FAGFELLEVURDERT ARTIKKEL

Sykepleie – grenseløs, personlig og truet

Kari Toverud Jensen

Sykepleier og førsteamanuensis
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, Oslomet – storbyuniversitetet

Ingrid Ruud Knutsen

Sykepleier og professor
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, Oslomet – storbyuniversitetet

Unni Knutstad

Sykepleier og førsteamanuensis
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, Oslomet – storbyuniversitetet

Sykepleiekunnskap | Sykepleierprofesjon | Sykepleiepraksis | Tematisk analyse | Bildeanalyse

Sykepleien Forskning 2022;17(89628):e-89628
DOI: 10.4220/Sykepleienf.2022.89628

Sammendrag

Bakgrunn: *Tidsskriftet Sykepleien* lanserte temanummeret «#Hva er egentlig sykepleie?» i 2019, basert på en undersøkelse om hva sykepleiere bruker arbeidstiden til.

Hensikt: Vi ville undersøke hvordan sykepleie fremstilles og forstås i temanummeret, og diskutere hvilken kunnskap som blir knyttet til forståelsen av sykepleie, sett i lys av Abbotts profesjonsforståelse.

Metode: Studien har et kvalitativt og deskriptivt design. Gjennom analysen la vi vekt på tekstene og Bendiksen og de Wangens fotoprosjekt. I tekstanalysen fulgte vi Braun og Clarkes faser i en tematisk analysestrategi. I analysen av fotoprosjektet var vi inspirert av Roses metode for bildeanalyse.

Resultat: Studien viser en fremstilling av sykepleie innenfor tre temaområder: sykepleie som grenseløs, som personlig kompetanse, og som truet profesjon. Erfaringskunnskap synes å bli legitimert i fremstillingen av sykepleie.

Konklusjon: Sykepleie som vitenskap og som spesifikk klinisk kunnskap fremtrer i liten grad som begrunnelse for handling. Det som derimot vektlegges, er erfaringskunnskap – særlig personlig og mellommenneskelig kompetanse. Hva sykepleiere har kunnskap om, hvordan de anvender kunnskap i arbeidet sitt, og hvordan kunnskap utvikles, synes å stå i skyggen av beskrivelsen av sykepleiernes personlige erfaringer og kompetanse.

I 2018 gjennomførte *Tidsskriftet Sykepleien* en undersøkelse blant sine medlemmer, der de ble spurt om hvordan de bruker arbeidstiden (1).

Det var 2000 av rundt 10 000 inviterte sykepleiere som svarte på undersøkelsen. Resultatene viste at mange opplevde å gjøre oppgaver de mente andre yrkesgrupper heller burde gjøre. Undersøkelsen resulterte i temanummeret «#Hva er egentlig sykepleie?» fra *Tidsskriftet Sykepleien* i 2019.

Spørsmål om *hva sykepleie er*, har i norsk kontekst blitt stilt siden Norsk Sykepleierskeforbund (NSF) ble stiftet i 1912. Lund (2, s. 15) viser til at det har vært interne brytninger i sykepleiergruppen om forholdet mellom teori og praksis, og om hva det teoretiske grunnlaget skulle være. Særlig ble spørsmålet om relasjonen mellom teori og praksis tydelig på 1970-tallet (3).

Det fant sted en stor debatt om betydningen av vitenskapelig kunnskap, modeller og begrepsmessige rammeverk for å etablere sykepleie som vitenskap, i kontrast til praksisnære kunnskapsformer og erfaringslæring. Særlig miljøet rundt Norges Sykepleierhøyskole (senere Institutt for sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo) og Kari Martinsen og Diakonissehuset i Bergen sto på hver sin side i debatten (4).

I 2013 var debatten fortsatt gjeldende da Marit Kirkevold (3) spurte om det var på tide å «kople sammen kunnskap om fenomener som både er biologiske og humane på en gang, både beskrivende og normative – slik som smerte, tretthet, lidelse og omsorg?» (s. 274).

Et gjentakende spørsmål i litteraturen er hvilke kunnskaper sykepleiere må ha for å utøve god sykepleie (4, 5). Svaret fremstår som uklart, selv om det i dag er en aksept for at klinisk og praksisnær sykepleieforskning er det sentrale paradigmet for heller å utvikle og etablere sykepleien som vitenskap enn å utvikle egen teori eller egne begreper (6).

I forordet til Benner og medarbeidere (7) viser Heggen til fremskriving av teorien om taus kunnskap og dens plass i sykepleien, som hun hevder ga sykepleierne inspirasjon «til å tenke om kunnskap som praktisk og kroppslig og ikke bare som begreper og 'noe' en kunne lese om» (7, s. 11). Videre skriver hun at sykepleie som utøvelse fordrer en kontinuerlig dialog mellom teori og praksis.

Andre røster hevder at sykepleiefaget må forstås utover det direkte pasientrettede arbeidet og vektlegger sykepleieres uunnværlighet i helsetjenestens organisasjoner (8, 9). Hellesø og medarbeidere (9) hevder at sykepleieres selvforståelse i liten grad er tilpasset den arbeidsvirkeligheten de befinner seg i, og etterlyser behovet for ny fortolkning av sykepleiernes oppgaver. De argumenterer for nye begreper som kan beskrive faget mer realistisk, og som gjenspeiler sykepleiernes kompetanse og faglige bidrag.

Thorne (10) hevder at det ikke bare er oppgavene som definerer sykepleie, men sykepleiens relasjon til ideene. Hun mener at teorier i sykepleie har en verdi i å definere et spesifikt sykepleieperspektiv. Det innebærer at refleksjon ved hjelp av for eksempel teori og etikk er viktige elementer i sykepleie. Det synliggjøres her en viss diskrepans i forståelsen av hva sykepleie er som profesjon ut fra ulike perspektiver på kunnskap og praksis.

I dagens samfunn er det stor etterspørsel etter sykepleieres kompetanse, spesielt i eldreomsorgen. Kompetanse vurderes som sentralt når en NOVA-rapport kommenterer bekymringen for sykepleiermangel (11).

Med bakgrunn i Lunds og Kirkevolds tidligere diskusjoner om hva sykepleie er (2, 3), er det interessant å spørre hvordan sykepleie fremstilles og forstås. Hvordan legitimerer sykepleie seg som fag og profesjon, og hvilken kunnskap blir knyttet til forståelsen av sykepleie? Teoretisk utgangspunkt i denne artikkelen er Abbotts (12) forståelse av profesjoner, der profesjoner defineres som «somewhat exclusive groups of individuals applying somewhat abstract knowledge to particular cases» (s. 318).

Dette perspektivet er vårt utgangspunkt, at profesjonsutøvere benytter seg av noe abstrakt kunnskap for å løse praktiske oppgaver. Abbott hevder at utvikling av profesjoner er et resultat av forholdet mellom de ulike profesjonene, og at akademisk kunnskap bidrar til profesjonens jurisdiksjon, altså råderett over hva som er faglig kunnskap, over praksis.

Han trekker et skille mellom håndverk og praktisk yrkesutøvelse og hva som bidrar til jurisdiksjon. For håndverk, basert på teknikker i seg selv, ligger jurisdiksjonen i kontrollen over teknikken. For praktisk yrkesutøvelse, som bygger på et akademisk kunnskapssystem, ligger jurisdiksjon delvis i den akademiske kunnskapens makt og prestisje.

Abbott hevder videre at legitimitet i akademisk kunnskap gir et viktig grunnlag for jurisdiksjon. Hvis profesjonen mangler legitimitet, vil den kunne angripes. Profesjonens legitimitet ser i tillegg ut til å være spesielt viktig for å rettferdiggjøre profesjonen i samfunnet (12).

Abbott (12) poengterer at det akademiske kunnskapssystemet i profesjonene bærer i seg tre oppgaver: legitimering, forskning og instruksjon. Hver av oppgavene kan være utsatt for innblanding fra utenforstående krefter, noe som kan utfordre profesjonens jurisdiksjon (s. 56–57). Slik vi forstår utenforstående krefter, kan de være andre profesjoner eller administrative systemer og strukturer.

Abbott poengterer at «knowledge is the currency of competition» (12, s. 102), og at faglig kunnskap legitimerer profesjonelt arbeid ved å tydeliggjøre kunnskapsgrunnlaget og trekke linjer til fagets kulturelle verdier. I de fleste moderne yrkene har verdiene vært rasjonalitet, logikk og vitenskap. Han hevder også at legitimitet beskytter jurisdiksjonen, og at samfunnet har lite til overs for eksperter som mangler kulturell legitimitet (10, s. 54).

Et spørsmål som kan stilles i denne sammenhengen, er rettet mot sykepleierprofesjonens kulturelle legitimitet. Som vi beskrev innledningsvis, har det vært store diskusjoner internt i sykepleien om kunnskapens og vitenskapens plass.

Hensikten med studien

Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan sykepleie fremstilles og forstås i et temanummer som ble utgitt av *Tidsskriftet Sykepleien*. Vi diskuterer også hvilken kunnskap som blir knyttet til forståelsen av sykepleierprofesjonen.

Metode

Studien har et kvalitativt og deskriptivt design med tekst- og bildeanalyse.

Tekster, bilder og analyse

I denne studien har vi vært opptatt av å finne tekster som beskriver sykepleie som profesjon. Derfor valgte vi å studere temanummeret «#Hva er egentlig sykepleie?» (13) på bakgrunn av tematikken og oppmerksomheten spørsmålet fikk i forbindelse med lanseringen av temanummeret.

Tidsskriftet Sykepleien er et sentralt norsk profesjonstidsskrift for 126 000 sykepleiere. Den 164-siders spesialutgaven av *Sykepleien* er delt i åtte deler. Del 1, 2 og 4 er basert på sykepleieres beskrivelser av sin arbeidshverdag og sitt fag.

I del 3 spørres det om hvorvidt sykepleieteoretikere kan svare på hva sykepleie er, og forskere som Marit Kirkevold, Per Nortvedt og Kari Martinsen utfordres. I tillegg presenteres noen sykepleieteoretiske perspektiver. I del 5 skriver sykepleiere om sykepleie i form av narrativer.

Del 6 løfter sykepleiens utfordringer med tidsnød, ansvarsoversvømmelse og utydelig yrkesidentitet. Forskere sammenlikner dagens situasjon med 1950-tallet, økonomisk styring, New Public Management og perspektiver på hierarkier. Del 7 fokuserer på internasjonale forhold for sykepleiere, mens del 8 inneholder innspill fra en fagsjef i NSF og to forskere om hvordan sykepleie bør være.

Vi har analysert tekstene i del 1, 2, 3, 4, 5 og 6 og fotoprosjektet til Bendiksen og de Wangen, som er gjennomgående i hele temanummeret.

I analysen av tekstene har vi fulgt de seks fasene i en tematisk analysestrategi av Braun og medarbeidere (14). Vi startet med å gjøre oss kjent med hele materialet ved at vi forfattere leste gjennom temanummeret. Vi møttes regelmessig for å diskutere og reflektere.

I den første fasen noterte og diskuterte vi tekster og innhold ut fra intuitive refleksjoner og tanker. I den andre fasen konstruerte vi koder og utfordret materialet systematisk ved å stille spørsmål til teksten. I tråd med Abbotts (12) perspektiver på profesjoner stilte vi følgende spørsmål til teksten: Hvordan fremstilles sykepleie, hvordan legitimeres sykepleie, hvordan begrunnes handlinger, og hvilken myndighet har sykepleierne over den faglige utøvelsen?

Vi så etter fellestrekk i dataene og samlet data som var relevante for hver kode. Deretter samlet vi koder i overordnede temaområder og kontrollerte om temaene fungerte i henhold til kodene og de valgte tekstene. Vi gikk fra flere deltemaer til mer overordnede temaområder. Vi arbeidet videre med temaområdene i den femte fasen, som innebar at essensen og innholdet ble tydeligere eksemplifisert og forklart innenfor tre overordnede temaområder (se tabell 1).

Tabell 1. Eksempler på tekstanalysen

Meningsbærende enheter	Koder	Overordnede temaområder
«Alle oppgavene må gjøres, sånn er det bare. Det er ingen andre som tømmer søpla for meg. Når det gjelder de oppgavene som bare sykepleierne kan gjøre, er det jo ofte heller ingen andre som kan gjøre det for meg» (s. 39).	Sykepleiere gjør «alt»	Sykepleie som grenseløs
«Jeg skulle ønske jeg kunne oppfordre sykepleiere til å si nei til arbeidsoppgaver. Men det kan jeg ikke» (s. 44). «Sykepleiere vet hva som må gjøres i mange tilfeller, men de har ikke fullmakt til å handle» (s. 143).	Sykepleiere uten fullmakt	
«Jeg er her for deg, ikke for behandlingen din, sykdommen din, systemet du ufrivillig har blitt en del av, skjemaene som skal fylles ut, og alle målingene som skal tas. Jeg er her for deg» (s. 127).	Sykepleie som noe personlig	Sykepleie som personlig kompetanse
«Sykepleiere er ikke ofre, men de kan fort fremstå slik. Men vi har tatt valg selv langs historien. For eksempel så laget vi ikke bråk da de tidligere sykepleielederne ble fjernet» (s. 131).	Sykepleiere kan fremstå som ofre	Sykepleie som truet profesjon

Temanummeret er illustrert med fotoprosjektet «dag/natt Florence» av Bendiksen og de Wangen. Kunstnerne hadde denne hensikten med bildene:

«For å belyse sykepleierens mange oppgaver, valgte de seg en henimot kinematografisk tilnærming. De ønsket å se på sykepleierens hverdag som stillbilder fra en film. Samtidig ville de skrå blikket litt, ved å skape en nostalgisk og fiktiv ramme, for slik å fremheve sykepleierens ikoniske og essensielle rolle i et estetisk gjenkjennelig univers» (13, s. 6).

Fotoprosjektet innleder de åtte kapitlene med ulike bilder og tekster knyttet til delenes tematikk. Analysen av fotoprosjektet er inspirert av Rose (15). For Rose er bildematerialer konstruksjoner som tjener et formål, mer enn å skulle gjengi «en virkelighet». De bidrar til å forme våre forestillinger om verden. I vår studie stilte vi spørsmål om hvilke forestillinger om sykepleie som formidles gjennom bildene. Rose ser bilder som produkter av fastlagte måter å kategorisere verden på, og som del av kulturelle og historiske trekk.

Rose og Christiansen (16) hevder at teksten rundt bildene kan bidra til en forskjell i fortolkningen. I vår studie har bildene en felles undertekst: «Fra prosjektet 'dag/natt Florence' av de Wangen/Bendiksen». Bildene er plassert på helsider i ulike deler av tidsskriftet og er knyttet til svar fra undersøkelsen. Analysen av fotoprosjektet er basert på en antakelse om at bildene har potensial til å visualisere det gjenkjennelige eller det som blir tatt for gitt.

Fotografiene i prosjektet er analysert i tre faser. I den første fasen gjennomgikk vi de åtte fotografiene som utgjorde prosjektet, i tillegg til forsiden på temanummeret og to små bilder i relasjon til beskrivelsen av fotoprosjektet (13, s. 6).

Vi dannet oss en generell idé om hva materialet beskrev av innhold og av sammensetningen av fotografiene. Deretter fokuserte vi på «stedet for selve fotografiet» (15, s. 24).

Vi så etter visuelle effekter, komposisjon og visuelle betydninger og var spesielt oppmerksom på organisering av fotografiet. Vi så også etter hvordan tegn forholdt seg til andre tegn: for eksempel konteksten av det visuelle i rommet. Representasjoner av kropper, klær, væremåte, aktivitet, rekvisitter og settinger ble brukt til å utforske visuelle sosiale effekter. Elementer som farge- og lyssetting var verktøy vi brukte til å analysere atmosfære eller uttrykksfulle innhold (15).

Tabell 2. Eksempler på analysen av fotoprosjektet

Foto	Historiske og kulturelle trekk	Virkelighetsforståelse
1. Sykepleieren i uniform sitter lent over toalettet med gule oppvaskhansker og holder i en skurekost over en sinkbøtte.	Uniformen som er brukt på bildene, er historisk i den forstand at den ble benyttet før 1970-tallet. Det er gamle rekvisitter i bildene fra samme tidsepoke. Bildene er gjennomgående mørke og dystre. Sykepleieren blir portrettert i hovedsak alene. Kun på to bilder er hun sammen med andre: et barn og en kvinne. Begge «pasientene» er kledd i privat tøy. Det er ikke et klart skille mellom sykepleierens private og offentlige rom. Det er smeltet sammen. Andre yrkesgrupper og moderne teknologi er fraværende. Inntrykket er kaos, den ensomme sykepleieren. Det siste fotografiet som presenteres her (foto 3), har bilde av en svane som beskytter sitt rede.	Dette er en gammeldags fremstilling av sykepleie. Den moderne virkeligheten preget av teknologi og samarbeid er fraværende.
2. Sykepleieren sitter på gulvet med en gutt på 4–5 år på fanget. Hun holder en hånd på guttens rygg, i den andre holder hun en sprøyte. På gulvet er det byggeklosser i ulike farger, og på veggen henger en «klovnelampe», der lyset er på. De sitter under et vindu med gardin foran.		Sykepleieren ivaretar mange oppgaver utenom pasientkontakt som ikke er særegne sykepleieroppgaver. Sykepleieren fremstilles som kvinne og ensom i sin virksomhet.
3. Sykepleieren står foran et åpent vindu, gardinen blafrer inn i rommet. Hun holder en «kurve» i hånden, den andre hånden støtter seg til vinduskarmen. Kurveark blåser rundt i rommet. På veggen henger et bilde av en svane i flukt.		

Analysen av tekst og bilder foregikk parallelt og spilte sammen i fremstillingen vår av de overordnede temaområdene av sykepleie, – som grenseløs, som personlig kompetanse, og som truet profesjon.

Resultater

I arbeidet med analysene fant vi at sykepleieres virksomhet står sterkt i forklaringen av hva sykepleie er. I temanummeret er forhold i praksisfeltet tydelig beskrevet, mens kunnskapsdiskusjoner i liten grad er artikulert. Spørsmål om kunnskap og kompetanse trekkes sjelden inn i tekstene. Hva sykepleiere har av kunnskap, hvordan de anvender den, og hvordan den utvikles, skrives det lite om.

Sykepleie som grenseløs

I temanummeret synliggjøres det at sykepleiere har et bredt og nesten grenseløst virksomhetsområde. Dette representerer en trussel, men også et faglig ideal. Temanummerets redaktør Barth Tholens angir at sykepleiernes ideal om en holistisk tilnærming gjør det problematisk å avgrense faglig oppmerksomhet:

«Holisme har mange sympatiske trekk. Men som grensemarkør fungerer den dessverre dårlig. Når alt henger sammen med alt, og det er hele mennesket sykepleieren skal møte, er det ikke lett å vite hva en skal velge bort» (17, s. 9).

Ingunn Elstad (18, s. 12–16) understreker viktigheten av heller å se det særegne ved pasienten og konteksten enn avgrensede fagområder og spisset kompetanse. Hun argumenterer for at grunnleggende sykepleie vanskelig *kan* avgrenses:

«Det er vanskeleg å avgrense grunnleggjande sjukepleie, som ikkje berre varierer historisk, geografisk, kulturelt og mellom organisasjonane, men frå pasient til pasient og med tilstanden og utviklinga» (18, s. 13).

Nina Olsvold (19, s. 142) hevder at «pleiebegrepet er et sekkebegrep» som rommer «alt og ingenting». Sykepleiere tar oppgaver for å få tjenestene til å fungere og er derfor viktige både for pasienter og helsesystem:

«Sykepleiere vet hva som må gjøres i mange tilfeller, men de har ikke fullmakt til å handle. […] Mønsteret er at legene ikke forholder seg til helheten av nødvendigheter i sengepostene på samme måte som sykepleier gjør. Leger er opptatt av sitt fag og det medisinske i forholdet til pasienten. De er også lite bevisst på sin egen posisjon i forhold til sykepleierne og sin plass i det hierarkiske systemet» (s. 143).

Olsvold viser også til at sykepleiere jobber i «mellomrommene» mellom aktører i helsetjenesten, som kan bidra til å skape helhet i pasientforløpet. Det bidrar imidlertid ikke til å avgrense sykepleiefaget.

Det grenseløse kommer frem i artikkelen «Sykepleieren som må gjøre alt» om hjemmesykepleie på Utsira:

«Per i dag er de to sykepleiere og en vernepleier som deler på sykepleierturnusen. Ettersom vernepleieren har ferie denne uka, er de to. Det betyr at Kjersti går fra dagvakt og over i hjemmevakt. Så går hun rett på dagvakt fredag» (20, s. 41).

Et tema som løftes frem, er hvorvidt arbeidsgiveren forstår at sykepleiere har høy kompetanse og er mangelvare, når sykepleiekompetanse brukes på oppgaver som ikke krever høyere utdanning. Lederen av NSF i 2019, Eli Gunhild By, sa følgende:

«Jeg skulle ønske jeg kunne oppfordre sykepleiere til å si nei til arbeidsoppgaver. Men det kan jeg ikke. Arbeidsgiver har styringsrett, men man må kunne si fra om man som sykepleier gjør oppgaver som ikke er hensiktsmessig» (21, s. 44).

Fremfor å stå på kravene som en mektig arbeidstakerorganisasjon, understreket den daværende NSF-lederen at sykepleiere har liten myndighet til å sette faglige grenser for arbeidsoppgaver, men snarere betonet arbeidsgiverens styringsrett.

Bildene fra fotoprosjektet fremstiller sykepleieren i kaos og travelhet, gjennom piller og knuste glass på gulvet, visne roseblader og blod som renner nedover sykepleierens arm. Travelheten og grenseløsheten gjenspeiles i bildene ved at sykepleieren fremstilles som en som skal rekke alt, og som spiser mens hun tolker røntgenbilder og leser fagbøker om natten. Sykepleieren i bildene fremstilles som en som kan gjøre «alt», fra rengjører til frisør.

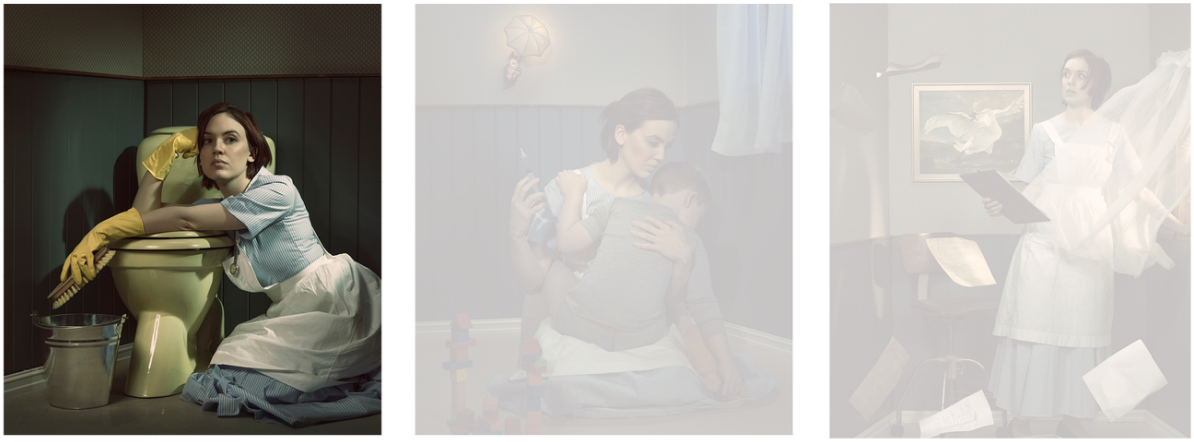

FOTO 1: Fra fotoprosjektet «dag/natt Florence» av Bendiksen og de Wangen (10, s. 42)

Sykepleie som personlig kompetanse

I temanummeret skrives det lite om fagkompetanse knyttet til kliniske problemstillinger. Det er gjort intervjuer med personer med kompetanse fra ulike grener av spesialsykepleien. I disse tekstene vektlegger spesialsykepleierne kunnskap som er særegen for deres spesialisering.

Samtidig nedtones kompetansen til fordel for betydningen av det personlige i møte med pasienten. Per Nortvedt skriver om sykepleieren med utgangspunkt i Nightingales forståelse:

«Sykepleieren må ved hjelp av sin empati og forestillingsevne kunne sette seg inn i pasientens sted, bytte posisjon med ham eller henne og tenke seg inn i hans eller hennes erfaringsverden. Samtidig må sykepleieren ha en evne til å la seg berøre» (22, s. 68).

Klinisk kompetanse som synliggjør sykepleiefaglige kunnskapers sammenheng med oppgavene, er i liten grad beskrevet. Sykepleie beskrives som en nærværenhet og knyttes til evnen til å være hos pasienten og se vedkommende.

Dette kan forstås som en individualisert kompetanse hos sykepleieren som utspilles i møter med pasienten, basert på sykepleieren som et medmenneske: «Mitt viktigste verktøy er meg selv», sier helsesykepleieren som skal undervise en ungdomsskoleklasse om seksualitet (23, s. 80).

Martinsen er intervjuet om sitt syn på sykepleie. Hun fremhever i liten grad teoretisk kompetanse, men vektlegger det praktiske gjennom begreper som «å stå i pleien», «omtenksomme unge mennesker» og viser i stor grad til «sykepleierens hender» (24, s. 74).

Som en kommentar til at sykepleiere ønsker å øke kompetansen, svarer Martinsen at kompetansebegrepet tåkelegger, og spør om det er et begrep vi trenger (24, s. 75). Kompetanse settes på denne måten opp mot medmenneskelig nærværenhet, som om teoretisk kompetanse og kunnskap står i veien for omsorg og nærhet.

Når faglig, klinisk kompetanse beskrives, er jordmorens egne beskrivelser et unntak (25). Hun refererer til oppgaver og fremhever at klinisk oppfølging krever en særskilt kompetanse:

«Sammen med god kommunikasjon er hendene mitt viktigste verktøy. Med dem tar jeg Leopolds håndgrep og kjenner blant annet om barnet ligger i sete- eller hodeleie. Fingrene mine anslår åpningen på mormunnen, lengden på livmorhalsen og fremgangen i fødsel» (25, s. 85).

Fotoprosjektet fremstiller sykepleieren i liten grad i relasjon til pasienter eller samarbeidspartnere. Kun to av bildene viser sykepleieren i kontakt med andre. På et bilde er hun sammen med et barn og i et annet er hun sammen med en voksen kvinne.

I bildeserien fremstår sykepleieren som sliten og alene. Det dialogiske er fraværende. Likedan er samhandling med kolleger fraværende. Bildet viser en distanse og fjernhet til situasjonen, med et nostalgisk mørke.

FOTO 2: Fra fotoprosjektet «dag/natt Florence» av Bendiksen og de Wangen (13, s. 106)

Sykepleie som truet profesjon

På ulike måter kan det tolkes i bilder og tekst at sykepleiere oppfatter profesjonen sin som truet. Et av de siste bildene i fotoprosjektet i temanummeret viser en kopi av maleriet «Den truede svanen» (s. 150) av den nederlandske maleren Jan Asselijn, fra 1650, på veggen i bakgrunnen. På maleriet er det en truet svane som aggressivt forsvarer sitt reir. Fotografiets kaotiske perspektiv sammen med maleriet og uroen i situasjonen gir en fremstilling av at noe er truet.

Uniformen sykepleierne bærer i fotoprosjektet, vitner om tidligere tidsepoker og en romantisering av fortiden. Tilbakeblikket virker sterkere enn fremtidsblikket. Det samme gjelder i presentasjonen av teoretikerne, der historiske teoretikere som Nightingale, Henderson, Orem og Travelbee trekkes frem. Dagens teoretikere og forskere får begrenset plass.

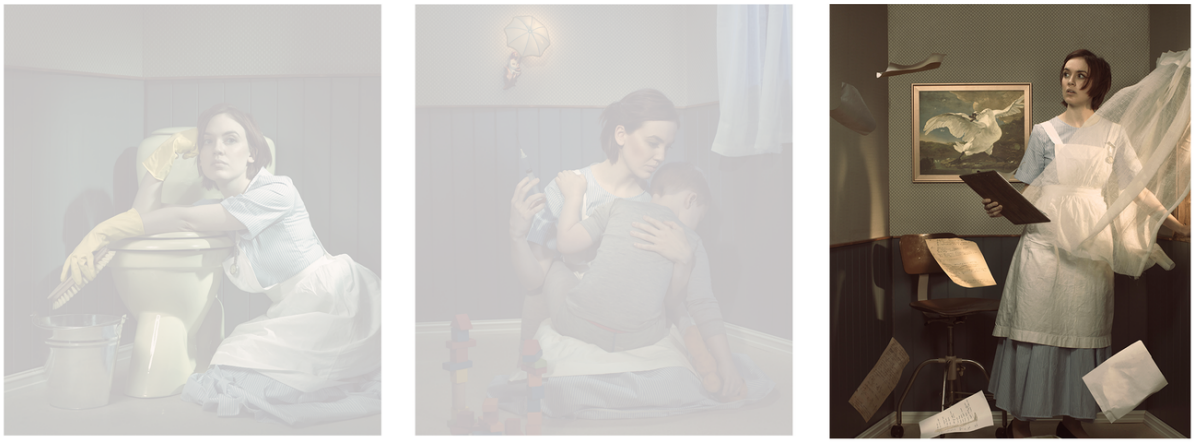

FOTO 3: Fra fotoprosjektet «dag/natt Florence» av Bendiksen og de Wangen (13, s. 150)

At profesjonen kan være truet, synliggjøres også gjennom tekstene. Kirkevold (26) skriver:

«Det er min påstand at uten en tydelig sykepleiestemme som klart og begripelig kan argumentere for når og hvorfor pasienter trenger profesjonell sykepleie, så kan man heller ikke kjempe overbevisende for at pasienten skal [...] få den nødvendige sykepleien» (s. 60).

Med Kirkevolds blikk er sykepleie noe som ikke skal tas for gitt. Det må argumenteres faglig for behovet for sykepleie. Kirkevold trekker frem at en av truslene mot sykepleie er kravet til tverrfaglighet. Hun argumenterer for at sykepleiere må ha en kollektiv stemme for å stå sterkere. Språkbruken er interessant, nesten intens, når hun bruker begrepene som «uten en tydelig sykepleiestemme» og å «kjempe» (26).

Martinsen viser til at kulturen i helsevesenet truer sykepleierprofesjonen gjennom presset sykepleiere arbeider under, og forpliktelsen deres overfor pasienten (24):

«For dette er en skyldfølelse sykepleierne ikke alltid burde ta på seg. Den er kulturskapt og befalende, som en plikt: Gjør det, gjør det, gjør det! Etikken blir borte, for man blir så opptatt av hva kulturen befaler. Man tror det blir bedre med velferdsteknologien, men sykepleierne får i stedet flere oppgaver. [...] Skyldfølelsen må rettes utover mot et helsevesen som er styrt av økonomi og produksjon, og med et tids- og dokumentasjonspress som kan gjøre pleien vanskelig» (s. 73).

Lill Sverresdatter Larsen (27) hevder at «sykepleiere trenger begreper som hjelper dem til å forstå hvilken plass organiseringsarbeidet har i utøvelsen av sykepleie» (s. 64).

Dette utsagnet kan knyttes til at sykepleiere har for lite organisasjonskunnskap, og lar helsetjenestens behov styre mer enn spesifikk fagkunnskap. En av truslene kan være at sykepleierne tilpasser seg ethvert system, noe som kan gi seg utslag i «stoppeklokkementalitet». I temanummeret portretteres hjemmesykepleieren som en person med dårlig tid:

«Hun er etter skjema for å rekke neste pasient. [...] Medisinutdeling og mulig dusj står det på dette oppdraget. Når dusjet hun sist? Det kan se ut som om det er flere uker siden. – Kan det stemme? Nei, det vet jeg jammen ikke. Det var lenge, sier hun. Ti minutter senere er hun tilbake i bilen. Medisinen er gitt. Det ble ingen dusj» (28, s. 23).

Tidsfaktoren fremstilles som en trussel mot profesjonens faglighet. Hjemmesykepleieren styres av systemet, klokken og de medisinske oppgavene. Det formidles at hun velger bort å ivareta pasientens personlige hygiene.

Diskusjonen om kompetanse versus bemanning tas opp av Jan Inge Pettersen, HR-direktør ved Akershus universitetssykehus. Han peker på et behov for å ansette helsefagarbeidere for å kunne avlaste sykepleierne, slik at de kan ivareta sykepleieroppgavene (s. 49).

Diskusjon

Det denne studien kan si noe om, er hvordan sykepleie beskrives og legitimeres. Den viser også til hvordan mangel på myndighet fremkommer i temanummeret. Studien synliggjør i mindre grad hvordan sykepleiernes handlinger begrunnes. Det gjør det vanskelig å se hvordan abstrakt kunnskap benyttes.

I dette kapitlet vil vi særlig diskutere fagets legitimitet og hvordan sykepleie fremstilles og kan forstås ut fra et profesjonsteoretisk perspektiv.

Myndighet og faglig legitimitet?

Historisk sett har sykepleiefaget hatt tradisjon for å distansere seg fra medisinske fag i prosessen med å utvikle seg som en selvstendig profesjon (2). Meerabeau (29) peker på hvordan sykepleiere har jobbet med å finne sin plass tett på det medisinske fagfeltet, mens de samtidig er i et motsetningsforhold. Det kan forklare at sykepleiergruppen legger vekt på noe annet enn legene som vurderer, diagnostiserer og behandler pasienter. En følge av det kan være betydningen som tillegges fenomenologi og personlig kompetanse.

Olsvold peker på sykepleiernes lavere plass i hierarkiet i sykehuset, og at sykepleien mangler fullmakt over eget fag (21). I denne studien synes sykepleierne å være grenseløse og lite bevisst på sin egen plass i systemet. Som analysen viser, fremstilles sykepleie på mange måter langt fra den virkeligheten sykepleierne står i. Flere etterlyser en beskrivelse av og kunnskap om en sykepleie som gjenspeiler arbeidsvirkeligheten bedre (8, 9).

Abbotts (12) hovedpoeng om jurisdiksjon, altså profesjonens ansvar for å sette faglige grenser, kan synes utfordrende for sykepleien. Slik profesjonen fremstår i temanummeret, som grenseløs, skisseres ikke en profesjon med myndighet og legitimitet. Det grenseløse kan også gjenspeile det allmenngyldige i faget, der spesialiserte kunnskapsområder er lite fremtredende.

Kirkevolds presiseringer (26) om en kollektiv stemme for å ivareta sykepleie til pasienter understøtter behovet for tydelighet og avgrensning. Ser vi til forskriften for sykepleierutdanningen (30), har den en allmenngyldig tilnærming. Det fagspesifikke teoretiske perspektivet er fraværende.

Det nevnes ingen spesifikke sykdommer eller sykdomsbilder eller hvorvidt pasienten er prematur, barn, ungdom eller voksen. Kravene som stilles til kandidatene gjennom forskriften, er omfattende og med få avgrensninger. Forskriften forsterker det grenseløse bildet.

Tilpasser seg ytre omstendigheter fremfor eget fag

Resultatene viser en profesjon som tilpasser seg normer og strukturer i helsetjenesten. Beskrivelsene av et grenseløst fag gir assosiasjoner til en yrkesgruppe som tilpasser seg ytre faktorer heller enn å stå for sine egne faglige vurderinger. Et spørsmål kan være hvorvidt sykepleiere har reelle påvirkningsmuligheter, og i hvilken grad de lar seg prege av ytre faktorer – om det er et valg å la seg styre, eller om det er hensynet til pasientene som styrer dem.

Grimen (31) hevder at helsefagene, deriblant sykepleie, ikke bare skal studere verden, men den skal også gripe inn i verden, til pasientenes beste. Praksisdimensjonen dreier seg derfor ikke bare om å anvende kunnskap. Den har også en normativ side, som omhandler *moralsk, politisk og juridisk skjønn* (s. 73).

Det grenseløse kan imidlertid tolkes som at sykepleierne tilpasser seg pasientenes behov, noe som er et klart samfunnsmandat i en helsetjeneste med slagord som «pasienten først» og «pasientens helsetjeneste».

Et spørsmål som kan stilles, er hvorvidt sykepleiere heller fremmer sin funksjon først og fremst i kraft av sine personlige egenskaper og sitt moralske skjønn enn å fremheve en felles profesjonell kunnskap og kompetanse. Det er et asymmetrisk forhold mellom den profesjonelle som anvender kunnskap, og mottakeren av tjenesten, som er avhengig av kunnskapen (32).

En konsekvens av et grenseløst fag og det individuelle perspektivet kan føre til at det asymmetriske forholdet mellom pasienten og sykepleieren blir utfordret eller opphevet, noe som også kan true profesjonens legitimitet.

På den annen side kan sykepleiernes personlige kompetanse gi assosiasjoner til en selvstendig profesjonsutøver som baserer seg på egne vurderinger. Fraværet av faglig artikulerte vurderinger som ligger bak handlingene, kan imidlertid også tolkes som at vitenskapen har liten plass i yrket.

Ifølge Abbott (12, s. 71) må profesjonens råderett stadig forsvares, noe som reflekteres og skapes gjennom den offentlige forestillingen om hva sykepleierprofesjonen er. Det er ikke bare ytre strukturer som bidrar til et grenseløst fag. Tekstene viser at også aktører innen sykepleie hevder det er vanskelig å avgrense fagområdet (18).

Det er ikke opplagt at aktørenes oppfatninger om hva sykepleie er i empirisk forstand, slik vi har studert i denne artikkelen, gir grunnlag for å forstå hvilke kunnskaper som gis legitimitet i en profesjonsstrategisk sammenheng. Kunnskap som synes å bli legitimert gjennom denne studien, er erfaringskunnskap mer enn akademisk kunnskap. Om kunnskapsgrunnlaget ligger implisitt i utøvelsen eller er en integrert del av sykepleierens kompetanse, kommer ikke så tydelig frem.

Det er også uklart hvorvidt de praktiske oppgavene bygger på kunnskap som er relevant å inkludere i en profesjons kunnskapsgrunnlag (7). På den annen side skildrer jordmoren kompleksiteten i sin kompetanse i møte med den fødende (25).

Individorientert med subjektive perspektiver

I tekstene fremhever sykepleierne sjelden sin spesifikke kompetanse gjennom felles refleksjoner og begreper knyttet til handlinger med abstrakt eller teoretisk sykepleiekunnskap. Når personlig kunnskap er dominerende, kan det skape utydelighet i hva som er felles, og gjøre det vanskelig å ramme inn sykepleiefaget. Det å vise til person, ikke fag, slik det gjøres i del 5, «For meg handler sykepleie om», er individorientert og knyttet til subjektive perspektiver.

Bildene viser sykepleieren som alene, med liten eller ingen kontakt med kolleger eller pasienter. Det står i kontrast til situasjonen i sykepleiernes arbeidsliv, der sykepleiere normalt har kontakt med pasienter, pårørende og kolleger.

Man kan ikke analysere en profesjon uten å se profesjonen i sammenhengen den inngår i. Abbott (12) er opptatt av hvordan kunnskap legitimeres, og kjønnsperspektivet kan være en faktor. Meerabeau (29) beskriver sykepleie som et kjønnet yrkesområde. Til tross for den samfunnsmessige betydningen sykepleie tillegges, for eksempel gjennom rosende omtale, viser hun til at faglige kunnskapsidealer ofte avfeies som urealistiske og sentimentale.

Det kan også være som Dahle (33) påpeker, at kvinnedominerte profesjoner historisk har vært gjenstand for faglig usynliggjøring og nedvurdering. Det understøttes av Risjord (34), som hevder at mens sykepleiernes rolle synes nødvendig for legenes arbeid, er sykepleiernes arbeid for det meste usynlig (s. 72).

Konklusjon

Studien viser at fremstillingen av sykepleie i *Tidsskriftet Sykepleien*s temanummer «#Hva er egentlig sykepleie?» kan forstås som grenseløs, som en personlig kompetanse, og som en truet profesjon. Kunnskapsdiskusjoner er sjelden artikulert i temanummeret. Det som derimot vektlegges, er erfaringskunnskap – særlig personlig og mellommenneskelig kompetanse.

Hva sykepleiere har kunnskap om, hvordan de anvender kunnskap i arbeidet sitt, og hvordan kunnskap utvikles, synes å stå i skyggen av beskrivelsene av sykepleiernes personlige erfaringer og kompetanse. Når sykepleierne i praksis oppfattes som limet i organisasjonen, noen som fyller «mellomrommene», og ikke tydelig argumenterer for profesjonell sykepleie, kan det understøtte bildet av sykepleierprofesjonen som grenseløs.

Funnene viser til at sykepleierprofesjonens myndighet og faglige legitimitet fremstår som utfordret og truet gjennom å tilpasse seg strukturer og normer i helsetjenesten fremfor å hevde faglige vurderinger.

Hva studien tilfører av ny kunnskap

- Gjennom tidene har det vært utfordrende å beskrive hva sykepleie er, både hvordan faget grenser til tilstøtende profesjoner, og hva som er særegent for sykepleierprofesjonene.
- Studien bidrar til å synliggjøre hvordan sykepleiere omtaler sin profesjon og egen utøvelse i *Sykepleiens* temahefte «#Hva er egentlig sykepleie?». Vi fant at sykepleiernes praksis står sterkt i forklaringen av hva sykepleie er, og vi viser noen konsekvenser av dette.
- Studien synliggjør at sykepleiens kunnskapsgrunnlag i liten grad artikuleres i temaheftet.

Vi takker spesielt professor emeritus Lars Inge Terum og Forskningsgruppen læring og samhandling, begge ved Oslomet – storbyuniversitetet, for deres viktige bidrag med innspill og kommentarer underveis i prosessen med artikkelen.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Referanser

1. Bergsagel I. 6 av 10 sykepleiere bruker daglig tid på oppgaver de mener andre burde utføre. Tidsskr Sykepl. 06.02.2019. Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/2019/02/6-av-10-sykepleiere-bruker-daglig-tid-pa-oppgaver-de-mener-andre-burde-utfore (nedlastet 28.06.2022).

2. Lund EC. Virke og profesjon. Norsk Sykepleierforbund gjennom 100 år (1912–2012). Bind 1. Oslo: Akribe; 2012.

3. Kirkevold M. Er det på tide å bygge bro over kunnskapskløften i sykepleiefaget? I: Alvsvåg H, Bergland Å, Førland O, red. Nødvendige omveier: en vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag: Cappelen Damm Akademisk; 2013. s. 265–75.

4. Torjesen D. Kunnskap, profesjon og ledelse. Kunnskapsperspektiver på ledelse i norsk helsetjeneste. Tidsskrift for samfunnsforskning. 2007;48(2):275–90.

5. Alligood M. The nature of knowledge needed for nursing practice. I: Alligood M, Tomey A, red. Nursing theory: Utilization & application. St. Louis, Missouri: Mosby; 2010. s. 3–15.

6. Jensen K, Knutstad U. Slik har sykepleieforskningen utviklet seg. Sykepleien Forskning. 2019;14(75607):e-75607. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2019.75607

7. Heggen K. Introduksjon til den norske utgaven. I: Benner P, Supthen M, Leonard V, Day L. Å utdanne sykepleiere – behov for radikale endringer. Oslo: Akribe; 2010. s. 9–21.

8. Allen D. Re-conceptualising holism in the contemporary nursing mandate: From individual to organisational relationships. Social Science & Medicine. 2014;119:131–8. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.08.036

9. Hellesø R, Larsen LS, Obstfelder A, Olsvold N. Hva er sykepleie? Sykepleien. 2016;104(8):58–60. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2016.58491

10. Thorne S. Does nursing represent a unique angle of vision? If so, what is it? Nursing Inquiry. 2015;22(4):282–4. DOI: 10.1111/nin.12128

11. Gautun H. En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien. Oslo: Velferdsforskningsintituttet NOVA, Oslomet – storbyuniversitetet; 2020. NOVA-rapport 14/2020. Tilgjengelig fra: https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/6417/NOVA-Rapport-14-20%20.pdf?sequence=3&isAllowed=y (nedlastet 28.06.2022).

12. Abbott A. The system of professions: an essay on the division of expert labor. Chicago: University of Chicago Press; 1988.

13. Sykepleien. Temanummer: #Hva er egentlig sykepleie? Sykepleien. 2019:105(1). Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/2019/02/hva-er-egentlig-sykepleie-0 (nedlastet 13.06.2022).

14. Braun V, Clarke V, Hayfield N, Terry G. Thematic analysis. I: Liamputtong P, red. Handbook of research methods in health social sciences. Singapore: Springer; 2019. s. 589–97.

15. Rose G. Visual methodologies – an introduction to researching with visual materials. 4. utg. London: SAGE Publications; 2016.

16. Rose G, Christiansen HC. Analyser af billedmedier – det digitale perspektiv. 3. utg. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2015.

17. Tholens B. Sykepleie – et grensetilfelle. I: #Hva er egentlig sykepleie? Sykepleien. 2019:107(1). s. 8–9.

18. Elstad I. Grunnleggjande sjukepleie gjeld liv og død. I: #Hva er egentlig sykepleie? Sykepleien. 2019:107(1). s. 12–6. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2018.74511

19. Olsvold N. Hierarkiet vi ikke snakker om. I: #Hva er egentlig sykepleie? Sykepleien. 2019:107(1). s. 142–3.

20. Helmers A. Sykepleieren som må gjøre alt. I: #Hva er egentlig sykepleie? Sykepleien. 2019:107(1). s. 37–41.

21. Helmers A. – Skulle ønske jeg kunne be sykepleiere si nei til arbeidsoppgaver. I: #Hva er egentlig sykepleie? Sykepleien. 2019:107(1). s. 41–5.

22. Nortvedt P. Tilbake til Nightingale. I: #Hva er egentlig sykepleie? Sykepleien. 2019:107(1). s. 66–9.

23. Hofstad E. – Mitt viktigste verktøy er meg sjøl. I: #Hva er egentlig sykepleie? Sykepleien. 2019:107(1). s. 80–1.

24. Fonn M. – Pleien tar den tiden den tar. I: #Hva er egentlig sykepleie? Sykepleien. 2019:107(1). s. 70–5.

25. Hofstad E. Jordmor på toppen. I: #Hva er egentlig sykepleie? Sykepleien. 2019:107(1). s. 84–5.

26. Kirkevold M. Trenger vi sykepleieteori? I: #Hva er egentlig sykepleie? Sykepleien. 2019:107(1). s. 58–61.

27. Avdagic D. Mener det usynlige arbeidet må beskrives bedre. I: #Hva er egentlig sykepleie? Sykepleien. 2019:107(1). s. 64.

28. Helmers A. – Jeg teller ikke minutter. I: #Hva er egentlig sykepleie? Sykepleien. 2019:107(1). s. 20–5.

29. Meerabeau E. Be good, sweet maid, and let who can be clever: a counter reformation in English nursing education? International Journal of Nursing Studies. 2004;41(3):285–92. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2003.09.002

30. Forskrift 15. mars 2019 nr. 412 om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412 (nedlastet 13.06.2022).

31. Grimen H. Profesjon og kunnskap. I: Molander I, Terum LI, red. Profesjonsstudier. Oslo: Universitetsforlaget; 2008. s. 71–87.

32. Molander A, Terum LI. Profesjonsstudier – en introduksjon. I: Molander A, Terum, LI, red. Profesjonsstudier. Oslo: Universitetsforlaget; 2008. s. 13–53.

33. Dahle R. Profesjon og kjønn. I: Molander A, Terum LI, red. Profesjonsstudier. Oslo: Universitetsforlaget; 2008. s. 216–32.

34. Risjord M. Nursing knowledge. Science, practice, and philosophy. Chichester: Wiley-Blackwell; 2010.

FAGUTVIKLING

Fagartikkel Grunnleggjande sjukepleie gjeld liv og død

Den grunnleggjande pleien gir menneskeleg kontakt, ei opning til omverda, nokre gongar den einaste.

Sjukepleie | Grunnleggjande sjukepleie | Kompetanse

Dei siste åra har det dukka opp nye diskusjonar om kva sjukepleie er. I essayet « Når sykepleie redder liv » skriv Finn Nortvedt om då han låg dødssjuk på sjukehus:

«Det var gjennom den grunnleggende sykepleien, det kroppslige stellet, mobilisering og leiring i senga at jeg opplevde sykepleiens betydning på kropp og sjel. Det å bli berørt og tatt på i en slik situasjon av kyndige, faste og gode hender var det som forankra og holdt meg fast til livet […]» (1)

Han fortel om ei natt på intensiven då sjukepleiaren var kontinuerleg til stades og tilgjengeleg. Det forstyrra han ikkje; han slappa av gjennom natta:

«Et lite vink eller bevegelse fra min side så var hun der, forhørte seg, la meg til rette i nye leier, rettet på hodeputen og uten at jeg behøvde å bruke unødvendig energi selv.»

Dette er både ei personleg sjukehistorie og ein analyse av sjukepleie på individnivå, frå ein erfaren sjukepleiar og forskar. Det var på spesialavdeling. Men er det vanleg at alvorleg sjuke menneske får slik merksemd og kontinuitet, for eksempel på vanleg sengepost?

Ikkje nødvendigvis. Går vi frå individet til organisasjonen, finn vi i Davina Allen sin studie frå britiske sjukehus «The Invisible Work of Nurses» frå 2014 at opp mot 70 prosent av det arbeidet sjukepleiarar utfører, ikkje er pasientnært (2). Det er sikkert ikkje annleis i spesialisthelsetenesta i Noreg.

Artikkelen « Hva er sykepleie? » av Ragnhild Hellesø, Lill Sverresdatter Larsen, Aud Obstfelder og Nina Olsvold bygger på denne studien (3). På sosiologisk grunnlag tar dei til orde for ei ny forståing av faget, for ikkje å seie eit nytt sjukepleiefag, der sjukepleien til den enkelte blir mindre viktig. Forfattarane går inn for at dei organisatoriske og koordinerande funksjonane blir anerkjende som sentrale og får større plass i utdanninga.

Koordinering og logistikk

I dag går sjukepleiekompetansen inn i logistikkarbeidet i helseføretaka. Opp mot tidsfristane i pasientgjennomstrøyminga – pasienten må ut i dag, andre ventar – kan sjukepleiarane bidra til individuelle vurderingar og justeringar. Det organisatoriske er ikkje usynleg. Det dannar ein tett vev av helsepolitiske vedtak og mål frå topp til botn.

Men sjukepleien er av prinsipp usynleg, systemet er «profesjonsnøytralt». Målsetjingane dannar offentlege «føringar» for retning og omgrep i forsking og undervisning. Bacheloroppgåver i sjukepleie innleier med å referere offentlege dokument om kostnader, forløp, kortare liggetid og samhandling. Då vi var små, sa vi at ei sjukesøster er ei dame som stikk folk med sprøyter.

Eg tenkte at for å forstå sjukepleie er det ikkje nok å sjå på kva sjukepleiarar gjer. Ein må sjå på dei *dei ser på*, personar som treng sjukepleie fordi dei er sjuke, skrøpelege og i krise. Det spørst om det stemmer. Det kan jo hende at sjukepleiaren blir sittande med headset og sjå i skjermen størsteparten av arbeidstida, som alle oss andre.

«Då vi var små, sa vi at ei sjukesøster er ei dame som stikk folk med sprøyter.»

Argumentasjonsforma til Hellesø og medarbeidarar blir i moralfilosofien kalla ei naturalistisk feilslutning: «Fordi det er slik, bør det også vere slik.» Det er ikkje sikkert at forskyvinga bort frå pasientoppgåver er ei naturleg utvikling. Helsetenesteaksjonen meiner at det dreier seg om politiske val. Sjukepleiefaget kan kanskje ha eigne, kritiske perspektiv.

Grunnleggjande for pasienten

Sjukepleien som Nortvedt meiner reddar liv, er grunnleggjande for pasienten. Det er dette som skal til for at alvorleg sjuke skal kunne leve gjennom døgnet og frå dag til dag: å ha menneskeleg kontakt, få stelt seg, få seg mat og drikke, få hjelp med vasslating og avføring, å komme seg opp, få variasjon, få ro og eit godt leie – alt dette på ein måte som førebygger forverringar og komplikasjonar (som infeksjonar og trykksår), og som fremmar livsmot, tilfriskning og fred (4).

Det er vanskeleg å avgrense grunnleggjande sjukepleie, som ikkje berre varierer historisk, geografisk, kulturelt og mellom organisasjonane, men frå pasient til pasient og med tilstanden og utviklinga (5). Kyndig grunnleggjande sjukepleie krev innsikt i samspelet mellom den enkelte, det nære livsmiljøet og andre menneske, og skal kunne legge til rette for den menneskelege økologien (6).

Grunnleggjande sjukepleie (alminneleg sjukepleie, generell sjukepleie) var lenge rett og slett sjukepleie, definert i lærebøker iallfall frå 1600-talet, og forklart og grunngitt sidan Florence Nightingale (7). Mykje av denne tradisjonen er avleggs, mykje nytt er komme til, og noko gammalt får ny aktualitet, for eksempel når det gjeld hygiene, men grunntrekka i sjukepleien lar seg kjenne att.

Spesialsjukepleien bygger på den grunnleggjande, for eksempel når leiringa i operasjonssjukepleien bygger på kunnskapen om komplikasjonar ved sengeleie, eller når grunnleggjande sjukepleie blir utført under avansert behandling, slik Finn Nortvedt skriv:

«Og det var nettopp hvordan intensivsykepleierne håndterte dette i et høyteknologisk miljø, hvor fokuset også måtte holdes på avansert overvåkning og medisinering, som var avgjørende for min overlevelse [...]»

«Grunnleggjande sjukepleie kan tene alle i løpet av livet og inn i døden, på tvers av medisinske tilstandar og organisasjonar.»

Grunnleggjande pleie av sjuke er utført til alle tider, godt og dårleg, i alle variantar, og er i prinsippet ikkje avgrensa til dei som kan behandlast, dei som er aktuelle for rehabilitering, som samarbeider eller kan kommunisere med språk.

Grunnleggjande sjukepleie kan tene alle i løpet av livet og inn i døden, på tvers av medisinske tilstandar og organisasjonar (8). Men han har aldri gitt seg sjølv. Grunnleggjande sjukepleie krev kyndig sjukepleiepersonale døgnet rundt og er svært arbeidskrevjande og kostbar. Derfor er den under sterkt press i den globale omstruktureringa av helsetenestene.

Sjukepleieskandale

Det var bakgrunnen for skandalen i det britiske samfunnet då helseføretaket Mid Staffordshire National Health Service Trust vart sett under gransking i 2009. Det begynte med varslingar og kritikk. Pasientar og pårørande kravde offentleg gransking. Det vart kjent at dødsratane var uvanleg høge (9). Mortaliteten i akuttomsorga i åra 2005–2009 var mellom 27 og 45 prosent høgare enn venta (10). Pasientar, pårørande og tilsette på alle nivå fekk uttale seg på høyringar. Dette vart samanfatta:

Pasientar vart liggjande i lange periodar med avføring i senga. Pasientar som ikkje kunne ete utan hjelp, fekk ikkje assistanse. Vatn var plassert slik at pasientane ikkje nådde det. Pasientar fekk ikkje hjelp til å komme på toalettet. Avdelingane og toaletta var skitne. Det vart ikkje tatt omsyn til privatliv og verdigheit, heller ikkje i døden. Vurdering (triage) i akuttmottak vart gjort av ufaglærte.

Mange pasientar og pårørande opplevde å bli møtt på ein avvisande måte (10). Pårørande fortalde korleis dei leita forgjeves for å finne sjukepleiepersonale som kunne gi smertelindring. Pasientar som hadde bede om bekken, vart liggjande fortvila og vente til det var for seint. Svikten var størst i sjukepleien til eldre som var uklåre (9). Robert Francis konkluderte i rapporten med at det først og fremst handla om dårleg sjukepleie (9):

«Det kan verke overraskande at det overveldande fleirtalet av klagar undersøkinga avslører, ikkje handlar om medisinske forsømmingar eller feil som har ført til skade eller død – sjølv om rapporten inneheld eksempel på det også – men om alvorlege avvik frå standarden i grunnleggjande omsorg som einkvar pasient har rett til å forvente.» (9, s. 414)

Sjukepleie på liv og død

Erfaringane frå Stafford var ekstreme, men dei lærer oss at den grunnleggjande sjukepleien gjeld liv og død. Som Nightingale sa er det ikkje snakk om ein luksus ein kan unne seg når det passar, det er ikkje eit ansvar eventuelle pårørande kan ta medan fagfolka konsentrerer seg om behandlinga og logistikken. Francis siterte Nightingale: «Det kan verke merkeleg å måtte seie det, men det første kravet til eit sjukehus er at det ikkje skal skade dei sjuke» (9, s. 395).

Føretaksleiinga vart kritisert fordi prioriteringane var drivne av målstyring, slik at tala hadde førsteprioritet, ikkje pasientane (9, 10). Avdelingar var slått saman for å redusere kostnadane.

Sjukepleiebemanninga, som frå før var kritisk låg, vart skoren ytterlegare ned, slik at ufaglærte assistentar utgjorde fleirtalet av sjukepleiepersonalet, og dei var også altfor få (9). Assistentane vart ikkje registrerte, og det var ingen krav til opplæring. Det hadde sett seg ein fryktkultur som godtok låg standard (10).

Arbeide smart

Debatten etterpå tok opp spørsmål om det var tilstrekkeleg personale, om dei hadde tilstrekkeleg sjukepleiefagleg kompetanse, og om kompetansen vart trekt ut til andre oppgåver enn sjukepleie. Peter Carter, leiar av det britiske sjukepleiarforbundet, sa at dei autoriserte sjukepleiarane var mykje opptatt med registreringsarbeid, og at dei ufaglærte i aukande grad skulle utføre «basic tasks like washing and feeding», kateterisering og mobilisering av pasientane, og plukke opp kompetansen etter kvart (11).

Det var jo ikkje spesielt for Storbritannia; det same er gjort over store delar av verda, ut frå slagord om «å arbeide smart» (12). Det vart også hevda at sjukepleien vart fragmentert fordi grunnleggjande pleie var skild ut. Når mat og drikke var sett ut til kontraktørar, kunne sjukepleiarar tenke at ernæring og væske ikkje var deira ansvar (13).

«Sjukepleieforsking har vist utbreidde problem i grunnleggjande sjukepleie i store delar av verda.»

I Storbritannia, som i Noreg, har ein hatt ei gruppe sjukepleiepersonale med to års utdanning og god kompetanse, men dei vart erstatta av ufaglærte eller nesten ufaglærte. Samtidig er det færre sengeplassar, slik at alle delar av helsetenesta har svært sjuke pasientar.

Sjukepleieforsking har vist utbreidde problem i grunnleggjande sjukepleie i store delar av verda, om ikkje i ein slik skala (14). Samanhengen mellom sjukepleiarbemanning og kvalitet og tryggleik for pasientane har vore dokumentert i store undersøkingar (15, 16).

Også på norske sjukehus rapporterte ein stor del av sjukepleiarane om ugjorde oppgåver på grunn av tidspress, som munnstell, overvaking av pasienten, hyppig skifte av leie, hudpleie, trøyst og samtale med pasienten (17).

Oppgåvehierarki?

Sjukepleieforskarane Rebecca Feo og Alison Kitson går nærare inn på den grunnleggjande sjukepleien. Dei meiner at ein av grunnane til at han blir nedprioritert, er at også sjukepleiarar oppfattar at det dreier seg om enkle oppgåver som krev lite kompetanse.

Både i utdanning og yrke ser ein for seg sjukepleieoppgåvene i eit hierarki, der ein begynner med enkle mekaniske rutinar og endar med krevjande oppgåver i behandling og logistikk øvst. Dei peiker også på at det er uklårt kven som skal utføre den grunnleggjande sjukepleien (18).

Dominerande kulturar i samfunnet kan også fremme nedvurdering av grunnleggjande sjukepleie. Det dreier seg om tungt manuelt arbeid, og er det ikkje det vi skal bort frå? Grunnleggjande sjukepleie er ikkje høgteknologisk, men lågteknologisk, altså kompetanse i å bruke enkle fleksible reiskapar som skeier og puter.

Det arbeidsomgrepet som ligg til grunn i grunnleggjande sjukepleie, er ikkje arbeid som produksjon. Det er eit mykje eldre omgrep, arbeid som teneste. Den alminnelege sjukepleien særleg i Nord-Europa er utvikla gjennom kvinnekompetanse, og uttrykker også for mange eit patriarkat som elles er avskaffa.

Observasjon av endringar

Men ingen kultur er einerådande. Ungdom går inn i sjukepleien nettopp fordi dei vil arbeide med menneske og ikkje kan tenke seg å bli sittande framfor ein skjerm.

Utanfrå blir den grunnleggjande sjukepleien ofte oppfatta som enkel fordi han er syklisk: Det same stellet, dei same måltida opp att. Men det er ei filosofisk innsikt at forandring – og stillstand – berre kan vise seg gjennom gjentakingar (19). Som Nightingale seier må sjukepleiaren lære kunsten å observere teikn på endringar som er undervegs (6). Suzanne Burns har eit eksempel frå intensivsjukepleie:

«When a nurse bathes a patient, the process allows for: a full skin assessment, evaluation of comfort, attention to the integrity and cleanliness of wounds and dressings, perineal care, positioning and mobilisation, and attention to airway clearance techniques such coughing, deep breathing and suctioning if necessary.» (12)

Denne kontinuerlege sjukepleieobservasjonen gjennom pleiearbeidet er nødvendig for å fange opp tidlege endringar, førebygge komplikasjonar og berge liv. Gjennom å skifte leiet hos pasienten, får sjukepleiaren litt betre tilgang til tilstanden hans og kva han treng. Det blir mogleg å vurdere huda samtidig, proaktivt, før teikn på trykksår viser seg, og sette inn tiltak straks (6).

Det krev fagkunnskap. Tidspresset kan komme til eit punkt der det effektivt hindrar merksemd og observasjon. Men grunnleggjande sjukepleie er i seg sjølv ikkje trivielt og gjentakande for sjukepleiepersonale som har lært å observere. Han kan vere så kompleks og kunnskapskrevjande som ein kan ønske.

Den nære framtida

Det er mange spørsmål. Er det realistisk å vente at folk med bachelorutdanning deltar i vasking av ryggar og assistanse på toalettet? Kven skal sørge for kompetansen i pasientnært arbeid? Har vi nok helsefagarbeidarar, blir dei verande i yrket, og er utdanninga deira i tilstrekkeleg grad innretta på grunnleggjande sjukepleie? Bør hjelpepleiarane innførast på nytt? Bør vi satse meir på opplæring av dei ufaglærte? Skal robotane ta over?

«Er det realistisk å vente at folk med bachelorutdanning deltar i vasking av ryggar og assistanse på toalettet?»

Eldreomsorga i det rike Noreg må te seg som ein ideell marknad for «velferdsteknologi». Kommunar investerer i kostbar høgteknologi for å spare menneskelege ressursar – det blir kalla «gevinstrealisering».

Som Kari Martinsen peikar på, har robotane ikkje skjønn (20). Dei kan heller ikkje observere. Men det viktigaste er at dei ikkje kan erstatte hendene som held oss fast til livet, som Nortvedt seier. Den grunnleggjande pleien gir menneskeleg kontakt, ei opning til omverda, nokre gongar den einaste.

Referansar

1. Nortvedt F. Når sykepleie redder liv. Sykepleien. 2014;12:44–9. Tilgjengeleg frå: https://sykepleien.no/fag/2014/10/nar-sykepleie-redder-liv (nedlasta 18.12.2018).

2. Allen D. The Invisible Work of Nurses. Hospitals, Organisation and Health Care. London: Routledge; 2014.

3. Hellesø R, Larsen LS, Obstfelder A, Osvold N. Hva er sykepleie? Sykepleien. 2016;103(8):64–6. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2016.58491.

4. Forskergruppen Liv og livsmot, Universitetet i Tromsø. Tilgjengeleg frå: https://uit.no/forskning/forskningsgrupper/gruppe?p_document_id=446192 (nedlasta 17.12.2018).

5. Englebright J, Aldrich K, Taylor CR. Defining and incorporating basic nursing care actions into the electronic health record. Journal of Nursing Scholarship. 2014;46(1):50–7.

6. Elstad I. Sjukepleietenking. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.

7. Nightingale F. Notes on nursing. What it is, and what it is not. London: Dover; 1969.

8. Van Achtenberg T. Call for papers: Examination of basic nursing care. Journal of Nursing Scholarship. 2013;45(1):3–4.

9. Francis R, The House of Commons. The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust public inquiry. Independent Inquiry into care provided by Mid Staffordshire NHS Foundation Trust January 2005 – March 2009. London: The Stationery Office; 2010. Tilgjengeleg frå: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/279109/0375_i.pdf (nedlasta 17.12.2018).

10. Francis R, The House of Commons. The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust public inquiry. Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. Independent Inquiry into care provided by Mid Staffordshire NHS Foundation Trust. Executive summary. London: The Stationery Office; 2013. Tilgjengeleg frå: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/279124/0947.pdf (nedlasta 17.12.2018).

11. Peter Carter, RCN, til BBC News. 22.09.2011.

12. Burns SM. A return to the basics: 'Interventional Patient Hygiene'. Intensive and Critical Care Nursing. 2013;29(5):247–9.

13. Shakespeare J. Fragmentation of basic and nursing care may be to blame for unsafe wards. British Medical Journal. 2013;346. Tilgjengeleg frå: https://www.bmj.com/content/346/bmj.f1949 (nedlasta 17.12.2018).

14. Adamsen L, Tewes M. Discrepancy between patient's perspective, staff's documentation and reflection on basic nursing care. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2000;14(2):120–9.

15. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W. RN4CAST Consortium (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. International Journal of Nursing Studies. 2013;50:143–53.

16. Zhu X, You L, Zheng J, Liu K, Fang J, Hou S, et al. Nurse staffing levels make a difference on patient outcomes: A multisite study in Chinese hospitals. Journal of Nursing Scholarship. 2012;44(3):266–73.

17. Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, De Geest S, Rafferty AM, et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. British Medical Journal. 2014;23(2):126–35.

18. Feo R, Kitson A. Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare systems. International Journal of Nursing Studies. 2016;57:1–11.

19. Gadamer HG. Truth and method. London: Continuum; 2004.

20. Martinsen K. Fra diakonisse til robot. Klinisk Sygepleje. 2017;31(1):20–33.

NYHETER

Debatt: Hva er egentlig sykepleie?

FORSKNING

Denne artikkelen finnes også i engelsk utgave. Publiseringsdato: 26.11.2021

Sykepleieren i rusfeltet – usynlig og generell eller tydelig og spesiell?

Kvalitativ forskning | Tverrfaglig samarbeid | TSB | Rus | Psykisk helse

Sykepleierne er en av profesjonene som inngår i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Behandlingen skal bestå av sosialfaglig, psykologfaglig og medisinskfaglig eller helsefaglig behandling ut fra pasientens individuelle problematikk og forløp. Behandlingen omfatter avrusning, kartlegging og utredning, poliklinisk behandling, dagbehandling, døgnbehandling og ambulerende oppfølging/behandling (1).

Miljøterapi er anbefalt som terapiform i TSB (2). Miljøterapi handler om å utnytte mulighetene i daglig samspill med andre (3). Mer presist dreier det seg om å nyttiggjøre seg de tilgjengelige ressursene i omgivelsene, å kunne variere mellom støtte og utfordring, i en relasjon preget av anerkjennelse og respekt. Målet er å legge til rette for psykisk, fysisk, sosial og åndelig vekst samt styrking av egenomsorg (4).

Sykepleiernes funksjon, eller oppgaver og ansvar, står beskrevet i de nasjonale retningslinjene for sykepleierutdanningen (5). Sykepleiere skal utdannes til å ivareta menneskets grunnleggende behov, fremme helse, forebygge og behandle sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død.

Kirkevold (6) understreker at sykepleieteorier, som egenomsorgsteorier, er praktiske teorier. Ut fra egenomsorgsteori er sykepleierens funksjon nettopp å støtte pasienter som er syke eller skadede, med å dekke grunnleggende behov når de ikke har ressurser til å dekke dem selv. Målet er egenomsorg, at pasientene skal bli uavhengige av hjelp. Det å skape en relasjon mellom pasienten og sykepleieren er avgjørende i omsorg. Relasjonen skal være preget av respekt og anerkjennelse.

Sykepleiernes funksjon er avhengig av den kompetanse de besitter. Grimen (7) hevder at det som særpreger profesjoner, er at de velger kunnskapsgrunnlaget sitt ut fra oppgavene som skal utføres. Det er de praktiske oppgavene som peker på hvilke kunnskaper som er nødvendige i de ulike situasjonene.

Den tidligere rammeplanen for sykepleierutdanningen beskriver faginnholdet i sykepleierutdanningen gjennom medisinske, sykepleiefaglige og samfunnsvitenskapelige emner, inklusive faget psykologi (8). Dette innebærer at sykepleiere har en kompetanse som er sammensatt av de ulike fagene som kreves i TSB, noe som kan skape uklarheter overfor de andre gruppene, hvor legene innehar kompetanse i medisinske fag, psykologene i psykologi og sosionomene i samfunnsvitenskap. Yrkesgruppene har dessuten overordnede og overlappende beskrivelser.

Ifølge de nylig vedtatte nasjonale retningslinjene for helse- og sosialfaglige utdanninger (5, 9–12) skal legene utrede, diagnostisere, behandle, følge opp og forebygge sykdom hos den enkelte pasienten. Psykologene skal forstå, utrede, diagnostisere, behandle og evaluere psykologiske problemer hos individer, familier og grupper samt drive helsefremmende og forebyggende arbeid.

Sosionomene skal bistå enkeltpersoner, familier eller grupper med å forebygge, redusere og mestre sosiale og helsemessige problemer. Vernepleiernes spesifikke kompetanse beskrives innen miljøterapeutisk arbeid, habilitering og rehabilitering, helsefremming og helsehjelp.

Tverrfaglige team består av disse yrkesgruppene, og her skal sykepleieren finne sin rolle og særegne plass. Tverrfaglig samarbeid krever gjensidig respekt og anerkjennelse, og de ulike yrkesgruppenes fagspesifikke kompetanse bør tydeliggjøres (15). At man stoler på og respekterer sin egen kompetanse, bidrar til respekt fra kolleger. Felles forståelse for hverandres roller i pasientarbeidet leder til respekt for andre yrkesgrupper (14). Sykepleiere og andre yrkesgrupper kan ha ulike oppfatninger og forventninger til samarbeid. En sykepleier kan ha andre krav til hva som definerer et godt samarbeid, enn en lege (15).

Vår studie foregikk i døgnbehandling, hvor det var behandlingspersonale til stede hele døgnet (1). Tidligere studier av sykepleiere i rusfeltet beskriver sykepleierrollen som uklar, at det er vanskelig å definere sykepleierens særegne kompetanse (16–18).

Karlsson og Kims (16) studie om sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid trekker frem at sykepleierne opplever sitt mandat som fritt, og deres roller og funksjoner som delvis flytende og overlappende med andre yrkesgrupper.

Melby og medarbeidere (17) fant i sin studie om sykepleiere i psykisk helsevern og TSB at sykepleiere strever med å definere hva som er deres fagspesifikke bidrag i det tverrfaglige samarbeidet.

Olsvold (19) beskriver sykepleiernes ansvar på sengepostene som organisatorisk uavgrenset, og fant at sykepleierne tok ansvar for uformelt delegerte og uspesifikke oppgaver i tillegg til etablerte sykepleieoppgaver. Noe tilsvarende fant Kleiveland (20), som studerte sykepleiernes rolle på akuttmottak.

Det syntes å være et behov for å utforske nærmere hva sykepleieres fagspesifikke bidrag er i TSB.

Hensikten med studien

Hensikten med studien var å utforske forventninger til og erfaringer med sykepleierens funksjon i tverrfaglig samarbeid i TSB. Tidligere studier har hovedsakelig satt søkelyset på sykepleiernes egne erfaringer og i mindre grad erfaringene til deres samarbeidspartnere. Derfor vil vi i denne studien øke forståelsen for sykepleierens funksjon gjennom å intervjue også sykepleiernes kolleger for å utforske hvilke oppfatninger og forventninger de ulike yrkesgruppene har.

Forskningsspørsmål

«Hvilke erfaringer og forventninger har sykepleierne selv og de andre yrkesgruppene i TSB til sykepleiernes funksjon i tverrfaglig spesialisert rusbehandling?»

Metode

Studien har et eksplorerende design med en induktiv tilnærming, hvor målet var å utforske og beskrive et fenomen, nemlig sykepleierens funksjon i TSB. Datainnsamlingen er basert på semistrukturerte individuelle intervjuer med fem sykepleiere og seks informanter fra andre yrkesgrupper i TSB.

Utvalg og rekruttering

Ansatte ved to døgnenheter for behandling innen TSB ble forespurt om å delta. Informantene ble rekruttert gjennom e-postforespørsel fra lederen i to runder samt et informasjonsmøte. Utvalget var strategisk, ikke representativt (21). Inklusjonskriteriet var at informantene skulle være ansatt helsepersonell med utdanning som sosionom, lege, vernepleier, psykolog eller sykepleier for å belyse problemstillingen fra et tverrfaglig perspektiv.

I alt 14 personer takket ja til å delta. For å oppnå jevn fordeling mellom yrkesgruppene trakk vi lodd om hvem som skulle delta i de yrkesgruppene mange hadde meldt seg fra. Informantene hadde en yrkeserfaring på mellom 1 og 15 år.

Intervjuer

Vi gjennomførte individuelle intervjuer i perioden november 2018 til januar 2019 på informantenes arbeidsplass. Intervjuene var semistrukturerte, og intervjuguiden besto av tre overordnede emner med sju spørsmål (22).

Hovedtemaet var erfaringer og forventninger til sykepleierens funksjon, kunnskap og oppgaver. Spørsmålene i intervjuguiden var inspirert av spørsmålene som er benyttet i studien til Melby og medarbeidere om sykepleierens funksjon i TSB og psykisk helsevern (17), og Kleivelands studie om sykepleierens rolle i akuttmottak (20). Intervjuene hadde en lengde på mellom 16 og 65 minutter. Vi gjorde lydopptak.

Analyse av dataene

Intervjuene ble transkribert, og dataene ble analysert i henhold til Malteruds systematiske tekstkondensering (23) etter følgende trinn: helhetsinntrykk, meningsbærende enheter, kondensering og syntese. Analysen var ingen lineær prosess. Vi har beveget oss frem og tilbake mellom ulike deler av det empiriske materialet for å fange opp nye sider (23).

Ulike fagpersoner legger merke til forskjellige aspekter i materialet, noe som skaper rom for flere tolkninger og tilnærminger. Tekstkondenseringsprosessen ble derfor drøftet i forskningsgrupper, med veiledere og medstudenter for å validere analysen.

I analysen har vi delt informantene i to grupper: sykepleiergruppen og øvrig helsepersonell, heretter kalt informanter fra helsepersonellgruppen. Under prosjektet arbeidet førsteforfatteren selv i TSB, noe som kan ha påvirket resultatet. På den andre siden hadde andreforfatteren ingen erfaring fra TSB.

Personvern og forskningsetikk

Studien ble meldt til og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), referansenummer 691269**.** Vi har fulgt retningslinjer for risiko- og sårbarhetsanalyse i henhold til GDPR (*generel data protection regulation*). Alle informantene har signert for informert samtykke og frivillig deltakelse. Transkripsjoner ble anonymisert og oppbevart på kryptert minnebrikke, og lydopptak ble slettet etter transkripsjon.

Resultater

I analysen kom det frem fire hovedtemaer: «Forventninger til sykepleiernes somatiske kompetanse» (kroppslige fenomener og fysiske sykdommer og behandling av disse), «Forventninger til å kombinere somatikk og miljøterapi», «Samarbeidet med de andre yrkesgruppene» og «Sykepleierne ønsker en felles faglig plattform». Se eksempel på analyseprosessen i tabell 1.

Tabell 1. Eksempel på analyse

Meningsbærende enhet	Kondensering	Tema
«Ja, det er jo kartlegging i forhold til ernæring og søvn.» «Og hvis det er noen skader, da, eller medisiner de trenger. Da er det jo å levere ut det, da, eller behandle sår.»	Somatikk/medisin, grunnleggende behov	Forventninger til sykepleiernes somatiske kompetanse
«Noen er jo mer somatiske sykepleiere, men at du har miljøet. Noen har jo bare erfaring fra rus og psykiatri, sant. Men jeg opplever at selv her så skal du ha kombinasjon av begge.» «Mange har mye å jobbe med, så det er jo det å skape en god relasjon, sånn at de hører på hva du sier, og kanskje det går litt inn på dem, og så greier de å skape en endring istedenfor at du bare skaper sånn […] at du ødelegger relasjonen med én gang. Blir litt sånn 'hun sier bare alt jeg skal rette på, hun vil jeg ikke samarbeide noe mer med'».	Omsorg og miljøterapi	Forventninger til å kombinere somatikk og miljøterapi

Forventninger til sykepleiernes somatiske kompetanse

Alle informantene var enige i at kunnskap om fysiske symptomer, medikamenter og grunnleggende behov er en viktig del av sykepleierens kompetansebidrag i det tverrfaglige samarbeidet. Det forventes at sykepleierne har kunnskap om anatomi, fysiologi, sykdomslære, legemidler, rus, abstinenser, overdoser og akuttmedisin.

Oppgaver som ble trukket frem, var mottak av pasienter, legemiddelhåndtering, observasjon, dokumentasjon, oppfølging og vurdering, igangsetting av relevante tiltak og samarbeid med de andre yrkesgruppene, spesielt legene. Sykepleierinformant 10 sa dette om observasjoner av rus og medikamenter: «Og så har vi jo observasjoner i forhold til eventuelt rusinntak og observasjoner i forhold til medisiner som blir gitt.»

«Sykepleierne påpekte varierende somatisk kompetanse i sykepleiergruppen og at det er behov for mengdetrening på oppgaver og prosedyrer.»

Sykepleierne påpekte varierende somatisk kompetanse i sykepleiergruppen og at det er behov for mengdetrening på oppgaver og prosedyrer. Sykepleierinformant 9 understreket viktigheten av å ha somatisk kompetanse: «Det er jo dette med EKG og passe på helt andre ting som også kan oppstå, som man skal være forberedt på. Folk her kan få hjertestans av helt andre ting enn opiater.»

Informant 4 fra helsepersonellgruppen formulerte det slik: «Hvis jeg lurer på noe i forhold til det medisinske, så kan jeg ofte gå og spørre sykepleierne.»

Informant 2 fra helsepersonellgruppen trakk frem at en av sykepleierne påpekte følgende til pasienten: «'Du har hovne ben.' Det er sånne ting jeg ikke tenker på. Sykepleierne har mer av det, en sånn grunnpakke med seg. At de har mye mer det somatiske blikket på pasientene. Det viktigste som jeg tenker gjør oss til et mer tverrfaglig team, er at sykepleierne er mye flinkere på somatikken. Fordi de har hatt mer utdannelse om det, rett og slett.» De andre yrkesgruppene forventet altså at sykepleierne delte disse kunnskapene med dem.

Sykepleierne hjelper pasientene med å dekke grunnleggende behov. Søvn, ernæring og trygghet ble trukket frem av nesten alle informantene. Også personlig hygiene ble nevnt. Sykepleierne selv la vekt på at pasientene har mange utfordringer og behov, og at sykepleierne ikke har tid til å følge opp alt. Informanter fra helsepersonellgruppen beskrev at sykepleierne har et stort behov for å hjelpe pasientene, kanskje litt mer enn hva som er nødvendig.

Forventninger til å kombinere somatikk og miljøterapi

Det var forventet at sykepleierne deltok i det miljøterapeutiske arbeidet. Informant 1 fra helsepersonellgruppen poengterte at sykepleierne må være tilgjengelige: «Hvis jeg ikke er tilgjengelig for å løse en oppgave, så må jo sykepleieren i enda større grad forsøke miljøterapi eller samtaleterapi for å dempe trykket.»

Flere av informantene fra helsepersonellgruppen beskrev sykepleierne som trygge på de utfordringene som kan oppstå i behandlingshverdagen. Informant 7 fra helsepersonellgruppen sa følgende: «Men jeg har ganske høye forventninger i forhold til både rus og psykiske lidelser, det har jeg. Og det føler jeg ofte jeg har rett til å ha, for jeg synes de kan veldig mye.»

«Flere av informantene fra helsepersonellgruppen beskrev sykepleierne som trygge på de utfordringene som kan oppstå i behandlingshverdagen.»

Sykepleierne var opptatt av at det å arbeide med pasienter i miljøet handler om mer enn å ha det hyggelig: «Men når man sitter i miljøet, så kan man faktisk fange opp ting. At det ikke bare er hyggelig å sitte der. Ja, at du oppdager ting som kanskje er gjentakende», sa sykepleierinformant 3.

Informantene fra begge gruppene nevnte flere sykepleieroppgaver i miljøet som observasjoner og kartlegging av pasientenes atferd, pasientens psykiske og fysiske helse, veiledning i hverdagslige situasjoner, å skape interesse for nye rusfrie aktiviteter og å følge pasientene til alt fra hjem til rettssaker.

God miljøterapi kan bidra til at pasientene trives i behandling og til å lindre blant annet angst, uro og russug. Begrepet «omsorg» ble nevnt flere ganger av de fleste informantene i studien når de beskrev sykepleierne.

Sammenhengen mellom somatikk og miljøterapi så ut til å være en utfordring. Informant 8 fra helsepersonellgruppen beskrev følgende: «[Det er] medisinering, oppfølging av pasienten og alt som foregår i miljøet, all miljøterapi som er det fundamentale her. Så sykepleiere er jo involvert i alt fra A til Å. Og tilbake igjen.»

Oppgaver kunne gå på bekostning av hverandre. Flere av sykepleierinformantene påpekte at de kan bli stående lenge på medisinrommet og ikke har tid til å jobbe med miljøterapi. Sykepleierinformant 11 poengterte imidlertid at det kan være lett å glemme det somatiske blikket når det er miljøterapi som er i søkelyset: «Men det har jo vært mye miljøterapi, så jeg har jo gjerne ikke hatt så stort fokus på det somatiske, da.»

Likevel fremhevet spesielt sykepleierne hvor viktig sykepleierkompetansen er i miljøet. De må ha kunnskap om alle områdene og kunne se dem i sammenheng. En sykepleier trakk frem en episode med en pasient, der det ble avdekket at et angstanfall viste seg å være hjerteproblemer. En annen vektla tiltak som å tilby en pasient en tur istedenfor medisiner.

Samarbeid med de andre yrkesgruppene

Det var bred enighet blant informantene fra helsepersonellgruppen om at de er avhengige av sykepleiernes tilbakemeldinger om pasientene for å gjøre jobben sin: «Det er jo de som er tettest på pasientene i hverdagen, så jeg er helt avhengig av å snakke ofte med dem», understreket informant 7 fra helsepersonellgruppen.

Det handler om observasjoner i miljøet, spesifikke situasjoner og hvordan pasienten har det: «Og så diskuterer vi ofte tilnærming til pasienten hvis det er noe jeg lurer på som jeg har lest i journal», sa informant 4 fra helsepersonellgruppen.

Tilbakemeldingene skjer via samtaler, dokumentasjon, møter og interne meldinger. Sykepleierne omtalte samarbeidet som godt. Det er flat struktur og lite hierarki. Sykepleierinformant 3 beskrev samarbeidet slik: «Man kjenner dem jo godt. Og de er på huset, man kan bare stikke bortom.»

Noen beskrev at de av og til får delegert oppgaver som ikke er sykepleieroppgaver, fra andre – i hovedsak fra psykologene. En sykepleier påpekte imidlertid at dette er noe sykepleierne selv må sette grenser for. Flere beskrev relasjonen mellom sykepleierne og legene som spesielt god. De poengterte at de kommer fra samme tradisjon i sykehuset, jobber godt som et lag, utveksler kunnskap og forstår hverandre godt.

Sykepleiere ønsker en felles faglig plattform

Til tross for at begge deltakergruppene tilsynelatende hadde klare tanker om sine erfaringer og forventninger til sykepleierne, etterlyste sykepleierinformantene en felles faglig plattform. Sykepleierinformant 6 sa som følger: «Jeg savner ofte en sånn felles grunnmur. En felles plattform hvor alle må stå på sammen og har tydelige rammer.»

De fremhevet store individuelle forskjeller ut fra hvem som er på jobb, og hva som blir prioritert av oppgaver. Sykepleierinformant 11 sa dette: «Av og til er det litt sånn ulik oppfatning av hvordan vi skal jobbe i miljø. Fordi vi ikke driver helt likt. Vi gjør liksom egne vurderinger. Så blir det litt forskjellig ut fra hvem som er på jobb.»

Flere informanter fra helsepersonellgruppen var enig i dette. To av sykepleierne understreket at deres arbeidsoppgaver varierer ut fra hvem de jobber i team med, og at de savner å jobbe mer kunnskapsbasert. Sykepleierinformant 6 sa følgende: «Teamet har veldig mye å si, så det blir litt utflytende grenser. Og lederen kan ikke ha oversikt over hvert team, da må man jo bare stole på teamet til slutt.»

Sykepleierne understreket at de har et godt samarbeid og lærer mye av hverandre, og at det er trygt å være så mange fra samme yrkesgruppe. En av informantene fra helsepersonellgruppen poengterte at alle kan bli flinkere til å følge allerede eksisterende rutiner.

Diskusjon

Studien tyder på at sykepleiernes funksjon og kompetanse innebærer å vurdere og handle ut fra pasientens fysiske tilstand i TSB, noe som vektlegges og verdsettes i et tverrfaglig samarbeid. Dette innebærer ikke at sykepleierens oppgaver knyttet til pasientens psykiske tilstand og miljøterapi settes til side.

Miljøterapi benyttes til å fange opp fysiske symptomer fra pasientene i tillegg til de psykiske. Studien tyder også på at sykepleierne er gode til å samarbeide med andre yrkesgrupper. Imidlertid etterspør de en felles sykepleiefaglig plattform.

Somatikken i høysetet

Alle informantene beskrev sykepleierens somatiske kompetanse, å kunne vurdere pasientenes fysiske tilstand, som deres kanskje viktigste kunnskapsområde av alle informantene. Sykepleierens funksjon i TSB synes å være at de fanger opp og vurderer pasientenes fysiske tilstand i tillegg til de relasjonelle og terapeutiske oppgavene de har i TSB.

Våre funn om sykepleierens somatiske kompetanse samsvarer med studien til Karlsen, som fremhever sykepleierens vekt på kunnskap om kroppen (18). I hans studie og andre studier formidler imidlertid sykepleiere at deres kompetanse ikke alltid anerkjennes (17, 18), mens i vår studie blir sykepleiernes somatiske kompetanse fremstilt som anerkjent og etterspurt.

At sykepleiernes kompetanse varierer, og at det etterlyses mer oppmerksomhet på somatiske oppgaver og prosedyrer, er noe som understrekes også i andre studier (17, 18). De tverrfaglige videreutdanningene i psykisk helse og rus får kritikk for manglende fordypning i sykepleie, noe som fører til at skillet mellom sykepleierne og de andre høyskoleutdanningene viskes ut (18, 24, 25).

Vår studie kan indikere at sykepleierne kan være i stand til å møte kravene til økt somatisk kompetanse som stilles i forbindelse med nasjonale retningslinjer og pakkeforløp, der hovedmålene blant annet er bedre ivaretakelse av pasientenes somatiske helse og levevaner (1, 2).

Somatikk og miljøterapi behøver ikke være noen motsetning

Miljøterapi har blitt anklaget for å ta plassen til tradisjonell grunnleggende sykepleie og andre sykepleiefaglige oppgaver (25). I vår studie kom det imidlertid frem at mye av det sykepleiefaglige skjer nettopp i det miljøterapeutiske arbeidet når sykepleierne er til stede i det daglige samspillet med pasientene. Her skaper de relasjoner med pasientene, som danner grunnlaget for omsorg.

Verdifulle observasjoner av fysisk og psykisk art, støtte til å ivareta grunnleggende behov og sammenhengen mellom disse er eksempler på oppgaver sykepleierne har i miljøterapien. Også i andre studier understrekes viktigheten av å jobbe med det somatiske og det psykiske samtidig (17, 18).

«Mye av det sykepleiefaglige skjer nettopp i det miljøterapeutiske arbeidet når sykepleierne er til stede i det daglige samspillet med pasientene.»

Karlsen (18) fremhever at fordi sykepleierne har kunnskap om kroppen, ser de etter noe annet hos pasientene enn andre yrkesgrupper, og de er opplært til å observere tegn og symptomer (18). Eksempelet om pasienten med symptomer som minnet om angst, men som viste seg å være hjerteproblemer, illustrerer dette poenget.

Disse nyansene er i tråd med det Kirkevoll skriver om muligheten til å bygge bro mellom de filosofiske omsorgsteoriene og de mer praksisorienterte sykepleieteoriene (6). Sykepleiere må forholde seg til kroppslige og biologiske fenomener i tillegg til humane fenomener samt kompleksiteten i møtet mellom dem. Som sykepleier kan man ikke skille skarpt mellom disse fenomenene (6).

Sykepleierne understreket at de fokuserer på faget sitt når de jobber med miljøterapi. Det behøver altså ikke å være noen motsetning mellom det å jobbe med miljøterapi og det å være oppmerksom på det fysiske og somatiske.

Et godt samarbeid med lite hierarki

Felles forståelse for hverandres roller i pasientarbeidet leder til respekt for hverandres yrkesgrupper (15). De ulike informantenes beskrivelse av sykepleierne samsvarte i stor grad, og informantene fra helsepersonellgruppen påpekte at sykepleiernes vurderinger og observasjoner er viktige.

«Sykepleierne beskrev et godt samarbeid med de andre yrkesgruppene, med lite hierarki.»

Disse funnene står i kontrast til andre studier, der sykepleiere forteller at flere kolleger i liten grad vektlegger deres observasjoner over sine egne inntrykk av pasientene (17). Sykepleierne beskrev et godt samarbeid med de andre yrkesgruppene, med lite hierarki. Det er lett å stikke innom, og de opplever å bli sett og hørt.

De andre yrkesgruppene på sin side beskrev at de hadde et godt samarbeid med sykepleierne ved at de er tilgjengelige for spørsmål, hjelper til med oppgaver og samarbeider tett med pasientene. Tverrfaglig samarbeid krever nettopp de ovennevnte faktorene: gjensidig respekt og anerkjennelse, fagkunnskap og trygg fagidentitet og tydeliggjøring av yrkesgruppens særegne kompetanse (13). Oppgavefordelingen mellom de forskjellige yrkesgruppene ble beskrevet som tydelig.

Behov for felles faglig plattform i sykepleie

I sykepleie diskuteres kunnskapsbasert praksis opp mot faglig skjønn samt individuell og situasjonsbasert sykepleie (26). I studien vår fremtrådte sykepleierens rolle som klar, men sykepleierinformantene etterlyste likevel en felles faglig plattform. Om det i vår sammenheng handler om mangel på prosedyrer eller at gjeldende prosedyrer ikke blir fulgt, kommer ikke frem av datamaterialet.

En tolkning kan være at sykepleierne ønsker et felles tilbud til pasientene, og at deres prioriteringer i mindre grad skal være personavhengige. Faren er at det faglige skjønnet kan reduseres. Både denne og tidligere studier viser at sykepleiere har lett for å påta seg mange oppgaver (16, 27).

Informantene understreket at noen oppgaver går på bekostning av kvaliteten i arbeidet. Selv om sykepleiernes kompetanse og funksjon virker klar, har de et relativt fritt mandat til å velge hvordan oppgavene skal prioriteres og gjennomføres. Behovet for en felles faglig plattform kan dermed bidra til at pasientene får et mer likeverdig tilbud.

Svakheter ved studien

Studien har få informanter, med kun én til to informanter fra hver yrkesgruppe i TSB, med unntak av sykepleiernes seks informanter. Utvalget var kun basert på utdanning og ingen andre kvaliteter ved informantene.

Konklusjon

Informantene i studien hadde tydelige forventninger til sykepleierne. De trakk frem kunnskap om somatikk, miljøterapi og kombinasjonen av disse samt observasjoner, vurderinger og tilbakemeldinger til kolleger. Sykepleierne er diskusjonspartnere og rådgivere. Informantene fra helsepersonellgruppen trakk frem det sykepleiefaglige arbeidet som et verdifullt bidrag i det tverrfaglige samarbeidet.

I denne studien er sykepleierens funksjon i TSB tydeliggjort ved at sykepleierne og deres kolleger vektla somatisk kompetanse i pasientbehandlingen i tillegg til miljøterapeutiske oppgaver.

Hva studien tilfører av ny kunnskap

- Tidligere forskning viser at sykepleiernes funksjon og særegne kompetanse i det tverrfaglige samarbeidet er utydelig. I disse studiene har det vært kun sykepleiere som informanter, og i liten grad samarbeidspartnere fra andre yrkesgrupper.
- Vi intervjuet sykepleiere og deres kolleger i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Informantene i denne studien var helsepersonell med utdanning som lege, vernepleier, sosionom og psykolog i tillegg til sykepleier. Vi utførte tematisk analyse av intervjuene.
- Sykepleierne og deres samarbeidspartnere har felles oppfatninger om sykepleierens funksjon i TSB. Kunnskapen som kom frem i studien, kan bidra til å bevisstgjøre sykepleiere selv, deres kolleger og ledere til å se det store potensialet som ligger i utøvelsen av god helhetlig sykepleie til personer som opplever psykiske lidelser eller ruslidelser. I et felt hvor nasjonale retningslinjer og pakkeforløp peker mot en mer somatisk tilnærming til pasientene, kan man se til sykepleiergruppen som viktige aktører å spille på i denne sammenhengen.

Referanser

1. Helsedirektoratet. Rusbehandling (TSB) pakkeforløp. Oslo: Helsedirektoratet; 2018. Tilgjengelig fra: https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rusbehandling-tsb-pakkeforlop (nedlastet 30.04.2019).

2. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. Oslo: Helsedirektoratet; 2016. Tilgjengelig fra: https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet (nedlastet 30.04.2019).

3. Fredheim KN. Implementering av kognitiv miljøterapi i akuttpost i psykisk helsevern. Tidsskrift for Norsk psykologforening. 2009;46(2):161–7.

4. Lillevik OG, Øien L. Hva er miljøterapi? Sykepleien. 2015;103(5):60. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2015.54066

5. Forskrift 15. mars 2019 nr. 412 om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412 (nedlastet 20.09.2020).

6. Kirkevold M. Er det på tide å bygge bro over kunnskapskløften i sykepleiefaget? I: Alvsvåg H, Bergland Å, Frøland O. Nødvendige omveier. En vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag. Oslo: Cappelen Damm; 2013.

7. Grimen H. Profesjon og kunnskap. I: Molander A, Terum LI, red. Profesjonsstudier. Oslo: Universitetsforlaget; 2008. s. 71–86.

8. Kunnskapsdepartementet. Rammeplan for sykepleierutdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2008. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf (nedlastet 10.05.2019).

9. Forskrift 3. januar 2020 nr. 21 om nasjonal retningslinje for medisinutdanning. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-01-03-21 (nedlastet 20.09.2020).

10. Forskrift 3. januar 2020 nr. 16 om nasjonal retningslinje for psykologutdanning. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2020-01-03-16 (nedlastet 20.09.2020).

11. Forskrift 15. mars 2019 nr. 409 om nasjonal retningslinje for sosionomutdanning. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-409 (nedlastet 20.09.2020).

12. Forskrift 15. mars 2019 nr. 411 om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-411 (nedlastet 20.09.2020).

13. Sosial- og helsedirektoratet. Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005. Rapport IS-1332.

14. Pullon S. Competence, respect and trust: key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships. Journal of Interprofessional Care. 2008;22(2):133–47.

15. House S, Havens D. Nurses' and physicians' perceptions of nurse-physician collaboration: a systematic review. JONA: The Journal of Nursing Administration. 2017;47(3):165–71.

16. Karlsson B, Kim SH. Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid: en studie om sykepleieres rolle, funksjon og faglighet i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Senter for psykisk helse og rus, Høgskolen i Buskerud og Vestfold; 2015. SFPR-rapport; 16–2015.

17. Melbye L, Ådnanes M, Kasteng F. Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Trondheim: Sintef; 2017. Sintef-rapport A28053.

18. Karlsen R. Profesjonell kompetanse. Sykepleien Forskning. 2009;4(3):198–204. DOI: 10.4220/sykepleienf.2009.0099

19. Olsvold N. Ansvar og yrkesrolle: om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus [doktoravhandling]. Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet; 2010.

20. Kleiveland K. Sykepleierens ansvar og rolle i akuttmottak [masteroppgave]. Høgskolen i Oslo og Akershus, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid; 2014.

21. Polit DF, Beck CT. Sampling in qualitative research. I: Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017. s. 491–504.

22. Kvale S, Brinkmann S: Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.

23. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.

24. Norsk Sykepleierforbund (NSF). Politisk plattform for psykisk helse og rus 2017–2020. Oslo: NSF; 2017. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/2201713/cache=20171503104542/Revidert%20plattform%20psykisk%20helse%20og%20rus%202017-2020.pdf (nedlastet 15.04.2019).

25. Fause Å. Hva er sykepleie i psykisk helse- og rustjenesten? Sykepleien. 2019;107(74841):(e-74841). DOI: 10.4220/Sykepleiens.2019.74841

26. Jensen KT, Knutstad U. Slik har sykepleieforskningen utviklet seg. Sykepleien Forskning. 2019;14(75607):(e-75607). DOI: 10.4220/Sykepleienf.2019.75607

27. Hellesø R, Larsen LS, Obstfelder A, Olsvold N. Hva er sykepleie? Sykepleien. 2016;104(8):64–6. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2016.58491