

Døgnrytme og sengeopphold i sykehjem.

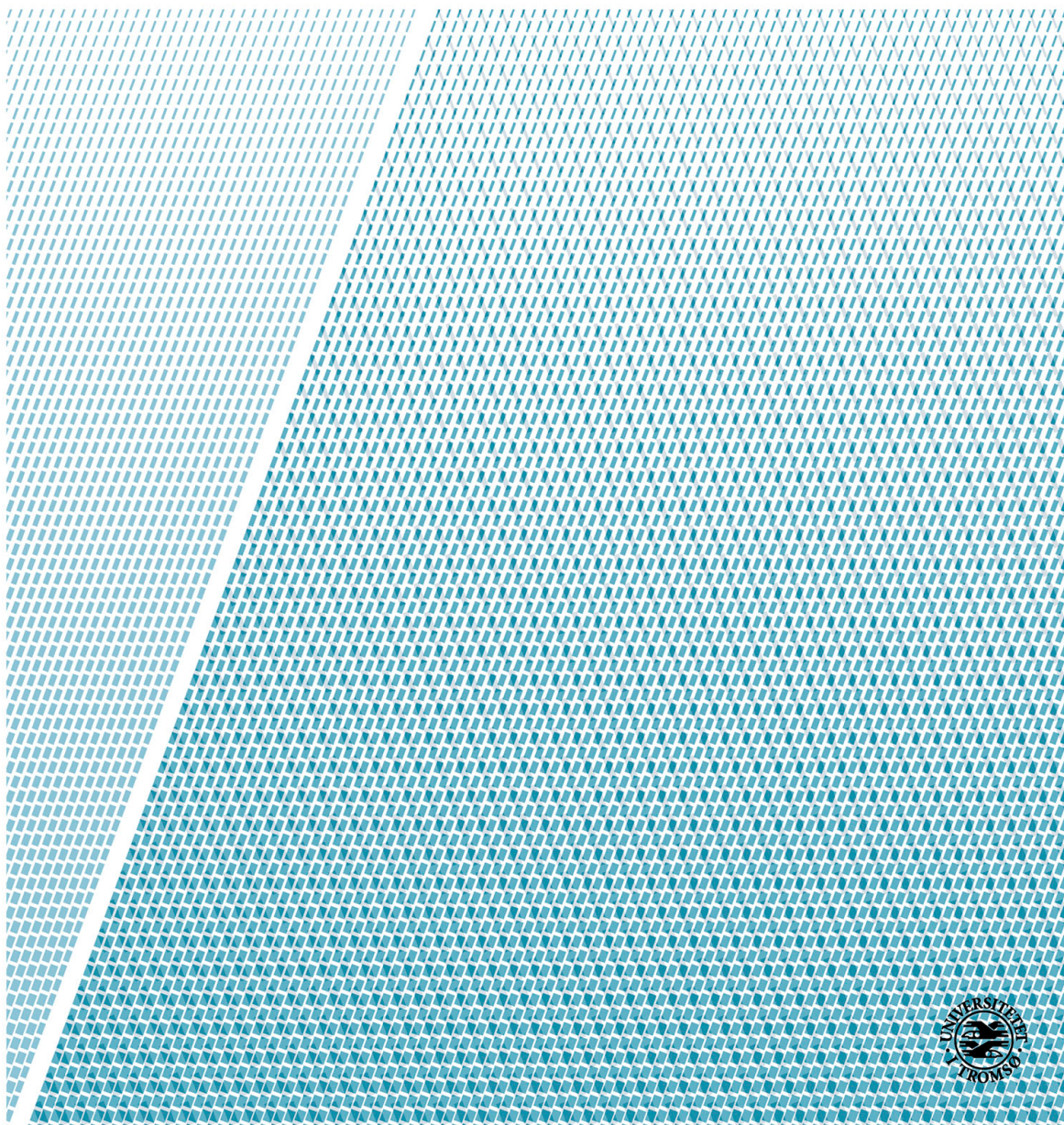
Pleieres refleksjoner om forhold som påvirker sykehjemsbeboeres døgnrytme og sengeopphold, og hvordan selvbestemmelsen kommer til uttrykk i dette.

Kjersti Hagen

Masteroppgave i helsefag, studieretning Helse- og omsorgstjenester for eldre.

Mai 2015

Antall ord: 24977



SAMMENDRAG

Bakgrunn for studien og studiens hensikt:

Gjennom arbeid på sykehjem har jeg erfart at sykehjemsbeboere ofte har redusert med- og selvbestemmelse rundt døgnrytme og sengeopphold. I tilknytning til dette har jeg undret meg på hvorvidt det gjøres skjønnsmessige og faglige vurderinger for hvorfor en beboer legges eller taes opp. Ønske om bevisstgjøring rundt emnet, danner bakgrunn for studien som denne oppgaven bygger på. Hensikten med studien min var å få mer kunnskap om hvilke refleksjoner pleiere gjør rundt forhold som påvirker døgnrytmen og sengeopphold på sykehjem i Norge, og hvordan selvbestemmelsen kommer til uttrykk i dette.

Problemstilling:

Hvilke forhold påvirker sykehjemsbeboeres døgnrytme og sengeopphold, og hvordan kommer selvbestemmelsen til uttrykk i dette?

Teoretisk referanseramme:

Teorikapittelet starter med teori om den aldrende pasientens endringer og behov tilknyttet døgnrytme, sengeopphold, søvn og hvile. Videre følger teori om sykehjem som hjem eller institusjon, autonomi og faglig skjønn. Forskningen omhandler blant annet forhold som påvirker sykehjemsbeboeres døgnrytme og sengeopphold, samt selvbestemmelse angående dette. Forskningen spenner i tidsrom fra 1997 til 2014, er både kvalitativ og kvantitativ (også kombinasjon innad i enkelte studier) og fra Norge og andre land.

Metode:

Studien har en kvalitativ tilnærming, med bruk av dybdeintervju som hovedkilde til datainnsamling. Fire hjelpepleiere fra en langidsavdeling ble intervjuet. Datamaterialet ble analysert med en hermenetisk innfallsvinkel og en egen analysevei inspirert av både Tjora og Malterud.

Funn:

Studien viser at det er fire hovedtema som representerer forhold som påvirker sykehjemsbeboeres døgnrytme og sengeopphold; 1) grunnleggende behov, 2) organisatoriske og systembetingede forhold, 3) alder og helsetilstand, og 4) pleiere og annet

nettverk. Organisatoriske og systembetingede forhold tar òg for seg sykehjem som hjem hvor beboeren er i fokus, og selvbestemmelsen rundt døgnrytme og sengeopphold ser ut til å være stor. Overordnet funn viser likevel kompleksiteten i hvordan forholdene påvirker hverandre, slik at selvbestemmelsen ikke nødvendigvis alltid legges til grunn for avgjørelser rundt beboernes sengeopphold og døgnrytme.

Konklusjon:

Studien viser kompleksitet rundt forhold som påvirker sykehjemsbeboeres døgnrytme og sengeopphold. Selvbestemmelsen er derfor ikke alltid styrende i avgjørelser rundt døgnrytme og sengeopphold, selv om ønske og holdning til å fremme dette ligger til grunn hos pleiere. Kompleksiteten viser i tillegg behovet for at pleiere gjør gode skjønnsmessige vurderinger, når de i en hektisk arbeidshverdag skal prøve å imøtekomme sykehjemsbeboeres ulike preferanser og behov. Studien kan bidra til bevisstgjøring rundt sykehjemsbeboeres rett på selvbestemmelse, her eksplisitt uttrykt rundt døgnrytme og sengeopphold. Videre forskning kan undersøke beboeres refleksjoner om forhold som påvirker døgnrytme og sengeopphold i norske sykehjem, eksempelvis ved å undersøke nærmere funn om aktivitetsnivå. Det kunne også være interessant å gå i dybden på hva pleiere legger til grunn for faglige vurderinger hos den aldrende pasient.

Nøkkelord:

Sykehjemsbeboer, døgnrytme, sengeopphold, selvbestemmelse, faglig skjønn

SUMMARY

Background and aim of the study:

Working as a nurse in a nursing home, I have gained experience within a nursing system that practices reduced autonomy among residents when it comes to circadian rhythm and time spent in bed. Related to this observation, I have wondered to what extent decisions as to when a resident receives help to get up from or go to bed are based on professional assessments. My wish for a raised awareness of this issue forms the background for the study which this thesis is based on. The aim of my study was to explore caregiver's reflections regarding factors affecting circadian rhythm and time spent in bed in Norwegian nursing homes, and what role the individual's autonomy play in this regard.

Research question:

Which factors affect resident's circadian rhythm and time spent in bed in nursing homes, and what role does the individual's autonomy play in this regard?

Theoretical framework:

The theory chapter begins with a description of the changes and needs of elderly patient's related to circadian rhythm, time spent in bed, sleep and rest. Next follows a discussion of nursing homes as homes or institutions, autonomy and professional judgement. The research investigates factors affecting residents' circadian rhythm and time spent in bed and their autonomy regarding this issue. The research is based on both qualitative and quantitative data collected in the period from 1997 to 2014 from both Norway and other countries.

Method:

The study uses a qualitative approach by employing semi-structured interviews in data collection. Four enrolled nurses from one long term unit were interviewed. The data was analyzed with a hermeneutical approach and my own method of analysis inspired by both Malterud and Tjora.

Findings:

The study reveals four main areas affecting the nursing home resident's circadian rhythm and time spent in bed: 1) basic needs; 2) organizational and system contingent conditions, 3) age and health, 4) and caregivers and others. Organizational and system contingent conditions examine the nursing

home as a home where the resident is in focus, and in this regard their autonomy regarding circadian rhythm and time spent in bed appears to be large. Overall findings, however, show the complexity of how factors affect each other. Findings show that autonomy does not always form the basis for decisions related to residents' time spent in bed and circadian rhythm.

Conclusion:

The study shows the complexity of factors affecting residents' circadian rhythm and time spent in bed. In that aspect self-determination is not always dominant in decisions about circadian rhythm and time spent in bed, despite the carers desire and attitude to promote this. In addition, the complexity clearly reveal the need for caregivers to be able to make good professional judgement calls when they in a busy workday have to accommodate the individual resident's different preferences and needs. The study could raise awareness of residents' rights to self-determination, here explicitly expressed with regards to their circadian rhythm and time spent in bed. Further research could explore the resident's reflections regarding factors affecting circadian rhythm and time spent in bed in Norwegian nursing homes, for example through exploring the findings of activity level. Another interesting aspect for further in-depth study could be the caregiver's foundation for professional judgement calls regarding the aging patient.

Keywords:

Nursing home residents, circadian rhythm, time in bed, autonomy, professional judgement call

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema og studiens aktualitet	7
1.2 Hensikt og problemstilling	9
1.3 Begrepsavklaring og forskningsspørsmål	10
1.4 Oppgavens oppbygging og innhenting av litteratur	11
2.0 TEORETISK REFERANSERAMME	13
2.1 Aldersendringer og behov tilknyttet døgnrytme, sengeopphold, søvn og hvile hos sykehjemsbeboere	13
2.3 Sykehjem: hjem eller institusjon?	15
2.4 Selvbestemmelse (autonomi)	17
2.5 Faglig skjønn	20
2.5 Forskning på feltet	21
3.0 METODE	27
3.1 Tanker om egen rolle som forsker og forforståelse	27
3.2 Tilnærming, begrunnelse og vitenskapsteoretisk forankring	28
3.3 Rekruttering, utvalg og datainnsamling	31
3.4 Dybdeintervju som metode	32
3.5 Transkribering og analysering	34
3.6 Personvern, etikk og sikkerhet	37
3.7 Gyldighet og pålitelighet	38
4.0 FUNN	40
4.1 Grunnleggende behov	40
4.1.1 Ernæring, måltider og medisiner	40
4.1.2 Stell og toalettbesøk	41
4.2 Organisatoriske og systembetingede forhold	42
4.2.1 Bemanning, vaktskifter og tidspress	42
4.2.2 Sykehjem som hjem: Beboeren i fokus	43
4.3 Alder og helsemessige årsaker	46

4.3.1 Alder, trøtthet og helsetilstand	46
4.3.2 Tale-, funksjons- og aktivitetsnivå	47
4.3.3 Kognitiv svikt og urolighet	48
4.4 Pleiere og annet nettverk	48
4.4.1 Pleieres holdninger, observasjoner og tiltak	49
4.4.2 Oppmerksomhet fra pleiere og tilstedeværelse av andre	51
5.0 DISKUSJON	53
5.1 «Det er faktisk deres hjem og...»	54
5.2 «Man kan ikke sammenligne et gammelt menneske med en person som er yngre..»	57
5.3 «Mange ber jo selv om å gå og legge seg».	58
5.4 «Det er jo mennesker man jobber med».	61
5.5 «Men hvor mye selvbestemmelse sånn totalt sett vet jeg ikke»	64
6.0 OPPSUMMERING MED KOMMENTAR	67
LITTERATURLISTE	71

1.0 INNLEDNING

Det er en av de lyse sommerkveldene i midten av juni. Den flotte utsikten fra stuevinduet vitner om skyfri himmel og blikkstilte vann. De majestetiske fjellene i horisonten synger vel ivrig med på «Du skal ikke sova bort sumarnatta». Jeg har ansvarsvakt denne kvelden, og kommer inn i en avdeling klokken 19.30. Det virker så stille når jeg beveger meg gjennom korridoren mot stua. Sommerkvelden blir vel antakelig nytt uten behov for stemningsmusikk. Men hvor er alle beboerne? Sitter de på sine egne rom der utsikten kun er tettvokst skog eller et annet offentlig bygg? Det sitter to pleiere og prater sammen i stua. Den ene sier at alle beboerne er lagt. Jeg blir så satt ut at jeg ikke klarer å si noe.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og studiens aktualitet

Situasjonen som jeg opplevde viser en vakt på en sykehjemsavdeling med få beboere, hvor alle var i seng innen klokken halv åtte på kvelden. Om beboernes sengeopphold var ønsket på dette tidspunktet visste jeg ikke sikkert. Siden jeg kjente flere beboere og det var en lys og fin sommerkveld, syntes jeg det var underlig at alle beboerne lå i sengen allerede klokken halv åtte. Historien er en av mange erfarte situasjoner fra arbeid på sykehjem der jeg har undret meg på om beboerne har fått mulighet til å medvirke i avgjørelser rundt døgnrytme og sengeopphold, og om faglige vurderinger og bruk av skjønn har vært tilstede i dette, jamfør Hustad (2014). Jeg har eksempelvis opplevd uskreve regler om at sykehjemsbeboere må være lagt til nattevakten kommer. Tema for studien omhandler således sykehjemsbeboeres døgnrytme og sengeopphold, og selvbestemmelse tilknyttet dette. En episode av en dokumentarserie fra Sverige, vist på NRK i april 2015, viser at temaet også er relevant på svenske sykehjem (SVT, 2014). Et nærliggende spørsmål jeg har stilt meg til dette tema er: Er det en menneskerett å skulle få lov til å bestemme selv når man vil ligge i sengen?

Ifølge Tønnessen, Syse & Norgård (2014) viser beregninger at andelen av befolkningen over 80 år vil øke fra fire prosent i 2014 til ti prosent i 2060. Stigende alder medfører økt forekomst av sykdom og skader, og en stor andel eldre får flere sykdommer samtidig og skader med varierende grad av funksjonsnedsettelse. Det forventes derfor at et økt antall eldre vil skape større etterspørsel etter omsorgstjenester (St.meld. nr. 25, (2005-2006)).

Andelen med omfattende behov for bistand er størst blant mottakere på langtidsopphold i institusjon. Over 32 000 personer over 67 år hadde langtidsplass i sykehjem i Norge i 2013, og cirka en tredel av disse er over 90 år (Statistisk Sentralbyrå, 2013). For at sykehjemsbeboere som i stor grad er avhengig av andre for å få dekket sine grunnleggende behov, skal oppleve mest mulig autonomi og opplevelse av kontroll i eget liv, er det viktig å gi dem muligheter til selvbestemmelse i små valg i hverdagen. Eksempel på valg er at de får bestemme selv når de vil stå opp eller legge seg (Kane et al., 1997; Tuominen, Leino-Kilpi, & Suhonen, 2014). Autonomi i slike valg gir økt livskvalitet (Duncan-Myers & Huebner, 2000).

Høsten 2014 var det stor oppmerksomhet rundt forholdene på sykehjem i norske media, og desember samme året kom rapporten om «Menneskerettigheter i norske sykehjem».

Nasjonal Institusjon for menneskerettigheter (NI) (2014) ønsker gjennom rapporten å sette fokus på situasjonen for beboere i sykehjem i lys av menneskerettighetene:

Fokus på menneskerettigheter vil bidra til ivaretagelse av enkeltmenneskets iboende verdighet basert på integritet og selvbestemmelse, og ivaretagelse av tilfredsstillende omsorg med utgangspunkt i det enkelte menneskets individuelle behov (NI, 2014, s. 4).

Dette innebærer at alle beboere har mulighet til medvirkning og selvbestemmelse i egen hverdag, eksempelvis i forbindelse med aktiviteter, leggetider og personlig hygiene (ibid).

I søk av forskning rundt døgnrytme og sengeopphold er resultatene ofte tilknyttet søvn, søvnproblemer og medisiner i sykehjem, jamfør Ellmers, Arber, Luff, Eysers & Young (2013). Det er imidlertid gjort forskning rundt engelske sykehjemsbeboeres opplevelser knyttet til ritualer rundt legging (Warner, 1997). At sykehjemsbeboere ligger i overkant mye i sengen, er godt dokumentert (Fetveit & Bjorvatn, 2002; Luff, Ellmers, Eysers, Young, & Arber 2011; Middelkoop, Kerkhof, Smilde-Van den Doel, Ligthart & Kamphuisen, 1994; Schnelle, Cruise & Alessi, 1998). Det er også dokumentert at overdrevent sengeopphold har mange negative konsekvenser (Alessi & Schnelle 2000; Fetveit & Bjorvatn, 2002). Når det gjelder årsaker til overdrevent sengeopphold har bemanning mye å si (Bates-Jensen, Schnelle, Alessi, Al-Samarrai, & Levy-Storms 2004; Ellmers et al., 2013; Fetveit & Bjorvatn, 2005). Fafo-rapporten «Eldreomsorg under press» (Gautun & Hermansen, 2011) viser forøvrig at 79 % av sykepleiere ikke opplever at helsetjenesten de jobber i er godt nok

bemannet. Andre forhold som vaktskifter, rutiner, heisbruk (Ellmers et al., 2013; Luff et al., 2011) og funksjonsnivå i ADL (Harris & Grando, 2014) kan påvirke sykehjemsbeboeres opphold i sengen. Luff et al. (ibid) sin artikkel omhandler også om sengeopphold på natta er beboerens valg eller kompromiss. Fra Norge finnes litt forskning rundt selvbestemmelse angående sykehjemsbeboeres legge/stå-opp-tider. Ifølge en kartleggingsstudie fra Bergen med mentalt klare sykehjemsbeboere, svarte 39 % at de aldri får bestemme selv når de vil stå opp (Røsland, 2001). En annen forskning fra Bergen viser at 42 % av utvalget kun noen ganger eller aldri får bestemme når de skal legge seg for natta (Nautvik, 2008). «Å kunne velge å ligge lengre om morgenen når en føler for det, og selv bestemme når en vil stå opp og legge seg bør være en menneskerett for alle mennesker», skriver Nautvik (ibid). En kvalitetsundersøkelse fra sykehjem i Oslo viser også eksempler på at selvbestemmelsen ikke alltid blir ivare tatt rundt døgnrytmen. Et par andre artikler viser til at enkelte sykehjemsbeboere i Norge vekkes for morgenstell klokken fire om natta for å avlaste dagvaktene (Hustad, 2014; Kalstad, 2014). Det er likevel grunn til å tro at det (Christiansen & Aasgaard, 2004) er forskjeller mellom sykehjem rundt selvbestemmelse og tidsbruk i sengen (Bates-Jensen, Alessi, et al., 2004; Bjørnstad, 2010; Haavik, 2003; Schnelle, Cruise, & Alessi, 1998).

1.2 Hensikt og problemstilling

Forskning og erfaringer med redusert med- og selvbestemmelse rundt døgnrytme og sengeopphold for sykehjemsbeboere, samt ønske om bevisstgjøring rundt emnet, danner som nevnt bakgrunn for studien som denne oppgaven bygger på. Store deler av ovennevnte forskning er gjort i et pasientperspektiv. Luff et al. (2011) etterlyser forskning fra pleieperspektiv. Hensikten med studien min var å få mer kunnskap om hvilke refleksjoner pleiere gjør rundt forhold som påvirker døgnrytmen og sengeopphold på sykehjem i Norge, og hvordan selvbestemmelsen kommer til uttrykk i dette. Studien fikk derfor et kvalitativt design med dybdeintervju som hovedmetode for innsamling av data.

Overordnet problemstilling er som følger:

Hvilke forhold påvirker sykehjemsbeboeres døgnrytme og sengeopphold, og hvordan kommer selvbestemmelsen til uttrykk i dette?

1.3 Begrepsavklaring og forskningsspørsmål

Forhold:

I dette legger jeg ulike forhold som har betydning for det å bo eller arbeide på sykehjem.

Døgnrytme og sengeopphold:

Med døgnrytme og sengeopphold mener jeg hvorvidt beboerne ligger i sengen eller sitter oppe, og til hvilke tider gjennom døgnet. Ord som blir brukt rundt dette kan være legge/stå-opp-tider.

Sykehjemsbeboere:

Teorikapittelet belyser hva som kjennetegner sykehjemsbeboere utover det som allerede er presentert innledningsvis. Angående beboer/pasient-begrep har jeg valgt å bruke pasientbegrepet i teori som omtaler pasienter, sitater der informantene selv bruker ordet pasient, samt tekst som omhandler pasienter generelt i helsevesenet. Beboer står i tekst som omhandler sykehjem.

Selvbestemmelse:

Også kalt autonomi. Kapittel 2.3 tar for seg hva som ligger i dette. Ordene selvbestemmelse og autonomi brukes litt om hverandre i oppgaven.

Det kan synes selvsagt at beboerne selv skal få lov å avgjøre når de skal få komme opp og legge seg på sykehjem. Avgjørelser rundt døgnrytme og sengeopphold må likevel gjøres i samråd med pleierne, gjeldende rutiner og grunnleggende forventninger fra institusjonen (Harnett, 2010). Siden det ikke er en-til-en-bemanning, må pleiere erfaringsmessig ta noen vurderinger på hvem som skal få hjelp først. Slike vurderinger mener jeg gir seg utslag i en praksis som pleierne utøver i møte med beboerne. Med dette som bakgrunn var mine forskningsspørsmål for intervjuene:

- Hvordan opplever pleiere at praksisen er i forhold til legging og å stå opp om morgenen på sykehjemsavdelingen?
- Hvilke vurderinger gjør pleierne hvis man må prioritere hvem som skal legge seg/stå opp først/sist?

- Hvilke tanker har pleiere rundt påstanden om at de fleste beboere blir lagt før nattevakten kommer, og eventuelle årsaker til dette?
- Hvordan opplever pleiere at selvbestemmelsesretten blir ivaretatt når det gjelder døgnrytmen?
- Opplever pleierne at de har makt til å bestemme over beboerne på dette området?
- Hvordan innhentes og dokumenteres informasjon om beboerens preferanser om døgnrytme fra tidligere?

1.4 Oppgavens oppbygging og innhenting av litteratur

Oppgavens videre innhold starter med en presentasjon av den teoretiske referansenrammen (kapittel 2) jeg har valgt som bakteppe for oppgaven. Denne starter med litteratur om den aldrende pasienten og dens endringer og behov tilknyttet døgnrytme og sengeopphold, søvn og hvile. Betraktninger og forskning rundt sykehjemmets funksjon som hjem eller institusjon og dets tilknytning til sentrale forskrifter følger, før redegjøring og forskning om autonomi og faglig skjønn. Deretter vil noe av forskningen som ble presentert innledningsvis bli nærmere utdypet, og annen relevant forskning presenteres. Etter teorikapittelet kommer metodekapittel (kapittel 3). Dette inneholder blant annet informasjon om studiens design og vitenskapsteoretiske forankring, rekruttering, utvalg, datainnsamling, analyse, etikk, personvern, for forståelse, gyldighet og pålitelighet. Videre vil funnene fra studien presenteres i kapittel 4 og illustreres med enkelte sitater fra informantene. Dette for å vise informantenes stemme i materialet. I underkapittelet som blant annet handler om pleiernes holdninger har jeg tatt med flere sitater, da dette kan vise holdningene i større grad enn å prøve å beskrive dem. Store deler av funnene diskuteres i kapittel 5 på bakgrunn av den teoretiske referanserammen (inkludert relatert forskning) og egne erfaringer. I tillegg vil noen diskusjonsmomenter underbygges med kommentarer fra andre type artikler. Oppgaven avsluttes med en oppsummering med kommentar om blant annet videre forskning.

Litteraturinnhenting har vært en prosess siden arbeid med prosjektbeskrivelsen, men ble intensivert videre i masteroppgavens forløp. Google og sykepleien.no ble benyttet tidlig i prosessen med søkeordene døgnrytme og sykehjem, og gav aktuelt materiale (Christiansen & Aasgaard, 2004, 2007). Med tanke på forskningsartikler har jeg i hovedsak søkt i databasene Swemed+, Pubmed og Cinahl. Jeg har prøvd mange forskjellige søkeord og ulike kombinasjoner. I Pubmed gav «bedtime» AND «nursing homes» 17 treff, hvorav to

direkte er brukt i oppgaven, én ble med i prosessen. I Cinahl gav lik søkekombinasjon 13 treff der to aktuelle var de samme som fra søkingen i Pubmed. Kombinasjonen «attitude of health personnel» AND «sleep» AND «nursing homes» gav 3 treff, hvorav én var aktuell. «Time in bed» AND «nursing home» gav 15 treff, hvorav fire er brukt i oppgaven. «Out of bed» AND «Nursing homes» gav én ny aktuell artikkel av 20 treff. «In-bed times» AND «nursing homes» (mesh) gav 36 treff, hvorav de fire som var ansett aktuelle var samme som funnet tidligere.

Jeg anser forholdene på sykehjem til å være såpass like i de landene forskningen er hentet fra, at det er aktuelt å brukes i diskusjonen.

Videre har flere artikler og bøker jeg har brukt blitt funnet via andre artikler eller bøker. Noe er tidligere pensum, annet er funnet via søkmotoren oria på ut sine hjemmesider.

2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

2.1 Aldersendringer og behov tilknyttet døgnrytme, sengeopphold, søvn og hvile hos sykehjemsbeboere

Geronotologi er læren om aldring og eldre. Aldringen kan ha mange ansikter (Daatland & Solem, 2011), for eksempel kan perspektiver på aldring være biologisk, psykologisk eller sosialt baserte (Romøren, 2014). Innfallsvinkelen på den aldrende pasient i denne oppgaven vil bære mest preg av et biologisk perspektiv.

Vi skiller ofte mellom 'eldre eldre' og yngre eldre', hvor grensen oftest settes rundt 80 år. En annen måte å beskrive dette på er 'tredje' og 'fjerde' alder (Laslett gjengitt etter Romøren, 2014). Den tredje alderen er tiden for pensjonisttilværelsen og preget av mulighetene til å realisere drømmer og mål. Den fjerde alderen beskrives som alderdommen i egentlig forstand, og er alderen for kroppslig svekkelse og avhengighet av andre (ibid). Mange av sykehjemsbeboere kan således sies å være i den fjerde alderen. Den kroppslige svekkelsen skjer i alle organsystemer i kroppen, som får redusert reservekapasitet og redusert evne til homøostase (Mensen, 2014). Forandringene som kanskje i størst grad påvirker sykehjemsbeboeres sengeopphold med tanke på mobilitet er reduksjon i muskel- og beinmassen. I tillegg går overføringen av signaler langsommere i nervesystemet, og motorikken blir langsommere med økt fare for fall som konsekvens av dårligere ballanse (ibid). I alderdommen øker sannsynligheten for å pådra seg akutte og kroniske sykdommer fordi kroppen er slitt og levekår og livsstil kan ha satt sine spor. Kombinasjonen av aldring og økt sannsynlighet for sykdom gjør at de fleste eldre mennesker før eller siden får problemer med helsa (Romøren, 2014). For noen sykdommer er det ikke en skarpt definert grense mellom aldersforandringer og sykdom (Ranhoff, 2014a). Et begrep i geriatrien er skrøpelighet (frailty) hos eldre personer. Fried et al. (2001) sin definisjon av frailty innebærer at en eldre person må ha tre eller flere av følgende karaktertrekk: lav fysisk aktivitet, muskelsvakhet, langsom ganghastighet, trøtthet eller lav utholdenhet og ufrivillig vekttap.

Døgnrytme og sengeopphold er knyttet til behovet for hvile og søvn. Samtidig kan sengeopphold påvirke døgnrytmen (Martin, Webber, Alam, Harker, & et al., 2006). Søvnlength og søvndybde reguleres av et samspill mellom ulike faktorer, hvorav oppbygd

søvnbehov og døgnrytmen er de mest sentrale (Fetveit & Bjorvatn, 2005). En vanlig endring i søvnmønsteret med økt alder er at den gamle kjenner seg trett tidligere om kvelden, våkner desto tidligere om morgenen, men dupper mer av på dagtid. Søvnkvaliteten endrer seg også med alderen; eldre våkner oftere om natta, og har mindre av såkalt ikke-REM-søvn som er den dype søvnen som gjør at man føler seg opplagt (Wolkove, Elkholy, Baltzan, & Palaeyew, 2007; Wolland & Heier, 2011). Personer med demens har også ofte endret døgn- og søvnrytme, med tendens til nattlig uro og økt søvnbehov på dagen (Engedal, 2008).

Sykehjem er ofte dårlig tilrettelagt for søvn på grunn av alarmer, delte rom og nattlige tilsynsrunder (Fetveit & Bjorvatn, 2005). Ved mange sykehjem er det få stimulerende aktiviteter på dagtid, slik at beboerne lett kan falle i søvn om dagen. På den måten reduseres det oppbygde søvnbehovet, og nattesøvnen forringes. Søvnhygieniske råd for sykehjemsbeboere med søvnproblemer handler blant annet om å ikke legge seg for tidlig (ibid). Bjorvatn og Fetveit tar til orde for at det bør være styrket bemanning i timene rundt leggetid, slik at beboerne får mulighet til å legge seg på det tidspunktet som er naturlig for dem.

Fatigue er et annet ord for trøtthet, å orke lite eller å mangle energi. Begrepene trøtt, slapp og uopplagt går over i hverandre, og fenomenene forekommer i alle alvorlighetsgrader hos eldre. Trøtthet kan innebære at en lett faller i søvn, og ha sammenheng med søvnmangel om natta. Det kan også opptre sammen med fysisk og mental funksjonssvikt. Grensene til patologisk trøtthet kan være vanskelig å registrere, men generelt er trøtthet vanligere jo mer alvorlig sykdom og høyere alder pasienten har. Det kan skilles mellom akutt, subakutt og kronisk trøtthet og ofte medvirker flere årsaker til trøtthet. Akutt trøtthet skyldes alltid sykdom og har utviklet seg i løpet av to uker. Subakutt trøtthet har utviklet seg fra to til 12 uker, og skyldes som regel nyoppståtte sykdommer eller forverring av kroniske sykdommer. Kronisk trøtthet har utviklet seg langsomt over tre måneder og i lett grad skyldes den normal aldring, eller kroniske sykdommer. Trøtthet fører også ofte til redusert næringsinntak. Dehydrering og ernæringssvikt vil kunne forsterke tilstanden og føre til enda mindre aktivitet og til økende trøtthet (Ranhoff, 2014b).

2.3 Sykehjem: hjem eller institusjon?

Oppgaven til sykehjem er å gi sterkt hjelpetrengende, som regel eldre personer, både en god bolig og optimal medisinsk behandling, sykepleie og omsorg. Sykehjem har både korttidsopphold og langtidsopphold å tilby. I en vanlig sykehjemsavdeling har de fleste permanent opphold fordi de har et pleiebehov som trenger kontinuerlig oppfølging av kvalifisert helsepersonell (Ånstad, Schmidt, & Ranhoff, 2007). Et av kjennetegnene ved sykehjemsbeboere er at de er multisyke (Solveig Hauge, 2014), og de vanligste sykdommene er aldersdemens og hjerneslag (Romøren, 2003). Så høyt som 80 % av sykehjemsbeboere har en demens-diagnose ifølge Selbæk, Kirkevold & Engedal (2007) og Stortingsmelding 29 (2012-2013). Det spesielle ved kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner, som sykehjem, er at beboerne har det som bolig, de ansatte har det som arbeidssted, og de pårørende har det som besøkssted (Garsjø, 2008)

Kort fortalt kan man si at norske sykehjem har gjennomgått tre faser de siste 170 årene; oppbevaringsfasen (ca 1850-1950), behandlingsfasen (1950-1985) og bostedsfasen fra 1985 (Solveig Hauge, 2009). Bostedsfasen innebærer at det har blitt vanlig å sette et mest mulig hjemlig preg på sykehjemmene, med små boenheter og eget rom med bad til hver beboer. Hvite uniformer har blitt erstattet med mer hverdagslige klær, og stuene møbleres i høyere grad med møbler og interiør som man kan finne i et «vanlig» norsk hjem (Hauge & Heggen 2008).

I takt med utviklingen av sykehjem, har det kommet ulike nasjonale forskrifter og veiledere for å kvalitetssikre beboernes rettigheter. Verdighetsgarantien som ble fremmet av Helse- og omsorgsdepartementet i 2010, gir føringer for hva man som sykehjemsbeboer kan forvente av omsorgen som gis; eldreomsorgen skal sikre sykehjemsbeboere et verdig og så langt som mulig normalt og meningsfylt liv i samsvar med sine individuelle behov. Det presiseres at man skal kunne opprette en normal døgnrytme (Verdighetsgarantien, 2010). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (Kvalitetsforskriften, 2004) skal sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov, hvor respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel er styrende. Blant annet innebærer det å «følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødige sengeopphold» (ibid). Sandvoll, Kristoffersen & Hauge (2012) viser til at tilsyn i flere sykehjem i Norge tyder på at mange sykehjemsansatte er uvitende om regelverket i

kvalitetsforskriften. Selv når de ansatte vet om retningslinjer for eldre menneskers behov for innflytelse, er disse ikke alltid implementert i daglig praksis, og sykehjemsrutiner styrer mye av dagen til sykehjemsbeboere.

§ 4-4 i Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (1988) hevder at «Beboerne skal ha adgang til å dyrke sine interesser og forme sin tilværelse som de ønsker i den utstrekning det er forenlig med den medisinske behandling, drift av boformen og av hensynet til andre beboere».

Hjemmets symbolverdi er blant annet selvstendighet, kontroll og mestring; det er viktig å «være herre i eget hus» og kunne bestemme selv (Alvsvåg & Tanche-Nilssen, 1999; Gullestad, 1989). Å følge sin egen rytme er en selvfølgelighet når man er i eget hjem, og i begrepet hjem ligger en følelse av frihet til selv å velge når og på hvilken måte en vil gjøre ting (Garsjø, 2003). Rapporten «Menneskerettigheter i sykehjem» (2014) viser til at sykehjem skal være et hjem for dem som bor der. Stortingsmelding 29 (2012-2013) oppgir videre at ved tildeling av langtidsopphold skal sykehjemmet også være et godt sted å bo for mennesker som har sykehjemmet som hjem. I tillegg skal sykehjem drive behandling (Nord, Eilertsen, & Bjerkreim, 2009; Ånstad et al., 2007).

Institusjoner har også visse stereotypiske kjennetegn, dog mer negative. Beboeren kan føle seg umyndiggjort, og selvbestemmelsen er i større grad tapt fordi det er de ansatte på institusjonen som har myndighet og makt (Garsjø, 2003; Thorsen, 1989). Goffmann (1967) er kjent for sin teori om totale institusjoner; «Et oppholds- og arbeidssted, hvor et større antall likestilte individer sammen fører en innelukket, formelt administrert tilværelse, avskåret fra samfunnet utenfor i en lengre periode» (Goffman, 1967, s.9). Bruken av ordet totalt handler om at institusjonen har en rekke barrierer mot vanlig sosialt samspill og forbindelse med omverdenen ved eksempelvis låste dører, murer, eller piggrådgerder. Slike totale institusjoner kan være alt fra fengsel, psykiatriske avdelinger, krigsfangeleier og institusjoner for harmløse og hjelpeløse, som for eksempel gamle. I totale institusjoner sover, arbeider og gjør man ulike aktiviteter på samme sted, og alle disse aktivitetene gjøres under samme myndighetsområde. De daglige gjøremålene gjøres i nærvær av en stor gruppe andre mennesker, som alle behandles likt. Alle dagens rutiner følger et program, slik at det ene gjøremålet avløses av det andre etter tidspunkt. Rekkefølgen håndheves fra et system av

regler og gjennom et personale (ibid). Goffman skriver også at personalet har en tendens til å føle seg høyerestående, mens klientene føler seg mindreverdige, svake og skyldige. Klientenes personlighet krenkes og det skjer en rollefrarøvelse, sakte men sikkert. Goffman presiserer at alle trekkene ved totale institusjoner ikke vil være å finne på enhver total institusjon.

I sin doktorgradsavhandling gjør Hauge (2004) undersøkelser om sykehjemmet som hjem. I kapittel 2.3 viser det seg at det er lite aktuell forskning som sier noe direkte om tema fra Norge, men at utenlandske studier tyder på at beboere kjenner seg hjemløse på sykehjem. Hauge sine observasjoner fra sykehjemmet beskriver blant annet en vanlig dag i avdeling C, hvor 11 av 13 beboere er oppe til frokost klokken 09.25. Beskrivelsene bærer preg av at flere sover mens de sitter i stua og venter på frokost. Av 8 beboere som sitter på stua etter frokost, sover de fleste i stolen sin etter frokost før klokken har passert 10.30. Det er lite som skjer før middag, og personalet er kun tilstede på stua hvis beboere roper eller for å servere drikke. På kveldstid kan det se ut til at pleierne vanligvis prøver å oppmuntre beboerne til å være lenger oppe uten å lykkes. Hauge beskriver videre i kapittel sju at fellesskapet på sykehjemmet hviler helt på pleierne sine skuldre, fordi det er hele tida de som må arbeide for å opprettholde en dialog. Når pleierne er borte, opplever beboerne at de ikke har noen å prate med, både ettersom beboerne legges en etter en, og fordi de andre beboerne oppleves som fremmede. Hauge beskriver dette fenomenet som «den kommunikative kollapsen», og nevner flere årsaker til at dette oppstår. Hun knytter det blant annet opp mot at stua er en offentlig arena, og at man gjerne er plassert et sted i stua man selv ikke har valgt, og at man ser på de andre som fremmede. Samtidig er det legitimt å være stille i et offentlig rom, som en sykehjemsstue kan anses for å være.

2.4 Selvbestemmelse (autonomi)

I moderne samfunn er autonomi blitt en av de moralske grunnpilarene (Hoffmann, 2002). I helsevesenet innebærer det at pasienter i utgangspunktet har rett til medbestemmelse og selvbestemmelse (autonomi) angående helsehjelp og omsorg. I Norge tar dette utgangspunkt i pasient- og brukerrettighetslovens paragraf 3 og 4 om rett til medvirkning og informasjon (Wifstad, 2013). Prinsippet om autonomi går likevel lenger tilbake. Autonomi kommer av de greske ordene ‘autos’ og ‘nomos’ som betyr henholdsvis ‘selv’ og ‘styre’/‘lov’, og ble først brukt om selvråderetten til uavhengige hellenske bystater. I nyere tid har betegnelsen blitt

mer brukt om personlige forhold (Beauchamp & Childress, 2009). Filosofene Kant og Mill har påvirket den moderne oppfatningen av autonomi i stor grad. De mener at et hvert menneske har muligheten til å være sin egen lovgiver og mennesket er fritt til å handle etter denne loven. Mennesker skal få utvikle seg i samsvar med deres preferanser og overbevisninger så lenge de ikke kommer i konflikt med andre (ibid). Det finnes mange definisjoner av autonomi, noe kritikere mener gjør autonomi til et uoppnåelig ideal uegnet for helsevesenet (Hoffmann, 2002). Beauchamp & Childress (2009) mener at autonomibegrepet således ikke kan forstås ut fra personlighetstrekk, men handlingsvalg. Dette innebærer at handlinger kan være autonome selv om personer ikke er det, og omvendt. Det vil fortsatt finnes flere definisjoner av autonomi, men det viktigste er at handlingene er intensjonelle, er utført på bakgrunn av en forståelse av situasjonen og utført uten tvang (ibid). Beauchamp & Childress står for en fremtredende tolkning av denne autonomiforståelsen og har fått stor innflytelse i USA (Hoffmann, 2002). I helsevesenet vil det si å anerkjenne pasienters rett til å tydeliggjøre deres meninger, ta valg og utføre handlinger basert på deres personlige verdier og oppfatninger. En slik respekt medbringer respektfulle handlinger, ikke bare holdninger (ibid).

Den forpliktelsen Beauchamp & Childress (2013) hevder man har angående autonomi, betyr at pasienten har en rett, men ikke en plikt til samtykke i avgjørelser rundt helsehjelp. Videre kan samtykket være både uttrykkelig, eller stilltiende. Stilltiende, eller taust samtykke, betyr at man anser en pasient å samtykke med mindre den utelater å si imot, eller dersom «det ut fra pasientens handlemåte og omstendighetene for øvrig er sannsynlig at hun eller han godtar helsehjelpen» (§ 4 i Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

En person må videre ha kompetanse til å samtykke. Samtykkekompetansen kan bortfalle dersom en person er fysisk eller psykisk forstyrret, har demens eller er psykisk utviklingshemmet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Selv om en person har mistet samtykkekompetansen, gjelder det ikke nødvendigvis på alle områder. For at pasienten skal blir fratatt kompetanse kreves det at personen åpenbart ikke er i stand til å forstå begrunnelsen for at helsehjelpen gies, eller hva et samtykke innebærer. Konkrete enkeltavgjørelser i pleie- og omsorgsspørsmål for myndige pasienter med nedsatt samtykkekompetanse, skal i så stor grad som mulig tas av pasienten selv (note 93 og 94 i Syse, 2009). Hoffmann (2002) sin artikkel belyser også utfordringer ved autonomibegrepet.

Han mener at det i en del situasjoner vil være direkte umoralsk å handle kun av respekt for personers autonomi.

Beauchamp & Childress (2009) sin forståelse av autonomi har mange flere elementer som ikke dette kapittelet belyser. Deres bok om bioetikk har videre blitt kritisert av blant annet Holm (1995). Han mener for eksempel at teorien deres om allmennmoral er utviklet fra et amerikansk perspektiv, og vil avspeile spesielle aspekter ved amerikanske samfunn. Teorien er derfor ikke overførbart til andre kontekster og samfunn. Kritikken er også rettet mot vektleggingen av autonomi- og ikke-skadeprinsippet som de mest viktige i analyse av bioetiske problemer (ibid). Prinsippet om velgjørenhet og rettferdighet underordnes således autonomiprinsippet (Hoffmann, 2002).

Brukermedvirkning beskriver en relasjon mellom eksempelvis pleier og beboer, der den som mottar helsehjelp, deltar aktivt og har innflytelse på beslutninger angående ens egen helse og velferd (Aadnanes, 2007; NOU (2004:18)). Grad av deltakelse og innflytelse vil kunne variere, men det er et mål at brukeren opplever optimal medvirkning i forhold til sine forutsetninger og ønsker (Eriksen, 2007).

Selv om autonomiprinsippet står sterkt i helsevesenet, avdekker forskning om autonomi i sykehjem fra Sverige (Wikström & Emilsson, 2014), at det likevel er et stort sprik mellom praksis og den generelle oppfatningen av autonomi som et selvsagt og styrende prinsipp i helse- og omsorgstjenesten. Kvalitativ forskning fra Finland (Tuominen et al., 2014) viser at det er en rekke ting som fremmer og hemmer sykehjemsbeboeres frie vilje. Faktorer som fremmer fri vilje var beboernes holdninger, atferd, helse, fysisk funksjonsnivå og sykepleieres etiske oppførsel. Faktorer som hemmer var sykepleieres uetiske oppførsel, institusjonsrutiner, distraherende atferd fra andre beboere, samt beboernes holdninger, skrøpelighet og avhengighet.

Slettebø & Hestetun (2003) sin forskningsartikkel «Ethiske utfordringer som grunnlag for realisering av undervisningssykehjemets verdigrunnlag», viser at diskusjoner rundt leggerutiner forekom i fokusgruppeintervjuet med pleierne. Ledelsen ved sykehjemmet hadde sendt et skriv om at alle beboerne skulle få legge seg etter eget ønske. Dette viste seg vanskelig å gjennomføre i praksis, fordi flere beboere ønsket å legge seg etter kveldsvakten

var gått av. At nattevakten alene skulle legge flere gjorde det ikke mulig å tilfredsstille alle beboernes behov. Gjennomføring av grundige samtaler med beboerne for å kartlegge det egentlige behovet, ble løsningen på problemer i noen avdelinger.

Hauge (2008) antar at en av årsakene til at beboerens rett til medvirkning ikke taes på alvor i sykehjem, er det store antallet personer med kognitiv svikt. Hun viser til Smebye et al. (2012) som mener det kan gjøre at mange ansatte tenker at beboerne ikke har tilstrekkelig kompetanse til å ta beslutninger om eget liv og helse. Dette på tross av at forskning viser at personer med kognitiv svikt kan medvirke i beslutninger som er basert på følelser, verdier og vaner (Karel et al., 2010, gjengitt etter Hauge, 2008).

2.5 Faglig skjønn

Vi har sett at forskrifter fra statlig hold gir føringer for kvaliteten på sykehjem. Planer og beslutninger for eldreomsorgen fra et overordnet kommunalt nivå gir også visse retningslinjer man som pleier må forholde seg til. Innenfor helse- og omsorgstjenesten vil det likevel alltid være områder ved gjennomføringen av helse- og sosialhjelp som må baseres på en skjønnsmessig vurdering (Hanssen, Humerfelt, Kjellebold, Norheim, & Sommerseth, 2010). Pasienters medvirkning i uforming av tjenestene, forutsetter også at den som utøver tjenesten har et visst handlingsrom (Hanssen, 2010). De områdene som gir rom for handlingsfrihet sammenligner Dworkin (gjengitt etter Grimen & Molander, 2008, s.181) med hullet i smultringen. Det norske ordet «skjønn» kommer fra det norrøne ordet skyn som betyr «omdømme, forstand, dømmekraft, vurdering og rett» (ibid). I folkelig sammenheng vil anvendelse av skjønn innebære at en avgjørelse er veloverveid og at ulike fakta og hensyn er nøye vurdert i forhold til hverandre (Hanssen et al., 2010). Flere teoretikere, eksempelvis Gadamer, Martinsen, Grimen og Molander, har videre ulike utdypende beskrivelser av begrepet skjønn, og de ulike forfatterne legger vekt på forskjellige sider ved skjønnsutøvelsen (ibid).

I 1.3 skrev jeg at ulike vurderinger gjort av pleiere gir seg utslag i en praksis som pleiere utøver i møte med beboere. Austgard (2010) beskriver praksis som menneskelig virksomhet, der den kunnskapsmessige dimensjonen er preget av assymetri. Det betyr at den som søker hjelp har tillit til at den profesjonelle har den nødvendige kunnskapen vedkommende trenger. Austgard hevder videre at dette gir den profesjonelle en rolle som formidler og

fortolker, og at det er i dette skjæringspunktet at skjønnet fremtrer. Vetlesen (2010) viser til Aristoteles oppfatning om at hva som er riktig å gjøre overfor en pasient i en situasjon, tatt i betraktning dens personlighet, sykdomshistorie og tilstand ikke kan forhåndsbestemmes. Her- og nå- situasjonen er ikke en kopi av tidligere situasjoner. Faktorer må gis ulik vekt i ulike situasjoner. Omsorgsarbeideren har å gjøre med levende og unike mennesker med situasjoner (inkludert forventninger, behov, engstelser og håp) som er i forandring. Det krever både erfaring og bruk av skjønn for å se det nye i en situasjon. Forutsetning for skjønn er å ha tid og rom for å dvele ved pasientens situasjon, for å danne et grunnlag for å vite hvilken handling som er best for beboeren (ibid).

Det kan skilles mellom faglig, moralsk og klinisk skjønn (Hanssen et al., 2010). I utøvelsen av faglig skjønn skjer det på bakgrunn av kjente og overførbare teorier og metoder innenfor et fagfelt, og det gis faglige begrunnelser for en beslutning (Grimen & Molander, 2008). I motsetning til tilfeldigheter, bør man kunne forvente at den profesjonelle kan gjøre rede for og reflektere over det grunnlaget som en beslutning er fattet på. Beslutninger i helse- og omsorgstjenesten krever dog avveining av verdier og hensyn (Hanssen, 2005), hvilket kan medføre norm- og verdikonflikter både mellom pleier og pasient og mellom pleiere (Hanssen et al., 2010). Klinisk skjønn er et uttrykk for faglig skjønn som utøves i den kliniske konteksten. Moralsk skjønn innebærer tre former for kompetanse ifølge Nordtvedt (2006): Evne til å tilegne seg informasjon om moralsk relevante forhold (morsalsk sensitivitet), evne til å utøve god dømmekraft og evne til å handle med rett sinnelag og holdning overfor en bruker. I Hanssen (2010) sin bok om faglig skjønn og brukervedvirkning, legges det til grunn at faglig skjønn omfatter både moralsk og klinisk skjønn.

2.5 Forskning på feltet

Dette underkapittelet vil utdype noe av tidligere presenterte forskning rundt døgnrytme, sengeopphold og selvbestemmelse. I tillegg vil annen relevant forskning presenteres.

En noe eldre forskning fra USA (Kane et al., 1997) viser at selvbestemmelse over legge/stå-opp-tider er en av 13 ting som mentalt klare beboere legger mest vekt på når det gjelder kontroll og valg i dagliglivet på sykehjem. Kun 44 % av beboerne var fornøyd når det gjaldt deres valg rundt legge/stå-opp-tider. Studien viser også at pleieassistentene opplevde at

beboerne hadde lite mulighet til å velge når de skulle stå opp på grunn av rutinene på sykehjemmet. Noen pleieassistenter uttrykte at de «hatet» å få opp beboerne om morgenen, men at de av og til lot noen ligge lengre. Forskerne hevder at enkelte regler og rutiner kan ødelegge for beboernes selvbestemmelse. Eksempelvis fortalte pleieassistentene at de ikke kunne la beboerne sove lenge fordi det var en regel om at det ikke måtte gå mer enn 14 timer mellom kveldsmat og frokost dagen etter.

En forskningsartikkel som brukes mye i oppgaven er «Time spent in bed at night by care-home residents: choice or compromise?» (Luff, Ellmers, Eysers, Young, & Arber, 2011). Artikkelen omhandler hvor mye tid engelske sykehjemsbeboere ligger i sengen om natta i forhold til hvor lenge de sover, og når de står opp og legger seg. Utvalget i denne forskningen var fra åtte sykehjem og to omsorgsboliger i Sørøst-England. Gjennom en «mixed-method» - tilnærming, ble det innhentet 14 dagers dagbokdata fra totalt 125 beboere. Personer med demens var ikke inkludert. I tillegg til dagbøker ble 38 beboere intervjuet om opplevelser rundt søvn og nattetid. Beboerne måtte loggføre når de våknet, stod opp, la seg, sovnet, hvordan de våknet og hvem som hjalp dem i seng om kvelden. Datamaterialet ble brukt til å identifisere beboernes vanlige natt-rutiner. Gjennomsnittelig tidspunkt for å stå opp og legge seg, samt gjennomsnittelig tidsbruk i sengen om natta ble utregnet. De kvantitative funnene ble brukt som grunnlag for den kvalitative delen av studien. Funnene indikerer at beboerne brukte i gjennomsnitt 11 timer i senga om natta, og at dette var mer tid enn de brukte på å sove. Bemanning og vaktskifter var forhold som utkrystalliserte seg i årsaker til overdrevent sengeopphold. Beboere som var avhengig av pleiere i størst grad, lå lenger i sengen enn de som var mer mobile. De som måtte taes med heis ble ofte lagt før nattevakten kom, på grunn av regler om at det måtte være to pleiere tilstede ved heisbruk. Videre viste intervjuene manglende selvbestemmelse over leggetid for beboerne, som måtte inngå kompromiss for å få det til å passe inn i pleiernes vaktskifter. Det nåværende engelske systemet har tolvtimers nattevakter, der bemanningen er lavere allerede fra klokken 20.

Tid brukt i sengen var også påvirket av beboernes skjørhet, fysiske funksjonshemninger og helse- og medisinske tilstand. Beboere som var mer selvstendige oppgir at flere forhold påvirker deres legge/stå-opp-tider; både individuelle preferanser, humør, trøtthet og fysisk ukomfortabelhet. Beboerne kunne også føle på at det var forventet at de skulle tilpasse seg

rutinene, og kunne oppleve at pleierne la litt press og forsøkte å fremskynde med retoriske spørsmål rundt legging. Artikkelen beskriver en «closing down» - atmosfære i sykehjemsavdelingen etterhvert som flere pleiere går av vakt klokken 20, og beboerne en etter en hjelpes i seng om kvelden. Opplevelsen av mangel på selskap og aktivitet på kveldstid gir en sosial norm om at det er på tide å gå til sengs. Beboere som er mobile og selv kan klare å forflytte seg føler på at de bør gå og legge seg når andre beboere legges. Egne behov og ønsker rundt legging måtte ofte skyves til side. Selv om forskningen ikke inkluderte personer med demens, nevnte noen av informantene at personer med demens ble behandlet annerledes (Luff et al., 2011).

Kvalitetsundersøkelsen angående døgnrytme fra et sykehjem i Oslo ble utført med hjelp av 20 sykepleiestudenter (Christiansen & Aasgaard, 2004). Hensikten var å undersøke i hvilken grad beboernes ønsker og vaner relatert til døgnrytmen var i samsvar med hva de erfarte på sykehjemmet. Døgnrytmen ble i denne studien avgrenset til tider for å stå opp og legge seg, måltidene, aktivitetstilbud og sosial kontakt. Undersøkelsen var av kvalitativ art med kombinasjon av strukturert intervju og feltobservasjon, og ble begrenset til tre avdelinger, hvorav 19 beboere ble intervjuet. Feltobservasjonen foregikk primært i fellesrom og korridorer i en avdeling over en uke i tidsrommet 7-22. Beskrivelser av situasjoner fra feltobservasjoner viste eksempler på både respekt for selvbestemmelse og det motsatte angående tider for å stå opp og legge seg; enkelte beboere ble tilsynelatende «lurt i seng» på forskjellige vis. Det var eksempelvis lite kommunikasjon mellom pleiere og beboere med tanke på hva som skulle skje. Observasjonene viste også at pleierne enkelte ganger prøvde å forskyve legging fordi de mente det var for tidlig. Ut ifra intervjudata fra beboere gav de fleste informantene uttrykk for at de var fornøyde når det gjaldt tider for å stå opp og legge seg, men enkelte kommenterte venting på grunn av rutiner.

Angående spørsmålet om beboerne fikk stå opp når de vil, viste observasjonsdata at personalet tilstrebet å ta hensyn til den enkelte og ble som oftest spurt om de ønsket å stå opp. Det var også eksempler på at beboere som ønsket å sove lenge fikk lov til det. Ikke alle beboerne ringte på, men det virket som at personalet kjente rytmen til den enkelte. Ingen ble tvunget opp, men det hendte at beboerne måtte overtales. På dagtid ville de fleste opp tidlig. Hvis beboerne ville opp før klokken åtte og trengte hjelp, kunne det by på problemer på grunn av vaktskiftet og rapport. På spørsmålet om beboerne fikk legge seg i samsvar med

egne ønsker og behov, ble det rapportert at alle måtte legge seg i perioden mellom kveldsmat og vaktskiftet (19- 22). Beboerne ble hentet for å legge seg i samsvar med «innarbeidet rekkefølge». Ifølge personalet måtte de som ikke ville legge seg før nattevakten kom, overtales til dette. På morgenen var det ikke observert noen beboere som mottok hjelp før rapporten hvis de ba om det, og ofte fulgte personalet en «fast rute». Det diskuteres om det kan ha vært gjort avtaler på rommene som studentene ikke fikk del i, eller at pleierne kjenner beboerens rytme så godt at det ikke ville være nødvendig å spør. Dette gjaldt også tendensen til å hente beboere for legging uten å spørre først.

En forholdsvis ny forskningsartikkel fra en sykehjemsavdeling i USA om sengetid hos personer med demens (Harris & Grando, 2014) viser at 70 % av alle beboere har lagt seg innen klokken er 20.30. Av dem har alle fått sine kveldsmedisiner, og 64 % av disse er avhengige av hjelp til ADL før legging. Andre funn viser at sengetid er påvirket av nattevaktens oppgaver. Rutiner rundt sengetid var også relatert til medisinrunder. Kveldsmedisiner kunne bli gitt så tidlig som 15.30, og sovemedisiner klokken 19. Beboere som var mer mobile la seg senere, og så ut til å få oppfylt sine ønsker rundt leggetid i større grad enn de som var avhengige av hjelp. Forfatterne hevder at beboere som ikke klarer å uttrykke sine ønsker rundt leggetider, blir ofte omtalt som «vandrere» med nattlig uro som for eksempel å klatre ut av sengen. Det presiseres at beboere som legger seg tidlig, likevel kan få nok søvn ved å våkne i 2-3 tida på natta. Forebyggende tiltak for å forhindre fall tilknyttet forsøk på å klatre ut av sengen, kan derfor være å finne ut hvilke preferanser beboeren har rundt søvn, og følge disse opp. Forfatterne hevder at funn rundt søvnmønster tyder på behov for å utvikle en sengetidspraksis basert på beboerens preferanser i motsetning til institusjonsdrevne rutiner. De hevder at god nok bemanning må være tilstede for å oppfylle dette.

Simmons et al. (2011) har gjennomført et forskningsprosjekt hvor hensikten var å utvikle en observasjonsguide for å måle kvaliteten på kommunikasjon tilknyttet valgmuligheter under morgenstell på sykehjem. I tillegg var hensikten å presentere et lite utvalg av beboer-pleier-samspill som et foreløpig bevis på nytteverdien av verktøy for å vurdere nåværende praksis rundt valgmuligheter under morgenstell. Studien fokuserte på fire konkrete sider ved morgenstell: tidspunkt for når man står opp av sengen, inkontinenspleie, klær og hva man skal spise til frokost. Observasjoner ble gjort av 73 beboere i fire timer hver uke i 12

påfølgende uker. Samspillet mellom beboer og pleier ble vurdert med tanke på pleiernes tilbud til beboerne om valg og beboerens reaksjoner. Den teoretiske referanserammen som presenteres innledningsvis i artikkelen vektlegger sammenhengen mellom muligheten til selvbestemmelse, personsentrert omsorg og velvære i sykehjem. Artikkelen viser blant annet til Bowers et al. (2007, gjengitt etter Simmons et al., 2011, s.9): «In a facility where they have fully integrated person-centered care, no decision is made without asking: 'Has the resident participated in this decision?». Observasjonene som ble gjort ble i hovedsak kodet som tilbud om aktive valg, passive valg og ingen valg i de ulike morgenstellsituasjonene. Kategorien 'no choice offered' ble så delt i tre underkategorier, «no care or conversation», «provided care without conversation» og «provided care with conversation». I første kategori var ikke pleierne tilstede i løpet av de fire timene beboerne ble observert. Sistnevnte kategori innebar at pleierne fortalte hva de gjorde eller hva som skulle skje, men at det ikke ble gitt noen muligheter for å valg. Et eksempel var: «Det er på tide å stå opp». 18 % av observasjonene ble registrert som å tilby valg, hvorav fire prosent ble kodet som passive valg. 70 % av observasjonene inngikk i kategorien «No choice offered». Simmons et al. (2011) tar også til orde for at pleiere ikke må la kunnskap om beboerens tidligere preferanser rundt sengeopphold og døgnrytme være for styrende. De hevder at siden beboere kan ha ulike behov fra dag til dag, er det viktig med daglig kommunikasjon for å sørge for det de kaller beboer-sentrert omsorg.

En beslektet studie (Schnelle et al., 2013) hadde som mål å evaluere et tiltak for forbedring av pleieres tilbud om valg under sykehjemsbeboeres morgenstell. 169 beboere fra langtidsavdelinger, som trengte hjelp under morgenstell og som kunne gi uttrykk for deres behov, var inkludert i studien. Forskere holdt ukentlige treningsøkter med hjelpepleiere i 12 sammenhengende uker, hvor fokus var på hvordan man kan tilby valg gjennom morgenstellet. Treningen bestod av korte video-vignetter (Vanderbilt Center for Quality Aging, 2015) som illustrerte samspill mellom pleier og beboer, samt tilbakemelding om hvor ofte valg var tilbudt gjennom uka basert på forskernes feltobservasjoner. Kodingen rundt de forskjellige måtene å gi valg på, samsvarte med Simmons et al. (2011) sine koder om aktive, passive og ingen valg, med påfølgende underkategorier. Under observasjonene ble det gitt anerkjennelse til pleierne for tilbud om aktive og passive valg, og det var viktig at formuleringen var gjort slik at pasientene hadde valg om å samtykke eller motsette seg hjelp. Treningsøktene tok også opp hindringer rundt tilbud om å gi valg til beboerne, for eksempel pleiernes tid og rutiner. Det eksisterte ikke noe dokumentasjon om

beboernes preferanser på de ulike områdene av morgenstell hos noen av informantene. Resultatet viser forbedringer i pleiernes valgtilbud overfor sykehjemsbeboernes valg rundt å stå opp om morgenen etter tre ukers intervensjon. Eksempelvis var det en reduksjon i observasjoner av kategorier 'no care or conversation' angående å stå opp.

Forskning i Sverige har blitt gjort om sykehjemsbeboeres forsøk på påvirkning på hverdagslige forhold (Harnett, 2010). Feltobservasjoner viste at hvis en beboers atferd ikke passet til institusjonens mer eller mindre skrevne regler, ble det tolket som en avbrytelse. Dette kunne eksempelvis skje hvis en beboer spurte om å få legge seg til «feil tid». Pleierne forsøkte derest å forhandle med beboerne for å få dem til å gjøre det som passet best inn i avdelingens rutiner. Et eksempel på en situasjon viste at en forespørsel om å få legge seg ble utsatt fordi pleiepersonalet var midt i en kaffipause. Forskningen viste også at rutiner for måltider og leggetider styrer mye av hverdagen for beboerne. På samme måte styrte rutiner for dusjing tidspunktet for når beboerne fikk til å stå opp om morgenen. Hvis man skulle dusje, måtte man vente med å komme opp til pleierne var ferdig med alle de andre beboerne. Selv om dusjingen harmonerte med morgenrutinen, ville det likevel bli sett på som en forstyrrelse siden den ikke fulgte rutiner for dusjing. På kvelden ble de beboerne som trengte hjelp av to pleiere stelt og hjulpet til sengs rett etter kveldsmat. Resten av beboerne ble hjulpet etterpå (ibid). Hvis immobile beboere spurte om å få legge seg på «feil tidspunkt» hendte det at rullestolene ble tiltet slik at beboerne fikk strekke seg litt ut. På den måten prøvde pleierne å møte behovene på en symbolsk måte.

Forskningen til Sandvoll et. al. (2012) som ble gjennomført ved to sykehjem i Norge, viser at pleierne bruker tid på å bli kjent med beboerne, og vil etterhvert kjenne deres individuelle behov godt. Pleierne leser og skriver sjeldent ned prosedyrer for hver beboer, men formidler videre informasjon om beboerne muntlig (ibid).

Bates-Jensen, Schnelle, et al. (2004) sin forskning på sammenhengen mellom bemanning, sengeopphold og funksjonsnivå i sykehjem, konkluderer med at hverken bemanning eller funksjonsnivå kan rettferdiggjøre en overdreven tidsbruk i sengen blant sykehjemsbeboere. De tar til orde for å undersøke og utbedre pleiepraksiser som oppmuntrer beboerne til å være ute av sengen, og finne ut hvilke preferanser beboerne har for å ligge i sengen selv.

3.0 METODE

Metodekapittelet skal fungere som en beskrivelse av veien jeg har gått for å finne fram til resultatene (Malterud, 2011). Dette innebærer blant annet informasjon om egen rolle som forsker og forforståelse, tilnærming og vitenskapsteoretisk forankring. I tillegg beskrives utvalg, datainnsamling, rekruttering, analyseprosess, personvern og etikk.

3.1 Tanker om egen rolle som forsker og forforståelse

Tidligere hadde jeg en snever forestilling om at forskning bare handler om tall, eksperimentering i laboratorier eller andre pasientfjerne ting. Ettersom studie- og arbeidsårene går, har jeg forstått at forskning skjer i alle felt, og kan også handle om pasientrelaterte emner og områder *jeg* synes er spennende. Selv om en masteroppgave med kun fire informanter er å regnes for et lite forskningsprosjekt, opplever jeg å ha fått en liten smak av hva det vil si å jobbe med forskning. Eksempelvis har jeg gjennom hele prosessen måttet arbeide veldig systematisk.

Forforståelse handler om det vi bærer med oss i bagasjen før forskningsprosjektet starter, og består av både erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og av den teoretiske referanserammen man har valgt (Malterud, 2011). De vitenskapsteoretiske begrepene horisont og fordom er aktuelle å nevne i den forbindelse. Gadamer beskriver horisont som «en synskrets som omfatter og omslutter alt det som er synlig fra et bestemt punkt» (Gadamer, 2012, s. 341). I Gadamer forforståelse av begrepet fordom ligger det at en dom kan vurderes både positivt og negativt. Videre utgjør våre fordommer en nåtidshorisont, som danner en grense for hva vi kan se. En hermeneutisk situasjon er bestemt gjennom de fordommene vi bringer med oss (ibid). Hermeneutisk tankegang presenteres videre i kapittel 3.2. Gadamer hevder at våre fordommer aldri bare er våre egne, fordi vi er historiske vesener. Dette innebærer at fortolkningene vi gjør er betinget av en rekke forhold som det aldri fullt ut kan redegjøres for. Gadamer understreker at denne forståelsen videre er forankret i språk og tradisjon; mennesket er innskrevet i en tradisjon de ikke selv kan velge vekk, men som former våre forsøk på å forstå (ibid).

Min forforståelse, gjerne kalt fordommer, rundt tema har vært at mange sykehjemsbeboere blir lagt/ får hjelp til å legge seg såpass tidlig at jeg har undret meg på om beboerne og deres

preferanser har vært med i avgjørelser rundt døgnrytme og sengeopphold. Også om morgenen har jeg opplevd en praksis der beboere tilsynelatende bør stelles og opp fortest mulig. Jeg har undret på om denne praksisen i hovedsak handler om en etablert pleiekultur, mangel på kompetanse og lav bemanning. Om pleiekultur skriver Hamran (1991) at normer og verdier har nedfelt seg i en praktisk og sosial organisering av arbeidet. Faste og stabile mønstre som er etablert gjør videre at man kan snakke om en kultur. Kulturelle verdier taes for gitt, men styrer handlingene, gjør dem meningsfulle, men er sjelden tema for deltakernes oppmerksomhet (ibid). Jakobsen (2007) hevder det viser seg i blant annet overbevisninger om hva som er sant og ikke, og hva som er aksepterte atferdsmønstre. Kanskje er Hamran og Jakobsens ord om pleiekultur knyttet til Gadammers tenkning rundt forståelse; pleierne er innlemmet i en tradisjon de ikke nødvendigvis kan velge vekk, men som former deres forsøk på å forstå hva som er aksepterte atferdsmønstre.

Den forståelseshorisonten eller jeg fordommene jeg har hatt, har nok sannsynligvis preget studien min både med tanke på vinkling av problemstilling, intervju spørsmål samt måten å analysere og tolke intervjuene på (Malterud, 2011). Jamfør Thornquist (2003) sin forståelse av Gadamer er antakelig mine fordommer også forankret i historien, språket og tradisjoner.

Et godt kjennskap til feltet man skal observere kan både ha sine styrker og svakheter. Styrken er at det kan bidra til at man lettere forstår det som skjer. Svakheten kan være at man blir 'blind' for å se noe nytt, på grunn av for lite distanse til det som er kjent og selvfølgelig (Hammersley & Atkinson, 1987). I tillegg til forforståelsen som er nevnt, reflekterte jeg over hva som egentlig er funn og hvordan presentere dem, med tanke på at det meste er veldig selvsagt for meg som har jobbet på sykehjem.

3.2 Tilnærming, begrunnelse og vitenskapsteoretisk forankring

I valg av forskningsmetode er Tjora (2012) opptatt av at den skal reflektere hva man faktisk ønsker å finne ut. Malterud (2011) poengterer også at tilnærming er avhengig av hvilke spørsmål et studieprosjekt skal belyse. Jeg ønsket å gå i dybden rundt pleieres refleksjoner om forhold som påvirker sykehjemsbeboeres døgnrytme og sengeopphold, og i hvilken grad beboernes selvbestemmelse er en del av dette. Dette gjorde at det var aktuelt med et kvalitativt design.

Kvalitativ tilnærming er preget av en nær kontakt mellom forsker og dem det forskes på, og fokus er dybde og innsikt (Tjora, 2012). Kvalitativ forskning har sitt utgangspunkt i naturalismens fenomenologiske og hermeneutiske vitenskapsperspektiv. Fenomenologi handler om hvordan verden erfares for subjektet, og denne retningen analyserer og klarlegger hvordan verden konstitueres av vår bevissthet (Thornquist, 2003). Fredrik Svenaeus (2011) skriver at når det gjelder medisin og helsevesen har fenomenologien tre hovedsaklige betydninger: Den dagligdagse betydningen om å gi detaljerte beskrivelser av opplevelser og situasjoner, en metode i empiriske undersøkelser, og en filosofisk teori/ontologi. Den metodologiske betydningen beskrives slik: «Fenomenologien blir her til en kvalitativ metode, en måte å studere et empirisk materiale på som har til hensikt spesielt å fremheve de studerende personenes opplevelser og personlige erfaringer» (Svenaeus, 2011, s.43-44). Således er min studie inspirert av fenomenologisk tenkning.

Fenomenologibevegelsens grunnlegger Edmund Husserl har sagt at fenomenologi er «å gå tilbake til fenomenet slik de viser seg for oss ut ifra seg selv» (ibid), også kalt «til saken selv» (Thornquist, 2003). Dette innebærer en bevissthet, som Husserl beskriver som rettethet eller intensjonalitet; menneskets bevissthet er alltid rettet mot noe.

Praktiske hensyn bidro til at jeg valgte som Tjora (2012 s.15) fremhever; «å frambringe mest mulig relevant og pålitelig informasjon uten unødig bruk av forskeres og deltakers tid og ressurser». Dette innebar at jeg ville gjøre intervjuer av pleiere. Siden jeg ikke skulle gjøre observasjonsstudier hvor man iakttar fenomenet slik det viser seg ut ifra seg selv, måtte jeg bruke den nedskrevne teksten etter intervjuet, til å forsøke å finne meningen i teksten gjennom å analysere den. Her kommer hermeneutikken inn. Det greske ordet «hermeneuein» har tre betydninger; å si, å forklare og å oversette, og alle betydninger handler om å skape og tilegne seg mening (Svenaeus, 2011). Hermeneutikk handler med andre ord om fortolkningslære, hvor spørsmål om hva som er vilkår og fremgangsmåter for å oppnå forståelse og gyldige fortolkninger står sentralt. Det er tekster som først og fremst er hermeneutikkens objekter. Hermeneutikken hjelper oss med å forstå hvordan vi forstår, og hvordan vi gir verden mening (Thornquist, 2003). Hans Georg Gadamer (1900-2002) er sammen med Martin Heidegger representanter for den filosofiske hermeneutikken. Begrepet hermeneutiske sirkel er velkjent i hermeneutisk tradisjon, og viser til et prinsipp i fortolkningen som innebærer en prosess der man pendler mellom del og helhet for å forstå begge deler best mulig. Hver gang man forstår en del av virkeligheten, påvirker det

oppfatningen av helheten. Deretter vil den nye helhetsforståelsen sette delen(e) i et nytt lys, som igjen påvirker forståelsen av helheten. Hermeneutisk spiral vil være et mer beskrivende uttrykk, for å vise at bevegelsen fører en videre; man kommer aldri tilbake til samme sted. I praksis betyr dette at forskeren foretar en sammenhengende fordypning av sin forståelse av mening (ibid). Gadamer skriver følgende, som jeg antar skal illustrere dette:

Den som vil forstå en tekst, fullbyrder alltid et utkast. Han fremkaster en helhetlig mening i det øyeblikk en første mening viser seg i teksten. En slik første mening viser seg på sin side bare fordi man allerede leser teksten med visse forventninger til en bestemt mening. Å forstå det som står i teksten innebærer å utarbeide et slikt første utkast, som riktignok alltid blir revidert i lys av hva man finner ut når man trenger lenger inn i meningen (Gadamer, 2012, s. 303).

I tilknytning til dette forklarer Gadamer at forståelse ikke bare er en reproduktiv men en produktiv fremgangsmåte. Han viser til forfatteren Chladenius som hevder at fortolkeren av en tekst kan og må forstå mer enn forfatteren. Teksten overskrider alltid forfatteren, hevder Gadamer. Han mener ikke at forståelse betyr å forstå bedre nødvendigvis, men forstå annerledes (Gadamer, 2012).

Gadamer understreker også viktigheten av at ens fordommer legges til side, slik at man kan i størst mulig grad se tingene slik de møter oss. Han bruker metaforen «samtale» som møtet mellom en tekst og en leser. Fortolkeren må la seg føre i «dialogen», og se på teksten som noe man kan lære av. Om dette skriver Thornquist (2003) videre:

Det er som understreket over, fåfengt å forsøke å forstå den opprinnelige mening, de opprinnelige spørsmålene. Vi må selv stille spørsmålene, selv prøve å tenke over og tenke ut hvilke spørsmål åndsverket er et svar på, og selv finne frem til de spørsmål som teksten kan tenkes å gi meningsfylte svar på, og slik innlede samtale med verkene (Thornquist, 2003 s. 169).

Et annet ord for å beskrive dette på er Gadamers begrep om horisontsammensmelting; «Forståelse er tvert imot alltid en prosess hvor slike angivelig selvstendige horisonter smelter sammen» (Gadamer, 2012, s. 345). Thornquist (2003) forstår dette som at fortolkningsprosessen er en bevegelig prosess. Nåtidshorisonten, jamfør kapittel 3.1, er hele tiden under utvikling, ettersom vi kontinuerlig må sette våre fordommer på prøve (Gadamer, 2012).

Når det gjelder deler og helhet i en tekst har Gadamer uttalt at pekepinnen for korrekt forståelse er hvis detaljene harmonerer med helheten (Gulddal, 1999). Thornquist (2003) hevder dette utsagnet kan by på problemer, blant annet fordi det ikke nødvendigvis er gitt at tekster utgjør harmoniske helheter. Å tilsløre tvetydigheter kan være en form for overgrep mot datamaterialet. Thornquist hevder at å få frem motsetninger og tvetydigheter kan være verdifullt i seg selv og kilde til dypere innsikt.

3.3 Rekruttering, utvalg og datainnsamling

Et strategisk utvalg er satt sammen ut fra at materialet skal best mulig belyse problemstillingen man tar opp (Malterud, 2011). Jeg ønsket å rekruttere informanter fra én langtidsavdeling på et sykehjem fordi funn om mulig kan sees i sammenheng med avdelingens kontekst og pleiekultur. At langtidsavdeling ble valgt var fordi beboere erfaringsmessig har denne plassen som sitt bosted siste del av livet. Valg av sykehjem og dets plassering (by eller distrikt) ble ikke vurdert, da jeg ikke anså dette for å gi påvirkning på datamaterialet. Med hensyn til oppgavens omfang, var ønske å intervju fire pleiere, enten sykepleiere eller helsefagarbeidere/hjelpepleiere. For å sikre at informantene hadde hatt tid til å bli kjent med avdelingens rutiner og praksis, ønsket jeg informanter som har jobbet i minst seks måneder. Det var ønskelig at informantene var norskspråklige, for å oppnå god kommunikasjon og unngå misforståelser. Pleierne skulle gå i todelte turnus med kveldsvakter slik at de til daglig deltok i både legging om kvelden og hjelp med å få beboerne opp om morgenen.

Etter jeg fikk godkjent søknad fra NSD i starten av juli 2014 (vedlegg 6), sendte jeg søknad til enhetsleder ved valgt sykehjem (vedlegg 4) vedlagt informasjonsskriv til informanter med samtykkeerklæring (vedlegg 5). Enhetsleder godkjente søknaden på e-post datert 22.07.14 og videresendte informasjonen til avdelingslederne, som da skulle rekruttere informanter og videreformidle informasjon om studien. Tre og en halv uker etter søknaden var innvilget fikk jeg, ved hjelp av en av sykehjemmets avdelingsledere, tilgang til å intervju fire hjelpepleiere fra én sykehjemsavdeling. Alle var kvinner med syv til tjue års erfaring fra sykehjemsavdelingen. To av dem hadde aldri jobbet nattevakter før, men en av dem hadde jobbet mange år som nattevakt i denne avdelingen, men jobbet nå i todelte turnus. Ulempen med å ha informanter fra samme avdeling er at de kan snakke sammen mellom

intervjuene og på den måten forberede seg og om mulig påvirke resultatet. En av informantene sa at hun hadde snakket med en av de andre informantene, og undret seg på om de kom til å fortelle det samme. Jeg presiserte at informanten burde fortelle det vedkommende tenker og være ærlig, og heller ikke prøve å svare det hun forventer at jeg vil høre.

I informasjonsskrivet til informantene, var jeg ganske åpen om hva min forforståelse var rundt temaet. Kanskje kan dette ha vært med og påvirket datamaterialet, hvis det har engasjert informantene på en eller annen måte. Det er vanlig i forskningsøyemed at man som informant vil fremstå best mulig og helst svare det som forskeren ønsker at man skal svare (Tjora, 2012). Samtidig er selvbestemmelsesprinsippet i pleie- og omsorgstjenesten høyt verdsatt, fordi det er sterkt knyttet til menneskerettigheter (NI, 2014). Jeg antar de færreste pleiere ønsker å frata pasientene selvbestemmelsen, og dette kan være med å påvirke til at alle informantene nokså tydelig presiserer at beboerne får bestemme selv. At avdelingslederen selv fikk plukke ut informantene kan jo også ha innvirkning for hva resultatet i studien ble; avdelingslederen kjenner sine ansatte og ønsker kanskje å rekruttere informanter som han tror viser kvalitet og vil gi avdelingen et godt rykte. Dette er antakelig naturlige mønster i rekrutteringen, men kan likevel være forhold som kan innvirke på resultatet.

I tillegg til intervju, sendte jeg noen spørsmål til avdelingslederen (vedlegg 2) om avdelingens bemanning, litt informasjon om beboere og andre rammer for å kunne ha en oppfatning av konteksten informantene arbeider i. Jeg fikk også tilsendt en aktivitetsplan for avdelingen med oversikt over oppgaver og aktiviteter på dag- og kveldsvakt. Dette presenteres i kapittel 4.

3.4 Dybdeintervju som metode

Dybdeintervjuets hensikt er å skape rom for en relativt fri samtale som handler om noen spesifikke temaer. Poenget med dybdeintervju er å stille åpne spørsmål som gjør at informanten kan gå i dybden der man selv vil, og på den måten kan man ifølge Tjora (2012) få seg noen overraskelser. Fokusintervju har ofte mer konkrete spørsmål, hvor det er lite rom for at informanten styrer. Jeg ville stille noen spørsmål som var mer konkrete og noen som

var åpne. Følgelig ble kanskje min intervju-metode en blanding av Tjora sin forståelse av dybdeintervju og fokusintervju. For å skape en avslappet stemning, var det hensiktsmessig å intervju informanten på dens egen arbeidsplass (ibid). Jeg gjennomførte fire intervjuer i løpet av fire dager første uka i september. Det ene intervjuet ble gjennomført mens informanten var på kveldsvakt. Det første og siste intervjuet varte cirka en halv time. De to i midten varte omtrent 50 minutter. Ifølge Tjora varer et slikt intervju som regel rundt en times tid eller mer, avhengig av hvor mange digresjoner intervjuobjektet kommer inn på. Årsaken til forskjellen i lengden på intervjuene kan også handle om at jeg på første intervju ikke var vant til hvordan intervju og stille gode oppfølgingsspørsmål for å få informanten til å prate, samt at informantene pratet i ulikt tempo og fikk frem budskapet i ulikt tempo. Slikt sett burde jeg kanskje hatt prøveintervjuer i forkant.

Vedlegg 1 viser utkast til intervjuguide som jeg brukte. Imidlertid ble rekkefølgen på hovedspørsmålene noe forskjellig mellom de ulike intervjuene, og spørsmålene ble stilt noe annerledes. Under det første intervjuet var det et hovedspørsmål jeg ikke fikk stilt. I tillegg til oppfølgingsspørsmålene i intervjuguiden, stilte jeg spontant flere underveis, ofte mer i form av spørrende ord for å få flyt i intervjuet. Det skjedde også at jeg kom på nye spørsmål etter de første intervjuene. Min loggføring etter intervjuene tilsier at jeg opplevde det gikk fint å stille gode oppfølgingsspørsmål. Jeg ser likevel i etterkant at mange av spørsmålene kanskje var litt for ledende, og at min forforståelse kom litt for tydelig frem også under intervjuene. Jeg undres på om jeg kunne stilt enda bedre og eventuelt flere spørsmål for å få mer materiale. Dette kan kanskje sies å være en av studiens svakheter.

Det dukket opp et par spørsmål under transkriberingen som jeg trengte å få avklart. Jeg fikk en samtale med den ene informanten dagen etter, for å få oppklart følgende utsagn: «Ja, for at vi har jo en eller to som sitter oppe hver kveld til nattevakten kommer, som ikke vil legge seg, på vår avdeling, så da...det er jo litt vanskelig..det er jo det...men jeg har nå bare, men jeg tror nå det, eller vet jo at det er andre som ikke bryr seg på en måte om nattevakten, for de må jo få bestemme litt... selv». Jeg ble usikker om det å bestemme litt selv henspeilte på nattevakten eller beboerne. Den andre informanten jeg trengte avklaring fra kontaktet jeg per telefon. Spørsmålet gjaldt utsagn som antydte at de som er sengeliggende legges først og ligger mer enn de som er friskere. Jeg spurte henne om årsaken til dette. Jeg prøvde å skrive ned så ordrett som mulig det informantene sa uten å ta det opp på lydbånd, og tok det med

videre i analysen med det andre transkriberte materialet. Under analysearbeidet har jeg også sett at det er enkelte ting jeg kanskje burde fått avklart mens intervjuene var ferske. Under et av intervjuene opplevde jeg at selv om jeg åpnet opp for flere innspill før vi avsluttet, sa hun mer som var interessant da jeg hadde skrudd av lydopptakeren.

Jeg opplevde at det var utfordrende å skulle si bare «ja og ha», og ikke kunne komme med svar som «enig», «helt sant» og lignende. Minst en gang kom jeg med et svar som gav litt pekepinn på hvilke tanker jeg selv hadde rundt det aktuelle. Jeg merket likevel at jeg for hvert intervju ble tryggere, og visste mer hva jeg skulle se etter/høre etter. Da jeg lyttet til intervjuene etterpå, undret jeg meg på om jeg kanskje avbrøt informantene litt for mye, og at jeg kanskje burde ta enda lengre pauser for å være sikker på at de hadde fått sagt det de mente, og at ikke det ble for styrt av meg. Jeg erfarte også at det var en utfordring å innstille seg til neste intervju på den måten at jeg kunne stille de samme spørsmålene med like stor interesse uten å avsløre at jeg har hørt noe av det samme før og selv har jobbet på sykehjem, for eksempel når det gjelder hvordan en vakt forløper.

3.5 Transkribering og analysering

Jeg transkriberte intervjuene fortløpende innimellom intervjuene og noen få dager etterpå, og brukte totalt 18 timer. Jeg skrev ikke ned alle «ja» og «hm» som jeg hadde innimellom informantens svar for å bekrefte svarene eller være aktiv i lyttingen, men utover det skrev jeg først ned ordrett det som ble sagt. Jeg markerte for små-pauser i teksten slik at jeg lettere kunne høre for meg senere hvordan det ble sagt, og gjorde dokumentene mer oversiktelige og anvendelige for analysen. For å finne ut hvilken spørsmål datamaterialet gav meningsfylte svar på, jamfør Thornquist (2003, s169), måtte jeg gå gjennom det systematisk. Mine funn skulle, jamfør Gadamer (2012), bli produktet av en hermeneutisk tolkning av tekstene. For å komme dithen måtte jeg ta stilling til hvilken metode jeg skulle bruke i analysen. Jeg valgte å prøve å bruke Tjora (2012) sin metode til å begynne med. Hans måte å analysere virket imidlertid noe uklar på enkelte punkter, så jeg valgte å sette meg inn i Malterud (2003, 2011) sine analysemetoder for å se om den kunne være aktuell. Jeg oppfattet Malterud som litt for omfattende, så jeg valgte å finne min måte å analysere på med inspirasjon fra begge kilder (tabell 1, vedlegg 3).

Malterud (2011) hevder at man allerede tidlig i analysen tar stilling til hvilke deler av materialet man skal konsentrere seg om, og at betydelige deler av det opprinnelige materialet legges til side. Dette syntes jeg ikke var lett i starten, så jeg turte ikke ta vekk noe såpass tidlig i analysen. Videre hevder Malterud at man i analyseprosessen bør finne ut så nøyaktig som mulig hva man faktisk har spurt materialet om, for at leseren senere skal kunne følge min vei og forstå mine valg. Jeg skjønnte også raskt at jeg måtte ta mer stilling til hva jeg egentlig er interessert i å se etter. Min problemstilling hadde til da vært «Sykehjem som hjem: hvordan bestemmes døgnrytmen?», hvor fokus var på legging og det å stå opp om morgenen. Jeg så at mitt datamateriale har mange interessante elementer tilknyttet sengeopphold også på dagtid, og innså at det som egentlig engasjerer meg er hvordan andre forhold enn beboerens selvbestemmelse kan påvirke beboerens sengeopphold. Spørsmålet jeg hadde i bakhodet mens jeg «samtalte med teksten for å lære», jamfør Gadamer (2012) og Thornquist (2003), og som jeg håpte datamaterialet kunne gi svar på, var: *Hvilke forhold spiller inn på sykehjemsbeboeres døgnrytme og sengeopphold?*

Den analysemetoden Malterud (2011) anbefaler for nybegynnere i forskningsfeltet kaller hun for systematisk tekstkondensering. Første trinn starter med at man skal lese gjennom de transkriberte tekstene og danne seg et helhetsinntrykk, hvor man noterer 4-8 temaer som vekker ens oppmerksomhet. Jeg hadde notert ned hva jeg satt igjen med av førsteinntrykk av intervjuene, men det var nok mer noen oppsummerende setninger enn tema som jeg skrev ned nokså umiddelbart etter alle intervjuene var gjennomført. Malterud går i neste analysetrinn videre ut ifra de temaene hun fant på trinn en. Jeg tenkte imidlertid at det kunne være lurt å prøve å gå inn i materialet med størst mulig åpenhet, og fant derfor at Tjora (2012) sin tekstnære koding kanskje var mer hensiktsmessig som inspirasjon for min del. Koder for Tjora vil si ord og uttrykk som er beskrivende for avsnitt eller mindre utsnitt av den transkriberte teksten. Etter man har funnet koder for første intervju går man videre til neste og lager eventuelt nye koder der det trengs. I motsetning til det Tjora kaller for sorteringsbaserte koder, som kan minne om temaene som Malterud beskriver, er ikke de tekstnære kodene mulig å sette opp før den skriftlige systematiske analysen begynner. Jeg valgte å dele inn teksten i mindre biter, slik Tjora gjør, men valgte heller å finne tekstnære setninger som for meg var en slags oppsummering av innholdet i tekstbitene på bakgrunn av spørsmålet jeg stilte teksten, jamfør Gadamer (2012).

Jeg brukte av den grunn tabell-funksjonen i skriveprogrammet og delte et renskrevet intervju inn i mindre tekstbiter, og plasserte dem i høyre kolonnen i tabellen. Jeg prøvde å dele inn mest mulig naturlig etter innhold. Følgelig var det avsnitt som ble delt mellom setninger, ofte mellom ufullstendige setninger da det fremkom mange av dem i den transkriberte teksten. De ”tekstnære oppsummerende setningene” (TOS) plasserte jeg i kolonnen til venstre for avsnittene. Det ble ofte flere setninger for hvert avsnitt. Etter jeg hadde gjort dette på alle intervjuene, gikk jeg over tabellene og prøvde å finne merkelapper som med få ord sa noe om hva de ulike tekstnære setningene igjen handlet om. Disse merkelappene kalte jeg for kategorier, og ble plassert i kolonnen til venstre for TOS. Jeg fant mellom 30 og 46 kategorier i hvert av intervjuene. Selv om det ikke alltid trenger å være en sammenheng, er stell erfaringsmessig knyttet tett opp til å stå opp eller legge seg. Analysen tok derfor også for seg tekstavsnitt som ved første øyekast kunne se ut til å omhandle stell. Etter trinn 3 i min analyseprosess forsøkte jeg å samle de forskjellige kategoriene i ulike hovedtemaer etter hva jeg tenkte de egentlig handler om (tabell 2, vedlegg 3). Min analysevei innebærer å gå fra tekstbit til tekstnær oppsummerende setning til kategori til hovedtema. På den måten kan man si at min analysevei også handler om en tekstkondensering der jeg prøver å koke ned til hva innholdet egentlig handler om, jamfør Malterud (2011) sitt begrep.

Etter tre intervjuer hadde jeg 8 hovedtema som jeg oppfattet besvarte spørsmålet om hvilke forhold som påvirker sengeopphold på sykehjem. Jeg tok for meg de tre intervjuene på nytt, pluss det fjerde, og begynte med en litt nøyere gjennomgang. Jeg oppdaget flere kategorier i samme tekstavsnitt, samt nye ting som var interessante. Etter redigeringen opprettet jeg en såkalt matrise (Malterud, 2003, s. 105) over hvor de ulike kategoriene er å finne i tekstavsnittene hos de ulike informantene. Denne brukte jeg systematisk som et redskap da jeg gikk i gang med oppgavens resultatdel. Etter gjennomgang av intervju fire satt jeg igjen med sju hovedtema. Jeg gikk systematisk gjennom alle tekstbitene som omhandlet de ulike kategoriene i de ulike temaene i utarbeidingen med resultatdelen. Jeg prøvde å lage en sammenfatning av hva informantene sa innen hvert tema, og lagde underkapitler for å systematisere det hele. For hvert underkapittel/tema valgte jeg ut noen sitater, som jeg mener illustrerer hvert tema. Etter første utkast til resultatdel, hadde jeg produsert 25 sider tekst. Jeg måtte derfor ta vekk noe og sammenfatte det enda mer. I motsetning til Malterud (2011) som hadde en utvalgsprosess allerede på trinn 2, kommer dette inn etter trinn 4 i min

analysevei. I løpet av analyseprosessen har det vært en kontinuerlig justering av kategorier, hovedtemaer (og matrise) og jeg har sett stadig nye sammenhenger i datamaterialet. På den måten har analysearbeidet vært i gjennom en hermeneutisk prosess, der jeg har pendlet mellom deler, som for eksempel kategorier, og helhet, for eksempel hovedtema, hvor kategorier og hovedtema har endret seg etterhvert som forståelsen av det ene eller andre har økt. Det første utkastet meførte 8 hovedtema, men etter en revidert utkast, jamfør Gadamer (2012, s.303), endte det med at jeg valgte å dele funnene inn i fire hovedtemaer; 1) grunnleggende behov, 2) organisatoriske og systembetingede forhold, 3) alder og helsemessige årsaker og 4) pleiere og annet nettverk.

Noe av det som var vanskelig i analysen, var å vite hvordan man skulle tolke empiri som fremkom som motstridende i intervjuene, jamfør Thornquist (2003) om kritikk av Gadamers påstand om harmoni mellom detaljer og helhet. Jeg oppfattet for eksempel å kunne få et annet svar hvis jeg stilte spørsmål mer konkret om en ting. Dette gjorde meg usikker på hva jeg skulle være tro mot - det vedkommende først sa, eller det vedkommende sa etter et oppfølgingsspørsmål, jamfør Thornquist (2003) om overgrep mot datamaterialet. Enkelte ganger valgte jeg å se det i lys av helhetsintrykket, andre ganger ut i fra det som ble sagt direkte i de ulike tekstbitene. Jeg tror også at motstridende ting kan komme av at man underveis i intervjuet får tenkt seg nøyere om, kanskje ønsker å nyansere noe som ble sagt tidligere, eller at temaet rett og slett er komplekst. Egne erfaringer tilsier at det ikke er en fasit på hvordan man gjør det, siden arbeid på sykehjem har med ulike mennesker og situasjoner å gjøre, og vurderinger taes skjønnsmessig deretter.

3.6 Personvern, etikk og sikkerhet

For å kontrollere at personvernet blir ivaretatt på en god måte, måtte forskningsprosjektet mitt meldes til NSD (vedlegg 6). Det var én av informantene som ikke hadde fått noe informasjon om hva studien innebar før intervjuet, så jeg måtte fortelle mer til henne enn de andre om studien før signering av samtykkeerklæringen ble gjort. Selv om hun fikk informasjon om rett til å trekke seg når som helst, og kroppsspråk viste at hun ikke hadde noe imot å delta, kan man ikke utelukke at informanten kan ha følt på press for å være med videre. For å sørge for flyt i intervjuet valgte jeg å benytte lydopptak under intervjuene. Disse blir slettet ved prosjektets slutt. Informasjon om lydopptak, konfidensialitet, anonymitet og retten til å trekke seg på hvilket som helst tidspunkt uten å oppgi årsak, ble

informert om også før intervjuet startet. Samtykkeskjemaene oppbevares i et låsbart skap på universitetet sammen med et dokument som viser hvilke informanter som fikk hvilket nummer til bruk i studien videre. Underveis i transkriberingen ble teksten aidentifisert, slik at ord som avdelingsnavn, navn på sykehjem, by, sted eller andre personnavn blir fjernet. Fra da av hadde jeg ingen dokumenter på min datamaskin som kunne avsløre informantens identitet. Jeg har brukt min egen mac under skrivingen, men med passord for å logge inn. Jeg benyttet også e-posten jeg har tilknyttet universitetet, for å unngå å få opplysninger om sykehjem, avdeling og informanter på min private e-post-konto. Alle personopplysninger som ligger i skapet på universitetet slettes ved prosjektets slutt, satt til oktober 2015.

3.7 Gyldighet og pålitelighet

Pålitelighet handler om intern logikk gjennom hele forskningsprosjektet (Tjora, 2012). Tjora hevder at forskerens kunnskap og engasjement, forforståelse slik jeg forstår det, er en ressurs i forskningsarbeid hvis man tydeliggjør hvordan dette engasjementet brukes i en analyse. Sagt med andre ord er det sentralt å redegjøre for hvordan ens egen forforståelse kan påvirke forskningsarbeidet med tanke på både tilgang til feltet, utvalg, datainnhenting, analyse og funn. En slik anvendelse gir økt sannsynlighet for at studien har stor pålitelighet (ibid). Som nevnt fikk informantene en liten pekepinn på min forforståelse av tema allerede i informasjonsskrivet. Tidligere i metodekapittelet har jeg forsøkt å få frem at min forforståelse mest sannsynlig har preget min vinkling av hele arbeidet med studien helt fra intervjuguiden ble laget og til analysen var ferdig. Samtidig opplever jeg å ha klart å legge forforståelsen litt til side, jamfør Gadamer (2012) og har prøvd å møte datamaterialet med åpenhet for hva jeg kan finne.

I prosessen med å øke prosjektets pålitelighet er det viktig å reflektere over om man har noe til felles med informantene, noe jeg gjorde i kapittel 3.1. Mye kunnskap om det aktuelle temaet er en fordel, jamfør Hammersley & Atkinson (1987), for å stille presise spørsmål, men kan også være en ulempe ved at man har med seg mange forutinntattheter, slik jeg reflekterte over i kapittel 3.1.

Gyldighet handler ifølge Tjora (2012) om en logisk sammenheng mellom tilnærmingsmetoden og funn. Hjalp metoden til å finne svar på de spørsmålene jeg stilte? Forskningsspørsmålene jeg hadde, ble lagt til grunn for intervjuguiden. I etterkant

bemerket jeg at funn gir svar på alle unntatt at av forskningsspørsmålene (spørsmålet rundt makt). En svakhet var at en del av oppfølgingsspørsmålene som ble stilt under intervjuene, var litt for ledende og ikke gode nok. Da analysen ble foretatt var det likevel et annet hovedspørsmål som var i tankene, og som har bidratt til utforming av oppgavens problemstilling; «*Hvilke forhold påvirker sykehjemsbeboeres sengeopphold?*». Metoden hjalp derfor med å finne svar på både opprinnelige forskningsspørsmål, og spørsmål til hjelp i analyseringen av datamaterialet, men det er problemstillingen oppgaven tar for seg videre. At alle informantene hadde mange års erfaring, kan tenkes å styrke gyldigheten til studien.

En annen måte jeg forhåpentligvis har styrket gyldigheten på, er å være åpen om hvordan jeg har praktisert forskningen, eksempelvis ved å redegjøre for de valg jeg har tatt rundt analysevei, jamfør Tjora (2012). Forhåpentligvis er også studien innenfor rammer av faglighet og relevant forskning, slik Tjora mener er sentralt angående gyldighet.

4.0 FUNN

I datamaterialet jeg fikk ut av intervjuene, har jeg funnet fire hovedtemaer som er med og påvirker sykehjemsbeboeres døgnrytme og sengeopphold; 1) grunnleggende behov, 2) organisatoriske og systembetingede forhold, 3) alder og helsetilstand og 4) pleiere og annet nettverk. Alle blir presentert i dette kapittelet, og utvalgte deler tas videre til diskusjon i neste kapittel. I tillegg viser intervjumaterialet at pleierne hjelper hverandre og opplever samarbeidet dem i mellom som godt.

En måned etter intervjuene fikk jeg svar på spørsmål fra avdelingsleder angående bemanning og beboernes ulike funksjonsnivå, samt døgnprogram. Bemanningen oppgis å være seks pleiere på dagvakt, fire på kveldsvakt og to på nattevakt. Sykehjemsavdelingen har i utgangspunktet plass til 15 beboere, men på tidspunkt for intervjuet var det 17 beboere. Majoriteten av beboerne ligger på enerom. Avdelingsleder opplyser at 17 av 12 beboere har kognitiv svikt, og 13 beboere kan gi uttrykk for behov. Fem er avhengige av to pleiere i stell. Ifølge dagsprogram skal morgenstell utføres mellom 08.30 og 10.30. På kvelden skal stellet begynne fra klokken 20. Informantenes beskrivelser av vaktene samsvarer stort sett med tidspunktene for stell morgen og kveld. Rapportskriving kan starte kvart på ni på kvelden, ifølge tilsendt dagsoversikt. Fra klokken 13 til 15 er det satt av tid til andakt eller gå-trening to dager i uka, og i mellom 18 og kveldsmat (19-20) er det satt av tid til diverse aktiviteter hver ettermiddag.

4.1 Grunnleggende behov

Funn viser hvordan grunnleggende behov som ernæring, medisiner, hygiene og eliminasjon påvirker sykehjemsbeboeres døgnrytme og sengeopphold. Endring av måltider kan også gjøre noe med sengeopphold.

4.1.1 Ernæring, måltider og medisiner

Noen beboere spiser frokost på senga, og kommer ikke opp før nærmere lunsj-tid fordi de vil sove litt etter frokost. Datamaterialet viser også at døgnrytmen og sengeopphold er sterkt knyttet til måltidene i sykehjemsavdelingen. Måltider kan eksempelvis på lik linje med aktiviteter gi avbrekk i døgnet slik at beboere ikke så lett blir trøtt og vil legge seg. Beboere som er mobile kommer selv opp rundt måltider, og mange går og legger seg igjen etterpå. Middagen som tidligere var klokken 13, var nå forskjøvet til klokken 15 og det ble servert

brødmat klokken 12 i stedet. Alle informantene presiserte hvordan endringer i måltidsrutinene i avdelingen påvirket beboernes døgnrytme med tanke på ønske om å hvile på senga. Hensikten var i utgangspunktet at man skulle få mer rom og tid for å aktivisere beboerne på dagtid. Det som i praksis skjedde var at flere beboere ønsket å hvile seg både etter lunsjen og middagen etter nye tidspunkt ble innført. En av informantene sa følgende:

Ja, jeg har jo lagt merke til nå etter at vi begynte med lunsj, så ble de litt forvirret for de følte vel kanskje at det var middagen de fikk, det er nå bare en time før den middagen de vanligvis fikk klokken ett da, sånn at...mange ba jo om å legge seg etter lunsjen..og så har vi nå prøvd å minne de på at det er jo middag om ikke så lenge, så om de vil drøye det litt, men mange vil legge seg etter lunsjtida også, så nå opplever jeg jo at de legger seg to ganger...

Siden måltidene forskyves og kveldsmaten kommer klokken syv, er det mange som nå legger seg senere enn de er vant til. En av informantene sier at beboerne ikke får bestemme døgnrytmen helt selv på grunn av de varme måltidene, fordi man ikke skal varme opp mat som allerede er oppvarmet. Hun påpeker riktignok at beboerne får jo mat om de har sovet over frokosten eller kveldsmaten og vil ha mat.

Informantene var opptatt av å gi beboerne hyppige måltider, som eksempelvis tidligst mulig om morgenen, kort tid før de legger seg om kvelden og også hvis de er urolige på natta. Hvis en beboer spiser lite til kveldsmaten, kan det ifølge én av informantene bety at beboeren ikke har det bra. Da kan det hjelpe å legge beboeren på sengen, og etter en stund kan matlysten komme.

Medisiner var også noe som ble påpekt som årsak til at man kunne velge å vekke beboere, fordi det oppleves vanskelig å forskyve medisinene. Det å få medisiner tidligst mulig, kunne også handle om at beboerne skulle få smertestillende for å lettere klare å komme seg opp.

4.1.2 Stell og toalettbesøk

Datamaterialet viser at såkalt planlagte toalettbesøk og dusjinger kan påvirke beslutninger omkring prioritering av hvem som skal få hjelp for å komme opp og stelle seg eller legge seg først. I tillegg vil uforutsette hendelser tilknyttet eliminasjon påvirke, fordi man vurderer rekkefølgen etter hva man opplever er viktigst og hva konsekvensene kan bli av å for eksempel ikke prioritere å hjelpe beboere på do. Om morgenen prioriterer pleierne for

eksempel de som har tisset seg ut, selv om beboeren gjerne tilhører en annen gruppe enn det den har ansvar for.

Med tanke på hvordan stell kan påvirke sengeopphold, uttalte én av informantene følgende: «Jeg tenker at jeg på en måte skal bli ferdig med stellet sånn..for vi har jo både frokost og lunsj..at det er litt greit at ikke stellet varer sånn veldig langt utover dagen».

4.2 Organisatoriske og systembetingede forhold

Dette underkapittelet tar for seg noen av kategoriene som på en eller annen måte er i skjæringspunktet mellom sykehjem som behandlingssted og sykehjem som hjem.

4.2.1 Bemanning, vaktskifter og tidspress

Bemanning, vaktskifter og tidspress er helt tydelige funn som påvirker sykehjemsbeboeres døgnrytme og sengeopphold. En informant omtaler det på følgende måte:

Men jeg tror egentlig døgnrytmen..at noe er jo spikret etter vår..altså holdt på å si hvor det er mest folk...klart vi har ikke behov for folk når alle ligger og sover...og det er vel sånn det er på alle plasser at vi er satt på vakt når folk er våken [...] men klart...noen ganger sånn i vaktskiftet og sånn kan det være litt sånn vanskelig for pasientene.

En annen informant uttaler: «Det er kveldsmat klokka syv, og så er vi ferdig på jobb klokken ti, sånn at da er det jo på en måte legging etter kveldsmaten». Noen beboere vil legge seg før nattevakten kommer fordi det ikke sikkert er noen tilgjengelig for å hjelpe dem mellom klokken ti og elleve, og at elleve blir for seint. Selv om inntrykket er at de fleste beboerne ønsker å legge seg før nattevakten kommer, uttaler informantene at de føler litt på at man bør ha lagt flest mulig før nattevakten kommer. Dette fordi nattevakten ikke har tid nok siden det er færre folk på jobb den delen av døgnet. Hvis det er hektisk på kvelden, spør pleierne av og til om de kan kle beboerne i nattklær (en av dem sier «legger litt press på»), og bare få en slåbrokk rundt seg. Som regel går beboerne med på det, og nattevakten hjelper dem litt rett før de legger seg. Informantene bruker også ord som travelt, hektisk, «at man gjør noe for å spare tid» eller «man stresser med å få folk i seng» som beskrivende for tidspresset. En av informantene sier at selv om tidspresset medfører en uskreven regel om at alle må være lagt til nattevakten kommer, betyr det ikke at de utfører det i praksis.

Noen beboere er kanskje oppe bare en gang om dagen fordi det er lite tid om kvelden når det er færre folk på jobb. Det er heller ikke alle beboerne som er oppe hver dag. Én av informantene sier at de burde være litt flinkere til å bytte på hvem som er oppe.

Én av informantene beskriver manglende oversikts- og observasjonsmuligheter på nattevakt som årsak til at hun ikke kunne tenke seg å jobbe som nattevakt. Videre sier hun: «Altså..men.det har nok kanskje noe med at..at..de føler ikke de har kapasitet til å legge så mange for da blir de opptatt inne på et rom og hvis det skjer noe..».

Jeg spurte informantene om de opplever forskjell i døgnrytmen mellom hverdager og helg. Alle informantene svarer med en gang at i utgangspunktet er det nesten ingen forskjell. Men så er det litt ulikt hva de tenker videre. En sier: «Kanskje er vi litt inngrodd i rutiner...kanskje..eller kanskje er det naturlig for de..altså at hverdagen er ikke så stor forskjell..altså at det er ikke så stor forskjell..på..». En annen sier at det kanskje kan være litt roligere på søndag, og at det kanskje kan virke som at beboerne liker å drøye det litt i helgene. Samtidig nevner hun at det ikke er planlagte dusjinger i helgene. Dette mener en tredje informant kan gjøre «at det kanskje går litt fortere da». Samtidig er det færre folk på jobb i helgene. «Det er jo mennesker man jobber med, så her må vi gjøre det som må gjøres, uansett om det er helg eller ukedag» uttaler én av informantene.

4.2.2 Sykehjem som hjem: Beboeren i fokus

En av informantene belyser ved et par anledninger i intervjuet viktigheten av at beboerne er i sine egne hjem. Dette innebærer at beboerne må få bestemme selv, og pleierne må respektere deres ønsker med tanke på når de vil legge seg. Pleiernes prioritering av pauser etter beboerens behov for hjelp, og hvordan de jobber gjennom de ulike vaktene gjenspeiler et ønske om velgjørenhet for beboerne. At det er mennesker man har med å gjøre ble trukket frem av to av informantene. Andre tekstbiter fra intervjuene tolker jeg også slik at pleierne ønsker å sette beboeren og deres menneskeverd i fokus. Én av informantene forteller for eksempel at hun forsøker å forskyve legginga litt, så det ikke blir for unormalt tidlig. Jeg spør henne hva hun legger i dette med unormalt tidlig, og hun svarer følgende:

Ja, det der med unormalt tidlig, det er jo kanskje noe som jeg synes- det er jo ikke sikkert andre synes det, men jeg tenker det at de er voksne folk og man føler at man har ikke lyst at de skal...fø... at de skal legge seg så tidlig...at...jeg tenker liksom at når man er voksen, så skal man liksom være litt...kunne være litt oppe..

Pleierne prøver å hjelpe folk i den rekkefølgen som er naturlig om morgenen, og de er i stor grad opptatt av at beboeren skal ha mest mulig selvbestemmelse i forhold som har med døgnrytme og sengeopphold å gjøre. Et sitat er med og illustrerer dette:

Hvis de sover så lar vi dem sove, og hvis de er våken, så spør vi om de vil komme opp. Noen ganger så ringer de på selv, og så spør vi om de vil komme opp eller om de...noen ganger så er de- vil de bare på do og så vil de sove litt til, og noen ganger er det sånn at de vil opp med en gang. Noen ganger så har de kanskje venta ei lita stund for å..at det ikke har passa for nattevakten å ta dem opp fordi at...men som regel er det sånn at vi går inn og spør om de vil opp, og vil dem opp, så får de det, og hvis de vil ligge så får de det og, og hvis de vil ha mat på senga så får de det og...det er liksom hva de selv vil.

Informantene forteller at de ikke bruker makt eller tvang for å stille, ta opp eller legge en beboer, fordi det er beboeren som bestemmer. Hvis de ikke har fått opp og stelt en beboer på dagen, gir de beskjed til kveldsvakten og spør om de kan prøve å få det til.

I forbindelse med måltidsendringene og påvirkningen det fikk på døgnrytmen og sengeopphold, sier én av informantene følgende: «Det er jo ikke vanlig at du spiser middag i sengen, men de må jo bestemme..de har nå ordna sitt eget så det er nå helt okei det óg egentlig, det er bare hva de vil...».

Pleiere kan som nevnt forsøke å utsette stell og legging til etter kveldsmat så det ikke blir for tidlig. De som absolutt vil legge seg hjelpes, men de forsøker å oppmuntre til å drøye litt. Fremskynding av legging kan også forekomme. En informant sier det slik:

Jeg vet vi har tidligere prøvd å lagt press på noen, liksom ‘Ja, du må prøve å..kanskje vi kan få lov til å hjelp deg og stille deg i allefall før nattevakten kommer for..’, vi gjør det sånn..og det blir jo litt feil egentlig, for at de bør jo selv få velge når tid de har lyst å kle på seg den nattkjolen selv om de ikke må legge seg i senga og...så..jeg vet jo at vi har gjort det...og det er med tanke på at man skal prøve å få gjort ting før nattevakten.

En av beboerne vil helst vekkes av pleierne klokken ni, og får dette gjennomført. Ikke-avtalt vekking av beboere forekommer riktignok i forbindelse med blant annet språkproblemer, uhell i senga, mørketid, for å få gitt medisiner og komme i gang med frokosten. «For å begynne en plass», var også begrunnelse for vekking. Informantene forteller at de vekker

beboerne på en rolig måte ved å åpne opp gardiner, skru på lys, sette på radio og se om personen våkner. En informant sier følgende om vekking:

Jeg tenker på, sånn som du spurte i stad på morgenen om det er mange som faktisk ber om å stå opp, så er det jo ikke så veldig mange som ber om det av de søtten vi har, men kanskje halvparten, og den andre halvparten som ikke sier så veldig mye, de blir jo bare på en måte bare vekket og....

Tidligere vaner og individuelle behov var også funn i studien min. Én av informantene beskriver beboerne som «vanedyr» angående tidspunkt for når de vil legge seg.

Datamaterialet viser at informantene er opptatt av å prøve å imøtekomme individuelle vaner i stor grad, enten det gjelder å stå opp tidlig eller seint, legge seg tidlig, eller sitte oppe til etter nattevakten er kommet. Det er to til fire personer som nesten daglig pleier å sitte oppe til nattevakten kommer, fordi de ikke vil legge seg. Det kan være pleierne får rapport på morgenen om at disse personene ble lagt i tolv-ett tida kvelden før. De fleste beboerne ber likevel heller om å få lagt seg tidlig, etter kveldsmaten. En av dem beskriver individuell tilpasning på følgende måte:

Man prøver liksom å tenke personlig, at den liker å ha det på den måten...vi vet at, i og med at vi jobber her over tid på samme plassen, så blir man jo kjent etterhvert med de som bor her og vet rutinene, hvordan de liker å ha det.

Ett av mine forskningsspørsmål handlet om hvordan informasjon om beboerens preferanser om døgnrytme fra tidligere innhentes og dokumenteres, og jeg spurte informantene om dette direkte. Alle forteller at man har en samtale når beboeren er ny på sykehjemmet, som regel med pårørende eller en pleier fra hjemmetjenesten eller en annen institusjon. Disse opplysningene blir dokumentert på et ark og senere i pleieplanen i den elektroniske pasientjournalen Profil. På spørsmål om hvordan denne informasjonen om beboerens preferanser brukes, svarer alle at det ikke følges slavisk. Kanskje begynner de å følge rutinen som de fikk presentert i samtalen, men at de blir kjent med beboeren selv underveis og «lærer å kjenne med våres øyer» som en av dem uttalte. Pleierne har imidlertid informasjonen om tidligere vaner i bakhodet, for eksempel i forhold til om beboeren liker å sitte oppe utover kvelden.

Fleksibilitet i møte med sykehjemsbeboeres sengeopphold ble også nevnt i intervjuene. Det kan handle om fleksibilitet overfor pasienter og kolleger for å få kabalen til å gå opp. En informant sier: «Jeg tror at de fleste mennesker så er det..varierer det litt fra dag til dag, altså..altså om du er sånn som står opp tidlig, så kan det være neste dag sover du litt lenger og, det er ikke..det varierer». En annen informant uttaler: «Noen ganger så må vi jo kanskje vekke en av pasientene og da...noen ganger så bruker jeg bare å prøve at de våkner av seg selv...». Hun forteller videre om hvordan man ser an dagsformen under stellet, og at kanskje man må vente til neste vakt før de hjelpes til å komme opp.

4.3 Alder og helsemessige årsaker

Alder, trøtthet, slitenhet og helsemessige utfordringer (både tale- funksjons- og kognisjonsmessig) påvirker sykehjemsbeboeres døgnrytme og sengeopphold.

4.3.1 Alder, trøtthet og helsetilstand

Alder, trøtthet og slitenhet er noe alle informantene trekker frem under intervjuene som forhold som gjør at folk vil sove og hvile, eller blir lagt av pleiere. Dette gjelder både på dagen og på kvelden. Også helsetilstand/allmenntilstand, sprekhet, komfort og dagsform spiller inn på hvorvidt beboerne ønsker å tilbringe tid i sengen ifølge informantene. Slike forhold gjør at mange vil legge seg omtrent klokken åtte, etter kveldsmat. En informant uttaler:

Man kan ikke sammenligne et gammelt menneske med en person som er yngre og er i arbeid og...kroppen er jo sliten på dem, og de har ikke den samme forutsetningen for å glede seg med kvelden sånn som vi har, ikke hvis du begynner å bli sliten og trøtt...og sitter mye i ro, og ikke får gå på beina og bevege deg lenger sånn som du gjorde før...så kan man jo forstå at de er sliten og...

Hvis beboerne er trøtte på morgenen etter stell og eventuelt frokost, blir de ikke tatt opp i rullestolen, da får de hvile litt videre. En informant sier også at hun har opplevd at beboere sovner etter de er kommet i rullestolen, og da har hun kjørt de tilbake til rommet og lagt dem igjen. Dette gjelder også på kvelden når de sitter og sover i stolen, sier flere av informantene.

Tidligere sengeopphold og søvn spiller inn på prioriteringene som pleierne gjør angående hvem som først skal få hjelp med å stå opp eller legge seg. Det kan også være ting som har

gjort at beboerne ikke har sovet godt om natta, så hvis beboerne sover tungt og pleierne vet at natta var dårlig lar pleierne beboerne som regel sove. Hvis pleierne har fått rapport om at en beboer har stått opp tidlig og ikke ligget på formiddagen, får de kanskje hjelp til å legge seg etter middag av kveldsvakten. Noen er kanskje oppe bare en gang om dagen fordi de har vært oppe på formiddagen, og det er lite bemanning på kvelden. Våkenheten til beboerne er også blant forhold som avgjør hvem av beboerne som først får hjelp opp om morgenen.

4.3.2 Tale-, funksjons- og aktivitetsnivå

Ifølge avdelingsleders svar på tilsendt dokument kan 13 beboere gi uttrykk for når de vil stå opp/legge seg. Den ene informant oppgir i intervjuet at cirka halvparten ber selv om å stå opp. I datamaterialet ser det ut som at sykehjemsbeboeres evne til å uttrykke seg påvirker sengeoppholdet, fordi selvbestemmelse ofte er knyttet til muligheten til å sette ord på sine behov. Pleierne spør ofte beboerne når tid de har lyst å legge seg, og i vurderingen om en beboer skal bli lagt, handler det om hvordan man formulerer seg. Det kan for eksempel være beboerne svarer ja og nei litt om hverandre. Hvis beboeren selv kan svare og gi uttrykk for sine behov, blir det av og til avtalt med beboeren når den ønsker hjelp til å stå opp eller legge seg. Det kommer frem at det er lettere å hjelpe de som kan be om det først. I tillegg blir beboerne som sitter på stua ofte mest sett og hørt. Beboerne som mangler taleevne ligger mer. En av informantene sier imidlertid at man bør prøve å prioritere å hjelpe i seng de som har sittet lenge og ikke er så sterke, selv om noen andre er flinkere til å rope høyt.

I tillegg til at evne til og uttrykke seg ser ut til å påvirke beslutninger rundt sengeopphold, viser funn at mobiliteten til beboeren også er av betydning. De som selv kan klare å komme seg opp og gå, styrer sengeoppholdet selv. De som ikke klarer det, er avhengige av pleiernes hjelp. Ifølge avdelingsleder er fem personer avhengige av to pleiere ved stell. Ifølge én av informantene trenger samtlige hjelp, men det er veldig forskjellige behov. En av informantene sier at de som trenger mye hjelp, legges først. Hun sier videre: «Kanskje ligger de på ettermiddagen og hvis de har vært oppe om formiddagen og..det opplever jeg jo at de ligger mye mer enn de som er litt friskere og sitter på stua».

Intervjuene viser også at mange beboere har et lavt aktivitetsnivå, mest sannsynlig på grunn av funksjonsnivået. Mange sitter hele dagen, og blir ifølge informantene lettere slitne og vil gjerne vil legge seg. I dagsprogrammet er det hver ettermiddag satt av tid til ulike

aktiviteter, mens på dagtid er det to dager i uka hvor det er satt av tid til andakt eller gå-aktivitet mellom lunsj og middag. Data fra intervjuene viser ikke at beboerne blir spesielt aktivisert på ettermiddagstid, men at det av og til forsøkes mellom lunsj og middag. En informant sier det er naturlig at man kan sovne på sykehjemmet, men at noen klarer å sitte oppe. Hun føyer til: «...de kjeder seg rett og slett bare hvis de blir sittende uten at det skjer noe spesielt rundt de, at det ikke er et måltid eller en aktivitet». Ifølge to av informantene var en av hensiktene med endringer i måltidsrutinene, at man nettopp skulle få mer tid til å aktivisere beboerne og at de derfor skulle bli kvikkere. Det har imidlertid vist seg å ikke lykkes helt slik det var tenkt da mange ønsker å hvile. Én av informantene sier likevel at man kan klare å få til noe:

Det er jo noen som vil legge seg, men så er det jo noen som vil sitte litt oppe, og hvis man da starter med en aktivitet...sånn som igår så satt vi og så sang med beboerne...og da glemmer de det der at de er...jeg tror de blir litt påvirket av hverandre når de ser at en går og legger seg så blir de andre dratt litt med i det der, sånn at...så da starter med en aktivitet, prøver å trekke til deg noen beboere som...så kan de godt sitte oppe den der stunda mellom tolv og tre.

4.3.3 Kognitiv svikt og urolighet

12 av 17 beboere i avdelingen har kognitiv svikt ifølge informasjon fra avdelingsleder. Det hender en sjelden gang at beboere med demens står opp igjen etter de er lagt, fordi de ikke vet hvilken tid på døgnet det er, eller på grunn av urolighet fordi de ikke har sovnet med en gang. Funn viser at det er vanskeligere for de som har kognitiv svikt å få bestemme selv når de vil stå opp og legge seg. En annen informant beskriver det slik: «Jeg tror at de som kan svare for seg..de som er så med på en måte, som kan svare, de får jo ønske sitt i forhold til det». Datamaterialet gir også inntrykk av at urolighet hos beboerne kan påvirke sengeoppholdet fordi pleierne ofte prioriterer å stille og ta dem opp først.

4.4 Pleiere og annet nettverk

Datamaterialet viser at pleierne har endel å si, både direkte og indirekte for hvorvidt beboere ligger i sengen, eller ønsker å få hjelp til å legge seg/komme ut av sengen. Deres holdninger, samt anbefalinger grunnet observasjoner og faglige problemstillinger gir følger for sengeoppholdet til beboerne. Også andre beboere og pårørende spiller inn.

4.4.1 Pleieres holdninger, observasjoner og tiltak

I intervjuguiden var ett av mine spørsmål å høre hvilke tanker informantene hadde rundt en avisartikkel (Arnesen, 2014) som omtalte vekking av sykehjemsbeboere klokken fire. Den tidlige vekkingen ble gjort fordi dagvakten skulle få mindre å gjøre. Én av informantene svarte blant annet: «Men klart du steller jo pasientene uansett hvis de er utgjort eller noe sånt, men ikke fordi at dagvakten skal få det lettere, for det er forskjell på dagarbeid og nattarbeid...jeg mener at natt skal være natt for alle, og dag dag for...». Samme informant nevner at for noen år siden var det snakk om at nattevakten skulle stille noen, men pleierne sa fra at de ikke syntes noe om det. For det første trengte beboerne å ha natt, og det var ikke bra for den beboeren det gjaldt. Hvis derimot beboere har vært vant til å stå opp tidlig eller er urolige, stilte det seg annerledes. En annen informant sier, som svar på et annet spørsmål, noe som jeg oppfatter som motsatt budskap fra forrige informant. Hun sier: «Jeg personlig mener nå at du er jo på jobb, om det er natt eller dag eller kveld eller, så er du jo på jobb».

Et annet intervju spørsmål var å finne ut hvilke refleksjoner informantene hadde rundt påstanden om uskrevne regler om at beboerne må være lagt før nattevakten kommer. Én av informantene forteller at hun nettopp opplevde at en vikar fra en annen avdeling spurte: «Hvorfor er det sånn at man skal legge flest mulig før nattevakten kommer?». Informantene hevder at selv om de vet at enkelte nattevakter ikke liker at det sitter folk oppe som er ustelt, så bryr de seg ikke om dette, men respekterer beboerens ønsker.

En av informantene hevder også at hun som tidligere nattevakt ikke synes det ville være greit å skulle legge halve avdelingen fordi kveldsvakten ikke hadde orket å legge beboerne. Hun sier:

Hvis folk sitter og sover i en stol på stua, så er det jo..da er de jo trøtt, da vil de jo egentlig..da er det jo bedre at du prioriterer å legge de enn å sitte å skrive på dataen, tenker jeg... [...] men du kan ikke drive å ta kveldsstell på alle sammen, hvis det er sånn..det blir med alt egentlig..du skyver det liksom ikke foran deg og sier 'neste vakt tar det'...det blir litt feil det òg.

En annen informant sier hun tror det er forskjell på hvem som jobber i helsevesenet, akkurat som beboerne er forskjellige. Hun sier videre:

Jeg kan svare for meg, hvordan jeg går fram og..sånt..jeg tror ikke at alle gjør det sånn, det tror jeg ikke. Jeg tror nok det er noen kanskje som på en måte er litt aktive å vekke folk, altså sånn..det tror jeg..men samtidig så er det jo sånn at man går jo inn til de som er våken..altså sånn hvis at alle sover, så kan det jo være at man gjør det litt forskjellig.

Som nevnt blir det byttet på hvem av beboerne som skal være oppe i løpet av uka. Én av informantene tror dette også handler litt om at de blir påvirket av hverandre som pleiere, med tanke på hvem man pleier å ta opp.

Ett annet av mine forskningsspørsmål i dette prosjektet var hvilke vurderinger pleierne gjør for å vurdere hvem som skal hjelpes først med henholdsvis å stå opp og legge seg. Funn viser at observasjoner som pleierne gjør har litt å si. Hvis beboerne selv ikke kan uttrykke seg verbalt, observerer pleierne kroppspråket og øynene til beboerne, om de ser anstrengt, slitne eller trøtte ut, om de sover i stolen eller hvordan de sitter i stolen. Når det gjelder morgenen observerer pleierne om beboerne sover tungt, eller om de har lukkede øyne men virker å sove lett. Dagsform under stell observeres med tanke på om beboeren er klar for å komme opp og sitte eller ikke. I tillegg viser funn at informasjon om hvor lenge beboeren har vært oppe, også gir grunnlag for prioritering av hvem som først skal få hjelp til å legge seg.

Faglige problemstillinger kan også virke inn på beslutninger omkring sengeopphold. «Jeg tror vi kanskje tenker på helsetilstanden deres», uttaler én av informantene. Hvis det er en beboer som eksempelvis har sår eller andre ting som gjør at den bør ligge på sida, og ikke sitte for mye, kan pleierne anbefale vedkommende å ligge, og spør om lov til å hjelpe den i seng. Forebygging av urinveisinfeksjoner hos beboere med inkontinens ble også trukket frem som forhold som man vurderer med tanke på at slike beboere ikke bør ligge for lenge med våt bleie før stell. Smerter kan gjøre at folk ikke er klar for å komme opp, og derfor trenger smertestillende før de er klar for å komme opp.

Et par utsagn under intervjuene viser at fokus på pleierne også kan spille inn på beboernes døgnrytme og sengeopphold. En av dem sier: «Men vi vekker ikke de i fire-tida, for det synes vi ikke noe om [...]...det er ikke bra for - hverken for dem eller for oss». En annen sier det slik:

Jeg har selv ikke kunnet tenkt meg å vært nattevakt for, nettopp på grunn av det at jeg føler at det ikke er oversiktlig nok [...] det er ikke forsvarlig i det hele tatt [...], og det er jo bra at man tenker jo ikke bare på seg selv, man må tenke litt på..på de andre pleierne og, men det går jo på bekostning av pasienter..det gjør det.

4.4.2 Oppmerksomhet fra pleiere og tilstedeværelse av andre

At beboerne påvirkes av hverandre og kjeder seg var ulike forklaringer på hvorfor mange beboere vil legge seg så raskt som mulig etter kveldsmat. Påvirkning innad mellom beboere kom også frem når det gjaldt forsøket på å aktivisere beboerne mellom lunsj og middag. Beboerne henvender seg lite til hverandre, og opplever gjerne at det ikke er noen å prate med. Videre kan beboerne knytte seg til pleierne, og hvis pleierne er opptatt inne på pasientrommene, kan tryggheten bli borte for beboerne som er igjen på stua. Av den grunn hadde avdelingen begynt å prøve at kjøkkenvakta skulle være tilgjengelig i stua. Én av informantene forteller eksempel på at man som pleier har gode samtaler med noen på kvelden før de legger seg, og for eksempel smører føttene til beboerne. Dette setter beboerne stor pris på, og informanten tror at beboerne føler at pleierne er deres pårørende. Hun sier videre: «Vi prøver nå liksom å gjøre det beste av den tiden». Hvis beboere kommer opp etter de er lagt om kvelden, hevder en av informantene at det kan være de vil prate litt. Kjemi mellom beboer og pleier, samt motsatt kjønn hos pleiere er også årsaker til at pleierne av og til omrokker litt på pasientfordelingen, og hjelper hverandre ved legging om kvelden.

Tilstedeværelse og forventning fra pårørende kan også spille inn på beboerens døgnrytme og sengeopphold. Et sitat illustrerer dette godt:

Vi skal jo prøve å gjøre alle til lags, ikke bare pasientene, men vi ønsker jo og å gjøre pårørende..altså at de skal føle at vi gjør det beste vi kan for deres mor og far, så jeg har ihvertfall mange ganger tenkt at ‘tenk hvis de får besøk og så sitter de i nattkjolen i senga klokka syv på kvelden’, det blir litt sånn rart..

Informasjon og kommunikasjon mellom beboer og pleier kan se ut til å spille inn på sengeoppholdet og døgnrytmen. Hvis en beboer med demens har stått opp igjen og ikke vet hva klokka er, forteller pleierne hvilken tid på døgnet det er, og at vedkommende kan gå og legge seg igjen. På dagtid minner pleierne beboerne på hvilket klokkeslett det er etter de har spist lunsj, og prøver å spør om ikke de vil drøye å legge seg til etter middag. Én av

informantene sier at hvis en beboer har et sår og bør ligge, anbefaler og spør pleieren om beboeren kan legge seg litt på sida. Som nevnt kan noen beboere ha problemer med å uttrykke seg verbalt. Én av informantene viser til at hvordan man spør får betydning for om beboeren sier ja til å legge seg eller stå opp. I kapittel 4.2 nevnes det at pleierne og beboerne av og til avtaler når beboeren vil ha hjelp. Jeg stilte én av informantene spørsmål om hva hun sier til en person som ikke selv kan si at den vil gå og legge seg. Hun svarte: «Da bruker jeg å gå bort til pasienten og bare si at nå skal du få gå inn i senga og legge deg og pusse tennene.. og kle på nattklær og..».

5.0 DISKUSJON

Problemstillingen i oppgaven er: Hvilke forhold påvirker sykehjemsbeboeres døgnrytme og sengeopphold, og hvordan kommer selvbestemmelsen til uttrykk i dette? Jeg valgte å dele funnene inn i fire hovedtema: 1) grunnleggende behov, 2) organisatoriske og systembetingede forhold, 3) alder og helsemessige årsaker, 4) pleiere og annet nettverk. Det er vanskelig å isolere diskusjon av hovedfunn i egne kapitler, da flere funn inngår i hverandre på ulike måter. Diskusjonen foregår dermed litt om hverandre i fem underkapitler. I tillegg til å vise til teoretisk referanseramme (inkludert forskning) og egen erfaring, suppleres diskusjonen også av kommentarer fra andre typer artikler. Overskriftene på underkapitlene er hentet fra informantenes sitater. Siden flere av funnene inngår i hverandre, er overordnet funn i studien temaets kompleksitet. Kapittelet vil derfor starte med noen refleksjoner rundt denne kompleksiteten.

Informantene har fra syv til tjue års erfaring fra avdelingen. Dette betyr antakelig at de er godt innlemmet i avdelingens pleiekultur med dets normer og verdier jamfør Hamran (1991). Vi kan kanskje derfor anta at datamaterialet som kom fra intervju med disse informantene vil representere avdelingens pleiekultur rundt døgnrytme, sengeopphold og selvbestemmelse. Funnt fra studien viser således en pleiekultur som i stor grad setter beboeren og dens behov i sentrum når det gjelder døgnrytme og sengeopphold. Samtidig viser funn kompleksiteten rundt selvbestemmelse, fordi flere forhold påvirker døgnrytmen og sengeopphold. Et utdrag fra et av intervjuene illustrerer dette:

Forsker: Hvordan opplever du at selvbestemmelsesretten blir ivaretatt når det gjelder døgnrytmen?

Informant: Jeg tror at de som kan svare for seg..de som er så med på en måte, som kan svare, de får jo ønske sitt i forhold til ja...det kan jo være det blir litt justering i forhold til at du skal gå til noen andre, altså sånn du..det er jo mennesker du holder på med..det kan komme uforutsette ting og sånn der, men...også har det kanskje noe med at man vet at denne personen har likt å stått opp, eller at den har likt å ligge lenge, den har alltid vært sånn som har..ja...at man kan ta litt sånn der hensyn, altså hvis jeg alltid har likt å være lenge oppe om kvelden, alltid likt å sove lenge om morgenen, så kan man prøve å ta litt hensyn til det...men sånn hvor veldig mye selvbestemmelse sånn totalt, det vet jeg ikke helt..

Et annet poeng illustrerer også kompleksiteten i temaet: Overdrevent sengeopphold har som nevnt mange negative konsekvenser (Alessi & Schnelle, 2000). Følgelig tenker jeg en viktig sykepleieoppgave i sykehjem er å oppmuntre og hjelpe beboere til å være mest mulig ute av senga. Funn fra studien min viser at faglige problemstillinger påvirker sykehjemsbeboeres døgnrytme og sengeopphold i den grad at pleierne kan anbefale det ene eller andre i ulike situasjoner. Samtidig sier informantene at de er opptatt av å la beboerne selv bestemme. Kvalitetsforskriften tar også til orde for å forhindre uønsket og unødig sengeopphold. Utfordringen kan da være som følger: Hva om sengeoppholdet er overdrevent og samtidig ønsket? Et slikt spørsmål reiser et etisk dilemma mellom selvbestemmelsesprinsippet og velgjørenhetsprinsippet. Videre begrenses ikke selvbestemt sengeopphold til handlinger bestemt og utført mellom beboer og pleier, men av varierte årsaker, både organisatoriske og strukturelle faktorer (Luff et al., 2011), som funn fra min studie viste.

5.1 «Det er faktisk deres hjem og...»

Innledningsvis i Luff et al. (2011) sin artikkel påpekes at å legge seg og stå opp ikke bare markerer skjæringspunktet mellom dag og natt, men legemliggjør en potensiell konflikt mellom beboerens preferanser og omsorgsboligens rutiner og praksis. I forlengelsen av dette vil kapittel 5.1 i hovedsak berøre temaet organisatoriske og systembetingede forhold, samt pleieres påvirkning.

Både verdighetsgarantien, kvalitetsforskriften, samt Nasjonal Institusjon for menneskerettigheter er enige om at sykehjemsbeboere skal sikres et verdig liv hvor deres grunnleggende og individuelle behov blir ivaretatt, og hvor selvbestemmelsesretten er viktig. Teorikapittelet beskriver sykehjemmenes utvikling og krav fra ulike hold om mer og mer hjemlig preg. Teori- og resultatkapittelet viser også at selvbestemmelsesretten er knyttet opp mot det å være i eget hjem. Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie hevder imidlertid at beboerne kan dyrke sine interesser og forme sin tilværelse i den grad det er forenlig med den medisinske behandlingen, driften av boformen og av hensynet til andre beboere. Sykehjemsbeboerne er derfor både beboere og pasienter, og dette kan stille krav som det er vanskelig å forene (Ånstad et al., 2007). Goffmans totale institusjon minner kanskje lite om nåtidens sykehjemstilbud, men erfaring tilsier at det fortsatt er noen sider ved sykehjem som kan assosieres med Goffmans tenkning. I oppgavens sammenheng

kan kanskje slike perspektiver bidra til å tydeliggjøre viktigheten av sykehjemsbeboeres selvbestemmelse rundt døgnrytme og sengeopphold.

Harnett (2010) sin forskning viser eksempel på en situasjon der en forespørsel om å få legge seg blir utsatt fordi pleiepersonalet er midt i en kaffipause. Dette kan antyde at pleiernes behov og sykehjemmets rutiner er styrende for beboeres selvbestemmelse. I motsetning til dette uttaler en av informantene i min studie at man tar pauser med mindre noen absolutt vil legge seg. Mitt datamateriale viser videre at informantene angir at beboerne i stor grad får styre. Enkelte av funnene viser likevel at også pleiernes behov kan gi føringer rundt sengeopphold. Dette kan handle om at sykehjemmet også er en arbeidsplass for pleierne, jamfør Garsjø (2008). Dette innebærer at de ansatte har visse oppgaver som inngår i en arbeidsdag, og som derfor kan virke begrensende på handlingsrommet til pleierne overfor beboernes behov.

Videre viser funn at pleierne blir rammet av tidspresset som oppleves. Deres muligheter for å imøtekomme beboerens behov rundt døgnrytme og sengeopphold er begrenset av bemanningen med påfølgende redusert oversikt- og observasjonsmulighet. Dette er i samsvar med tidligere nevnt forskning (Bates-Jensen, Schnelle, et al., 2004; Luff et al., 2011). Jamfør Faforapporten (Gautun & Hermansen, 2011) tilsier egne erfaringer også at bemanningen sjeldent oppleves tilstrekkelig til å ivareta alle beboerens behov i løpet av en vakt. Funn fra studien min viser at enkelte beboere ikke er oppe hver dag. Én av informantene sier at de burde være flinkere til å bytte på hvem som er oppe da det ofte er de samme som taes opp. Informanten sier videre at hun tror at pleierne påvirker hverandre. Jeg anslår det har sammenheng med tidspress tilknyttet bemanning; det skulle ikke være slik at sykehjemsbeboere bare kan være oppe noen dager i uka med mindre beboerne selv ikke vil opp, eller pleierne ikke har tid til å hjelpe. Bjorvatn og Fetveit (2005) og Harris & Grando (2014) tar til orde for at det bør være styrket bemanning i timene rundt leggetid, slik at beboerne får mulighet til å legge seg på det tidspunktet som er naturlig for dem.

Forskningen til Harris & Grando (2014) fra en sykehjemsavdeling i USA, viste at sengeopphold er påvirket av nattevaktens oppgaver. Dette samsvarer tildels med funn fra min egen studie om at pleierne kan føle på at det må være minst mulig igjen av pleieoppgaver til nattevakten. Dette kunne medføre at pleierne gjorde klar beboerne slik at de kunne legges av nattevakten uten å foreta stell i forkant. I Vårt Lands avisartikkel «Eldre

vekkes grytidlig for å stelles» (Kalstad, 2014), uttaler Rekkedal i Pårørendeaksjonen følgende: «Vi hører stadig historier om kritikkverdige forhold på sykehjem. Jeg har også hørt at eldre legges veldig tidlig på kvelden, for å avlaste nattevaktene». Én av informantene mine hevdet derimot at det ikke er sikkert de utfører det i praksis, selv om det er et visst press om å gjøre klart til nattevakt. Harris & Grando (2014) viser til behovet for å utvikle en sengetidspraksis basert på beboerens preferanser, i motsetning til institusjonsdrevne rutiner. Kanskje er det en slik praksis som er i gang i sykehjemsavdelingen hvor studien min ble gjennomført.

Luff et.al (2011) sin forskning om tid brukt i sengen på sykehjem, viser som nevnt at vaktskifter påvirker tidspunktene som beboerne legger seg og står opp, spesielt på grunn av tolvtimers vakter hvor bemanningen er lavere allerede fra klokken 20. I

sykehjemsavdelingen studien min ble foretatt på, starter nattevaktene klokken 22. Likevel viser funn at vaktskiftene kan påvirke beboerne til å ville legge seg tidligere enn ønsket, for at det eksempelvis ikke skulle bli for seint etter vaktskiftet. Dette samsvarer med Luff (ibid) sine funn om kompromissinngåelse, samt Christiansen & Aasgard (2004) sine funn om overtalelse, for å få det til å passe med vaktskiftene. At vaktskifter er en utfordring for beboeres selvbestemmelse handler erfaringsmessig om at rapporter skal formidles, og at det derfor er færre pleiere tilgjengelig til å imøtekomme behov som eksempelvis forflytning fra seng til stol eller mostatt.

Thornquist (2003) hevder i motsetning til Gadamer (2012) at å få frem motsetninger i datamaterialet kan være verdifullt i seg selv, og en kilde til dypere innsikt. Funn i fra studien min viser at informantene har litt ulike holdninger knyttet til hvilke oppgaver som skal gjøres på de ulike vaktene. Én av informantene mener også at folk går frem på forskjellige måter i møte med beboernes døgnrytme og sengeopphold, eksempelvis når det gjelder vekking. At pleiernes forskjellige holdninger gir seg utslag i ulike handlinger, kan kanskje handle om noe av det Hoffmann (2002) belyser om holdninger versus handlinger i forholdet til en autonom person. Uansett betyr det at pleieres ulike holdninger er forhold som er med og påvirker sykehjemsbeboeres ønsker rundt sengeopphold og døgnrytme i ulik retning. Personlig håper jeg det er et uttrykk for at ulike situasjoner gir ulike skjønnsmessige vurderinger, jamfør Vetlesen (2010) sin forståelse av Aristoteles begreper. Siden faktorer må gies ulik vekt i ulike situasjoner, gir det ulike utfall i pleien.

5.2 «Man kan ikke sammenligne et gammelt menneske med en person som er yngre..»

Et av hovedtemaene i studiens funn er alder og helsemessige årsaker som påvirker døgnrytme og sengeopphold. Informantene beskriver beboerne som gamle, slitne og trøtte. Mange av sykehjemsbeboerne i avdelingen er i den fjerde alder, jamfør Laslett i Romøren (2014), hvor den kroppslige svekkelsen er uttalt i alle organsystemene. En slik svekkelse medfører avhengighet av andre for å opprettholde liv og helse. Økt alder gir som nevnt økt sannsynlighet for sykdom. Dette bekrefter hvorfor det er viktig å se an dagsformen til beboerne under stell, slik som funn fra min studie viser. Man må tenke på at sykdom, både akutt og subakutt, med påfølgende mulighet for akutt og subakutt trøtthet, lettere kan oppstå hos sykehjemsbeboere i den fjerde alder. Man må således gjøre skjønnsmessige vurderinger rundt sengeopphold på bakgrunn av hva man observerer. Informantene forteller at de observerer beboerne både under stell og etter beboerne er kommet opp i stol, fordi det ikke er hensiktsmessig å la en beboer som er veldig trøtt sitte oppe. Man kan likevel sette spørsmålstegn ved om beboerne selv føler behovet for å ligge i sengen. Selv kan jeg kjenne på behov for å duppe av litt i lenestolen, uten at jeg nødvendigvis trenger å legge meg. Det riktige blir kanskje på en varsom måte (jamfør epilog om kjærlig vekking s.8 i (Lervik, 2010)) å gi dem muligheten til å respondere på om de vil legge seg eller ikke. Informantenes beskrivelser under intervjuene viser at mange beboere sitter i en stol hele dagen, og mange er derfor trøtte og vil legge seg med en gang kveldsmaten er ferdig. Lav fysisk aktivitet, muskelsvakhet og trøtthet er kriterier som oppfyller Fried et al. (2001) sin definisjon av frailty. Det er ikke overraskende at de fleste sykehjemsbeboere er skrøpelige, men dette vil kunne påvirke behov for søvn og hvile, og derfor døgnrytmen og sengeopphold. Dette samsvarer med Luff et al. (2011).

Funn fra min studie viser at «sengepasienter», jamfør informant, legges først. Dette er gjerne beboere som ikke klarer å bevege seg stort og sitter i rullestol. Dette er i samsvar med Harnett (2010) og Luff et al. (2011) sin forskning. Harnett beskriver at beboere som trengte hjelp av to pleiere ble stelt og hjulpet til sengs rett etter kveldsmat. Resten av beboerne ble hjulpet etterpå. Luff et al. (ibid) har dokumentert at beboere som er avhengige av hjelp ligger lenger i sengen, blant annet på grunn av heisbruk som krever to pleiere. Egen erfaring samsvarer med funn fra både min, Harnett (2010) og Luff et al. (2011) sin studie.

Tall fra avdelingsleder viser at 12 av 17 beboere har kognitiv svikt. Dette utgjør 70 %, og samsvarer forholdsvis godt med tall fra landsbasis presentert innledningsvis. Kognitiv svikt og demens påvirker muligheten til å bestemme selv rundt døgnrytme og selvbestemmelse, viser funn fra studien. Data fra intervjuet gir likevel ingen beskrivelser av årsaker til dette, så her gis det muligheter til refleksjoner. Det kan tenkes at det handler om sammenhengen mellom kognitiv svikt og samtykkekompetanse, jamfør Hauge i 2.4. Luff et al. (2011) viser også til at informanter i studien opplever at personer med demens behandles annerledes.

Funn fra min studie viser at urolighet påvirker døgnrytme og sengeopphold. Det er uklart om uroligheten har å gjøre med kognitiv svikt/demens, men erfaringsmessig er det oftest det som er årsak. Indirekte kan urolighet påvirke sengeopphold fordi en urolig beboer medfører at man kanskje må være to pleiere i stell av denne. Selv har jeg erfart at i møte med en beboer med demens som hadde ustø gange og hadde uro, ble vedkommende lagt først fordi man ikke hadde mulighet for å observere han når man hjalp andre. Jamfør Engedal (2008) har personer med demens også tendens til uro om natta. Funn fra studien min gav ikke inntrykk av at «vandring» var et utbredt fenomen i denne avdelingen, men hvis noen stod opp var det som regel personer med demens. Kanskje kan det ha sammenheng med funnet om grunnleggende behov, ved at for eksempel en beboer med demens som er sulten eller må på do står opp av sengen i stedet for å trykke på alarmen og be om mat eller hjelp til toalettbesøk. Harris & Grando (2014) presiserer at hvis beboere legger seg tidlig (noe deres forskning viste), er det ikke unaturlig å stå opp midt på natta og vandre. I forbindelse med dette tar de til orde for å kartlegge beboerens preferanser, og følge dette opp. Spørsmålet er likevel om det er enkelt å følge dette opp hvis man ikke også endrer bemanningen etter hvilken døgnrytme beboerne til enhver tid har.

5.3 «Mange ber jo selv om å gå og legge seg».

Beboeres evne til å uttrykke seg var også funn som påvirker sengeopphold og døgnrytme, fordi manglende eller dårlig taleevne vanskeliggjør å få sagt i fra om sine behov. Dette samsvarer med egen erfaring fra sykehjem. Funn viser at de som ikke kan gi uttrykk for behov, må observeres av pleiere så godt de kan gjennom døgnet. På bakgrunn av dette taes vurderinger rundt sengeopphold. Dette samsvarer med Austgard (2010) som hevder at assymetri i kunnskaper gir den profesjonelle en rolle som formidler og fortolker, og at det er i dette skjæringspunktet skjønnet fremtrer.

Ingen av de presenterte forskningsartiklene legger vekt på evne til å uttrykke seg om forhold som påvirker. Forskningen til Simmons et al. (2011) og Schnelle (2013) forutsetter for øvrig at informantene kunne uttrykke seg selv. Kanskje kan man anta at Harris & Grando (2014) sin forskning om at 70 % av beboerne var i seng før klokken 20.30 handlet om manglende evne til å uttrykke seg. Spesielt siden dette var en avdeling for personer med demens, da demens kan påvirke språket etterhvert som sykdommen utvikler seg (Engedal, 2008).

«Mange ber jo selv om å gå og legge seg», sier én av informantene. Flere gir uttrykk for at de vil legge seg med en gang de har spist kveldsmat. Beboeres utålmodighet etter å legge seg fremkommer også i feltobservasjonene til Hauge (2004). Funn viser at beboerne la seg enda tidligere før måltidsendringene ble innført, fordi kveldsmaten da var tidligere.

Innledningvis i diskusjonskapittelet presenteres eksempel på utfordringen som oppstår med beboere som vil ligge mye i sengen, og hvor det av faglige årsaker anbefales minst mulig sengeopphold. Jamfør Bates-Jensen, Schnelle, et.al (2004) sin refleksjon over årsaker til ønske om overdrevent sengeopphold, viser funn i min studie at det kan handle om kjedsomhet på grunn av lite aktivitet, og påvirkning fra andre beboere. Dette samsvarer også med Luff et al. (2011) sin forskning. Hauge (2004) sine feltobservasjoner fra en vanlig dag viser også at det er lite som skjer før middag. Som min mormor også uttalte mens hun var på sykehjem: «Jeg kan jo like godt gå og legge meg, det er jo ikke noe annet å gjøre». Selv om det i døgprogrammet er satt av tid til aktiviteter på kveldstid, og noen dager på dagtid, gir ikke datamaterialet inntrykk av at det skjer hyppig. I forbindelse med at mange sykehjemsbeboere hviler to ganger om dagen etter måltidsendringene, og flere spiser middag på sengen, sier som nevnt en av informantene følgende «de har nå ordna sitt eget, så det er nå helt okei det og egentlig». Denne kommentaren kan kanskje vise at pleierne har gitt litt opp aktivisering siden de fleste beboerne ønsker å legge seg uansett etter lunsj. En av dem forteller riktignok at det kan hjelpe hvis man prøver å dra i gang en aktivitet. Da kan beboerne sitte oppe uten å legges etter måltid. Hvis det stemmer at beboerne aktiviseres lite om kvelden, og pleierne er mest opptatt inn på beboerrom, kan passiviteten som beboerne kan oppleve, ligne det som Hauge (2004) og Luff et al. (2011) beskriver som henholdsvis «closing down» og «kommunikasjonskollaps». Selv tror også jeg at passivitet og mangel på stimuli eller aktivitet er en av de viktigste årsakene til at mange sykehjemsbeboere vil legge seg tidlig. Å gå i dybden på dette kunne vært interessant som videre forskning.

En av informantene i min studie fortalte at beboerne kan føle tryggheten blir borte når pleierne er opptatt med andre beboere. I tillegg beskriver hun kveldsvakter der hun som pleier prøver å gi beboerne en god stund før legging. Kanskje kan erfaring hos beboere om at tidlig legging gir mulighet for oppmerksomhet, føre til at beboere ønsker å legge seg tidlig?

Selv om mange beboere ønsker å legge seg tidlig, viser også studiens resultat at pleierne av og til prøver å fremskynde legging av hensyn til nattevaktenes ressurser. Dette viser også flere av forskningsartiklene jeg har presentert: Harnett (2010) beskriver forhandling med beboerne om leggetid. Christiansen & Aasgard (2004) viser til at all legging må skje mellom 19 og 22 og at beboere som ikke vil legge seg før nattevakten kommer må overtales til dette. Harris og Grando (2014) viser at 70 % av alle beboerne er lagt innen klokken 20.30 i en demensavdeling. Da avdelinger spesielt tilrettelagt for personer med demens erfaringsmessig har beboere som er fysisk oppegående, og som kan sies å være i den tredje alder, vil jeg anta at mange av disse beboerne ikke ville lagt seg klokken 20.30 hvis de fikk bestemme helt selv. Luff et al. (2011) sine beskrivelser av fremskynding av legging om kvelden viser at pleierne gjerne stiller spørsmål om legging på en retorisk måte.

Til tross for at funn viser tendens til fremskynding, kan et av funnene tyde på at utsetting også forekommer på bakgrunn av etiske hensyn til beboerne. Hauge (2004) og Christiansen & Aasgard (2004) sine feltobservasjoner viser også at pleierne prøver å oppmuntre beboerne til å være lenger oppe. Om de lyktes med det var ulikt. Kan hende handler utsetting av legging om at pleierne ønsker å legge til rette for god søvn, jamfør Fetveit og Bjorvatn (2005).

I likhet med at forsøk på fremskynding og utsetting av legging kan forekomme på kveldstid, kan vekking om morgenen fremskynde det å stå opp. Vekking med påfølgende frokost kan erfaringsmessig føre til at beboeren blir stelt eller vil opp etterpå. Samtidig kan det tenkes at beboeren sover igjen etter vedkommende har fått sine medisiner eller frokost. Jeg anser det faglige skjønnets for å være ekstra viktig rundt avgjørelser om en beboer skal vekkes eller ikke. Det er dette datamaterialet også viser. Hvis pleierne sanser at beboeren har hatt et uhell i senga, kan det være mer riktig å vekke beboeren enn å la den ligge, selv om man ikke spør vedkommende først. Å få gitt viktige medisiner, er et faglig argument som informantene trekker frem for å vekke beboere. Jeg anser dette som mest aktuelt hvis det er medisiner som bør gis flere ganger om dagen. Eksempel om medisin og uhell i senga viser områder der

beboeren kanskje må stole på at den profesjonelle har den nødvendige kunnskapen som trengs i vurderingen om det er riktig å vekke beboeren, jamfør Austegard (2010).

Kommunikasjon og informasjon var også funn fra studien relatert til hovedtemaet «pleiere og annet nettverk». Informasjon med anbefalinger og oppmuntring til å for eksempel komme opp og sitte eller bevege seg, vil kunne bidra til at beboerne ligger mindre i senga. Hvordan man formulerer seg i kommunikasjonen har en del å si for hvordan utfallet kan bli ifølge én av informantene. Erfaringsmessig kan det i møte med personer med demens være lite hensiktsmessig å stille direkte spørsmål om vedkommende har lyst å komme opp. Beboeren kan kanskje ikke helt sikkert vite hva han har lyst til, eller svare ja og nei uten at de mener det ene eller det andre. Beboere som ikke kan bevege seg og snakke er prisgitt pleiernes vurderinger på når tid de skal få legge seg eller stå opp. Informanten som fortalte hvordan hun snakker til en beboer som skal hjelpes i seng som ikke selv kan gi uttrykk verbalt, brukte formuleringen «nå skal du få legge deg». Hvis man når det gjelder å stå opp sier «Nå skal du få komme deg opp, få stelle deg litt og få spise frokost», kan det kanskje oppfattes som et positivt tilbud beboeren får. Det kan virke fristende, og beboeren kan likevel si nei hvis den ikke vil. Selv om man som pleier kan være nødt til å vurdere leggetid for personer uten mobilitet og evne til å uttrykke seg, mener jeg formuleringer og kommunikasjon er vel så viktig med tanke på å møte beboeren med respekt og verdighet. Erfaring har vist at enkelte beboere i rullestol bare blir kjørt inn på rommet uten å få informasjon om at de skal få hjelp til å legge seg, jamfør Christiansen & Aasgaard (2004).

På bakgrunn av Simmons et al. (2011) sin artikkel, kan kanskje gyldigheten rundt «tilbudsformuleringen» diskuteres. I alle fall hvis det stemmer med deres henvisning til Bowers et al. (2007) om at i en avdeling hvor personsentrert omsorg gjennomsyrrer pleien, vil ingen avgjørelse bli tatt uten å spørre seg om beboeren har deltatt i avgjørelsen. Formuleringen «Nå skal du få legge deg», inngår antakelig i det Simmons et al. (2011) og Schnelle et al. (2013) beskriver som «provided care with conversation», som igjen inngår i kategorien «no choice offered».

5.4 «Det er jo mennesker man jobber med».

Utsagn fra informantene om at man har å gjøre med mennesker i jobben, og derfor må være fleksibel, er gledelig å høre. Innledningsvis i oppgaven ble følgende spørsmål reist: Er det en menneskerett å kunne bestemme selv når man skal legge seg og stå opp? Den teoretiske referanserammen viser at selvbestemmelsen er et prinsipp som skal holdes høyt innenfor

helse- og omsorgsarbeid, og er i tråd med menneskerettighetene. Samtidig viser Wikstrøm og Emilsson (2014) at det er et stort sprik mellom prinsippet og praksisen. Nautvik (2008) tar også til orde for at å bestemme selv når man vil stå opp og legge seg, er en menneskerett. Kanskje er det tilstrekkelig grunnlag for å kunne hevde at det er en menneskerett å kunne selv bestemme når man skal legge seg og stå opp, jamfør spørsmålet stilt innledningsvis.

Vurderinger og prioriteringer pleiere gjør om legge/stå-opp-tider bør bestemmes av blant annet beboeren sine tidligere vaner før flytting til sykehjem (Harris & Grando, 2014; Luff et al., 2011; Slettebø & Hestetun, 2003). Så lenge man ikke har en-til-en-bemanning, vil utfordringene uansett komme når flere beboere ønsker å legge seg eller stå opp samtidig. Funn i min studie bekrefter at beboernes tidligere vaner er forhold som påvirker døgnrytme og sengeopphold. Beboerne beskrives som «*vanedyr*» av informantene. Pleierne prøver å imøtekomme de individuelle vanene i stor grad, og er godt kjent med de ulike preferansene ettersom alle hjelpepleierne har jobbet der mange år. Dette samsvarer med Sandvoll et al. (2012) sin forskning. Denne og annen forskning (Schnelle et al., 2013) viser i motsetning til funn fra min studie, at ikke all informasjon som pleierne får om nye beboeres preferanser dokumenteres skriftlig. Funn viser at pleierne må lære å bli kjent med beboerne, og at det tar tid, på lik linje med hva mine informanter fortalte.

På spørsmål om hvorfor det er lite forskjell mellom hverdager og helg med tanke på døgnrytme, svarer én av informantene: «Kanskje vi er litt inngrodd i rutiner..eller kanskje er det naturlig for de..altså at hverdagen er ikke så stor forskjell..altså det er ikke så stor forskjell på..». Jamfør Sandvoll et al. (2012) kan innarbeidede sykehjemsrutiner ofte styre mye av dagen til sykehjemsbeboere. Dette gjelder også mulighet for selvbestemmelse rundt tidspunkt for å stå opp (Kane et al., 1997). Materialet fra min studie viste også at grunnleggende behov som medfører dusjing og planlagte toalettbesøk påvirker beboeres sengeopphold, men da jeg ikke har gjort feltobservasjoner, er det vanskelig å vite om beboerne må vente med å stå opp jamfør Harnett (2010) sin forskning. Mitt datamateriale viser i tillegg funn som ikke samsvarer med ovennevnt rutinepreg fra institusjonen sin side; resultatet av måltidsendringene viser at beboerens rutiner overstyrer pleiernes velmente rutineendringer. Det kan kanskje bety at «gamle vaner er vonde å vende», også hos den aldrende pasient uansett hvor god og edel hensikten er for endringer. Samtidig kan man stille seg spørsmålet om ønske rundt hvile etter begge måltidene henger sammen med trøttheten som mange eldre opplever som følge av kroppslig svekkelse.

Et av hovedfunnene i studien var at grunnleggende behov påvirker sykehjemsbeboeres døgnrytme og sengeopphold. Måltider og ernæring er et eksempel på dette; beboere som er mobile kommer ut og opp av sengen til måltidene. At maten ikke må varmes opp igjen, vil erfaringsmessig føre til at beboere oppmuntres til å komme opp til måltidene. Samtidig foretar noen beboere måltider i sengen, eller får annen mat senere når de har våknet fra å ha sovet. Måltidene er derfor ikke totalt styrende for sengeopphold. I en kommentar i bladet Sykepleien Forskning skriver Storlien (2010) følgende:

Det hender pasienter ved sykehjem legges tidlig selv om det på døgnrytmeplanen er beskrevet noe helt annet. Er dette i tråd med tidligere vaner eller tilpasser pasientene seg sykehjemmets rutiner når de flytter inn? Det kan bli langt mellom kveldsmat og frokost selv om servering av nattmat heldigvis er en utbredt aktivitet blant nattevakter (Storlien, 2010, s.45).

En av informantene nevnte at man av og til kan legge en person som ser ut til å ha dårlig matlyst, og når den så kommer i seng klarer den å spise mer. Kanskje kan dette ha sammenheng med at trøtthet kan føre til redusert næringsinntak, jamfør Ranhoff (2014). Informantene i min studie var opptatt av å gi beboerne hyppige måltider, som blant annet betød at man av og til valgte å vekke beboerne til frokost. Kane et.al (1997) viser også til assistenter på sykehjem som forteller at man ikke kan tillate beboerne å sove lenge, fordi det er en regel om at det ikke må gå mer enn 14 timer mellom siste måltid om kvelden og første måltid om morgenen. Dette eksempelet viser hvordan det faglige skjønnnet kan komme inn i vurderingen av pleien tilknyttet sengeopphold; skal man la selvbestemmelsen eller ernæringsbehovet få mest vekt? At ernæringssvikt kan forsterke trøtthet og føre til enda mindre aktivitet (jamfør Ranhoff), kan kanskje støtte argumentasjonen om å vekke beboere på morgenen for å få i dem mat tidligst mulig. Samtidig kan det tenkes at ulike regler som for eksempel antall timer mellom måltider, kan gjøre at pleiere glemmer å bruke skjønn, og bare forholder seg til avdelingens regler.

Medisiner var også en begrunnelse for å vekke beboerne ifølge funn fra studien min. Forskningen til Harris & Grando (2014) viser også sammenhengen mellom medisiner og døgnrytme. Erfaringsmessig tenker jeg man må bruke det faglige skjønnnet her. Som nevnt kan det være noen medisiner beboeren skal ha flere ganger i løpet av dagen, og det kan da være lurt å ikke gi den første dosen for seint.

5.5 «Men hvor mye selvbestemmelse sånn totalt sett vet jeg ikke»

Til tross for at autonomiprinsippet står sterkt i samfunnet, gjenspeiler det seg ikke alltid i praksis, jamfør Wikström & Emilsson (2014). Selv om informantene flagger selvbestemmelsen høyt, viser overordnet funn en kompleksitet rundt spørsmålet om sengeopphold og døgnrytme tilknyttet selvbestemmelse. «Hvor mye selvbestemmelse det blir totalt sett» er et beskrivende utsagn når pleierne må ta hensyn til blant annet bemanning, vaktskifter, andre beboere, grunnleggende behov og helsemessige utfordringer. Ut ifra Vetlesen (2010) sin forståelse av Aristoteles tanker om skjønn, kan ikke en situasjon forhåndsbestemmes, og faktorer må gies ulik vekt i ulike situasjoner. Pleierne har å gjøre med levende og unike mennesker, som også funn viser. Som én av informantene sier, vil det kunne variere litt fra dag til dag når man står opp, avhengig av eksempelvis når man la seg kvelden før. Dette illustrerer funnet fra studien om fleksibilitet i møte med beboerne som mennesker, som også bekreftes av Simmons et al. (2011). Det kreves både erfaring og bruk av skjønn for å se det nye i situasjonen (Vetlesen, 2010). Informantene som deltok hadde alle mange års erfaring. Kanskje det er nettopp derfor det fremkommer funn om fleksibilitet, jamfør Vetlesen sin tolkning av Aristoteles.

Kant og Mill hevdet at mennesker skal få utvikle seg i samsvar med deres preferanser og overbevisninger så lenge de ikke kommer i konflikt med andre (Beauchamp & Childress 2009). Dette ser ut til å samsvare med paragraf 4-4 i forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (1988). Således kan en si at autonomiprinsippet i sykehjem ikke vektlegges mest, slik Holm (1995) har kritisert Beauchamp & Childress for. Det er antakelig rettferdighetsprinsippet paragraf 4-4 poengterer.

Beuchamp & Childress (2009) mener at handlinger kan være autonome selv om ikke beboerne er det. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) innebærer også at en person som har mistet samtykkekompetansen på noen områder, kan ha den på andre områder. Samtidig hevder Hanssen (2010) at den som er profesjonell må utøve skjønn angående hvor stor innflytelse brukeren skal ha på en beslutning. Oppsummert forteller dette meg at når det gjelder det å stå opp eller legge seg kan beboere med demens som oftest få lov å bestemme selv, med mindre den profesjonelle anser det for å være uforsvarlig av faglige årsaker. Jeg vurderer avgjørelser rundt sengeopphold som ulik fra avgjørelser rundt medisinsk behandling. Vetlesen (2010) vektlegger det å ha tid og rom som viktig rundt

skjønnsvurderinger. Erfaringsmessig tror jeg ikke man trenger mye tid i den enkelte situasjon for å gjøre vurderinger rundt legging, i motsetning til avgjørelser rundt medisinsk behandling. Det som er viktig er å ta seg tid til å lese rapport for å innhente opplysninger om eksempelvis hvor lenge beboeren har vært oppe og når han sov sist (hvis det står notert). Dessuten tenker jeg at tidsaspektet handler mest om å ta seg tid i inntakssamtalen til å kartlegge beboernes preferanser. Uansett bør man som pleier, jamfør Hanssen (2005), kunne gjøre rede for grunnlaget beslutninger omkring døgnrytme og sengeopphold er fattet på.

Funn fra studien min viser at faglige problemstillinger som forebygging av trykksår gjør at pleierne kan prøve å påvirke beboerne med tanke på sengeopphold. Jeg vil anta at det kan handle om at man ikke anser beboerens autonome handling som best, jamfør Hoffmann (2002) om at det kan være direkte umoralsk å handle kun av respekt for personers autonomi. Det er her det faglige skjønn kommer inn. Som pleier kan man fortelle beboere som kan forstå, hvilke faglige argumenter som ligger bak ønsket om et tiltak, og inkludere dem i de faglige vurderingene.

Erfaringsmessig er imidlertid ikke beboere med demens i stand til å oppfatte og forstå alt som sies og skjer rundt dem. Hvis de heller ikke kan uttrykke seg gir det som nevnt utfordringer i beboerens medvirkning rundt døgnrytme og sengeopphold. I tillegg til at pleieren må bruke faglig skjønn på bakgrunn av pleiernes observasjoner samt informasjon om preferanser og foregående døgnrytme, vil antakelig samtykket innhentes som stilltiende. Beauchamp & Childress (2009) mener noe av det viktige med autonomiprinsippet er at ingen handling er utført med tvang. Funn fra studien min viser også at pleierne er opptatt av dette. Kane et. al. (1997) skriver at enkelte pleieassistenter «hatet» å få opp beboere om morgenen. Det er uvisst hva dette handlet om. Kanskje kan det handle om deres holdninger på bakgrunn av at de antakelig ikke er faglærte. Alternativt kan det handle om at assistentene kjente på ubehag i å stå i spenningen mellom beboernes autonomi og sykehjemmets rutiner, og at hjelpen ble oppfattet i retning av tvangsutøvelse.

Ifølge Hanssen (2005) handler skjønn om at man kan forvente at man som profesjonell kan gjøre rede for og reflektere over det grunnlaget som en beslutning er fattet på. Det er ingen av informantene som selv bruker ordet skjønn under intervjuene. Dialogen som presenteres innledningsvis i diskusjonskapittelet for å illustrere kompleksiteten, gir likevel inntrykk av

at ulike forhold blir trukket med inn i vurderingen rundt sengeopphold og døgnrytme.

Erfaringsmessig tror jeg pleieres avgjørelser rundt sykehjemsbeboeres sengeopphold og døgnrytme ikke alltid tar hensyn til hvordan de foregående timene har vært, om beboeren er trøtt eller hvilke preferanser beboeren har fra tidligere.

Når det gjelder inndelingen av skjønn, anser jeg avgjørelser rundt døgnrytme og sengeopphold å handle mest om moralsk skjønn. Det moralske skjønnets kan illustreres i informantens som sier hun kan prøve å oppmuntre beboere til å være lengre oppe fordi hun føler voksne folk ikke skal legge seg unormalt tidlig. Faglig/klinisk skjønn viser seg eksempelvis i funn om faglige problemstillinger som påvirker. Norm - og verdikonflikter som Hanssen et al. (2010) hevder kan oppstå mellom pleier og pasient viser seg kanskje i de situasjonene der en beboer stelles og taes opp tidligere enn den kanskje vil selv, fordi pleierne tenker på hva pårørende vil si.

Funn om at pleierne i stor grad hjelper hverandre bidrar antakelig til fordel for beboerne angående ivaretagelse av preferanser rundt døgnrytme og sengeopphold.

6.0 OPPSUMMERING MED KOMMENTAR

Avslutningsvis vil jeg presentere en oppsummering av hvordan denne studien ble til, hvilke funn som ble gjort og om studiens implikasjoner for videre forskning og overførbarhet.

Bakgrunnen for valg av studien var erfaringer om redusert selvbestemmelse rundt døgnrytme og sengeopphold for sykehjemsbeboere, og ønske om bevisstgjøring rundt emnet. For at sykehjemsbeboere skal oppleve mest mulig opplevelse av kontroll i eget liv, er det viktig å gi dem selvbestemmelse i små valg, som for eksempel når man vil stå opp og legge seg. I tillegg gir ulike nasjonale forskrifter og rapporter føringer for hvordan sykehjemsbeboeres verdighet skal sikres gjennom ivaretagelse av grunnleggende og individuelle behov, inkludert døgnrytme og sengeopphold.

Hensikten med studien var å få mer kunnskap om hvilke refleksjoner pleiere gjør rundt forhold som påvirker døgnrytmen og sengeopphold på norske sykehjem, og hvordan selvbestemmelsen kommer til uttrykk i dette. Studien fikk et kvalitativt design hvor dybdeintervju ble anvendt i møte med fire hjelpepleiere. Et par av forskningsspørsmålene som var utgangspunkt for intervjuguiden var: Hvilke vurderinger gjør pleiere hvis man må prioritere hvem som skal legge seg/stå opp først/sist? Hvordan opplever pleiere at selvbestemmelsesretten blir ivaretatt når det gjelder døgnrytmen? Problemstillingen ble formulert som: *Hvilke forhold påvirker sykehjemsbeboeres døgnrytme og sengeopphold, og hvordan kommer selvbestemmelsen til uttrykk i dette?* Første del av problemstillingen samsvarer med spørsmålet jeg videre la til grunn for analysen. Selvbestemmelse var en av kategoriene som jeg lot inngå i hovedtemaet «organisatoriske og systembetingede forhold».

Analyseveien jeg brukte ble inspirert av både Tjora (2012) og Malterud (2011), men gjennomført på en egen måte beskrevet i metodekapittelet og illustrert i vedlegg 3. Analysen hadde en hermeneutisk innfallsvinkel. Den teoretiske referanserammen som brukes i oppgaven ble innledet med den aldrende pasientens behov og endringer tilknyttet døgnrytme, sengeopphold, søvn og hvile. Videre fulgte ulike betraktninger rundt sykehjem som hjem eller institusjon på bakgrunn av blant annet nasjonale forskrifter og veiledere, sykehjemmenes historikk og ulik forskning. Kapittelet om autonomi legger vekt på Beauchamp & Childress (2009) sin forståelse om begrepet, men viser også til andre

forfattere som har innvendinger til deres forståelse. Faglig, moralsk eller klinisk skjønn og utfordringer relatert til dette i pleie og omsorg, var også en del av den teoretiske referanserammen som ble trukket inn i diskusjonen i kapittel 5.

Forskningen som ble presentert spenner i tidsrom fra 1997 til 2014, er både kvalitativ og kvantitativ (også kombinasjon innad i enkelte studier), og fra Norge og andre land. Noe forskning viser hvordan forhold som for eksempel vaktskifter, rutiner, bemanning, beboeres funksjonsnivå, andre beboere og medisiner kan påvirke sykehjemsbeboeres døgnrytme og sengeopphold. Annen forskning berører selvbestemmelsesprinsippet angående døgnrytme og sengeopphold, og/eller tiltak som kan styrke muligheten for selvbestemmelse relatert til å stå opp om morgenen.

Funn fra min studie viser at det er fire hovedtema som utgjør forhold som påvirker sykehjemsbeboeres døgnrytme og sengeopphold, jamfør problemstillingen. «Grunnleggende behov» innebærer måltider og ernæring, medisiner, stell og eliminasjon. Informantene var eksempelvis opptatt av å gi mat og medisiner til mest hensiktsmessige tidspunkt for beboerne, som kunne innebære vekking. Et annet interessant funn rundt måltider, var at sykehjemsavdelingen hadde forskjøvet tidspunkt for middag, og gav brødmat til lunsjtid klokken 12. Beboerne som før var vant til å legge seg etter middag klokken 13, ville nå legge seg både etter lunsj og middag, selv om noe av hensikten med endringen var å få mer tid til å aktivisere beboerne i tidsrommet mellom 13 og 15. Det kan diskuteres om det handler om utfordring med å endre vaner hos en gammel person, eller om trøttheten som oppstår midt på dagen er relatert til aldring og kroppslig svekkelse i den fjerde alder.

Tidspress, vaktskifter og bemanning var kategorier som gikk under temaet «organisatoriske og systembetingede forhold» og var ikke overraskende funn. Pleierne kunne føle på et visst press om å få lagt alle til nattevakten kommer, siden det er færre på jobb da. Noen ganger er enkelte beboere bare oppe en gang om dagen, eller det blir byttet på hvem som er oppe.

«Sykehjem som hjem: Beboeren i fokus» var en kategori jeg valgte å la inngå i organisatoriske og systembetingede forhold fordi det er i skjæringspunktet mellom sykehjem som hjem og institusjon/behandlingssted. Denne kategorien viste hvordan informantene i stor grad gir uttrykk for at det er viktig at beboeren får bestemme, og at man

tar hensyn til deres preferanser og individuelle behov, jamfør et av forskningsspørsmålene. Det var dette temaet jeg var mest nysgjerrig på resultatene av, og funnet var litt overraskende og veldig gledelig. Til tross for informantenes synspunkt på verdien av selvbestemmelse, kommer det likevel frem at selvbestemmelsen ikke er totalt styrende i praksis, fordi andre forhold (som andre funn fra studien) spiller inn. Eksempel på et annet hovedfunn var «alder og helsemessige årsaker», som innbefattet blant annet ulike nivå av tale, aktivitet, fysisk funksjon og kognisjon, samt urolighet og trøtthet. I likhet med annen forskning, viser funn fra min studie at beboere med nedsatt funksjonsnivå og som er avhengig av hjelp, ligger mer i sengen og prioriteres først for legging om kvelden. Generelt er sykehjemsbeboerne trøtte og slitne på grunn av alder og lavt aktivitetsnivå. Mange vil ofte legge seg tidlig, jamfør Hauge (2004).

Hovedtema «pleiere og annet nettverk» handlet blant annet om pleieres holdninger, observasjoner og oppmerksomhet, samt tilstedeværelse av andre beboere eller pårørende. Pleieres ulike holdninger kan gi utslag i ulike pleiepraksis angående døgnrytme og sengeopphold. Deres observasjoner inngår eksempelvis i vurderinger om en beboer som ikke kan gi uttrykk for seg, skal ligge i sengen eller være oppe, jamfør et av forskningsspørsmålene. Andre beboere kan påvirke om en beboer vil være oppe eller ikke, i tillegg til at pårørendes forventninger kan påvirke pleieres vurdering rundt sengeopphold.

Et overordnet funn var kompleksiteten i møte med alle disse forholdene som de fire hovedtemaene representerer. De ulike funnene har ulik betydning i ulike situasjoner, og kan være med å påvirke hverandre direkte og indirekte. Når selvbestemmelsen også skal komme til uttrykk, må skjønnsmessige vurderinger gjøres av pleierne for at beboerne skal oppleve best mulig pleie og omsorg. En del av funnene ble gjenstand for diskusjon i kapittel 5, hvor relatert forskning, teori og egen erfaring ble brukt for å bekrefte eller bestride funn fra studien min.

Spørsmålet rundt hvilke implikasjoner forskningen min gir for samfunnet eller pleie- og omsorgssektoren i Norge, gir ikke absolutte svar. Det kan ha å gjøre med at studien er liten, og overordnet funn handlet om kompleksiteten rundt tema. Studien kan imidlertid bidra til å øke bevisstheten rundt sykehjemsbeboeres rett på selvbestemmelse på alle områder av livet, her eksplisitt uttrykt rundt døgnrytme og sengeopphold. I tillegg viser funn at det er behov

for at pleiere gjør gode skjønnsmessige vurderinger når de i en hektisk arbeidshverdag skal imøtekomme mange sykehjemsbeboeres ulike preferanser og behov. Videre forskning kan således gå i dybden på hva pleiere legger til grunn for faglige vurderinger hos den aldrende pasient. Som et svar på spørsmålet jeg stilte meg i 5.3 kan videre også forskning være å undersøke beboeres refleksjoner om forhold som påvirker døgnrytme og sengeopphold i norske sykehjem. Å gå i dybden på funnet om mangel på aktivitet og kjedsomhet som årsak, ville vært interessant.

Overførbarhet handler om spørsmålet om forskningen som er gjort kan være gyldig på andre områder enn utover det som faktisk er undersøkt (Tjora, 2012). Jeg tror som nevnt i avsnittet over, at de fire hovedtemaene som ble funnet kan påvirke andre områder enn bare døgnrytme og sengeopphold. Funn rundt selvbestemmelse kan trolig overføres til andre områder. For eksempel tilstreber antakeligvis mange pleiere å sette beboerens ønske i fokus, men fordi flere andre forhold skal vurderes kan selvbestemmelsen i mange situasjoner komme i bakgrunnen. Det overordnende funnet om kompleksitet er også erfaringsmessig noe som kan overføres til andre områder innenfor pleie og omsorg. Av den grunn blir det å ta skjønnsmessige vurderinger viktig, og noe som man gjør hver dag og på de fleste områder av pleien. «Det er jo mennesker vi jobber med», som én av informantene sa. Å skulle jobbe med mennesker krever, som funn viser, kompetente og bevisste pleiere, som tar gode faglige vurderinger, jamfør Hustad (2014). Jeg mener studien formidler at fremtidens helsevesen trenger mange slike.

LITTERATURLISTE

- Aadnanes, P. M. (2007). Den uavhengig avhengige. I: T.-J. Ekeland & K. Heggen (Red.), *Meistring og myndiggjering - reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Alessi, C. A., & Schnelle, J. F. (2000). Approach to sleep disorders in the nursing home setting: Review article. *Sleep Medicine Reviews*, 4(1), 45-56. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.1053/smr.1999.0066>
- Alvsvåg, H., & Tanche-Nilssen, A. (1999). *Den skjulte reformen : om meistring og omsorg i et hjemmebasert hjelpeapparat*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Arnesen, H. (2014, 28.06.14). Helsesektoren har et kulturproblem, *Vårt Land*. Tilgjengelig fra: <http://www.vl.no/samfunn/helsesektoren-har-et-kulturproblem-1.86267>
- Austgard, K. (2010). Profesjonalitet og faglig skjønn. *Sykepleien forskning*, 5(1), 65-67.
- Bates-Jensen, B. M., Alessi, C. A., Cadogan, M., Levy-Storms, L., Jorge, J., Yoshii, J., . . . Schnelle, J. F. (2004). The Minimum Data Set Bedfast Quality Indicator. *Nursing Research*, 53(4).
- Bates-Jensen, B. M., Schnelle, J. F., Alessi, C. A., Al-Samarrai, N. R., & Levy-Storms, L. (2004). The effects of staffing on in-bed times of nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(6), 931-938. Doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52260.x
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2009). *Principles of biomedical ethics* (6th ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Bjørnstad, A. (2010, 7.mars). Skal tilby vin og selvbestemt leggetid, *Budstikka*. Tilgjengelig fra: <http://www.budstikka.no/nyheter/skal-tilby-vin-og-selvbestemt-leggetid-1.4709386>
- Bowers, B., Nolet, K., Roberts, T., & Esmond, S. (2007). *Implementing change in long-time care: a practical guide to transformation*. New York: Commonwealth Fund.
- Christiansen, B., & Aasgaard, T. (2004). Er døgnrytmen på sykehjemmet tilpasset beboerne?: En kvalitetsundersøkelse på et sykehjem i Oslo. *HiO-notat 10*.
- Christiansen, B., & Aasgaard, T. (2007). Hvem bestemmer døgnrytmen? *Sykepleien*, 95(3), 62-63. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/117671/hvem-bestemmer-dognrytmen>
- Daatland, S. O., & Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn: innføring i sosialgerontologi* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Duncan-Myers, A. M., & Huebner, R. A. (2000). Relationship Between Choice and Quality of Life Among Residents in Long-Term-Care Facilities. *American Journal of Occupational Therapy*, 54(5), 504-508. Doi: 10.5014/ajot.54.5.504
- Ellmers, T., Arber, S., Luff, R., Eyers, I., & Young, E. (2013). Factors affecting residents' sleep in care homes. *Nursing Older People*, 25(8), 29-32. Doi: 10.7748/nop2013.10.25.8.29.e466
- Engedal, K. (2008). *Alderspsykiatri i praksis: lærebok*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Eriksen, R. E. (2007). *Hverdagen som langtids sosial klient - meistring i et (bruker) medvirkningsperspektiv*. (Doktoravhandling 2007:226, NTNU R.E Eriksen, Trondheim.
- Fetveit, A., & Bjorvatn, B. (2002). Sleep disturbances among nursing home residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 604-609. Tilgjengelig fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.639/abstract>
- Fetveit, A., & Bjorvatn, B. (2005). Søvnforstyrrelser hos sykehjemspasienter - praktiske behandlingsråd. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 125(12), 1676-1678.
- Forskrift for sykehjem (1988). *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie*. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932?q=forskrift+for+sykehjem> [Lastet ned 16.06.14]
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., . . . McBurnie, M. A. (2001). Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of*

- Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146-M157. Doi: 10.1093/gerona/56.3.M146
- Gadamer, H.-G. (2012). *Sannhet og metode: grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax forlag.
- Garsjø, O. (2003). Institusjon som hjem. I: O. Garsjø (Red.), *Institusjon som hjem og arbeidsplass: et bidrag til institusjonsfaglig kompetanse* (s. 163-173). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Garsjø, O. (2008). *Institusjon som hjem og arbeidsplass : et arbeidstaker- og brukerperspektiv* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gautun, H., & Hermansen, Å. (2011). *Eldreomsorg under press. Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre*. fra http://www.fao.no/index.php?option=com_zoo&task=item&item_id=2893&Itemid=923&lang=nb
- Goffman, E. (1967). *Anstalt og menneske : den totale institution socialt set*. København: Paludan.
- Grimen, H., & Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn. I: L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gulddal, J. (1999). Hans-Georg Gadamer. Forståelsens historisitet som det hermeneutiske princip. I: J. Gulddal & M. Møller (Red.), *Hermeneutik: en antologi om forståelse*. København: Gyldendal.
- Gullestad, M. (1989). *Kultur og hverdagsliv: på sporet av det moderne Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Haavik, S. (2003). *Pleiehjem i særklasse*. Tilgjengelig fra: <http://www.arbeidsmiljo.no/pleiehjem-i-saerklasse/> [Lastet ned 15.01.14]
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1987). *Feltmetodikk. Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning* (1. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Hamran, T. (1991). *Pleiekulturen: en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Oslo: Gyldendal.
- Hanssen, H. (2005). Medbestemmelse og deliberasjon ved bruk av familieråd i barnevernstjenesten. I: E. Willumsen (Red.), *Brukernes medvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hanssen, H. (2010). Innledning. I: H. Hanssen (Red.), *Faglig skjønn og brukarmedvirkning*: Fagbokforlaget.
- Hanssen, H., Humerfelt, K., Kjellebold, A., Norheim, A., & Sommerseth, R. (2010). Faglig skjønn i utøvelse av profesjonelt helse- og sosialfaglig arbeid. I: H. Hanssen (Red.), *Faglig skjønn og brukarmedvirkning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Harnett, T. (2010). Seeking exemptions from nursing home routines: Residents' everyday influence attempts and institutional order. *Journal of Aging Studies*, 24(4), 292-301. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaging.2010.08.001>
- Harris, M., & Grando, V. (2014). When is nighttime? A description of bedtime in persons with dementia in the nursing home. *Geriatric Nursing*, 35(6), 474-478. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.06.012>
- Hauge, S. (2004). *Jo mere vi er sammen, jo gladere vi blir?: ein feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim*. (no. 208, Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Oslo.
- Hauge, S. (2008). Sykepleie i sykehjem. I: A. H. Ranhoff, K. Brodtkorb & M. Kirkevold (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hauge, S. (2009). Frå pleieheim til bu- og behandlingssenter. I: R. Nord, G. Eilertsen & T. Bjerkreim (Red.), *Eldre i en brytningstid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Hauge, S., & Heggen, K. (2008). The nursing home as a home: a field study of residents' daily life in the common living rooms. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (4), 460-467. Tilgjengelig fra: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009777683&site=ehost-live>
- Hoffmann, B. (2002). Pasientautonomi som etisk rettesnor - en kritisk gjennomgang. *Sykepleien*, 90 (17), 39-44.
- Holm, S. (1995). Not just autonomy - The principles of American biomedical ethics. *Journal of Medical Ethics*, 21(6), 332-338.
- Humerfelt, K., Kjellevoid, A., Norheim, A., & Sommerseth, R. (2010). *Faglig skjønn og brukervedvirkning* (H. Hanssen Red.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Hustad, B. D. (2014). Morgenstell midt på natta. *Sykepleien*, 102 (7), 44-45. Doi: 10.4220/sykepleiens.2014.0083
- Jakobsen, R. (2007). *Ikke alle vil spille bingo: om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kalstad, L. M. (2014, 27.06.14). Eldre vekkes grytidlig for å stelles, *Vårt Land*. Tilgjengelig fra: <http://www.vl.no/samfunn/eldre-vekkes-grytidlig-for-%C3%A5-stelles-1.86200>
- Kane, R. A., Caplan, A. L., Urv-Wong, E. K., Freeman, I. C., Aroskar, M. A., & Finch, M. (1997). Everyday Matters in the Lives of Nursing Home Residents: Wish for and Perception of Choice and Control. *Journal of American Geriatrics Society*, 45 (9), 1086-1093.
- Kvalitetsforskriften (2004). *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792?q=kvalitet+i+pleie> [Lastet ned 11.04.14]
- Lervik, I.-L. (2010). *Kjærlig vekking - et omdømmeprojekt*. (Masteroppgave, Handelshøgskolen i København og Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, I-L, Lervik, København.
- Luff, R., Ellmers, T., Eyers, I., Young, E., & Arber, S. (2011). Time spent in bed at night by care-home residents: choice or compromise? *Ageing & Society*, 31(7), 1229-1250. Doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X10001285>
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martin, J. L., Webber, A. P., Alam, T., Harker, J. O., Josephson & K.R., Alessi, C.A. (2006). Daytime Sleeping, Sleep Disturbance, and Circadian Rhythms in the Nursing Home. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14 (2), 121-129. Tilgjengelig fra: <http://search.proquest.com/docview/195986736?accountid=17260>
- Mensen, L. (2014). Biologisk aldring. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Middelkoop, H. A. M., Kerkhof, G. A., Smilde-Van den Doel, D. A., Ligthart, G. J., & Kamphuisen, H. A. C. (1994). Sleep and ageing: The effect of institutionalization on subjective and objective characteristics of sleep. *Age and Ageing*, 23(5), 411-417.
- Nasjonal institusjon for menneskerettigheter (NI). (2014). *Menneskerettigheter i sykehjem*. Oslo: Norsk senter for menneskerettigheter det juridiske fakultet. fra <http://www.jus.uio.no/smr/om/nasjonal-institusjon/publikasjoner/rapporter/docs/mr-sykehjem.pdf>
- Nautvik, K. T. (2008). *Eldres mulighet for autonomi og privatliv i sykehjem*. Betanien diakonale høyskole. (Skriftserien.1-2008)
- Nord, R., Eilertsen, G., & Bjerkreim, T. (2009). *Eldre i en brytningstid*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Nortvedt, P. (2006). Etisk skjønn og moralsk dømmekraft. I: Å. Slettebø & P. Nortvedt (Red.), *Etikk for helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- NOU (2004:18). *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/nou-2004-18/id150699/>.
- Pasient- og brukerrettighetsloven(1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> [Lastet ned 13.03.15]
- Ranhoff, A. H. (2014a). Den gamle pasienten. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ranhoff, A. H. (2014b). Tretthet. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Romøren, T. I. (2003). *Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud. Rapport fra Helsetilsynet 10/2003 (Del II)*. Oslo. Statens helsetilsyn.
- Romøren, T. I. (2014). Eldre, helse og hjelpebehov. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Røsland, A. (2001). *"Behov for hjelp, mulighet til selvbestemmelse og tilfredshet med sykehjemmet". En kartleggingsstudie blant 77 pasienter ved to av sykehjemmene tilknyttet Undervisningssykehjemprosjektet i Norge*. Hovedfagsoppgave i sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen.
- Sandvoll, A., Kristoffersen, K., & Hauge, S. (2012). New quality regulations versus established nursing home practice: a qualitative study. *BMC Nursing*, 11(7). Doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6955-11-7>
- Schnelle, J. F., Cruise, P. A., & Alessi, C. A. (1998). Sleep hygiene in physically dependent nursing home residents: Behavioural and environmental intervention implications. *Sleep*, 21, 525-523.
- Schnelle, J. F., Rahman, A., Durkin, D. W., Beuscher, L., Choi, L., & Simmons, S. F. (2013). A Controlled Trial of an Intervention to Increase Resident Choice in Long Term Care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(5), 345-351. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2012.11.013>
- Selbæk, G., Kirkevold, Ø., & Engedal, K. (2007). The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(9), 843-849. Doi: 10.1002/gps.1749
- Simmons, S. F., Rahman, A., Beuscher, L., Jani, V., Durkin, D. W., & Schnelle, J. F. (2011). Resident-Directed Long-Term Care: Staff Provision of Choice During Morning Care. *The Gerontologist*, 51(6), 867-875. Doi: 10.1093/geront/gnr066
- Slettebø, Å., & Hestetun, M. (2003). Etske utfordringer som grunnlag for realisering av undervisningssykehjemmetts verdigrunnlag. *Norsk tidsskrift for Sykepleieforskning*, 5(4), 225-243.
- St.meld. nr. 25. (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/?docId=STM200520060025000DDDEPIS&ch=1&q=>.
- St.meld. nr. 29. 2012-2013. *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/?docId=STM201220130029000DDDEPIS&ch=1&q=>
- Statistisk Sentralbyrå. (2013). *Pleie- og omsorgstjenesten 2013, statistikk om tjenester og tjenestemottakere*. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/pleie-og-omsorgstjenesten-2013> [Lastet ned 17.12.14]

- Storlien, M. S. (2010). Matrutiner er leders ansvar. *Sykepleien forskning*, 5(1), 45-45. Doi: 10.4220/sykepleienf.2010.0024
- Svenaesus, F. (2011). *Sykdommens mening: og møtet med det syke mennesket*. Oslo: Pensumtjeneste.
- SVT. (2014). Sveriges beste sykehjem [TV-serie episode 4]. Norge: NRK TV.
- Syse, A. (2009). *Pasientrettighetsloven : med kommentarer* (3. rev. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. [Bergen]: Fagbokforlaget.
- Thorsen, K. (1989). *Hva skiller et hjem fra en institusjon*. GerArt, nr.3-90. Norsk gerontologisk institutt.
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tuominen, L., Leino-Kilpi, H., & Suhonen, R. (2014). Older people's experiences of their free will in nursing homes. *Nursing Ethics*. Doi: 10.1177/0969733014557119
- Tønnesen, M., Syse, A., & Norgård A, K. (2014). *Befolkningsframskrivninger 2014-2100: Hovedresultater. Økonomiske analyser*. 4/2014. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/befolkningsframskrivninger-2014-2100-hovedresultater> [Lastet ned 04.09.14]
- Vanderbilt Center for Quality Aging. (2015). *Out of Bed Videos*. Tilgjengelig fra: <http://www.mc.vanderbilt.edu/root/vumc.php?site=cqa&doc=44379> [Lastet ned 02.01.15]
- Verdighetsgarantien (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg*. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426> [Lastet ned 16.05.14]
- Vetlesen, A. J. (2010). Empati under press. *Sykepleien*, 98(3), 60-63.
- Warner, J. (1997). Bedtime rituals of nursing home residents: a study. *Nursing Standard*, 11 (20), 34-38.
- Wifstad, Å. (2013). *Helsefagenes etikk: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wikström, E., & Emilsson, U. M. (2014). Autonomy and Control in Everyday Life in Care of Older People in Nursing Homes. *Journal of Housing For the Elderly*, 28(1), 41-62. Doi: 10.1080/02763893.2013.858092
- Wolkove, N., Elkholy, O., Baltzan, M., & Palaeyew, M. (2007). Sleep and aging: 1. Sleep disorders commonly found in older people. *Canadian Medical Association. Journal*, 176(9), 1299-1304.
- Wolland, A. M., & Heier, M. S. (2011). *Eldre og søvn*. [Oslo]: Cappelen Damm akademisk.
- Ånstad, U., Schmidt, G., & Ranhoff, A. H. (2007). *Sykehjemsmedisin : håndbok i praktisk sykehjemsarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.

VEDLEGG 1

INTERVJUGUIDE

Før intervjuet begynner vil jeg:

1. Fortelle kort om meg selv og min bakgrunn, om studien og problemstillingen
2. Fortelle om intervjuforløpet, opptak, oppbevaring (kontaktopplysninger i låsbart skap, passord på maskinen, ingen opplysninger om deg/navn, går via internettet) og behandling av datamaterialet (transkribering - skrive ned alt som er sagt, anonymisering, analysering, funn)
3. Fortelle om muligheten informanten har til å trekke seg fra studiet underveis og etter intervjuet. Spørsmål?

Oppvarmingsspørsmål:

- Hvor mange år har du jobbet som _____?
- Hvor lenge har du jobbet i denne avdelingen? /Har du erfaring fra andre sykehjemsavdelinger?

Hovedspørsmål/ Refleksjonsspørsmål:

- 1.Kan du fortelle litt om hvilke rutiner dere har for kveldsstell og legging i din avdeling?
 - 2.Kan du fortelle litt om hvilke rutiner dere har på morgenen i din avdeling?
 - 3.Det sier seg jo selv at man ikke kan klare å legge alle beboerne samtidig, (hvis det skulle være sånn at alle har lyst å legge seg på samme tid). Kan du si litt om hvordan dere får kabalen til å gå opp? Hvilke vurderinger gjøres ifht hvem som skal legge seg først/sist osv?
 - 4.Kan du si litt om hvilken praksis dere har for å ta opp beboerne på morgenen, ifht eventuell vekking, hvem som stelles først osv?
 - 5.Kan du si litt om hvordan dere innhenter og dokumenterer informasjon om beboerens preferanser om døgnrytme fra tidligere? (Ny beboer)
-
- 2.Leste også et avisutklipp i sommer der det stod at sykehjemsbeboere vekkes kl fire om natten for å bli stelt for å avlaste dagvaktene fordi dagvaktene har mye å gjøre. Har du noen tanker om dette?
 - Artikkelen mente også at helsesektoren har et kulturproblem knyttet til at beboerne ikke får bestemme døgnrytmen selv. Hva tenker du om dette?

3. Jeg har selv erfart at praksisen på sykehjem var at beboerne helst måtte være i seng til nattevakten kom. Har du noen tanker rundt dette?

Oppfølginsspørsmål/Hjelpespørsmål: (mer ledende spm. kan være oppfølgingsspm fra hovedspmene)

1. Har dere en rutine på hvordan man planlegger kveldsvakten, hvem som skal hjelpe hvem, når osv ifjt legging?

1. Tenk tilbake på siste kveldsvakt. Kan du gi et eksempel fra da - hvordan dagsplanen/rutinen ble fulgt? Når ble første og siste beboer lagt?

1. (Har du gjort deg noen tanker om hvorfor beboerne er i seng til kl ...?)

1. Opplever du at beboerne har behov for mye søvn?

1. Opplever du noen gang at pasientene står opp igjen etter de er lagt på kvelden? Har du eventuelt noen tanker om hvorfor dette skjer eller ikke skjer?

2. Tenk tilbake på siste dagvakt. Når stod første beboer opp? Var han våken og gav uttrykk for å ville opp?

2. Opplever du at det er rom for å la beboerne ligge lenge og sove utover dagen, og selv bestemme når de skal opp?

3. Opplever du noen gang at du som pleier bestemmer når beboeren skal legge seg og stå opp?

3 Opplever du noen gang at beboerne protesterer når de følges til sengs?

Hva er det som gjør at man gjør endringer ifht de vanlige rutinene?

“Ja, har du et eksempel på en situasjon.”

“Kan du utdype det litt mer?”

“Kan du si litt mer om det?”

Avslutning:

Nå går vi mot en avslutning, så jeg lurer på om du har noen flere tanker du vil dele om spørsmålene jeg har stilt - du har kanskje fått noen tanker undervegs?

Ønsker du å få tilbakemelding på hvordan resultatet i studien ble?

Som sagt...: om hva som vil skje videre med datamaterialet

Spør om jeg har muligheten til å eventuelt ringe hvis jeg har behov for oppklaring på spørsmålene.

Takke for innsatsen!

VEDLEGG 2

OPPLYSNINGER FRA AVDELINGSLEDER HVIS TILLATELSE TIL FORSKNING

For å vite litt mer om avdelingen og beboergruppen, setter jeg også pris på om aktuell avdelingsleder sender opplysninger om følgende spørsmål:

1. Hvor mange beboere har avdelingen?
2. Hvor mange av dem har demens?
3. Hvor mange kan selv si fra/ gi uttrykk/tegn til når de vil legge seg eller stå opp på morgenen?
4. Hvor mange av beboerne er avhengig av hjelp av to pleiere ved legging og morgenstell?
5. Hvor mange pleiere er det på jobb på de ulike vaktene?

Har avdelingen en dagsplan / rutiner over de ulike vaktene, som eventuelt kan sendes med?

VEDLEGG 3

	TRINN 1	TRINN 2	TRINN 3	TRINN 4
Utdrag fra TJORA sin “Stegvis- induktiv- deduktiv metode”	Velge ut en undermengde av empirien	Koding med empirinære/ tekstnære merkelapper	Kategorisering av koder i hovedtemaer	Utvikling av konsepter
MALTERUD sin “System- atiske tekst- konden-sering”	Helhets-inntrykk – hvilke temaer?	Fra temaer til koder via menings-bærende enheter	Kondensering: Fra kode til mening	Kondensering til beskrivelser/ begreper
MIN analysevei	Helhets-inntrykk – hvilke momenter?	“Tekstnære oppsummerende setninger” (TOS)	Finne et ord som sier hva setningene handler om – lage kategorier	Samle kategoriene i hovedtemaer etter hva de egentlig handler om overordnet sett

Tabell 1. Oversikt over min analysevei i forhold til Tjora (2012) og Malterud (2011), slik jeg har forstått

NR	KATEGORI	TEKSTNÆR OPPSUMMERENDE SETNING	TEKSTBIT AV TRANSKRIBERT TEKST
30	Alder Trøtthet/slitenhet Selvbestemmelse Bemannings	De er jo eldre folk. De får vondt av å sitte for lenge, og mange ber selv om å få lov til å legge seg Hvis alle skulle sittet oppe til nattevakten kom, hadde jo ikke det heller gått	F: Ja...så da kan det bli travelt hvis nattevakten må hjelpe de i seng også..? I: Jo, det er det. Vi har jo ikke så veldig mange som sitter oppe utover kvelden og natta, så de er jo eldre folk, og mange er over nitti og mange over åtti, og... de får vondt av å sitte for lenge, og mange ber jo selv om å få lov til å legge seg og...så det... selvfølgelig, hvis alle skulle ha sittet oppe til nattevakten kom, så hadde jo ikke det heller gått, for da rekker jo ikke nattevakten over å hjelpe dem, men.. vi har nå ikke noen fast rutiner eller regel om at alle skal være lagt til nattevakten kommer, om det sitter noen oppe.. det må de bare få gjøre

Tabell 2. Eksempel på analyse fra transkribert tekst til kategori. Leses fra høyre.

VEDLEGG 4

Min adresse

Enhetsleder vedsykehjem

SØKNAD OM TILLATELSE TIL KVALITATIV FORSKNING PÅSYKEHJEM

Mitt navn er Kjersti Hagen. Jeg tar en mastergrad i helsefag, Helse- og omsorgstjenester for eldre ved UiT Norges arktiske universitet og skal høsten 2015 begynne på avsluttende masteroppgave. Masteroppgaven baserer seg på kvalitativ forskning, og problemstillingen i studien er: «*Sykehjem som hjem: hvordan bestemmes døgnrytmen?*». Hensikten med studien er å finne ut av hvordan døgnrytmen for beboere praktiseres og bestemmes i norske sykehjem. Avgrensning: Når det gjelder døgnrytmen, avgrenses det til legging om kvelden, og oppvåkning om morgenen. Jeg er ute etter å få tak i pleieres erfaringer, meninger og tanker rundt dette. Se vedlagte informasjonsskriv for mer informasjon.

Mitt spørsmål er om jeg får tillatelse til å gjennomføre prosjektet vedsykehjem. Dersom jeg får tillatelse er det ønskelig med hjelp til rekruttering av 4 sykepleiere eller hjelpepleiere fra **en** (og samme) langtidsavdeling, som alle har mer enn 6 måneders erfaring, jobber to- eller tredelt turnus og er norskspråklige. Intervjuene vil vare ca 1 time. Det er ønskelig at aktuelle informanter blir tatt helt ut fra pleien mens intervjuet pågår, det vil si at telefoner, callinger eller alarmer overdras andre for å unngå avbrytelser.

Du kan eventuelt videresende denne informasjonen til avdelingsleder ved en aktuell langtidsavdeling. Det er da også ønskelig at jeg får returnert svar på noen spørsmål om valgte avdeling, for å vite noe om konteksten pleierne er i (se vedlagte ark).

Hvis jeg ikke får tillatelse, vennligst gi tilbakemelding raskest mulig, og helst innen 15.august.

Min veileder er Toril Agnete Larsen og kan også kontaktes ved spørsmål på: 77660693 / 95795863.

Hilsen Kjersti Hagen

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Sykehjem som hjem - hvordan bestemmes døgnrytmen»

Bakgrunn og formål

I løpet av de siste tiårene har det blitt vanlig å sette et mest mulig hjemlig preg på sykehjemmene. Muligheten til å selv kunne bestemme over sitt eget liv er en viktig del av opplevelsen av å være hjemme. Erfaring fra min jobb som sykepleier på sykehjem, tilsier at mange beboere legger seg tidlig og at det er uskreve regler om at alle må være stelt og i seng til nattevakten kommer. Jeg opplever at beboeren har lite den skulle sagt når det gjelder døgnrytmen. Min undring er at det handler om flere ting, både arbeidskultur, kompetanse og bemanning.

Hensikten med studien er å finne ut av hvordan døgnrytmen for beboere praktiseres og bestemmes i norske sykehjem. Avgrensning: Når det gjelder døgnrytmen, kommer jeg til å undersøke legging om kvelden og oppvåkning om morgenen. Jeg er ute etter å få tak i pleieres erfaringer, meninger og tanker rundt dette.

Studien danner grunnlag for avsluttende masteroppgave i mastergraden «Helse- og omsorgstjenester for eldre» ved UiT-Norges Arktiske Universitet. Du blir spurt om å delta i studien fordi du jobber på en langtidsavdeling på et sykehjem, er sykepleier eller hjelpepleier, har jobbet mer enn 6 måneder, er norskspråklig og jobber i to- eller tredelt turnus.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Studien innebærer at du vil bli intervjuet av meg om ulike spørsmål som omhandler blant annet pleiepraksis for legging og oppvåkning, prioriteringsvurderinger, og beboernes selvbestemmelse tilknyttet dette. Intervjuet vil vare i ca 1 time, og vil bli tatt opp på lydbånd. På forhånd har jeg innhentet noen opplysninger fra avdelingsleder om beboere, bemanning og dagsplanen dere eventuelt har.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Data vil bli anonymisert og avidentifisert i mastergradsoppgaven. Prosjektet skal etter planen avsluttes oktober 2015. Personopplysninger og lydopptak vil da slettes.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med meg (90245535) eller min veileder Toril Agnete Larsen 77660693/95795863.

Hilsen Kjersti Hagen

Samtykke til deltakelse i studien «Sykehjem som hjem - hvordan bestemmes døgnrytmen?»

Jeg har mottatt informasjon om studien «Sykehjem som hjem - hvordan bestemmes døgnrytmen», og er villig til å delta. Jeg kan trekke meg underveis uten å oppgi grunn.

SIGNATUR: _____

DATO: _____ STED: _____

Gi tilbakemelding hvis ønsket deltakelse på sms eller e-post (oppgi telefonnummer for avtaling av tidspunkt), helst raskest mulig. Ta med svarslippen når vi møtes.

Mitt telefonnummer: 90245535

Min e-post-adresse: kha133@post.uit.no

VEDLEGG 6

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr. 985 321 884

Toril Agnete Larsen
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 27.06.2014

Vår ref: 39040 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.06.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

39040

Behandlingsansvarlig

Daglig ansvarlig

Student

Sykehjem som hjem: Hvordan bestemmes døgnrytmen?

UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder

Toril Agnete Larsen

Kjersti Hagen

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.10.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Kjersti Hagen kjers10@yahoo.com

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 39040

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger UiT Norges arktiske universitet sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 01.10.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel) og slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn) og slette lydopptak.