

Sykepleiestudenter aktiviserer eldre pasienter i hjemmesykepleien

Students training of elderly persons in home-based nursing care

►► The purpose of this paper is to describe students' experiences from screening and training elderly disabled people. The findings are based on data accrued from qualitative interviews, student experiences and the students' screening results, logs, and self-evaluations. The discussion is anchored in a pedagogical perspective on learning. Co-operation between student and patient in exercise planning and performance was found to be a good learning method according to the curriculum. Performance of the activation programme challenged the students with regard to their own attitudes and values concerning age and ageing and actual clinical practice. Well-educated nursing staff appeared to be an important factor for satisfactory learning results.

Keywords:

Elderly patients, physical activity, home-based nursing, practical studies, student nurse.

Birgit Brunborg

Peer-reviewed artikkel

Introduksjon

■ I kraft av sin utdanning er enhver sykepleier leder for sykepleie i faglig og juridisk forstand (1). Sykepleieren er dermed også medansvarlig for å utvikle faget. For å lære studentene opp i fagutvikling, forskning og endringsarbeid og samtidig følge opp politiske føringer og myndighetskrav (2), besluttet Diakonhjemmet Høgskole i Oslo, i 2006 å gjennomføre et pilotprosjekt i studentenes praksisperiode i hjemmebaserte tjenester (3). Studentene skulle lære fagutvikling og forsknings- og endringsarbeid ved å kartlegge og evaluere pasienters funksjonsnivå og livskvalitet før og etter at de hadde utviklet og gjennomført et aktiviseringsprogram.

Forskning viser at studenter har mye å lære ved å ta egne beslutninger (4) og av å jobbe selvstendig (5). Grendstad hevder at „Å lære er å oppdage“ (6). For å være tro mot slike læringsteorier fikk studentene frie tøyler til å utarbeide aktiviseringsprogram for „sin“ pasient. De eneste kravene var at de tok utgangspunkt i pasientens viktighetsområde, var relevante med tanke på forebygging av inakti-

vitert blant eldre og kronisk syke, og at de var kunnskapsbasert og samstemt med annen behandling. Viktighetsområdet, slik det brukes her, innbefatter de områder i tilværelsen som gir en spesiell person en opplevelse av verdighet, varierende fra forhold i det sosiale nettverket til hva pasienten er motivert for (7).

I følge statistiske beregninger vil befolkningen over 67 år i de nordiske land økes jevnt utover til det doblet i 2050 (8). Forebygging av sykdom og lidelse som medfører store behandlings- og omsorgsbehov er derfor blitt et satsningsområde for myndighetene. Forskning viser at fysisk aktivitet har en positiv effekt på eldre personer, på mental og fysiske helse, på opplevelse av velvære, samt på aktivitet og deltakelse i samfunnet (5, 9-13). Kommunene har ansvar for forebygging av helseproblem, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg (2, 14). Til tross for lovpålegg og forståelsen for at helsefremmende og forebyggende tiltak blant eldre og kronisk syke må styrkes, foreligger det i Norge ingen plan om hvordan dette rent praktisk skal gjennomføres for brukere av hjemmebaserte tjenester. Vårt prosjekt var rettet inn mot disse pasientgrup-

pene, mot personer som var henvist til hjemmebaserte tjenester for å få egenomsorgsassistanse og hjelp til å forebygge funksjonssvekkelse. I tillegg til å gi studentene fagutviklingskompetanse, vil aktiviseringsprosjektet være et bidrag til helsefremmende behandling i kommunehelsetjenesten.

Søk i databasene Cochrane, PubMed, SveMed+ og Cinahl viser til aktiviserings- og rehabiliteringsprosjekter i hjemmebaserte tjenester (11-13). Det vises til noen få forskningsbaserte samarbeidsprosjekt som involverer sykepleiestudenter. Noen av dem er relevante i drøftingen av studentenes læringsresultat (5, 15).

Hensikten med prosjektet og målet med artikkelen

Hensikten med prosjektet var å lære sykepleierstudenter forskning, endrings- og utviklingsarbeid.

Målet med denne artikkelen er å beskrive studentenes erfaringer fra prosjektet. Spørsmål som ønskes besvart er: Har prosjektet bidratt til at studentene har 1) fått økt forsknings- og endringskompetanse, 2) utviklet klinisk relevante sykepleiemetoder innenfor forebyggende/rehabiliterende helsearbeid og 3) fått økt motivasjon for å jobbe med eldre brukere av hjemmesykepleien?

Metode

Studentene fikk informasjon om ordinær praksis og om prosjektet i begynnelsen av høstsemesteret 2006. De som var interessert, meldte seg på prosjektet. Pasientene ble oppfordret til deltakelse i prosjektet av sykepleiere i praksisfeltet.

Studentene gjennomførte et treningsprogram sammen med brukere av hjemmebaserte tjenester. Ved hjelp av kartleggingsinstrumentene IPLOS (Individuell pleie og omsorgsstatistikk)(16), Barthel ADL-Index (17) og Verdens Helseorganisasjons Quality of Life-BREF (18) målte de trenings-

aktivitetenes innvirkning på brukernes helse, funksjonsnivå og livskvalitet.

Initial kartlegging og planlegging av treningsaktivitetene ble gjennomført i den første praksisuken og andre kartlegging etter siste praksisuke. Intervensjonene gikk over åtte uker. Studentene førte logg over treningsaktivitetene, reaksjoner og tidsbruk. De ble intervjuet av prosjektleder etter avsluttet praksisperiode.

Studentprosjektet ligger utenfor prosjekter som skal godkjennes av Regional etisk komité fordi systematisk kartlegging og forebygging av funksjonssvekkelse inngår i ordinære sykepleieoppgaver. Skriftlig, informert samtykke var derfor unødvendig. Det ble ikke opprettet noen form for pasientidentifiserbart register, studentene anonymiserte alle pasientopplysninger før de ble levert til prosjektleder.

Utvalg

Tjuen studenter i 2. studieår (fordelt på to praksisperioder) og 17 pasienter (5 menn og 12 kvinner) som var brukere av hjemmebaserte tjenester, ble inkludert i prosjektet på frivillig basis. Ti studenter og 10 pasienter deltok høsten 2006. Elleve studenter og 10 pasienter deltok våren 2007. I vårsemesteret gikk to studenter sammen om å aktiviserte én pasient. Tre av pasientene (en mann og to kvinner) deltok i begge praksisperiodene. Pasientenes gjennomsnittsalder var 85 år (65-95 år). Studentenes praksisperiode var som for de andre studentene, men med en sterkere vektlegging på kartlegging, aktivisering og evaluering.

Kartleggingsinstrumentene

Instrumentene IPLOS, begrenset til opplysninger om funksjonsnivå (variabel 12-28), Barthel ADL-index og Verdens Helseorganisasjons Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF), utgjorde kartleggingsinstrumentene som målte pasientenes helse, funksjonsnivå og livskvalitet.

Hjemmetjenesten benytter IPLOS som ordinært kartleggingsverktøy. Det danske „Fælles sprog“ har

mange av de samme elementene (19). Bartel ADL-indeks er en internasjonal anerkjent skala som kartlegger pasientenes ADL-funksjon (activity of daily living). WHOQOL-BREF er et generisk skjema som inkluderer fysisk og psykisk helse, sosiale relasjoner, omgivelser og egenvurdert livskvalitet. Skjemaet er undersøkt med henblikk på validitet og reliabilitet og funnet tilfredsstillende (20).

Intervensjoner – treningsprogram

Pasientene som inngikk i prosjektet gjennomgikk et systematisk treningstilbud. Programmet ble tilrettelagt ut fra brukernes funksjonsnivå, behov, viktighetsområde, ønsker og ressurser. Tiltakene ble diskutert med praksisveileder, lærer og tverrfaglig personale. Tiltakene strakk seg maksimalt over én time to ganger i uken, og var eksempelvis gymnastikk, balanse- og kondisjonstrening, strekkøvelser, trappegang og turgåing. Studentene fikk utdelt en pakke med kartleggings-skjemaer, veiledere til utfylling av disse samt eksempler på aktuelle øvelser. Studentene var ansvarlige for å gjennomføre, loggføre og evaluere aktivitetene.

Gjennomføring

I det første møtet mellom pasient og student informerte studenten interesserte pasienter om treningsprogrammet og innhentet deres samtykke til deltakelse. Pasientene fikk beskjed om at de kunne trekke seg fra opplegget når de måtte ønske det.

Studentene kartla pasientenes funksjonsnivå og opplevd livskvalitet. En antakelse var at for å kunne måle eventuell funksjonsendring over tid, måtte treningsprogrammet strekke seg over minst to måneder. Praksisperioden i hjemmebaserte tjenester strekker seg over ni uker. Treningsprogrammene ble planlagt og gjennomført etter planen og i samarbeid med pasientene. Studentene fikk klinisk oppfølging fra praksisveileder og veiledning i gruppe med lærerveileder hver annen uke.

En av studentene i første pulje ble sykemeldet og fikk ikke fullført prosjektet. Fire brukere ble innlagt på sykehus/sykehjem i perioden og ble ikke

kartlagt andre gang. Utover det er datasettene på IPLOS og Bartel ADL-index fullstendige. Derimot er datasettet på WHOQOL-BREF ufullstendig for ytterligere fire brukere. En bruker som deltok i prosjektet i begge periodene ønsket ikke å svare på livskvalitetsskjemaet første gang. Manglene i de tre andre datasettene skyltes vanskeligheter med å administrere skjemaet.

Intervju og analyse av studentenes erfaringer

Kvalitativ metode (21) med en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming til studentenes erfaringer ble anvendt som forskningsdesign. Ved hjelp av en stikkordsmessig guide ble kvalitative forskningsintervjuer anvendt for å få dybdeforståelse i studentenes læringserfaringer og fenomener som påvirket disse. Åpne spørsmål ble anvendt for å stimulere studentene til å snakke fritt rundt fenomenene knyttet til aktiviseringsprosjektet, uten avbrytelser fra prosjektleder. Uttalelser som prosjektleder fant spesielt viktige, ble fulgt opp. Intervjuene ble gjennomført på prosjektleders kontor rett etter avsluttet praksisperiode. De ble tatt opp på lydbånd og transkribert.

Studentenes opplevelser og erfaringer ble beskrevet så genuint og sannferdig som mulig. Studiens validitet gjenspeiles i hvorvidt det lykkes. I henhold til den hermeneutiske prosess begynte analysen ved første intervju og ble avsluttet når det ikke kom frem noe vesentlig nytt i de siste intervjuene. Ved gjentatte gjennomlesninger av datamaterialet ble antagelser og forestillinger korrigert og bekreftet. Slik ble mønstre og tema tolket ut fra datamaterialet i henhold til Kvaales (21) analysekategorier; selvforståelse, „common sense“ -fortolkning og teoretisk tolkning. Temaer som fremkom i analysen er 1) overordnet læringsresultat, 2) treningens innvirkning på funksjonsnivå og livskvalitet, 3) trening og aldring, 4) kommunikative utfordringer, 5) aktivitet og rehabilitering, 6) tid til rehabilitering og 7) kulturens innvirkning på læringsresultat.

Dataene innhentet ved hjelp av IPLOS, Bartel ADL-index og WHOQOL-BREF ble statistisk be-

handlet ved hjelp av SPSS 15.0 for Windows. Eventuell endring i funksjonsnivå og livskvalitet ble målt ved hjelp av Wilcoxon Two-Related-Samples Tests. Ved målingene ble det brukt et signifikansnivå på 0,05.

Resultat

Overordnet læringsresultat

Studentene sa at det hadde vært morsomt og lærerikt å delta i prosjektet. De var uredde i møtet med pasientene og de arbeidet selvstendig.

Praksis i hjemmebaserte tjenester er hovedsakelig styrt av mange beskjeder og ordre, og studentene sa det var godt å ha noe fast å gå til. Aktiviseringsprosjektet kunne de utvikle og administrere på egenhånd.

„Jeg synes prosjektet alt i alt har vært veldig spennende og givende å få være med på. Først og fremst har den uavhengigheten prosjektet har gitt meg, vært til stor glede, – det å få styre tiden min selv. Det har vært flott å gjøre noe som en selv har tatt initiativ til og har faglig ansvar for. Aktiviseringsprosjektet var en positiv faktor i hverdagen, det var morsomt med øvelsene både for meg og for pasienten“.

Studentene planla, gjennomførte og evaluerte relevante kartleggings- og sykepleietiltak. De erfarte at nøyaktighet i registrering og oppfølging av aktiviteter var avgjørende for å gi gyldige og sanne beskrivelser av treningsresultatet, og at sykepleie- og forskningsprosessen ikke var vesensforskjellige, at strukturen var den samme, men at kravene til systematikk varierte.

Trenings innvirkning på pasientenes funksjonsnivå og livskvalitet

Mange studenter fikk tilbakemelding fra praksisveiledere, pasienter og pårørende om at treningsaktivitetene hadde god innvirkning på pasientenes

helse, funksjonsnivå og livskvalitet. Studentene oppdaget selv at pasientene gledet seg til hver gang. Dette beskrev studentene som stimulerende for arbeidsmotivasjonen.

Trass i manglende statistiske endringer (tabell I) ga studenter uttrykk for at mange pasienter var blitt bedre og sterkere, og at pasientene hadde stor glede av aktivitetene.

„Pasienten min sa at han var blitt mye mykere, var glad for at han fikk trene, at han så mer positivt på egen helse og på fremtiden, og trodde selv at han kunne bli bedre“.

„Pasienten kom seg veldig. Når fysioterapeuten var der gjorde han treningen, men for hennes del. Når pasienten var med meg, gjorde han det uten at jeg måtte mase. Han gjorde det for sin egen del og antakeligvis fordi jeg tok utgangspunkt i hans viktighetsområde. Pasienten fikk gå der han hadde lyst til å gå. Han var svært motivert for å se en byggeplass i nærheten, og å se bakgården i sit eget leilighetskompleks hvor han ikke hadde vært på årevis. Pasienten tenkte da mer på omgivelsene enn på underlaget og stoppet ikke opp slik han pleide å gjøre på grunn av Parkinsons sykdom“.

En annen student beskrev resultatene fra treningen som „jeg kan ikke si så mye om fysisk fremgang, men absolutt at det bidro til psykisk velvære“.

Noen av pasientene hadde fysioterapi. Studentene samarbeidet med fysioterapeutene og beskrev det som nyttig og motiverende for fremtidig tverrfaglig samarbeid.

Trening og aldring

Prosjektet bidro til at studentene fikk et videre perspektiv på alderdom og at de ble mer opptatt av aktivitetens betydning for eldre pasienter. En student beskrev Eldres behov for aktivisering på følgende måte: „Vanligvis er det for mye stillesitting, og det er stusselig. Det er folk der ute som har store muligheter til aktivisering, men som trenger tilrettelegging, hjelp og motivering for å komme i gang“.

Enkelte brukere var „for skrøpelige“ til å trene. De ville mer enn de orket. Studentene syntes det var leit når de hadde gledet seg og lagt mye energi i

Spørreskjema	0-8 uker Område	Mean sum score (SD)	p-value
WHOQOLBREF	Domene 1. Fysisk fungering (7 variabler)	20,4 (3,8)-20,3 (3,7)	0,858
	Domene 2. Psykisk fungering (6 variabler)	21,8 (4,5)-21,8 (4,3)	0,944
	Domene 3. Sosial fungering (2 variabler)	8,4 (1,1)-8,5 (1,6)	0,666
	Domene 4. Omgivelser (8 variabler)	31,3 (3,4)-30,4 (5,5)	0,672
	Globalt spørsmål: Hvordan vil du vurdere kvaliteten på livet ditt	3,4 (1,0)-3,6 (1,0)	0,102
	Globalt spørsmål: Hvor tilfreds er du med helsen din	2,8(1,0)-3,2 (0,9)	0,18
Bartel ADL-index	Total score (10 variabler)	14,4 (4,7)-14,8 (4,8)	0,215
IPLOS	Total score (17 variabler)	41,1 (11,2)-40,2 (11,7)	0,201

WHOQOL-BREF inkluderer 26 variabler. Variable 21. „Hvor tilfreds er du med seksuallivet ditt“ er ubesvart av de fleste og derfor tatt ut av undersøkelsen (domene 3). Domenene i WHOQOL-BREF inneholder ulikt antall variabler. Numeriske verdier på variablene er fra 1 til 5. Derfor varierer sum score i domene én fra 7 til 35, domene to fra 6 til 30, domene tre fra 2 til 10 og i domene fire fra 8 til 40. Bartel ADL-index inkluderer 10 variabler med numeriske verdier fra 0 til 2. Sum score varierer derfor fra 1 til 20. IPLOS inkluderer 17 funksjonsvariabler med numeriske verdier fra 1 til 5. Sum score varierer derfor fra 17 til 85.

Tabell 1: Endringer i brukernes funksjonsnivå, helse, og livskvalitet.

å lage „realistiske“ treningsopplegg. Med henvisning til Gretebeck et.al (22) anbefalte de at pasientenes funksjonsnivå blir kartlagt før treningskandidater utvelges.

Kommunikative utfordringer

Mange av studentene hadde problemer med å stille spørsmål fra livskvalitetsskjemaet, som for eksempel „hvordan vil du vurdere kvaliteten på livet ditt“, „kan du akseptere utseende ditt“ og „hvor ofte opplever du negative følelser, som f.eks. at du er trist, fortvilet, engstelig eller deprimert“. En student sa at „det er vanskelig å spørre pasienten om livskvalitet, spesielt når de har det dårlig“. En annen student sa at WHOQOL-BREF var på grensen til det ubehagelige. Det berørte pasienten. Han ble nesten på gråten av noen av spørsmålene. Spørsmålene fikk pasienten til å tenke over sin livssituasjon og erfare at alt ikke var slik han ønsket det.

Utsagnene viser at kartleggingsskjemaer er greie å håndtere så lenge svaralternativene er „ufarlige“. Derimot synes det som om mange av studentene la inn egne følelser og holdninger i de mer sensitive spørsmålene. De trodde pasientene ville reagere negativt eller med sorg på spørsmålene og vegret seg for å bruke dem. Dette medførte at noen

av datasettene ble mangelfulle. I veiledningsgruppen kom det frem at holdningene hadde utspring i stereotype oppfatninger om hva som representerer det gode liv, og hvor „ille det er“ å være gammel og syk. Studentene sammenlignet pasientenes livskvalitet med hva som representerer det vakre og det gode liv for dem selv. Med utgangspunkt i Sissel Tveitens (23) utsagn: „Er ikke sykepleieren seg bevisst at det er utfordrende for henne selv å utfordre pasienten, kan hun ubevisst unnlate å utfordre pasienten for å unngå å bli utfordret selv“, diskuterte vi innholdet og hensikten med spørsmålene. Det viste seg at studentene tenderte til å bedømme pasientenes livsoppfatning i et ensidig „her og nå-perspektiv“ og ikke i et livsløpsperspektiv.

Studentene syntes det var vanskelig å stille mange ledende spørsmål med lukkede svaralternativ. Omfattende veiledning og drøfting var nødvendig for å hjelpe studentene til å håndtere spørsmålene. I etterkant sa studentene at veiledningen hadde bevisstgjort dem på egne verdier og holdninger til eldre.

Flere studenter så nytten av å bruke spørreskjemaet med en gang og innarbeidet spørsmålene i samtaler rundt pasientens livssituasjon.

„Livskvalitetsskjemaet – det gikk fint. Pasienten syntes kanskje det var litt personlig til tider. Det

gikk bedre andre gang. Første gang måtte jeg tenke meg mer om, hvordan skulle jeg stille spørsmålene og ikke bare brase ut med dem?

Jeg syntes livskvalitetsskjemaet var det morsomste, pasienten fikk svare selv og jeg fikk bedre kjennskap til han“.

I tillegg til vanskeligheter med å stille sensitive spørsmål var studentene opptatt av hvilken makt det lå i formuleringer. De sa at passivt formulerte vedtak som for eksempel „sengeskift“ ble brukt av bestillerkontoret i hjemmesykepleien og at slike formuleringer viser til at det er noe som skal gjøres for brukeren, ikke noe han skal ha assistanse til. Dette bidrog til en faglig diskusjon rundt presisjonsnivå i formuleringer og kommunikasjonens betydning for faglig ledelse av sykepleietjenesten. Erfaringene fikk konsekvenser for studentenes egen dokumentasjon.

Kartleggingen ved IPLOS og Bartel ADL-index kunne studentene foreta på egenhånd uten å spørre pasienten om konkrete livsforhold. Disse skjemaene ble beskrevet som lette å bruke og nyttige for å se forandring i funksjonsnivå over tid.

Aktivitet og rehabilitering

Studentene fortalte at det var lærerikt og spennende å delta i pasientenes rehabiliteringsprosess. Det var morsomt å planlegge og å gjennomføre treningsprogrammer sammen med brukerne og, ikke minst, å se resultater. Studentene tilskrev enhver forbedring i funksjonsnivå som et resultat av at pasientene fikk trene ut fra hva som var viktig for dem. Flere av pasientene klarte flere repetisjoner av øvelser, fikk mer styrke og ble bedre både funksjonelt og mentalt. En student fortalte om resultatene av å hjelpe en pasient som var henvist til hjemmesykepleien etter behandling på sykehus:

„Pasienten ville helst klare seg selv, men klarte det ikke i begynnelsen pga. svimmelhet og høyt blodtrykk. Jeg hjalp og motiverte henne, vi gjennomførte et treningsprogram. Nå klarer hun seg selv, hun skal begynne på fysioterapi igjen, på dager og på svømming. Jeg har bidratt til å sette henne i funksjonsdyktig stand igjen og til „å

gjeninnsette pasienten i verdighet“ som det står om i Bredland (7).“

En annen student beskriver sitt bidrag i treningsprosessen på denne måten:

„Pasienten var redd for å falle og jeg kunne guide henne. Jeg har samarbeidet tett med fysioterapeut for å legge opp treningsaktiviteter. Jeg synes det har vært givende å se at jeg har vært til nytte i en brukers hverdag. Jeg har bidratt sosialt til å opprettholde fysisk funksjonsnivå og til å forebygge brudd ved fall. Jeg tror at pasientene får en økt selvfølelse når de får brukt ressursene sine. Jeg håper aktivitet kan bli en mer naturlig del i vår praksis – det kan forebygge inaktivitet hos mange. Vi studenter har faktisk en god del tid som vi kan bruke selv, men vi trenger motivasjon, „et spark bak“, for å bruke tiden meningsfullt“.

Nesten samtlige studenter sa at pleiere i hjemmetjenesten i altfor stor grad gikk inn og gjorde ting for pasientene.

„Jeg ser at sykepleiere alt for ofte pasifiserer pasientene, gjør småting for dem som de kunne klart selv. Det menes positivt, men får negative resultater.

Jeg ville at pasienten skulle gå for å åpne døren når vi kom, for at han skulle få trening og bevegelse i sine dagligdagse gjøremål. Hjelpepleieren var uenig i dette. Hun syntes det var for slitsomt for pasienten og for tidkrevende for pleierne“.

Situasjonene viste at opplevelsen av tidspress kan overskygge konsekvensene av å inaktivisere pasienter. Studentene diskuterte etiske dilemmaer ved situasjonene. Velgjørenhetsprinsippet ble diskutert opp mot autonomiprinsippet. Konsekvensetikk ble trukket inn i argumentasjonen.

Tid til rehabilitering

Flere studenter ga uttrykk for at de ikke kjente seg igjen i den stressende hverdagen som ofte blir beskrevet i media. „Egentlig synes jeg ikke at hjemmesykepleierne har så dårlig tid. Det har de som oftest bare når det skjer noe akutt“, sa en student. En annen student fortalte om en pasient som etter å ha deltatt i aktiviseringsprosjektet, klarte å gå på

toalettet selv i stedet for å bruke dostol. Studenten viste med dette at det er tid å spare på å aktivisere pasientene, og at valg om å ikke gjøre det er bygget på kortsiktige vurderinger om å spare tid her og nå. Det ble også fortalt om en pasient som var begynt å gå trappene i stedet for å ta heis fordi han var blitt så opptatt av aktivitetens betydning.

En student sa at det var interessant å registrere at en pasient ble satt på treningssyssel og syklet hele tiden mens hjemmetjenesten tilrettela måltid for han. Treningen ble utført fordi det sto i vedtaket at pasienten skulle aktiviseres. Eksempelet viser igjen til hvilken makt det ligger i formuleringer.

Kulturens innvirkning på læringsresultat

Studentene hadde liten klinisk erfaring når de begynte i hjemmesykepleien, første pulje kun fra sykehjem. Læringsmålene i andre studieåret er knyttet til mennesker med akutte og kroniske lidelser. Det viste seg å by på læringsutfordringer fordi sykepleierne hadde liten mulighet til å være gode rollemødelere og veiledere på pasientfenomener og faglige spørsmål. Sykepleiernes hverdag var preget av mangel på kvalifisert sykepleiepersonale, stort lederansvar, mange brukere og høyt arbeidstempo. Studentene syntes sykepleiernes arbeidsdager var fragmentert og preget av overfladiske oppgaver og mente de ville hatt mer å lære av sykepleierne i tredje studieenhet hvor fokus er på organisasjon og ledelse.

Ledelsen og kulturen på praksisstedet viste seg å være avgjørende for hvordan studentene ble møtt og hva de fikk utrettet. Som følge av mangel på utdannede sykepleiere ble flere studenter overlatt til seg selv, og måtte selv finne frem til egnede treningskandidater. De sa; „vi hadde fokus på å finne en bruker, dvs. å finne en veileder“.

Noen studenter ble veiledet av hjelpepleiere.

„Hjelpepleierne har ikke peiling på hva vi kan – vi har blitt nedgradert til under hjelpepleiernivå. Vi har ikke fått definerte sykepleieroppgaver bortsett fra å sette B 12 sprøyter. Hjelpepleierne er meget oppgaveorientert. Vi lærte mye av de feila de gjorde, lite annet. For eksempel var det satt av to personer til

stell og forflytning av en slagpasient, men hjelpepleierne tok det stort sett alene og da uten å aktivisere pasienten. Pasienten var nærmest immobil i seng og rullestol. Målet var å bli fortest mulig ferdig.“

Eksemplene viste til en kultur hvor mangel på ressurser førte til at oppgaver ble delegert til personer med utilstrekkelig kompetanse til å håndtere dem. I den forbindelse etterlyste studentene kvalitetssikring. Praksisfeltet var kjent med situasjonen, men hadde ikke ressurser til å endre gjeldende praksis.

Studentene beskrev hvordan de gikk inn og aktiviserte slagpasienten som nevnt ovenfor. De ble overrasket over hvor lite trening som skulle til for å få pasienten på beina igjen.

Praksisfeltet var åpent for nytenkning og selvstendig arbeid, men mange studenter var overlatt til seg selv og visste ikke hvordan de skulle formidle ideer og ønsker. De savnet oppfølging og motivering fra sykepleiere. De sa at: „Det krever mye innsats å tørre å si fra og å komme med noe nytt“.

Diskusjon

I denne artikkelen har vi vist sykepleiestudentenes erfaringer med å aktivisere eldre pasienter i hjemmesykepleien. Studentene syntes det var morsomt og lærerikt å delta i prosjektet. De trivdes godt med selvstendig arbeid og hadde ingen problemer med å påta seg ansvaret prosjektet medførte. Det samsvarer med annen forskning som viser at studenter lærer mye av å få selvstendig ansvar (5, 15). Spesielt lærerikt var det å planlegge, gjennomføre og å se resultater av egne intervensjoner. Ved å jobbe systematisk med kartlegging og dokumentasjon i flere sammenhenger oppdaget de i tillegg at sykepleieprosessen, rehabiliteringsprosessen og forskningsprosessen hadde store fellestrekk.

Funnene viser tydelig at prosjektet bidro til at studentene ble bedre kjent med eldre mennesker, at de fikk et videre perspektiv på aldring og at det økte deres motivasjon til å endre strukturer til pasientens beste. Samtidig som de utviklet kliniske

aktiviseringsmetoder sammen med pasientene og tverrfaglig personale, tok de fatt i kulturelle forhold i miljøet som har ugunstig virkning på pasientenes treningsmuligheter, på personalets yrkesstolthet og trivsel, og på egne læringserfaringer.

Tidspress var et innarbeidet begrep i kulturen. Noen ganger fungerte det som legitimering for å gjøre oppgaver for pasientene i stedet for å tilrettelegge forholdene slik at de kunne gjøre mest mulig selv. I følge Baltes (24) beskrives det som „overcare“. Det kan få fatale konsekvenser for pasientene i form av krenkelsers og at de blir fratatt mulighet til selvbestemmelse og innflytelse på eget behandlingsopplegg. Forslag til forbedringer fra studentene ble ofte avvist med begrunnelse i tidspress. I slike kulturer blir ofte fagutvikling nedprioritert på bekostning av drift, og ansvar for behandling blir delegert til personer med utilstrekkelig kompetanse for å ivareta kravene. Studentene engasjerte seg sterkt i slike faglige og etiske diskusjoner både i personal- og veiledningsgruppen. Funnene samsvarer med annen forskning som hevder at studenter har mye å lære i hjemmesykepleien, både på godt og vondt (5). Grendstad (6) sier at „læring er å oppdage“ og at læring er en subjektiv prosess hvor den enkelt gjør sine personlige erfaringer enten på egenhånd eller gjennom samarbeid med andre. Studentene oppdaget forhold som påvirket pasientenes livskvalitet og egne læringserfaringer samt hvor vanskelig det var å få til reell medbestemmelse, innflytelse og endring i godt etablerte kulturer.

Praksis utgjør halvparten av sykepleiestudiet og betraktes som en kunnskapskilde og kontekst for læring av sykepleie. Dannelsesprosessen legger grunnlag for en personlig og faglig identitetsutvikling som sykepleier (25). Det kritiske punkt med tanke på sosialiseringen inn i yrket og dannelsesprosessen oppstår når for mye læring bygger på negative erfaringer. Gjennom refleksjon og veiledning kan studentene snu negative erfaringer til positive, ta avstand fra krenkende praksis og bygge opp en sykepleieidentitet basert på anerkjennelse og respekt for den andre, men faren for sosialisering inn i en kultur med uheldige verdier er også stor.

Tid er relativt, det spørres hva man prioriterer. Studentene understreket at de, i alle fall, hadde ekstra tid og lyst til å arbeide systematisk og helhetlig for å hjelpe pasienter til å nå mål som var viktige for dem. De understreket at de hadde tid til utviklingsarbeid. De mestret oppgaven med å lage treningsprogrammer. Kanskje aktivisering av pasienter er en oppgave studenter kan ta ansvar for og utføre på egenhånd. På sikt vil det gi sykepleiere som har metoder for å fremme aktivitet i befolkningen.

Enhver forbedring i pasientenes funksjonsnivå ble tilskrevet deres mulighet til å trene ut fra viktighetsområder. Det er kanskje et reduksjonistisk syn på aktivitetens betydning, men det viser også hvor viktig lyst og medbestemmelse er for å nå et mål. Selv om vi ikke fant statistiske endringer i funksjonsnivå og livskvalitet over tid, ble mange pasienter gladere, sterkere og mer selvstendige. Slik bedring kan naturligvis skyldes ekstra oppmerksomhet, men funnene samsvarer også med forskning som tilsier at aktivisering og trening har en positiv innvirkning på pasientenes funksjonsnivå og livskvalitet (5, 9-13). Fravær av statistiske endringer over tid viser dessuten et positivt funn når det relateres til økende alder, men det kan også skyldes ufullstendige datasett eller at treningsaktivitetene gikk over kortere tid enn anbefalt i litteraturen (26, 27).

Studentene uttrykte at det var morsommere å jobbe med eldre når man kjenner dem godt. Samtalen rundt livskvalitetsskjemaet bidro til det, skjemaet nærmest tvang studentene til å stille sensitive, personlige spørsmål. Eide og Eide (28) sier at „den som får mange slike (ledende) spørsmål kan lett føle seg utsatt for forhør“. Når spørsmålene i tillegg er av personlig og sensitiv karakter stiller det store krav til intervjuerens evne til å tilpasse spørsmålene til situasjonen. Funnene viser at studenter vegrer seg for å stille slike spørsmål. Det kan forklares med at de i liten grad tenker livskvalitet inn i et livsløpsperspektiv, dvs. pasientens egen vurdering av livskvalitet innenfor sin referanseramme, eget kjønn, alder, klassetilhørighet, hvordan de har hatt det i livet og hva de har oppnådd (29). Når studentene mestret å stille spørsmålene,

beskrev de kartleggingen som lærerikt og morsomt. Funnene viser likevel til at studenter trenger veiledning for å gjennomføre det på en måte som ikke støter pasientene.

Den utstrakte bruken av passive formuleringer i enkeltvedtak og i rapporter bød på utfordringer. Formuleringer som „sengeskiift“ kan virke mot sin hensikt dersom målet er å rehabilitere eller aktivisere pasienter. En sykepleier med rehabiliteringskunnskap vil antageligvis forholde seg til formuleringen som til et stikkord for hva arbeidet innebærer. Sjansen er derimot stor for at ufaglærte pleiere og studenter tar formuleringen bokstavelig og utfører aktiviteten for pasienten.

Konklusjon

Studentene tilegnet seg fagutviklingskompetanse ved å jobbe selvstendig med utvikling og gjennomføring av treningsprogram. Forskningskompetanse fikk de ved å jobbe systematisk med kartlegging og analyse av pasientenes situasjon. Endringskompetanse tilegnet de seg blant annet ved å problematisere forhold i kulturen som hadde uheldige konsekvenser for pasientenes funksjonsnivå og livskvalitet.

Under de vanskelige omstendighetene med få fagpersoner bidro prosjektet til å holde fokus på sykepleie og motet opp blant studentene. Prosjektet bidro til at studentene fikk et bevisst syn på aktivitetens betydning for å bevare egenomsorg, autonomi og verdighet i eldre år. Bruk av kartleggingsinstrumenter satte fokus på studentenes egne holdninger til eldre. Både kartleggings- og treningsaktivitetene bidro til at studentene ble godt kjent med de gamle. Det faktum sammen med stor grad av faglig frihet, økte studentenes motivasjon for å arbeide med eldre pasienter i hjemmesykepleien.

Det kan konkluderes med at aktiviseringsprosjektet var en godt egnet læringsmetode for å øke studentenes interesse for å arbeide med eldre brukere av hjemmesykepleien, for forskningsdisipli-

nering og innarbeiding av rehabiliteringstankegang i sykepleierutdanningen.

I videreføringen av prosjektet må praksisveiledere oppmuntres til å delta mer aktivt i utvelgelsen av egnede treningskandidater samt veilede studentene i kommunikative, etiske og faglige utfordringer. Det anbefales også at lærerveileder og forsker er to ulike personer. Sammenblanding av rollene kan ha påvirket validiteten på resultatene i denne studien.

Førstelektor, kandidat i sykepleievitenskap
 Birgit Brunborg,
 Diakonhjemmet Høgskole
 Avdeling for sykepleie
 P.O. Box 184 Vinderen
 NO – 0319 Oslo
 brunborg@diakonhjemmet.no

REFERANSER

1. Lov om helsepersonell, § 48. 1. Lov av 2. juli 1999. Helse- og omsorgsdepartementet; Oslo; 1999.
2. Lov om helsetjeneste i kommunene. Lov av 19. nov. 1982. Sosialdepartementet, Oslo; 1982.
3. Diakonhjemmet Høgskole Bachelorutdanning i sykepleie. Fagplan. Avdeling for sykepleie, Oslo; 2005.
4. Standing M. Clinical Decision-making skills on the developmental journey from student to Registered Nurse: a longitudinal inquiry. *J Adv Nurs* 2007; 60 (3): 257-69.
5. Fjørtoft A-K, Hanssen I. Hjemmesykepleien – et godt sted å være og lære for sykepleierstudenter? *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning* 2006; 8 (3): 17-29.
6. Grendstad NM. Å lære er å oppdage. Oslo: Didakta Norsk Forlag; 1986.
7. Bredland EL, Linge OA, Vik K. Det handler om verdighet. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2002.
8. Statistisk sentralbyrå, Norge; 2008.
9. Heyn P, Abreu BC, Ottenbacher KJ. The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 2004; 85 (10): 1694-704.

10. Rydwick E, Frandin K, Akner G. Effects of physical training on physical performance in institutionalised elderly patients (70+) with multiple diagnoses. *Age and Aging* 2004; 33 (1): 13-23.
11. Ashworth NL, Chad KE, Harrison EL, Reeder BA, Marshall SC. Home versus center based physical activity programs in older adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005; Issue 1. Art. No.: CD004017. [Dol: 10.1002/14651858.CD004017.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004017.pub2).
12. Vass M, Avlund K, Siersma V, Hendriksen C. A feasible model for prevention of functional decline in older home-dwelling people – the GP role. A municipality-randomized intervention trial. *Fam Pract* 2008, Dec 12 (Epub ahead of print).
13. Rasmussen B, Dolmer I, Delmar C. Et livsverdensperspektiv på rehabilitering. *Klinisk Sykepleje* 2008; 22 (4): 16-25.
14. Dolmer I, Rasmussen B, Delmar C. Rehabilitering som begrep og fænomen. *Klinisk Sykepleje* 2008; 22 (4): 4-15.
15. Anderson EE, Kiger AM. „I felt like a real nurse“ – student nurses out on their own. *Nurse Educ Today* 2008; 28 (4):443-9.
16. IPLOS. Sosial og helsedepartementet, Norge; 2007.
17. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Mary-land State Medical Journal* 1965; 14: 61-5.
18. Development of the World Health Organisation WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med* 1998; 28: 551-8.
19. Fælles sprog II, København juli 2004. (Besøkt 19. Januar 2009) http://www.kl.dk/_bin/5ed92daa-3f76-4990-aac8-a2a36fa9cc38.pdf
20. Nørholm V, Bech P. The WHO Quality of Life (WHOQOL) Questionnaire: Danish validation study. *Nord J Psychiatry* 2001; 55: 229-35.
21. Kvale S. *Det Kvalitative Forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1997.
22. Gretebeck KA, Black DR, Blue CL, Glickman LT, Hutson SA, Gretebeck RJ. Physical activity and function in older adults: theory of planned behavior. *Am J Health Behav* 2007; 31 (2): 203-14.
23. Tveiten S. *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget; 2001.
24. Baltés MM, Neumann E-M, Zank S. Maintenance and Rehabilitation of Independence in Old Age: An Intervention Program for Staff. *American Psychological Association* 1994; 9 (2): 179-88.
25. Hovland OJ. Konsekvenser av studentenes dannelsesprosess for klinisk praksis. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning* 2004; 6 (4): 30-42.
26. Helbostad JL. Fysisk trening av sykehjemsbeboere – har det noen hensikt? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 9 (125): 1195-7.
27. Pollock M L, Graves JE, Swart DL, Lowenthal DT. Exercise training and prescription for the elderly. *South Med J* 1994; 87 (5): 88-95.
28. Eide H, Eide T. *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2007.
29. Thorsen K. *Kjønn, livsløp og alderdom*. Bergen: Fagbokforlaget; 1998.