

Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2010 nr. 7

**Kunnskapsbasert praksis som fokus i  
studentveiledningen i psykiatrien. Del 1**

Analyse av skriftelige refleksjonslogger i praksisfeltet  
psykiatri – en veileder utarbeidet og basert på  
kunnskapsbasert praksis

Ingunn Ulvestad - Ida Smedhaugen - Vegard Paulseth -  
Morten Sommerstad - Torill Stjern - Birgitta Hedelin

Høgskolen i Gjøvik  
2010

ISSN: 1890-520X

ISBN: 978-82-91313-44-3

## FORORD

I utlysningsteksten angående midler til fellesprosjekter mellom praksissteder i helseforetak i Oppland og Høgskolen i Gjøvik presiseres det at utlysningen har sin bakgrunn i brev av 22.12.05 der departementene (KD og HOD) beskriver ordningen rundt praksisfinansieringen på følgende måte:

*”I forbindelse med omleggingen av praksisfinansieringen ble bruken av de såkalte ”praksisveiledningsmidlene” vurdert. Dette var en ordning som ble etablert i 1992 for å bedre kvaliteten på praksisundervisningen i sykepleierutdanningen. Praksismidlene har i noen grad utydeliggjort ansvarsforholdene mellom høgskolen og praksisstedene. I statsbudsjettet for 2006 endres bruken av praksisveiledningsmidlene. Dette innebærer at midlene blir videreført på samme nivå som tidligere, men skal benyttes til prosjekter/særskilte tiltak som har til hensikt å fremme samarbeid mellom høgskolene og praksisstedene, både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Den konkrete fordeling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten gjøres ut fra en samlet behovsvurdering.”(s.2)*

*”NOKUT’s reakkreditering av sykepleierutdanningen (nasjonalt) viste bl.a at det er for lite kontakt mellom høgskolene og praksisstedene, og at praksis er for lite integrert, samt at FOU-aktiviteter i for liten grad er rettet inn mot praksisfeltets behov. Tilsvarende gjelder trolig i ulik grad andre helse- og sosialfagutdanninger. Det legges til grunn, i samsvar med innarbeidet praksis ved flere høgskoler, at midlene benyttes til prosjekter/tiltak innen alle helse- og sosialfagutdanninger – også videreutdanninger.”(s.2)*

I utlysningsteksten kommer det også fram at midler skal gis til prosjekter/tiltak som har til hensikt å fremme samarbeid mellom høgskolene og praksisstedene. Midlene skal gis til samarbeidsprosjekter (fellesprosjekter) mellom høgskolene og praksisstedene, spesielt i relasjon til praksisundervisning, forsknings- og utviklingsarbeid. Aktuelle områder er bl.a. satt til å være utvikling og dokumentasjon av praksismodeller, ulike hospiteringsordninger samt andre tiltak begrunnet i NOKUT-evalueringen.

Ideen til et samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Gjøvik og den psykiatriske intermediære avdelingen 1D ved Sykehuset Innlandet Reinsvoll ble fremsatt Våren 2009. Initiativtaker og prosjektansvarlig var høgskolelektor og veileder Ingunn Ulvestad. I august 2009 startet prosjektet. Ved avdeling 1D er det etablert et ”veilederteam” med ansvar for studentoppfølgingen. Under prosjektperioden besto veilederteamet av følgende fire sykepleiere ansatt i avdelingen: Enhetsleder Torill Stjern, Psykiatrisk Sykepleier Morten Sommerstad, Sykepleier Ida Smedhaugen, og Sykepleier Vegard Paulseth. Disse fire deltok i prosjektet. Veileder for prosjektet var professor Birgitta Hedelin ved Høgskolen i Gjøvik.

## **Innholdsfortegnelse**

1.0 Introduksjon.....	3
1.1 Bakgrunn.....	3
1.2 Formål og Hensikt.....	5
2.0 Metode.....	6
2.1 Kvalitativ studie.....	6
2.2 Informanter.....	6
2.3 Datagrunnlag og gjennom føring.....	6
2.4 Etisk vurdering.....	6
2.5 Analyse.....	6
3.0 Resultater.....	8
4.0 Etterord, konklusjon og videre forskning.....	22

Vedlegg 1: Utdrag fra Praktisk Håndbok (2009)

Vedlegg 2: John Gundersons miljøvariabler

Vedlegg 3: Ego-styrkende sykepleieprinsipper

Vedlegg 4: Informert samtykke

# 1. Introduksjon

## 1.1 Bakgrunn

I en konkretisering av søknadsfokus for søknad om midler til samarbeidsprosjektene 2009 utarbeidet av dekan ved Høgskolen i Gjøvik spesifiseres bl.a. noen grunnleggende krav til bruken av midlene: *"Det skal være et fellesprosjekt mellom høgskole og minst ett praksissted, det skal knyttes til praksisundervisning/kunnskapsbasert praksis, prosjektene må ha potensialer til å styrke praksisundervisningen utover praksisperioden."* Aktuelle prosjekt kan være tiltak som handler om å styrke *kunnskapsbasert praksis* i det pasientrettede arbeidet. I handlingsplanen for sykehuset Innlandet lyder visjonen: "Sykehuset Innlandet skal være best i landet på kunnskapsbasert praksis". (Handlingsplan for kunnskapsbasert praksis i SI, 2008)

### *Kunnskapsbasert praksis*

Kunnskapsbasert praksis er å basere fagutøvelsen på forskningsbasert kunnskap integrert med erfaringsbasert kunnskap eller erfaring og pasienters brukermedvirkning. En ide som medfører en demokratisering av helsetjenesten og som er i tråd med dagens miljøterapeutiske behandling i psykiatrien.

*"Kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen."* (Nortvedt m/fl. 2007)

Kunnskapsbasert praksis fremstilles ofte ved følgende modell:



(Jamtvedt m/fl.2004, i Handlingsplan for kunnskapsbasert praksis i SI, 2008)

Slik teorien fremstiller modellen så viser den i et ”nøtteskall” til følgende:

**Konteksten** er det miljøet eller den settingen der kunnskapsbasert praksis foregår. Konteksten kan være knyttet til kultur, forståelsesramme, ressurser, etiske forhold og politikk. Konteksten påvirker alle elementene i modellen.

**Erfaringsbasert kunnskap og praksiskunnskap** er kunnskap som erverves gjennom å praktisere. Det er kunnskap som utvikles gjennom refleksive prosesser der praktikere lærer fra erfaring. Erfaring som er viktig for å utvikle ferdigheter, vurderingsevne, kommunikasjon og empati.

**Forskningsbasert kunnskap** fremskaffes gjennom empirisk praktiskrettet forskning. God forskning kjennetegnes ved en systematisk, pålitelig og transparent fremgangsmåte.

**Brukerkunnskap:** Pasientens (brukerens) erfaring, kunnskap, verdier og preferanser.

(Nortvedt m/fl. 2007)

### *Studentenes refleksjon i praksis*

En pedagogisk metode som skal gi økt læringsutbytte, og som er beskrevet i emnebeskrivelsene og Praktisk Håndbok for veiledet praksis i psykiatri ved Høgskolen i Gjøvik er skriftlig og muntlig refleksjon. I studentenes Praktiske Håndbok (vedlegg 1) er der gitt føringer for hvordan studentene skal reflektere. Studenten skal oppøve evne til refleksjon som grunnlag for egen læring, faglig og personlig utvikling. Studenten skal reflektere over egne erfaringer, problemstillinger og situasjoner i praksis, og egne handlinger. De skal bevisstgjøre egne følelser, holdninger og etiske vurderinger i konkrete opplevde situasjoner. De skal koble erfaringer til teoretiske og praktiske kunnskaper og vurdere hvordan det lærte kan brukes i praksis.

Studentene skal skrive to ukentlige refleksjoner/logger i løpet av de 10 ukene de er i praksis. Dette er nedtegnet som et krav i progresjonsstiger (2009) for studentene. De daglige veilederne leser studentloggene og gir muntlige og skriftelige tilbakemeldinger til studentene underveis i praksisperiodene. Studentloggene er et viktig vurderingsgrunnlag for veilederne. Studentene sender også loggene til kontaktlærer/lektor fra Høgskolen. Konkrete retningslinjer for hvordan studentloggene skal analyseres har det ikke vært noen beskrivelse for.

Hvordan studenter i sine skriftelige logger bruker, trekker inn, begrunner med eller baserer sine beslutninger på forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap var noe av det vi ønsket å undersøke. Vi stilte oss spørsmål som: ”Viser studentene til noe de har lest? – fra pensum? – fra skjønnlitteratur – artikler eller andre kilder?” ”Er studentene kritisk vurderende? ”, ”Hvordan kommer deres egne erfaringer fram i loggene?”, ”Hvordan vurderer og drøfter studentene situasjonene?”, ” Viser studentene til at kunnskaper basert på deres vurderinger er brukt i praksis?”, ” Innhenter studentene informasjon og kunnskaper direkte fra pasienten? Hvordan kommer brukerkunnskapen fram i loggene?”

## ***Konteksten***

Avdeling 1D er en avdeling som er en del av korttidsavdelingen ved Sykehuset Innlandet, Reinsvoll. Det er en lukket post, der pasientene trenger forsterkede rammer over en lengre periode enn hva en akuttpost kan gi. Beregnet liggetid er fra en dag til seks måneder selv om noen også blir litt lengre. Posten forholder seg til ulike pasienter, men felles for alle er at de trenger stor grad av forutsigbarhet og klare rammer. Tydelighet og markerte grenser innebærer trygghet, og dette er bærende elementer som skal tilstrebes i tilnærmingen til pasientene. Pasientene utredes og rehabiliteres. Alle utredninger gjøres ut fra den enkeltes behov. Behandlingen består av stabilisering ved hjelp av medikamenter og miljøterapi. Miljøterapi bygd opp etter John G. Gundersons miljøvariabler (vedlegg 2) står sterkt i fokus som behandlingsform ved siden av ego-styrkende sykepleieprinsipper (vedlegg 3)

Før studentene starter i praksis har de blant annet 2 timer undervisning om kunnskapsbasert praksis ved høgskolen. Alle prosjektdeltakerne ble invitert til å være tilstede ved denne undervisningen (høsten 2009) da den gikk for de studentene som begynte praksisen i psykiatri i vårsemesteret 2010.

### **1.2 Formål og hensikt**

Formålet med prosjektet var å undersøke hvor vidt studenter baserer sine skriftelige refleksjoner i loggene på kunnskapsbasert praksis. Hvordan belyser loggene at studenter utøver sin praksis kunnskapsbasert?

Vi hadde også en intensjon om å lage en veileder for hvordan analysen av de skriftelige refleksjonene kan gjøres med utgangspunkt i og vekt på begreper fra ideen om ”Kunnskapsbasert Praksis”. Vi ser på denne rapporten som en slik veileder.

## **2. Metode**

### **2.1 Kvalitativ studie**

Forskningen var mer avhengig av meningene og oppfatningene enn av statistiske data. Noe som tilsier en kvalitativ studie. (Kvale 2002) Studentenes opplevelser og meninger i loggene ble kartlagt, avdekket, fortolket og analysert. Prosjektdeltakernes fortolkninger diskutert og dokumentert.

### **2.2 Informanter**

I løpet av den perioden prosjektet pågikk begynte til sammen seks studenter (alle jenter) fra grunnutdanningen i sykepleie sin praksis ved avdelingen. En av disse studentene sluttet i praksis etter noen uker og ble ikke involvert i prosjektet. Hver praksisperiode gikk over 10 uker. Høsten 2009 var to studenter i sin andre praksisperiode og en student i første praksisperiode involvert i prosjektet. Våren 2010 var to studenter i sin første praksisperiode involvert. Fem studenter var altså informanter i prosjektet og bidro med datamateriale gjennom sine studentlogger.

### **2.3 Datagrunnlag og gjennomføring**

Datagrunnlaget baserte seg på ca 20 logger fra hver student. Totalt 100 logger. Studentene skrev to logger pr. uke som ble gjennomgått/analysert i fellesskap av prosjektdeltakerne som besto av sykepleierne i veilederteamet og høgskolelærer. Fem analysemøter ca hver 14. dag høsten 2009 og 5 møter våren 2010. Dette var møter uavhengig av og i tillegg til de møtene veilederne ellers hadde i forbindelse med studentveiledningen og tilbakemeldinger på studentenes logger.

### **2.4 Etisk vurdering**

Alle informantene (de involverte studentene) ble informert om prosjektet før deltakelse og skrev under på skjema om informert samtykke. (vedlegg 4)

Anonymisering er ivaretatt gjennom at studentene benevnes med bokstaver i rapporten.

Identiteter er endret eller utelatt i eksemplene fra loggene.

### **2.5 Analyse**

Analysearbeidet pågikk etter hvert som dataene fremsto i studentenes logger. Fortolkningen og analysen knyttet vi opp i mot "Kunnskapsbasert praksis". Under analysemøtene ble

loggene grundig gjennomgått/lest og analysert. Analysen foregikk ved at prosjektdeltakerne/aktørene markerte med markørpenner i studentenes logger der hvor studentene etter prosjektdeltakernes vurderinger viste til bruk av erfaringsbasert kunnskap, brukerkunnskap og forskningsbasert kunnskap.

To av prosjektdeltakerne hadde fordypningsansvar spesielt når det gjaldt den erfaringsbaserte kunnskapen, to prosjektdeltakere hadde fordypningsansvar spesielt når det gjaldt brukerkunnskapen og prosjektansvarlig hadde fordypningsansvar spesielt når det gjaldt den forskningsbaserte kunnskapen. De ansvarlige for fokusområdene markerte i loggene med markørpenner i forskjellig farge. Deltakerne med forskjellig fokusområde forberedte markeringene i loggene før analysemøtene. Under analysemøtene ble loggene lest og aktørene diskuterte og evt. justerte markeringene.

Under det siste analysemøtet hver praksisperiode så vi på hele arbeidet som en helhet slik det sto fram så langt. Vi så på *innholdet* i loggene i et helhetlig perspektiv og bestemte *temaer* som vi mente dominerte de naturlige meningsenhetene (som loggene gjenspeilet) og som var i harmoni med det teoretiske bakteppet (Kunnskapsbasert praksis) og prosjektets mål og hensikt.

Vi fortettet altså meningsenhetene og kom fram til noen hovedtemaer/innholdstemaer med bakgrunn i studentenes logger:

De første ukene hadde alle studentene fokus på studentrollen, de neste ukene mye mer fokus på pasientenes lidelser og miljøterapi. Når det gjaldt lidelser så lå hovedvekten på angst, depresjon/bipolar lidelse og psykose. Lidelsene som pasientene i konteksten/avdelingen hadde. Når det gjaldt miljøterapi gjenspeilet refleksjonene mye bruk av Ego-styrkende sykepleieprinsipper og Gundersons miljøvariabler. (vedlegg 2 og 3)

Vi valgte ut tre eksempler fra hver student. Eksempler som viste bruk av kunnskapskategoriene og som kunne knyttes opp mot innholdstemaene. Vi valgte ett eksempel fra hver student knyttet inn mot temaet ”studentrollen”, og to eksempler fra hver student relatert til tema ”pasientenes lidelser og miljøterapi”. Ikke alle eksemplene innen innholdstema ”Studentrollen” kunne knyttes opp i mot alle tre kunnskapskategoriene. Noe som kan henge sammen med at studentrollen var noe av det første de reflekterte over. De hadde da lite trening i å reflektere skriftlig i psykiatripraksis og i å skulle knytte både forskningsbasert kunnskap og brukerkunnskap til refleksjonene. Det kan også henge sammen med at studentene var ny i feltet og hadde hatt lite pasientkontakt før de første refleksjonene. Brukerkunnskapen springer jo blant annet ut fra pasientenes/brukernes erfaringer. Når det gjelder den forskningsbaserte kunnskapen har vi i prosjektet lagt til grunn at den litteratur som studentene har i sitt pensum i hovedsak gjenspeiler bruk av forskningsbasert kunnskap. Dette kan imidlertid diskuteres da også deler av faglitteratur kan bygge på erfaringsbasert kunnskap.



### 3. Resultater

Utgangspunktet for prosjektet var teorien om kunnskapsbasert praksis. Hvor vidt og på hvilken måte teorien kan integreres i praksis og gjenspeiles i studentenes skriftelige refleksjoner var et forskerspørsmål. Nortvedt skriver at utøvelse av kunnskapsbasert praksis krever at relevant forskning, erfaringer og brukervedvirkning integreres i konteksten man befinner seg i (Nortvedt et al., 2007) i uniped s. 45) Konteksten var den sub-akutte avdelingen og et av de viktigste målene med praksis er nettopp at studentene skal kunne flette teori inn i praksissituasjoner og både se og beskrive sammenhenger. I prosjektperioden analyserte vi loggene med tanke på å få et bilde av hvor vidt studentene beskrev hvordan de handlet og virket kunnskapsbasert.

De utvalgte eksemplene vil nå bli gjengitt. Ett eksempel fra hver student innen temaet ”Studentrollen” som studentene hadde fokus på i de første loggene. To eksempler fra hver student innen temaet ”Pasientenes lidelser og miljøterapi”.

Det spesifiseres at eksemplene er tatt ut av en sammenheng i loggene. Eksemplene viser derfor ikke et helhetlig innholdsperspektiv men viser til mindre utdrag som kan knytte sammenhenger til bruken av kunnskapsbasert praksis og kunnskapsområder under den teorien. Eksemplene gjengis slik som studentene skrev dem ortografisk sett. Det vil si at eventuelle ortografiske feil ikke er korrigert. Dette er gjort for at ikke meningen skal endres som en følge av korrigeringer.

Eksemplene er satt inn i rubrikker i henhold til plasseringer innen kategoriene erfaringsbasert kunnskap, brukerkunnskap og forskningsbasert kunnskap. Plasseringer som prosjektdeltakerne ble enige om etter diskusjoner under analysemøtene. Noen av plasseringene kan nok diskuteres ytterligere, noen plasseringer var deltakerne mer usikre på enn andre, men resultatene viser de valgene som ble tatt.

# Tema 1: Studentrollen

Bruk av kunnskapsbasert praksis i refleksjoner rundt studentrollen.

(ett eksempel fra hver student)

<b>Erfaringsbasert kunnskap</b>  <b>Erfaringsbasert kunnskap og praksiskunnskap</b> er kunnskap som erverves gjennom å praktisere. Det er kunnskap som utvikles gjennom refleksive prosesser der praktikere lærer fra erfaring. Erfaring som er viktig for å utvikle ferdigheter, vurderingsevne, kommunikasjon og empati.	<b>Bruerkunnskap</b>  <b>Bruerkunnskap:</b> Pasientens (brukerens) erfaring, kunnskap, verdier og preferanser.	<b>Forskningsbasert kunnskap</b>  <b>Forskningsbasert kunnskap</b> fremskaffes gjennom empirisk praktiskrettet forskning. God forskning kjennetegnes ved en systematisk, pålitelig og transparent fremgangsmåte.
Student A: (eksempel 1)  <i>.” Det at man er flere studenter på samme avdeling hjelper også litt på tryggheten, da vi er flere i samme situasjon, som her er studentrollen.</i>  <i>Studentrollen er ikke en enkel situasjon å være i, man er på et nytt sted, nye mennesker, nye pasienter, nytt pensumfelt og med noen som skal vurdere deg under perioden. Men på en annen side, så kan det vel ikke være så lett å være pasient heller. Konklusjonen er jo at studentrollen ikke er en lett situasjon å være i, men man lærer mye av alle på avdelingen, både personell og pasienter. Pasientene lærer å forholde seg til andre enn det faste personalet. Men de har også et valg som gjør at de ikke trenger å involvere oss studenter i deres behandlingsopplegg eller hverdag på avdelingen.”</i>		
Student B: (eksempel 1)  <i>”Jeg visste ikke helt hva jeg skulle forvente meg, det var flere der som</i>		

<p><i>hadde vært med på det før og som fortalte om deres opplevelse i forhold til det. Ble litt skremt av alt de sa, men jeg er vanligvis ikke så lett skremt så jeg grudde meg ikke.”</i></p>		
<p><b>Student C: (eksempel 1)</b></p> <p><i>”..pasienten var ca 10 cm unna ansiktet mitt .. jeg visste ikke helt hvordan jeg skulle oppføre meg i situasjonen som jeg opplevde som ubehagelig..”</i></p> <p><i>”..en av de ansatte bryter inn i samtalen og tar pasienten lett på overarmen og sier ”Skulle ikke du hente.....?”</i></p> <p><i>”Slik jeg ser det er det viktig å ha kjennskap til hvor pasientens grenser går. Det krever både erfaring og empati for å kunne vurdere hva vedkommende har behov for.”</i></p>	<p><i>.. til min forundring sier pasienten: ”Takk skal du ha, nå gjorde du jobben din”...</i></p>	<p><i>..Den maniske pasienten bør i størst mulig grad skånes for ytre stimuli. Den ikke ambivalente faste grensesettende kontroll er absolutt å foretrekke overfor slike pasienter, og man vil da erfare at symptomene ofte går relativt fort tilbake (Kringlen 2008, s. 368)</i></p>
<p><b>Student D: (eksempel 1)</b></p> <p><i>”Jeg tenker at det i mange av pasientenes situasjoner, ikke er like greit når det kommer nye studenter og mennesker hele tiden. Jeg vet at i enkelte pasientgrupper som de med blant annet angst og depresjoner, kan være vanskelig å møte nye mennesker, og tenkte nok en del på dette i mitt første møte med pasienten som der og da ikke så ut til å ville gjøre noe annet enn å så vidt se på meg. Men samtidig tenkte jeg at det kunne, på motsatt vis, føles utrygt og usikkert når det kommer ett nytt menneske inn på deres arena. som ikke presenterer seg ordentlig, men bare sier hei for så å gå forbi.”</i></p>		
<p><b>Student E: (eksempel 1)</b></p> <p><i>”Det er rart hvordan ting man gjør helt automatisk til vanlig, plutselig blir litt mindre naturlig når man er i studentrollen, litt nervøs og med visshet om at man skal vurderes.” - -- var forberedt på at pasienter i en</i></p>	<p><i>....pasienten var imidlertid veldig snakkesalig og blid. Han hilste og ønsket oss velkommer både verbalt og med et blidt kroppsspråk.”</i></p>	

<p><i>slik avdeling kan ha variert forhold til nye studenter,...jeg visste at enkelte pasientgrupper kan være engstelige for å møte nye mennesker...”</i></p> <p><i>...en annen pasient som var en del mer reservert” - han håndhilste, men snakket ikke noe utover det.</i></p> <p><i>”Det føltes litt rart å smile til en pasient som ikke gjorde antydning til å smile tilbake. Jeg kan imidlertid godt forstå at man er reservert i møte med nye mennesker når man ikke selv føler velvære i utgangspunktet.....”</i></p>	<p><i>”...-i tillegg var pasienten mimikkfattig....”</i></p>	
---	--	--

### ***Hva forteller så denne kartleggingen om studentenes bruk av kunnskapsbasert praksis?***

Av de utvalgte eksemplene (Tema 1) ser man at student C i eksempel 1 integrerer både brukerkunnskapen og den forskningsbaserte kunnskapen ved siden av den erfaringsbaserte kunnskapen. Av eksemplene til de andre studentene kommer det fram at de viser til bare erfaringskunnskapen når det gjelder studentrollen. Det kan være flere grunner til at student C i eksempelet integrerer alle kunnskapskategoriene. Foruten at erfaring med å skrive refleksjoner fra tidligere studier/praksisperioder og kunnskaper om kunnskapsbasert praksis kan spille en rolle, kan trolig selve situasjonen ha betydning. Det å komme ny til en avdeling og nesten med det samme møte en pasient som kommer deg helt opp i ansiktet (som situasjonen gikk på), gjorde konfrontasjon uungåelig, selv om det i dette tilfellet var en ansatt som grep inn og handlet/talehandlet eller grensesatte og avledet pasienten). Studenten ble direkte involvert og følelsesmessig engasjert i øyeblikket. *.. jeg visste ikke helt hvordan jeg skulle oppføre meg i situasjonen som jeg opplevde som ubehagelig..* En ansatt grep inn og handlet. Studenten ble oppmerksom på hvordan den erfarne ansatte handlet og trakk følgende konklusjon: *”Slik jeg ser det er det viktig å ha kjennskap til hvor pasientens grenser går. Det krever både erfaring og empati for å kunne vurdere hva vedkommende har behov for.”* Erfaringskunnskapen kom til uttrykk.

Studenten trakk også inn hva pasienten sa i situasjonen: *.. til min forundring sier pasienten: ”Takk skal du ha, nå gjorde du jobben din”...* Brukerkunnskap kom frem (i dobbel forstand) og studenten ble forundret over det pasienten sa. Studenten ble trolig forundret over

bevisstheten til pasienten etter situasjonen. Studenten viste til og argumenterte med teorien/pensumlitteraturen: ”..Den maniske pasienten bør i størst mulig grad skånes for ytre stimuli. Den ikke ambivalente faste grensesettende kontroll er absolutt å foretrekke overfor slike pasienter, og man vil da erfare at symptomene ofte går relativt fort tilbake” (Kringlen 2008, s. 368)Den forskningsbaserte kunnskapen kom altså til uttrykk i refleksjonen.

Man kan vel si at studenten fikk utvidet/ny forståelse av denne situasjonen.

Nortvedt skriver at en viktig forutsetning for utøvelse av forskningsbasert praksis er at man arbeider etter bestemte trinn, der blant annet litteratursøk, kritisk vurdering og anvendelse av litteraturen blir det sentrale. (Nortvedt et al., 2009) i uniped s. 45

I eksemplene til de andre studentene så kommer erfaringskunnskapen til uttrykk, student A begynner erfaringskunnskapen med:

*” Det at man er flere studenter på samme avdeling hjelper også litt på tryggheten, da vi er flere i samme situasjon, som her er studentrollen. Studentrollen er ikke en enkel situasjon å være i, man er på et nytt sted, nye mennesker, nye pasienter, nytt pensumfelt og med noen som skal vurdere deg under perioden. Men på en annen side, så kan det vel ikke være så lett å være pasient heller. Konklusjonen er jo at studentrollen ikke er en lett situasjon å være i, men man lærer mye av alle på avdelingen, både personell og pasienter. Pasientene lærer å forholde seg til andre enn det faste personalet. Men de har også et valg som gjør at de ikke trenger å involvere oss studenter i deres behandlingsopplegg eller hverdag på avdelingen.”*

Studenten har gjort en erfaring/observasjon og klarer å sette ord på den. Konklusjonen som studenten trekker viser erfaringskunnskap. Studenten har fått en forståelse av eller lært at pasientene har et valg o.s.v Så kan man spørre hvor har studenten den kunnskapen fra? Har studenten hørt det blitt sagt i avdelingen? Har studenten lest det? Som veileder kan man i slike tilfeller spørre etter dokumentasjon og begrunnelse for argumentet/påstanden i refleksjonene, da ville trolig studenten bli mer bevisst sin forskningsbaserte kunnskap. Det var også noe av den tilbakemeldingen som studentene fikk i prosessen under prosjektet. (Kunnskapsformene ble etterlyst i de skriftelige refleksjoene etter hvert som forskningen skred fram.)

I prosessen med prosjektet ble alle prosjektdeltakerne stadig mer bevisst hvordan tilbakemelingene til studentene skulle gis for at de skulle vise progresjon i å bruke og dokumentere kunnskapsbasert praksis. Dette er noe som også kan forklare hvorfor alle studentene i større og større grad fikk fram alle tre kunnskapsformene i refleksjonene etter hvert som tiden gikk. De var hele tiden i en utviklingsprosess hvor de stadig ble flinkere til å trekke inn alle tre kunnskapskategoriene.

## Tema 2: Pasientenes lidelser og miljøterapi

(to eksempler fra hver student)

<p><b>Erfaringsbasert kunnskap</b></p> <p><b>Erfaringsbasert kunnskap og praksiskunnskap</b> er kunnskap som erverves gjennom å praktisere. Det er kunnskap som utvikles gjennom refleksive prosesser der praktikere lærer fra erfaring. Erfaring som er viktig for å utvikle ferdigheter, vurderingsevne, kommunikasjon og empati.</p>	<p><b>Brukerkunnskap</b></p> <p><b>Brukerkunnskap:</b> Pasientens (brukerens) erfaring, kunnskap, verdier og preferanser.</p>	<p><b>Forskningsbasert kunnskap</b></p> <p><b>Forskningsbasert kunnskap</b> fremskaffes gjennom empirisk praktiskrettet forskning. God forskning kjennetegnes ved en systematisk, pålitelig og transparent fremgangsmåte.</p>
<p>Student A (eksempel):</p> <p>Psykose og realitetsorientering</p> <p><i>”Jeg opplever det som veldig vanskelig dette med realitetsorientering. Uansett hva jeg måtte si, så føler jeg at jeg ikke hjelper pasienten i hans situasjon. Jeg kan selvfølgelig overhøre hans kommentarer på dette, men da føler jeg at jeg bare avviser han og at han da opplever at jeg mener det han sier bare er noe tull.”</i></p>	<p><i>... ”Han mener noen stjeler dem (klærne), noen ganger blir de byttet ut med andres klær og noen ganger forsvinner dem bare..”. ”Dressen var for det første både altfor stor og stygg og for det andre så var det feil striper på beina på buksa...”</i></p>	<p><i>Realitetsorientering vil si å informere om virkeligheten, for å hjelpe pasienten til å forstå og bearbeide situasjonen han er i og opplever, slik at den blir mindre forvirrende og meningsfull. Ut fra en humanistisk-eksistensiell tenkning og praksis vil det være nødvendig å gjøre denne orienteringen gjensidig. Det vil si at man også ber pasienten orientere hjelperen om "virkeligheten" - sin virkelighet, for å etablere grunnlag for å få en felles virkelighetsforståelse. (Hummelvoll 2006) Strand (2006) skriver i sin bok at realitetsorientering kan høres lett og greit ut, men det er en kunst å få det til sånn at pasienten vokser på det og ikke føler seg avvist. Nøkkelen til å nå frem til realitetsorientering, er å finne frem til den mest dominerende følelsen man oppfanger hos pasienten. Personalet må gå inn i situasjonen og akseptere hvordan den psykotiske virkeligheten kan oppleves. En forutsetning for å våge å slippe vrangforestillingen er at pasienten føler at han blir tatt</i></p>

		<p><i>i mot, akseptert og forstått, at han slipper å kjempe med å overbevise. Neste trinn i verbal realitetsorientering er å gi melding om hvordan man selv opplever realiteten. Som et eksempel kan vi ta pasienten i denne situasjonen som opplever at noen stjeler hans klær. Her kan vi interventere ved å si at vi forstår at pasienten opplever det slik, og at han må være frustrert og ha det følt med en slik opplevelse, men "jeg opplever ikke at det er noen som stjeler klærne dine her"</i></p> <p><i>Det å havne i uendelig slitsomme dragkamper med pasienten om hvem som har rett i oppfatningen av virkeligheten, kommer det sjelden noe godt ut av. Det er viktig at man ikke avviser pasientens oppfatning som tull, men like viktig er det at man holder fast ved og presenterer – ikke som det siste avgjørende ord, men som sin overbevisning – sin egen oppfatning.</i></p> <p><i>Stikkordsmessige hovedmomenter i realitetsorienterende fremgangsmåter:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>– hjelpe- ego.</i></li> <li><i>– oversiktig tilrettelagt miljø.</i></li> <li><i>– verbal realitetsorientering.</i></li> <li><i>– akseptasjon av at pasienten opplever som han gjør.</i></li> <li><i>– akseptasjon og bekreftning av det følelsesmessige budskap.</i></li> <li><i>– meddelelse av egen virkelighetsoppfatning.</i></li> <li><i>– avledning.</i></li> </ul> <p><i>Dette er ingen oppskrift. Man må bruke sin innføling og oppfinnsomhet slik at man blir nærværende for pasienten.</i></p>
<p>Student A (eksempel 2):</p> <p>Bipolar lidelse/Depresjon</p> <p><i>”Mine opplevelser og observasjoner av pasienten jeg er kontakt for, er at han har flere av symptomene som pasienter i en depressiv fase preges av. Jeg opplever pasienten som blant annet både trist og fortvilet, fortvilet over sin egen situasjon og fordi han er</i></p>	<p><i>”Han forteller selv at han opplever hverdagen som veldig vanskelig og håpløs og har liten tro på at situasjonen vil bli noe bedre for han.”</i></p>	<p><i>”Bipolar lidelse regnes som en av de mest alvorlige psykiske lidelsene en person kan få. Bipolar lidelse er en betegnelse på en tilstand hvor personene har både mani og depresjon, men betegnelsen brukes også på personer som kun har mani. Bipolare lidelse ble før kalt manisk-depressiv og er en</i></p>

<p><i>på et sted han ikke vil være.”</i></p> <p><i>...når det gjelder tristheten hos pasienten, observerer jeg dette i pasientens ansiktsmimikk og kroppsholdning. I en eller annen sammenheng kommer det frem et smil eller to, men stort sett er pasienten uten mimikk i ansiktet. Kroppsholdningen hos pasienten er preget av trege kroppsbevegelser og lutet gange. Aktivitetsnivået hos pasienten opplever jeg som bedre enn hos mange andre deprimerte pasienter, han er flink til å aktivisere seg med turgåing flere ganger om dagen og han bruker trimrommet en del.”</i></p>		<p><i>forstyrrelse i følelseslivets grunnstemning, hvor personen kommer inn i en periode med langvarig nedstemthet, for så å gå over i en periode med ukritisk oppstemthet. (Kringlen 2005)”</i></p>
<p>Student B (eksempel 1):</p> <p>Psykose og realitetsorientering</p> <p><i>”Primærpasienten min på posten har en alvorlig depresjon og preges tydelig av dette. Noe jeg har lagt spesielt merke til er at hun har beslutningsvansker.”</i></p> <p><i>”Jeg oppfatter det som at pasienten til stadighet utsetter å ta avgjørelser og prøver å isolere seg litt fra situasjonen.”</i></p>	<p><i>”(Pasienten) Klarer ikke å se noe positivt, og er heller ikke motivert til å prøve. Han gir uttrykk for uønskede konsekvenser som hans beslutning muligens kan føre med seg.”</i></p> <p><i>”Han vakler mellom alternative valgmuligheter og utsetter å bestemme seg. For eksempel: skal hun gjøre det legen anbefaler og mener er det beste, eller skal hun gjøre som eks maken vil, slik at de kanskje kan ha en framtid sammen? Pasienten gir uttrykk for mye fortvilelse i forhold til beslutninger, som viser seg på humør og væremåte.”</i></p>	<p><i>”Ved å bruke egostyrkende sykepleie kan man hjelpe pasienten til å føle seg bedre og øke hans selvtillit. Dette dreier seg om en tilnærming som sikter mot å styrke personens egofunksjoner gjennom ”passe” støtte og ”passe” utfordring for å bistå personen til klarere selvoppfatning, opplevelse av personlig integritet, forbedret relasjon til andre, makte hverdagens oppgaver og dermed til å kunne orientere seg i verden (Hummelvold, Helt-ikke stykkevis og delt 2005:323)</i></p> <p><i>” For at sykepleierens støtte og hjelp til pasientens egenomsorg skal være funksjonell og virke helsefremmende, må den støtte opp om livsprosessene, fremme funksjonsevnen og vedlikeholde vekst, utvikling og modning. Hensikten med sykepleie assistanse er at pasienten bedrer sine mestrings- og problemløsningsmåter i forhold til sin situasjon og sine psykiske plager (Hummelvold, Helt- ikke stykkevis og delt, 2005:48).</i></p>
<p>Student B (eksempel 2):</p> <p>Angst</p> <p><i>”Under samtale med ham kan jeg se hvordan han forandrer seg desto</i></p>	<p><i>”.. i forhold til dette uttrykker han</i></p>	<p><i>”En vanlig måte å forstå angst på, er at det er en diffus, indre uro uten kjent årsak, det vil si den er</i></p>



<p>mer vi prater om permisjonen og boligen”</p>	<p>svært mye angst.”</p> <p>”Han gir uttrykk for at han er redd for hva som møter ham, og han føler seg helt handlingslammet på grunn av angsten.”</p>	<p>ikke rettet mot et bestemt ytre objekt. Individet føler seg engstelig, men vet ikke hvorfor, og rent fornuftsmessig er det ingenting å engste seg for.”(Hummelvold, Helt-ikke stykkevis og delt, 2008:128)</p>
<p>Student C (eksempel1):</p> <p>Krav og aktivitet</p> <p>”Jeg syns det er viktig å nevne at avhengig av pasientens diagnose og hvor i prosessen pasienten befinner seg er det viktig å tilpasse aktivitetsnivå. Maniske pasienter trenger begrensninger i dagsaktiviteter.... Mens depressive for eksempel trenger motivasjon og puff...”</p>	<p>”pasienten sa at bare det å være sammen med andre var krevende..”</p>	<p>”I psykiatrien er det viktig med det såkalte moderlige prinsipp- som symboliserer en base og en beskyttelse der kontinuitet og trofasthet og kravløshet er sentralt. Det faderlige prinsipp symboliserer et puff ut i verden. Det innebærer et tilbud om aktivitet og et krav om å utvikle seg, lære ting, bli livsdugelig (Sandin 86, her fra Strand, s.77)</p>
<p>Student C (eksempel 2):</p> <p>Angst, stemmer, schizofreni</p> <p>..han trekker seg ofte unna miljøet, legger seg under dyna og ”venter” at stemmene forsvinner. Etter hvert har pasienten blitt mer bevisst muligheten til å ta kontakt med personalet i avdelingen når slik situasjon oppstår.”</p> <p>..han har blitt bedt om å meditere eller ta kontakt med personalet og på den måten avlede stemmene. Han vil da etter hvert kanskje lære seg å mestre situasjonen som er utløsende årsak til angst.”</p>	<p>.. en pasient sier at han hører stemmer som oppleves som skremmende. Pasienten blir redd og sliter med angst</p>	<p>”Mange schizofrene pasienter har stor nytte av arbeidsterapi ..å aktiveisere pasienten slik at oppgaver som pasienten makter og mestrer kan lede pasienten fra paranoide eller hallusinogene tanker. Pasienten konsentrerer seg om oppgaven som på en måte blir en avledende manøver. Kringlen forklarer at schizofrene pasienter må oppmuntres til å ta kontakt med personalet i krisesituasjoner i stedet for å isolere seg.”</p> <p>Kringlen sier også at det er viktig å være oppriktig overfor pasienten, og man bør aldri gi inntrykk av at man er enig i hans vrangforestillinger – terapeuten må representere realitetene som pasienten kan orientere seg etter. I de konkrete tilfeller skal man ganske enkelt fortelle pasienten at man ikke hører de stemmene som pasienten hører, men antyde at, man likevel vil ha kontakt med ham (Kringlen, s 325)</p>
<p>Student D (eksempel1):</p> <p>Depresjon og krav</p> <p>”..jeg kunne se at hun tydelig ble urolig, noe jeg ser i sammenheng med at adrenalinet øker.”</p>	<p>”Hun viste redsel og tok tak i meg og knuget hånden og armen min, spente alle muskler i kroppen</p>	<p>”Det jeg vet om det fysiologiske ved angst er at adrenalinet økes i organismen, det blir en økning av glukose i leveren, det tiltagende</p>

<p><i>Jeg tenker at behovet for kunnskap om angst er viktig for denne pasienten, for å klare mestring.”</i></p>	<p><i>sin,..”</i></p> <p><i>”Hun ga klart uttrykk for at hun ville ut igjen fort...”</i></p>	<p><i>pulsfrekvens, og tiltagende respirasjonsstyrke.....”</i></p> <p><i>”For pasienten så er behov for trygghet og sikkerhet, angstreduksjon og kunnskap om angst, viktige faktorer for at hun i senere anledninger skal kunne møte slike situasjoner uten at angsten tar overhånd.”</i> (Hummelvold 2008)</p>
<p>Student D (eksempel 2):</p> <p>Suicidalitet</p> <p><i>..jeg ser at vurdering av selvmordsfare hører med til de vanskeligste (og vanligste) oppgavene i posten. ”</i></p> <p><i>...slik jeg ser det så er det et overordnet mål å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk....</i></p> <p><i>Jeg kunne observere at en fra personalet som satt på ”kontinuerlig oppfølging” KO, ved en anledning satt utenfor glassveggen mens pasienten fikk snakke i telefonen uten at personalet hørte på samtalen. Dette tenkte jeg var fint..... ”</i></p> <p><i>”Pasient og pleier var ikke så fysisk nær som forskriftene tilsier, men allikevel var det en situasjon der det var gjort en vurdering av akkurat denne pasienten og situasjonen, og som var forsvarlig med tanke på å la ham få denne muligheten til samtale. ”</i></p> <p><i>”Så da kan jeg jo se at :”En vurdering av selvmordsfare forutsetter kunnskap om de viktigste risikofaktorer, psykiatrisk diagnostikk og kliniske intervjuferdigheter” var noe som pleieren hadde kompetanse til, samtidig som ”en vurdering av en person og en situasjon” ble tatt.”</i></p>	<p><i>”..pasienten uttrykte at han til tider syntes det var slitsomt å ha noen hos seg hele tiden,..... ”.</i></p>	<p><i>”Vurdering av selvmordsfare må foretas av lege, psykolog eller annet helsepersonell som innehar tilstrekkelig kompetanse til å foreta slike vurderinger, if. Helsepersonellovens §4 om kravet til faglig forsvarlighet. Virksomheten har ansvar for at det finnes helsepersonell med nødvendig faglig kompetanse på området... ” (Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern)</i></p> <p><i>”Kontinuerlig observasjon brukes når selvmordsrisikoen er overhengende. Det innebærer en oppfølging av pasienten der personalet ser pasienten til enhver tid og ikke snur ryggen til ham eller henne. Personalet bør være så fysisk nær at farlige situasjoner, selvskaade eller selvmord kan avverges. Pasienten bør ikke forlate enheten eller være alene i noen situasjoner..... ”</i></p>
<p>Student E (eksempel 1):</p> <p>Gundersons miljøterapeutiske prinsipper</p> <p><i>”Hun var ivrig etter å innta</i></p>	<p><i>”Pasienten var veldig blid da hun var i omviser-rollen. Hun fortalte engasjert om ..... ”</i></p>	<p><i>”Gundersens miljøterapi vil være viktig også på andre områder med denne pasienten. Hun får beskyttelse ved å være</i></p>

<p>omviser-rollen og vise meg rundt, og jeg tenkte det kunne være en fin måte å unngå "ovenfra-ned-følelsen" på. Det er naturlig å tenke at det å ha en diagnose og det å bli innlagt på en psykiatrisk avdeling vil gjøre at selvfølelsen automatisk blir svekket, og jeg tenker at et Gundersons miljøterapeutiske punkt om støtte blir veldig viktig her."</p>		<p>tvangsinnlagt og tvangsmedisinert....."</p> <p>I tillegg vil <b>struktur</b> hvor hun har utgang kun etter avtale, og faste måltider å forholde seg til, fast rytme og balanse mellom søvn og hvile, samt besøk og telefoner etter avtale, gi forutsigbarhet og trygghet. Dette vil være viktig i manisk fase for å hindre alle de ukritiske tiltakene, og det vil være viktig for en deprimert for å holde seg i gang, få aktiviteter å konsentrere seg om, samt noe å se frem til.</p> <p><b>Engasjement og gyldiggjøring</b> vil kanskje være spesielt viktig i depressiv fase, da pasienten trenger å aktiveres, oppmuntres til å engasjere seg i ting, samtidig som graden av engasjement ikke bør være så høyt at pasienten igjen blir urolig og rastløs av det. Dette ser jeg på som en utfordring for denne pasientgruppen." (John Gunderson, miljøterapeutisk modell.)</p>
<p>Student E (eksempel 2):</p> <p><b>Beltelegging</b></p> <p>"....Vi fikk også prøve selv hvordan det var å bli lagt i belter. Dette ble da utført av to ansatte og to andre studenter. I noen minutter fikk vi så ligge der og kjenne på maktesløsheten. Da dette var en frivillig øvelse, følte jeg vel ikke at det ble helt virkelighetsnært. Det var allikevel nyttig å prøve det, og jeg kjente jo at det var ubehagelig å ha følelsen av å sitte helt fast. Det er ikke vanskelig å forestille seg at det kan være en stressende påkjenning for pasienten å ligge i belter slik, og jeg ser absolutt viktigheten i at personalet til enhver tid befinner seg i rommet sammen med pasienten som en støtte.".....</p>	<p>... "I denne situasjonen fikk jeg selv erfare hvordan det føltes å ligge i belter. Selv om situasjonen min var frivillig og selv om alt foregikk under rolige, kontrollerte former, fikk jeg kjenne på maktesløsheten man føler når man sitter helt låst fast. Mens jeg lå der, rakk jeg å kjenne på følelsen av å være fullstendig overlatt til andre. Vissheten om at jeg når som helst kunne be dem slippe meg løs, gjorde imidlertid at jeg var veldig rolig, noe som sikkert ville vært annerledes dersom jeg lå der på tvang.".....</p>	<p>... "Da beltelegging er en tvangshandling, må man forholde seg til regelverket i psykisk helsevernlov som omhandler dette. §6 sier at tvangsmidler kun kan nyttes etter en leges forordning....med mindre nødssituasjoner gjør det nødvendig å nytte tvangsmidler før lege har kunnet forordne dette. Lege skal da snarest underrettes og ta standpunkt til bruken av tvangsmiddelet.".....</p> <p>..... "Pasienten bør være beltelagt så kort tid som mulig (j§5 i psykisk helsevernlov), og der det er nødvendig at pasienten ligger i belter i mer enn 8 timer, skal dette protokollføres spesifikt."...</p>

### ***Bruk av kunnskapsbasert praksis i refleksjoner rundt pasienters lidelser og miljøterapi.***

Student A skriver at hun opplever ” *dette med realitetsorientering som veldig vanskelig...*” ”*Uansett hva jeg måtte si, så føler jeg at jeg ikke hjelper pasienten..*” Studenten har med bakgrunn i egen erfaring oppdaget noe som hun opplever som vanskelig. Studenten gir uttrykk for erfaringskunnskap. Studenten viser også at hun har teorikunnskaper å knytte erfaringen mot. Realitetsorientering er et av de ”ego-støttende sykepleieprinsippene”. En teori som det i undervisningssammenheng legges vekt på før studentene går i psykiatripraksis. Videre i samme refleksjon viser studenten at hun har søkt i pensumlitteraturen på nytt. Hun refererer i refleksjonen direkte til pensumlitteraturen og kilder som ”Hummelvoll 2006” og ”Strand 2006”. Forfattere som begge omtaler grundig det ego-støttende sykepleieprinsippet ”realitetsorientering”. Slik viser student A den forskningsbaserte kunnskapen. Også brukerkunnskapen har studenten trukket inn ved å vise til hva pasienten selv uttrykker og som kan si noe om pasientens virkelighetsoppfatning. Noe som kan vise nødvendigheten av å skulle bruke realitetsorientering som metode overfor denne pasienten i det terapeutiske miljøet i avdelingen. ”*Han mener noen stjeler dem (klærne), noen ganger blir de byttet ut med andres klær...*”. o.s.v.

I det tredje eksempelet fra student A finnes den forskningsbaserte kunnskapen i form av beskrivelser rundt bipolar lidelse. Studenten bruker Kringlen 2005 som kilde.

Brukerkunnskapen gjenspeiles gjennom det studenten skriver at pasienten selv forteller: ”*Han forteller selv at han opplever hverdagen som veldig vanskelig og håpløs og har liten tro på at situasjonen vil bli noe bedre for han.*” Selve erfaringen som studenten har gjort og vurderinger og konklusjoner rundt erfaringen blir studentens erfaringskunnskap. ”*Mine opplevelser og observasjoner av pasienten jeg er kontakt for, er at han har flere av symptomene som pasienter i en depressiv fase.....*”

Student B beskriver en erfaring hun har gjort ved å møte en deprimert pasient ”*Jeg oppfatter det som at pasienten til stadighet utsetter å ta avgjørelser og prøver å isolere seg ....*” Her kan man vel si at studenten setter ord på symptomer ved depresjon med bakgrunn i praksiserfaringen. Erfaringskunnskapen artikuleres. Studenten viser til brukerkunnskap indirekte gjennom å trekke konklusjoner på bakgrunn av hva pasienten selv gir uttrykk for :”*Han gir uttrykk for uønskede konsekvenser som hans beslutning muligens kan føre med seg..*” ”*Han vakler mellom alternative valgmuligheter og utsetter å bestemme seg....*”

Studenten har fått ny erfaringskunnskap på bakgrunn av pasientens preferanser (brukerkunnskap). Brukerkunnskapen kom frem ved at studenten viste til de konsekvensene som pasienten selv ga uttrykk for: ” *Skal han gjøre det legen anbefaler eller skal han gjøre det ektemaken vil slik at de kan ha en framtid sammen o.s.v*”. Den forskningsbaserte kunnskapen har også denne studenten vist gjennom å referere til teorier om ego.støttende/styrkende sykepleie og se teoriene i sammenheng med praksissituasjonen.

I det tredje eksempelet reflekterer student B over angst : ” *Under samtale med ham kan jeg se hvordan han forandrer seg desto mer vi prater om permisjonen og boligen..*” En erfaringskunnskap kommer til uttrykk. Brukerkunnskapen er trekt inn : ” *Han gir uttrykk for at han er redd for hva som møter ham,.....*” Hummelvoll 2008 er brukt som kilde for den forskningsbaserte kunnskapen som studenten reflekterer opp i mot.

Student C har erfart viktigheten av å tilpasse aktiviteter til pasientenes diagnose og hvor i prosessen pasientene befinner seg. ” *Maniske pasienter trenger begrensninger i dagsaktiviteter...Mens depressive for eksempel trenger motivasjon og puff...*” Studenten viser til brukerkunnskapen på denne måten: ” *pasienten sa at bare det å være sammen med andre var krevende..*” Det moderlige og det faderlige sykepleieprinsipp som betydningsfullt for å tilpasse aktivitetsnivået ser studenten i sammenheng med sin erfaring. Slik viser studenten bruk av forskningsbasert kunnskap.

I det tredje eksempelet reflekterer student C over en pasient som hører stemmer. Studenten viser at hun ser sammenhengen mellom det å høre stemmer og pasientens angst. ” *..en pasient sier at han hører stemmer som oppleves som skremmende. Pasienten blir redd og sliter med angst.*” Brukerkunnskapen gir ny forståelse og studenten ser brukerkunnskapen i sammenheng med at pasienten har blitt bedt om å meditere eller ta kontakt med personalet og på den måten avlede stemmene. Studenten skriver at ” *..han vil da etter hvert lære seg å mestre situasjonen som er utløsende årsak til angst.*” Ny erfaringsbasert kunnskap artikulert. Studenten trekker også tråder over mot relevant forskningsbasert kunnskap og viser til hva Kringlen skriver om behandling av schizofreni.

Student D reflekterer blant annet over angst og utrygghet og ser det i sammenheng med teorier om behovet for trygghet og sikkerhet, samt betydningen av at pasienten får kunnskaper om sin angst. Studenten trekker inn brukerkunnskap ved blant annet å vise til at pasienten selv uttrykker utrygghet. ” *Hun viste redsel og tok tak i meg og knuget hånden og armen min,*

*spente alle muskler i kroppen....” og ”Hun ga klart uttrykk for at hun ville ut igjen fort..”* Studenten viser til pensum (Hummelvoll 2008) og trekker inn forskningsbasert kunnskap som : *”For pasienten så er behovet for trygghet og sikkerhet, angstreduksjon og kunnskap om angst, viktige faktorer for at hun i senere anledninger skal kunne møte slike situasjoner uten at angsten tar overhånd.”* I dette eksempelet ser vi også at studenten bruker forskningsbasert kunnskap som trolig er internalisert i studenten selv: *”Det jeg vet om det fysiologiske ved angst er at adrenalinet økes i organismen, det blir en økning av glukose i leveren, tiltagende pulsfrekvens. Og tiltagende respirasjonsstyrke..”* Studenten har ikke noen referanse direkte å vise til, men har trolig internalisert kunnskapen som en del av seg selv og sin viten.

Student D erfarer i eksempel 3 også at vurdering av selvmordsfare hører med til de vanskeligste (og vanligste) oppgavene i posten, og beskriver en situasjon der en erfaren ansatt tar en selvstendig vurdering i henhold til rammene for kontinuerlig oppfølging. Studenten konkluderer med og viser erfaringskunnskap gjennom en forståelse for situasjonen. *”Så da kan jeg jo se at ”En vurdering av selvmordsfare forutsetter kunnskap om de viktigste risikofaktorer..... o.s.v* Studenten viser til forskningsbasert kunnskap gjennom hva de nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern og forskrift om oppfølging sier. Studenten trekker brukerkunnskapen inn i sin egen diskusjon *”pasienten uttrykker at han syntes det var slitsomt å ha noen hos seg hele tiden..”* for så å trekke konklusjonen at den aktuelle ansatte hadde den kompetanse som skulle til for å vurdere situasjonen forsvarlig. Altså en konklusjon basert på kunnskapsbasert praksis med alle kunnskapskategoriene integrert.

Student E trekker inn Gundersons miljøvariabler og reflekterer rundt bruken av disse: *”Det er naturlig å tenke at det å ha en diagnose og det å bli innlagt på en psykiatrisk avdeling vil gjøre at selvfølelsen automatisk blir svekket, og jeg tenker at Gundersons miljøterapeutiske punkt om støtte blir veldig viktig her.”* Kunnskap ervervet gjennom refleksive prosesser i forbindelse med praksis. Erfaringsbasert kunnskap. For å trekke konklusjonen må også studenten vite noe om hva Gundersons miljøterapeutiske variabler innebærer og det viser studenten ved å trekke forskningsbasert teori inn i refleksjonen. Studenten beskriver Psykiater John Gundersons teorier og ser teorien i sammenheng med erfaringer i praksis.

Brukerkunnskapen kommer inn ved at studenten viser til direkte informasjon fra pasienten hvor pasienten gir uttrykk for å ha fått en bedre selvfølelse. Noe som nettopp kan ha

sammenheng med bruken av støtte i det terapeutiske miljøet overfor denne pasienten.

*”Pasienten var veldig blid da hun var i omviserrollen. Hun fortalte engasjert om...”*

I det tredje og siste eksempelet beskriver student E en erfaring hvor hun selv får prøve å ligge i belter. I en slik prosedyre blir studenten både student og bruker. Erfaringskunnskapen og brukerkunnskapen ble derfor noe vanskeligere å skille. Beskrivelsen av prosedyren og *refleksjonen over situasjonen* la vi mer mot erfaringskunnskapen, mens *refleksjonen i situasjonen* la vi mer mot brukerkunnskapen. Etter Donald Schön ” *refleksjon in - aktion* og *refleksjon on - aktion*” (Schön 1995) Psykisk helsevernloven gjenspeiler i det siste eksempelet den forskningsbaserte kunnskapen.

#### **4. Etterord, konklusjon og videre forskning**

Vi har sett at en slik systematisk analyse og kartlegging av studentenes skriftelige refleksjonslogger mens de er i praksis i psykiatrien får betydning for hvordan de arbeider kunnskapsbasert. Både studenter og veiledere ble mer bevisst på hva kunnskapsbasert praksis innebærer og alle fikk et stadig større fokus på viktigheten av å praktisere kunnskapsbasert. Vi har sett betydningen av de skriftelige loggene og hvordan de kan være et meget nyttig arbeidsredskap i denne bevisstgjøringsprosessen. Studentene tvinges til å beskrive erfaringer de gjør i praksisfeltet og se disse i sammenheng med teorien og den forskningsbaserte kunnskapen. Selv om den forskningsbaserte kunnskapen for studentene først og fremst baserte seg på kilder som pensum for utdanningen. I utdanningsinstitusjonene har det imidlertid vært et fokus den siste tiden på å skulle påvirke studenter til å i stadig større grad søke og tilegne seg kunnskaper ( teori og forskningsbasert kunnskap) fra nyere internasjonale forskningsartikler o.l En barriere viser seg ofte å være selve søkingen. Ikke alle studenter er like trent på å skulle bruke og velge de riktige søkemotorene og søkesystemene, men i fremtiden vil trolig loggene også preges av mer forskningsbasert kunnskap basert på ny kunnskap fra pågående internasjonal forskning. Når det gjelder brukerkunnskapen så viste det seg at studentene i stadig større grad gikk direkte til pasientene for å hente informasjon, opplysninger og kunnskaper. Enten direkte eller indirekte gjennom observasjoner. Dette førte til at studentene også stadig ble sterkere i pasientrelasjonene. De tok kontakt med pasientene. En målrettet kontakt. De skulle jo i refleksjonene trekke inn brukerkunnskapen og da måtte de tilegne seg denne kunnskapen. Pasientene ”ble sett” av studentene på en annen måte enn før

og det skulle man tro også fikk betydning for pasientenes opplevelser. Slik kan denne forskningen få ringvirkninger til pasientenes tilstander og positiv betydning for det terapeutiske miljøet i avdelingen.

Når det gjelder metoden som ble brukt i prosjektet så valgte vi å gå inn i de tre kategoriene erfaringsbasert kunnskap, brukerkunnskap og forskningsbasert kunnskap. Vi så på kategoriene hver for seg når vi analyserte loggene. Man kan si at vi gikk litt den motsatte vei enn hva man ofte gjør når man utøver kunnskapsbasert praksis i en kontekst. Å anvende kunnskapsbasert praksis vil si å sette elementene i modellen sammen i praksis. (Nortvedt m.fl s. 17) Vi så på den beskrevne anvendelsen for så å skille elementene fra hverandre. Analyserte hvordan elementene var anvendt i praksissituasjonene, og sjekket om og hvordan elementene var anvendt. Vi så kritisk på hvordan studentene utøvde kunnskapsbasert praksis på en slik måte at det fikk betydning for utøvelsen underveis i prosjektperioden i og med at studentene stadig fikk tilbakemeldinger og sjanse til å gjøre ting bedre til neste refleksjon.

En av intensjonene med å gjennomføre prosjektet var at rapporten kunne fremstå som en veileder for andre kontekster. Slik den nå fremstår viser den fremgangsmåten vi brukte og den kan nettopp være en veileder for andre avdelinger/kontekster hvor man har studenter. Prosjektdeltakerne som representerte de daglige veilederne i prosjektet kan vise til at de også etter prosjektperioden analyserer studenters logger på samme måte som under prosjektet.

Det som kunne være interessant var å gjennomføre prosjektet også ved andre kontekster for å se hvordan og om metodene ville egne seg i kontekster med f.eks andre pasientkategorier, andre veiledningsmodeller og lignende. Konteksten kan være knyttet til kultur, forståelsesramme, ressurser, etiske forhold og politikk. Konteksten påvirker også alle elementene i modellen. (Nortvedt m.fl. s.17)

Å arbeide med prosjektet har gjort mye med samarbeidet prosjektdeltakerne i mellom. Deltakerne er enig om at en mer felles forståelse for betydningen av skriftelige logger som metode har utviklet seg. En forståelse som også i ettertid gjør det lettere å vite hvordan man kan vurdere studentrefleksjonene, samt hva som forventes av studentene sett i relasjon til kunnskapsbasert praksis og skrifteliggjøring.



## **Referanser**

Fagermoen, Solveig (1993). Sykepleie i teori og praksis. Universitetsforlaget

Kvale Steinar (2002). Det kvalitative forskningsintervju. Gyldendal Norsk Forlag AS

Nortvedt, M., G. Jamtvedt, B. Graverholt og L.M. Reinart (2007). Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – *en arbeidsbok for sykepleiere*. Norsk Sykepleierforbund.

Strand, Liv (1992). Fra kaos mot samling, mestring og helhet. Gyldendal Norsk Forlag A/S

Schøn, Donald A. (1995) The reflective praktioner. Biddles Ltd, Guildford and Kings Lynn, GB

### *Artikler og Tidsskrifter*

Gunderson, John G. Defining the Terapeutic Processes in Psychiatric Milieus. *PSYCHIATRY, Vol.41, November 1978*

Handlingsplan for kunnskapsbasert praksis i Sykehuset Innlandet, 2008

Uniped. Tidsskrift for universitets- og høgskolepedagogikk

Utdrag fra studentenes Praktiske Håndbok s.8 :

## **SKRIFTLIG OG MUNTLLIG REFLEKSJON I PRAKSIS**

Både teoretisk og praktisk kunnskap utvikles gjennom studentens refleksjon over de handlinger og erfaringer hun/han får i praksissituasjoner.

Den overordna hensikten med skriftlig og muntlig refleksjon i praksis er læring, og skal være relatert til eget og praksisstudiets læringsutbytte.

### **Hensikten**

Studenten oppøver evne til refleksjon som grunnlag for egen læring, faglig og personlig utvikling

- Studenten reflekterer over og bearbeider egne erfaringer i praksis Reflekterer over problemstillinger i praksis
- Studenten reflekterer over egne handlinger i praksis
- Studenten bevisstgjør egne følelser og holdninger i konkret opplevde situasjoner
- Studenten bevisstgjør egne etiske vurderinger i konkret opplevde situasjoner
- Studenten kobler erfaringene til sine teoretiske og praktiske kunnskaper
- Studenten vurderer hvordan det lærte kan brukes i praksis
- Studenten får et utgangspunkt for tilbakemelding, dialog og veiledningssamtaler med dagligveileder, hovedveileder, kontaktlærer og medstudenter
- Studenten får trening i fagskriving
- Studenten vurderer seg selv

## **FORSLAG TIL STRUKTUR OG INNHOLD I SKRIFTLIG OG MUNTLLIG REFLEKSJON**

Velge en situasjon du har vært i og som du reflekterer over.

*Beskriv situasjonen (erfaringen, problemstillingen eller handlingen)*

- Hva skjer?
- Hva skjedde?

*Skriv dine refleksjoner:*

- Hvorfor skjedde det?
  - Hvorfor gikk det som det gikk?
  - Hvilke spørsmål/ problemstillinger synliggjorde situasjonen?
  - Hvilke tanker, følelser og reaksjoner hadde jeg i situasjonen?
  - Hvilke kunnskaper brukte jeg eller kunne jeg brukt?
  - Hva betyr det?
- 
- Hvilke konklusjoner kan trekkes?
  - Hva har jeg lært?
  - Hvordan kan jeg anvende det jeg har lært videre? Les mer om erfaringslæringskjeden og erfaringslæring i studentgrupper (Fagermoen, Solveig 1993 s 136-137)

## **John G. Gundersons miljøterapeutiske variabler**

I artikkelen ”*Defining the Therapeutic Processes in Psychiatric Milieus*” beskriver psykiateren John G. Gunderson fem terapeutiske aktiviteter som miljøer kan utøve, og så sammenligner han dem når det gjelder målsetting, arbeidsmåter, anvendelighet og begrensninger for ulike pasientgrupper.

De fem funksjonene som defineres er:

- 1. Containment**/beskyttelse – det å ta hånd om, ivaretagelse, omsorg, trygging
- 2. Support** – støtte
- 3. Structure** – struktur
- 4. Involvement**/engasjement – engasjement, fellesskap, samhandling
- 5. Validation**/gyldiggjøring – bekreftelse, verdsetting, anerkjennelse

## **Egostyrkende sykepleieprinsipper**

De egostyrkende sykepleieprinsippene slik de er beskrevet av Liv Strand (1992) i boken ”*Fra kaos mot samling, mestring og helhet*”:

**Kontinuitet og regelmessighet**

**Nærhet og avstand**

**Fysisk omsorg**

**Grensesetting**

**Skjerming**

**Containing-function**

**Realitetsorientering**

**Praktiske gjøremål – samhandlinger**

**Verbalisering**

**Pedagogisk tilnærming**

**Krav og mål**

**Trening i å se valgmuligheter og å foreta valg**

I tillegg viser Strand til Barbro Sandin (1986), som i sin tenkning ofte bruker begrepene om det moderlige og det faderlige. **Det moderlige prinsipp** symbolisere en base og en beskyttelse der kontinuitet og trofasthet og kravløshet er sentralt. **Det faderlige prinsipp** symboliserer et ”puff” ut i verden. Det innebærer et tilbud om aktivitet og et krav om å utvikle seg, lære seg ting, bli kraftfull, kunne påvirke, bli livsdugelig.



## INFORMERT SAMTYKKE

Jeg er informert om at et samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Gjøvik og SI-Reinsvoll avd.1D pågår i den tiden vi har vår praksis i psykiatri ved avdelingen.

Prosjektets navn/tema: ”Analyse av skriftelige refleksjonslogger i praksisfeltet psykiatri – en veileder utarbeidet og basert på kunnskapsbasert praksis.”

Jeg samtykker i å være delaktig i prosjektet gjennom at mine refleksjonslogger som jeg skriver 2 stk. av pr. uke, blir gjenstand for forskning og analyse.

Eksempler og utdrag fra refleksjonene som evt. blir gjengitt i en rapport i forbindelse med prosjektet anonymiseres. Som deltakende student er jeg også anonymisert i prosjektrapporten.

Delaktige student:

---

---

Prosjektansvarlige:

SI-Reinsvoll avd.1D:

Kontaktsykepleiere/Hovedveiledere: Morten Sommerstad, Vegard Paulseth, Ida Smedhaugen, Toril Stjern

Høgskolen i Gjøvik:

Hovedansvarlig prosjekt/Lærerveileder: Ingunn Ulvestad

HiG dato

Prosjektansvarlig

---