

NOTAT NR. 1 – 2010

**Åse Monica Leirvik, Morten Einarsrud,
Frøydis Berg, Kari Kvigne**

Mat, måltider og ernæring på sykehjem – til beboernes helse, glede, trivsel og livslyst

Utvikling av kunnskapsbasert praksis på sykehjem
innenfor området ernæring – gjennom etablering
av og arbeid i et sykepleiernettverk

Midtveisrapport



Høgskolen i **Hedmark**

Åse Monica Leirvik, Morten Einarsrud,
Frøydis Berg, Kari Kvigne

Mat, måltider og ernæring på sykehjem
– til beboernes helse, glede, trivsel og livslyst

*Utvikling av kunnskapsbasert praksis på sykehjem innenfor
området ernæring
– gjennom etablering av og arbeid i
et sykepleiernettverk*

Midtveisrapport

Høgskolen i Hedmark
Notat nr. 1 – 2010

Fulltekstutgave

Utgivelsessted: Elverum

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Forfatteren er selv ansvarlig for sine konklusjoner. Innholdet gir derfor ikke nødvendigvis uttrykk for Høgskolens syn.

I notatserien fra Høgskolen i Hedmark publiseres f.eks. milepældokumentasjon av et forsknings- og/eller utviklingsprosjekt, eller annen dokumentasjon på at et arbeid er i gang eller utført, samt interne HH-rapporter med allmenn interesse.

Notat nr. 1 – 2010

© Forfatterne/Høgskolen i Hedmark

ISBN: 978-82-7671-783-9

ISSN: 1501-8555



Høgskolen i Hedmark

Tittel: Mat, måltider og ernæring på sykehjem – til beboernes helse, glede, trivsel og livslyst. Utvikling av kunnskapsbasert praksis på sykehjem innenfor området ernæring – gjennom etablering av og arbeid i et sykepleienettverk			
Forfatter: Åse Monica Leirvik, Morten Einarsrud, Frøydis Berg, Kari Kvigne			
Nummer: 1	År: 2010	Sider: 97	ISBN: 978-82-7671-783-9 ISSN: 1501-8555
Oppdragsgiver:			
Emneord: aksjonsforskning ernæring kunnskapsbasert praksis sykepleie sykehjem sykepleienettverk			
<p>Sammendrag:</p> <p>Prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom seks "praksissykehjem" i Hedmark og Høgskolen i Hedmark, Institutt for sykepleiefag. Prosjektet har en aksjonsforskningsorientert tilnærming: gjennom samhandling mellom praksisfeltet og sykepleierutdanningen, skal prosjektet vise hvordan etablering av og arbeid gjennom et sykepleienettverk, kan bidra til utvikling av en mer kunnskapsbasert praksis i sykehjemmene innenfor området mat, måltider og ernæring.</p> <p>Den overordnede målsettingen er å tilby pasientene ved sykehjemmene best mulig sykepleie innenfor det utvalgte området: mat, måltider og ernæring. Delmålene er videre konkretisert i tre hovedområder, knyttet til å utvikle 1) sykepleietjenesten på sykehjemmene sin kompetanse i å kritisk granske egen virksomhet 2) samarbeid og kunnskapsutveksling mellom sykepleierne ved praksissykehjemmene, og med lærerne knyttet til bachelorutdanningen i sykepleie 3) sykepleierstudentenes praksisstudier.</p> <p>Denne midtveisrapporten har som hensikt å beskrive og summere opp samarbeidsprosjektets status midtveis i prosjektperioden, dvs. sommeren 2009.</p> <p>I første runde av prosjektet valgte så godt som alle sykehjemmene å ha et overordnet, generelt fokus på måltidene/ matsituasjonen, for gjennom dette å bidra til økt matlyst og bedret ernæringstilstand for pasientene. Ved alle sykehjemmene ble det iverksatt ulike tiltak for å skape mer ro, hygge og trivsel, for eksempel ble man mer bevisst organisering og personalets rolle og egen adferd under måltidene, pynt av bordet, duker, lysestaker, stetteglass, friske blomster osv. Pasientene ved de fleste avdelinger har også fått større valgfrihet, spesielt ved frokosten, og flere deltar mer aktivt under måltidet. Det er innført flere mellommåltider, og pasientene får oftere tilbud om drikke, og mer frukt og grønt. Resultatene fra midtveisevalueringen viser at 10 (av 13) nettverksmedlemmer mener at målene for Samarbeidsprosjektet i ganske høy grad er oppnådd så langt. Alle mener at prosjektet har bidratt til å øke kvaliteten på sykepleien til pasientene innenfor</p>			

området mat, måltider og ernæring. Midtveiseevalueringen viser at det ved alle sykehjemmene har skjedd en økt faglig bevissthet i personalgruppene og et økt fokus på ernæring. Sykepleierstudentene har bidratt positivt inn, gjennom praksisperioden og gjennom konkrete anbefalinger mht det videre arbeidet. Studentene mener at det har betydning for deres læring og kompetanseutvikling å bidra inn i fagutviklings-/ forskningsprosjekt. Midtveiseevalueringen viser at nettverksmedlemmene mener at prinsippene for kunnskapsbasert praksis, og arbeid gjennom et sykepleienettverk i høy grad egner seg som metode for fagutvikling på sykehjem. Hovedutfordringen i det videre arbeidet er å skape engasjement blant øvrige ansatte på sykehjemmene. Gjennom 1.runde av prosjektet har man skaffet seg verdifulle erfaringer, bl.a. mht. suksesskriterier med tanke på veien videre.



Hedmark University College

Title: Food, mealtimes and nutrition in the nursing home - for the residents' health, well-being, happiness and joy of life. Development of knowledge-based practice in the nursing home with a focus area of nutrition - through establishing and working within the nursing home network.

Author: Åse Monica Leirvik, Morten Einarsrud, Frøydis Berg, Kari Kvigne

Number: 1

Year: 2010

Pages: 97

ISBN: 978-82-7671-783-9

ISSN: 1501-8555

Financed by:

Keywords: [action research](#) | [nutrition](#) | [knowledge-based practice](#) | [nursing](#) | [nursing homes](#) | [nursing network](#)

Summary:

This project is a collaboration between six nursing homes in Hedmark county and the College of Hedmark, Department of Nursing. The project has an action research-oriented approach: through cooperation between the practice field and nursing school, the project aims to show how the establishment of, and working within, a nursing network can contribute to the development of a knowledge-based practice in the nursing home, in the area of food, meals and nutrition.

The primary goal is to offer patients at the nursing homes the best possible nursing care within the chosen target area of food, meals and nutrition. Sub-goals are further specified in three main areas, connected to the development of 1) nursing care in the nursing homes' competence for critically analysing their own operations; 2) cooperation and exchange of competence between nurses in the practical-teaching nursing homes, as well as with the teachers involved in teaching the Bachelor's level nursing curriculum; 3) nursing students' practical studies.

This mid-way report has as its objective to describe and summarize the cooperative project's status midway through the project; that is, in summer, 2009.

In the first round of the project, nearly all of the nursing homes chose to have a principal, general focus on mealtimes / the meal situation, for through this to contribute to increased appetite and better nutritional status for the patients. At all of the nursing homes, different measures were taken to create a peaceful, pleasant atmosphere; for example, there was increased consciousness of the personnel's role and own behaviour during meal times, decorating tables, use of tablecloths, candles, nice serving dishes, fresh flowers, etc. The patients in most of the departments were also given a bigger choice, especially at breakfast, and several participated more actively during the mealtimes. More snacks were offered, and the patients were asked more frequently if they would like a drink, or more fruit or vegetables. The results from the mid-way evaluation show that 10 (of 13) network members consider the goals of the collaborative project to be largely achieved

already. All think that the project has contributed to increased quality of nursing care to the patients in the focus areas of food, mealtimes and nutrition. The mid-way evaluation shows that at all of the nursing homes, the personnel groups have improved their professional awareness and have paid increasing attention to nutrition. The nursing students have contributed positively, through their practical periods and through concrete recommendations regarding future work. The students thought that the work carried out toward furthering the academic progress-/ research project had a significant impact on their studies and development of their nursing competence. The midway-evaluation shows that the network members considered the principles for a knowledge-based practice, and work within a nursing network, very suitable as a method for academic improvement at the nursing homes. The main challenge in the future work will be to encourage the other staff at the nursing homes to engage in this work. Through completing the first round of the project, valuable experience has been gained, in particular with respect to establishing criteria for evaluating success in future work.

FORORD

Prosjektet ”**Mat, måltider og ernæring på sykehjem – til beboernes helse, glede, trivsel og livslyst**” er et samarbeidsprosjekt mellom seks ”praksissykehjem” i Hedmark og Høgskolen i Hedmark, Institutt for sykepleiefag, og det har undertittelen: *Utvikling av kunnskapsbasert praksis på sykehjem innenfor området ernæring – gjennom etablering av, og arbeid i et sykepleiernetverk.*

Prosjektet er opprinnelig en videreføring av et Masterprosjekt om fagutvikling i klinisk sykepleie mellom Høgskolen og sykepleiere/pleiepersonalet ved et somatisk sykehjem, som ble gjennomført i perioden høsten 2005 – våren 2007. Dette prosjektets hensikt var å bidra til kvalitetsutvikling i klinisk sykepleie, bl.a. gjennom kompetanseutvikling for personalet. (Leirvik 2007). Se også Vedlegg 1.

Samarbeidsprosjektet, som denne rapporten omhandler, er tildelt praksisprosjektmidler fra Høgskolen i Hedmark, og er planlagt å foregå over en 3-årsperiode f.o.m. senhøsten 2007.

Denne midtveis evalueringsrapporten bygger på Prosjektbeskrivelsen (2007/2008) og på en Statusrapport pr. april 2009, og den har som **hensikt å beskrive og summere opp samarbeidsprosjektets status midtveis i prosjektperioden**, dvs. sommeren 2009.

I tillegg til hensikten med å forbedre et tjenestetilbud (se prosjektets målsetting, side 5), inngår prosjektet også som del av et kvalifiseringsløp for førstelektorkompetanse for sentral prosjektleder; høgskolelektor Åse Leirvik.

I første periode av prosjektet har de lokale prosjektlederne vært avdelingssykepleier Morten Einarsrud og enhetsleder Frøydis Berg. Førsteamanuensis Kari Kvigne er prosjektets veileder. (se også vedlegg 2, Prosjektorganisering).

Sentral prosjektleder har bl.a. hovedansvar, - sammen med de lokale prosjektlederne for å dokumentere utviklingsprosessene, herunder også å gjennomføre en **sluttevaluering ved prosjektslutt, våren/ sommeren 2010**. Dette evalueringsarbeidet vil munne ut i en Sluttrapport i Høgskolens Rapportserie vinteren 2010/11.

Materialet fra denne Midtveisrapporten vil inngå som prosessdata og bearbeides videre i Sluttrapporten.

Midtveis i prosjektperioden vil vi takke sykepleietjenesten ved praksissykehjemmene, og nettverksmedlemmene spesielt for deres innsats og engasjement så langt for å tilby pasientene best mulig sykepleie innenfor området mat, måltider og ernæring. I tillegg rettes en takk til sykepleierstudenter fra flere kull, som på ulike vis har bidratt inn i prosjektet. En spesiell takk rettes også til Undervisningssykehjemmet i Hedmark for tildelte økonomiske midler i 2008, og til Høgskolen i Hedmark for finansiering (bl.a. frikjøp av de lokale prosjektlederne /nettverksmedlemmene) gjennom praksisprosjektmidler.

Åse Leirvik, Morten Einarsrud, Frøydis Berg, Kari Kvigne

Skarnes og Elverum, Mai 2010

*"Jeg håper at følgende tanke vil bli stadig mer fremherskende hos sykepleierne:
at all praksis krever utøvere som er vant til å studere,
som forstår at helse og omsorg må endre seg daglig
som en reaksjon på de funn som gjøres innen forskning,
og at effektive sykepleiere er evige studenter".*

Virginia Henderson

(i Tørstad 2003)

INNHold

INNLEDNING	5
Rapportens oppbygning	6
TEORETISK UTGANGSPUNKT	7
Mat, måltider og ernæring på sykehjem.....	7
Sykepleietjenesten i sykehjem	7
Sykehjem som læringsarena for sykepleierstudentene.....	8
Kunnskapsbasert praksis	10
TILNÆRMING OG FREMGANGSMÅTE	12
Aksjonsforskningsorientert tilnærming.....	12
Samarbeidsprosjektets grovplan.....	14
De ulike aktørers rolle i prosjektet	15
Evaluering	16
<i>Forskerrollen i aksjonsforskningsprosjekt</i>	17
<i>Datasamling</i>	18
<i>Plan for evalueringen i dette prosjektet</i>	18
<i>Bearbeiding og analyse av datamaterialet midtveis</i>	20
<i>Etiske overveielser</i>	21
BESKRIVELSE OG PRESENTASJON AV DATA	
MIDTVEIS I PROSESSEN	22
Beskrivelse av arbeidsprosessen så langt	22
<i>Oppstart/ etablering</i>	22
<i>Trinn 1: Identifisering av utviklingsområder</i>	23
<i>Trinn 2: Hva sier forskningen? Hva er den beste tilgjengelige kunnskap?</i>	24
<i>Trinn 3: Sammenfatning og presentasjon av resultater og</i>	
<i>Trinn 4: Beslutninger</i>	24
<i>Trinn 5: Implementering/ Gjennomføring av endringsarbeidet</i>	25
<i>Trinn 6: Evaluering / oppsummering</i>	25
Presentasjon av data fra midtveisevalueringene	26
<i>Data fra midtevalueringen blant nettverksmedlemmene</i>	26
<i>Data fra spørreundersøkelsen blant sykepleierstudentene</i>	29
<i>Data fra midtveisevalueringene mht. veien videre</i>	33

SAMMENFATNING - OG REFLEKSJON MIDTVEIS

I PROSJEKTET	37
Mat, måltider og ernæring til pasientene på sykehjemmene	37
Kritisk granskning av egen virksomhet	40
<i>KBP som metode for å drive fagutviklingsarbeid på sykehjem</i>	41
Samarbeid og kunnskapsutveksling	42
<i>Lærerrollen knyttet til å drive og bidra i praksisprosjekt</i>	43
Sykepleierstudentenes praksisstudier	44
Oppsummerende betraktninger – og om veien videre	46
<i>Suksesskriterier med tanke på veien videre</i>	48

LITTERATURLISTE	51
------------------------------	----

Figuroversikt:

Figur 1: En modell for kunnskapsbasert praksis	10
Figur 2: KBP som prosess	11
Figur 3: Framstilling av prosjektets sykliske prosess	13
Figur 4: Samarbeidsprosjektets grovplan / framdriftsplan	14
Figur 5: Fasene i Samarbeidsprosjektet	15
Figur 6: Grovplan for evalueringen av Samarbeidsprosjektet	18

Tabelloversikt:

Tabell 1: Studentenes oppfatninger av hvilke tema sykepleietjenesten bør jobbe videre med.34

<u>Vedleggsoversikt</u>	55
Vedlegg 1: Fagutvikling på et sykehjem – et aksjonsforskningsprosjekt	57
Vedlegg 2: Prosjektorganisering	59
Vedlegg 3: Loggskjema	61
Vedlegg 4: Egenrapporteringsskjema/ Midtveiseevaluering. Fra deltakerne i nettverksgruppene	63
Vedlegg 5: Hensikt og retningslinjer for studentoppgave i 2.semester	73
Vedlegg 6: Spørreskjema til studentene Kull 120	75
Vedlegg 7: Følgerevurter til studentene vedr. spørreundersøkelsen på Fronter	79
Vedlegg 8: Bakgrunns litteratur	81
Vedlegg 9: Brosjyre fra Søbstad helsehus	83
Vedlegg 10: Datasamlingsguide til studentoppgaven 2.semester Kull 120	85
Vedlegg 11: Eksempler på hva som skjedde ved de ulike sykehjemmene i 1.runde ..	89
Vedlegg 12: Eksempler på bidrag fra sykepleierstudentene ift. den overordnede målsetningen	
Vedlegg 13: Oversikt over studentenes anbefalinger til utviklingsområder i neste runde, gjennom deres praksisoppgaver, til de ulike praksissykehjem	95
Vedlegg 14: Problemstillinger i prosjektets andre runde	97

INNLEDNING

Prosjektet ”**Mat, måltider og ernæring på sykehjem – til beboernes helse, glede, trivsel og livslyst**”, med undertittelen: *Utvikling av kunnskapsbasert praksis på sykehjem innenfor området ernæring – gjennom etablering av og arbeid i et sykepleiernetverk.* er et samarbeidsprosjekt mellom seks ”praksissykehjem” i Hedmark og Høgskolen i Hedmark, Institutt for sykepleiefag.

Prosjektet har en aksjonsforskningsorientert tilnærming. Gjennom samhandling mellom praksisfeltet og sykepleierutdanningen, skal prosjektet vise hvordan etablering av og arbeid gjennom et sykepleiernetverk, kan bidra til utvikling av en mer kunnskapsbasert praksis i sykehjemmene innenfor området mat, måltider og ernæring.

I Prosjektbeskrivelsen (2007/2008) går det fram at **den overordnede målsettingen** er å tilby pasientene ved sykehjemmene best mulig sykepleie innenfor det utvalgte området.

Delmålene er videre konkretisert i tre hovedområder, knyttet til å utvikle

- sykepleietjenesten på sykehjemmene sin kompetanse i å kritisk granske egen virksomhet
- samarbeid og kunnskapsutveksling mellom sykepleierne ved praksissykehjemmene, og med lærerne knyttet til bachelorutdanningen i sykepleie
- sykepleierstudentenes praksisstudier, blant annet gjennom at studentene får rollemodeller i sykepleiere på praksisplassen som aktivt og kritisk gransker egen virksomhet, og at de får mulighet til og erfaring med å delta i et pågående utviklingsarbeid på praksisplassen, der teori og praksis knyttes sammen.

Hovedidèen i samarbeidsprosjektet er: gjennom å etablere to nettverksgrupper (èn i sør- og èn i midt fylket) bestående av 2-3 sykepleiere fra hvert ”praksissykehjem” (3 sykehjem i sør fylket og 3 sykehjem i midt fylket), i samarbeid også med studenter og lærere fra bachelorutdanningen i sykepleie, å stimulere til kritisk granskning av praksis, og bidra til å utvikle sykepleietjenesten innenfor det utvalgte området, gjennom å arbeide etter prinsippene for *kunnskapsbasert sykepleiepraksis (KBP)*.

Som beskrevet i Prosjektbeskrivelsen (2007/2008) ble prosjektet i første omgang gjennomført i løpet av halvannet år; dvs. perioden vinteren 2007/2008 – sommeren 2009.

To studentgrupper i praktiske studier 2.semester fra bachelorutdanningen i sykepleie fra Høgskolen i Hedmark (Kull 119 og Kull 120), ble på denne måten også involvert i prosjektet; våren 2008 og våren 2009.

Denne midtevalueringsrapporten bygger på Prosjektbeskrivelsen (2007/2008), og på en statusrapport pr. april 2009, og den har som hensikt å beskrive og summere opp samarbeidsprosjektets status midtveis i prosjektperioden, dvs. sommeren 2009.

I denne rapporten brukes betegnelsen *sykepleietjenesten* om alt pleie- og omsorgspersonale på sykehjemmet (sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, assistenter). Det er *sykepleierne* som har faglig ansvar for å organisere og lede sykepleietjenesten.

I rapporten vil betegnelsene *beboer* og *pasient* bli brukt om hverandre. *Samarbeidsprosjektet* vil også bli omtalt som *praksisprosjektet* og *ernæringsprosjektet*, men alle tre begrepene henspiller på det samme.

Rapportens oppbygning

I det neste kapittel presenteres denne rapportens teoretiske utgangspunkt – dvs. det teoretiske rammeverk som var utgangspunkt for Samarbeidsprosjektet da det startet opp høsten 2007.

I kapittelet som har fått overskriften *Tilnærming og fremgangsmåte* presenteres først en teoretisk bakgrunn for aksjonsforskning som forskningsstrategi og tilnærming til utviklings- og endringsarbeid, for å synliggjøre at dette er en hensiktsmessig forskningsstrategi for Samarbeidsprosjektet. Det redegjøres for grovplanen for prosjektets arbeidsprosess, og for de ulike aktørers rolle i dette prosjektet. Herunder også for forskerrollen i et aksjonsforskningsprosjekt. Videre blir det gjort rede for fremgangsmåten i datainnsamlingen og i analysearbeidet for midtveisevalueringen som denne rapporten fokuserer.

Til slutt presenteres etiske overveielser knyttet til Samarbeidsprosjektet og til denne Midtveisrapporten.

Kapitlet *Beskrivelse og presentasjon av data midtveis i prosessen* består av to hoveddeler.

I første del er hovedfokuset gjennomføringen av Samarbeidsprosjektet. Denne presentasjonen over prosjektets gang fram til midtvalueringen, bygger på det innsamlede datamaterialet fra prosessen, og er en *beskrivelse av hva som skjedde, kronologisk i tid, trinn for trinn gjennom prosjektperiodens første runde*.

I den andre delen *presenteres data fra midtveisevalueringene*. Datamaterialet fra evalueringene midtveis vil inngå som *prosessdata* videre i prosjektet, og presenteres derfor nært opp til rådata i denne rapporten.

I rapportens siste kapittel er intensjonen å sammenfatte /summere opp, og reflektere kort rundt det som har skjedd i løpet av prosjektets første runde, med utgangspunkt i prosjektets målsetting.

Til slutt følger en avsluttende del hvor trådene samles i forhold til den overordnede hensikt med denne midt rapporten; å beskrive og summere opp samarbeidsprosjektets status midtveis i prosjektperioden. I denne delen presenteres også noen oppsummerende bemerkninger med hensyn til veien videre i prosjektets andre runde.

TEORETISK UTGANGSPUNKT

I dette kapittel presenteres denne rapportens teoretiske utgangspunkt – dvs. **det teoretiske rammeverk som var utgangspunkt for Samarbeidsprosjektet da det startet opp høsten 2007.**

Kapittelet tar utgangspunkt i behovet for å fokusere på kvalitetsforbedring når det gjelder sykepleie knyttet til mat, måltider og ernæring til pasientene på sykehjem. Videre fokuseres utfordringer knyttet til sykepleietjenesten på sykehjem, og sykehjem som læringsarena for sykepleierstudentene. Til slutt presenteres et teoretisk perspektiv på begrepet *kunnskapsbasert praksis*¹.

Mat, måltider og ernæring på sykehjem

I St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*, framgår det at omsorgstjenestene i dag står overfor store utfordringer. Det er dokumentert svakheter i helsetjenestetilbudet og den medisinske oppfølgingen til de svakeste, mest sårbare og utsatte pasientene.

Utfordringer knyttet til å dekke ernæringsbehovet hos eldre sykehjemspasienter er dokumentert både i skandinaviske og i internasjonale studier. Blant annet blir høy forekomst av underernæring på helseinstitusjoner, samt mangelfulle rutiner for kartlegging av pasientenes ernæringsstatus beskrevet. Eldre i sykehjem hevdes å være en spesielt utsatt gruppe (Nasjonalt råd for ernæring 2006, Sellevold & Skulberg 2005). Utfordringer innen området mat og måltider framkommer for sykepleietjenesten i sykehjem blant annet også gjennom resultater fra en brukerundersøkelse gjennomført blant beboere og pårørende i institusjoner (utarbeidet av KS Effektiviseringsnettverkene i samarbeid med Høgskolen i Sør-Trøndelag). Krav om effektivisering og økonomisering har også nådd organiseringen av mattilbudet og måltidssituasjonen i sykehjem.

Måltidenes betydning er mer enn å få tilstrekkelig ernæring. Mat og måltider gir grunnlag for helse og trivsel også i eldre år. Mat har en psykososial betydning, og måltidene kan være små høydepunkter i hverdagen. Mat kan være kultur i form av minner, tradisjon og vaner. I sykehjem er måltidene dagliglivets organisator, og mat kan bli symbol på fellesskap, trøst og mestring. Matlyst kan være livslystens viktigste indikator (Sellevold & Skulberg 2005). Arbeid med mat og måltider, og det å sørge for at beboerne får tilført tilstrekkelig ernæring er en ansvarsfull oppgave for ansatte i pleie- og omsorgstjenestene.

Sykepleietjenesten i sykehjem

Hjelpepleiere og omsorgsarbeidere er de største yrkesgruppene på sykehjem. Det er imidlertid *sykepleierne* som har faglig ansvar for å organisere og lede sykepleietjenesten. Sykepleiernes kunnskap og kompetanse er nødvendig for å sikre hensiktsmessig ledelse og organisering av

¹ Jfr. Samarbeidsprosjektets hensikt side 5; bidra til utvikling av en mer *kunnskapsbasert praksis* i sykehjemmene innenfor området mat, måltider og ernæring.

virksomhetene, samt å sikre kvalitet på disse tjenestene (NSF 2005). Selv om alt helsepersonell etter lovgivningen (Helsepersonelloven 1999) har et individuelt ansvar for å oppfylle kravet om faglig forsvarlighet, tillegges *sykepleiere* større grad av profesjonsrelatert ansvar og autonomi i yrkesutøvelsen. I et system hvor mange av de ansatte mangler eller har liten formell utdanning, utfordres sykepleiernes ansvar mer enn i et system bestående av bare sykepleiere. I en studie gjennomført av Hofseth og Norvoll (2003) kommer det fram at sykepleiere på sykehjem savnet fellesskap med andre sykepleiere. De fikk få tilbud om kurs, undervisning og veiledning, og det var liten tradisjon eller aksept for å lese faglitteratur i arbeidstiden.

Nedfelt i krav til profesjonell yrkesutøvelse, ligger at sykepleiere, - og hjelpepleiere/ omsorgsarbeidere, kontinuerlig fornyer og videreutvikler sine kunnskaper. I helsesektoren hvor kunnskap fort blir foreldet er det av stor betydning at man ikke stivner til i gamle rutiner. Med økt forskningsinnsats endres kunnskapsgrunlaget stadig raskere, og dette stiller igjen større krav til yrkesutøverne om å holde seg à jour. Ut i fra dette forutsettes at helsepersonell stadig reflekterer over egen praksis, sørger for faglig påfyll og stiller kritiske spørsmål til hvordan de møter brukere av helsetjenestene. En undrende og kritisk innstilling til egen og avdelingens praksisutøvelse er et viktig utgangspunkt for fagutvikling innen sykepleien. Det innebærer også krav om regelmessig og kritisk gjennomgang av rutiner og prosedyrer, og endring av praksis når ny kunnskap tilsier det (Leirvik 2007).

Den såkalte *pleiekulturen*², blir ofte sett på som en utfordring for sykepleietjenesten på sykehjem. Pleiekulturen kan forstås som en arbeidskultur som er utviklet over tid, og som kan være nyttig fordi den skaper sosiale rammer som gir trygghet og forutsigbarhet for medlemmene. Den binder nåtid og fortid sammen, og skaper identitetsfølelse. Kulturen kan imidlertid også være problematisk. Den består ofte av rituelle atferdsmønstre, felles spilleregler og oppfatninger om hva som fungerer bra, og som derfor betraktes som sanne. Etter hvert blir dette en rettesnor som begrunner seg selv, uten nødvendig tilknytning til faglig begrunnede normer og kunnskaper. Nye medlemmer i kulturen får belønning for tilpasning til systemet og sanksjoner dersom de stiller spørsmål ved det. Dette innebærer at kulturen kan bremse nødvendig fornyelse. Motstand mot endringer i kulturen er ofte hovedgrunnen til at det tar lang tid å sette nye kunnskaper ut i livet. Jo mindre kunnskaper det er i kulturen, desto mer avhengig er man av fasthet i det rituelle atferdsmønsteret. Rutinene og organiseringen blir målet i seg selv. Arbeidet er gjort når rutinene er fulgt (Jacobsen 2001, Leirvik 2007).

Utfordringene i denne sammenheng ligger i å skape **en læringskultur på sykehjemmene** som muliggjør kritisk refleksjon, og en refleksiv, levende og dynamisk praksis der målet er å utvikle en stadig bedre sykepleie til menneskene som er avhengig av pleie og omsorg, gjennom faglig engasjement i personalgruppene (Leirvik 2007).

Sykehjem som læringsarena for sykepleierstudentene

I Rammeplanen for sykepleierutdanning (2004) går det fram at Høgskole og praksisfelt sammen har ansvar for å utdanne gode sykepleiere. Ved Høgskolen i Hedmark er det bestemt at studentene i første studieår skal ha 10 ukers veiledede praksisstudier ved sykehjem i 2.semester.

² Hamran, T. (1992). *Pleiekulturen – en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S

Hensikten med praksisstudier i første studieår er at studentene tidlig skal erfare hva sykepleie som yrke innebærer. ”I praksisstudiene gis studenten mulighet til å erfare arbeidsfellesskapet som framtidig yrkesutøver, samtidig som han/hun arbeider mot forventet kompetanse gjennom studiet” (Rammeplanen 2004).

Praksisperiodene skal bidra til at studentene gradvis utvikler egen identitet som sykepleier ved å bli ført inn i, delta i og ta på seg ansvar for gjennomføringen av sykepleie. Ut i fra et sosiokulturelt perspektiv på læring, er den læringen som foregår i praksisfellesskapet særlig verdifull for sykepleierstudentene som skal oppnå sykepleiefaglig kompetanse. For at hensiktsmessig læring skal skje, er det nødvendig å skape gode læringsbetingelser for studentene i praksisstudiene. Dette forutsetter blant annet at studentene har gode rollemodeller, og at de får jevnlig veiledning, oppfølging og vurdering. Utgangspunktet for veiledningen i praksis er et syn på læring som baseres på at studenten utdanner seg til en kritisk og kompetent sykepleier (Leirvik 2007).

Praktiske studier for studentene i 2.semester ved bachelorutdanningen, Høgskolen i Hedmark har to fokus: generell sykepleie og sykepleie til eldre pasienter. I henhold til praksisperiodens faglige innhold beskrevet i ”Plan for praktiske studier 2.semester” forventes det bl.a. at studenten skal delta i å kartlegge, vurdere og utøve sykepleie til primærpatient, og inkludert i dette at de skal ha fokus bl.a. også på behovet for væske og ernæring.

Som en del av praksisperioden skal studentene også utarbeide en studentoppgave (se vedlegg 5).

I henhold til Rammeplanen (2004) er det avdelingens sykepleiere som har ansvar for den daglige veiledning og opplæring av studentene i praksisstudiene, mens Høgskolens lærere skal veilede og medvirke til å tilrettelegge for gode læresituasjoner. Det er ulike måter å organisere dette på. I vår skole ble en ny praksismodell innført for sykepleierstudentene i 1.studieår f.o.m. våren 2007. Viktige samarbeidspartnere for å tilrettelegge for studentenes læring, er foruten studenten selv og lærer fra Høgskolen; en hovedveileder (autorisert sykepleier ansatt på praksisstedet, som helt eller delvis fristilles fra sitt daglige virke som sykepleier), daglige veiledere (de helsearbeidere på praksisstedet som har kompetanse innenfor studentenes læringsfokus, og som er tilgjengelige i forbindelse med studentenes læresituasjoner). Også medstudenter kan være en viktig ressurs i praksisfellesskapet. Intensjonen er at den nye modellen i større grad skal ivareta et sosiokulturelt perspektiv på læring. Den nye modellen åpnet på denne måten opp for at flere studenter kan samles på hvert praksissted. (Hov m.fl. 2005, Leirvik 2007)

De utfordringene sykepleietjenesten i sykehjem står overfor (se forrige side) skaper også utfordringer mht å tilrettelegge gode læringsbetingelser for sykepleierstudentene. Det formelle kravet om at all høyere utdanning skal være forskningsbasert skaper ytterligere utfordringer når sykehjem er læringsarena for sykepleierstudentene (Leirvik 2007).

Samarbeidsprosjektet som denne rapporten omhandler, har bakgrunn i en modell for samarbeid om fagutvikling som involverer høgskolen og de praksisstedene der studentene har klinisk praksis. Bakgrunnen for denne modellen er at praksisveiledningsmidler for sykepleierstudenter ikke lengre blir utbetalt til den enkelte veileder eller avdeling. Denne ordningen ble opprettet i 1992 for å bedre kvaliteten på praksisundervisningen i sykepleierutdanningen, men i statsbudsjettet for 2006 ble bruken av disse midlene endret. Samme omfang av midler skal brukes, men nå til prosjekter som skal utvikle praksisstudiene eller tjenesteutøvelsen, og fremme samarbeidet mellom høgskole og praksissted. Det innebærer blant annet at midlene skal søkes av ansatte i høgskoler og klinikk i fellesskap (Bjørk & Solhaug 2008:184).

Kunnskapsbasert praksis

Anvendelse av forskningsbasert kunnskap er nært knyttet til begrepet *evidensbasert praksis*, som i de siste årene har fått stadig større betydning i alle helsefaglige sammenhenger.

Allerede i 1972 hevdet Archie Cochrane at det tar for lang tid før viktige og relevante resultat fra forskning er innarbeidet i praksis. Noen snakker om et gap mellom forskningsresultater og endring i praksis på 20 år. På 90-tallet oppstod begrepet *evidence-based medicine*, som henspiller på at arbeidet i helsevesenet må hvile på et vitenskapelig grunnlag. Ordet evidens stammer fra det latinske *evidentia*, og kan oversettes med klarhet, tydelighet, visshet. (Hole & Nordheim 2007, Willman 2001). Begrepet *evidensbasert sykepleie* henspiller på en sykepleiepraksis som bygger på aktuelle, relevante og anerkjente forskningsresultater. På denne måten skal forskning bidra til et pålitelig kunnskapsgrunnlag for sykepleiepraksis, dvs. øke tilliten til at kunnskapen som legges til grunn for praksis, holder mål – og at den ikke er basert på tilfeldigheter (Bjørø & Kirkevold 2005).

På norsk omtales evidensbasert praksis også som *kunnskapsbasert praksis (KBP)*. Kunnskapsbasert praksis innebærer å basere fagutøvelsen på pålitelig og anvendbar forskning kombinert med erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap i den kontekst man arbeider i (Nortvedt m.fl. 2007).

En modell for kunnskapsbasert praksis



Figur 1: En modell for kunnskapsbasert praksis

KBP kan beskrives både som grunnholdning og som prosess.

Når KBP defineres som **grunnholdning**, innebærer dette en undrende, kritisk tenkende og reflekterende sykepleier, som systematisk vurderer og stiller konstruktive spørsmål ved sin daglige utøvelse av sykepleiepraksis, og som er rede til å påta seg ansvaret for å holde oppe en høy faglig standard på sykepleietjenesten. Det innebærer en vitenskapelig grunnholdning; en vilje til at grunnlaget for handlinger skal hvile på den beste tilgjengelige kunnskap. (Hole & Nordheim 2007, Leirvik 2007).

KBP innebærer også å arbeide i en **prosess** med flere trinn. Se figur 2 neste side.



Figur 2: KBP som prosess

Med utgangspunkt i aktuelle problemer og spørsmål fra den kliniske hverdagen, arbeider man i neste trinn i prosessen videre med å søke systematisk etter relevant forskningslitteratur. Gjennom kritisk granskning av den forskningsbaserte kunnskapen, som så tilpasses konteksten: dvs. den settes i sammenheng med erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap, finner man fram til ”velinformerte beslutninger” / den beste tilgjengelige kunnskap, som så anvendes som utgangspunkt for sykepleiehandlingene (Nortvedt m.fl. 2007).

Gjennom selvrefleksjon og kritisk vurdering må egen praksis kontinuerlig evalueres. Å arbeide etter prinsippene i KBP er et hjelpemiddel for å begrunne vurderinger man til en hver tid må gjøre, og for å underbygge en faglig oppdatert og reflektert praksis. Utarbeidelse av forskningsbaserte retningslinjer og prosedyrer tjener også som en kvalitetssikring av virksomheten i en travel hverdag. (Hole & Nordheim 2007, Leirvik 2007).

TILNÆRMING OG FREMGANGSMÅTE

I dette kapittelet presenteres først en teoretisk bakgrunn for aksjonsforskning som forskningsstrategi og tilnærming til utviklings- og endringsarbeid, for å synliggjøre at dette er en hensiktsmessig tilnærming for Samarbeidsprosjektet.

Etter denne introduksjonen presenteres grovplanen for prosjektets **arbeidsprosess**; dvs. plan for **aksjonene** / metodene for innspill til endring og utvikling underveis i prosessen.

Videre redegjøres det for de ulike aktørers rolle i Samarbeidsprosjektet, inkludert i dette for forskerrollen i et aksjonsforskningsprosjekt.

Deretter blir det gjort rede for **evaluering** som en integrert del/ **forskningskomponenten** i et aksjonsforskningsprosjekt, herunder for fremgangsmåten i datainnsamlingen og i analysearbeidet for midtveisevalueringen som denne rapporten fokuserer.

Til slutt presenteres noen etiske overveielser knyttet til Samarbeidsprosjektet og til denne Midtveisrapporten.

Aksjonsforskningsorientert tilnærming

Hovedidéen i aksjonsforskning er bruken av en vitenskapelig tilnærming for å utvikle praksis sammen med praksisfeltets utøvere. Aksjonsforskningen søker å skape kunnskap som bidrar både til praktiske løsninger på aktuelle problemer lokalt, og til ny generell kunnskap. Gjennom aksjonsforskning kan teori – og praksisverdenen møtes, og utfordre hverandre. På denne måten kan aksjonsforskning sies å være en praksisnær forskning. Det som særpreger aksjonsforskningen er også at aktørene som opplever/ ”eier” problemene er delaktige i forskningsprosessen. Kunnskapsutvikling *i* praksis, og *for* og *med* praktikerne står sentralt. (Holter 1993, Anvik 2004, Hummelvoll 2003).

Holter (1993) skriver at aksjonsforskning er et begrep som man ikke kan gi en kort og grei definisjon på. Hun retter imidlertid fokus mot det hun kaller aksjonsforskningens fire hovedelementer, slik den opprinnelig synes tenkt av Lewin³: 1) samarbeid mellom forskeren og de som arbeider i praksis, 2) at forskningsproblemet skal være et problem som defineres i praksis, 3) en endring i praksis og 4) utvikling av ny kunnskap.

Holter og Schwartz-Barcott (1993, Hummelvoll 2003) fant, gjennom litteraturgjennomgang, ulike former for eller tilnærminger til aksjonsforskning. Ved **kritisk bevisstgjørende samarbeid** har man et spesifikt mål om å bistå praktikerne med å tydeliggjøre de grunnleggende problemer, og å identifisere kjernen i problemene gjennom kritisk bevisstgjøring. Lokal teori skapes gjennom refleksive diskusjoner mellom forsker og praktiker, og forandringene retter seg både mot personlige og kulturelle normer. Endringer skapt på denne måten synes å være mer varige.

I tillegg til å utvikle praksis og å bidra til generell teoriutvikling, har aksjonsforskning på denne måten også som mål å skape en forandrings- og læringsprosess som vedlikeholder seg selv i det systemet som forskningen foregår i (Hummelvoll 2003). Aksjonsforskning syntes også av denne grunn å være gunstig som tilnærming til fagutviklingsarbeid på sykehjem. (Leirvik 2007)

³ Begrepet aksjonsforskning ble først introdusert av den amerikanske sosialpsykologen Kurt Lewin rett etter andre verdenskrig.

Aksjonsforskning består av to ord; aksjon og forskning. Dette indikerer at det både er en aksjonsdel og en forskningsdel. Intensjonen er at de to elementene aksjon (handling) og forskning skal danne en enhetlig prosess, slik at aksjon og forskning utfyller hverandre.

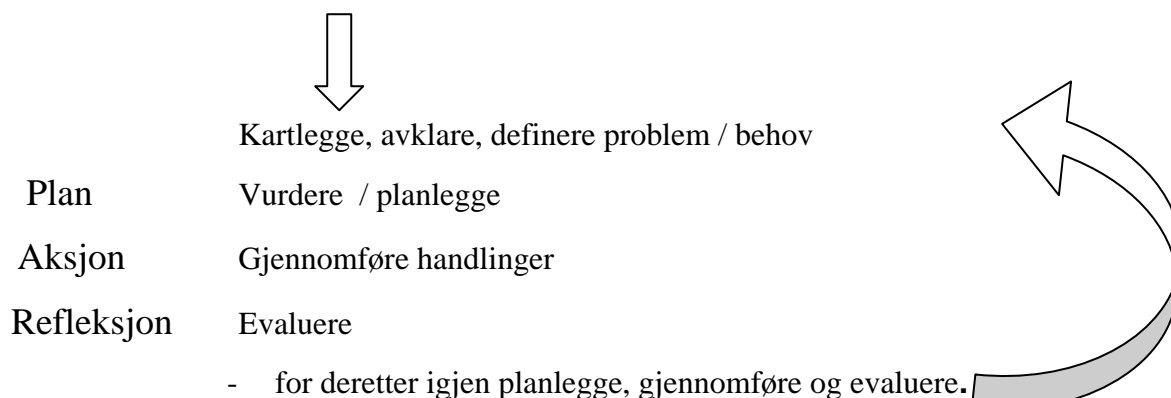
Aksjon henspiller på handling(er) eller tiltak som implementeres for ønsket utvikling/ endringsprosess. (Se også *Samarbeidsprosjektets grovplan* neste side).

Forskningskomponenten i et aksjonsforskningsprosjekt henspiller bl.a. på hensikten med å systematisk *evaluere* utviklingsprosessen. (Se også under overskriften *Evalueringen* side 17).

Et særtrekk ved aksjonsforskningen er at den er syklisk. Fremgangsmåten karakteriseres av en syklisk /feedback /refleksiv- prosess der forsker og aktører sammen: 1) kartlegger problemene /behovene, 2) planlegger og gjennomfører handlinger, og 3) evaluerer handlingene, for deretter igjen planlegge, gjennomføre og evaluere. Etter hvert vil aksjonene (handlingene) og forskningen skape gjensidig fornyelse som både gir praktiske resultater og teoretiske kunnskaper (Schei 2000, Anvik 2004, Hummelvoll 2003).

Ut fra dette kan prosessen i et aksjonsforskningsprosjekt konkretiseres i forenklet form som en arbeidsgang i tre faser; *plan, aksjon* og *refleksjon*. Tilnærmingen kan videre forstås som en spiralstruktur som bygger på de tre fasene i form av kontinuerlig *plan, aksjon* og *refleksjon*, gjennom hele prosjektperioden.

Figur 3 framstiller den sykliske / feedback / refleksive - prosess som stadig kommer tilbake i flere kretsløp eller gjentakelser som er et særtrekk i aksjonsforskning:



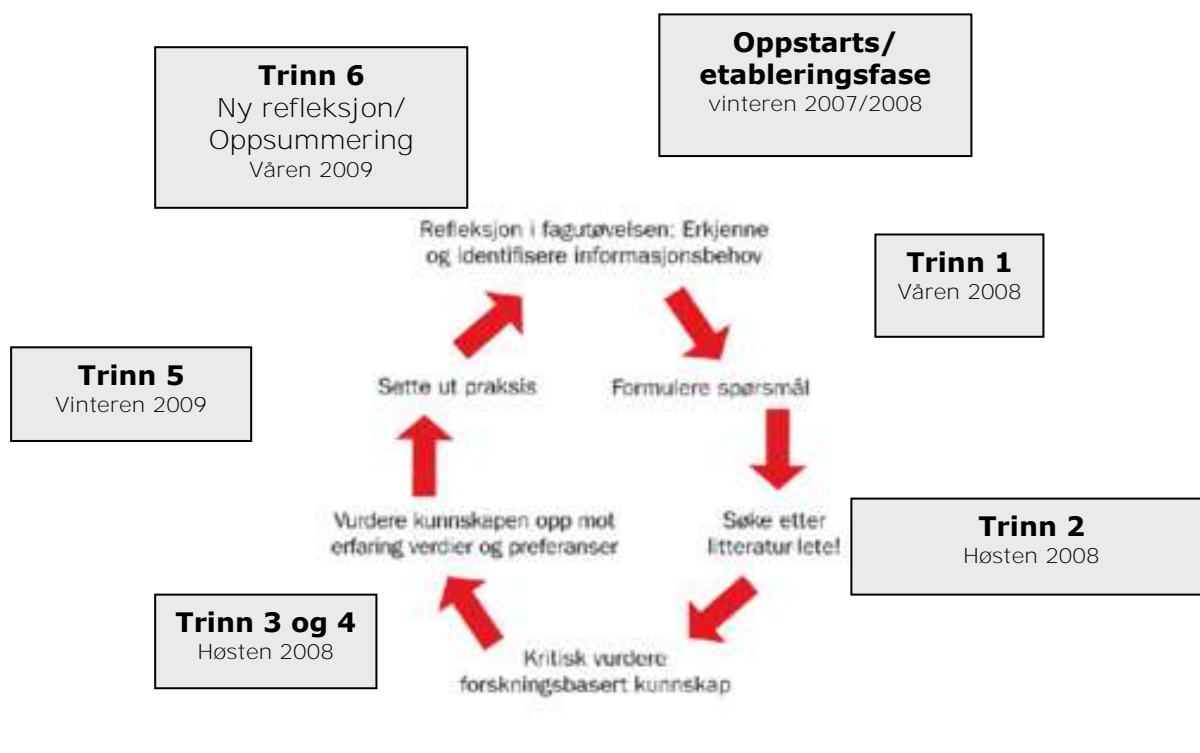
Figur 3: Framstilling av prosjektets sykliske prosess

Ut fra dette kan man si at **evaluering** er en integrert del i aksjonsforskningsprosessen. Dette utdypes ytterligere under overskriften *Evaluering* side 16.

Samarbeidsprosjektets grovplan

Som det går fram av *Innledningen* var hovedidéen for Samarbeidsprosjektet å etablere et sykepleiernettverk med to nettverksgrupper; en i sør-fylket og en i midtfylket, bestående av 2-3 sykepleiere fra hvert "praksissykehjem" (3 sykehjem i sør-fylket og 3 sykehjem i midtfylket), med sine lokale prosjektledere, og en sentral prosjektleder⁴.

Etter en **oppstarts / etableringsfase** (vinteren 2007/2008) der sykepleiernettverket ble etablert utgjøres **prosjektets grovplan** / framdriftsplan videre av fasene i KBP, se figur 4, under.



Figur 4: Samarbeidsprosjektets grovplan/ framdriftsplan

Etter første runde (Trinn 1 – 6) vinteren 2008 – våren 2009, vil prosjektet fortsette i en ny runde (jfr. aksjonsforskningens sykliske prosess side 13). Dette betyr at nettverksgruppene består, og at et nytt område velges ut for granskning i prosjektets andre runde (Trinn 1 – 6) høsten 2009 - våren 2010.

Samarbeidsprosjektet kan ut fra dette, skjematisk også framstilles slik figur 5 viser:

⁴ Se Vedlegg 2: Prosjektorganisering

Figur 5: Fasene i Samarbeidsprosjektet



Hva som skjedde i de ulike trinnene av prosjektets 1.runde utdypes under overskriften *Beskrivelse av arbeidsprosessen så langt*, side 22.

De ulike aktørers rolle i prosjektet

Som det går fram av vedlegg 2 *Prosjektorganisering* består Samarbeidsprosjektets prosjektledelse av **sentral prosjektleder** og **to lokale prosjektledere**.

Sentral prosjektleder er høgskolelektor og lærer i praksis for en gruppe sykepleierstudenter i deres praksisstudier ved ett av praksissykehjemmene. De to lokale prosjektlederne har i prosjektperiodens første runde vært avdelingssykepleier/ enhetsleder ved henholdsvis et sykehjem i Sør- og et i Midt fylket.

Det inngår i sentral prosjektleder sin rolle, sammen med de to lokale prosjektlederne, å tilrettelegge slik at prosessen går fremover.

De lokale prosjektlederne hadde også, spesielt i oppstartsfasen av prosjektet, kontakt med ledelsen ved de andre sykehjemmene bl.a. for å etablere de to nettverksgruppene.

Sentral prosjektleder har forskerrollen i prosjektet, og har dermed **hovedansvar** for evalueringen og dokumentasjonen underveis i prosessen. Dette utdypes ytterligere under avsnittene *Evaluering* side 16, og *Forskerrollen i aksjonsforskningsprosjekt* side 17.

Deltakerne i de to nettverksgruppene, dvs. 2-3 sykepleiere fra hvert ”praksissykehjem”, har hatt særskilte roller som *endringsagenter* eller ”nøkkelpersoner” / inspiratorer mht. å etablere og påvirke /drive utviklingsprosessene fremover blant de øvrige ansatte i sykepleietjenesten ved sine sykehjem/ sykehjemsavdelinger.

Nettverksgruppene har gjennom perioden hatt jevnlig lokale møter, med lokal prosjektleder som prosessleder. Sentral prosjektleder har i hovedsak også deltatt ved disse møtene.

I tillegg har de to nettverksgruppene møttes i noen sentrale nettverksmøter. Hensikten med møtene har vært å støtte og utfordre hverandre i prosessen, å utveksle erfaringer knyttet til utviklingsområdene, og mht. hvordan skape engasjement i personalgruppene, forankring i ledelse osv.

Det er blitt skrevet referat fra alle disse nettverksmøtene, som er blitt oversendt alle gruppemedlemmene via e-post. Gruppemedlemmene ble også oppfordret til å skrive en egen enkel logg gjennom perioden (se vedlegg 3).

I løpet av prosjektperiodens første runde hadde **sykepleierstudenter** (både våren 2008 og våren 2009) praktiske studier ved sykehjemmene, og de kan også gjennom sine bidrag underveis i praksisperioden betegnes som *agenter* i prosjektet.

Ved alle praksissykehjemmene har det vært tilknyttet **en lærer i praksis** for gruppen med sykepleierstudenter. Sentral prosjektleder har som tidligere nevnt, vært lærer i praksis for sykepleierstudentene ved ett av praksissykehjemmene.

Pasientene har ikke hatt en aktiv rolle i prosjektet så langt, selv om det har vært en viktig intensjon å få tak i deres ”stemme” (jfr. brukerkunnskap i KBP), blant annet gjennom studentenes praksisoppgave i sine praktiske studier (se vedlegg 5).

De ulike aktørers bidrag inn i prosjektet utdypes ytterligere under overskriften *Beskrivelse av arbeidsprosessen så langt*, se side 22.

Evaluering

Forskningskomponenten i et aksjonsforskningsprosjekt henspeiler bl.a. på hensikten med å systematisk *evaluere* utviklingsprosessen. Uten denne komponenten med evalueringsforskning, vil det ikke være naturlig å klassifisere prosjektet som aksjonsforskning, men som et praktisk innovasjonsarbeid (Skogen 2006).

Grovt sett har det eksistert to hovedretninger innen evalueringsforskningen, som har tatt utgangspunkt i to ulike vitenskapelige forståelsesmåter. Fokus for den ene tradisjonen har vært målsettingen for tiltaket/ intervensjonen, og om disse har blitt realisert. Idealet i denne tilnærmingen har vært å skape en situasjon som gjør det mulig å isolere tiltakets effekter ved å kontrollere de betingelser tiltaket eller forsøket er underlagt. I den andre tilnærmingen er prosessen fokusert. Siktemålet er å forstå og fortolke hendelsesforløpet (Mortensen og Fosse 2006).

Evaluering kan være både formativ og summativ. I begrepet formativ evaluering ligger muligheter til å påvirke, endre, utbedre underveis, mens den summative evalueringen har som mål å evaluere et sluttresultat (Mortensen og Fosse 2006).

Aksjonsforskning er en typisk **proessorientert tilnærming**. Den er orientert mot innsikt, forståelse, og læring. Dette peker mot en *formativ evalueringsform*, der evalueringstiltak bygges inn underveis i aksjonsforskningsprosessen, for å få en sirkulær forståelse i forhold til plan, aksjon og refleksjon, som igjen skal føre til nye planer og aksjoner. Jfr. figur 3 side 13.

Et viktig poeng med denne formen for evaluering er at den skal kunne *påvirke* aksjonen/es gang, retning og innhold underveis i prosjektperioden, og også at den skal kunne *beskrive* prosessens gang. Forskningen handler dermed også om å *dokumentere* utviklingsprosessene på en systematisk måte, slik at både de som deltar aktivt og profesjonsutøvere generelt får anledning til å lære mest mulig i og av prosjektet (Hummelvoll 2003, Leirvik 2007).

Forskerrollen i aksjonsforskningsprosjekt

Det er sentral prosjektleder som har forskerrollen i dette Samarbeidsprosjektet.

Forskerrollen i et aksjonsforskningsprosjekt er annerledes enn den tradisjonelle forskerrollen.

Å utvikle praksis sammen med praktikerne er en av hovedintensjonene. Utgangspunktet er noe man ønsker å forbedre / endre / utvikle, og som man har praktisk mulighet til å gjøre noe med, - ikke bare forstå. Man søker å utvikle kunnskap i praksis, *for* og *med* praktikerne.

Det som særpreger aksjonsforskningen er at forskeren arbeider åpent, direkte og i samarbeid med aktørene i det aktuelle forskningsfeltet. Informasjonssamling om praksis legger grunnlag for hele prosessen, i dialog og samarbeid med deltakerne, som i denne sammenheng betegnes som medforskere og *endringsagenter*. Problemstillingene skal ha utspring i praksis – lokal kunnskap – og ikke utelukkende i teoretiske eller hypotetiske problemstillinger (Hummelvoll 2003, Anvik 2004).

Forskerrollen i de ulike varianter av aksjonsforskning er preget av forskjellige dilemma. Dette kan dreie seg om *etiske* forhold, om forhold knyttet til *initiativet* til og om *målene* for forskningen. Aksjonsforskeren kommer vanligvis utenfra og inn i feltet med teoretisk kunnskap og forskningsekspertise, men er en novise når det gjelder kunnskap om lokale forhold. Sjøvoll (2002) skriver at slike aksjonsforskningsprosjekt stiller store krav til forskerens evne til kommunikasjon og samhandling. Det er en forutsetning at samarbeidet mellom praktikerne og forskeren er basert på dialog og likeverdighet. Sjøvolls materiale viser at hvis forskeren ikke ”legger av seg” den distanserte forskerrollen, reduseres mulighetene for en vellykket prosess i aksjonsforskningsprosjektet. Praktikerne vil reagere med avstandstaken hvis forskeren ikke signaliserer likeverdighet i samarbeidet, i tillegg til et ekte engasjement for praksisfeltets perspektiver.

Forskeren kan også være en permanent ”insider” som ikke forlater feltet etter endt oppdrag. Hummelvoll (2003) skriver at det er svært få studier av denne typen, antagelig pga en generell skepsis mot å være så nær og dypt involvert i egen praksis, og samtidig ha den som forskningsarena.

Som det går fram av teksten over, er det sentral prosjektleder som innehar forskerrollen i dette prosjektet, i tillegg til å være lærer for en gruppe sykepleierstudenter i deres praksisstudier ved ett av praksissykehjemmene. Dette betyr at forskeren i dette prosjektet **både** er en type ”insider”, og kommer utenfra.

Fordeler med å forske i eget fagfelt er at forskeren allerede er en deltaker, kjenner kulturen i fagfeltet, vet hvordan systemet fungerer, kjenner språket, og vet noe om ”hvor skoen trykker”. Ulemper er knyttet til faren for å være for nær, slik at man tar ting for gitt, tror at man kjenner svarene, og dermed ikke går dypt nok inn i granskningen for eksempel ved å unnlate å utsette sin tenkning for alternativer (Hummelvoll 2003).

Dilemmaer for aksjonsforskeren kan også være knyttet til dokumentasjon og rapportering av forskningen. Å rapportere ny kunnskap er en integrert del av all forskningsvirksomhet, og flere forfattere understreker at aksjonsforskning må vurderes etter de kriterier som anvendes ved vurdering av forskning i alminnelighet. Aksjonsforskeren har imidlertid en forpliktelse til å gjøre forskningsresultatene tilgjengelige (i vid betydning) slik at andre kan lære av dem (Hummelvoll 2003). Blant annet gjennom å *følge* prosjektets gang; å *beskrive* og *dokumentere* det som skjer i løpet av prosessen. Jfr. hensikten med denne Midtveisrapporten (side 1).

Se også *Etiske overveielser* side 21.

Datasamling

Det vil gjennom hele prosessen være nødvendig å generere og samle inn nytt datamateriale, som fortløpende blir tilbakeført og kommer det pågående prosjektet til gode.

Deltakernes egne erfaringer er det viktigste vitensgrunnlag for prosessen. På bakgrunn av en forståelse om at kunnskapsdannelse skjer i dialoger, vil data bl.a. bli skapt underveis i prosjektperioden i ulike typer dialoger med deltakerne, for eksempel i nettverksgruppemøtene (jfr. side 15). Dialogkonferanser og fokusgrupper er vanlig brukte metoder i forbindelse med aksjonsforskning (Hummelvoll 2003).

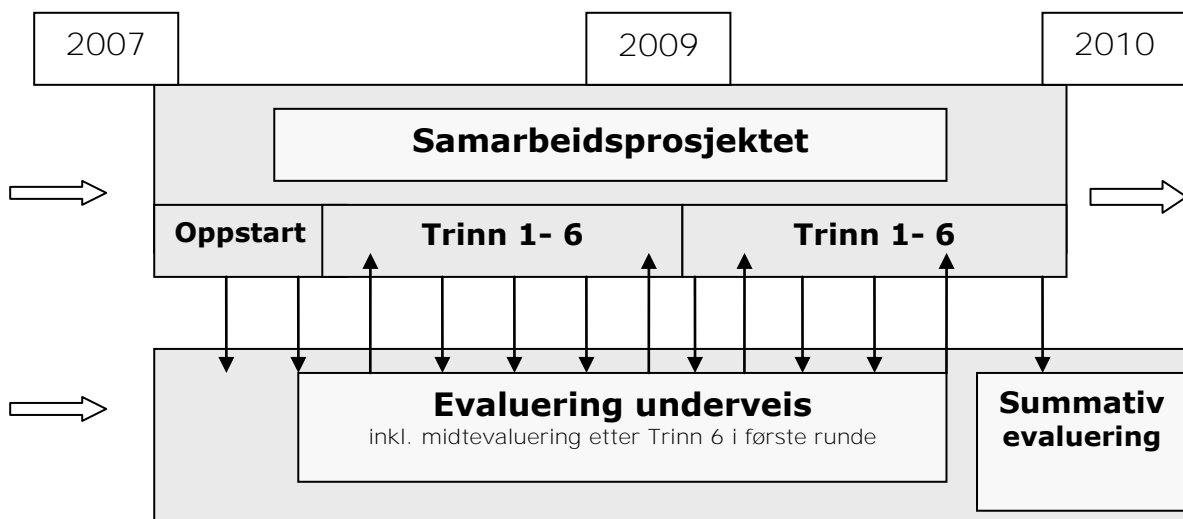
Fordi forskningen også handler om å dokumentere utviklingsprosessene underveis, må datamateriale samles systematisk over tid. Dokumentasjon skal gi et grundig bilde av det arbeidet som gjøres, konsekvensene av det, og hva man kan lære av det.

Høie (2005) skriver at en planmessig innsamling av materiale kan skje for eksempel gjennom dagbøker, logger, fortellinger, møtereferater, bilder, video, statusrapporter, milepælsplaner, refleksjonsnotater, observasjon, intervjuer og spørreskjema, og gjerne en kombinasjon av flere/ *metodetriangulering*. Det vil være mange relevante kilder og det kan være behov for både kvantitative og kvalitative data.

Plan for evalueringen i dette prosjektet

Som tidligere skrevet er det sentral prosjektleder som har hovedansvar for evalueringen og dokumentasjonen underveis i Samarbeidsprosjektet.

Figur 6 viser en grovplan for evalueringen:



Figur 6: Grovplan for evalueringen av Samarbeidsprosjektet

Evalueringstiltak vil bygges inn underveis i aksjonsforskningsprosessen, dvs. *evaluering som endringsstøtte* (= formativ evaluering), og som *resultatevaluering* (dvs. summativ evaluering) mot slutten av aksjonsforskningsprosessen.

Evalueringsarbeidet ivaretas gjennom alle de forutgående fasene, selv om evalueringen fullføres i prosjektets avslutningsfase (Sjøvoll 2006).

Som det går fram av figur 6, forrige side, bygges evalueringstiltak inn underveis i prosessen, og etter Trinn 6 i første runde inngår en midtveisevaluering i dette.

Hensikten med denne evalueringen, er som det går fram av teksten tidligere, at den skal kunne *påvirke* prosjektet midtveis i prosjektperioden (jfr. *evaluering som endringsstøtte*), men også at den skal kunne *følge* prosjektets gang, bl.a. gjennom denne rapporten, som har som hensikt å *beskrive*, og å *dokumentere* det som har skjedd i løpet av prosjektet, så langt.

Denne midtveisrapporten bygger derfor på datamaterialet som systematisk og fortløpende er generert og samlet inn gjennom prosessen så langt; dvs. planer/ delplaner, møtereferat, korrespondanse med de lokale prosjektlederne og nettverksgruppemedlemmene pr. e-post, sammenfatninger/notater, deltakernes loggnotater og egen forsknings/prosesslogg. Dette materialet kan omtales som *prosessdata*.

I tillegg ble det midtveis i prosjektperioden gjennomført spesifikke evalueringer blant nettverksgruppemedlemmene i sør- og midtfylket, og blant sykepleierstudentene i Kull 120 som hadde sine praktiske studier ved sykehjemmene i løpet av våren 2009.

I det følgende vil det kort bli gjort rede for framgangsmåten for disse evalueringene:

Midtveisevaluering blant nettverksgruppemedlemmene

Gjennom hele prosjektperioden er deltakerne i nettverksgruppene blitt oppfordret til å skrive egen logg (se vedlegg 3). I forbindelse med Trinn 6 i første runde ble det i tillegg utarbeidet et **egenrapporteringskjema** (se vedlegg 4) som nettverksgruppemedlemmene fikk tilsendt pr. e-post i forkant av en **dialogkonferanse** (dvs. en felles oppsummerings/ evaluerings/ inspirasjonsdag), som ble gjennomført for alle nettverksgruppemedlemmene både i sør- og midtfylket, en hel dag i juni 2009. Utgangspunktet for denne konferansen var egenrapporteringskjemaene, og en hensikt var også å dele erfaringer, og å støtte og utfordre hverandre så langt i prosjektet. Nettverksgruppemedlemmene fullførte utfyllingen av egenrapporteringskjemaene, og oversendte dem til sentral prosjektleder, i etterkant av konferansen.

Datamaterialet fra denne evalueringen består av de utfylte egenrapporteringskjemaene fra deltakerne i gruppa. I tillegg ble det skrevet referat fra dialogkonferansen, samt at samtalene ble tatt opp på bånd (Mp3-spiller). Materialet presenteres under overskriften *Presentasjon av data fra midtveisevalueringene* i neste kapittel, f.o.m. side 26.

Bidrag fra sykepleierstudentene midtveis

Som en del av **studentoppgaven** (vedlegg 5) knyttet til praksisstudier 2.semester, sammenfattet studentene våren 2009 sine praksiserfaringer med aktuell teoretisk kunnskap, og kom med en konkret anbefaling som bidrag til å identifisere aktuelle utviklingsområder ved sitt praksissykehjem. Disse skriftlige anbefalingene ble samlet av sentral prosjektleder, og oversendt nettverksmedlemmene ved det aktuelle sykehjem til videre innspill i neste runde.

I tillegg ble det gjennomført en **spørreundersøkelse** på Fronter blant de aktuelle studentene i Kull 120. Ved å bruke spørreskjema ble det mulig å nå fram til og skaffe til veie data fra hele denne gruppen. Med utgangspunkt i et tidligere utarbeidet spørreskjema for studenter som deltar i praksisprosjekt ved Høgskolen i Hedmark, og i dette prosjektets overordnede hensikt og delmål, ble det utarbeidet et strukturert spørreskjema med lukkede spørsmål med avkrysningsalternativer og åpne spørsmål med plass for kommentarer (vedlegg 6).

Spørreskjemaet ble lagt ut på det elektroniske klasserommet Fronter ved praksisperiodens slutt (dvs. like før sommerferien 2009). Spørreundersøkelsen ble introdusert og informert

skriftlig om både på Fronter, og gjennom personlig SMS til de aktuelle studentene (vedlegg 7). Data fra spørreundersøkelsen blant studentene presenteres f.o.m. side 29, i neste kapittel.

Bearbeiding og analyse av datamaterialet midtveis

Som det går fram av framstillingen ovenfor, utgjøres **evalueringsmaterialet** (= datamaterialet for analyse) for denne midtveisrapporten av datamaterialet som er samlet inn underveis i prosessen så langt (= **prosessdata**), og i tillegg; **materiale fra midtveisevalueringene** blant nettverksgruppemedlemmene og bidragene fra sykepleierstudentene midtveis.

Data midtveis i prosjektperioden består av en omfattende mengde skriftlig materiale. Det har derfor vært nødvendig å ordne datamaterialet på en måte som gir oversikt og grunnlag for innsikt:

Det innsamlede materiale med prosessdata, som består av ulike dokumenter: planer/delplaner, møtereferat, korrespondanse, sammenfatninger/notater, ulike loggnotater osv., er gjennom prosjektperioden samlet og ordnet kronologisk.

Kjernen i aksjonsforskningsprosessen ligger i å tolke og å skape mening av data, gjennom å tilrettelegge for systematisk erfaringsbasert granskning / refleksjon sammen med deltakerne, underveis i prosessen. På denne måten kan man si at (deler av) datamaterialet er analysert gjennom prosessen. Gjennom denne sykliske prosessen er handlingene / aksjonene tilpasset de erfaringene som ble gjort underveis. Jfr. figur 3 side 13.

Hensikten med datagenereringen underveis i aksjonsforskningsprosessen er som det fremgår tidligere også å følge endringsprosesser, og å dokumentere utviklingsprosessene underveis slik at andre kan lære av dem.

Etter kvalitativ tilnærming til, og ytterligere bearbeiding av datamaterialet; gjennom datareduksjon og ”fortetting av mening” (etter Kvale 2002) er en sammenfattet versjon av dataene utarbeidet. En slik fortettet sammenfatning av det innsamlede datamaterialet fra prosessen presenteres under overskriften *Beskrivelse av arbeidsprosessen så langt* i neste kapittel.

Datamaterialet fra midtveisevalueringene består av de utfylte egenrapporterings skjemaene fra nettverksmedlemmene, skriftlig referat fra dialogkonferansen, lydfil på Mp3-spiller, i tillegg: skriftlige anbefalinger gjennom studentoppgavene, materialet fra spørreundersøkelsen blant studentene.

En kvalitativ tilnærming er anvendt også i møte med dette datamaterialet.

I hovedsak er forenklet innholdsanalyse etter Kvale (2002) benyttet:

- 1) Alle svar/ alt materiale ble gjennomlest for å skaffe seg et første hovedinntrykk
- 2) Alle svar/ alt materiale ble listet opp / skrevet inn i et dokument under hvert spørsmål/ tema.
- 3) Svarene som omhandlet det samme tema ble gruppert (kategorisert)
- 4) Hovedkategorier ble dannet ut fra temaene/ meningsinnholdet

For analyse av kvantitative data (blant annet fra spørreundersøkelsen blant studentene) ble det brukt en enkel deskriptiv framgangsmåte. Data ble manuelt kategorisert, og tallmaterialet blir i denne rapporten framstilt ved hjelp av tekst.

I og med at Samarbeidsprosjektet fortsetter en runde til (jfr. figur 6 side 18), vil materialet fra midtveisevalueringene inngå som *prosessdata* videre i prosjektet dvs. fram mot den summative evalueringen. Av denne grunn vil materialet fra midtveisevalueringene framstilles nært opp til rådata i denne rapporten. Materialet presenteres under overskriften *Presentasjon av data fra midtveisevalueringene* i neste kapittel.

Etiske overveielser

Mathiesen (1973) skriver at også aksjonsforskningen – og kanskje særlig aksjonsforskningen – er en kontinuerlig moralsk virksomhet der moralske valg stadig må trekkes.

Det som kjennetegner et aksjonsforskningsprosjekt er at man ikke kjenner konsekvensene på forhånd; veien blir til mens man går. Dette innebærer at forskeren hele tiden må være bevisst og reflektert. I dette inngår bl.a. at forskeren må klargjøre sin forforståelse, eget mandat og egen posisjon i forholdet til feltet. Se også *Forskerrollen i aksjonsforskningsprosjekt* side 17.

Å få samtykke av de involverte, legge opp forpliktende samarbeidsformer, og vurdere behov for anonymitet, er også sentrale oppgaver for forskeren.

Kravet om informert og frivillig samtykke fra forsøkspersoner som deltar i forskningsprosjekter er i dag nærmest ufravikelig, og innebærer at den som går med på å delta i et forskningsprosjekt skal gjøre dette på frivillig grunnlag på bakgrunn av tilstrekkelig informasjon (Fagermoen 2003). I Samarbeidsprosjektet ble slik informasjon gitt muntlig ved oppstarten, og ved etableringen av nettverksgruppene. Ved innsamling av data midtveis ble informasjon også gitt skriftlig (se bl.a. 1.side av vedlegg 4, og vedlegg 7).

Konfidensialitet medfører at man ikke offentliggjør personlige data som kan avsløre deltakernes identitet. Av denne grunn blir det for eksempel ikke brukt navn på sykehjemmene ved presentasjonen av det som skjedde underveis i prosessen, selv om praksissykehjemmene navngis innledningsvis i denne rapporten.

I forbindelse med studentenes bidrag inn i prosjektet bl.a. gjennom studentoppgaven, ble komitèsekretær/ rådgiver Julianne Krohn-Hansen, REK⁵ Sør B, kontaktet. I sitt svar i mail av 3.desember 2008 går det fram at forespørselen er framlagt komiteens leder Tor Norseth som er av den oppfatning at prosjektet ikke ansees som medisinsk eller helsefaglig forskningsprosjekt, men som et kvalitetsforbedrende prosjekt som også har undervisningsformål. Leder er derfor av den oppfatning at dette prosjektet faller utenfor komiteens mandat for fremleggelsesplikt.

⁵ REK= Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

BESKRIVELSE OG PRESENTASJON AV DATA MIDTVEIS I PROSESSEN

Dette kapitlet består av to hoveddeler:

I første del er hovedfokuset gjennomføringen av Samarbeidsprosjektet. Denne presentasjonen over prosjektets gang fram til midtevalueringen, bygger på det innsamlede datamaterialet fra prosessen, og er dermed en *beskrivelse av arbeidsprosessen så langt*, dvs. av hva som skjedde kronologisk i tid gjennom prosjektperiodens første runde.

I den andre delen *presenteres datamaterialet fra midtveisevalueringene*, dvs. materialet fra evalueringen blant nettverksmedlemmene og blant sykepleierstudentene midtveis i prosjektet.

Fordi Samarbeidsprosjektet fortsetter en runde til (jfr. figur 6 side 18) inngår materialet fra evalueringene midtveis som prosessdata videre i prosjektet. Av denne grunn framstilles materialet fra midtveisevalueringene nært opp til rådata i denne rapporten, og omtales som *data* i stedet for *funn* eller *resultat*.

Beskrivelse av arbeidsprosessen så langt

Under denne delen presenteres en sammenfatning av det som skjedde, kronologisk i tid, trinn for trinn gjennom Samarbeidsprosjektets første runde.

Oppstart / etablering (vinteren 2007/2008)

Som videreføring av et samarbeidsprosjekt om fagutvikling i klinisk sykepleie (se vedlegg 1) ble sykepleieledelsen først ved de tre praksissykehjemmene i Sørfylket, og senere tre praksissykehjem i Midtfylket, kontaktet, og (2-3) sykepleiere fra hvert sykehjem invitert til å delta i sykepleienettverket.

Ut over vinteren 2007/2008 ble sykepleiernettverket, bestående av to nettverksgrupper etablert:

- En gruppe i sør-fylket bestående av sykepleiere fra Sør-Odal alders- og sykehjem, Roverudhjemmet, Grue alders- og sykehjem⁶.
- En gruppe i midtfylket bestående av i hovedsak sykepleiere fra Ryslingmoen, Moen sykehjem, Stange sykehjem⁷.

⁶ Eidskog alders- og sykehjem har i løpet av perioden erstattet Grue alders- og sykehjem.

⁷ Moen og Stange sykehjem inngår i Undervisningssykehjemsprosjektet Hedmark

Etter denne **oppstarts / etableringsfasen** gjennom vinteren 2007/2008 der sykepleiernettverket ble etablert med to nettverksgrupper; hver med sin lokale prosjektleder, i tillegg til en sentral prosjektleder⁸, utgjøres **prosjektets grovplan / framdriftsplan** videre av trinnene i KBP (jfr. figur 4, side 14):

Trinn 1: Identifisering av utviklingsområde (vinteren/våren 2008)

Dette trinnet utgjøres av de første to fasene i KBP: refleksjon i fagutøvelsen: erkjenne og identifisere informasjonsbehov, og ut fra dette; formulere spørsmål (jfr. figur 4, side 14).

Etter innledende lokale etableringsmøter, møttes de to nettverksgruppene til et sentralt nettverksmøte på Elverum. Fokus for dette møtet var planlegging av veien videre, med utgangspunkt i temaet *kunnskapsbasert praksis*, inkludert grunnleggende opplæring i datasøkning (ca 3 timer, ved bibliotekar, ved Høgskolens lokaler, Elverum).

Videre utover våren 2008 var intensjonen at sykepleierne fra nettverket skulle involvere ansatte på sine sykehjem (i avdelingsmøter m.v.) med å kritisk granske egen praksis, for å identifisere aktuelle utviklingsområder innen området mat, måltider og ernæring.

For å ivareta brukerperspektivet ønsket man også å involvere bl.a. pårørende i dette.

Som en del av studentoppgaven knyttet til praksisstudier 2.semester, sammenfattet studentene sine praksiserfaringer med aktuell teoretisk kunnskap, og kom med en konkret anbefaling som bidrag til å identifisere aktuelle utviklingsområder ved sitt praksissykehjem.

Ved noen praksissykehjem bidro studentene også gjennom et lokalt utarbeidet observasjonsskjema til dette.

Det ble i løpet av dette trinnet gjennomført flere lokale nettverksmøter. Nettverksgruppa i Sør-fylket var også på besøk ved et av sykehjemmene i Midt fylket som inngår i Undervisningssykehjemsprosjektet Hedmark.

I løpet av sommeren 2008 bestemte de ulike sykehjem/ avdelinger hvilket spesifikke område innen mat, måltider og ernæring de ønsket å arbeide videre med.

Eksempler på forslag til utviklingsområder:

Hva kan vi gjøre for å øke de eldres /våre pasienters trivsel rundt måltidet?

Hva kan vi gjøre for å skape ro, kos og økt matlyst for pasientene i vår avdeling?

Hva skal til for å skape ro, kos og økt matlyst? Og vil det bidra til bedret ernæringstilstand for den enkelte? Kan tiltak for hygge /kos rundt bordet bidra til økt vekt /trivsel hos pasientene? Vil det bli vektøkning ved mer hygge /kos rundt bordet?

Hvorfor er sykehjempasienten ofte underernært? Hvor mye næring trenger eldre?

Hvordan virker sammensetningen av pasienter rundt bordet, inn på matlyst/ernæring? Hva gjør skjerming ved matsituasjonen for pasientene?

Kan et mellommåltid med frukt og grønt påvirke vekten (BMI)?

Hvordan kan vi tilrettelegge for at våre pasienter får i seg nok væske?

⁸ Se Vedlegg 1: Prosjektorganisering

Trinn 2: Hva sier forskningen? Hva er den beste tilgjengelige kunnskap? (sommeren/høsten 2008):

Dette trinnet utgjøres av de to fasene i KBP som handler om å formulere spørsmål og å søke etter litteratur (jfr. figur 4, side 14).

I lokale nettverksmøter ble det satt mer fokus på prinsippene for KBP som arbeidsprosess, bl.a. gjennom å benytte boka til Nortvedt m.fl. (2007) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere* som en arbeidsbok. Alle deltakerne i nettverket fikk sitt eksemplar av denne. I tillegg ble nettkurset som er utviklet i samarbeid mellom Høgskolen i Bergen, Senter for kunnskapsbasert praksis og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten benyttet⁹

Det ble også gjennomført to spesifikke søkedager; en i Midtfylket og en i Sørfylket med bibliotekar fra Høgskolen i til stede.

Ut i fra sitt sykehjem/sykehjemsavdelings valgte utviklingsområde, jobbet medlemmene i nettverksgruppene i noen uker ut over høsten, videre med å søke etter, og senere lese og analysere relevant forskning og annen oppdatert teoretisk kunnskap, knyttet til problematikken rundt sitt valgte utviklingsområde.

Som det går fram under overskriften *Data fra Midtveisevalueringen blant nettverksmedlemmene* (side 27) var det bare 3 av respondentene som fant *forskningsartikler* som de mente var relevante for sin avdelings utviklingsområde i denne omgang. Alle respondentene krysset imidlertid av for at de fant *fagartikler* og *annen relevant faglig kunnskap* som var relevante for avdelingens utviklingsområde. Som et resultat av dette arbeidet ble det bl.a. utarbeidet en liste over det som ble omtalt som *bakgrunns litteratur*. Se vedlegg 8.

Trinn 3: Sammenfatning og presentasjon av resultater og Trinn 4: Beslutninger (høsten 2008)

Disse trinnene utgjøres av de to fasene i KBP som handler om å kritisk vurdere forskningsbasert kunnskap og å vurdere kunnskapen opp mot erfaringer, verdier og preferanser (jfr. figur 4, side 14):

Ut over høsten jobbet deltagerne i nettverksgruppene videre med å utveksle, sammenfatte og granske den oppdaterte teoretisk kunnskap, som de fant i trinn 2 mht hva som er beste sykepleie i forhold til de(t) valgte utviklingsområde(t)ne.

Intensjonen var videre at deltagerne i nettverksgruppene skulle presentere resultatene fra dette arbeidet ved avdelingsmøter o.l. ved de respektive sykehjemsavdelinger, og at avdelingene så besluttet hvordan de videre skulle gå fram for å utvikle sykepleietjenesten innenfor det utvalgte området.

I denne fasen med planlegging av endringsarbeidet ble det også bestemt å bruke økonomiske midler tildelt Samarbeidsprosjektet fra Undervisningssykehjemmet i Hedmark for 2008, til å gjennomføre lokale Fagdager ved de ulike sykehjemmene ved ernæringsfysiolog Laila Dufseth.

⁹ Dette nettkurset er tilgjengelig [30.04.09] på: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/index.php?action=static&id=156>

Trinn 5: Implementering/ Gjennomføring av endringsarbeidet (vinteren/våren 2009):

Dette trinnet utgjøres av fasen i KBP som handler om å sette tiltak ut i praksis (jfr. figur 4, side 14).

Oversikten i **vedlegg 11 viser eksempler på tiltak** som ble satt ut i praksis, og **konkrete resultater** av det som skjedde ved de ulike sykehjem/ sykehjemsavdelinger ut over vinteren/nyåret 2009 – se også neste side. Sykepleierstudenter fra Kull 120 bidro i denne fasen også med ulike tiltak i løpet av sine praksisstudier ved de ulike sykehjemmene. Se oversikten vedlegg 12 som viser eksempler på konkrete tiltak som studentene bidro med i løpet av sine praksisstudier ved de ulike sykehjemmene, bl.a. i den såkalte ”Livsgledeuka”.

Som bidrag til fortsatt refleksjon over egen praksis, og spesielt for å engasjere hjelpepleiergruppa, ble en brosjyre fra Søbstad helsehus delt ut til personalgruppene. Se vedlegg 9. I denne perioden ble det også gjennomført lokale Fagdager ved ernæringsfysiolog Laila Dufseth, knyttet spesielt opp mot de(t) valgte utviklingsområde(t)ne ved noen av sykehjemmene.

Flere av medlemmene i nettverksgruppa i Midt fylket deltok på kurs relatert til kunnskapsbasert praksis og ernæring, og lokal prosjektleder i Sør-fylket deltok, sammen med sentral prosjektleder ved videreutdanningen Kunnskapsbasert praksis i helsetjenesten, Høgskolen i Akershus.

Trinn 6: Evaluering/ oppsummering (våren 2009):

Dette trinnet utgjøres av den siste og første fasen i KBP som handler om refleksjon i fagutøvelsen: dvs. at endringsarbeidet etterfølges av en evaluering av ny praksis, og der man igjen erkjenner og identifiserer informasjonsbehov (jfr. figur 4, side 14).

Som det går fram av grovplanen for evalueringen av Samarbeidsprosjektet (se figur 6, side 18), var intensjonen å gjennomføre en midtevaluering etter Trinn 6 i første runde av prosjektet, dvs. våren 2009. Samtidig er planen videre at Samarbeidsprosjektet vil fortsette i en ny runde, fram til våren 2010, ut fra prosessen i KBP (jfr. Trinn 1- 6, figur 4 og 5, side 14 og 15) dvs. at nettverksgruppene består, og at nye utviklingsområder innen mat, måltider og ernæring velges ut for granskning.

Presentasjon av data fra midtveiseevalueringene

Som det går fram under overskriften *Plan for evalueringen* side 19 i denne rapporten ble det midtveis i prosjektperioden gjennomført spesifikke evalueringer blant nettverksgruppemedlemmene i sør- og midtfylket, og blant sykepleierstudentene i Kull 120 som hadde sine praktiske studier ved sykehjemmene i løpet av våren 2009.

Datamaterialet fra midtveiseevalueringen blant nettverksmedlemmene er **referat** fra Dialogkonferansen som ble gjennomført for alle medlemmene av nettverksgruppene, inkludert de lokale prosjektlederne i Sør- og Midtfylket, i juni 2009. Hensikten med denne oppsummerings/ evaluerings/ inspirasjonsdagen var både å fange opplevelser og erfaringer, og mer konkrete resultater og utfordringer i Samarbeidsprosjektet så langt.

13 utfylte egenrapporterings skjema (se vedlegg 4) inngår også i dette datamaterialet.

Totalt deltok 13 nettverksmedlemmer på Dialogkonferansen (to av nettverksmedlemmene var forhindret fra å delta), og 13 utfylte egenrapporterings skjema ble oversendt sentral prosjektleder i etterkant av konferansen (de to nettverksmedlemmene som ikke deltok ved Dialogkonferansen, var blant dem som leverte sitt egenrapporterings skjema).

Like før sommerferien 2009 ble det også gjennomført en spørreundersøkelse blant studentene i Kull 120 som hadde hatt sine praksisstudier ved de aktuelle sykehjemmene knyttet til Samarbeidsprosjektet. Spørreskjemaet (vedlegg 6) ble lagt ut på det elektroniske klasserommet Fronter ved praksisperiodens slutt.

Datamaterialet fra midtveiseevalueringen blant sykepleierstudentene består av **33 utfylte svarskjemaer** fra denne spørreundersøkelsen (av totalt 72 studenter). Dette utgjør en total svarprosent på 46 %.

I det følgende presenteres først funn fra datamaterialet midtveis, når det gjelder de konkrete resultater knyttet til Samarbeidsprosjektets overordnede målsetting.

Videre vil data fra midtveiseevalueringen blant nettverksmedlemmene, og fra spørreundersøkelsen blant sykepleierstudentene presenteres hver for seg.

Til slutt følger data fra midtveiseevalueringene samlet når det gjelder veien videre i prosjektet.

Konkrete resultater

Under overskriften *Trinn 5* forrige side, går det fram at oversiktene i **vedlegg 11 og vedlegg 12** viser **eksempler på tiltak** som ble satt ut i praksis, og representerer dermed eksempler på **konkrete resultater** av det som har skjedd ved de ulike sykehjem/ sykehjemsavdelinger i løpet av Samarbeidsprosjektets første runde.

Gjennom oversiktene i vedlegg 11 og 12, går det bl.a. fram at det ved alle sykehjemmene ble iverksatt ulike tiltak for å skape mer ro under måltidene, for eksempel at man ble mer bevisst på bordplassering, skjerming, økt bevissthet på organisering, og personalets rolle og egen adferd under måltidene, måltidene tar lengre tid osv. Flere avdelinger skaffet langbord, og innførte bordkort og faste plasser ved bordet. Man er også blitt mer bevisst på pynt av bordet, matbrett og traller; duker, lysestaker, friske blomster osv. Et av sykehjemmene innførte

tøyservietter i stedet for ”smekker”. Flere skiller tydeligere på hverdag og helg bl.a. ved å bruke hvite duker og stetteglass i helgene.

Det går også fram at ved de fleste avdelinger har pasientene fått større valgfrihet under måltidene, spesielt ved frokosten, og at flere har fått anledning til å delta mer aktivt under måltidet, for eksempel ved å forsyne seg, og smøre brødmaten selv. Ved et sykehjem ble det innført frokostbuffet. Flere har innført egne bakedager i avdelingene.

Ved alle sykehjemmene er det innført flere mellommåltider, og pasientene får oftere tilbud om drikke, og mer frukt og grønt enn tidligere. Bl.a. tilbys smoothie til pasientene.

.... Til å begynne med ville bare to av pasientene ha, men nå vil alle!

Videre i denne presentasjonen vil data fra midtveisevalueringen blant nettverksmedlemmene, og fra spørreundersøkelsen blant sykepleierstudentene presenteres hver for seg.

Data fra midtevalueringen blant nettverksmedlemmene

Av materialet fra **egenrapporterings skjemaene** går det fram at blant de 13 respondentene, har 6 deltatt fra prosjektstart, mens de øvrige har kommet til i løpet av prosjektperioden; 4 fra våren/sommeren/høsten 2008, og 3 fra nyttår 2009.

12 av respondentene (dvs. 92 %) svarte at de i svært (61%) eller ganske høy grad (30%) er motivert for (*fortsatt*) deltagelse i nettverket.

I kommentarene går det fram at nettverksmedlemmene opplever at det er spennende å være med å utvikle egen arbeidsplass, at det er interessant å lære å jobbe kunnskapsbasert og at de ser konkrete resultater gjennom at personalet blir mer bevisst, og at pasientene får bedre sykepleie.

.... Jeg synes prosjektet er spennende og engasjerende, spesielt når jeg ser at det er mulig å få med seg personalet og at endringer skjer. Pasientene får et bedre tilbud

.... Jeg synes også det er veldig lærerikt for min egen del. Det er spennende gjennom at jeg får faglige utfordringer. Jeg må tenke litt nytt for å få med meg personalet, få i gang gode faglige diskusjoner og kritisk vurdere egne rutiner og ikke minst holdninger

..... Det er interessant å søke ny kunnskap, og å dele erfaringer og ideer med andre.

Respondenter fra to ulike sykehjemsavdelinger kommer inn på at det er vanskelig fordi avdeling de jobber ved, ikke har sykepleierstudenter i praksis. En annen skriver at hun har overlatt sin plass i prosjektet til en annen på sykehjemmet pga stor arbeidsbelastning.

Av respondentene mener 10 (dvs. 77 %) at målene for prosjektet så langt, i ganske høy grad er oppnådd.

Nettverksmedlemmenes oppfatninger om prosjektets bidrag så langt

Bare respondenter fra to av sykehjemmene mener at prosjektet så langt, har bidratt til å øke sykepleietjenesten ved sin avdeling sin kompetanse i å kritisk granske egen virksomhet.

Tross dette mener alle (100 %) at prosjektet i svært høy eller høy grad har bidratt til å øke kvaliteten på sykepleien til pasientene innenfor området mat, måltider og ernæring.

Jfr. også at 10 av nettverksmedlemmene mener at målene for prosjektet i ganske høy grad er oppnådd så langt.

Nettverksmedlemmenes oppfatninger om forankring av prosjektet

7 av respondentene (dvs. 54 %) ved fire ulike sykehjem opplever at prosjektet i svært (2/ 15 %) eller ganske høy grad (5/ 38 %) er forankret i avdelingen / ved sykehjemmet. De som svarer dette opplever også at nærmeste leder er direkte involvert i prosjektet. Det framgår at disse respondentene også opplever at de øvrige ansatte virker motiverte og positive til prosjektet.

....*Vi har jobbet mye med ernæring og miljø på avdelingen det siste halve året. Vi har fått til mange forandringer, mye positivt har skjedd.*

....*Vi ser endringer i holdninger blant personalet – vi er blitt mer bevisste på ernæring.*

Likevel er det ikke lett å engasjere alle.

Flere gir kommentarer knyttet til de øvrige ansattes engasjement i prosjektet:

....*Noen er veldig engasjerte og noen lite. Har kanskje noe med stillingsstørrelsen de jobber i?*

....*Her varierer det sterkt. Det har alt å si hvordan medlemmene i prosjektet formidler.*

...*Det er viktig å ha medlemmer i prosjektet som er engasjert og som ønsker å gjøre en forandring.*

Vi vil prøve å få med flere i neste runde.

Flere av respondentene kommer inn på betydningen av forankring i ledelsen. Et nettverksmedlem skriver at hun muligens ikke har vært så flink til å «dra» leder godt nok inn i prosjektet.

En annen viser til det at det ikke var sykepleiestudenter på hennes avdeling som et eksempel på at prosjektet ikke er godt nok forankret.

Nettverksmedlemmenes oppfatninger om prosjektets metoder

Nesten alle (11/ 85 %) mener at **prinsippene for kunnskapsbasert praksis** i svært høy eller høy grad egner seg som metode for fagutvikling, og at prosjektet har økt deres forståelse for betydningen av forskningsbasert sykepleie.

9 av respondentene mener at kunnskap fra forskning i svært høy grad er nyttig for kvaliteten på tjenesten/praksis. De øvrige respondenter svarer *til en viss grad* på dette spørsmålet.

....*Det er viktig at vi ikke bare ”synser” og mener ting, vi må ha fakta!*

....*Det er tungt å få med seg alle på denne tenkningen. Enkelte lever i den tiden de selv gikk på sykepleierskolen.*

Det går også fram av materialet at respondentene som gjennom prosjektet deltok ved opplæringen med bibliotekar fra skolen, mener at de i svært høy eller høy grad kan finne fram til nyttig faglig kunnskap gjennom internett.

...*Jeg lærte mange gode tips om søkemotorer og om helsebiblioteket.*

9 av respondentene svarer at de har søkt i en medisinsk eller sykepleiefaglig database mer enn 15 ganger, og at de opplever at de i ganske høy grad kan vurdere kritisk den informasjonen og de informasjonskildene de finner gjennom internett.

Tross dette var det bare 3 av respondentene som fant forskningsartikler som var relevante for avdelingens utviklingsområde i 1.runde. Som svar på hva de tror var grunnen til at de ikke fant relevante forskningsartikler, angir de at dette har med egne søkeferdigheter å gjøre:

Lite konkret tema, Litt vanskelig å finne gode søkeord, Brukte ikke riktige søkeord, eller var på rett søkemotor. Kunne ha brukt mer tid på søking og blitt flinkere.

Alle respondenter har krysset av for at de fant fagartikler/annen relevant faglig kunnskap som var relevante for avdelingens utviklingsområde.

Nesten alle (12/ 92 %) mener at etablering av, og arbeid gjennom et **sykepleienettverk** i svært høy eller høy grad egner seg som en metode for fagutvikling på sykehjem.

I kommentarene går det fram at de mener det er verdifullt å utveksle erfaringer:

....*Det er viktig å utveksle erfaringer med andre sykehjem. Man får støtte, og positiv «feedback»*

noe som igjen fører til økt engasjement, tiltak og arbeidslyst - som man igjen tar med seg videre til sin avdeling/ sykehjem. Det er flott å få innspill fra andre sykehjem, og ”stjele” alle gode tiltak

....*Det bidrar til å heve kvaliteten, som kommer beboerne til gode.*

Nettverksmedlemmenes oppfatninger knyttet til sykepleierstudentene

Respondentene har ulike oppfatninger i forhold til i hvilken grad sykepleierstudentene har **bidratt inn i prosjektet**. Fra 4 av sykehjemmene mener respondentene at studentene i svært høy eller høy grad har bidratt positivt inn. *Studentene hadde godt ernæringsfokus – og dette ”trigget” oss videre.* Flere henviser også til studentenes bidrag gjennom studentoppgaven: *Gjennom konkrete tiltak, og de endringer som studentene anbefaler til hvert sykehjem, så er dette veldig bra!*

En annen kommenterer: *Viktig med tilbakemeldingene vi har fått. Vi har tatt konsekvensen av noen av dem, og endret praksis ut fra dette.*

Fra et sykehjem kommenteres det at *det ikke var så stort fokus på prosjektet blant studentene i år.... Ikke integrert nok.*

Fra respondentene fra et par avdelinger kom det kommentarer som: *Vi hadde ikke studenter på vår avdeling denne gang.... Men vi fikk være med på noen tilstelninger i studentenes Livsgledeuke som var svært bra!*

8 av respondentene (62 %) mente at prosjektet i svært høy eller høy grad har bidratt til å **styrke sykepleierstudentenes praksisstudier**, bl.a. gjennom at *vi er i det hele tatt mer faglig bevisste. Ansatte på avdelingen er opptatt av ernæring De så at ansatte ble engasjerte og gikk inn for å sette i gang tiltak f.eks. i forhold til å forebygge underernæring..... Diskusjoner blant ansatte kom også i gang, noe som viste studentene at ansatte kritisk gransket egne rutiner.*

Et par av respondentene kom inn på at studentene fikk for lite informasjon om prosjektet fra praksis, at de var mest knyttet til det fra skolens side.

Data fra spørreundersøkelsen blant sykepleierstudentene

Som det går fram tidligere kom det inn 33 utfylte svarskjemaer (av totalt 72 studenter). Dette utgjør en total svarprosent på 46 %.

Fra studentene som hadde hatt sin praksisperiode ved de tre sykehjemmene i **Sør-fylket** kom det inn 15 utfylte skjema (av totalt 37 studenter). Dette utgjør en svarprosent på 41 %.

Fra studentene i **Midtfylket** kom det totalt inn 18 utfylte skjema (av totalt 35 studenter). Dette utgjør en svarprosent på 51 %.

I det følgende presenteres funn fra spørreundersøkelsen blant studentene fra Sør- og Midtfylket samlet:

Studentenes oppfatninger av informasjon om og motivasjon til å bidra i ernæringsprosjektet

Mer enn 60 % av respondentene mente at de i svært høy eller i ganske høy grad ble informert om og motivert til å bidra i ernæringsprosjektet. Flere av respondentene fra Midtfylket enn fra Sørfylket anga at de i ganske liten grad eller ikke i det hele tatt ble informert og motivert til å bidra.

Kommentarene som respondentene ga viser også at studentene har ulike erfaringer:

En del av kommentarene går i denne retningen*Vi ble godt informert synes jeg, både før og i praksis.... I forkant av praksis hadde vi gruppearbeid om eldre og ernæring, og vi hadde fokus på det under hele praksisperioden. ...Ernæringsprosjektet var det vi første vi ble informert om når vi hadde presentasjon av sykehjemmet! ...Vi fikk god informasjon om hva prosjektet gikk ut på, og hvem som var med... Vi hadde også en veldig engasjert leder for dette prosjektet på sykehjemmet, som viste interesse og fikk oss studenter til å komme med innspill.*

Andre kommenterer at:.... *Vi fikk liten informasjon om prosjektet. Det ble ikke opplyst fra veileder (lærer) før langt ut i praksisperioden. Daglig veileder visste ingenting om det. ...Vi fikk bare informasjon fra skolen, og at på grunnlag av dette, skulle vi skrive oppgaven vår.... Det ble nevnt på sykehjemmet at de var med, men ingen oppfølging, motivasjon eller videre informasjon om dette prosjektet. ...Fin informasjon i starten, men kunne tenkt meg litt mer oppfølging/støtte/samarbeid gjennom resten av praksisperioden også Det var lite snakk om det blant ansatte...*

Studentenes oppfatninger av de ansattes engasjement i ernæringsprosjektet

64 % av studentene mente de ansatte ved deres praksisavdeling i ganske liten grad var engasjert i ernæringsprosjektet. 12 % av respondentene har krysset av *på ikke i det hele tatt*.

Kommentarene fra studentene utdyper dette:

....Jeg vet at praksisstedet er med i prosjektet, men har ikke hørt de ansatte snakke så mye om dette. Opplevde det ikke som noe daglig fokus blant de ansatte....

.....Det virket ikke som de visste at de var med på dette, Ingen ved sykehjemmet snakket noe om prosjektet og gjorde ikke noe for det heller virket det som....

....det virket som at det ble satt i fokus først da vi hadde vært der noen uker, og at de var litt skeptiske til å prøve nye ting.Synes kunnskapen om ernæring er veldig dårlig blant mange. Burde vært kurset ordentlig, sånn at de forstår konsekvenser av det de gjør eller ikke gjør.

24 % (flest av disse i sør-fylket) mente at de ansatte ved deres praksisavdeling i ganske høy grad var engasjert i ernæringsprosjektet. Noen av kommentarene går derfor i en annen retning: *.... Evnen til å tenke nytt var en positiv opplevelse for oss studentene. Pleierne ved sykehjemmet turde å bevege seg utenfor "sikkerhetssonen", slik det har vært i alle år. De så ikke begrensningene, men mulighetene. De var på jobb for pasientene, og opptatt av at de skulle ha det på best mulig måte, også når det kom til ernæring*

..... Jeg så flere tiltak avdelingen hadde iverksatt i forbindelse med prosjektet.

....De arbeidet med å skape trivsel og hygge rundt måltidene, og at likestilte pasienter og de som kjenner hverandre får sitte sammen. Det var også lagt vekt på å pynte et pent bord og at maten er innbydende og velsmakende/næringsrik. Dette i samarbeid med kjøkkenet på sykehjemmet. Ro under måltidet var også viktig.

Studentenes opplevelse av å ha rollemodeller blant sykepleierne i praksis som aktivt og kritisk gransker egen virksomhet

Over 50 % av respondentene opplevde å ha rollemodeller blant sykepleierne i praksis som aktivt og kritisk gransker egen virksomhet. Kommentarene fra studentene utdyper dette:

....De jobbet hele tiden for å få ting bedre. Kunnskap ble det lagt veldig stor vekt på, og vi studenter lærte mye.... De var veldig flinke de var opptatt av kunnskap.

.... Sykepleierne tok ansvar ... De var villige til å prøve nye ting og forebygge

....Sykepleieren som var ansvarlig for prosjektet virket meget ivrig og engasjert.

5 % av respondentene svarte *vet ikke* på dette spørsmålet. De resterende krysset av for i ganske liten grad (18 %) eller ikke i det hele tatt (15 %).*.....Jeg følte ikke at sykepleiere gransket sin virksomhet i det hele tatt (bortsett fra sykepleier som informerte om prosjektet). Flere*

kommentarer går spesifikt på sykepleiernes fokus på ernæring:Noen sykepleiere var nøye på dette. Andre fokuserte lite på det....Jeg føler det var mye fokus på andre sykepleieoppgaver sånn at ernæring ble nedprioritert.

.....Sitter med et inntrykk av at fagarbeiderne var mer opptatt av ernæring enn sykepleierne.

.....Det var ingen interesse for det. Sammensetning av mat osv. var lagt opp til hovedkjøkkenet. Det var gamle matkort som ble brukt om igjen og om igjen og som ikke hadde vært oppdatert siden pasientene kom til sykehjemmet virket det som.

Studentenes opplevelse av om deres primærpasient generelt fikk ivaretatt sine behov innenfor området mat, måltider og ernæring

Over 65 % av studentene mente at deres primærpasient fikk ivaretatt sine generelle ernæringsbehov i svært høy eller ganske høy grad. Mange av studentenes kommentarer utdyper dette: ...*Min primærpasient hadde god matlyst, og spiste tilstrekkelig ut i fra sitt energibehov. Han ga uttrykk for når han var sulten og tørst, og deltok aktivt under måltidet.*

...*Vår pasient hadde perfekt BMI. Spiste og drakk bra. Likte maten som ble servert, og var flink til å spise det som ble servert.*

...*Pasienten selv ga uttrykk for at hun nå hadde det bra, etter lang tid med sykdom. Hun hadde kommet seg over all forventning. Fra å ikke spise, til å få sondeernæring, til å spise normalt igjen og legge på seg i vekt, slik at BMI'en hennes økte, og hun ikke lengre var undervektig.*

33 % av respondentene mente imidlertid at pasienten i ganske liten grad fikk ivaretatt sitt behov. Blant kommentarene fra studentene utdypes svaret:

.... *Min primærpasient fikk for så vidt ivaretatt de behovene han/hun hadde, men han var generelt lei mat, og det var lite mat som passet hans smak og ønsker.... Han fikk mat og drikke etter måltidene som var fastsatt på sykehjemmet, men han fikk ikke noe mer enn dette.*

...*Pasienten fikk ikke velge selv når han/hun ville ha mat. Det var liten valgfrihet innen middag, og det samme ble servert ganske ofte. ... Fikk ikke smøre maten selv. Fikk ikke nok drikke...*

.... *I det siste hadde primærpasienten spist svært lite, ingen tiltak hadde blitt satt i verk.*

....*Pasienten hadde store decubitus, og var sengeliggende og uttørret. I forhold til det jeg har lært, var det eneste tiltaket som var satt i gang i forhold til dette ernæringsmessig, en og annen proteindrikk. Men det var ingen rutine for det. Ikke noe frukt (det så jeg ingen få noen gang mens jeg jobbet der), for mye melkeprodukter, osv.Pas. jeg hadde, var svært overvektig - altså feilernært.*

Andre kommer inn på nødvendigheten av individuell oppfølging/ tilrettelegging:

.... *Jeg synes at det var lite fokus på enkeltpasienters behov.*

... *Når man fikk jobbe så tett med en pasient over tid, fikk jeg kartlagt og tilpasset et mattilbud som passet akkurat denne pasienten. Jeg føler at noen pleiere ikke tok hensyn til pasientens egne funksjoner. Varierende hvor godt behovet ble ivaretatt ut i fra hvem som hadde ansvaret akkurat den dagen.*

Enkelte studenter kommer i sine kommentarer også inn på utfordringer knyttet til ernæringsmessige behov ved ulike sykdommer:

.... *de hadde ikke tilrettelagt maten etter pasientens behov i forhold til tidligere sykdommer.*

.... *Det finnes jo mye forskning når det gjelder ernæring og f.eks. leddgikt og diabetes.*

Noen kommer inn på samarbeid med kjøkkenpersonalet:*det kunne vært mer fokus på å ha en god dialog med kjøkkenpersonalet slik at man kunne tilpasse mer mat etter hver enkelt pasients behov.*

I noen kommentarer hevdes det at*pasienten i mindre grad fikk ivaretatt sitt behov på kvelden for da var det mindre folk på jobb.*

Flere kommer også inn på at ... *De første måltidene var for tette, og så var det for lang tid mellom middag og kvelds, og kvelds og frokost.*

Studentenes oppfatninger av om sykepleierstudentene har bidratt positivt inn i ernæringsprosjektet

Nesten 70 % av respondentene mente at sykepleierstudentene har bidratt positivt inn i ernæringsprosjektet. I kommentarene går det fram at de mener en grunn til dette er at de *har mere tid*. Andre kommer inn på deres spesifikke fokus på ernæring gjennom studentoppgaven:

.... *Vi la mye vekt på forhold knyttet til ernæring rundt våre primærpasienter siden vi skulle skrive oppgave om det. Vi hadde mere tid til pasientene, og vi brukte den tiden godt.*

....Da vi var flere ble det mere ro rundt måltidet... Atmosfæren rundt et måltid er viktig, vi kunne bruke lenger tid på å hjelpe de som skulle mates da vi var flere....Vi har prøvd å skape en god matsituasjon og la beboerne få maten som de vil ha den, påsmurt eller smøre selv.

.... Gjorde hele tiden det lille ekstra. Vi prøvde ut nye ting. Var mange på jobb så vi hadde mulighet til både finne på aktiviteter og noe ekstra å spise. Nybakst og eks kakao lukter godt og øker matlysten.

....Det vi gjorde for eksempel i Livsgledeuka var veldig positivt og ble tatt godt imot.

En student skriver: Jeg tror at personalet var skeptiske til at vi prøvde ut nye ting, og var ikke alltid like positive til det. Tror at de uansett så at noe av det vi prøvde på var positivt, at noen av pasientene la på seg, fikk mer ro under måltidene osv.

Studentenes oppfatninger av om ernæringsprosjektet har bidratt til god læring og kvalitet på deres praksisstudier

70 % av respondentene mener at ernæringsprosjektet i svært høy eller ganske høy grad har bidratt til god læring og kvalitet på deres praksisstudier. Kommentarene fra studentene utdyper dette: Det er blitt satt fokus på ernæring, noe jeg har lært mye om i løpet av praksisperioden. Jeg ville mest sannsynlig ikke ha vært så observant på problematikken rundt ernæring hadde det ikke vært for dette prosjektet.

.... Jeg opplevde god læring også fordi dette ble fokusert i forhold til den skriftlige oppgaven.

.....Jeg opplever det slik fordi ernæring er veldig viktig uansett alder og diagnoser. God og riktig ernæring kan bidra til at pasienter blir bedre av sin sykdom, en bedring av allmenntilstanden. Med et ekstra fokus på ernæring i praksisperioden har bidratt til at jeg vil fortsette å se på dette som et viktig felt å passe på, sammen med alle andre behov og annen behandling.

....Jeg ser på ernæring som svært viktig i sykepleien, og har ikke sett på det på denne måten før.

Noen studenter kommer også inn på atJeg vet ikke om det handler om dette prosjektet, men jeg har fått mange nye kunnskaper om hva som er viktig og riktig kosthold for eldre, med forskjellige sykdommer og dårlig matlyst.

....Personlig er jeg mer fokusert på ernæring etter praksis, men dette har også med en teoridel i forkant å gjøre. Hvor særlig fokus ernæring i forhold til tilheling av sår, raskere rehabilitering etter sykdom generelt osv. var fint lagt opp fra skolens side.

Studentenes oppfatninger av betydningen for sykepleierstudenters læring og kompetanseutvikling å bidra inn i et pågående fagutviklings-/ forskningsprosjekt

Over 80 % av respondentene mener at det i svært høy eller ganske høy grad har betydning for sykepleierstudenters læring og kompetanseutvikling å bidra inn i fagutviklings-/ forskningsprosjekt. Kommentarene fra studentene utdyper grunnen til at de har svart slik:

....Dette er litt vanskelig å svare på, men jeg mener at det er kjempe positivt for lærings situasjonen. Spesielt hvis studentene kan komme med forslag til tiltak og forbedringer. Jeg tror kanskje at vi som kommer utenifra ser ting på en litt annen måte. På sykehjem har man kanskje ofte den innstillingen at sånn har vi gjort det i 20år og at det ikke er rom for forbedring. Jeg mener det er feil. Man må prøve ut nye rutiner og tiltak...

....En vinn- vinn situasjon, både for student og praksissted. Føler at vi bidrar til noe nyttig og kan forske og prøve ut ting og se resultater av det.

.....Pga kombinasjonene mellom teori og praktiske ting.

...Det er spennende å få delta i prosjekter, og man får et spesielt fokus som gjør at man kan lære veldig mye. fordi dette gir muligheten til å kunne tenke annerledes, og utvikle ideer med andre.

Flere begrunner sitt svar med læringsutbytte:

....Vi lærer masse av det, og kan bidra til å endre ting, og komme med andre synspunkter.

....Alle kan lære av hverandre.

....Fordi jeg hadde ikke lært det jeg har lært, viss ikke oppgaven hadde blitt rettet mot ernæring.

....Det gir oss en gylden mulighet til å være med på et prosjekt hvor vi kan lære vel så mye som de som står ansvarlig bak prosjektet, og vi får tilbakemeldinger på hvordan det går. Det er noe vi kan ta med oss videre i utdanningen.

.....Samtidig ser vi at det er stort behov for mye kunnskap rundt dette feltet.

Data fra midtveiseevalueringene mht. veien videre

Grovplanen for evalueringen av Samarbeidsprosjektet, se figur 6, side 18, viser at prosjektet vil fortsette i en ny runde, fram til våren 2010. Dvs. at nettverksgruppene vil bestå, og at nye utviklingsområder innen mat, måltider og ernæring velges ut for granskning.

Forslag til nye utviklingsområder - fra sykepleierstudentene

Som det går fram tidligere i denne rapporten (under *Midtveiseevalueringen* side 19) sammenfattet studentene fra Kull 120 i sine **studentoppgaver**, egne praksiserfaringer med aktuell teoretisk kunnskap, og kom ut fra dette, med **konkrete anbefalinger** som bidrag til å identifisere aktuelle **nye** utviklingsområder ved sitt praksissykehjem.

I vedlegg 13 kommer det fram hvilke områder studentene, gjennom sine studentoppgaver, anbefaler sitt praksissykehjem å arbeide videre med i neste runde.

Studentene ble også i **spørreundersøkelsen** som ble gjennomført før ferien 2009, bedt om å komme med sine oppfatninger om hvilket tema innen området mat, måltider og ernæring sykepleietjenesten bør jobbe videre med for å utvikle/ bli (evt. enda) dyktigere på.

I datamaterialet fra spørreundersøkelsen kommer det fram at studentene generelt mener at det er viktig å ha **fortsatt fokus** på mat, måltider og ernæring.

Blant kommentarene kommer det fram at studentene mener at sykepleietjenesten generelt bør arbeide videre med det de har som tema og at ernæring fortsatt er i fokus.

Fortsett med å være opptatt av *Å skape koselig stemning rundt bordet*

Det å ta seg bedre tid til pasientene under måltidet.. Ha fokus på organiseringen ved måltidene. Samarbeid ! De ansatte bør fokusere videre på kroppsspråk og hvordan de presenterer maten, spise sammen med pasientene, og lage en trygg og god atmosfære rundt matbordet....

At beboerne kan komme med ønsker til mat, noe de savner. Å bake på avdelingen, aktiviteter, trim hver dag. Turer ut. Alltid tilgjengelig drikke.

I tabell 1, neste side, kommer det fram hvilke områder studentene mener at sykepleietjenesten ved praksissykehjemmene generelt bør **arbeide videre med i neste runde**.

Tabell 1: Studentenes oppfatninger av hvilke tema sykepleietjenesten bør jobbe videre med

Utviklingsområder:	Eksempler på utdypende kommentarer:
HOLDNINGSARBEID	<p><i>Dra alle ansatte mye mer inn i prosjektet. Holdningsskapende arbeid blant de ansatte slik at de blir enda mer positive til endringer. ...ikke være så redde for nye ting. Tiltak som blir bestemt må lojalt følges opp av <u>alle</u>. Noen kan ha mye å hente på å se det positive i ting fremfor det negative og tidspress....</i></p>
KUNNSKAPSFORMIDLING	<p><i>Spre informasjon og kunnskap blant alle ansatte, og særlig de som til enhver tid driver rundt pasientene i sykehjem, og det er fagarbeiderne..... Mer kunnskap og bevissthet om sammensetningen av kosten til eldre mennesker, og mat ved spesielle sykdomstilstander / diagnosene til pasienten.</i></p>
SYKEPLEIERNES ANSVAR Undervisningsansvar/ Delaktighet	<p><i>Sykepleierne kan godt være mer delaktige i måltidene - de forsvant ofte for å utføre andre oppgaver. Sykepleierne bør også informere annet personell i hva som er viktig i forhold til ernæring knyttet opp til hver enkelt pasients behov ut i fra deres tilstand/sykdom .</i></p>
INDIVIDUELL SYKEPLEIE	<p><i>Individuelt tilpassing. Finne ut hva hver enkelt pasient ønsker og trenger.</i></p>
KARTLEGGING / OPPFØLGING /	<p><i>Grundigere kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus, som veiing og høydemåling (BMI), men også andre relevante data som nedsatt matlyst, tannproblemer, tygge/svelge problemer, munnsårhet, munntørrehet, kvalme, oppkast, forstoppelse, diaré, ødemer, bevegesproblemer, spiseproblemer, synsproblemer.</i></p>
DOKUMENTASJON	<p><i>Tilpasse pleieplaner i forhold til ernæring og redigere disse. Mer fokus på dokumentasjon av vektutvikling osv. Mer nøye følge hver enkelt beboers situasjon når det gjelder væske og ernæring.</i></p>
FOREBYGGING	<p><i>Tenke forebygging mht underernæring! Tenke forebygging også av obstipasjon Økt fokus på munnhigiene</i></p>
MATEN	<p><i>Være kreative innen matveien og lage det beste ut av maten som er. Bevissthet i forhold til hvordan moset mat serveres, den bør ikke blandes sammen til en stor "grøt". Riktig temperatur på maten, riktig konsistens slik at den ser fristende ut, lukter godt. Variasjon i kostholdet . La beboerne være mer delaktig i hva de ønsker til mat, noe de savner. Fokusere på frukt og grønt. Fjerne tørre kjeks til kaffen, skjære opp frukt i stedet. De fleste synes dette er godt! Mer gjennomtenkt bruk av lett-produkter. Hensyn til når medisiner skal gis.</i></p>
Organiseringen av måltidene	<p><i>... ikke så hyppige måltider? Flere pasienter sa at de savnet følelse av å være sulten. Samtidig går det for lang tid mellom dagens siste og dagen første måltid!</i></p>
Samarbeid med kjøkkenet	<p><i>Bedre dialog/ samarbeid med kjøkkenpersonalet.</i></p>

Nettverksmedlemmenes oppfatninger om utfordringer mht. veien videre

Fra Midtveiseevalueringen med nettverksmedlemmene (dvs. gjennom egenrapporterings-skjemaene og Dialogkonferansen se side 19) kommer følgende områder fram når det gjelder hvilke utfordringer nettverksmedlemmene mener er de største med hensyn til det videre arbeidet i prosjektet:

- **Skape engasjement blant øvrige ansatte i avdelingen / på sykehjemmet**
- **Holde engasjementet oppe**

I egenrapporteringskjemaene kommer nesten alle respondentene inn på dette som hovedutfordringen. Noen få nevner i tillegg å *engasjere avdelingsleder* som en utfordring.

Flere respondenter fra flere sykehjem opplever også som en utfordring:

- Samarbeid med kjøkkenet
..... Å få kjøkkenet med på lag..... Få bedre samarbeid med kjøkkensjefen....
Det kommer fram som en undring om kjøkkenpersonalet er *for langt unna pasientene..?*
.....Det meste dreier seg om "dårlig" økonomi..... Vi får liten drahjelp fra kjøkkenet.
... Vi har Kjøøl & Varm. Ikke ønskekost. Vi opplever å kaste mye mat! Vi burde veie, for å finne ut hvor mye som kastes!

En utfordring som flere også kommer inn på, med henvisning både til studentens anbefalinger og til *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* (juni 2009), er:

- **Å registrere pasientenes vekt månedlig**
..... Vi har en jobb å gjøre ifht å veie pasientene månedlig

Andre utfordringer mht. veien videre, som også kom fram ved Dialogkonferansen er:

- **Hvordan få moset mat delikat?**
- **Tiden mellom kvelds og frokost blir lang!**

På Dialogkonferansen kom også denne utfordringen fram:

- **Vi må løfte fram KBP.** Vi må bli flinkere til å stille mer presise spørsmål, og i forhold til søkestrategi.

En av respondentene nevner også disse områdene som utfordringer mht. arbeidet videre:

- Øke effekten av sykepleienettverket
- Større fokus mot studentene

Faktorer av betydning / suksesskriterier

Fra midtveisevalueringen med nettverksmedlemmene kommer i tillegg en del faktorer av betydning / suksesskriterier fram:

- At **nærmeste leder** er med/ engasjert i prosjektet
- At **hjelpepleiere** engasjeres inn i prosjektet, og gjerne også er med i nettverksgruppa

Flere kommer også inn på betydningen av å ha **postvert** i avdelingen, og gir uttrykk for at de vil arbeide videre for å få dette.

Andre faktorer som det kommer fram at nettverksmedlemmene mener har betydning for å lykkes:

- **Noe tid i hverdagen for å jobbe med dette**
..... Trenger litt mer tid i hverdagen, kjøpes fri noen timer i uka for å jobbe med prosjektet.
- **Engasjement. Motivasjon og positivitet** ☺ ”Ildsjeler”

Dette utdypes i noen av kommentarene:

- At vi ikke gir opp. At vi har tro på dette!*
- Dette gir økt mestringsfølelse, en følelse av at det nytter!*
- Vi må være løsningsorientert, ikke problemfokusert.*
- Ved å bli engasjert i et felt, vil det forhåpentligvis smitte over til flere.*

OPPSUMMERING:

I dette kapitlet ble det først presentert en *beskrivelse av arbeidsprosessen så langt*.

Videre fulgte en presentasjon av *datamaterialet fra evalueringene* blant nettverksmedlemmene og blant sykepleierstudentene som ble gjennomført midtveis i prosjektet.

Nå er intensjonen videre å sammenfatte og samle trådene i forhold til det som har skjedd så langt i prosjektperioden.

SAMMENFATNING - OG REFLEKSJON MIDTVEIS I PROSJEKTET

Som det går fram av *Innledningen* i denne Midtveisrapporten er Samarbeidsprosjektets **overordnede målsettingen**, å tilby pasientene ved sykehjemmene best mulig sykepleie innenfor området mat, måltider og ernæring.

I tillegg kommer noen **delmål** som er konkretisert i tre hovedområder, - knyttet til å utvikle

- sykepleietjenesten på sykehjemmene sin kompetanse i å kritisk granske egen virksomhet
- samarbeid og kunnskapsutveksling mellom sykepleierne ved praksissykehjemmene, og med lærerne knyttet til bachelorutdanningen i sykepleie
- sykepleierstudentenes praksisstudier

I denne delen av rapporten er intensjonen å summere opp, og reflektere kort rundt det som har skjedd midtveis i prosjektperioden, med utgangspunkt i disse **målene**.

Mat, måltider og ernæring til pasientene på sykehjemmene – *Hva har skjedd?*

Den overordnede målsetningen for Samarbeidsprosjektet er å tilby pasientene ved sykehjemmene best mulig sykepleie innenfor området mat, måltider og ernæring.

I første runde av prosjektet valgte så godt som *alle* sykehjemmene å ha et overordnet, generelt fokus på ro, hygge, kos, trivsel rundt **måltidene/ matsituasjonen**, for gjennom dette å bidra til økt matlyst og bedret ernæringstilstand for pasientene.

Samarbeidsprosjektet har en aksjonsforskningsorientert tilnærming. Et kjennetegn ved aksjonsforskning er at den skal bidra til utvikling av praksis, og at utviklingsområdene / forskningsproblemene skal defineres av praktikerne. På grunnlag bl.a. av sykepleierstudentene i Kull 119 sine konkrete anbefalinger til sine praksissykehjem gjennom studentoppgavene, var det disse områdene de valgte å starte med.

I aksjonsforskning er det *praktikernes* virkelighetsforståelse som er det viktigste vitensgrunnlag for prosessen. Bl.a. Skogen (2006) understreker betydningen av at det i forkant av et utviklingsprosjekt ligger et reelt opplevd behov for endring.

Vedlegg 11 viser **eksempler** på konkrete tiltak som ble iverksatt / hva som skjedde ved de ulike sykehjemmene i løpet av prosjektets første runde. Som det går fram av dette ble det bl.a. ved alle sykehjemmene iverksatt ulike tiltak for å skape mer ro under måltidene, for eksempel at man ble mer bevisst på bordplassering, skjerming, økt bevissthet på organisering, og personalets rolle og egen adferd under måltidene, måltidene tar lengre tid osv. Flere avdelinger skaffet langbord, og innførte bordkort og faste plasser ved bordet. Man er også blitt mer bevisst på pynt av bordet, matbrett og traller; duker, lysesaker, friske blomster osv.

Et av sykehjemmene innførte tøyservietter i stedet for ”smekker”. Flere skiller tydeligere på hverdag og helg bl.a. ved å bruke hvite duker og stetteglass i helgene.

Det går også fram at ved de fleste avdelinger har pasientene fått større valgfrihet under måltidene, spesielt ved frokosten, og at flere har fått anledning til å delta mer aktivt under måltidet, for eksempel ved å forsyne seg, og smøre brødmaten selv. Ved et sykehjem ble det innført frokostbuffet. Flere har innført egne bakedager i avdelingene.

Ved alle sykehjemmene er det innført flere mellommåltider, og pasientene får oftere tilbud om drikke, og mer frukt og grønt enn tidligere. Bl.a. tilbys smoothie til pasientene.

.... Til å begynne med ville bare to av pasientene ha, men nå vil alle!

Gjennom vedlegg 11 går det fram at nettverksmedlemmene fra alle sykehjemmene mener at det i løpet av prosjektets første runde har skjedd noe, i positiv retning, med holdningene til personalet når det gjelder ernæring og matsituasjonen.

....Personalgruppen er blitt mer faglig bevisst, skriver en av dem. En annen hevder at ... Mange pleiere er blitt mer bevisste på hvordan maten presenteres og på hvordan matsituasjonene utføres.

Fra et tredje sykehjem: *... Personalet er blitt mer kritisk og bevisst – bl.a. pga. diskusjoner og mer kritiske spørsmål...*

Til tross for dette kommer det i datamaterialet fram at det er en utfordring å **skape engasjement blant øvrige ansatte i avdelingen / på sykehjemmet**. Selv om det kan synes som om det er ulikt fra avdeling til avdeling, sykehjem til sykehjem, hvor godt forankret prosjektet så langt er i personalgruppene, kommer nesten alle nettverksmedlemmene inn på dette som **hovedutfordringen** mht. det videre arbeidet.

I midtveiseevalueringen med nettverksmedlemmene går det likevel fram at alle (100 %) mener at prosjektet så langt, i svært høy eller høy grad, har bidratt til å øke kvaliteten på sykepleien til pasientene innenfor området.

Som det går fram av oversikten som ligger ved som vedlegg 12 bidro også sykepleierstudentene fra Kull 120 i forhold til praksisprosjektets overordnede målsetning, i kraft av sin praksisperiode ved de ulike sykehjem. I henhold til ”Plan for praktiske studier 2.semester” forventes det bl.a. at studentene skal delta i å utøve helhetlig sykepleie til primærpasient, og dermed at de også skal ha fokus på behovet for væske og ernæring. Ut i fra dette kan man si at studentenes bidrag i denne sammenheng, bl.a. gjennom Livsgledeuka, ikke nødvendigvis har med Samarbeidsprosjektet å gjøre.

Fra spørreundersøkelsen blant studentene går det fram at 65 % av respondentene mente at deres primærpasient fikk ivarettatt sine generelle ernæringsbehov i svært høy eller ganske høy grad. 33 % av dem mente imidlertid at pasienten i ganske liten grad fikk ivarettatt sitt behov, og dette knyttes bl.a. opp mot **mangelfull individuell oppfølging/ tilrettelegging**.

Gjennom studentoppgaven og spørreundersøkelsen kom studentene med **konkrete anbefalinger** som bidrag til å identifisere aktuelle **nye** utviklingsområder ved sitt praksissykehjem. Se også tabell 1, s.34 der det kommer fram hvilke områder studentene mener at sykepleietjenesten generelt bør arbeide videre med i neste runde.

Grundigere kartlegging og oppfølging av beboernes ernæringsstatus er et av de områdene studentene gjennom sine studentoppgaver bl.a. med henvisning til pensumlitteratur, fagartikler og *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* (2009), anbefaler å fokusere videre på.

I en studentoppgave skriver for eksempel studenten at dette er noe hun utfordrer sykehjemmet på videre:

- *Å sette fokus på å identifisere pasienter som er eller står i fare for å bli underernærte ved å begynne å registrere ernæringsstatus tidlig ved innleggelse. Dette gjerne ved å bruke "Ernæringsjournalen".*
- *Jeg vil derfor anbefale at man jevnlig veier pasientene (f. eks en gang i måneden) for å kunne følge med på en eventuell vektendring. Fokus på vekt og vektendring vil føre til større oppmerksomhet rundt pasientens kostholds- og måltidsituasjon (Bjerkreim 2007).*
- *Økt kunnskap om ernæring og de eldres ernæringsbehov til alle ansatte.*
NB: KMI er et godt verktøy for å finne ut av eventuelle forandringer i fettmasse, muskelmasse og mengde vann i kroppen. Men KMI kan ikke fastslå akkurat hva årsaken skyldes. Dette kan f. eks føre til at man kan få en forhøyet KMI ved ødemer relatert til hjertesvikt. Dette er noe som ansatte må ha kunnskaper om når man vurderer dataene (Sykepleien 2005 93(17):68-69).

Å fokusere videre på **personalets holdninger og handlinger** er også et område flere av studentene kommer inn på. En student utfordrer direkte på denne måten:

....Tenk litt mer på hvordan en matsituasjon er for deg selv, hva liker jeg å gjøre mens jeg spiser, hvordan vil jeg ha det rundt meg, hvordan skal maten se ut og lukte. Ville jeg ha spist dette selv? Hvilket kroppsspråk har du når du serverer maten? Hva tenker du selv om maten du serverer, myes vises gjennom kroppsspråket uten at du merker det selv.

Nettverksmedlemmene ved flere sykehjem peker på **samarbeid med kjøkkenet/kjøkkenpersonalet** som en annen utfordring når det gjelder det videre arbeidet. Ved Dialogkonferansen kom det fram som en undring om kjøkkenpersonalet er *for langt unna pasientene..? Bør kjøkkenpersonalet komme inn i serveringen? Skape personlige relasjoner... Kokken bør komme til avdelingen, og spørre: Hvordan smakte maten?*

En av nettverksmedlemmene som også innehar funksjonen som såkalt *postvert* sier: *....Dette har med kommunikasjon å gjøre. Ha dialog med kjøkkenet hele tiden. Gi tilbakemeldinger! Send maten tilbake når den ikke er god nok. Og; si i fra når den er god!*

Det kommer også fram at man ved flere av sykehjemmene er misfornøyde med matsystemet Kjøøl & Varm. At man ved et av sykehjemmene i løpet av prosjektperioden gikk bort fra Kjøøl & Varm igjen, dvs. at hovedkjøkkenet her gikk tilbake til "gammel" drift, og igjen lager mat som blir servert samme dag, kan Samarbeidsprosjektet ikke ta æren for. Økonomisk gevinst var begrunnelsen for denne avgjørelsen. **Postvert**funksjonen, som èn av deltakerne i nettverksgruppa innehar, ble innført ved to avdelinger ved dette sykehjemmet ved prosjektstart, og er derfor heller ingen direkte konsekvens av Samarbeidsprosjektet. Det kommer imidlertid fram i materialet fra Midtveiseevalueringen at flere av sykehjemmene arbeider aktivt for å innføre en lignende ordning.

Andre tema som kommer fram som utfordringer / utviklingsområder i det videre arbeidet, er for eksempel også hvordan gjøre moset mat mer delikat, økt fokus på munnhygiene, mer gjennomtenkt bruk av lett-produkter, tenke forebygging av obstipasjon, organisering av måltidene. Flere av studentene kommer inn på dette siste: *.....det er for lang tid mellom klokken 18 og klokken 09 på morgenen uten mat?! Mange ble sultne på kvelden etter leggetid, og ville gjerne ha en brødslike tilgjengelig slik at de kunne spise om det var ønskelig.*

Flere kom også inn på utfordringer knyttet til ulike sykdommer / sykdomstilstander. For eksempel skriver en student:

.... Pasienten hadde hatt kraftig diarè over lang tid hun var helt skinnflådd nedentil.... hun ble servert melkeprodukter, og desserter med melk i osv. Det var ingen som ville gi henne litt blåbær eller noe ernæringsmessig som sto i stil med hennes tilstand akkurat da.... De bare fulgte det som sto på matkortet, og det som ble servert av hovedkjøkkenet. Men det ble gitt "stoppende" ting i form av medisiner osv....

Flere av kommentarene fra studentene går spesifikt på **sykepleiernes fokus på ernæring**:
....Noen sykepleiere var opptatt av dette. Andre fokuserte lite på det. Jeg føler det var mye fokus på andre sykepleieoppgaver sånn at ernæring ble nedprioritert. ..Sitter med et inntrykk av at fagarbeiderne var mer opptatt av ernæring enn sykepleierne...

Fra studentene kommer en direkte utfordring til **sykepleierne**: Ernæring er en sykepleieroppgave! Flere studenter viser til Florence Nightingale og Virginia Henderson sin teori i denne sammenheng når de skriver: *Det er en sykepleieoppgave å hjelpe pasienten til eller skape forhold som gjør han i stand til å spise og drikke tilstrekkelig.*

Kritisk granskning av egen virksomhet

Et av delmålene for Samarbeidsprosjektet er knyttet til å utvikle sykepleietjenesten på sykehjemmene sin kompetanse i å kritisk granske egen virksomhet.

I følge datamaterialet fra midtveiseevalueringen med nettverksmedlemmene, har det ved **alle sykehjem**, generelt skjedd en økt faglig bevissthet i personalgruppene, og et økt fokus på ernæring gjennom 1.runde i prosjektet.

Likevel mener bare nettverksmedlemmene **fra to av sykehjemmene** at prosjektet så langt har bidratt til å øke sykepleietjenesten sin kompetanse i å kritisk granske egen virksomhet.

En undrende og kritisk innstilling til egen og avdelingens praksisutøvelse er et viktig utgangspunkt for fagutvikling innen sykepleien. Samtidig kan den såkalte *pleiekulturen* være en utfordring for sykepleietjenesten på sykehjem (jfr. side 8).

Samarbeidsprosjektet er gjennom sin tilnærming ment å være et bidrag i retning av å skape **en læringskultur på sykehjemmene** som muliggjør kritisk refleksjon, og en refleksiv, levende og dynamisk praksis der målet er å utvikle en stadig bedre sykepleie til menneskene som er avhengig av pleie og omsorg, gjennom faglig engasjement i personalgruppene (Leirvik 2007).

Som det også kommer fram av midtveiseevalueringen mener nettverksmedlemmene at **å fortsette å jobbe med å skape / holde oppe engasjement blant øvrige ansatte i avdelingen / på sykehjemmet** er hovedutfordringen mht. det videre arbeidet.

.....Det er en utfordring å skape engasjement i personalgruppene. Kanskje vi heller ikke skal forvente at alle involverer seg!

Betydningen av **forankring i ledelsen** kommer også fram:

.....Viktigheten av forankring i ledelsen. Det er vanskelig å gjennomføre dette uten at ledelsen er involvert. Problemer/ utfordringer ved enkelte sykehjem/avdelinger synes å henge i hop med mangelfull deltagelse/ involvering/ støtte/ engasjement fra leder.

Fra nettverksmedlemmene blir bl.a. også erkjennelsen av at **ting tar tid** trukket fram. I tillegg til betydningen av **engasjement, motivasjon og positivitet gjennom "ildsjeler"**.

Selv om det kan være en utfordring å holde engasjementet for fagutvikling oppe i en hektisk og omskiftelig hverdag, og å involvere alle (jfr. også *pleiekulturen* s.8), kom det i aksjonsforskningsprosjektet knyttet til et av sykehjemmene (Leirvik 2007) bl.a. fram at det kan være nødvendig å akseptere at *ikke alle* er like interesserte og engasjerte. Gjennom å fokusere på det positive og det som fungerer, vil det på sikt skapes positive ringvirkninger i praksisfellesskapet.

Ut i fra dette kan man også velge å se det slik:

Fra to av sykehjemmene mener nettverksmedlemmene at prosjektet så langt i høy eller svært høy grad **har** bidratt til å øke sykepleietjenesten sin kompetanse i å kritisk granske egen virksomhet. I denne forbindelse er det interessant å fokusere på faktorer av betydning / **suksesskriterier**. Se også side 48 vedr. dette.

KBP som metode for å drive fagutviklingsarbeid på sykehjem

Datamaterialet fra midtveisevalueringen viser at nesten alle nettverksmedlemmene mener at **prinsippene for kunnskapsbasert praksis** i svært høy eller høy grad egner seg som metode for fagutvikling.

Gjennom 1.runde av prosjektet (Trinn 1-6) har man skaffet seg verdifulle **erfaringer**.

I et notat går det fram at ... *selv om vi har gått alle trinnene har nok refleksjon over egen praksis vært hovedfokuset i første runde!*...

Nesten alle nettverksmedlemmene mener at prosjektet har økt deres forståelse for betydningen av forskningsbasert sykepleie. Materialet viser også at nettverksmedlemmene som deltok ved opplæringen med bibliotekar fra Høgskolen, har søkt i en medisinsk eller sykepleiefaglig database mer enn 15 ganger, og at de mener at de i svært høy eller høy grad kan finne fram til nyttig faglig kunnskap gjennom internett. Mange av dem svarer også at de i ganske høy grad kan vurdere kritisk den informasjonen og de informasjonskildene de finner gjennom internett. Det var imidlertid bare 3 av respondentene i midtvalueringen blant nettverksmedlemmene som fant **forskningsartikler** som var relevante for avdelingens utviklingsområde i 1.runde.

Som svar på hva de tror var grunnen til at de ikke fant relevante forskningsartikler, angis at dette nok har med egne søkeferdigheter å gjøre. I et notat går det fram at..

... ved søkingen i Trinn 2 fant deltagerne lite forskning... Antagelig handler dette om at man må jobbe videre med å bli mer spesifikk i formuleringen av spørsmål/ søkeord, og utarbeidelse av søkestrategi.

Alle respondenter fant imidlertid **fagartikler/annen relevant faglig kunnskap** som var relevant for avdelingens utviklingsområde. Ut i fra dette ble det utarbeidet en liste over aktuell Bakgrunns litteratur, se vedlegg 8.

På Dialogkonferansen kom også denne utfordringen fram:

- **Vi må løfte fram KBP. Vi må bli flinkere til å stille mer presise spørsmål, og i forhold til søkestrategi.**

I notat fra lokal prosjektleder (pr. 30/4 -09)går det fram at

..... Vi kan ikke forvente at alle på sykehjemmet skal kunne søke etter / kunne granske forskning! Dette krever opplæring og erfaring! Mye erfaring!

.....Det er ønskelig at flere av medlemmene i nettverksgruppene deltar ved videreutdanningen i Kunnskapsbasert praksis i helsetjenesten¹⁰ i neste runde, dvs. høsten 2009.

Kjennskap til relevante forskningsresultater gir heller ikke alene svaret på hva som er god sykepleie. Mens kritikere er bekymret for at KBP representerer behandlingsregimer eller oppskrifter som overprøver faglig skjønn, poengterer tilhengerne at kunnskap fra forskning, yrkesutøverens erfaring og faglige skjønn, og pasientens ønske skal vektlegges like mye (Hofseth og Norvoll 2003, Leirvik 2007). Kunnskapsbasert sykepleiepraksis dekker dermed noe mer enn *bare* den vitenskapelige forankringen, ved at den også baseres på de andre kunnskapsformene; **erfaringskunnskap** (se også under, side 42 - 43) og **brukerkunnskap** (se også under *Studentenes praksisperiode* side 45) i den aktuelle konteksten.

¹⁰ Tilgjengelig [30/4-09] fra <http://www.hiak.no/index.php?ID=1356>

Både en av de lokale prosjektlederne og sentral prosjektleder deltok ved denne videreutdanningen i løpet av prosjektets første runde.

Samarbeid og kunnskapsutveksling

Det andre delmålet for Samarbeidsprosjektet er å utvikle samarbeid og kunnskapsutveksling mellom sykepleierne ved praksissykehjemmene, - og med lærerne knyttet til bachelorutdanningen i sykepleie.

Datamaterialet fra Midtveiseevalueringen viser at nettverksgruppemedlemmene mener at etablering og arbeid gjennom et sykepleienettverk i høy eller svært høy grad egner seg som en metode for fagutvikling på sykehjem. I kommentarer fra nettverksmedlemmene ved midtevalueringen utdypes dette:

....Det er viktig å utveksle erfaringer med andre sykehjem ift rutiner. Noen tenker på relevante endringer, som jeg/sykehjemmet ikke ville kommet på. Man får støtte og positiv «feedback», noe som igjen fører til økt engasjement, tiltak og arbeidslyst, - som man igjen tar med seg videre til sin avdeling/ sykehjem.... Gjennom nettverket kan vi få innspill fra andre sykehjem, og "stjele" alle gode tiltak.

I Statusrapport (april 2007) går det fram at nettverksmedlemmene mener at *...dette er motiverende og en god måte å drive fagutviklingsarbeid på sykehjem på!*

En av nettverksmedlemmene nevner å *øke effekten av sykepleienettverket* som en utfordring mht. arbeidet videre.

Selv om ledere har et særlig ansvar for å sette fagutvikling på dagsordenen, er det også et kollektivt ansvar for yrkesgrupper, og et individuelt ansvar for den enkelte yrkesutøver. Selv om alt helsepersonell etter lovgivningen har et individuelt ansvar for å oppfylle kravet om faglig forsvarlighet, tillegges **sykepleiere** større grad av profesjonsrelatert ansvar og autonomi i yrkesutøvelsen. Bl.a. Granum og Solvoll (1997) skriver om sykepleieren som den *forskende praktiker*, og legger i dette den undrende, kritisk tenkende og reflekterende sykepleier, som stiller konstruktive spørsmål ved sin daglige utøvelse av sykepleiepraksis, og som er rede til å påta seg ansvaret for å holde oppe en høy faglig standard på sykepleietjenesten (Leirvik 2007).

Gjennom å etablere og å arbeide gjennom et sykepleienettverk, er Samarbeidsprosjektet ment å være et bidrag i denne retning gjennom å styrke fellesskapet mellom sykepleierne ved de ulike praksissykehjemmene.

Materialet fra midtevalueringen blant sykepleierstudentene viser at over 50 % av respondentene opplevde å ha **rollemodeller blant sykepleierne** i praksis som aktivt og kritisk gransker egen virksomhet. Kommentarene fra studentene utdypes dette:

....De jobbet hele tiden for å få ting bedre. Kunnskap ble det lagt veldig stor vekt på, og vi studenter lærte mye.... De var veldig flinke de var opptatt av kunnskap..... Sykepleierne tok ansvar ... De var villige til å prøve nye ting og forebygge...Sykepleieren som var ansvarlig for prosjektet virket meget ivrig og engasjert.

33 % av respondentene blant studentene svarte imidlertid at de i ganske liten grad eller ikke i det hele tatt opplevde å ha rollemodeller blant sykepleierne i praksis som aktivt og kritisk gransker egen virksomhet. 5 % svarte *vet ikke* på dette spørsmålet.

Gjennom møtene og arbeidet i nettverksgruppene utveksler nettverksgruppemedlemmene erfaringer med hverandre. Jfr. de ulike kunnskapsformene i KBP, figur 1 side 10, der **erfaringsbasert kunnskap** blir omtalt som *"kunnskap som erverves gjennom å praktisere faget og utvikles gjennom refleksjon der praktikere lærer av erfaring - sin egen så vel som andres"*. (Nordtvedt m.fl. 2007).

For at helsepersonell skal utføre et faglig forsvarlig arbeid må *læring* ses i et livslangt perspektiv der både den enkelte yrkesutøver og arbeidsgiver har ansvar i henhold til helselovgivningen. Man bør tilstrebe en ”*lærende organisasjon hvor prosesser for læring og utvikling gjennomsyrrer virksomheten, og er en integrert del av det å være i arbeid*” (Christiansen m.fl. 2005, Leirvik 2007).

Også i denne sammenheng er Samarbeidsprosjektet gjennom etableringen av et sykepleienettverk ment å være et bidrag.

Begrepet *lærende organisasjon* har blitt brukt i stadig flere sammenheng i de senere årene. En organisasjon i seg selv ikke kan lære, det er menneskene i organisasjonen som lærer gjennom at de fungerer som et *lærende kollektiv* i kontinuerlige prosesser for endring og utvikling (Skogen 2006). Læring handler om at noe endrer og utvikler seg. I et sosiokulturelt perspektiv er ikke læring bare et kognitivt anliggende som skjer inne i hodene på den enkelte, læring kan også finne sted på *kollektivt nivå* (Säljö 2001). En lærende organisasjon utvikles gjennom refleksjon, stor grad av åpenhet, fokus på mellommenneskelige relasjoner, teamlæring og nysgjerrighet omkring nye og fundamentale løsninger. Det innebærer at medlemmene mestrer å identifisere de muligheter og hindringene som kontinuerlig er en del av en levende praksis (Sjøvoll 2002, Leirvik 2007).

Lærerrollen knyttet til å drive og bidra i prosjekt i en klinisk hverdag

Blant delmålene for Samarbeidsprosjektet inngår også å utvikle samarbeid og kunnskapsutveksling med **lærerne**¹¹ knyttet til bachelorutdanningen i sykepleie.

Lærerens rolle og krav til kompetanse har endret seg mye etter at sykepleierutdanningen kom inn i høgskolesystemet og ble plassert på et akademisk nivå i 1981. Tidligere var lærerrollen knyttet opp mot undervisning, instruksjon og forbilledlig praksis. *Lov om universiteter og høyskoler* (av 1995, endringer 2005) stiller nye krav til læreren. Lærerrollen er blitt ytterligere akademisert, og forskerrollen får en stadig større plass. Kristin Heggen (i Christiansen m.fl., 2004) skriver at uttrykket *dobbel profesjonalitet* betegner utvidelsen av kompetanse fra ”bare” *sykepleier* til *sykepleier og lærer*. Hun sier videre at en *ny* dobbel profesjonalitet er under utvikling, og at den ”moderne” doble profesjonalitet handler om *pedagogikk + forskning*. Kanskje handler det like gjerne om en trippel profesjonalitet; *sykepleie + pedagogikk + forskning ...?* Lærerne trekkes (uansett) mellom kravene i høgskolen og en egenopplevelse av å tape terreng i forhold til fagutøvelsen (Leirvik 2007). Dette er i egen skole antagelig ytterligere aktualisert etter innføringen av den nye Hovedveiledermodellen (se side 9).

Hvilken rolle skal læreren ha knyttet til sykepleierstudentens praksisstudier?

Heggen (i Christiansen m.fl., 2004:55) skriver at det er behov for nye og gode modeller i klinisk virksomhet, som kan forene roller og arbeid som forsker med det å være lærer, og samtidig sikre et godt inngrep i det fortløpende kliniske arbeidet.

Heggen spør videre: Er det mulig å utvikle praksisfellesskap hvor læreren inngår muligens primært som forsker og sekundært som lærer? Her tenkes det ikke på at lærer skal være en forskeropplæringslærer, men en del av et team hvor klinisk arbeid har forrang og er det primære, samtidig som både forskning og læring er integrert i samme situasjon.

Kan kanskje dette Samarbeidsprosjektet, spesielt gjennom sin **aksjonsforskningsorienterte tilnærming**, være et eksempel på dette?

¹¹ **Ingen spesifikk evaluering** ble gjennomført blant de involverte lærerne midtveis i prosjektet.

Som det går fram tidligere har sentral prosjektleder også innehatt lærerrollen for en gruppe sykepleierstudenter i deres praksisstudier ved ett av praksissykehjemmene. Det er imidlertid ikke gjennomført noen spesifikk evaluering midtveis blant de øvrige lærerne som har vært involvert i prosjektet.

Det kan være svært interessant å fokusere videre på de involverte lærernes erfaringer gjennom Samarbeidsprosjektet i sluttevalueringen.

Sykepleierstudentenes praksisstudier

Det siste av delmålene for Samarbeidsprosjektet er knyttet til å utvikle sykepleierstudentenes praksisstudier, - blant annet gjennom at studentene får rollemodeller i sykepleiere på praksisplassen som aktivt og kritisk gransker egen virksomhet, og at de får mulighet til og erfaring med å delta i et pågående utviklingsarbeid på praksisplassen, der teori og praksis knyttes sammen.

Som det går fram av *Rammeplan for sykepleierutdanning* er hensikten med praksisstudier i første studieår at studentene tidlig skal erfare hva sykepleie som yrke innebærer. I Rammeplanen (2008) står det også: ”I praksisstudiene gis studenten mulighet til å erfare arbeidsfelleskapet som framtidig yrkesutøver, samtidig som han/hun arbeider mot forventet kompetanse gjennom studiet”.

Gjennom Samarbeidsprosjektet har studentene også fått mulighet til og erfaring med å bidra i et pågående utviklingsarbeid. Bjørk & Solhaug (2009:11) skriver at gjennom bachelorutdanningen er det meningen at sykepleierstudentene skal få innsikt og noe trening i å arbeide med kunnskapsanvendelse og kunnskapsutvikling i det kliniske felt.

Materialet fra spørreundersøkelsen blant studentene viser at mange av dem (80 %) mente at det i høy grad har **betydning for sykepleierstudenters læring og kompetanseutvikling** å bidra i fagutviklings-/ forskningsprosjekt, og at ernæringsprosjektet har **bidratt til god læring og kvalitet på deres praksisstudier**. Men som en student kommenterte: *.....Jeg vet ikke om det handler om dette prosjektet, men.... det er blitt satt fokus på ernæring, noe jeg har lært mye om i løpet av praksisperioden. Jeg ville mest sannsynlig ikke ha vært så observant på problematikken rundt ernæring hadde det ikke vært for dette prosjektet.*

Også blant nettverksmedlemmene mente mange (62 %) at prosjektet har bidratt til å styrke sykepleierstudentenes praksisstudier, bl.a. gjennom at **personalet** generelt er blitt mer faglig bevisste, og fordi man nå er mer opptatt av ernæring og av å kritisk granske egne rutiner.

Over halvparten av studentene som deltok i spørreundersøkelsen opplevde å ha gode **rollemodeller blant sykepleierne** i praksis.

En del (33 %) svarte imidlertid at de i ganske liten grad eller ikke i det hele tatt opplevde å ha rollemodeller blant sykepleierne i praksis som aktivt og kritisk gransker egen virksomhet. Flere av kommentarene fra disse studentene går også spesifikt på **sykepleiernes fokus på ernæring**: *.... Jeg føler det var mye fokus på andre sykepleieoppgaver sånn at ernæring ble nedprioritert.....* og flere av studentene kommer en direkte utfordring til **sykepleierne**: Ernæring er en sykepleieroppgave!

Materialet fra midtevalueringen viser at **nettverksmedlemmene** ved de sykehjem /sykehjemsavdelinger som har hatt sykepleierstudenter, mener at studentene i hovedsak i høy grad har bidratt positivt til prosjektet, bl.a. fordi *studentene hadde godt ernæringsfokus – og*

dette "trigget" oss videre. Flere henviser til studentenes bidrag gjennom praksisperioden (se eksempler vedlegg 12) og gjennom studentoppgaven. Det kommer også fram at: *Det er viktig med tilbakemeldingene vi har fått fra studentene. Vi har tatt konsekvensen av noen av dem, og endret praksis ut fra dette.*

En av nettverksmedlemmene nevner *større fokus mot studentene* som en utfordring mht. arbeidet videre.

Også **sykepleierstudentene** selv (nesten 70 % av respondentene ved spørreundersøkelsen) mener at de bidro positivt inn i ernæringsprosjektet. I kommentarene deres går det fram at de mener en grunn til dette er at de *har mere tid*. Andre kommer inn på deres spesifikke fokus på ernæring gjennom studentoppgaven: *Vi la mye vekt på forhold knyttet til ernæring rundt våre primærpasienter siden vi skulle skrive oppgave om det.*

I sine oppgaver har studentene bl.a. gjennom samtale med sine primærpasienter (se vedlegg 10) kartlagt pasientenes behov for sykepleie knyttet til ernæring.

I denne studentoppgaven refererer studentene til en samtale de hadde med "sin" pasient:

....Måltidene på sykehjemmet syntes hun er bra, men hun har ikke "sult-følelsen" (dette har andre pasienter også beskrevet). Men hun sier at hun forstår at det må være tette måltider ... og at det er mange som trenger hjelp, og skal ha mat samtidig. "Jeg syntes dere gjør en enestående jobb", sier hun gjentatte ganger. Når hun var dårlig, likte hun å få mat på sengen, men nå vil hun helst opp, og spise sammen med de andre pasientene, og være sosial. Hun syntes at det var greit at de som var på avdelingen, fikk spise sammen i den lille stuen, og fikk smøre maten sin selv. På denne måten føler hun også at hun blir respektert og tatt hensyn til. Hun fortalte at hun satte pris på at personalet var til stede, og spiste sammen med dem, dette gjorde måltidene til en livlig opplevelse, beskrev hun.

Når det kommer til den psykososiale biten, sier hun at hun har vært alene i så mange år at det går an å spise alene også, uten at hun føler seg ensom av den grunn, men at hun nå setter pris på å spise i fellesskap. Om maten på sykehjemmet skulle hun ønske at det var litt mer salt, og krydder. Men alt i alt er maten mettende, og variert og det er ikke noe form for mat hun savner.....

På denne måten kan man si at studentene også kan bidra inn i prosjektet med "*pasientenes stemme*". Jfr. **brukerkunnskap** som en av kunnskapsformene i KBP (se figur 1 side 10).

Gjennom konkrete anbefalinger i studentoppgavene kom studentene med sine bidrag til å identifisere aktuelle **nye** utviklingsområder ved sitt praksissykehjem (se vedlegg 13).

Gjennom arbeidet med studentoppgavene gjorde mange av studentene praksisstedene også oppmerksom på *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* av juni 2009, som på dette tidspunkt var ute til høring.

Materialet fra spørreundersøkelsen viser også studentenes oppfatninger om hvilket tema innen området mat, måltider og ernæring sykepleietjenesten bør jobbe videre med for å utvikle/ bli (evt. enda) dyktigere på. Tabell 1 (side 34) viser hvilke områder studentene mener at sykepleietjenesten generelt bør arbeide videre med i neste runde.

Oppsummerende betraktninger – og om veien videre

Som det går fram av *Innledningen* er hensikten med denne rapporten å beskrive og summere opp Samarbeidsprosjektets status midtveis i prosjektperioden, dvs. våren 2009.

Hensikten med en midtevaluering i et aksjonsforskningsprosjekt er, som det går fram av teksten side 17 og 19, å kunne påvirke prosjektet midtveis i prosjektperioden (jfr. evaluering som endringsstøtte). Samtidig skal den også *beskrive* og *dokumentere* det som har skjedd i løpet av prosjektet, så langt. Dokumentasjonen skal gi et bilde av det arbeidet som er gjort, konsekvensene av det, og hva man kan lære av det, så langt i prosessen.

Ut i fra dette er det gjennom denne rapporten forsøkt gitt en beskrivelse av det som skjedde, trinn for trinn gjennom Samarbeidsprosjektets første runde. I tillegg er datamaterialet fra evalueringene blant nettverksmedlemmene og blant sykepleierstudentene som ble gjennomført midtveis i prosjektet, presentert.

Med utgangspunkt i Samarbeidsprosjektets målsetting er intensjonen i denne siste delen av rapporten, å summere opp det som har skjedd midtveis i prosjektperioden.

I første runde av prosjektet valgte så godt som alle sykehjemmene å ha et overordnet, generelt fokus på måltidene/ matsituasjonen, for gjennom dette å bidra til økt matlyst og bedret ernæringstilstand for pasientene. Ved alle sykehjemmene ble det iverksatt ulike tiltak for å skape mer ro, hygge og trivsel, for eksempel ble man mer bevisst organisering og personalets rolle og egen adferd under måltidene, pynt av bordet, duker, lysestaker, stetteglass, friske blomster osv. Pasientene ved de fleste avdelinger har også fått større valgfrihet, spesielt ved frokosten, og flere deltar mer aktivt under måltidet. Det er innført flere mellommåltider, og pasientene får oftere tilbud om drikke, og mer frukt og grønt.

Resultatene fra midtveisevalueringen viser at 10 (av 13) nettverksmedlemmer mener at målene for Samarbeidsprosjektet i ganske høy grad er oppnådd så langt. Alle mener at prosjektet i svært høy eller høy grad har **bidratt til å øke kvaliteten** på sykepleien til pasientene innenfor området mat, måltider og ernæring. Til tross for dette kommer det fram at det er en utfordring **å skape engasjement blant øvrige ansatte i avdelingen / på sykehjemmet**. Selv om det kan synes som om det er ulikt fra avdeling til avdeling, sykehjem til sykehjem hvor godt prosjektet er forankret i personalgruppene så langt, kommer nesten alle nettverksmedlemmene inn på dette som **hovedutfordringen** mht. det videre arbeidet.

Midtveisevalueringen viser at det ved alle sykehjemmene generelt har skjedd en **økt faglig bevissthet i personalgruppene og et økt fokus på ernæring** gjennom 1.runde i prosjektet. Likevel mener nettverksmedlemmene fra bare to sykehjem at prosjektet så langt har bidratt til å øke sykepleietjenestens sin kompetanse i å **kritisk granske egen virksomhet**. På den annen side: Fra to av sykehjemmene mener nettverksmedlemmene at prosjektet så langt i høy eller svært høy grad **har** bidratt til å øke sykepleietjenestens sin kompetanse i å kritisk granske egen virksomhet. I denne forbindelse kan det være interessant å kartlegge **suksesskriterier**. Se også side 48.

Nesten alle nettverksmedlemmene mener at **prinsippene for kunnskapsbasert praksis** egnert seg som metode for fagutvikling. Gjennom 1.runde av prosjektet (Trinn 1-6) har man skaffet seg verdifulle **erfaringer**, og nesten alle mener at prosjektet har økt deres forståelse for betydningen av forskningsbasert sykepleie.

Selv om det bare var 3 av nettverksmedlemmene som fant forskningsartikler, fant **alle** fagartikler/ annen faglig kunnskap som var relevant for avdelingens utviklingsområde i

1.runde, og på bakgrunn av dette ble det utarbeidet en liste over aktuell Bakgrunns litteratur, se vedlegg 8.

På Dialogkonferansen kom det fram at KBP må løftes fram i det videre arbeidet:

....*Vi må bli flinkere til å stille mer presise spørsmål, og i forhold til søkestrategi.*

Samtidig:

..... *Vi kan ikke forvente at alle på sykehjemmet skal kunne søke etter / kunne granske forskning! Dette krever opplæring og erfaring! Mye erfaring!*

Både en av de lokale prosjektlederne og sentral prosjektleder deltok ved en videreutdanning i Kunnskapsbasert praksis i helsetjenesten i løpet av 1.runde av prosjektet.

Kjennskap til relevante forskningsresultater gir ikke alene svaret på hva som er god sykepleie. Gjennom møtene og arbeidet i nettverksgruppene utveksler nettverksmedlemmene erfaringer med hverandre. Jfr. **erfaringsbasert kunnskap** som en av kunnskapsformene i KBP.

Midtveisevalueringen viser at nettverksmedlemmene mener at etablering og arbeid gjennom et **sykepleienettverk** egner seg som en metode for fagutvikling på sykehjem. Ved arbeidet gjennom et sykepleienettverk kan Samarbeidsprosjektet også være et bidrag til etablering av et *lærende fellesskap*, der menneskene fungerer som et *lærende kollektiv* i kontinuerlige prosesser for endring og utvikling (Skogen 2006).

Selv om sentral prosjektleder har fungert som lærer i praksis for sykepleierstudenter ved ett av praksissykehjemmene, er det ikke gjennomført noen spesifikk midtveisevaluering blant de øvrige **lærerne** som har vært **involvert i prosjektet** så langt.

I Samarbeidsprosjektets sluttevaluering kan det imidlertid være interessant å fokusere på lærerrollen gjennom de øvrige involverte lærernes erfaringer gjennom prosjektet.

Midtveisevalueringen viser at sykepleierstudentene mener at ernæringsprosjektet har **bidratt til god læring og kvalitet på deres praksisstudier**. Studentene mener også at det har **betydning for sykepleierstudenters læring og kompetanseutvikling** å bidra inn i fagutviklings-/ forskningsprosjekt.

Også blant nettverksmedlemmene mente mange at prosjektet har bidratt til å styrke sykepleierstudentenes praksisstudier, bl.a. gjennom at personalet generelt er blitt mer faglig bevisste, mer opptatt av ernæring og av å kritisk granske egne rutiner. Over halvparten av studentene opplevde å ha gode **rollemodeller blant sykepleierne** i praksis. 1/3 svarte imidlertid at de i ganske liten grad eller ikke i det hele tatt opplevde å ha rollemodeller blant sykepleierne i praksis som aktivt og kritisk gransker egen virksomhet. Flere av studentene kommer med en direkte utfordring til sykepleierne: Ernæring er en sykepleieroppgave!

Både sykepleierstudentene selv og nettverksmedlemmene mener at studentene har bidratt positivt inn i ernæringsprosjektet så langt, både gjennom praksisperioden (se vedlegg 12) og gjennom deres konkrete anbefalinger mht det videre arbeidet (se vedlegg 13).

Gjennom sine praksisoppgaver kan studentene også bidra inn i prosjektet med "*pasientenes stemme*". Jfr. **brukerkunnskap** som en av kunnskapsformene i KBP.

Suksesskriterier med tanke på veien videre

Som det går fram av denne midtevalueringsrapporten mener nettverksmedlemmene at hovedutfordringen mht. det videre arbeidet er å skape engasjement blant øvrige ansatte i avdelingen / på sykehjemmet. Selv om det kan synes som om det er ulikt fra avdeling til avdeling, sykehjem til sykehjem hvor godt prosjektet er forankret i personalgruppene så langt, kommer nesten alle nettverksmedlemmene inn på dette som den største utfordringen.

I denne forbindelse er det også interessant å kartlegge **suksesskriterier**:

Gjennom midtevalueringen kommer det fram som et suksesskriterium at prosjektet er **godt forankret i ledelsen** i avdelingen /sykehjemmet. Nødvendighet av forankring i ledelsen trekkes fram av mange forfattere. Bl.a. skriver Bjørk & Solhaug (2008:178-179) at et prosjekt ikke er realiserbart uten støtte fra ledelsen. Dersom ledelsen ikke ser relevansen eller nytteverdien av prosjektet, faller det meste av grunnlaget for gjennomføringen bort. Lederen har en nøkkelrolle både når det gjelder å forme en kultur og å legge praktisk til rette for fagutviklingsarbeid. I denne midtveisevalueringen kommer også dette fram: *Det er vanskelig å gjennomføre et prosjekt uten at ledelsen er involvert. Problemer/ utfordringer ved enkelte sykehjem/avdelinger synes å henge i hop med mangelfull deltagelse/ involvering/ støtte/ engasjement fra leder.*

At **hjelpepleierne** dras aktivt inn i prosjektet, gjerne også i nettverksgruppa, er et annet suksesskriterium som kommer fram i midtveisevalueringen med nettverksmedlemmene.

Bjørk & Solhaug (2008:178) peker også på samspillet med arbeidsmiljøet som en nødvendighet for å lykkes med et nybrottsarbeid.

Jfr. også den aksjonsforskningsorienterte tilnærming der nettverksmedlemmene i denne sammenheng kan betegnes som *endringsagenter* (jfr. også "ildsjeler" under).

I tillegg til å forsøke å skape engasjement i personalgruppene gjennom å **sette fokus på temaet/ene i avdelingsmøter og i det daglige arbeid**, har nettverksmedlemmene ved flere av sykehjemmene så langt også skaffet brosjyren "Måltidets betydning for helse og velvære i sykehjem", skrevet av to hjelpepleiere ved Søbstad helsehus (se vedlegg 9) som er blitt delt ut til alle ansatte.

I løpet av prosjektperioden har flere av sykehjemmene så langt også arrangert **lokale Fagdager** med ernæringsfysiolog Laila Dufseth, og disse blir omtalt som ...*en motivasjonsdag som ga et løft... Det var 52 ansatte som deltok hos oss, og det ble en inspirerende dag, som skapte engasjement. Det ble på en måte et slags springbrett for mange.*

Engasjement, motivasjon og positivitet gjennom "ildsjeler" blir også trukket fram som suksesskriterier blant nettverksmedlemmene.

At det må settes av **noe tid i hverdagen for å jobbe med dette**, og funksjonen som **Postvert** blir også trukket fram som suksesskriterier.

En av de lokale prosjektlederne kommer i et notat (av 30/4 -09) inn på at **ting tar tid**:

.... *Vi ser at vi må ta tiden til hjelp. Første runde er fort en modningsøvelse, mange må høre ting flere ganger før det går inn.*

Ved Dialogkonferansen falt denne ytringen:

Det er de små ting som gjelder – til sammen blir det en stor ting!

Etter første runde (vinteren 2008 – våren 2008) som denne midtveisrapporten omhandler, fortsetter prosjektet i en ny runde; dvs. at nettverksgruppene består, og et nytt område velges ut for granskning i andre runde (trinn 1 – 6): høsten 2009 - våren 2010.



På bakgrunn av de erfaringene som er gjort gjennom Samarbeidsprosjektets første runde, og blant annet sykepleierstudentenes anbefalinger til hvilke områder sykepleietjenesten ved sitt praksissykehjem bør arbeide videre med (se vedlegg 13), går prosjektet inn i trinn 1 i andre runde. Dette trinnet utgjøres av de første to fasene i KBP: refleksjon i fagutøvelsen: erkjenne og identifisere informasjonsbehov, og ut fra dette; formulere spørsmål (jfr. figur 3, side 13).

Vedlegg 14 viser problemstillingene til de ulike sykehjem pr. november 2009.

Dette er ikke endelige problemstillinger, men slik de var formulert ved "søkedagene" 24/11 og 25/11 2009; dvs. i prosjektets trinn 2 i andre runde.

Som det framgår tidligere i denne rapporten (se *Evalueringen* side 17) vil evalueringstiltak alltid bygges inn underveis i en aksjonsforskningsprosess, dvs. *evaluering som endringsstøtte* (= formativ evaluering), og som *resultatevaluering* (= summativ evaluering) mot slutten av aksjonsforskningsprosessen.

De konkrete evalueringsspørsmålene for den oppsummerende resultatevalueringen vil, ut fra intensjonen med samarbeidsprosjektet, vokse frem i løpet av prosessen.

Evalueringsrapporten som utarbeides etter prosjektets avslutning, dvs. høsten 2010, vil i tillegg inneholde *beskrivelse* av prosessens gang, og *anbefalinger for praksis* på bakgrunn av de erfaringer som kan trekkes.

LITTERATURLISTE

- Anvik, V. H.(2004). Aksjonsforskning . Et samarbeidsprosjekt. Å forbedre praksis gjennom praksis. *Vård i Norden* Nr. 3.
- Bjørk, I. T. & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie. En ressursbok*. Oslo: Akribe.
- Bjørø, K. & Kirkevold, M. (2005). Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. I: N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 4*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Christiansen, B., Heggen, K., Karseth, B. (2004). *Klinikk og akademika. Reformen, rammer og roller i sykepleierutdanningen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christiansen, B., Abrahamsen, B., Karseth, B. & Jensen, K. (2005). *Utredning om motivasjon, yrkesutøvelse og kompetanse i pleie og omsorgssektoren*. Oslo: Pedagogisk forskningsinstitutt.
- Dahler-Larsen, P. & Krogstrup, H.K. (2001). *Tendenser i evaluering*. Odense: Odense Universitetsforlag
- Fagermoen, M.S. (Red.) (2003). *Forskningsveileder for sykepleiere*. Norsk Selskap for sykepleieforskning
- Francke AL, Smit MC, de Veer AJE, Mistiaen P. (2008). *Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review*. BMC Medical informatics and decision making 2008;8(38).
- Granum, V. & Solvoll, B.A. (1997). *Sykepleieren – den forskende praktiker*. Oslo: Tano
- Hamran, T. (1992). *Pleiekulturen – en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S
- Heggen, K. (2004). Lærerearbeid og dobbel profesjonalitet. I: B. Christiansen, K. Heggen & B. Karseth, *Klinikk og Akademia. Reformen, rammer og roller i sykepleierutdanningen*. Oslo: Universitetsforlaget
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* LOV 1999-07-02 nr.64
Sist endret 2006. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdato.no>
- Hofseth C. & Norvoll R. (2003). *Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien*. Oslo: SINTEF Unimed
- Hole, G. O. & Nordheim, L. V (2007). Tema: Evidensbasert praksis på 1-2-3. *Tidsskriftet Sykepleien*. Nr.1/2007

- Holter, I.M. (1993). Aksjonsforskning: En praksisnær forskning. I: M. Kirkevold, F. Nortvedt, & H. Alvsvåg (Red.), *Klokskap og kyndighet. Kari Martinsens innflytelse på norsk og dansk sykepleie*. Ad Notam Gyldendal.
- Holter, I. M. & Schwartz-Barcott, D. (1993). Action research: what is it? How has it been used and how can it be used in nursing? *Journal of Advanced Nursing*, 18: 298-304
- Hov, R. m. fl. (2005). *Kunnskap for og i praksis – en ny modell for gjennomføring av praksisstudier ved HSE*. Høgskolen i Hedmark, Avdeling for helse – og sosialfag, Elverum
- Hummelvoll, J. K. (2003). *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Høie, M. (2005). Aksjonsforskning. I: A. Howe, K. Høium, G. Kvernmo & I.R. Knutsen (Red.), *Studenten som forsker i utdanning og yrke. Vitenskapelig tenkning og metodebruk*. Læremidler for profesjonsutdanning. 4/2005. Høgskolen i Akershus.
- Jakobsen, R. (2001). Geriatrik sykepleie. I: E. Gjengedal & R. Jakobsen (Red.), *Sykepleie – praksis og utvikling*. 3. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- KS Effektiviseringsnettverkene. [Faglig veileder PLO – bokmål](http://www.bedrekommune.no/veiledning/Faglig-veileder-PLO_bokmal.pdf). Tilgjengelig [24/3-09] fra: http://www.bedrekommune.no/veiledning/Faglig-veileder-PLO_bokmal.pdf
- Kvale, S. (2002). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Leirvik, Å. (2007). *Fagutvikling på et sykehjem – et aksjonsforskningsprosjekt*. Masteroppgave i Yrkespedagogikk, Høgskolen i Akershus, Avdeling for yrkeslærerutdanning.
- Lov om universiteter og høyskoler* (av 1995, endringer 2005)
Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no>
- Mathiesen, T. (1973). Aksjonsforskningen. I: V. Aubert (Red.), *Sosiologien i samfunnet*. Oslo: Universitetsforlaget
- Mortensen, Ø. & Fosse, E. (2006). *Empowerment i praksis*. Evaluering av Kirkens bymisjons nærmiljøarbeids – Ada. Hemil-report no. 3-2006. Bergen: Research Centre for Health Promotion.
- Nasjonalt råd for ernæring (2006). *Når matinntaket blir for lite...*
- Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* av juni 2009
- Nettkurs i Kunnskapsbasert praksis, utviklet i samarbeid mellom Høgskolen i Bergen, Senter for kunnskapsbasert praksis og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Tilgjengelig [30.04.09] fra:
<http://kunnskapsbasertpraksis.no/index.php?action=static&id=156>
- NSF/Norsk Sykepleierforbund (2005). *Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag*.
- Nortvedt, Monica m.fl. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Prosjektbeskrivelse (2007/2008). *Mat, måltider og ernæring på sykehjem – til beboernes helse, glede, trivsel og livslust*. Leirvik, Å. & Einarsrud, M.

Rammeplan for sykepleierutdanning (2004) Utdannings – og forskningsdepartementet.

Säljö, R. (2001). *Læring i praksis. Et sosiokulturelt perspektiv*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

Schei, B. (2000). *Aksjonsforskning. I: M. Lorensen, (Red.), Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Sellevoid, G.S. & Skulberg, V.B. (2005). *Nok mat, rett mat og trivelige måltider for eldre sykehjemspasienter: et kvalitetssikringsprosjekt*. Undervisningssykehjem Rapport nr. 1/05. Nasjonalt formidlingscenter i geriatri.

Sjøvoll, J. (2006). *Evaluering. I: K. Fuglseth & K. Skogen (Red.), Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk. Design og metoder*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Sjøvoll, N. (2002). *Aksjonsforskning i sykepleie – en kommunikativ utfordring*. Høgskolen i Bodø. HBO-rapport 4/2002.

Skogen, K.(2006). *Aksjonsforskning. I: K. Fuglseth & K. Skogen (Red.), Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk. Design og metoder*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Sverdrup, S. (2002). *Evaluering. Faser, design og gjennomføring*. Bergen: Fagbokforlaget.

St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*,

Statusrapport pr. april 2009. *Mat, måltider og ernæring på sykehjem – til beboernes helse, glede, trivsel og livslust*. Leirvik, Å.

Tørstad, S. (2003). *Kartlegging av introduksjonsopplegg/organisert opplæring for nyutdannede sykepleiere i spesialisthelsetjenesten i Norge*. NSF's faggruppe for sykepleiere i undervisning og fagutvikling.

Willman, A. (2001). *Evidensbasert sykepleie. I: E. Gjengedal & R. Jakobsen (Red.), Sykepleie – praksis og utvikling. 3*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

VEDLEGGSOVERSIKT

Vedlegg 1: Fagutvikling på et sykehjem – et aksjonsforskningsprosjekt	57
Vedlegg 2: Prosjektorganisering	59
Vedlegg 3: Loggskjema	61
Vedlegg 4: Egenrapporteringsskjema/ Midtveisevaluering. Fra deltakerne i nettverksgruppene..	63
Vedlegg 5: Hensikt og retningslinjer for studentoppgave i 2.semester	73
Vedlegg 6: Spørreskjema til studentene Kull 120	75
Vedlegg 7: Følgelbrev til studentene vedr. spørreundersøkelsen på Fronter	79
Vedlegg 8: Bakgrunns litteratur	81
Vedlegg 9: Brosjyre fra Søbstad helsehus	83
Vedlegg 10: Datasamlingsguide til studentoppgaven 2.semester Kull 120.....	85
Vedlegg 11: Eksempler på hva som skjedde ved de ulike sykehjemmene i 1.runde	89
Vedlegg 12: Eksempler på bidrag fra sykepleierstudentene ift. den overordnede målsetningen	
Vedlegg 13: Oversikt over studentenes anbefalinger til utviklingsområder i neste runde, gjennom deres praksisoppgaver, til de ulike praksissykehjem	95
Vedlegg 14: Problemstillinger i prosjektets andre runde	97

VEDLEGG 1

Fagutvikling på et sykehjem – et aksjonsforskningsprosjekt (Leirvik 2007).

Prosjektet var et samarbeidsprosjekt om fagutvikling i klinisk sykepleie mellom Høgskolen og sykepleiere/pleiepersonalet ved et somatisk sykehjem som ble gjennomført i perioden høsten 2005 – våren 2007. Dette prosjektets hensikt var å bidra til kvalitetsutvikling i klinisk sykepleie, bl.a. gjennom kompetanseutvikling for personalet. Det overordnede målet var at pasienter og pårørende skulle få et best mulig tjenestetilbud. God kvalitet på klinisk sykepleie vil samtidig komme sykepleierstudentenes læring i praksisfeltet til gode (Leirvik 2007).

Samarbeidsprosjektet ble bygd på en grunntanke i tråd med en aksjonsforskningsorientert tilnærming, hvor man søker å utvikle kunnskap *i* praksis, og *for* og *med* praktikerne. På bakgrunn av en forståelse om at kunnskapsdannelse skjer i dialoger, utviklet personalet i fellesskap forståelse rundt begrepene *god sykepleie* og *fagutvikling*. Behov og utviklingsområder ble identifisert, blant annet gjennom en spørreundersøkelse og ved Fagdager i prosjektets planleggingsfase. Forslag til handlinger (aksjoner) for å ivareta behov og mål, ble utviklet og iverksatt blant annet gjennom en såkalt ”Fagutviklingsgruppe” bestående av 4 sykepleiere og 4 hjelpepleiere fra de to avdelingene, som ble ”nøkkelpersoner” og inspiratorer mht. å drive / påvirke utviklingsprosessene framover. Data ble underveis i prosjektperioden skapt blant annet i dialoger med personalet i avdelingsmøter og ved Fagdager, i samarbeidsmøter med avdelingssykepleierne, i ”Fagutviklingsgruppa”, og med sykepleierstudenter i praksisstudier ved Sykehjemmet.

Prosjektets resultat viste at det hadde skjedd fagutvikling på Sykehjemmet i løpet av prosjektperioden; som kvalitets- og kompetanseutvikling, både på system-, kollektivt - og på individuelt nivå i personalgruppene. Det ble skapt lokal kunnskap om hvordan systematisk og hensiktsmessig fagutviklingsarbeid kan tilrettelegges på Sykehjemmet som bidrag for å skape en levende, dynamisk praksis som vil komme pasienter og pårørende, og dermed også sykepleierstudenter i deres praksisstudier til gode. Prosessen mot en slik praksis startet på Sykehjemmet gjennom dette prosjektet, og den fortsetter bl.a. gjennom ”Fagutviklings-gruppa”, og gjennom sykepleierstudentenes praktiske studier. Samarbeidet med Høgskolen vil på denne måten også utgjøre en ressurs for det videre fagutviklingsarbeidet på Sykehjemmet.

På Sykehjemmet har det ikke vært tradisjon eller kultur for at sykepleiepersonalet anvender forskningsresultater i sin praksis. I løpet av prosjektperioden vokste det imidlertid fram en orientering mot oppdatert teoretisk kunnskap, spesielt knyttet til metodene i sykepleieutøvelsen, og om hvor man kan finne dette.

Prosjektorganisering:

Prosjektveileder: 1.amanuensis Kari Kvigne

Sentral prosjektleder: høgskolelektor Åse Leirvik

Lokale prosjektledere for nettverksgruppene:

- **Sørfylket:** Avdelingssykepleier Morten Einarsrud, Sør-Odal alders- og sykehjem
- Sør-Odal alders- og sykehjem, 2 sykepleiere, èn fra avd. FU og èn fra avd. F1
- Roverudhjemmet, èn sykepleier og èn hjelpepleier (*her har det skjedd utskiftninger i løpet av perioden*)
- Eidskog alders- og sykehjem (*erstattet Grue alders- og sykehjem f.o.m. vinteren 2008/09*), to sykepleiere

- **Midtfylket:** Avdelingssykepleier Frøydis Berg, Ryslingmoen *t.o.m. sommeren 2009*
- Ryslingmoen, èn sykepleier og èn hjelpepleier (*her har det skjedd utskiftninger i løpet av perioden*)
- Moen sykehjem, to sykepleiere og èn hjelpepleier + fagutviklingssykepleier (*her har det skjedd utskiftninger i løpet av perioden*)
- Stange sykehjem, èn sykepleier, og en postvert (*her har det skjedd utskiftninger i løpet av perioden*)

Sykepleierstudentene ved Høgskolen i Hedmark deltar aktivt i prosjektet som en del av sine praksisstudier i 2.semester.

Referansegruppe:

1.amanuensis Kari Kvigne

Koordinator for undervisningssykehjemsprosjektet i Hedmark, Liv Skomakerstuen Ødbehr

Enhetsleder for 1.studieår, Avdeling for sykepleiefag, Høgskolen i Hedmark, Eva Nilsen

Ressursgruppe:

Lærere fra bachelorutdanningen i sykepleie

VEDLEGG 3

TRINN I PROSJEKTET:	HVA ER GJORT?	Hva tenker jeg om det som er gjort? Hva har jeg/ vi erfart? Hva er lurt å gjøre videre?
<p><u>Trinn 1:</u> Identifisere og velge utviklingsområde</p> <p>i løpet av juni 2008</p>		

VEDLEGG 4

Samarbeidsprosjektet mellom Høgskolen i Hedmark,
Institutt for sykepleiefag og seks sykehjem i Hedmark:

”Mat, måltider og ernæring på sykehjem – til beboernes helse, glede, trivsel og livslyst”

Utvikling av kunnskapsbasert praksis på sykehjem innenfor området ernæring
– gjennom etablering av og arbeid i et sykepleiernettverk –

Se Prosjektidè og mål, neste side.

EGENRAPPORTERINGSSKJEMA

MIDTVEISEVALUERING

Fra deltakerne i nettverksgruppene

For å få et best mulig utgangspunkt for dokumentasjonen av det som har skjedd i prosjektet så langt, og for det videre arbeidet, ber vi deg på de neste sidene besvare noen spørsmål.

Data fra spørreskjemaet vil bli behandlet konfidensielt.

Den overordnede målsettingen med denne evalueringen er å få fram erfaringer, og sider ved prosjektet så langt, som vil kunne være styrende for prosjektet videre. Det er viktig å bringe frem det som har vist seg å fungere bra, og det som bør endres i videreføringen.

Tusen takk for ditt bidrag midtveis i prosjektperioden!

Prosjektidè:

Prosjektet skal gjennom samhandling mellom praksisfeltet og sykepleierutdanningen, vise hvordan etablering av og arbeid gjennom to nettverksgrupper bestående av sykepleiere fra totalt seks praksissykehjem, i samarbeid med lærere og studenter fra bachelorutdanningen i sykepleie, kan bidra til utvikling av en mer kunnskapsbasert praksis i sykehjemmene innenfor området mat, måltider og ernæring.

Den overordnede målsettingen er å tilby pasientene ved sykehjemmene best mulig sykepleie innenfor det utvalgte området: mat, måltider og ernæring.

Mål I:

Å øke sykepleietjenesten på sykehjemmene sin kompetanse i å kritisk granske egen virksomhet i forhold til utøvelse av sykepleie overfor pasientgruppen på sykehjem, innenfor det utvalgte området.

Å utvikle sykepleietjenesten innenfor det utvalgte området, med utgangspunkt i beste tilgjengelige kunnskap.

Mål II:

Å styrke samarbeidet, og å bidra til kunnskapsutveksling mellom sykepleierne ved praksissykehjemmene, og med lærerne knyttet til bachelorutdanningen i sykepleie.

Mål III:

Å styrke sykepleierstudentenes praksisstudier, blant annet gjennom at studentene får rollemodeller i sykepleiere på praksisplassen som aktivt og kritisk gransker egen virksomhet, og får mulighet til og erfaring med å delta i et pågående utviklingsarbeid på praksisplassen, der teori og praksis knyttes sammen.

(Fra prosjektbeskrivelsen 2007/2008)

Jeg arbeider vedSykehjem

Jeg har deltatt i nettverksgruppa fra begynnelsen av Ja

Nei

Dersom nei; fra når?

I hvilken grad er du motivert for (fortsatt) deltagelse i nettverket?

- I svært høy grad
- I ganske høy grad
- I ganske liten grad
- Ikke i det hele tatt

Kommentarer: Når jeg opplever det slik, er det fordi at:

I hvilken grad opplever du at prosjektet er forankret i avdelingen din / ved ditt sykehjem?

- I svært høy grad
- I ganske høy grad
- I ganske liten grad
- Ikke i det hele tatt
- VET IKKE

Kommentarer: Når jeg opplever det slik, er det fordi at:

I hvilken grad opplever du at nærmeste leder er engasjert i prosjektet?

- I svært høy grad
- I ganske høy grad
- I ganske liten grad
- Ikke i det hele tatt
- VET IKKE

Kommentarer: Når jeg opplever det slik, er det fordi at:

I hvilken grad mener du at øvrige ansatte er engasjert i prosjektet?

- I svært høy grad
- I ganske høy grad
- I ganske liten grad
- Ikke i det hele tatt
- VET IKKE

Kommentarer: Når jeg opplever det slik, er det fordi at:

Hvordan er øvrige ansatte (forsøkt) engasjert i prosjektet?

Hvilket utviklingsområde ble valgt ved din avdeling i 1.runde?

Hva var grunnen til at akkurat dette området ble valgt?

I hvilken grad er det tradisjon for å utveksle faglige erfaringer ved din avdeling?

- I svært høy grad
- I ganske høy grad
- I ganske liten grad
- Ikke i det hele tatt
- VET IKKE

Kommentarer: Når jeg opplever det slik, er det fordi at:

I hvilken grad mener du at prosjektet så langt har bidratt til å øke sykepleietjenesten sin kompetanse i å kritisk granske egen virksomhet ved din avdeling?

- I svært høy grad
- I ganske høy grad
- I ganske liten grad
- Ikke i det hele tatt
- VET IKKE

Kommentarer: Når jeg opplever det slik, er det fordi at:

Deltok du i opplæringen i datasøking ved bibliotekar gjennom prosjektet?

- Ja
- Nei

Fant dere forskningsartikler som var relevante for din avdelings utviklingsområde i 1.runde?

- Ja
- Nei

Evt. dersom ikke; Hva tror du er grunnen til dette?

Fant dere fagartikler/annen relevant faglig kunnskap som var relevante for din avdelings utviklingsområde i 1.runde?

- Ja
- Nei

Hvilke konkrete tiltak er iverksatt i forhold til mat, måltider og ernæring ved din avdeling så langt?

Hva er den faglige begrunnelsen for at disse tiltakene er iverksatt?
Er disse tiltakene iverksatt på bakgrunn av forskningsbasert kunnskap? Annet?

Annet som har skjedd i din avdeling/ ditt sykehjem som følge av samarbeidsprosjektet:

I hvilken grad mener du at prosjektet så langt har bidratt til å øke kvaliteten på sykepleien til pasientene innenfor området mat, måltider og ernæring?

- I svært høy grad
- I ganske høy grad
- I ganske liten grad
- Ikke i det hele tatt
- VET IKKE

Kommentarer: Når jeg opplever det slik, er det fordi at:

I hvilken grad mener du etablering av og arbeid gjennom et sykepleiernettverk egner seg som en metode for fagutvikling på sykehjem?

- I svært høy grad
- I ganske høy grad
- I ganske liten grad
- Ikke i det hele tatt
- VET IKKE

Kommentarer: Når jeg opplever det slik, er det fordi at:

I hvilken grad mener du at sykepleierstudentene har bidratt positivt inn i prosjektet?

- I svært høy grad
- I ganske høy grad
- I ganske liten grad
- Ikke i det hele tatt
- VET IKKE

Kommentarer: Når jeg opplever det slik, er det fordi at:

I hvilken grad mener du at prosjektet har bidratt til å styrke sykepleierstudentenes praksisstudier?

- I svært høy grad
- I ganske høy grad
- I ganske liten grad
- Ikke i det hele tatt
- VET IKKE

Kommentarer: Når jeg opplever det slik, er det fordi at:

I hvilken grad mener du prinsippene for kunnskapsbasert praksis egner seg som metode for fagutvikling blant sykepleiere?

- I svært høy grad
- I ganske høy grad
- I ganske liten grad
- Ikke i det hele tatt
- VET IKKE

Kommentarer: Når jeg opplever det slik, er det fordi at:

I hvilken grad opplever du at kunnskap fra forskning er nyttig for kvaliteten på tjenesten/praksis?

- I stor grad
- Til en viss grad
- I liten grad
- Ikke i det hele tatt

Kommentarer: Når jeg opplever det slik, er det fordi at:

I hvilken grad mener du prosjektet har økt din forståelse for betydningen av forskningsbasert sykepleie?

- I svært høy grad
- I ganske høy grad
- I ganske liten grad
- Ikke i det hele tatt
- VET IKKE

Kommentarer: Når jeg opplever det slik, er det fordi at:

I hvilken grad opplever du at du kan finne fram til nyttig faglig kunnskap gjennom internett?

- I svært høy grad
- I ganske høy grad
- I ganske liten grad
- Ikke i det hele tatt
- VET IKKE

Kommentarer: Når jeg opplever det slik, er det fordi at:

Hvor ofte har du søkt i en medisinsk eller sykepleiefaglig database?

- Aldri
- 1 gang
- 2-5 ganger
- 6-15 ganger
- MER ENN 15 GANGER

I hvilken grad opplever du at du kritisk kan vurdere informasjonen og informasjonskildene du finner gjennom internett?

- I svært høy grad
- I ganske høy grad
- I ganske liten grad
- Ikke i det hele tatt

I hvilken grad mener du at målene for prosjektet så langt er oppnådd?

- I svært høy grad
- I ganske høy grad
- I ganske liten grad
- Ikke i det hele tatt
- VET IKKE

Hvilke utfordringer mener du er de største med hensyn til det videre arbeidet i prosjektet?

Forslag til endringer:

Hvilke faktorer/ suksesskriterier mener du vil ha betydning for det videre arbeidet i prosjektet?

VEDLEGG 5

7. 0 HENSIKT OG RETNINGSLINJER FOR STUDENTOPPGAVE I 2. SEMESTER

Hensikten er at studentene

- samler data og vurderer egne observasjoner og sykepleietiltak opp mot litteratur, og på denne måten integrerer praksis og teori
- har forståelse for hvordan de universelle egenomsorgsbehov blir dekket hos pasienter på sykehjem
- anvender kunnskaper til å foreslå sykepleietiltak når de universelle egenomsorgsbehov ikke blir dekket
- samler data som er nyttig for et pågående eller fremtidig samarbeidsprosjekt mellom høgskolen og praksisfeltet

Organisering og teknisk utforming av oppgaven

Oppgaven skal fortrinnsvis skrives sammen med medstudent, men kan også løses individuelt. Dette må avklares med lærer.

Studentene vil kunne samle data gjennom hele praksisperioden.

Det skal følges retningslinjer for profesjonell skriving. Det vises til skolens Studieveileder Institutt for sykepleiefag.

APA-standard for referanser, henvisninger og sitater benyttes.

Oppgavens lengde er 5000 ord +/- 10%.

Oppgaven skal leveres veileder etter angitt tidspunkt

Faglig innhold

Fokus for oppgaven er hvordan de universelle egenomsorgsbehovene blir dekket hos pasienter på sykehjem. Med utgangspunkt i en pasient skal studenten samle data om et nærmere angitt universelt egenomsorgsbehov. Studentene skal med bakgrunn i innsamlede data, formulere en eksisterende eller forventet sykepleiediagnose, rettet mot ivaretagelse av det gitte universelle egenomsorgsbehovet. Studentene skal begrunne sykepleietiltak som iverksettes med teori og egne erfaringer slik at pasienten får dekket sitt universelle egenomsorgsbehov.

Studentene skal legge ved forslag/anbefaling til avdelingen for videre fagutviklingsarbeid knyttet til oppgavens tema

Oppgaven bygges på obligatorisk pensumlitteratur. I tillegg skal studenten anvende ca. 50 sider selvvalgt litteratur, hvorav minimum en artikkel som de selv skal søke opp.

Veiledning

Det er skolens lærere som veileder på oppgaven. Hovedveileder kan gi råd i forbindelse med oppgaven. Studenten skal ha 2 obligatoriske veiledninger i løpet av oppgaveperioden hvorav en i storgruppe. Hvis en student ikke har deltatt på veiledning, eller det stilles spørsmål om eierforholdet på oppgaven kan hun/han bli innkalt til muntlig høring på oppgaven.

Evaluering

Oppgaven vurderes til bestått/ikke bestått. For at oppgaven skal være bestått må oppgavens hensikt være nådd, og retningslinjer fulgt.

Hvis oppgaven ikke blir bestått, må hele eller deler av denne omarbeides. Omarbeidet utgave må være bestått innen avtalt tid.

Oppgaven må være bestått for at praksisperioden som helhet skal være bestått, se Studieveileder Institutt for sykepleiefag om studiekraav.

Spørreskjema til studenter

lagt ut på Fronter i juni 2009

1. Jeg hadde min praksisperiode ved

- Sør-Odal alders- og sykehjem
- Roverudhjemmet
- Eidskog alders- og sykehjem
- Ryslingmoen
- Moen alders- og sykehjem
- Stange alders- og sykehjem

2. I hvilken grad opplever du at du som student ble informert om og motivert til å delta i ernæringsprosjektet?

- I svært høy grad
- I ganske høy grad
- I ganske liten grad
- Ikke i det hele tatt

Kommentarer: Når jeg opplever det slik, er det fordi at:

3. I hvilken grad opplevde du at de ansatte ved din praksisavdeling/ ved ditt praksissykehjem var engasjert i ernæringsprosjektet?

- I svært høy grad
- I ganske høy grad
- I ganske liten grad
- Ikke i det hele tatt
- VET IKKE

Kommentarer: Når jeg opplever det slik, er det fordi at:

4. I hvilken grad opplevde du å ha rollemodeller blant sykepleierne i praksis som aktivt og kritisk gransker egen virksomhet med utgangspunkt i beste tilgjengelige kunnskap?

- I svært høy grad
- I ganske høy grad
- I ganske liten grad
- Ikke i det hele tatt
- VET IKKE

Kommentarer: Når jeg opplever det slik, er det fordi at:

5. Brukte du den datasamlingsguiden som var utarbeidet fra skolen når du samlet data om din primærpasient i forhold til behovet for ernæring?

- Ja
- Nei

Dersom ikke; Hva var grunnen til det?

6. I hvilken grad mener du at din primærpasient fikk ivaretatt sine behov innenfor området mat, måltider og ernæring generelt?

- I svært høy grad
- I ganske høy grad
- I ganske liten grad
- Ikke i det hele tatt
- VET IKKE

Kommentarer: Når jeg opplever det slik, er det fordi at:

a) Innen hvilke av områdene (mat, måltider og ernæring) mener du at pasienten i høy grad fikk ivaretatt sine behov?

b) Innen hvilke av områdene (mat, måltider og ernæring) mener du at pasienten i mindre grad fikk ivaretatt sine behov?

7. Hvilke konkrete tiltak i forhold til mat, måltider og ernæring bidro studentene ved din praksisavdeling med i løpet av praksisperioden?

- I løpet av Livsgledeuka?

8. I hvilken grad mener du at sykepleierstudentene har bidratt positivt inn i ernæringsprosjektet?

- I svært høy grad
- I ganske høy grad
- I ganske liten grad
- Ikke i det hele tatt
- VET IKKE

Kommentarer: Når jeg opplever det slik, er det fordi at:

9. I hvilken grad mener du at ernæringsprosjektet har bidratt til god læring og kvalitet på dine praksisstudier?

- I svært høy grad
- I ganske høy grad
- I ganske liten grad
- Ikke i det hele tatt
- VET IKKE

Kommentarer: Når jeg opplever det slik, er det fordi at:

10. I hvilken grad mener du at det har betydning for sykepleierstudenters læring og kompetanseutvikling, å bidra inn i et pågående fagutviklings/forskningsprosjekt?

- I svært høy grad
- I ganske høy grad
- I ganske liten grad
- Ikke i det hele tatt
- VET IKKE

Kommentarer: Når jeg opplever det slik, er det fordi at:

11. Ernæringsprosjektet fortsetter. Med tanke på det videre fagutviklingsarbeidet ved din praksisavdeling:

Hvilket tema innen området mat, måltider og ernæring mener du sykepleietjenesten bør jobbe videre med for å utvikle/ bli (evt. enda) dyktigere på?

12. Dersom du har noen forslag til endring/ forbedring når det gjelder informasjon og gjennomføring av ernæringsprosjektet til studentene i neste runde (kull 121); skriv gjerne disse her:

VEDLEGG 7

Til sykepleierstudenter engasjert i samarbeidsprosjektet "Mat, måltider og ernæring på sykehjem"!

Denne henvendelsen går til dere i kull 120 som har hatt deres praksisperiode i 2.semester ved et av sykehjemmene som er knyttet til ernæringsprosjektet "Mat, måltider og ernæring på sykehjem".

I "Statusrapporten" som er lagt ved denne e-posten, går det fram at prosjektets overordnede målsetting er å tilby pasientene ved sykehjemmene best mulig sykepleie innenfor det utvalgte området: mat, måltider og ernæring. Delmålene er videre konkretisert i tre hovedområder, se rapporten, side 3.

Det skal nå midtveis i prosjektperioden gjennomføres en større evaluering av prosjektet, og det er i denne forbindelse vi nå henvender oss til deg som student.

For å få et best mulig utgangspunkt for å evaluere det som har skjedd i prosjektet så langt, og for det videre arbeidet, ber vi deg besvare noen spørsmål.

Spørreundersøkelsen er lagt ut på Fronter, i rommet Kull 120 INFORMASJON, under mappen praksis. Her finner du spørreskjemaet under mappen Ernæringsprosjektet.

Spørreundersøkelsen gjennomføres anonymt, og data fra spørreskjemaet vil bli behandlet konfidensielt.

Det er viktig å få frem det som har vist seg å fungere bra i prosjektet så langt, og det som bør endres i videreføringen. Derfor er din stemme som student nå viktig!

Vi håper du tar deg tid til å svare på de 12 spørsmålene!

Tusen takk for ditt bidrag inn i ernæringsprosjektet, og dermed også for innspill for å kunne tilby pasientene ved sykehjemmene best mulig sykepleie innenfor området mat, måltider og ernæring!

Vennlig hilsen

Åse Leirvik

Høgskolelektor og sentral prosjektleder

e-post: Ase.Leirvik@hihm.no

VEDLEGG 8

PROSJEKT: MAT, MÅLTIDER OG ERNÆRING PÅ SYKEHJEM
25/11-08

BAKGRUNNSLITTERATUR m.m. *Stadig under utarbeidelse!*

Berg, Grethe (2002). *Til dekket bord*. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens

Bjørneboe & Drevon (2007). *Mat og medisin*. Høyskoleforlaget

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2008). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Gyldendal Akademisk.

Mowe, M. (2002). *Behandling av underernæring hos eldre pasienter*. Tidsskrift for norsk legeförening nr.8.

Sellevold, G.S. & Skulberg, V.B. (2005). *Nok mat, rett mat og trivelige måltider for eldre sykehjemspasienter: et kvalitetssikringsprosjekt*. Undervisningssykehjem Rapport nr. 1/05. Nasjonalt formidlingscenter i geriatri.

Tilgjengelig fra:

http://www.shdir.no/portal/page?_pageid=134,67665&_dad=portal&_schema=PORTAL&_navigation1_parentItemId=937&_navigation2_parentItemId=937&_navigation2_selectedItemId=1084&_piref134_76551_134_67665_67665.dummy=null&_piref134_76551_134_67665_67665_5.articleId=70289&_piref134_76551_134_67665_67665.artSectionId=551

Sortland, K. (2007). *Ernæring – mer enn mat og drikke*. 3.utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Statens ernæringsråd (1995). *Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner*. Universitetsforlaget

Thoresen, L. & Sjøen, R. J. (2008). *Sykepleierens ernæringsbok*. Gyldendal akademisk

Helsedirektoratet (2008) *Kosthold til eldre*.

Tilgjengelig fra: http://www.fristedet.no/ernaering/presentasjoner/kosthold_til_eldre_160384

Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Oppskrift for et sunnere kosthold*. Handlingsplan for et bedre kosthold i befolkningen. Tilgjengelig fra:

<http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/prm/2007/0006/ddd/pdfv/304657-kosthold.pdf>

Nasjonalt råd for ernæring (2006). *Når matinntaket blir for lite...* Forslag til strukturelle tiltak for forebygging og behandling av underernæring.

Tilgjengelig fra: http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00012/IS-1327_12362a.pdf

Nasjonalt råd for ernæring (2005). *Et sunt kosthold for god helse*. Strategisk plan med forslag til tiltak for perioden 2005–2009 skrevet på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Tilgjengelig fra:

http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00006/IS-1259_6467a.pdf

Andre aktuelle nettsider:

- <http://www.helsebiblioteket.no/Geriatri>
- http://www.helse-bergen.no/avd/opplearing_kompetanse/prosjekter/ernaering/retningslinjer/Retningslinjer.htm
- www.helse-og-velferdsetaten.oslo.kommune.no Se ”Ernæring”
- www.dinkost.no Se ”Aktuelt for eldre”
- www.keff.no
- <http://www.fylkesmannen.no/hoved.aspx?m=1166&amid=1858175>

Aktuelle artikler m.m.:

http://www.frifagbevegelse.no/fagbladet/helse_og_sosial/article3615381.ece

Aktuelle hjelpemidler /verktøy m.m.:

Ernæringsjournalen. Tilgjengelig fra:

http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00008/Ern_ringsjournalen_8920a.pdf

Løvåsen sykehjem, undervisningssykehjem (2007). *Veiledningshefte for munn- og tannstell*. For helsepersonell i sykehjem og i hjemmesykepleien.

Tilgjengelig fra: <http://www.undervisningssykehjem.no/doc/Veiledningshefte.pdf>

<http://www.undervisningssykehjem.no/doc/Munnstellkort.pdf>

http://www.undervisningssykehjem.no/?page_id=137

VEDLEGG 9

Brosjyre fra Sjøbstad Helsehus:
Måltidets betydning for helse - og velvære i sykehjem

Tilgjengelig [2/5-10] fra:

<http://www.trondheim.kommune.no/content.ap?thisId=1117640712>

TIL STUDENTOPPGAVEN 2.SEMESTER, KULL 120
KNYTTET TIL PRAKSISPROSJEKTET: "MAT, MÅLTIDER OG ERNÆRING PÅ SYKEHJEM"
6/3-09

DATASAMLINGSGUIDE

Relevant pensumlitteratur:

Kirkevold M., Brodtkorb K., Ranhoff A.H. (2008). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Her spesielt Kap. 10: *Kartlegging* og Kap. 20: *Ernæring, mat og måltider*

Kristoffersen N.J., Nortvedt F. & Skaug E.A. (Red.) (2005). *Grunnleggende sykepleie Bind 1 og 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Her spesielt Kap. 6, Bind 1: *Beslutningsprosesser i sykepleie, Datasamling*.
Og Kap. 11, i Bind 2: *Væske og ernæring*.

Objektive data:

Se også: **Ernæringsjournalen**

Tilgjengelig fra:

http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00008/Ern_ringsjournalen_8920a.pdf

Subjektive data:

Se: **Intervju/ samtaleguide** (neste side)

Intervju/ samtaleguide

OBS: Intervjuguiden inneholder *forslag til spørsmål*..
Tanken er *ikke* at den skal følges slavisk gjennom *èt* intervju,
men at studenten i *samtaler* med pasienten gjennom praksisperioden
(evt. med den som kjenner pasienten best)
fanger *pasientens egne opplevelser og tanker*
relatert til temaene.

Studentene må spesielt sette seg inn i pensumlitteraturen om *Intervju og samtale*:

Her spesielt:

Kirkevold m.fl (2008). *Geriatrisk sykepleie*.

Kap. 10: *Kartlegging* : Om Intervju og samtale side 115,

Etiske og metodologiske utfordringer og Livshistoriefokusert datasamling side 120- 122.

Kristoffersen N.J., m.fl. (Red.) (2005). *Grunnleggende sykepleie Bind 1*.

Kap. 6: *Beslutningsprosesser i sykepleie*, Om datasamling, og spesielt om Samtale s. 200-201

+ Kap.5: *Relasjonen mellom sykepleier og pasient* generelt.

- **Egen funksjonsevne og helse**

Hvordan er matlysten din for tiden?

Er dette som det pleier å være, eller har noe endret seg i det siste?

Evt Dersom du har dårlig matlyst, hva tror du er grunnen til det?

Dersom du spiser for lite, hva mener du er grunnen til det?

Har du noen plager som gjør at det er vanskelig å tygge eller svelge maten?

Har du noen plager eller smerter i munnen?

Når vil du helst pusse tennene dine?

Hva er viktig for deg å gjøre selv under et måltid?

Hvordan opplever du det å være avhengig av hjelp?

- **Måltidsorganisering**

Når føler du deg mest sulten, på morgen, på dagtid eller på kvelden?

Når spiser du helst frokost?

Er det mange nok måltider synes du?

Er du fornøyd med tidspunktene for de ulike måltidene?

Synes du det er hyggelig å bli servert mat på sengen?

- **Fysisk miljø**

Foretrekker du å spise maten din på rommet, eller i fellesrom?

Hvordan opplever du måltidene på sykehjemmet?

Hvordan er det rundt deg under et måltid? Hva er det viktigste for deg under måltidet?
(stikkord: Ro - estetikk – hygiene...)

Er det noe du savner? Noe du kunne ønske var annerledes?

- **Psykososialt fellesskap**

Hvem ønsker du å spise sammen med?

Er selskap (samtale?) under måltidet viktig for deg?

Opplever du at måltidene er sosiale? Opplever du fellesskap under måltidene?

Opplever du samhold rundt bordet?

Ser du fram mot måltidene?

Er det noe du kunne ønske var annerledes?

- **Omsorg og respekt**

Liker du helst å få maten servert eller vil du helst forsyne deg / smøre på selv?
Blir du spurt *om* du vil ha mat/ middag?
Blir du spurt *om hva* du vil ha på maten?
Hvilke tanker gjør du deg om personalet sin rolle / oppgaver under måltidene?
Hva hjelper personalet deg med før / under / etter et måltid?
Får du den hjelpen du synes du trenger? *Når* du trenger den?
Er det noe du kunne ønske var annerledes?

- **Mat/ Mathistorie**

Hva pleide du å spise når du var barn?
Fikk du nok mat? Opplevde du at du måtte legge deg om kvelden å være sulten?
Likte/er du å lage mat?
Er det noen type mat du liker spesielt godt? Hva er det beste du vet å spise?
Hva liker du ikke?
Hvor viktig er ”sunn” mat for deg?
Hva synes du om kostholdet på sykehjemmet?
Hvordan smaker maten her på sykehjemmet?
Blir du mett av den maten du får?
Er det noen type mat du savner?

Er det noe annet det er viktig for oss å vite om når det gjelder dine matvaner / dine ønsker og behov?
Kan du eller dine pårørende komme med forslag om endringer til noen?

Denne guiden er utarbeidet bl.a. etter idè, og med inspirasjon fra ”Ernæringsprosjektet” i Bærum kommune, og hovedfagsstudiet til Melheim, B.G (2004). *Å gå til duk og dekke bord : eldre og matkultur i sjukeheim /* Se også sekundærartikkel i Sykepleien forskning nr.4, 2008; 3:212-219; *Pasientopplevelser av måltidsfelleskap i sykehjem.* Også publisert i Klinisk Sygepleje; 21:2, 26-34.

VEDLEGG 11

Eksempler på hva som skjedde ved de ulike sykehjemmene i 1.runde ¹²

Konkrete tiltak og resultater i forhold til det valgte utviklingsområdet - og den overordnede målsetting:	
Sykehjem 1	<p>Samlet pasienter som "passer sammen" rundt samme bord, urolige pasienter har blitt forsøkt skjermet Flyttet et spisebord til mer skjermete omgivelser. Mer kos rundt bordet i form av samtaler. Måltidene tar lengre tid – det har med trivsel å gjøre Pleiepersonalet er blitt mer bevisste på egen "bråkete" atferd Triveligere rom Pynting av matbrett og traller Mer valgfrihet i forhold til frokost, flere pasienter har anledning til å smøre brødmat selv. Mer ønskekost Mellommåltider (Smoothie) Innført Tilbud om Drikke mellom frokost og lunsj Drikketralle Bakedager</p> <p>Hovedkjøkken har gått tilbake til "gammel" drift, lager nå mat som blir servert samme dag. Dvs. Kjøkkenet har snudd om mht kjøll/varm Kjøkkenet imøtekommer ønsker i fra avdelingen i større grad</p> <p>Hygiene: dispenser v/matsalen</p>
	<p>Eksempler på annet som har skjedd/ andre resultater:</p> <p>Motiveringsdag m/ ernæringsfysiolog ga et løft + Hospiteringsbesøk til Stange Lagt inn ikoner til Helsebiblioteket på oppstartssiden på PC`n</p> <p>Mer faglig bevissthet på ernæring og matsituasjoen Det har skjedd noe med holdningene til personalet (spesielt på den ene avdelingen) For eksempel er det ved den ene avdelingen innført faglige rapportmøter m/ gjennomgang av pasientenes behov</p>
	<p>Mye fokus på ro rundt måltidene Ro rundt matbordet. En av betjeningen sitter v/bordet under måltidet. Bruker lang tid på måltidet. Nytt langbord der alle kan sitte samlet under måltidene. <i>Duker, lystemaker, Pynt på bordet.</i> <i>Mer grønt på middagsfat Laget Motti – mat pas. kjenner</i> Mye fokus på å la beboerne delta aktivt under måltidene, smøre maten selv, helle i kaffe og melk selv osv. <i>lette kaffekanner- slik at pas. kan servere selv. Velger pålegg selv.</i></p> <p>Personalet er mer bevisst på hva som serveres. For eksempel oppdelt frukt/ drikke i stedet for kaffe på formiddagen. Mer frukt – smoothies og grønnsaker</p>
Sykehjem 2	

¹² Tabellen viser **eksempler på tiltak**, og konkrete resultater av det som skjedde. Dvs. dette er ingen utfyllende redegjørelse for hva som skjedde ved det enkelte sykehjem. Datamaterialet tabellen bygger på er nettverksmedlemmenes egenrapporteringsskjema, materiale fra Dialogkonferansen 4.juni, og referater o.l. gjennom prosjektperioden.

	<p>Eksempler på annet som har skjedd/ andre resultater:</p> <p>Sykehjemmet har i løpet av perioden fått ny leder , og det arbeides aktivt for å motivere / og med holdningene i personalgruppen. Det har skjedd en holdningsendring i positiv retning! Ansatte på avdelingen er opptatt av ernæring. Det jobbes aktivt for å få postverter (som ved sykehjem 6)</p> <p>En av nettverksmedlemmene har fulgt videreutdanning i veiledning og coaching, og skrev sin eksamensoppgave om refleksjon og/bevissthet i personalgruppene knyttet til prosjektet. Planlagte refleksjonsgrupper er ikke satt ut i praksis enda pga. sv.perm.</p>
<p>Sykehjem 3</p> <p>Kom først inn i prosjektet ved nyttår 2009</p> <p>Sykepleierstudentene hadde ikke sine praksisstudier ved disse avdelingene</p>	<p>Vi har blitt flinkere å tenke på å gi drikke og gjøre det koselig rundt måltidet i sin helhet. Vi har det koseligere rundt måltidene. Pasientene får oftere tilbud om drikke og evt. annet (frukt og lignende.)</p> <p>Vi har mer struktur under middagen, da en har ansvaret for utdeling av middag, og er den eneste som står over den varme maten og har den på tallerkener. Dette er også positivt mht hygiene.</p>
<p>Sykehjem 4</p>	<p>Fokus på måltider – hygge. Presenterer maten bedre. Ro v/ måltider. Har startet opp med frokostbuffet nær beboerne der de får mulighet til å velge pålegg og hva de vil ha å drikke. Beboer får frokost med en gang etter morgenstell. <i>Stell --- til stua – gjøre seg ferdig med beboeren, så hjelpe neste. Roligere, mer harmonisk nå når ikke alle må opp til frokost</i></p> <p>Kuttet ut alle smekker og erstattet med tøyservietter <i>Alltid kaffe i korr. til pårørende</i></p> <p>Skiller hverdag / helg Pynter bordene med hvite duker og stettglass på søndager. Og med tøyservietter i serviettringer. <i>Markere helg med friske blomster hver fredag</i> <i>Mellommåltider</i> <i>Nattmåltider</i></p> <p>Eksempler på annet som har skjedd/ andre resultater:</p> <p>Holdningsendring bl. ansatte Mange pleiere er blitt mer bevisste på hvordan maten presenteres og på hvordan matsituasjonene utføres</p> <p>Hospitering til Fagerborghjemmet – 12 pers. dro dit --- skapte inspirasjon/ engasjement! Også deltatt ved ernæringskurs i Oslo (KBP)</p>
<p>Sykehjem 5</p>	<p>Demente pasienter som tidligere satt i oppholdsrom utenfor spisesalen ved måltider, for å ta hensyn til mer oppegående pasienter i spisesalen, ble flyttet til en mer egnet spiseplass, hvor de ikke blir forstyrret av ansatte som går forbi osv. Noen tar nå initiativ til å spise mer selv (ikke bare mates) og noen spiser mer. Måltidene går raskere. Ansatte er også mer bevisst på plassering av pasienter ved bordet i spisesalen, og der er det også en mer rolig og harmonisk stemning under måltidene nå. Alle pasienter har bordkort med sitt navn på, og de fleste pasienter har faste plasser ved bordet. Trivselen og matlysten rundt bordet har økt.</p> <p>For å forkorte antall timer fra kveldsmat til frokost, blir pasientene fulgt til sine plasser av pleier når de har fått stelt seg om morgenen, og blir med engang tilbudt drikke. Når kjøkkenpersonal er ferdig med smøring av mat til pasienter på rom, får de mat fortløpende ettersom de står opp. Ved å tilby drikke med engang øker antall ml drikke i løpet av en dag. Pasientene får nå selv bestemme pålegg på brødmat. Brødet blir satt på bordet og pasientene kan forsyne seg så mange ganger de måtte ønske, også av kjeks.</p> <p>Ved at pasienten selv får bestemme hvor mye brød og pålegg de ønsker, har vi sett at pasienter forsyner seg mer. Selvbestemmelsesretten, altså at pasientens autonomi blir tatt hensyn til, har gitt et positivt resultat under måltidet.</p> <p>Mindre stress. Roligere. Pasientene får velge mer selv. Matinntaket har økt</p> <p>Det serveres oftere frukt og drikke på formiddagen nå enn tidligere. Mindre kjeks/ kaker og kaffe på formiddagen. Det er innført frukt/ smootie mellom frokost og middag</p> <p>Det er utarbeidet et "matkort" som pasient og pårørende fyller ut ved innkomst eller på pårørendemøtet.</p>

	<p>(Etter inspirasjon fra Bærum) Fokus på å få fram hva de IKKE liker Har også så smått begynt å kartlegge pasientenes BMI.</p> <p>Eksempler på annet som har skjedd/ andre resultater:</p> <p>Personalet er blitt mer kritisk/ bevisst – bl.a. pga diskusjoner, mer kritiske spørsmål, + at personalet har fått komme med løsninger, gode ideer. Virker som ansatte har blitt mer engasjert i matsituasjonen og problemstillingene vi har. Har engasjement til å utføre endringer, større grad av interesse for å evaluere tiltak fortløpende og kunne se endringer til det bedre. Istede for å gå tilbake til gamle vaner.</p> <p>Har fått med en hjelpepleier inn i prosjektet. Hun skal for det meste hjelpe til å få gjennomført nye rutiner i avd. hjelpe meg med å informere og inspirere våre kollegaer. Ønsker å kjøpe en stor smootiemaskin</p> <p>Har avholdt en fagdag om ernæring til eldre. Foreleser var Laila Dufseth. Det var 52 stk som deltok. Det ble en inspirerende dag. <i>Positivt. Inspirasjon. engasjement</i> <i>Også en ansatt fra kjøkkenet med</i></p> <p>Spl.studentene fikk utlevert samme spørreskjema som studentene i fjor fikk. 75% besvarte spørsmålene. Studentene i år var mer fornøyde enn studentene i fjor.</p>
<p>Sykehjem 6</p> <p>Sykepleierstudentene hadde ikke sine praksisstudier ved disse avdelingene.</p> <p>Bidro med å svare på et lokalt utarbeidet obs.skjema</p> <p>Se egen rapport</p>	<p>Postvertfunksjon startet i de to avd. ved samme tid som prosjektstart. (En av deltakerne i nettverksgruppa innehar denne funksjonen) <i>Sett på matkort</i> <i>Frokost dratt ut i tid</i></p> <p>Mating på rommene først slik at personalet blir på stua under måltidet. Medisiner blir delt ut før måltidet Ansatte har mer tid til å sitte ned med pasientene Sammensetningen av pasienter har blitt forandret--- <i>skjerming</i> <i>Langbord</i></p> <p>Over halve avd. smører sin egen frokost <i>Være med å bestemme</i> . Mer tilbud om frukt. Smoothie blir mer brukt (<i>smootiemaskin i hver avd.</i>) <i>Berikelse av maten</i> Flere bruker ernæringsdrikke. Tilskudd av proteinpulver blir mer brukt til de syke <i>Nå mer raspolje, yoghurt, ruskakli</i></p> <p>Flere måltider; sen kveld, nattmat og tidlig mat. Senkveldsmat og morgenmattilbud til de aktive og de som vil ha. En avdeling har begynt med trim mellom frokost og formiddagskaffe hver dag .</p> <p>Eksempler på annet som har skjedd/ andre resultater:</p> <p>Fagdag med klinisk ernæringsfysiolog Laila Dufseth. Stor oppslutning, 54 påmeldte. Vellykket og positivt resultat. Kost og ernæringsstatus til hver enkelt bruker blir satt i fokus, og vi ser at det nytter på sikt. Bl.a. med tilskudd for enkelte brukere. spes. protein og sårheling.</p> <p>Et godt samarbeide ikke bare blant sykepl. men også omsorgsarb/fag-arbeidere.</p> <p>Vi har satt fokus på kunnskapsbasert praksis på sykehjemmet i flere prosjekter.</p> <p><i>Gode svar fra studenter:</i> <i>Sist: smakløs mat / urolig Nå: Mer delikat mat / bedre nå</i> <i>Også etter svar fra studentene: Hygiene: Setter opp dispenser v/matsalen</i></p>

VEDLEGG 12

Eksempler på bidrag fra sykepleierstudentene i forhold til den overordnede målsetningen i løpet av praksisperioden – inkludert Livsgledeuka ¹³

- Vi hadde ansvar for å dekke behovet for ernæring til våre primærpasienter.
- Vi fulgte opp våre pasienter godt.
- Vi dokumenterte hvor mye pasientene spiste, hva de veide, hva de likte, hva de ikke likte, hvordan man kunne tilpasse måltidene til den enkelte pasientene
- Målte vekt og høyde, regnet ut BMI.
- Vi bidro til et godt miljø rundt matbordet
- Vi hadde fokus på trivsel ved måltidene.
- Prøvde å lage god stemning og hygge ved måltidene (Pynte osv). f.e.ks å tenne lys og være sammen med pasientene under matsituasjonen
- Vi satt hos de pasientene som var på rommene under måltidene imens de spiste, slik at heller ikke dem skulle sitte alene under måltidene.
- Vi laget frokosten
- Vi tok oss tid til å skjerme pasienten for unødvendig uro rundt måltidssituasjonene og å servere maten porsjonsvis. Dette gjorde at pasienten ikke ble distraheret, og fikk konsentrert seg om å spise. Vi erfarte at for mye ulik mat på tallerkenen gjorde at det var vanskelig for pasienten å få spist. Klarte liksom ikke å 'komme i gang' med måltidet.
- Vi laget velling av og til, både til kvelds og frokost. Vi oppdaget bl.a. at enkelte syntes havregrøt med sukker på var svært godt, og at matinntaket da i perioder økte noe. Ellers var yoghurt, frukt og fete oster på kjeks populært blant mange av de eldre.

- Vi lot pasientene få langt større valgfrihet i forhold til pålegg på brødmaten. Er nok lett å bli fastkjørt i lappene som fantes på trallene.
- Vi serverte pasientene mer/ ekstra drikke, og tilbydde dem å smøre selv, eller å la dem velge pålegg selv. Vi forsøkte å variere maten og pålegget.
- Vi pyntet maten med agurk, tomat og paprika.
- Vi forsøkte å gjøre måltidene mer innbydende og å tilby de som var matleie flere alternativer.
- Vi så til at maten så innbydende ut, og at pasienten fikk den mengden den selv ville ha. La alt til rette for at de skulle velge selv. Prøvde å oppfylle alle matønsker.
- Sørget for at de hele tiden hadde drikke tilgjengelig.
- Vi laget fruktdrikker. Lagde smoothie`s til de pasientene som hadde dårlig matlyst.
- Vi serverte Smoothie til alle etter trimmen.
- Vi ga de mellommåltider med frukt, og gikk med påfyll av drikke flere ganger om dagen.
- Vi bakte kaker selv, som ble servert til kaffeserveringen
- Bakte rundstykker som ble servert nystekte til kvelds. Hadde mye kos med vafler.
- På kveldsvakter fredagskveldene dekket vi bordene med hvite duker og levende lys, for å øke trivselsfaktoren
- Vi spiste ute. Vi hadde beboerne med ut på tur, med enten kaffe og kaker, eller vi grillet pølser.

¹³ Oversikten bygger på datamaterialet fra spørreundersøkelsen blant sykepleierstudentene i Kull 120.

- i løpet av **Livsgledeuka** ble det arrangert fest ved mange av sykehjemsavdelingene:

- Vi arrangerte en vårfest for alle pasientene ved sykehjemmet, hvor vi serverte god mat, og hadde underholdning. Pasientene fikk tilbud om noe godt å drikke, og vi hadde pyntet opp lokalet og hjulpet pasientene med å pynte seg. Vi hadde laget innbydelser, og pratet om festen en stund før, slik at de kunne glede seg
- I Livsgledeuka hadde vi fest for pasientene. Der fikk de servert helt annen mat og drikke enn det de er vant til. Nesten alle pasientene fra hele sykehjemmet satt samlet, og det var god stemning.
- Vi lagde fest med langbord og god mat. Det ble et festmåltid med pyntet bord, og med andre drikkevarer enn bare vann til maten
- Pasientene fikk gryterett, ris, og salat med vin eller øl til. Dette var noe litt utenom de vanlige rutinene. De storkoste seg. Det var utrolig gøy og givende å være en del av det. Små ting man gjør annerledes kan utgjøre en stor forskjell!
- Studentene laget en fin fest hvor det ble servert fersk suppe, kaker og kaffe og det var også underholdning i form av trekkspillklubben og sangkor. Sosiale rammer har også mye å si for inntak av mat og drikke!

Det som gjorde mest inntrykk på meg var når en av pasienten reiste seg opp (var så vidt han klarte å stå, satt i rullestol) og holdt takketale til oss. DET var sterkt!

Det skjedde også mye annet i løpet av **Livsgledeuka**:

- Lagde masse ekstra god mat denne uka. Gode desserter som tilslørte bondepiker, sjokoladecake eller bløtekake til kaffen.
- Vi lagde mye mat og sørget for at de hadde gode opplevelser rundt måltidene..at det var koselig og appetittlig.
- I livsgledeuka hadde vi fokus på spesiell mat fra gamle dager som kunne frembringe minner
- Vi la vekt på å skape glede ved sosiale sammenkomster, gjøre ting i fellesskap, som å bake boller (hvor pasientene penslet og strødde sukker på bollene)
- Vi bakte, laget smoothie, skjærte opp frukt.
- Forsøkte å øke lystfølelsen ved å bake i avd. slik at lukten av kake o.l skulle bre seg
- I Livsgledeuken lagde vi felles kveldsmat, vi pyntet bordet, og vi forsøkte å skape en god og avslappet situasjon rundt måltidene.
- Vi hadde trimrunder midt på dagen som oppmuntret til fysisk aktivitet og som igjen kunne føre til økt matlyst.
- Vi hadde pasientene med ut på kafè hvor de kunne treffe andre mennesker og fikk litt andre omgivelser, og hvor de fikk spise det de ville.
- Hadde med god matpakke på besøk i barnehage, spiste sammen med ungene ute i det fri.
- Vi hadde besøk av barna fra barnehagen. Da serverte vi saft og nybakte boller.
- La vi vekt på turer ut og at de skulle få oppleve noe. Vi la vekt på å gjøre noe utenom det vanlige, som å grille og gjenskape gamle minner. Hadde flere utflukter ut med enten grilling, eller kaffe og kaker.

Oversikt over studentenes anbefalinger til utviklingsområder i neste runde, gjennom deres praksisoppgaver, til de ulike praksissykehjem.

Studentenes anbefaling	
Sykehjem 1	<p>Fokus på dokumentasjon av ernæringstilstand. Vektutvikling, men også andre relevante data som nedsatt matlyst, tannproblemer, tygge/svelge problemer, munnsårhet, munntørrehet, kvalme, oppkast, forstoppelse, diaré, ødemer, bevegesproblemer, spiseproblemer, og synsproblemer. Individuelt tilpassing</p> <p>Fokus på tiltak ved underernæring. Trenger flere ernæringsdrikker?</p> <p>Organiseringen ved måltidene kan bli bedre. Ta seg bedre tid! Samarbeid! Å bruke smekke er nedverdiggende! Det går for lang tid mellom dagens siste og dagen første måltid!</p> <p>Unngå småspising av sjokolade osv. Bruke mer frukt. Frukt som mellommåltid Mer fysisk aktivitet! OBS pasienter med svelgproblematikk, og kognitiv og funksjonell svikt</p> <p>Økt fokus på munnhygiene. Tilby munnstell før frokost!</p>
Sykehjem 2	<p>Tenke forebygging mht underernæring! Variasjon, og ønskekost. Økt aktivitet fører til økt matlyst. Smoothies. Bakedager.</p> <p>Fokus på ernæringsjournal, matlister, drikkelister og diureselister for å få en kontroll Individuell tilpassing Pass på nok drikke --- OBS dehydrering! Øke drikkeinntaket! Vurdere ernæringsdrikker Obs tannstatus Obs tygge- og svelgproblematikk</p> <p>Tenke forebygging også av Obstipasjon</p> <p>Flere ansatte på jobb.. Økt bemanning!</p>
Sykehjem 3	<p>Pasientene må få rimelig valgfrihet i forhold til mat. Frukt som mellommåltider</p> <p>Spesielt fokus på den sengeliggende pas.</p> <p>Matkortene må gjennomgås jevnlig! Det bør være samme person som deler ut, som henter brettet inn igjen.</p> <p>Sette seg inn i nyere teori i forhold til kost og ernæring ved diabetes</p> <p>Kartlegging av KMI. Føre ernæringsjournal. Kontrollere jevnlig Ta i bruk drikke og kostregistreringsskjema, og så sette inn riktige sykepleietiltak!</p>
Sykehjem 4	<p>Kartlegge / registrere KMI /ernæringsstatus. Dokumentasjon Bruke ernæringsjournalen</p> <p>Bruke tid sammen med pas. Spise sammen med pasienten Bedre tilrettelegging for den enkelte pasient. Individuell tilpassing Organisering m.m. under måltidene. Sammensetningen av pasienter under måltidene Dialog mellom personalet. Sykepleiernes undervisnings ansvar Bedre dialog med kjøkkenpersonalet</p> <p>Mer gjennomtenkt bruk av lett-produkter Hensyn til når medisiner skal gis</p>

	<p>Måltidsrutiner</p> <p>I stedet for tre hovedmåltider, frokost klokken ni, middag klokken ett og kveldsmat klokken seks, kan man prøve å dele opp måltidene til litt mindre måltider men oftere. Det går mange timer fra kveldsmaten til frokost!</p> <p>Personalets holdninger og handlinger</p>
Sykehjem 5	<p>Løfte fram at dette er et undervisningssykehjem. Fokus på faglighet / kompetanseheving. Dette har skjedd i forhold til områdene ernæring og demens. Fortsette slik.</p> <p>Hevet kunnskapsnivå / kurs</p> <p>Kartlegging Dokumentasjon: Sykepleieplaner, Ernæringsjournal</p> <p>Tiltak må individualiseres Ønskekost. Sette opp liste over hva pasienten <u>ikke</u> ønsker</p> <p>Organisering / fordeling av arbeidsoppgaver under måltidene.</p> <p>Samkjøre matserveringen – spesielt middagen</p> <p>Skape hjemmefølelse rundt matsituasjonen. Riktig plassering. Ro.</p> <p>Gjøre bordet innbydende. Pynte.</p> <p>Riktig temperatur på maten, riktig konsistens slik at den ser fristende ut, lukter godt</p> <p>Servere måltider ofte nok</p> <p>Alltid tilgang på frukt og grønt frukt på kaffebrønnen. Bruke grove kornprodukter, riktig fett, Evt. tilskudd</p> <p>Mer gjennomtenkt bruk av lett-produkter</p> <p>Tiltak som blir bestemt må lojalt følges opp av <u>alle</u>.</p>
Sykehjem 6	<p>Studentene her hadde ikke praksis ved avdelingene som har representanter i nettverksgruppa.</p> <p>Studentene ble isteden engasjert gjennom et lokalt utarbeidet observasjonsskjema</p>

PROBLEMSTILLINGER pr. november 2009

Dette er ikke endelige problemstillinger,
men slik de var formulert ved ”søkedagene” 24/11 og 25/11

SØRFYLKET

Sør-Odal:

Hvordan kan vi bidra til bedre ernæringstilstand for underernærte pasienter på sykehjemmet?

Eidskog:

Hvilke typer mellommåltider bør vi gi for å bedre ernæringstilstanden til pasientene på sykehjemmet?

Roverudhjemmet:

Hvordan kan vi opprettholde ro og trivsel rundt matbordet?

MIDTFYLKET:

Moen:

Hvordan kan (bruk av ernæringsjournal bidra til å) forebygge underernæring hos pasientene på sykehjemmet?

Ryslingmoen:

Hvordan kan vi forebygge underernæring hos beboerne på sykehjemmet?

Stange:

Hvordan kan ernæring bidra til å forebygge obstipasjon hos eldre i sykehjem?