriseres som privat har gjennomgått store endringer de siste tiår. Dette er en utvikling som vil kunne føre til svært ulike meninger om hva som er «for privat» hos eksempelvis en ung forsker og en eldre respondent. Kravet til forskeren om varhet overfor hva som er respondentens grenser blir stort og faren for etiske overtramp ved å overskride den andres grenser øker.

Idealene om det fenomenologiske intervjuet kan betraktes nærmere gjennom for eksempel å gå til Kvale (7) som siterer Spradley sin beskrivelse av hva man skal formidle til informanten:

«Jeg ønsker å forstå verden fra ditt ståsted. Jeg vil gjerne vite det du vet, på din måte. Jeg ønsker å forstå betydningen av dine opplevelser, være i ditt sted, føle det du føler og forklare ting slik du forklarer dem. Vil du være læreren min og hjelpe meg med det?» (7:73).

Invitten til åpenhet og nærhet i det overstående sitatet er ikke uproblematisk. Hvis vi velger bort å se dette som en ydmyk forespørsel fra en underdanig forsker og i stedet ser det som en

ekstremt sterk appell, er dette en (tilslørt) maktstrategi hvor forskeren gjennom metaforen som benyttes lager en assosiasjon til seg selv som elev og derved den «svake part» mens informanten kobles til lærer og den «sterke part». Om forskeren tror at metaforen representerer virkeligheten eller om det er en mer kynisk bruk av den makt som forskeren har vet vi ikke. Uansett om det er en bevisst eller en ubevisst strategi, er fremgangsmåten ikke uproblematisk. Selv om man ikke finner igjen den direkte ordlyden utsagnet Kvale siterer i praksis, vil man finne igjen selve ideen; det vil si appellen. Vi trenger å diskutere hvilken form og styrke denne appellen skal få ha uten at vi beveger oss ut over rammen av det etisk forsvarlige.

En annen anbefalt form for maktstrategi finner vi beskrevet i en diskusjon av gruppeintervjuer (såkalte fokusgrupper) med personer om følsomme emner. Zeller (9) hevder at det her er viktig å øke grensen for hva som er akseptabelt å avsløre («the level of self-disclosure»). Forskeren kan bidra til dette gjennom å selv innlede med en personlig fortelling som er på det nivå forskeren anser passende for den følgende diskusjonen. Igjen er subtil maktbruk for å «lure» informantene til å gå ut over det man antar at de egentlig vil, en strategi for å rokke ved deres autonomi.

Det er også en type av målrettet maktutøvelse når Kvale peker på at intervjueren skal «skape tilfelle og kontakt for å få den intervjuede til å føle seg trygg nok til å snakke fritt om sine egne opplevelser og følelser». På denne måten kan forskeren «bruke seg selv som instrument, for å få tilgang til den intervjuedes livsverden» (7:73).

Hvor går grensene for overtramp? Selvsagt må forskeren bruke seg selv som et redskap og søke å forstå hvordan informantene erfarer og fortolker. Dette betyr likevel ikke at det idealet er

uproblematisk. Grensen for å si at intervjueren her *braker* et medmenneske som et redskap for å oppnå sine mål er hårfin, og når Kvale anbefaler å lage en ramme hvor det rutinemessig legges inn en «de-briefing» etter intervjuet (7:75), går våre assosiasjoner til at de-briefing vanligvis er noe som er nødvendig etter større følelsesmessig påkjenninger. Hvis intervjuet har vært det – har vi ikke da allerede begått et overtramp? I en vurdering av hva som er tilfredsstillende respekt for mennesket, blir informantens **sårbarhet** sentral. Sårbarhet er et relasjonelt begrep, vi er sårbare i forhold til en annen i den grad vi opplever oss underlegne den annen. Sårbarhet kommer i grader, og den som har makt over andres velferd har et spesifikt ansvar for å redusere den annens sårbarhet. Denne etiske fordringen (10) blir lett stående i motsetning til selve poenget med kvalitativ forskning; hvor målet for forskeren er komme så nært den utforskede som overhodet mulig. Egen og andre forskeres erfaringer (11) er at det er fullt mulig å oppleve at en beveger seg på grensen av å manipulere og utnytte informantene selv om man samtidig føler respekt for informantene og engasjement i temaet.

#### *Menneskesynet i kvalitativ forskning*

Den etiske diskusjonen som har vært knyttet til kvantitativ forskningsdesign som gjennom kritiske analyser trekker metoder over i menneskesyn, synes ikke å gjenfinnes i debatter knyttet til bruk av kvalitative metoder. Vi vil ta opp to motsatte, men kanskje likevel beslektede, grøfter. Den første er tendenser til *objektivering av respondenten* gjennom forskerens bruk av seg selv, og den andre er tendenser til *svakliggjøring av respondenten* gjennom uhensiktsmessig omforming av idealer fra praksis til forskning under datainnsamlingen.

Vi hevder ofte at et uomtvistelig fortrinn ved de kvalitative metoder er deres potensiale til å få frem *pasientperspektivet*. Eliasson (4) peker på at begrepet pasientperspektiv er et noe merkelig begrep – fordi i selve begrepet har vi bygget inn en kategorisering av mennesket ut ifra et behandler- eller myndighetsperspektiv. Når vi snakker om å ha et pasientperspektiv, svever vi samtidig i risikoen å ubevisst innnevne perspektivet til å gjelde menneskers erfaringer og opplevelser som *pasienter* og ikke som *mennesker* som er syke. En differensiering som kan innebære holdningsforskjeller, som for eksempel at vi betrakter informanten som pasienten og ut ifra hans/hennes svakhet og avmakt og legger mer vekt på informantens beskrivelser av problemer enn til deres egne forslag til løsninger på erfarne problem. Dette innebærer ikke bare en svakliggjøring av respondenten, men samtidig også et potensiale for objektivisering.

Subjekt-orienterte metoder har som felles mål å forstå pasientene, og så vel fenomenologien, hermeneutikken og etnometodologien er alle utviklet med dette for øye. Til tross for den erklærte interesse for å forstå informantene og en erklært tro på menneskers evne til refleksjon over eget liv, forutsetter flere av de kvalitative metoder at forskeren besitter en høyere form for forståelse og innsikt enn informantene. For eksempel gjelder dette mer strukturalistiske analyser, hvor forskeren benytter en tankestruktur som forskeren hevder er styrende for informantenes handlinger, selv om aktørene ikke er seg dem bevisst. Det betyr at det ikke bare er kvantitative design som kan anklages for å se på aktørene med et ovenifra perspektiv, og den objektivisering av respondenten som en slik tankegang representerer kvalifiserer for betegnelsen «kvalitativ positivisme». Hvis man skulle våge seg på å benytte

en mistankens hermeneutikk på forskeren selv og ikke bare informantene, ville man kunne stille spørsmålet om det kan være slik at bak forskerens teoretiske bedrevitenhet skjuler det seg en (kanskje for forskeren selv paradoksalt nok ubevisst?) sosial overlegenhetsfølelse, hvor forskeren implisitt forstår sine medmennesker som mindre i stand til å forstå sitt eget liv enn forskeren gjør. «Objektivistiske forklaringsstrategier fører til selvmotsigelser» hevder Kalleberg (12:29), og det ovenstående viser at det kan være riktig.

Riktignok heter det i de etiske retningslinjer for samfunnvitenskap at forskeren ikke bør tillegge aktører motiver uten at det gis overbevisende argumenter for det (13). Likevel framstår utsagnet med en viss tamhet, dels fordi det å fastslå forskningsresultater med full sikkerhet er en utopi nesten uansett metode og også fordi det å fortolke den andres handlingsmotiver faktisk er hensikten med det denne type forskning. I faren for objektivisering av den intervjuende ligger også en kilde til trekk som i sitt vesen faktisk er positivistiske. At positivistisk vitenskapsteori gjør seg fortsatt gjeldende som «underforstått skyggeteori» (14: 26) også innen kvalitativ sykepleieforskning er et tankekors.

Det andre temaet vi nevnte var svakliggjøring av respondenten. Diskusjonen knyttet til faren for uheldige «bivirkninger» i fag som legger stor vekt på følelser har vært reist tidligere, da med vekten mer på sykepleie som enn på sykepleieforskningen. Den såkalte «romantiseringdebatten» som ble reist av Kristin Heggen for noen år siden var en spennende og betimelig debatt om det hun benevnte romantiseringen av sykepleiefaget (15). De momenter Heggen løftet frem har også aktualitet i diskusjonen om etiske utfordringer i kvalitative metoder, og poengene er knyttet til nettopp nærheten og følsomheten, inter-

vjuet som samtale og forskerens bruk av seg selv. Vi er enige med Heggen når hun peker på at selv om man i pleien har innlevelse er det ikke automatisk slik at man havner på den riktige siden (kanskje for overtramp er like stor i sykepleieforskningen. Heggen trekker linjer fra forskningens prinsipper til pleiearbeidet og spør om «rettesnorer for kvalitativ forskning løftes fram som rettesnorer for god kvalitet i pleiearbeidet» (15: 49). Hun løfter derved fram muligheten for at det skjer en «uhensiktsmessig omforming fra idealer for kunnskapsutvikling til idealer for pleie» og spør om dette er dynamikken bak romantiseringen av sykepleiefaget. Vårt bilde er det motsatte; at man tar med seg kunnskapsidealene fra pleien inn i forskningen. (Det er jo også den veien man har beveget seg for å ende opp som forsker). Veien fra praksis til forskning kan innebære at man tar med seg et bilde av en relasjon som hører hjemme i en kontekst hvor man har en terapeutisk mandat for så å overføre dette til forskningen. Den terapeutiske nærhet fra praktisk sykepleie tas med inn i intervju situasjonen, og vi ender opp med «det terapeutiske forskningsintervju». Dette er en grunn til å ta «romantiseringdebatten» alvorlig også innenfor sykepleieforskning.

#### Avsluttende kommentar

Oppsummert hevder vi at det kvalitative intervju ønske om nærhet til den utforskede gjennom idealer knyttet til å ha samtalen og forskerens bruk av seg selv som redskap kan beskrives med en kjent metafor som å være «et tve-egget sverd». Vi nevnte etiske overtramp knyttet til objektivisering og til «terapiisering» av intervjuet som to motsatte fallgruver, men antydning at de kanskje også hadde forbindelseslinjer. Den forbindelseslinjen kan være nærheten. Det para-

doks at nettopp alle disse følsomme ord og vendinger som brukes til å beskrive at vi er opp tatt av opplevelser og nærhet, kan bli et skalkeskjul for noe som er bruk av pasienten. Litt spissformulert kan man si at de følsomme ord og hensikter kan ikke bare virker tilslørende for forskerens bruk av «manipuleringsmakt», men endog kan være det som faktisk *utgjør* makten. Kunnskap både er og gir makt, og makt inngår som Foucault fremhevet i alle relasjoner. Makten er positiv ved at den frembringer ny kunnskap, men samtidig kan den også være negativ ved at den undertrykker om enn i en aldri så mild (og velment) form (16).

Vårt anliggende har vært å rette oppmerksomheten mot noen problemer knyttet til den makt som ligger i forskerrollen, og på betydningen av oppmerksomhet på disse forskningsetiske utfordringene. «*Kunnskapens forbindelse til makt bør være en kilde til forskningens selvrefleksjon, og dermed også forskningsetikkens refleksjon*» sier Kalleberg (12: 215). Vi må på ingen måte tro at kvalitativ forskning som metode automatisk og i seg selv er sikrer ivaretagelse av informantene. Vi må holde liv i de spørsmål som hjelper oss å kritisk granske egen forskningspraksis ut ifra ulike kriterier hvor ikke bare de forskningsinterne normer kritisk granskes men også på bakgrunn av videre moraletiske refleksjoner.

Christina Foss, Sykepleier,  
Dr. Polit  
Bodil Ellefsen, Sykepleier,  
Dr. Polit

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag,  
Det medisinske fakultet,  
Universitetet i Oslo,  
Postboks 1153 Blindern  
NO – 0318 OSLO  
i.c.foss@medisin.uio.no  
bodil.ellefsen@medisin.uio.no