

Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2012 nr. 2

**Kunnskapsbasert praksis som fokus i  
studentveiledningen i psykiatrien. Del 2**

Analyse av skriftelige refleksjonslogger i praksisfeltet psykiatri

Ingunn Ulvestad – Kari Fauchald – Inna Annanieva  
Bent Egil Bergestuen – Kristin Nøkleberg  
Ine Ringvold – Birgitta Hedelin



Høgskolen i Gjøvik  
2012

ISSN: 1890-520X

ISBN: 978-82-91313-82-5

## FORORD

Prosjektet ”Kunnskapsbasert praksis som fokus i studentveiledningen i psykiatrien” startet i august 2009. Prosjektet er et samarbeid mellom Sykehuset Innlandet Reinsvoll og Høgskolen i Gjøvik. Prosjektets del 1 pågikk høsten 2009 og våren 2010. Den intermedieære avdelingen 1D ved Sykehuset Innlandet Reinsvoll var involvert med studenter og veilederteam. (Rapport fra prosjektets del 1: Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2010 nr.7)

Høsten 2010 startet prosjektets del 2 som en videreføring av del 1 hva angår metode, formål og hensikt. I prosjektets del 2 ble to nye avdelinger ved Sykehuset Innlandet avdeling Reinsvoll involvert. Dette var avdeling 3A og 1C. Ved disse avdelingene hadde de involverte studentene hver sine hovedveiledere/daglige veiledere som deltok i prosjektet. Det var Spesialsykepleierne Kari Fauchald og Inna Annanieva fra avdeling 1C (høst 2010), Kari Fauchald og Bengt Egil Bergestuen (vår 2011) og Spesialsykepleierne Kristin Nøkleberg og Ine Ringvold fra avdeling 3A (vår 2010 og høst 2011). Veileder for prosjektene har vært professor Birgitta Hedelin ved Høgskolen i Gjøvik.

Prosjektansvarlig,

Høgskolelektor Ingunn Ulvestad

## **Innholdsfortegnelse**

1. Introduksjon .....	4
1.1 Bakgrunn .....	4
1.2 Hensikt.....	8
2. Metode .....	8
2.1 Kvalitativ studie .....	8
2.2 Informanter .....	8
2.3 Datagrunnlag og gjennomføring .....	9
2.4 Etisk vurdering.....	10
2.5 Analyse .....	10
3. Resultater fra prosjektets del 2 .....	11
4. Diskusjon, konklusjon og videre forskning.....	19
Referanser .....	21
Vedlegg.....	22

Vedlegg 1: Utdrag fra Praktisk Håndbok

Vedlegg 2: John Gundersons Miljøvariabler

Vedlegg 3: Ego-styrkende sykepleieprinsipper

Vedlegg 4: Informert samtykke

# 1. Introduksjon

## 1.1 Bakgrunn

### *Kunnskapsbasert praksis*

Å forankre praksis i kunnskap er ikke noe nytt. Profesjoner har alltid basert seg på kunnskap og kunnskapsformer har vært diskutert i flere tiår. Det nye i dag er at det arbeides på mange fronter med å utvikle alternative kunnskapsgrunnlag. (Jensen 1990)

Evidensbasert praksis viser til kunnskapsformen som Aristoteles beskrev ”Det som ikke kan være annerledes” (Alsvåg 2009). Medisinere på 1700-1800-tallet hadde som mål for sitt arbeid å få mest mulig sikker kunnskap om sykdom og sykdomsprosesser. Fakta og bevis var sentrale elementer i utøvelsen. Mange definerer derfor ofte evidensbegrepet med ”sikker kunnskap”.

*”Evidensbasert medisin is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research” (Sacett I:British Medical Journal, 1996; 312: 71)*

Begrepene evidensbasert eller kunnskapsbasert praksis og evidensbasert sykepleie er avledet av begrepet evidensbasert medisin, og i de senere årene har evidensen i stadig større grad vært utgangspunktet for diskusjon rundt ulike kunnskapsformer. Evidensen diskuteres og spørsmålene dreier seg mye om hvorvidt ulike kunnskapsformer kan innordnes andre. Norsk Sykepleierforbund ga i 2007 ut boken ”Kunnskapsbasert praksis” som har vært et utgangspunkt for prosjektene (både del 1 og del 2). Kunnskapsbasert praksis defineres i boken som å basere fagutøvelsen på forskningsbasert kunnskap integrert med erfaringsbasert kunnskap eller erfaring og pasienters brukermedvirkning.

*”Kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen.”*  
(Jamtvedt,Gro/Nortvedt,MonicaW/Graverholt,Birgitte/Reinar,Liv Merete. 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 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.

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

(Nortvedt m/fl. 2007)

## *Studentenes refleksjon i praksis*

Å reflektere betyr egentlig ”å kaste noe tilbake” eller ”vende tilbake til noe”(Bie 2007). Det kan også defineres som en bevisst søken etter en forståelse av noe som har en særlig betydning (Andersen i Bie 2007). Refleksjon kan bidra til integrering av teoretiske kunnskaper og praktiske ferdigheter, gi økt bevissthet og evne til å håndtere egne følelser og reaksjoner i samhandling med andre personer (Bie 2007).

Mikael Alexandersson skriver i artikkelen ”Fördjupad reflektion bland lärare för ökat lärande” at: ”refleksjonen blir en ”brygga” mellan våre tidigare erfarenheter och vår strävan efter att utveckla och forma framtiden” (Alexandersson 1994, s.164).

Moxnes refererer til Argyris og sier at selv om vi lærer av våre erfaringer, særlig dem vi reagerer følelsesmessig på, så lærer vi ikke av erfaringene alene. Uten å stille spørsmål har vi lett for å stoppe opp i læringen, og praksis kan dermed lett bli rutinepreget. Det blir viktig med refleksjon og å stille spørsmål for ikke å gli inn i rutiner og vaner.

I Rammeplan for sykepleierutdanning (2008) står det at høgskolen skal utdanne ”selvstendige, ansvarsbevisste endrings- og pasientorienterte yrkesutøvere som viser evne og vilje til en bevisst og reflektert holdning ved utøvelsen av sykepleie”.

Gjennom hele sykepleierutdanningen og særlig knyttet til praksisperiodene blir det stilt krav til studentene om at de skal reflektere over sine handlinger og se dette i sammenheng med teoretisk kunnskap. Refleksjon som en metode som skal gi økt læringsutbytte er beskrevet i emnebeskrivelsene og i Praktisk Håndbok (2008/2009, 2011/2012) for veiledet praksis ved Høgskolen i Gjøvik. Refleksjonen foregår både skriftlig og muntlig, sammen med medstudenter og lærer på skolens refleksjonsdager og sammen med veiledere i praksis.

I Praktisk Håndbok er det gitt føringer for hvordan studentene skal reflektere. Studenten skal oppøve evne til refleksjon som grunnlag for egen læring, faglig og personlig utvikling. Studentene 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. (Vedlegg 1)

Hvordan studentene i sine skriftelige refleksjonslogger brukte, trakk inn, begrunnet med eller baserte sine beslutninger på forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap var noe av det vi ønsket å undersøke i vårt prosjekt.

De daglige veilederne leste refleksjonsloggene og ga muntlige og skriftelige tilbakemeldinger til studentene underveis i praksisperiodene. Studentloggene ble et viktig vurderingsgrunnlag for veilederne. Studentene sendte også loggene til kontaktlærer/lektor fra Høgskolen.

### ***Kontekstene***

I prosjektets del 1 var som nevnt innledningsvis den intermediære avdelingen 1D ved Sykehuset Innlandet Reinsvoll involvert.

I prosjektets del 2 ble 2 nye avdelinger involvert. Avdelingene 1C og 3A.

Avdeling 1C er en åpen intermediær post tilhørende avdeling for akutt- og korttidspsykiatri. 1C holder til i et frittstående hus på sykehusområdet. Posten har 12 døgnplasser, og pasientene tilbys plass etter søknad fra fastlege/poliklinikk og tas hovedsakelig inn etter venteliste. Pasientene utredes og behandles for ulike psykiske lidelser, for eksempel angst og /eller depresjon, tvangslidelse, personlighetsforstyrrelse og spiseforstyrrelse. For sistnevnte kategori tilbyr posten et spesialisert kontraktbasert behandlingstilbud. Posten har et prosjekt på gang i den hensikt å ”spisse” behandlingen/kompetansen innen spiseforstyrrelser og er tilknyttet nasjonalt forskningsnettverk innenfor dette området. Ellers tilbyr posten et individuelt tilpasset miljøterapeutisk behandlingsopplegg for pasienter som kan nyttiggjøre seg personalets kompetanse og postens egenart, i visshet om at endring tar tid.

Behandlingstilbudet tar utgangspunkt i pasientens ressurser, samtidig som man prøver å legge til rette for prosesser som kan gi mulighet for mestring og vekst. Posten har psykologer, psykiater, sykepleiere og annet kompetent miljøpersonale og tilbyr individuell terapi, gruppesamtaler og miljøterapi. Posten har et nært samarbeid med ulike støttefunksjoner på sykehuset som stall, skole, friluft, fysisk aktivitet etc. Gjennomsnittelig innleggelsestid er på ca. 3 – 4 mnd.

Post 3A er en sikkerhetspost underlagt avdeling for psykosebehandling og rehabilitering. En langtidspost for vanskelige/ressurskrevende pasienter. Posten gir tilbud til sinnslidende som representerer farlighet, voldelighet og utagering. Posten har 11 plasser. Tre treningsleiligheter

utenfor avdelingen, to i egne boenheter i avdelingen, fire enkeltrom i posten og to i en ungdomsenhet. Det terapeutiske behandlingsmiljøet baserer seg på et samarbeid mellom en rekke fagprofesjoner. Aktivitetstilbudene er blant annet knyttet til ”Stallen”, ”Kroken”, ”Snekkern”, ”Vaffelgruppa”, ”Torsdagslunsj” og sykehusets øvrige fasiliteter.

## **1.2 Hensikt**

Hensikten med prosjektet var å beskrive hvordan studenter baserer sine skriftelige refleksjonslogger på kunnskapsbasert praksis. Hvordan belyser loggene at studenter utøver sin praksis kunnskapsbasert?

## **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) En forskningsmetode basert på innholdet i tekst og systematisk klassifisering, koding og identifisering av nye tema eller mønstre (Hsieh & Shannon 2005). Temaene Studentrollen, Pasientenes lidelser og Miljøterapi ble induktivt avledet fra rådataene.

### **2.2 Informanter**

Prosjektets del 2 ble innledet med en fokusgruppesamling hvor involverte veiledere fra prosjektets del 1 delte sine erfaringer med de nye veilederne fra del 2.

I løpet av den perioden prosjektets del 2 pågikk begynte til sammen åtte studenter (alle jenter) fra grunnutdanningen i sykepleie sin praksis ved de to avdelingene (1C og 3A). Høsten 2010 var fire studenter i sin tredje praksisperiode i spesialisthelsetjenesten involvert i prosjektet. To ved avdeling 1C og to ved avdeling 3A. Våren 2011 startet to studenter i sin andre praksisperiode ved 1C og to studenter fra sin første praksisperiode i spesialisthelsetjenesten ved 3A. En av disse studentene sluttet i praksis etter vel halvgått løp. Åtte studenter var altså informanter i prosjektets del 2 og bidro med datamateriale gjennom sine refleksjonslogger.



Informanter og antall refleksjonslogger fordelt seg slik i løpet av prosjektperiodene:

Del 1 og Del 2	Praksisperiode	Avdeling	Studenter ( ) – første, andre eller tredje praksisperiode	Antall logger pr.uke	Antall logger
Prosjektets del 1	Høst 2009	1D	2 studenter (2)	2 pr/uke x10uker	40 logger
			1 student (1)	2 pr/uke x10uker	20 logger
Prosjektets del 1	Vår 2010	1D	2 studenter (1)	2 pr/uke x10uker	40 logger
Prosjektets del 2	Høst 2010	1C	2 studenter (3)	1pr/uke x 8 uker	16 logger
		3A	2 studenter (3)	1pr/uke x 8 uker	16 logger
Prosjektets del 2	Vår 2011	1C	2 studenter (2)	1pr/uke x 8 uker	16 logger
		3A	2 studenter (1)	1 pr/uke x 8 uker /	8 logger
				1 pr/uke x 6	6 logger

Fig. 1

### 2.3 Datagrunnlag og gjennomføring

Datagrunnlaget for prosjektets del 1 baserte seg på 20 logger fra hver student. Totalt 100 logger. Studentene skrev to refleksjoner 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.

Datagrunnlaget for prosjektets del 2 baserte seg på 8 logger fra 7 av studentene, og 6 logger fra en student som sluttet etter vel halvgått løp. Det totale datagrunnlaget (del 2) var altså 62 logger. Studentene skrev en logg pr. uke de 8 første ukene av praksisperiodene (til forskjell fra prosjektets del 1 da studentene skrev 2 logger pr.uke). Uke 9 og 10 reflekterte de mer muntlig enn skriftlig og vi krevde ikke innlevering av logger de ukene.

Loggene ble gjennomgått/analysert i fellesskap av prosjektdeltakerne som besto av de daglige veilederne og høgskolelærer. Fem analysemøter ca hver 14. dag høsten 2010 og 5 møter våren 2011. Dette var møter uavhengig av og i tillegg til de møtene veilederne ellers hadde i forbindelse med studentveiledningen.

## **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) Anonymiseringer er ivare tatt gjennom at studentene benevnes med bokstaver i rapporten. Identiteter er endret eller utelatt i eksemplene fra loggene.

## **2.5 Analyse**

Vi tok utgangspunkt i en kvalitativ innholdsanalyse. Målet med en innholdsanalyse er å fremskaffe forståelse og kunnskaper om fenomenet som studeres. (Hsieh og Shannon, 2005) For oss var fenomenet kunnskapsbasert praksis. Vi tolket refleksjonene i loggene opp i mot kategoriene i fenomenet kunnskapsbasert praksis.

Gjennom en deduktiv prosess fikk vi svar på forskerspørsmålet som var å undersøke hvordan studenter baserer sine skriftelige refleksjoner i loggene på kunnskapsbasert praksis, og hvordan loggene belyser at studenter utøver sin praksis kunnskapsbasert. Studentenes opplevelser og meninger i loggene ble kartlagt, avdekket, fortolket og analysert i henhold til de tre kategoriene: Erfaringsbasert kunnskap, Forskningsbasert kunnskap og Bruerkunnskapen. Kategoriene var definert gjennom teorien på forhånd.

Analysearbeidet pågikk etter hvert som dataene fremsto i studentenes logger. 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. Prosjektdeltakernes fortolkninger ble diskutert, eventuelt bekreftet og dokumentert gjennom nye mønstre. Vi la vekt på å vise til en god sammenheng mellom dataene og kategoriene.

I prosjektets del 1 hadde to av prosjektdeltakerne fordypningsansvar spesielt rettet mot den erfaringsbaserte kunnskapen, to prosjektdeltakere hadde fordypningsansvar spesielt rettet mot 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. I prosjektets del 2 med to forskjellige

avdelinger/poster involvert og hvor hver deltaker hadde daglig veilederansvar for ”sin” student, hadde alle deltakerne ansvar for markeringer for alle tre kunnskapsformene. Alle markerte med alle tre fargene. Under analysemøtene ble loggene lest og aktørene diskuterte og evt. justerte markeringene (som i prosjektets del 1).

Under det siste analysemøtet for hver av praksisperiodene 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 eller fenomenet ”Kunnskapsbasert praksis” og prosjektets mål og hensikt.

De første ukene hadde alle studentene fokus på studentrollen, de neste ukene mye mer fokus på pasientenes lidelser og miljøterapi. Lidelsene var forskjellig ut fra hvilke kontekst/avdeling de var på og hvilke pasienter de var involvert i. Når det gjaldt miljøterapi gjenspeilet refleksjonene mye bruk av Ego-styrkende sykepleieprinsipper og Gundersons miljøvariabler. (Vedlegg 2 og 3)

Eksempler som gjengis i pkt.3, valgte vi ut fra de refleksjonene fra hver student som vi vurderte som best med tanke på integrasjon av de tre kunnskapsformene. Refleksjonene ble oftest bedre dess lengre studentene var kommet i praksis. De siste loggene var oftest de beste. Vi så også denne gangen at studentene hadde størst fokus på studentrollen i de første loggene de skrev.

### **3. Resultater fra prosjektets del 2**

Utvalgte eksempler fra prosjektets del 2 vil nå bli gjengitt. Ett eksempel fra hver student innen temaet ”Studentrollen”. To eksempler fra hver student innen temaet ”Pasientenes lidelser og miljøterapi”. Når det gjelder resultater fra prosjektets del 1 vises det til Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2010, rapport 7 (del 1)

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. 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 analyse møtene. Noen av plasseringene kan nok diskuteres ytterligere, noen plasseringer var deltakerne mer usikker på enn andre, men resultatene viser de valgene som ble tatt.

## Tema 1: Studentrollen – eksempler fra prosjektets del 2

Bruk av kunnskapsbasert praksis i refleksjoner rundt studentrollen.

<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>Brukerkunnskap</b>  <b>Brukerkunnskap:</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 F  <i>Pasientene lånte meg smørning helt i begynnelsen av skituren ..de andre var alltid et stykke foran meg i løypa. Jeg har ikke noen super kondis, men hadde selv trodd jeg skulle holde følge..det kan hende min mestringsstro ikke var god nok. At troen på at jeg hadde de ferdighetene som trengtes til å gjennomføre denne skituren med å være samlet i gruppen ikke var riktig..</i>	<i>..de gangene vi var samlet spurte et par av pasientene om hvordan det gikk og om skiene var dårlige..</i>	<i>..mestringsstroen består av adferd, hvilket mål som velges, utholdenhet i oppgaven, motivasjon og anstrengelse.(E.Martinsen. Kropp og sinn.s138)</i>

<p><i>Student G</i></p> <p><i>” jeg har blant annet spilt både biljard og innebandy med flere av pasientene..” ”..mens jeg spilte tenkte jeg overhodet ikke på hvem som var pleier eller hvem som var pasient..”</i></p> <p><i>Gjennom å være med på disse aktivitetene føler jeg at jeg nærmer meg noen av målene mine – å bli kjent med pasientene og personale – delta sammen.</i></p>	<p><i>”det så ut til at pasientene koste seg, og at de ble tryggere på meg etter at vi hadde gjort denne aktiviteten..”</i></p>	<p><i>”Samhandling er et ego-styrkende sykepleieprinsipp. Strand skriver i sin bok ”Fra kaos mot samling, mestring og helhet om viktige prinsipper ved praktiske gjøremål. Disse er: Mestring, motivasjon, avgrensing og oversiktighet, konkrethet..” ”det å samle seg om en aktivitet, så som biljardspill, kan hjelpe pasienten å ”samle seg” i sitt indre. Det er noe håndgripelig og konkret, noe en har forutsetninger for å mestre. ..gir sosial trening og verdifull opplevelse av å gjøre noe sammen. Strand skriver at samhandling kan bidra til ”at pasienten får et møte med andre som korrektiv til indre fantasier, et tilbud om fellesrealiteten.....</i></p>
<p><i>Student H</i></p> <p><i>”Jeg må si at det gjør mye med meg å se og oppleve at pasienter har det vanskelig. Jeg bruker mye tid og energi på å prøve å forstå hvordan de egentlig har det og har hatt det..”</i></p>	<p><i>”Hun sier også at hun ikke ”har noen”..</i></p>	<p><i>”Det kreves en stor lytter for å høre hva som ikke sies, men som kommer til uttrykk i talen”(Eide&amp;Eide s.10)</i></p> <p><i>”veilederen sier at hovedproblemet nå er at hun føler seg helt aleine... ”</i></p>
<p><i>Student I</i></p> <p><i>”Det var bare noen få som ikke hilste. Disse tok jeg ikke kontakt med. De kan komme til meg når de selv føler de er klar for det.</i></p>	<p><i>”...de fleste pasientene bare kom bort til meg og hilste høflig.</i></p>	<p><i>..”enten kan pasienten ta kontakt, eller sykepleier kan foreslå en aktivitet. Der flere pasienter sitter sammen med en aktivitet kan sykepleier være med dersom pasienten ønsker dette (Hummelvoll 2005)</i></p>

## Tema 2: Miljøterapi og pasientenes lidelser - Eksempler fra prosjektets del 2

Bruk av kunnskapsbasert praksis i refleksjoner rundt miljøterapi.

Erfaringsbasert kunnskap	Brukerkunnskap	Forskningsbasert kunnskap
<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> Pasientens (brukerens) erfaring, kunnskap, verdier og preferanser.</p>	<p><b>Forskningsbasert kunnskap</b> fremskaffes gjennom empirisk praktiskrettet forskning. God forskning kjennetegnes ved en systematisk, pålitelig og transparent fremgangsmåte.</p>
<p>Student H:</p> <p><i>Pasienten begynner å forstå sine egne reaksjoner.....</i>  <i>Primærkontaktene forsikrer pasienten om at det er helt normalt å gråte og at det er en viktig del av prosessen for å bli frisk.....</i></p>	<p><i>Pasienten gråter mye i samtaler og reflekterer mye over egen situasjon.....</i></p>	<p><i>Gyldiggjøring er å bekrefte pasientens egenart og egenverdi og frigjøre egne ressurser for videre vekst... (forelesningsnotater HiG)</i></p>
<p>Student I</p> <p><i>..det kom frem at pasienten absolutt ikke måtte røre alkohol....</i></p> <p><i>..da tenkte jeg at det sies at det er vanskelig å slutte å drikke....</i></p>	<p><i>..selv sier pasienten at han ikke drikker alkohol fordi det ikke er bra for han....</i></p>	<p><i>I følge Helseinformatikk (2010) kreves det mye selvdisciplin for å motstå alkohol i avrusningsfasen. Det har vist seg mange ganger at alkoholikere faller tilbake til "gamle synder"..Gunderson (1978) mener pasientene trenger beskyttelse... videre at vi skal gi støtte, oppmuntring og informasjon til pasienten og hjelpe til med daglige gjøremål .</i></p>

<p>Student I</p> <p><i>Han ser ikke meningen med livet og har lite tiltak til å gjøre noe med det. Han trenger stadig et puff i fra de som er rundt ham for å klare å holde "koken".</i></p> <p><i>Et mål for meg ble da å finne på noe som pasienten hadde glede av. I og med at jeg ikke kjente pasienten så veldig godt foreslo jeg at vi kunne gå tur.....</i></p> <p><i>Det viste seg at han syntes det var fint å gå tur.</i></p>	<p><i>.. Han hadde mistet helt lysten til disse tingene. Det var ingen mening med dem, sa han.</i></p> <p><i>Etter turen sa han at han koste seg på turen og at han gjerne skulle gjort det igjen.</i></p>	<p><i>Det faderlige prinsipp går i hovedsak ut på at vi krever mer av pasienten. Det er et viktig poeng at han utvikler seg (Strand 2008)</i></p> <p><i>I følge Hummelvoll (Strand 2008) er det et mål for sykepleieren å hjelpe pasientene til å finne sine livsverdier.</i></p>
<p>Student J</p> <p><i>...det er veldig viktig for han at han får lov til å bli med på aktiviteter.</i></p> <p><i>... en ting jeg tror kommer til å bli vanskelig er at pasienten kommer til å legge på seg selv om han har begynt å være aktiv.....</i></p>	<p><i>Pasienten fortalte at han ikke skjønte at han hadde klart å være fysisk aktiv før når han ikke spiste og ikke hadde mat i magen..</i></p>	<p><i>Hummelvoll (2006) skriver at det er positiv sammenheng mellom fysisk aktivitet og indikatorer på psykisk helse, som for eksempel ved depresjon, angst, spenning, søvnproblemer og generell tretthet. Hummelvoll skriver også at igjennom fysisk aktivitet vil man oppleve større kroppslig og følelsesmessig kontroll. Fysisk aktivitet vil også gi en opplevelse av mestring og gi en positiv virkning på selvbildet.</i></p>

<p>Student F</p> <p><i>Jeg ble med pasienten inn på et samtalerom for å vente på primærkontakten.</i></p> <p><i>..jeg ble på en måte litt utilpass fordi jeg var usikker på måten jeg skulle fylle ventetiden med og om jeg skulle sitte der hele tiden...</i></p> <p><i>Når en pasient sitter og gråter, hva skal jeg si? Hva skal jeg gjøre?</i></p> <p><i>Jeg spurte få spørsmål og ga henne en serviett..</i></p>	<p><i>Pasienten spurte etter en samtale med primærkontakt.....</i></p> <p><i>Pasienten kommer inn på stua med stram mine.</i></p> <p><i>Pasienten kaster usikre blikk i min retning.</i></p>	<p><i>..der må jeg vurdere et annet prinsipp, nemlig Nærhet og Avstand. Der man skal vise "passe" interesse. Man må kjenne litt på stemningen og føle seg litt fram og la oppfattelsen i øyeblikket være avgjørende. (L.Strand, Fra kaos til mestring og helhet, 1992, s80)</i></p> <p><i>..jeg skal jo ikke være noen behandler eller få en slik relasjon som primærkontakten skal ha, men likevel en relasjon..</i></p> <p><i>..og miste relasjoner betyr også at en mister det ved seg selv som en levde ut i disse relasjonene (Leif Lie Bjelland 22.10.03)</i></p> <p><i>I boka Grunnleggende sykepleie sies det om det kliniske blikk at fire fundamentale forutsetninger må være tilstede for at evnen til observasjon kan utvikles. Det er evnen til å sanse og oppfatte, vilje til årvåkenhet og varhet, teoretiske kunnskaper om aktuelle fenomener og at egne erfaringer er forstått, altså reflektert over.</i></p>
<p>Student G</p> <p><i>Et blikk på pasienten forteller meg at jeg skal begrense meg til å si hei, ikke noe mer..</i></p> <p><i>..jeg starter en forsiktig samtale og velger en spørrende vennlig tone, viser mitt engasjement men lar pasienten bestemme hvor lenge og hvor mye....</i></p>	<p><i>Pasienten kommer inn på stua med stram mine.</i></p> <p><i>Pasienten kaster usikre blikk i min retning.</i></p>	<p><i>I boka Grunnleggende sykepleie sies det om det kliniske blikk at fire fundamentale forutsetninger må være tilstede for at evnen til observasjon kan utvikles. Det er evnen til å sanse og oppfatte, vilje til årvåkenhet og varhet, teoretiske kunnskaper om aktuelle fenomener og at egne erfaringer er forstått, altså reflektert over.</i></p>



<p>Student I</p> <p><i>..det var litt vanskelig for meg å finne ut av hvilken diagnose pasienten hadde. Av den grunn spurte jeg legen hva som var diagnosen til denne pasienten.. Da fikk jeg som svar at han hadde diagnosen F 20.0. Etter hvert fikk jeg vite at det var ICD-10 koden han hadde referert til.</i></p>	<p><i>Pasienten sier at noen skylder henne store pengesummer og at noen har stjålet fra henne.</i></p>	<p><i>ICD-10 finnes på "NEL" og på "Finn Kode". Der fant jeg ut at han har diagnosen "Paranoid Schizofreni". Denne sykdommen domineres av ganske stabile vrangforestillinger, hallusinasjoner og perseptuelle forstyrrelser (ICD-10 2010).</i></p>
<p>Student J</p> <p><i>Jeg vil tro pasienten begynte med selvskading på grunn av ting han har opplevd...</i></p>	<p><i>Pasienten fortalte at han slo hodet i veggen for å slutte å tenke på hvor vondt han hadde det.</i></p>	<p><i>Selvskading er ifølge Stiftelsen psykiatrisk opplysning at man påfører seg selv en skade. Noen personer utøver selvskading bare en gang, mens andre kommer inn i et mønster hvor de gjør det igjen og igjen. Selvskading kan omfatte blant annet slåing, biting, napping av hår, kvelning, kutting, brenning, kloring, dunking av hodet og svelging av etsende stoffer...</i></p> <p><i>Årsakene til selvskading kan være mange og kompliserte. For noen er det en forbindelse mellom selvskading og traumer .....</i></p>

<p>Student G</p> <p><i>.. videre observerer jeg at hun har snudd døgnet fullstendig.....</i></p>	<p><i>Pasienten har innrømmet at hun hører stemmer..</i></p>	<p><i>..En tredje hovedform er psykoser som følge av schizofreni. Disse psykosene arter seg i form av hallusinasjoner, vrangforestillinger og funksjonsnedsettelse.....</i></p>
<p><i>Pasienter med en eller annen type spiseforstyrrelser har store problemer med å få i seg riktig mengde mat og har et vanskelig forhold til mat.</i></p>	<p><i>Pasienten spiste ingen faste måltider om dagen, spiste bare litt innimellom som hun selv sa..</i></p>	<p><i>Mat forbindes med nytelse, omsorg, straff og belønning, overlevelse, tradisjon og ritualer og bekreftelse av fellesskap (Hummelvoll, 2006)</i></p>
<p>Student L</p> <p><i>”Jeg har lagt merke til at pasienten har virket slapp og sliten de to siste ukene, og jeg kan forstå hvorfor. Samtidig som hun sliter med tankekaos, får hun i seg for lite næring....”</i></p>	<p><i>”Pasienten kjenner på uro knyttet til angst... Hun føler at uroen blir svakere da hun har kastet opp, samtidig som hun føler seg bedre på grunn av at hun er redd for å legge på seg for mye under svangerskapet..”</i></p>	<p><i>”..behovet for næringsstoffer øker i svangerskapet, og de siste månedene i et svangerskap har kvinnen behov for å spise matvarer med høy næringstetthet, altså mye vitaminer og mineraler ... (Sortland 2001)</i></p>
<p>Student K</p> <p><i>Hvis pasienten sier at jeg har forgiftet kaffen hans, kan jeg fortelle pasienten at den ikke er det og ta en kopp selv også..</i></p>	<p><i>..han tror ofte at maten og drikken han får er forgiftet....</i></p>	<p><i>”Vrangforestillinger forekommer ved schizofrene tilstander og da ofte med andre symptomer som hallusinasjoner, formelle tankeforstyrrelser, underlig atferd og dårlig sosial fungering (Kringlen 2008)</i></p>

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

Hensikten med prosjektet var å beskrive hvordan studenter baserer sine skriftlige refleksjoner i loggene på kunnskapsbasert praksis. Utgangspunktet var de tre komponentene/kategoriene erfaringskunnskap, brukerkunnskap og forskningsbasert kunnskap.

### **Den erfaringsbaserte kunnskapen**

Her har vi sett at studentene hele veien trekker inn denne kunnskapsformen i større eller mindre grad og viser til at de gjør nye oppdagelser. De beskriver situasjoner og tolker. Som student F skriver: ”Det kan hende min mestringstro ikke var god nok...” Andre ganger viser de til erfaringskunnskapen de har fått via observasjoner av annet personale:

”Primærkontaktene forsikrer pasienten om at det er helt normalt å gråte og at det er en viktig del av prosessen for å bli frisk...” De viser også til tiltak de setter i verk med bakgrunn i erfaringen: ”Han trenger stadig et puff i fra de som er rundt ham for å klare å holde ”koken”. Et mål for meg ble da å finne på noe som pasienten hadde glede av...”

### **Brukerkunnskapen**

Noe av det vi også så var at studentene på disse avdelingene spesielt tidlig trakk inn brukerkunnskapen. De viste til pasientenes uttalelser og erfaringer. ”de gangene vi var samlet spurte et par av pasientene om hvordan...”, ”pasientene kom bort til meg og hilste..”

### **Den forskningsbaserte kunnskapen**

Når det gjaldt den forskningsbaserte kunnskapen så viser resultatene at kildene de henviste til i stor grad baserte seg på pensum for utdanningen. En student viste til forelesningsnotater fra forelesninger i forkant av praksisperiodene, og noen få hadde funnet andre kilder på internett. En student skrev: ”ICD-10 finnes på ”NEL” og på ”Finn Kode”, der fant jeg ut at....” en annen ”I følge helseinformatikk (2010) kreves det mye selvdisciplin...”

Vi har fått et bilde på hvordan loggene belyser at studenter utøver sin praksis kunnskapsbasert. I løpet av tiden prosjektene har pågått har studentene gjennom det økte fokuset på kunnskapsbasert praksis både gjennom undervisning i skolen før praksisperiodene og via veilederne v/praksisfeltet fått et mer bevisst forhold til å arbeide kunnskapsbasert. Fokuset har i sterkere grad gått fra hvor vidt de baserer sine logger på kunnskapsbasert praksis til kvaliteten i hvordan de gjør det. Ved å fokusere spesielt på de tre kategoriene slik vi har

gjort i prosjektet får vi et nyansert grunnlag som utgangspunkt for kunnskapsbasert praksis. Gjennom en slik økt bevissthet rundt den skriftelige refleksjonen som metode ser vi at vi kan få et økt læringsutbytte. Studentene har fått tilbakemeldinger hele veien om betydningen av å trekke inn alle kunnskapsformene og med det har vi sett en økt kvalitet i refleksjonene. En utfordring fremover når det gjelder den forskningsbaserte kunnskapen kan ligge i å veilede studentene til mer bruk av differensierte kilder og nyere forskningsartikler. For å få fram brukerkunnskapen i enda større grad kan utfordringen for studentene ligge i en planlagt og målretta pasientkontakt med evt. ”før, under og etterveiledning”. Gjennom at studentene beskriver sine erfaringer og redegjør for sine tolkninger slik at erfaringskunnskapen artikuleres blir refleksjonen slik Alexandersson 1994 sier det: ”..en brygga mellan våre tidligare erfarenheter och vår strævan efter att utveckla och forma framtiden.” En læringsutbytterik utvikling. Vi har systematisert innholdet i studentrefleksjonene. En systematisering som verifiserer at vi kan imøtekomme kravet om at tiltak som iverksettes skal baseres på forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap. (Senter for kunnskapsbasert praksis høgskolen i Bergen)

Videre forskning innen feltet kan for eksempel rettes mot andre temaer og arenaer. Vi forholdt oss til temaene studentrollen, pasientenes lidelser og miljøterapi som ble induktivt avledet fra rådataene. Vi kunne også ha valgt andre temaer ut fra andre metoder og klassifisert henimot disse. Temaer kunne for eksempel være etiske dilemmaer, pasientenes fysiske aktivitet eller mer spesifikke tema relatert til forskningsarenaen. Det gir ideer til videre forskning.

## Referanser

- Alexandersson, M. (1994). Fördjupad reflektion bland lärare för ökat lärande. I: Madsen, T. (red.) *Läräres Lärände*. Lund: Studentlitteratur.
- Alsvåg, H. (2009). Kunnskapsbasert praksis er ikke noe nytt. I: *Sykepleien Forskning 2009* 4(3):216-220
- Bie, K. (2007). *Refleksjonshåndboken*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fagermoen, S. (1993). *Sykepleie i teori og praksis*. Universitetsforlaget.
- Gunderson, J. G. Defining the Therapeutic Processes in Psychiatric Milieus. *PSYCHIATRY, Vol.41, November 1978*
- Jensen, K. (red) (1990). *Moderne Omsorgsbilder*. Ad Notam Gyldendal.
- Kvale, S. (2002). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Moxnes, P. (2000). *Læring og ressursutvikling i arbeidsmiljøet*. Forlaget Paul Moxnes
- Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. og Reinart, L.M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Norsk Sykepleierforbund.
- Sacett, D. L. I: *British Medical Journal*, 1996; 312: 71
- Strand, L. (1992). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*. Gyldendal Norsk Forlag A/S
- Schøn, D. A. (1995) *The reflective praktioner*. Biddles Ltd, Guildford and Kings Lynn, GB
- Handlingsplan for kunnskapsbasert praksis i Sykehuset Innlandet, 2008
- Uniped. Tidsskrift for universitets- og høyskolepedagogikk
- Rammeplan for sykepleierutdanning (2008)
- Senter for kunnskapsbasert praksis
- url: [www.hib.no/senter/kunnskapsbasert/](http://www.hib.no/senter/kunnskapsbasert/)

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.1C og 3A:

Kontaktsykepleiere/Hovedveiledere: Kari Fauchald, Inna Annanieva, Kari Fauchald, Bengt Egil Bergestuen, Kristin Nøkleberg og Ine Ringvold

Høgskolen i Gjøvik: Hovedansvarlig prosjekt/Lærerveileder: Ingunn Ulvestad

HiG dato

Prosjektansvarlig

---