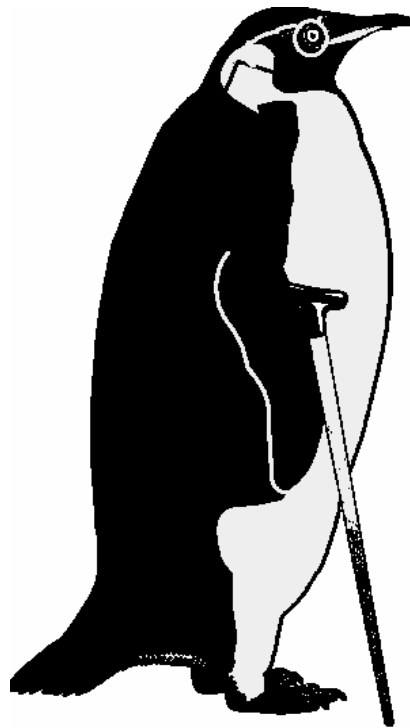




HVA SKAL JEG BLI?

”Om legers valg og opprettholdelse av valg av medisinsk spesialisering generelt og i geriatri spesielt”



Stein P Antonsen

*Hovedfagsoppgave i Pedagogikk.
Institutt for pedagogikk og lærerutdanning
Det samfunnsvitenskapelige fakultet
Våren 2007*

Forord.

Da nærmer det seg at arbeidet med denne hovedfagsoppgaven er over. Veien frem hit har vært lang og har slett ikke gått i rett linje. Rik på erfaringer har den i alle fall vært. Ikke minst på erfaringer i møte med mange mennesker som har fått betydning for arbeidet med denne oppgaven. Mange har bidratt på forskjellig vis med friske diskusjoner, korrekturlesing, datahjelp, spørsmål om jeg snart blir ferdig og oppmuntringer undervegs. Takk til dere alle.

Noen har vært ekstra gode støttespillere undervegs og fortjener å bli husket ekstra på en dag som denne.

Takk:

Til veilederen min, Paul Opdal, For enestående tålmodighet. For gode konstruktive samtaler og forsikringer om at det går bra. En sann pedagog.

Til Margaret, Petter og Martin for at dere holdt ut med mann/pappa som grov seg ned på datarommet og ikke alltid var snakkendes til når det stod på som vær's. Nå er det deres tur. Nå kjære kone kan du få fri som faglig og oppgaveteknisk medarbeider. Du har vært til uvurderlig hjelp.

Til alle informantene mine og alle medarbeiderne jeg har møtt i Geriatriisk avdeling gjennom over 10 år. Takk skal dere ha. Fortsett å gjøre det dere kan aller best, å gi håp til gamle mennesker som banker på døren deres og trenger *nettopp dere*. Stå på.

Til foreldrene mine som har mast om hva jeg tuller med som ikke blir ferdig.

Til Frank, min trofaste studiekamerat som leverer sin oppgave nå i disse dager. Fredagstreffene vi hadde er en viktig grunn til at jeg kom i mål.

Til Anita som ble ferdig lenge før meg og har sett megetsigende på meg siden. Takk for lån av litteratur og all annen drahjelp.

Til Anine som leste korrektur. Du har vært til uvurderlig hjelp..

Til Sigurd Sparr som bidro sterkt til at jeg fikk anledning til å fullføre det jeg begynte på for lenge siden og som har vært en stor inspirasjonskilde både personlig og faglig. Ditt engasjement for de gamle er forbilledlig.

Til gruppen jeg fikk være en del av i arbeidet med Geriatriplanen for Helse Nord RHF. Dere tente meg på å fullføre dette arbeidet. Takk også til Heidi Aarmo Lund som tok stafettpinnen videre og har bidratt mye.

Til slutt takk også til administrasjonen ved UNN ved sjæfen, Knut. Uten de rammebetingelsene jeg fikk hadde denne oppgaven ikke kommet i havn.

Tromsø 08.05.07

Stein P Antonsen

1. INNLEDNING.....	3
1.2. Oppgavens tittel, problemstilling og avgrensning.....	4
2. LESEGUIDE.....	6
2.1. Om geriatri.....	6
2.2. Min reise inn i geriatrien.....	10
2.2.1. Mitt første møte med gamle pasienter.....	10
2.2.2. Tilbake til skolen.....	11
2.2.3. Andre innfallsvinkler.....	11
2.2.4. Mitt andre møte med gamle pasienter. I Prosjekt Geriatri.....	12
2.2.5. Endelig sykepleier. Det ble geriatri.....	13
2.2.6. Tilbake til skolen i ny rolle.....	13
2.2.7. Til Tromsø. Til universitetet og til UNN.....	14
3. METODE.....	16
3.1. Innledning.....	16
3.2. Metode i prosjektet ved Geriatrisk avdeling.....	17
3.2.1. Forarbeidet.....	17
3.2.2. Intervjuguiden.....	19
3.2.3. Gjennomføring av intervjuene.....	20
3.3. Vitenskapsteoretisk ståsted.....	22
3.3.1. Et hermeneutisk perspektiv, historikk.....	23
3.3.2. Fortolkning.....	24
3.4. Aktør og struktur.....	27
3.4.1. Dobbel hermeneutikk.....	30
4. METODE I FELTARBEIDET.....	30
4.1. Det uformelle samtalende intervju.....	31
4.2. Deltagende observasjon eller bare observasjon.....	33
4.3. Innenfra eller utenfra, innledning.....	35
4.4. Tilgang, roller i feltarbeidet og etikk.....	38
4.4.1. Tilgang og arenaer.....	39
4.4.2. Kollega, leder og forsker. Sentrale roller i feltarbeidet.....	41
4.5. Ethiske refleksjoner.....	43
4.5.1. Ikke skade.....	44
4.5.2. Autonomiprinsippet.....	45
4.5.3. Konfidensialitet.....	45
5. HVILKE GRUNNER LEGGER INFORMANTENE VEKT PÅ NÅR DE SKAL VELGE SPESIALITET?.....	47
5.1. Personlig interesse.....	49
5.2. Studenterfaring.....	50
5.3. Struktur og relasjoner i aktuell avdeling.....	50
5.4. Sosiale og private forhold.....	51
5.5. Medisinsk faglig profil.....	53
6. VIKTIGE BEVEGRUNNER I VALGET AV SPESIALITET.....	54
6.1 Personlig interesse.....	56
6.2 Studieerfaringer.....	57
6.4. Sosial påvirkning.....	59
6.5. Medisinsk hovedretning.....	62
6.6. Forhold ved den aktuelle avdelingen.....	66
6.6.1 Strukturelle forhold.....	66
6.6.2 Identitet/relasjon.....	66
7. VURDERINGER FRA DET DAGLIGE VIRKE SOM SPESIALISTKANDIDAT.	67
7.1. Emosjonell støtte.....	68

7.2. Faglig veiledning.	71
7.3. Koordinering.	72
7.4. Pasientgrunnlaget.	75
7.4.1. Pasientgruppen.	76
7.4.2. Negative forhold.	77
7.4.3. Pasientene som ikke skulle være her.	78
7.5. Andre viktige dimensjoner i valg av spesialisering.	80
7.5.1. De faglige utfordringene.	80
7.5.2. Betydningen av gode rollemodeller.	82
8.0. VERDIER OG OMVALG. BETYDNING FOR Å VELGE GERIATRI.	84
8.1. Det store spranget.	84
8.2. Verdier og deres betydning for å velge spesialisering i geriatri.	87
8.2.1. Tillit og den etiske fordring.	89
8.2.2. Å gripe situasjonen.	91
9. MOT EN PEDAGOGISK PROFIL.	94
9.1. Forhold utenfor avdelingen.	94
9.2. Forhold innen avdelingen.	96
9.2.1. Fokus på faget geriatri.	97
9.2.2. Videreutvikling av utdanningsplan.	98
9.2.3. Rollemodeller.	99
9.3. Avslutning og oppsummering.	100
Litteraturliste.	102
APPENDIKS.	104

1. INNLEDNING.

Helt siden jeg som sykepleierstudent fikk interesse for geriatri som fagfelt har jeg vært klar over de problemene som er knyttet til å skaffe tilveie tilstrekkelig mange godt kvalifiserte leger, sykepleier og annet helsepersonell til denne delen av helsetjenesten. Først og fremst så jeg dette i kommunehelsetjenesten og da spesielt i sykehjem. Men etter hvert ble jeg også klar over at disse problemene fantes også innenfor spesialisthelsetjenesten for de eldste pasientene på sykehus. Det virket som fagfolkene ikke ønsket å jobbe spesielt med eldre mennesker selv om de utgjør den klart største pasientgruppen både i kommunehelsetjenesten og på sykehus.

Bakgrunnen for oppgaven er at jeg sommeren 1995 flyttet til Tromsø for å studere ved universitetet og kom i kontakt med Geriatrisk avdeling ved Universitetssykehuset Nord-Norge (heretter også kalt UNN). Her ble interessen for å gå nærmere inn i å finne ut hva som kunne være grunnen til at ikke flere velger å jobbe i geriatrien og da spesielt jobbe i Geriatrisk avdeling ved UNN. Dette er helt kort bakgrunnen for at jeg har valgt dette som tema for min hovedfagsoppgave.

I forbindelse med *Nasjonalt geriatriprogram* gjennomførte Statens helsetilsyn i oktober 1998 en undersøkelse blant pasientene ved 59 indremedisinske avdelinger i 54 av landets somatiske sykehus. På det aktuelle tidspunktet var det totalt 4234 pasienter innlagt i indremedisinske avdelinger. Av disse var 42 % 75 år eller eldre (gjennomsnittsalder 82 år).¹

Siden 1998 og frem til 2002 viser tall fra Norsk Pasientregister 2002 at antall pasienter over 80 år som legges akutt inn på sykehus har økt med 24 %.²

Fra Den norske Lægerforenings internettsider fant jeg at det pr. 1. mars 2007 er 131 godkjente spesialister i geriatri i Norge.³ Fra samme kilde oppgis tallet for

¹ ”Gamle i sykehus”, Statens Helsetilsyns utredningsserie nr.7-99

² ”Helsetjenester og gamle – hva er kunnskapsgrunnlaget? En vurdering og formidling av internasjonale litteraturoversikter. Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) 2003

³ <http://www.legeforeningen.no/index.qan?id=1&subid=0> / [Legeforeningen](#) / [Legestatistikk](#) / [Spesialiststatistikk](#) /

spesialister i hjertemedisin til 417.

I avdelingen hadde jeg over tid flere samtaler med avdelingsoverlegen ved avdelingen. I samråd med han begynte jeg å samle data gjennom samtaler med leger og annet helsepersonell som jobbet der kortere eller lengre tid. Dette med tanke på å forsøke å forstå hva grunnen kunne være til at så få syntes å fatte interesse for geriatri.

I 2002 satte Helse Nord RHF ned en prosjektgruppe som skulle lage en handlingsplan for geriatrien i regionen frem mot år 2010. I denne ble jeg oppnevnt som en av to representanter fra Geriatrisk avdeling ved UNN. I arbeidet med denne planen ble også rekrutteringsproblemene drøftet inngående og behovet for å vite mer om dette temaet ble enda klarere for meg enn det hadde vært til da. Geriatrisk avdeling fikk i oppdrag å starte et prosjekt for å kartlegge dette nærmere. Mitt prosjekt bygger på denne kartleggingen i tillegg til det jeg har funnet gjennom feltarbeidet i Geriatrisk avdeling som strakk seg fra 1998 til 2004. I denne perioden jobbet jeg også ved avdelingen først som avdelingssykepleier, senere som oversykepleier.

1.2. Oppgavens tittel, problemstilling og avgrensning.

Tittelen på oppgaven er ***Hva skal jeg bli***. Dette enkle spørsmålet tenker jeg er utgangspunktet for informantene når han eller hun står foran å velge hvilken sektor av helsevesenet man ønsker å jobbe med og dermed hvilken spesialitet innenfor medisinen man da tar fatt på.

Undertittelen jeg har valgt er:

”Om legers valg og opprettholdelse av valg av medisinsk spesialisering generelt og i geriatri spesielt.”

Jeg ønsket å finne ut hvilke *grunner* legene har for de valgene de gjør med tanke på spesialisering. I den forbindelse vil jeg også se på om de som velger geriatri gjør dette ut i fra *andre* grunner enn de som ikke valgte geriatri. Og ikke minst *hva* det er i geriatrien som vekker interessen. Videre ønsker jeg også å se på hvilke grunner legene har som gjør at dette valget opprettholdes. Dette ville jeg ha med fordi jeg har opplevd leger som kom inn i Geriatrisk avdeling, ble

interessert i faget, men på et senere tidspunkt valgte en annen spesialisering enn geriatri.

I den videre fremstillingen bruker jeg stor sett *han* om både pasienter og informantene. Dette betyr ikke på noen måte at jeg har glemt at jeg har hatt omtrent like mange kvinnelige informanter og at over halvparten av pasientene i geriatrien er kvinner rett og slett fordi kvinner blir eldre.

Jeg vil starte kapittel 2 med å gi en kort fremstilling av *hva* geriatri er og hva som kjenner seg ut i faget. Jeg fortsetter dette kapitlet med å gi et innblikk i min veg inn i dette fagfeltet.

I kapittel 3 vil jeg presentere de metoder jeg har brukt. Jeg starter med metoden jeg har brukt i en spørreundersøkelse blant et utvalg av leger. Videre presenterer jeg det jeg har kalt mitt vitenskapsteoretiske ståsted.

Kapittel 4 handler om de metodene jeg brukte i feltarbeidet ved Geriatrisk avdeling. Dette kapitlet avsluttes med noen etiske refleksjoner jeg har gjort i meg i arbeidet med denne oppgaven.

I kapitlene 5,6,7 og 8 presenterer jeg det som har kommet frem gjennom arbeidet med denne oppgaven og starter med å se på hva informantene tenkte om det valget de stod overfor *mens de enda var studenter*. (Kapittel 5 og 6) Etter dette (kapittel 7) vil jeg gå videre og se på hva de tenkte i dag, da enten som spesialist eller spesialistkandidat. I kapittel 8 trekker jeg frem to forhold som jeg vil mene har hatt spesiell betydning spesielt for å velge spesialisering i geriatri og gir en analyse av disse før jeg i kapittel 9 vil presentere noen tanker jeg har gjort meg i forhold til hva dette *kan ha* for slags betydning for Geriatrisk avdeling fremover. Dette kapitlet er på mange måter min konklusjon i forhold til det jeg har funnet og de refleksjoner jeg har gjort på bakgrunn av dette.

Til slutt i kapittel 9 vil jeg også gi en kort oppsummering av hele oppgaven.

Opgaven har tre vedlegg:

1. Intervjuguiden til spørreundersøkelsen.
2. Brev sent til alle informantene om prosjektet og deltagelse.
3. Evaluering av undervisningen Geriatrisk avdeling gir til medisinstudentene.

2. LESEGUIDE.

Jeg vil i dette kapitlet si noe om hva slags medisinsk spesialitet Geriatri er og hva som gjør denne spesialiteten spesiell. Denne fremstillingen er på ingen måte noen grundig gjennomgang av disse spørsmålene, men den vil være nyttig for å sette seg inn i de problemstillingene min hovedfagsoppgave dreier seg om.

Jeg vil også ta dere med på min reise inn i geriatrien og inn mot de problemstillingene denne hovedfagsoppgaven handler om. Grunnen til at jeg gjør dette er at jeg vil klargjøre mitt eget ståsted i forhold til geriatrien og veien inn dit. Det er, som jeg kommer inn på i metodekapitlet, etter manges mening en forutsetning for en valid tolkning av andre mennesker at man er klar over og gjør eksplisitt det en selv som fortolker bringer med seg inn i tolkningen av andre mennesker. Gadamer kaller dette å klargjøre ens egne *fordommer* (Blaikie N. "Approaches to social enquiry" 1995. Grimen N. og Gilje H."Samfunnsvitenskapens forutsetninger" 1995).

Jeg vil si det slik at disse to kapitlene danner et bakgrunnsteppe for det jeg har hatt med meg både i feltarbeidet og arbeidet med å analysere dette frem mot å presentere det i denne hovedfagsoppgaven. Sagt på en annen måte er dette min fortolkningsbakgrunn (Hellesnes J."Ein utdana mann og eit dana menneske" i Dale E. L. (red.) *Pedagogisk filosofi*, 1992, s.85).

2.1. Om geriatri.

Leger som ønsker å bli geriater må først gå igjennom spesialistutdanning som *indremedisinere* før de kan spesialisere seg som geriater. Geriatri er altså en såkalt *grenspesialitet* innenfor indremedisin. Ordet geriatri kommer fra gresk og betyr noenlunde direkte oversatt legetjeneste for gamle menn I dag er det vanlig å definere geriatri som spesialisthelsetjeneste for eldre. Kriteriet for om man bør behandles av en geriater vil variere. Som en hovedregel kan man si at personer over 67 år regnes som eldre ("*Når du blir gammel og ingen vil ha deg.*" Den Norske Lægeforening. Oslo. Årstall ikke oppgitt).

Det er ikke slik at 67 år er et absolutt skille. Mennesker som har en klart avgrenset tilstand i for eksempel hjertet blir som oftest behandlet i en hjertemedisinsk avdeling. Likeså vil en pasient i slutten av 50 årene med begynnende demens ofte bli utredet av en geriater. Men som en hovedregel kan man si at jo eldre pasientene er jo større nytte vil de ha av å få hjelp av en geriater. En spesialist i geriatri (sammen med barnelegene) skiller seg imidlertid fra de andre grenspesialitetene innen indremedisin ved at fokuset er på alder eller stadium i et menneskes liv mens de andre i stor grad retter fokuset mot et organ eller organsystem sånn som for eksempel kardiologi (hjertemedisin) og nefrologi (nyremedisin). Dette gjør at faget geriatri på mange måter blir vanskeligere å definere klart og tydelig. Det er vanligere å snakke om hvorvidt dette er en geriatrik problemstilling enn om diagnosen i seg selv er geriatrik.

Vi kan også gå til helse Nords handlingsplan i Geriatri mot år 2010 hvor det står:

Målgruppen for planen er geriatrike pasienter. Dette er pasienter med langt komne aldersforandringer, flere sykdommer og fysisk og/eller mental funksjonssvikt. Ofte har disse pasientene i tillegg et redusert sosialt nettverk. Karakteristisk for aldersforandringer er reduserte reserver og økt sårbarhet, og eldre må møte mer sykdom med mindre ressurser. Eldre trenger derfor lengre tid enn yngre for å komme seg etter akutt sykdom. Selvbildet svekkes, og motivasjonen for å mobilisere egne ressurser til å komme gjennom en sykdomsprosess er dårligere. Det kan i blant også være vanskelig å skille mellom sykdom og normal aldring, noe som medfører både over- og underbehandling. Hos eldre vil sykdom i ett organ, ofte føre til svikt i flere andre organer. Det bidrar til de geriatrike pasientenes multisykkelighet. Målgruppen har ut fra dette et spesielt behov for en bred tverrfaglig geriatrik kompetanse i sitt møte med helsetjenesten⁴

Den siste fremstillingen av hvem målgruppen er gir mer en pekepinn på hva som er karakteristisk for de geriatrike pasientene. For det første har de normale aldringsprosesser kommet forholdsvis langt. Dette gjør at de blir mer utsatt for negativ påvirkning på mange plan og på mange områder.

Fysisk ser vi redusert motstandskraft mot sykdom sammen med at man lettere blir utsatt for komplikasjoner og bivirkninger av medisinsk behandling.

⁴ Handlingsplan i Geriatri 2004-2010 i Helse Nord. Bodø. 2004

Dette betyr at det er lite rom for å gjøre feil eller dosere medisiner for høyt hos eldre. Det skal mindre til før man bringer pasienten såpass ut av balanse at det går galt. I tillegg til dette er det også slik at sykdommer ikke har det samme diagnostiske bilde hos eldre. Som eksempel kan jeg nevne at en lungebetennelse ikke trenger å følges av høy feber hos gamle. Ofte vil infeksjonssykdommer gi seg uttrykk i at pasienten akutt blir forvirret og kan tilsynelatende virke psykotisk eller dement (Laake K. *"Geriatrici i praksis"*. 2003, s.128).

På det psykososiale plan ser vi en tendens til økt isolasjon med ensomhet og depresjoner som følge. Også symptomer på dette arter seg annerledes hos eldre enn hos yngre og kan være vanskelig å fange opp. Etter hvert som man blir eldre vil man også oppleve at mennesker i ens nettverk faller fra. Likeså vil mange oppleve tap og store endringer i sine roller. Man går ut av arbeidslivet, kanskje må man pleie sin ektefelle som er blitt syk eller er utsatt for funksjonssvikt.

Det foreligger flere undersøkelser, blant annet fra Trondheim, som viser at gamle med sammensatte problemer har høyere overlevelse og mindre risiko for institusjonsinnleggelse når de behandles i en geriatrisk avdeling, sammenliknet med en vanlig medisinsk sengepost (Saltvedt I,m.fl: *"Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit"*. Journal Am Geriatr Soc 2002; 122:819-822.).

Det er disse menneskene som trenger hjelp av leger, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og andre interesserte fagfolk med spesialkompetanse, og som er interessert i å hjelpe mennesker med denne typen problem.

Alle disse fagfolkene er med å danne et tverrfaglig team rundt den enkelte pasient. I geriatrien består et slikt team ofte av ergoterapeut, fysioterapeut, sosionom og logoped foruten leger sykepleiere og hjelpepleiere. Denne tverrfaglige tilnærmingen er også spesiell for geriatrien og har vært det i mange år. Nå skal det sies at tverrfaglighet nok er mer i skuddet nå enn det var for bare få år siden og det er etter hvert også andre fagfelt som vil si at en tverrfaglig

tilnærming også særpreger disse. Årsaken til at tverrfaglighet er så viktig i arbeidet med gamle pasienter ligger i den kompleksitet som ligger bak når sykdom rammer. Som nevnt påvirkes ofte hele mennesket på en måte som krever en helhetlig tilnærming hvor både det fysiske, psykiske, sosiale og åndelige livet til pasienten rammes. Med dette perspektivet blir det innlysende at man trenger en form for tverrfaglighet som er i stand til å gi hjelp på et så bredt grunnlag som mulig.

Når jeg går såpass inn på hva geriatri er, så er det også for å anskueliggjøre at behovet i befolkningen for geriatriske helsetjenester er stor og det er stadig økende.

Nettopp dette er en av grunnene til at Helse Nord satte ned prosjektgruppen som skulle gi en oversikt over situasjonen og legge frem en plan for geriatrien i Nord-Norge mot år 2010. I rapporten slås det fast at befolkningens alder er økende, og vi får en større andel eldre. Andelen eldre over 80 og over 90 år vil også øke. Selv om helsetilstanden kan tenkes å bli bedre vil dette uansett ikke kunne kompensere i forhold til behovet for helsetjenester. Dette har sin bakgrunn i en del sykdomstilstander som øker med økt alder. Dette gjelder blant annet demenssykdommer og kreft.

I planen står det slik:

Hovedkonklusjonen fra de seneste befolkningsframskrivningene fra Statistisk sentralbyrå (2003) er at det blir enda flere eldre i årene som kommer enn tidligere antatt. Det blir en liten nedgang på grunn av små fødselskull på 1930-tallet. Deretter vil antallet personer 67 og over øke kraftig fram mot 2050, til ca det doble av i dag, og 200 000 mer enn beregnet ved forrige framskrivning i 1999. Andelen over 67 vil antakelig øke fra 14 % til mellom 19-22%. Denne utviklingen tilsier at stadig større deler av kapasiteten i helsevesenet vil opptas av de eldste aldersgruppene. Hovedårsaken er at levealderen øker mer enn antatt, og særlig tallet på de eldste eldre (over 90 år). Utviklingen i Nord-Norge vil følge resten av landet, men i en "forsinket" utgave på grunn av at befolkningen i dag er noe yngre. Samtidig er levealderen noe kortere. (Handlingsplan i Geriatri 2004-2010 i Helse Nord, Bodø 2004 s.26)

Ut i fra dette fremtidsbildet blir det klart at geriatrien har et rekrutteringsbehov fremover som ikke vil være mindre enn det har vært til nå.

2.2. Min reise inn i geriatrien.

At jeg skulle ende opp med å jobbe med geriatri var langt i fra noen selvfølge da jeg startet på sykepleiestudiet en regntung høstdag i 1989 ved det som het Sogn og Fjordane sjukepleiehøgskule. Jeg hadde da omsider bestemt meg for å bli sykepleier etter å ha tenkt lenge og vel. Med meg i bagasjen hadde jeg en del erfaring fra akuttmedisinsk virksomhet delvis som redningsmann på redningshelikopter i Forsvaret og jobb som ambulanse-personell i noen år. Ønsket mitt var å jobbe med akuttmedisin på en eller annen måte, og jeg må vel si at det var den mer tekniske og spenningsfylte delen av sykepleieryrket som lokket.

2.2.1. Mitt første møte med gamle pasienter.

I starten av utdanningen var det de naturvitenskaplige fagene som anatomi, fysiologi og sykdomslære jeg opplevde som mest spennende. I sykepleiefaget var det også det mer prosedyrerettede og praktiske som var i mitt fokus. Etter et halvt år kom tiden for den første praksisperioden hvor jeg fikk praksisplass på et relativt stort sykehjem. Fokuset i fagplanen for denne praksisen var grunnleggende sykepleier. Det vil si at vi skulle lære å hjelpe pasientene med personlig hygiene, ernæring, toalettbesøk og så videre. Vi skulle også lære å møte pasienter og pårørende på en god og tillitsvekkende måte.

Det sier seg selv at de pasientene jeg møtte på sykehjemmet var gamle mennesker som hadde relativt stort behov for hjelp med mange av de funksjonene friske mennesker tar for gitt. Noe av det første som slo meg var hvor sterkt avhengige mange var av hjelp, og jeg tenkte mye på hvordan de opplevde å være så avhengige av andre. Ikke bare var de avhengige av mye hjelp, men de var avhengige av hjelp til de mest private gjøremål. Etter hvert som jeg fikk kontakt med de gamle på dette sykehjemmet fikk jeg da også mange spennende møter med mange av disse gamle menneskene og deres livsverden.

Noe av det som slo meg var de mange spennende perspektiver de hadde i forhold til både sitt eget liv og til den tiden de levde i og dette opplevde jeg som interessant. Samtidig opplevde jeg også tilværelsen på et sykehjem som

ganske mistrøstig. En hverdag preget av behov for å få hjelp til det meste uten særlig mulighet for atspredelse. Jeg opplevde nok at mange av de fordommene jeg hadde med i forhold til eldreomsorgen stemte.

Spesielt vanskelig måtte det være for de som sjeldent eller aldri fikk besøk tenkte jeg. Jeg var fast bestemt på at dette ville jeg ikke jobbe med når jeg en dag ble ferdig utdannet. I ettertid har jeg reflektert over *hvorfor* jeg tenkte slik og jeg har kommet frem til at jeg hadde et pessimistisk syn på eldreomsorgen. "Det nytter ikke. Her har ikke jeg noe å bidra med som vil ha noen betydning", var tanker jeg gjorde meg.

2.2.2. Tilbake til skolen.

Etter denne praksisperioden brukte vi en ukes tid på skolen hvor temaet var hva vi hadde lært og hva vi hadde opplevd. De fleste av de jeg studerte sammen med hadde de samme tankene som jeg hadde og det var ikke noen som gav uttrykk for at dette var noe de kunne tenke seg å jobbe med, tvert i mot.

En annen ting var at lærerne vi hadde heller ikke klarte å formidle den helt store entusiasmen eller optimismen i forhold til det å jobbe i sykehjem. Selv om de snakket positivt om pasientene og la vekt på hvor viktig det var at de fikk god sykepleie fikk jeg ikke noen opplevelse av at de var engasjerte i dette. Dette er på ingen måte noen kritikk av lærerne. Grunnen antar jeg var at de hadde sin bakgrunn stort sett fra sykehus og de hadde sine spesialfelter fra ulike spesialfelter der. Senere i studiet skulle det endre seg.

2.2.3. Andre innfallsvinkler.

I tillegg til disse opplevelsene kom jeg i kontakt med studentpolitikken ved høyskolen og ble også sittende som observatør i fylkesstyret til Norsk Sykepleierforbund i Sogn og Fjordane. Der fikk jeg etter hvert et godt innblikk i helsepolitikk og møtte mange problemstillinger som innbød til å utfordre mine egne holdninger i forhold til eldre og eldreomsorg. For første gang møtte jeg mennesker som hadde et engasjement i forhold til eldreomsorg og som sterkt betonet at dette dreide seg om holdninger og hvordan disse kommer til uttrykk gjennom handlinger både på mikro og makroplan. Jeg ble utfordret på de tankene jeg hadde og de valgene jeg gjorde ut i fra disse. Jeg hadde nok startet

på en prosess for min egen del som kom til å bli forsterket i løpet av det siste året på skolen.

2.2.4. Mitt andre møte med gamle pasienter. I Prosjekt Geriatri.

I siste året var psykiatri, kommunehelsetjenesten og geriatri tema. Spesielt de lærerne vi hadde i geriatri og kommunehelsetjenesten brakte nye perspektiv inn. En av lærerne som var førsteamanuensis ved høyskolen hadde forsket innenfor geriatrifeltet. Hun klarte å formidle en optimisme og et engasjement for både faget og pasientene som vekket min interesse for geriatri. Mine pessimistiske "det nytter ikke" holdning ble utfordret på en slik måte at jeg følte at dette måtte jeg gå nærmere inn på. Høyskolen hadde som en del av et prosjekt for å bedre rekrutteringen til eldreomsorgen også obligatorisk fordypning i eldreomsorg med praksis i sykehjem.

Det spesielle med dette prosjektet var at hele kullet på 42 studenter skulle på samme sykehjem og lærerne som var med var de samme engasjerte lærerne som vi hadde hatt i teoriundervisningen. I tillegg til den rene praksisen skulle vi legge opp minst en undervisning relatert til opplevelser eller problemstillinger i praksis. Vi skulle også ha møter med behandlingsteamet til den pasienten vi hadde spesielt ansvar for. Alle pasientene hadde sin egen sykepleierstudent som hadde ansvaret for seg i den 9 ukers perioden praksisen varte.

Det er klart at dette var en utopisk situasjon når det gjelder ressurstilgangen i pleien for den enkelte pasient, men nettopp dette var et viktig poeng. Vi fikk oppleve hvilke muligheter som ligger i det å jobbe i eldreomsorgen når ressurser ikke er en begrensende faktor. For min del endret det meste seg i forhold til hva jeg ønsket å jobbe med. Fra å ha vært ganske skråsikker på at jeg skulle jobbe med akuttmedisin ble fokuset dreid inn mot å jobbe med geriatri. Så min første arbeidsplass som sykepleier ble på det samme sykehjemmet hvor vi var i praksis.

2.2.5. Endelig sykepleier. Det ble geriatri.

Nå fikk jeg anledning til å være med i flere slike tilsvarende praksisprosjekter fra en annen side. Og allerede første høsten fikk jeg være med å ta imot ni studenter på "min" gruppe og være kontaktsykepleier for disse. Nå var det jeg som skulle formidle engasjement og entusiasme overfor nye studenter. Det må jeg innrømme var en oppgave som fortonet seg som noe for stor for meg. Jeg var selv temmelig fersk og strevde med å finne meg selv i en ny rolle og lære meg et yrke jeg kun var en novise i.

Etter et år sluttet undervisningssykepleieren vår og jeg ble spurt om jeg kunne tenke meg den jobben. Det syntes jeg kunne høres spennende ut og jobbet fra da av i halv stilling som undervisningssykepleier med ansvar for internundervisning og kompetanseplaner for den enkelte medarbeider. I tillegg lå det noe undervisning ved sykepleierhøgskolen i stillingen. Etter hvert fant jeg ut at jeg likte å jobbe med undervisning og tanken om å gå videre vokste frem. Etter at jeg hadde jobbet i to år ved sykehjemmet kom en av mine tidligere lærere og fortalte at de manglet lærere på sykepleierhøgskolen og spurte om jeg kunne være interessert. Og etter noe betenkningstid sendte jeg en søknad. Selv syntes jeg det jeg hadde altfor kort fartstid som sykepleier til å gå videre, men jeg må vel også innrømme at det var flatterende å bli spurt.

2.2.6. Tilbake til skolen i ny rolle.

Jeg begynte da i et vikariat ett år for å se om dette var noe som passet for meg. Det året ble den utfordringen jeg forventet og jeg skjønnte fort at jeg vegen min videre skulle gå gjennom universitetet og så inn i en undervisningsstilling ved en av landets høyskoler. Derfor ble det Ex.Phil. som privatist ved siden av jobben på høyskolen og søknad om opptak ved Universitetet i Tromsø. Etter litt frem og tilbake fant jeg ut at pedagogikk kunne være noe for meg. Jeg visste også at jeg trengte inntekt ved siden av studiene så jeg sendte en generell søknad om sommerjobb og som tilkallingsvikar ved Regionssykehuset i Tromsø (RiTØ), nå UNN.

2.2.7. Til Tromsø. Til universitetet og til UNN.

Det gikk ikke mange dagene før jeg fikk en telefon fra avdelingssykepleieren ved Geriatrisk avdeling på UNN. Hun spurte om jeg kunne tenke meg å jobbe der den sommeren. Etter sommeren kunne vi se på om det var mulig å lage en kontrakt på en passe stor deltidstilling fremover.

Jeg hadde egentlig tenkt at jeg ville prøve noe annet enn geriatri på det tidspunktet, men tenkte det kunne være greit å se hva geriatri er for noe i sykehus også, så jeg takket ja. I Geriatrisk avdeling møtte jeg mange med et sterkt engasjement både for avdelingen, for pasientene og for sykehuset. Det fantes en stolthet over den jobben de gjorde som jeg sjeldent har møtt og jeg fikk et inntrykk av at de som jobbet der mente dette var et meningsfylt arbeid.

Dette gjorde meg ytterligere nysgjerrig både på geriatri som fag og ikke minst de som jobbet der. Kimen til den oppgaven jeg nå sitter og skriver var lagt. Og det var nok med noe beundring jeg jobbet sammen med disse menneskene og jeg håpet vel også at jeg skulle kunne se det *de* så etter hvert.

Jeg så også ting som ikke lovet så bra for avdelingen. Det så ut til å være vanskelig å rekruttere tilstrekkelig med fagfolk og de man fikk tak i ble ikke særlig lenge. Dette til tross for at de aller fleste gav klart uttrykk for at arbeidsmiljøet var svært bra og at de trivdes. Mange gav uttrykk for at det var en for tung avdeling å jobbe ved over lang tid og at dette hadde betydning når de sluttet. Noen ble imidlertid værende, og hadde vært i avdelingen helt siden den startet opp. Etter hvert utvidet man også tilbudet til å omfatte akutt geriatri. Fra tidligere hadde man hatt rehabilitering og daghospital. Avdelingen fikk da 26 senger.

Da jeg ble tatt opp som hovedfagsstudent var det problemene rundt rekruttering og stabilisering som ble mitt fokus. Avdelingslederen godkjente også at jeg kunne bruke jobben min der til å gjøre mine feltstudier så lenge krav til anonymitet var ivaretatt og min etiske fremferd var tilfredsstillende. Det skulle vise seg at det som skulle være et tidsbegrenset feltarbeid i avdelingen skulle

bli noe helt annet. Etter at en av avdelingssykepleierne sluttet ble jeg bedt om å søke denne stillingen for å hjelpe avdelingen i en vanskelig tid.

Da avdelingen gikk ut av Medisinsk avdeling søkte jeg og fikk stillingen som oversykepleier. Dette brakte meg rett inn i problemene med rekruttering og ikke minst stabilisering av medarbeiderstaben. Vi prøvde en rekke tiltak for å få tak i flere fagfolk. De fleste virket bra på rekrutteringen, men de virket ikke stabiliserende. Mange av tiltakene vi fikk lov av sykehusledelsen til å bruke var også designet med tanke på å rekruttere nylig uteksaminerte sykepleiere. Dette var bl.a. stipender siste semester for studentene og høyere begynnerlønn. Som nevnt førte dette til at vi fikk flere sykepleiere til å søke. Problemet var imidlertid det samme. De sluttet etter et år eller to.

Blant legene hadde vi det samme problemet. Assistentleger kom til avdelingen, var der en periode og forsvant igjen. Dette førte også til at det faglige nivået i avdelingen ikke var så høyt som vi kunne ønsket oss. Dette i sin tur bidro ikke til å bedre rekrutteringssituasjonen.

På denne bakgrunn ble jeg involvert i sykehusets rekrutteringsarbeid. Vi reiste da rundt i samarbeid med A-etat for å rekruttere kvalifisert arbeidskraft til sykehuset generelt og jeg hadde et spesielt ansvar for geriatrisk avdeling spesielt. Stort sett rekrutterte vi da også ganske bra til hele sykehuset, men de som ble rekruttert var nok ikke særlig stabil arbeidskraft. Når så Helse Nord satte ned en prosjektgruppe som skulle lage en plan for geriatrien i nord mot år 2010 var rekruttering et av de sentrale temaer som ble tatt opp.

Skulle vi bygge opp et geriatrisk tilbud i hele landsdelen stod vi overfor en formidabel rekrutteringsjobb. Og vi måtte lage en rekrutteringsstrategi som også inkluderte stabiliseringstiltak. Vi måtte finne fagfolk og få de til å bli.

Dette bringer meg frem til å presentere de metodene jeg har brukt for å finne svar på problemstillingen og den vitenskapsteoretiske posisjon jeg ser dette ut i fra.

3. METODE

3.1. Innledning.

Jeg vil nå presentere hvordan jeg har gått frem for å forsøke å finne svar på mine spørsmål. I arbeidet med denne hovedfagsoppgaven har jeg brukt data som er samlet inn med bruk av flere metoder. Kvale (Kvale S. "Det kvalitative forskningsintervju." 1997, s.20) sier begrepet metode kommer fra gresk og betyr opprinnelig "*vei valg som fører til målet*".

I prosjektet ved Geriatrisk avdeling har vi brukt halvstruktureerte intervju og spørreskjema. I tillegg til dette materialet vil jeg også bruke informasjon fra uformelle samtaler og deltagende observasjon i avdelingen. For å holde disse fra hverandre vil jeg referere til prosjektet i Geriatrisk avdeling som *intervjuundersøkelsen* og de samtalene jeg hadde i feltarbeidet som *samtaler*. Jeg gjør dette fordi det representerer to ulike tilnærminger til feltet. Intervjuundersøkelsen er heller ikke bare min egen. Den er et resultat av arbeidet i en arbeidsgruppe og var en del av prosjektet som ble initiert ut i fra arbeidet med handlingsplanen i geriatri. Feltarbeidet jeg har gjort er derimot mitt eget og strekker seg over en lang tidsperiode som nevnt i forrige kapittel.

Først i dette kapitlet vil jeg presentere hvilke metoder vi brukte i prosjektet ved geriatrisk avdeling. Etter dette vil jeg gi en kort presentasjon av mitt vitenskapsteoretiske ståsted. I neste kapittel presenterer jeg feltarbeidet jeg gjorde i Geriatrisk avdeling. Her tar jeg opp det ustruktureerte samtalende intervju og deltagende observasjon som metode. Deretter vil jeg ta opp noen refleksjoner jeg har gjort meg i forhold til det å få tilgang til feltet og de roller jeg har hatt og deres betydning for den informasjonen jeg har fått. Jeg vil også drøfte det å studere fenomener innenifra eller utenifra ens egen kultur. Til slutt vil jeg gi en gjøre rede for noen av de etiske refleksjoner jeg har gjort undervegs.

For å skille mellom *metode* og *vitenskapsteoretisk ståsted* bruker jeg det samme skillet som N. Blaikie (1995). De *metodiske* spørsmål blir da spørsmål

om hvilke teknikker eller fremgangsmåter man bruker og begrunnelsen for dette valget. De *metodologiske* eller *vitenskapsteoretiske* spørsmål rommer analysen av hvordan forskning skal og bør skje. Dette inkluderer hvordan teorier dannes og testes, hvilken logikk som er brukt og andre vitenskapsteoretiske spørsmål (ibid.s.7) Som eksempel på dette kan vi si at hermeneutikken er en vitenskapsteori, mens deltagende observasjon er en metode. Blaikie kaller dette henholdsvis metode og metodologi. Jeg vil bruke begrepet vitenskapsteori istedenfor metodologi for lettere å unngå å blande begrepene sammen.

3.2. Metode i prosjektet ved Geriatrisk avdeling.

Vi ønsket å kartlegge legers valg og opprettholdelse av dette valget av medisinsk spesialisering. Vi intervjuet leger i to geriatriske avdelinger, ved UNN og St Olavs hospital i Trondheim. I tillegg intervjuet vi spesialister og spesialistkandidater fra Avdeling for gastroenterologisk kirurgi, Barne- og Ungdomsklinikken og hjertemedisinsk avdeling Ved UNN. Målet var å se om vi kunne finne noe som kunne skille grunnene hos de som har valgt geriatri fra de som ikke har valgt det. I tillegg ønsket vi også generelt å vite hvilke grunner informantene hadde uavhengig av spesialitet.

3.2.1. Forarbeidet.

Vi gjorde først litteratursøk i aktuelle artikler om legers valg av spesialisering. I tillegg til det vi fikk av innspill fra litteraturen brukte vi en del tid på å komme frem til våre egne forslag til hva som påvirker legenes valg av spesialitet. I denne prosessen måtte vi også diskutere de tanker og forestillinger vi hadde med oss og sette disse under et kritisk lys. Som jeg senere kommer tilbake til er nettopp dette et viktig poeng innenfor den vitenskapsteoretiske posisjon jeg har valgt. I denne diskusjonen ble det et poeng for oss å utarbeide intervjuguiden *med* snarere enn *uten* de forestillingene vi hadde med oss om hva som påvirker eller styrer legers valg av spesialitet. Poenget med dette var nettopp at vi ønsket å se om vi satt med forestillinger som vi ikke kunne finne dekning for i de svarene vi fikk i intervjuene.

De fleste studier som er gjort på temaet valg av spesialisering tar for seg *legestudenters* valg og de *forestillingene* de bygger på når de skal velge spesialitet. Jeg vil referere disse i innledningen til kapittel 5 der jeg presenterer hva informantene sa om sine valg fra den tiden de var studenter.

Dette munnet ut i et sett av påstander og utsagn som informantene skulle ta stilling til. Intervjuguiden ble til slutt testet på en frivillig spesialistkandidat. Han gav tilbakemelding om at det ikke var vanskelig å skjønne hva det ble spurt etter og at i alle fall han ikke savnet noen innfallsvinkler. Intervjuguiden ble da oppfattet som dekkende til formålet. Som jeg vil komme tilbake til i presentasjonen av det informantene gav uttrykk for skulle det vise seg at den slett ikke var uten mangler.

Intervjuene ble foretatt i februar og mars 2005, og vi intervjuet i alt 20 leger - halvparten var spesialistkandidater og halvparten var ferdig utdannede spesialister. Vi ønsket oss informanter av begge kjønn, men endte opp med 12 menn og 8 kvinner. Vi trodde dessuten at vi skulle få informanter med nokså lik alderssammensetning, men ettersom flere av dem har fullført og arbeidet innenfor andre spesialiteter tidligere er aldersfordelingen mer spredt. Dette er noe vi ikke kan se bort i fra har hatt noe betydning for de valgene de enkelte har gjort. Det er imidlertid bare kandidater og spesialister i de medisinske fagene, indremedisin og geriatri, som er godkjent spesialist innenfor flere spesialiteter. To av informantene er utdannet i Sverige, men spesialisierer/har spesialisert seg i Tromsø.

Som man ser er ikke dette på noen måte et tilfeldig utvalg og vi har ikke tatt hensyn til krav som stilles til statistisk representativitet i utvalg. Vi har hele tiden hatt fokus på at vi ønsker dybdeforståelse i forhold til de spørsmål vi stiller. Arbeidsgruppen valget allikevel å bruke en tallfesting både i forhold til styrke/viktighet av noe og hvor mange som svarte slik eller sånn. Men selv om dette er med vil jeg allikevel mene det er selve *meningsinnholdet* i det informantene sa som er sentralt for *min* forståelse og fortolkning. Det kvalitative fokuset i oppgaven vil jeg også mene styrkes ved at jeg som nevnt også har gjort et omfattende feltarbeid i tillegg. I så måte var intervjuundersøkelsen en test på om det jeg hadde fått ut av feltarbeidet stemte.

Så langt jeg har vært i stand til å se er det ikke noen uoverensstemmelse mellom det jeg fikk ut av de to tilnæringsmåtene. Tvert i mot synes de å utfylle hverandre.

3.2.2. Intervjuguiden.

Intervjuguiden er bygd opp slik at første del tar utgangspunkt i vurderinger om valg av spesialitet gjort i løpet av studietida. (Vedlegg 1). Vi definerte *studietida* som tidsperioden fra de begynte som studenter og frem til og med avsluttet turnustjeneste. Andre del av intervjuguiden etterspør dagens situasjon for informantene, enten som spesialistkandidat eller som ferdig spesialist. Det skulle vise seg at det var en utfordring for noen av informanter å skru klokka tilbake til "i studietida". Men med litt hjelp fra intervjueren gikk det fint. Spørsmålene i intervjuguiden ble seende slik ut:

Del 1 - Fra studietida stilte vi følgende spørsmål:

1. Hva er *din* viktigste grunn til at du valgte å spesialisere deg i det aktuelle faget?
2. Hvilke andre grunner hadde betydning for ditt valg av spesialitet? Grader fra 0 – 10, der 0 er uten betydning og 10 er av avgjørende betydning.
3. Velg hvilke drivkrefter som har hatt betydning for valget ditt ut ifra en oppsatt tabell.

Del 2 - Fra spesialist/spesialistkandidattida stilte vi følgende spørsmål:

1. Hvordan blir du ivaretatt som spesialist(kandidat)?
2. I ditt daglige virke som spesialist(kandidat) – hvilke dimensjoner har betydning?
3. Velg de to dimensjonene som er viktigst for deg. Hvordan vil du karakterisere din tilfredshet med disse, og hvor stor betydning har de for deg?

Spørsmål 1 i del en og del to var ment som innledende i den forstand at vi ikke ville legge for sterke føringer før vi stilte konkrete spørsmål om grunner for valg av spesialiseringssløp. Her kunne informantene snakke fritt om hvilke grunner de

hadde for sitt valg av spesialitet. I intervjuene la vi også vekt på å fange opp *andre grunner* for valg av spesialitet som arbeidsgruppen ikke hadde tenkt på. Med *drivkrefter* som det står i intervjuguiden vil jeg presisere at det her ikke er snakk om drivkrefter i psykologisk forstand, men som beveggrunn for å handle slik eller sånn. Sagt på en annen måte de *grunner man handler ut i fra*.

I spørsmål 2 ber vi også om at informanten angir *i hvilken grad* han/hun mener dette hadde betydning. På en skala fra 0 til 10 der 0 er uten betydning og 10 er av avgjørende betydning. Dette gjorde vi for å få et inntrykk av viktigheten av de ulike grunnene informantene gir for sine valg.

I del 2 spurte vi (i spørsmål 2) om hvilke dimensjoner (konkretisert som *grunner*) har betydning i ditt daglige virke som spesialist/spesialistkandidat? Og vi ba informantene velge ut de to viktigste og prøve å angi *hvor tilfreds* de var i forhold til disse.

3.2.3. Gjennomføring av intervjuene.

Intervjuene ble ledet av Trine Storjord. Dette gjorde vi av to grunner. I og med at jeg jobbet på UNN kjente jeg flere av informantene. Spesielt godt kjenner jeg til informantene fra Geriatrisk avdeling ved UNN. For det andre skulle jeg bruke intervjuene i arbeidet med denne hovedfagsoppgaven og ønsket å ikke påvirke informantene i noen retning. Under intervjuene av informantene fra geriatrik avdeling var jeg ikke tilstede og vi fikk inn en av de andre i prosjektgruppa som "stand in". Disse intervjuene har jeg fått referert i ettertid. Dette er naturligvis en svakhet i forhold til at jeg da ikke hadde mulighet til å stille oppklarende spørsmål der noe kunne være uklart. På den andre siden hadde jeg tidligere hatt rikelig anledning til å snakke med informantene fra Geriatrisk avdeling gjennom det feltarbeidet jeg tidligere hadde gjort ved avdelingen. Jeg vil også mene at Trine Storjord som ledet intervjuene, og jeg selv var blitt ganske samkjørte i forhold til hva slags informasjon vi ønsket å få frem.

Selv om jeg ønsket å være så passiv som mulig viste det seg imidlertid vanskelig å være helt passiv. Der jeg opplevde svarene som uklare eller jeg ikke forstod hva informantene mente deltok også jeg med oppfølgingsspørsmål.

Disse spørsmålene prøvde jeg å være bevisst på å stille så åpne som mulig. Det var spørsmål som; "kan du si noe mer om dette?" Og "hva tenkte du da?"

Hensikten med dette er at informantene kunne utdype det de fortalte. Vi la altså opp til å prøve å unngå å stille ledende spørsmål. Vårt inntrykk er at det vi satt igjen med etter de enkelte intervjuene var informantenes oppfattninger og ikke våre egne. Jeg vil imidlertid presisere at det naturligvis var vår *tolkning* av det informantene hadde sagt vi satt igjen med. Og som jeg vil vise senere er tolkningen ikke fri for innflytelse fra den som tolker. Når det er sagt opplevde jeg det som en fordel å kunne snakke med en annen person som også hadde vært tilstede om hvordan jeg hadde oppfattet informasjonen fra informanten og hvordan jeg tolket dette. Denne muligheten hadde jeg sjeldnere i forhold til de samtalene jeg hadde jeg hadde hatt tidligere i feltarbeidet. Her måtte jeg stole på at dialogen mellom oss var så åpen at mistolkninger ble oppklart i så stor grad som mulig, noe jeg selvsagt ikke kan *vite*.

Som tidligere nevnt hadde vi en intervjuguide som også på mange måter ligner og kanskje er et spørreskjema (vedlegg 1), og samtalene tok utgangspunkt i dette. Informantene hadde fått intervjuguiden tilsendt på forhånd og hadde dermed hatt mulighet til å se på det før intervjuet.

Selv om hensikten med intervjuguiden først og fremst var å holde samtalene innenfor det vi hadde som tema kom det frem informasjon langt utover det vi ville fått ved å sende ut en vanlig spørreundersøkelse. Det var i alle fall den opplevelse vi som deltok i intervjuene hadde. Vi opplevde at vi hadde rik mulighet til å komme nærmere inn på hva som lå i informantenes svar eller oppklare misforståelser og uklarheter. Jeg vil mene at vi kom nærmere inn på informantenes livsverden enn det jeg forventet med en sånn metode. Det ble en samtale og temaet fikk "kjøtt på beinan". Det tok ikke lang tid fra vi startet intervjuet før vi var inne i det jeg vil karakterisere mer som en samtale enn et intervju. Min opplevelse var at vi relativt raskt gikk ut av våre "roller" i intervjusituasjonen og gikk over til å være samtalepartnere ut i fra en felles interesse for temaet vi snakket om.

Å komme så tett inn på andre mennesker stiller også strenge krav til våre forskningsetiske holdninger. Jeg vil ta opp mine etiske refleksjoner i arbeidet med denne oppgaven seinere på slutten av kapittel 4 der jeg går nærmere inn på feltarbeidet. På slutten av samtalene var vi nøye med å spørre informanten om det var noe han/hun ønsket å legge til eller si noe om eller om det var noe han ville trekke tilbake eller som han/hun ikke ville vi skulle bruke.

Etter denne presentasjonen av de metoder jeg har brukt i intervjuundersøkelsen vil jeg nå gå videre og presentere det jeg har valgt å kalle mitt vitenskapsteoretiske ståsted før jeg går nærmere inn på den andre delen av arbeidet med datasamling gjennom feltarbeidet jeg gjennomførte mens jeg jobbet i Geriatrisk avdeling.

3.3. Vitenskapsteoretisk ståsted.

Denne fremstillingen av det jeg vil kalle mitt vitenskapsteoretiske ståsted i hermeneutikken baserer seg på N. Blaikies (1995) og N. Grimen og H. Gilje (1995).

For å kunne studere et felt eller et fenomen og få noe meningsfylt ut av det er det nødvendig å sette dataene fra feltarbeidet og analysen av dette inn i en vitenskapsteoretisk posisjon. Dette først og fremst fordi den vitenskapsteoretiske posisjon jeg velger vil ha betydning for *hva* jeg ser og *hvordan* jeg ser dette. Min tolkning vil også være påvirket av dette.

I mitt feltarbeid måtte jeg blant annet ta stilling til om det informantenes egen oppfatning av sine valg som er de "rette", eller om informantene på noen måte selv ikke hadde innsikt nok i egne valg og at en forsker skal lete etter den egentlige eller sanne innsikt. Jeg valgt å søke etter informantenes *egen* innsikt og refleksjon over sine valg. Det som er mitt hovedfokus og som jeg ønsker å finne mer ut av handler om mine informanternes *grunner* for valgene og opprettholdelse av disse. Min oppgave ble da å prøve å få tak disse menneskenes oppfatninger og tolke deres språklige utsagn og handlinger på en meningsfylt måte (N. Grimen og H. Gilje 1995 s.146).

Den vitenskapsteoretiske posisjon jeg opplever som mest meningsfull for å kunne forstå hva som ligger til grunn for legenes valg av spesialisering og de beveggrunner de hadde for å opprettholde disse valgene er hermeneutikken. Hermeneutikken gjør det mulig å se etter mening i sosiale sammenhenger, den har metodiske retningslinjer og sier noe om hvordan man kan analysere data og grunnlaget for dette (N.Blaikie 1995, N. Grimen og H. Gilje 1995 s.142).

Som jeg vil vise i neste kapittel er det ikke slik at hermenutikken er én metode men snarere et mangfold av metoder hvor ulike fenomener og problemstillinger søkes løst på forskjellige måter. Dette vil jeg noe nærmere på nå.

3.3.1. Et hermeneutisk perspektiv, historikk.

Ordet *hermeneutikk* kommer fra gresk og betyr utleggingskunst eller forklaringskunst. I dag er det vanlig å definere hermeneutikk som "det å fortolke og forstå meningsfulle fenomener (N. Grimen og H. Gilje 1995 s.143). Det å fortolke mening er en kvalitativ tilnærming fordi hensikten er å forstå meningen bak et fenomen istedenfor å finne utbredelse eller på annen måte å tallfeste et fenomen slik man gjør i kvantitativ forskning. Jeg leter ikke etter årsaker som en slags årsak-virkningssammenheng i min problemstilling. Det jeg leter etter er som nevnt *grunner* for å velge slik eller sånn. Hensikten blir da å *forstå* sammenhengen og meningen bak mine informanters valg.

Jeg vil imidlertid presisere at det ikke er noe i vegen for å bruke både kvalitative og kvantitative metoder for å belyse et tema. Tvert i mot vil jeg mene at disse to tilnærmingene kan være med på å berike hverandre og gi en bredere innsikt. Det kan godt tenkes at man i tillegg til å tolke meningen i et fenomen ønsker å vite noe om utbredelsen av fenomenet. Det siste kan man bruke statistikk til. Selv om jeg legger opp til en hermeneutisk fortolkende tilnærming i min oppgave er den ikke fri for all tallfesting.

Datamaterialet i intervjuundersøkelsen er bygget opp i noen grad rundt tallfesting og jeg vil også bruke noen grafiske fremstillinger. Dette er åpenbart begrunnet i at det vil være av interesse å se på hvor mange som har krysset av et gitt svaralternativ eller hvor sterkt man mener noe spiller inn. Men en slik tallfesting alene vil være meningsløs for meg og de spørsmål jeg søker svar på.

For å finne varene på disse spørsmålene må jeg i stor grad gå inn i det informantene mine har sagt og gjort for å få *meningsfulle* svar. For min egen del vil jeg også mene at å kombinere ulike tilnærminger til samme problemstilling eller fenomen vil kunne være nyttig også i andre sammenhenger. Men som sagt er det *innholdet bak* og analysen av dette som gir *mening* for å finne svar på problemstillingen.

3.3.2. Fortolkning.

N. Blaikie ((1995) s.28) definerer hermeneutikk som "to interpret" eller på norsk å fortolke. Hermeneutikken oppstår i Tyskland etter reformasjonen da det meldte seg et behov for å lage nye fortolkninger av Bibelen for det som skulle bli den nye protestantiske prestestand. Dette var i og for seg ikke noe nytt. Også i antikken hadde man fortolket skrifter av religiøs og juridisk art. I følge N. Blaikie (ibid) var formålet var å tolke skrifter som var skrevet flere hundre år tidligere for å gjøre disse skrifter aktuelle i det 17. århundre. Spesielt gjaldt dette skrifter med stor grad av symbolbruk slik som vi ser for eksempel i Bibelen (ibid). Et annet forhold var behovet for å gi protestantiske geistelige "manuals for scriptural exegenis" (ibid), eller skrift tolkning på norsk.

Den klassiske perioden starter med Schleiermacher (1768-1834) som hevder at man må kunne fortolke et hvert språklig uttrykk (ibid). I tillegg til å forstå tidligere tekster ønsker man nå å forstå andre kulturer enn sin egen. Han hevder at fortolkning ikke bare er mulig i forhold til det rent grammatiske men at det er mulig på det psykologiske plan. Det N. Blaikie kaller "*the creative act which produced the text or social activity*" (ibid s.29). Man må på mange måter "under skinnet", ikke bare på teksten, men også på prosessen som var der da teksten ble skapt. Man må sette seg selv inn i den andres sted for å forsøke å forstå det den andre forstår psykologisk når han skriver teksten eller foretar en handling. Man skulle så å si gjenskape den opprinnelige skapelsesprosessen så langt det er mulig. En vrien oppgave med andre ord.

Selv har jeg noen erfaringer med det å forsøke å "trenge inn" i en annens psykiske tilstand gjennom jobben som sykepleier. Min opplevelse er at dette er noe man i beste fall oppnår i relativt korte øyeblikk og at det i disse øyeblikkene

heller ikke kan være snakk om å legge vekk seg selv for å ta den andres posisjon fullt ut. Jeg er og vil alltid være den jeg er.

I arbeidet med informantene mine vil jeg heller ikke mene at jeg på noe tidspunkt var i stand til å finne en tolkning av deres utsagn som var "rent" deres. Slik jeg opplevde det oppstår tolkningen i *dialogen* mellom meg som forsker og mine informanter. Allikevel er det også slik at det er *informantenes* grunner for sine valg jeg var ute etter. Det betyr at det er jeg som forsker som må forsøke å strekke meg mot å begripe mine informanters livsverden for å kunne forstå og fortolke deres grunner. Et så enkelt faktum som at jeg fant ting som var overraskende på meg styrker min overbevisning om at jeg har oppnådd dette i tilstrekkelig grad. Men jeg vil som sagt ikke hevde at jeg har oppfylt et objektivitetskriterium på noen måte.

Et annet poeng er at i motsetning til forfatteren som starter med en begynnelse starter vår fortolkning med hele teksten (helheten) for deretter å nøste seg bakover i prosessen (delene) og teksten i en dialektisk prosess som vi kjenner som den hermeneutiske sirkel der man kun *kan forstå helheten ved å forstå delene og for å forstå delene må du kjenne helheten og omvendt for å forstå helheten må man forstå delene* (N. Grimen og H. Gilje 1995 s.153). Slik jeg ser det er det også i min fortolkning av informantene slik at den endelige tolkningen oppstår i en dialektisk prosess mellom meg som forsker og informantene. Det er *vi* og ikke informanten eller jeg alene som skaper eller finner *en sann forståelse* av fenomenet.

Dilthey (1833-1911) definer hermeneutikken som åndsvitenskap. Han skiller åndsvitenskapene fra naturvitenskapene på grunnlag av hva man ser etter. Det å studere menneskelig handling er å oppnå forståelse, mens det å studere naturen er å finne kausale forklaringer eller årsak-virkning. Dilthey mente også at man måtte forsøke å forstå den fortolkede mest mulig objektivt uten at forståelsen skulle bli farget av ens egne tanker og følelser (N. Blaikie 1995). Diltheys mål var altså å komme frem til en objektiv forståelse. En viktig faktor her var hans utsagn om at mennesker har noe felles og at dette er historisk betinget. Han flytter fokus fra det psykologiske til det felles sosiale. Fortolkning blir en form for sosiologisk refleksjon (ibid s. 35).

Hvor langt dette er mulig blir et sentralt tema innen hermeneutikken når Hans Georg Gadamer (1900-2002) lanserer sine teorier. Han hevder at det ikke er mulig å fri seg fra seg selv i så stor grad at man kan si at det man tolket er helt objektivt. Gadamer mente at vi må gjøre det han kaller *fordommer* eller *forforståelse* bevisste for oss selv istedenfor å lete etter noe objektivt (N. Grimen og H. Gilje 1995 s.148-151.). Med *fordommer* menes det vi har med oss av erfaringer, opplevelser, følelser og tanker. Dette kan vi ikke legge fra oss selv om vi forsøker aldri så mye og derfor vil dette vil ha betydning for det vi tolker. Disse *fordommene* må vi søke å avdekke og gjøre disse ubevisste *fordommene* bevisst i den grad dette er mulig (ibid). Man må i alle fall være klar over at man har med seg det jeg vil kalle *fortolkningsbakgrunn*. Både forskerens og informantens *fordommer* blir da en del av den totale *fortolkningsbakgrunn*. Her ser vi at *den hermeneutiske sirkel* får et annet innhold enn tidligere i og med at fortolkerens *fordommer* blir gjenstand for refleksjon (ibid). Slik jeg tenker blir det da slik at begge parter sammen utforsker en sak eller et tema for å søke å bringe klarhet i dette. Men om jeg kommer frem til en *sann* forståelse av mine informanternes grunner for sine valg kan jeg aldri *vite*. Kunsten for min del blir å prøve å bruke en empatisk tilnærming til informantene slik at jeg i så stor grad som råd kan se det de har sett.

Spørsmålene i forhold til det Gadamer kaller *fordommer* vil være viktige også på en annen måte både i forhold til feltarbeidet og i forhold til spørreundersøkelsen. Dette, som jeg har nevnt, fordi mine *fordommer* er en del av min *fortolkningsbakgrunn* og krever at jeg reflekterer over disse og deres betydning for fortolkningen jeg gjør av det mine informanter har sagt eller gjort. Slik jeg tolker dette handler det om å være seg *bevisst* at man har med seg implisitte forutsetninger når man fortolker aktørene (og forskerens) livsverden. Jeg opplever det slik at dette er et mål jeg er forpliktet til å strekke meg mot men sannsynligvis aldri helt vil nå. For andre som leser denne oppgaven på et senere tidspunkt vil det derfor være mulig å tolke det jeg har tolket på en annen måte. Som nevnt er noen "sann" tolkning og analyse ikke mulig å *vite* at man har kommet frem til. Poenget blir å forsøke å komme frem til en så rimelig tolkning som mulig av det mine informanter har sagt og ment. Hvis dette ikke skulle være mulig vil hele poenget med mitt arbeid være fåfengt. Jeg vil mene at

jeg *har* oppnådd en forståelse av informantene mine. Den informasjonen de har delt med meg gir *mening* for meg. Det er *denne* meningen jeg forsøker å formidle i denne oppgaven.

3.4. Aktør og struktur.

Et annet viktig spørsmål for meg vil være vektleggingen mellom det jeg forenklet vil kalle et aktørperspektiv og det jeg kaller et strukturperspektiv. I et aktørperspektiv skjer sosiale endringer ut i fra at det enkelte individ endrer sine holdninger og handlinger. En forandring fra den enkelt til samfunnet. Ser man sosiale endringer i et strukturperspektiv vil man gå motsatt veg og hevde at de sosiale endringer kommer av samfunnsendringer (N. Grimen og H. Gilje 1995). I forhold til arbeidet med min hovedoppgave har jeg nok kommet frem til et ståsted hvor jeg vil se problemstillingen ut i fra begge perspektivene. Et poeng i forhold til dette er at jeg vil mene at individet er ansvarlig for sine handlinger og valg, men at individet ikke nødvendigvis skal måtte bære ansvaret alene. Slik jeg ser det er det rimelig grunn til å anta at individet påvirker samfunnet og at samfunnet på sin side påvirker individet.

Dette blir ikke minst viktig når jeg senere i oppgaven skal se nærmere på hva Geriatrik avdeling kan gjøre for å bedre situasjonen sin i forhold til å rekruttere nye spesialister og ikke minst det å beholde dem. Her vil noen tiltak rette seg mot individene (legene) og andre tiltak vil rette seg mot samfunnet og forhold i samfunnet som er med på å påvirke rekrutteringen. I forhold til det siste tenker jeg bl.a. på samfunnets syn på gamle mennesker og deres nytte i samfunnet.

Et handlende individ har også sitt syn på eller sin fortolkning av sine handlinger. Filosofen Charles Taylor sier i "*Interpretation and the science of Man*" (Philosophy and Human Sciences, Philosophical Papers 2, 1985) at mennesket er et selvfortolkende dyr. Dette betyr at når vi forsker på menneskelige handlinger og deres mening vil disse allerede være fortolket av individet selv. Om dette er en "riktig" fortolkning er det imidlertid stor diskusjon om. En aktør kan godt ha oppfatninger om seg selv som tilsynelatende er helt gale (Taylor 1985). Står vi på bakken så ser jorda tilsynelatende flat ut, men vi vet jo at den er tilnærmet rund. Og skal vi som forskere forsøke å fortolke aktøren må vi

forsøke å forstå hva det betyr for aktøren at han tror jorda er flat. Det blir meningsløst å tolke for eksempel sjøfolk i tidligere tider som gjorde vendereis i en gitt situasjon fordi de fryktet å tippe utfor kanten og ned i avgrunnen hvis vi ikke vet at de trodde jorda var flat. Først når jeg begriper den andres ståsted kan jeg få en meningsfull forståelse av hans handlinger.

Vi finner eksempler på mennesker som slutter med livsnødvendig medisiner *tilsynelatende* uten grunn. For oss en meningsløs handling inntil vi finner ut at pasienten har en religiøs overbevisning som tilsier at han har blitt helbredet ved bønn og derfor mener han ikke trenger medisinen lenger. Meningen bak handlingen blir borte hvis vi velger å se bort fra aktørenes egen tolkning av sin livsverden.

Samtidig betyr dette at vi ikke kan stoppe med aktørenes selvforståelse. Skulle vi gjøre det vil vi ikke komme videre i forståelse av sosiale handlinger og deres mening. Slår vi oss til ro med det vi vet eller tror vi vet vil vi ikke stille våre fortolkninger i et kritisk lys og utvide vår forståelse av våre handlinger.

Vi bryter en hermeneutisk sirkel som finnes mellom den fortolkning aktøren har og vår fortolkning som forskere i det vi stiller reflekterende spørsmål.

Spørsmålet blir om det finnes andre grunner for handling som ikke er synlig for oss. Jeg vil her bare kort nevne to posisjoner i forhold til dette spørsmålet.

Emile Durkheim (1858-1917) svarer ja på dette spørsmålet. Han hevder at de forestillingene vi i det daglige har om oss selv og verden omkring oss, ligger som et slør mellom oss og den virkelige verden. Han tar til orde for å avvise dagligspråket i en vitenskapelig analyse. Ved å anvende et vitenskapelig språk og ved å se på sosiale systemer og organisasjoner vil vi avdekke den egentlige virkelighet (N. Grimen og H. Gilje 1995 s.145-146). Dette står i sterk kontrast til det Max Weber hevder. Han sier at "sosiologi er en vitenskap som er opptatt av fortolkende forståelse av sosiale handlinger, og derved årsaksforklaringer av deres forløp og virkning" (N. Grimen og H. Gilje (1995) s.146). Weber hevder at sosiale handlinger blir tillagt mening av aktørene selv enten i det de handler eller i etterkant (ibid.).

I denne oppgaven har jeg i utgangspunktet lagt til grunn at mine informanter er rasjonelt handlende individer, og jeg legger derfor det N. Grimen og H. Gilje

kaller ”*barmhjertighetsprinsippet*” til grunn når jeg tar for gitt at informantene har et bevisst forhold til sine valg (Ibid s.194-202). Dette ser jeg i motsetning til teorier som tar som utgangspunkt at de egentlige årsakene til aktørenes handlinger er skjult for dem selv. Som eksempel på slike teorier nevner N. Grimen og H. Gilje (ibid) marxismen og psykoanalysen. I marxismen er det kapitalismen som er den styrende og kontrollerende kraft som proletariatet er fremmedgjort i forhold til og ikke ser hvordan de blir styrt av kapitalkreftene. I Freuds psykoanalyse er det de fortrenge seksuelle behov eller drifter som ligger bak aktørens handlinger

Slik legger N. Grimen og H. Gilje ut barmhjertighetsprinsippet;

1. Når vi skal forsøke å forstå hva en person mener med det han sier eller skriver, eller hva han gjør når han handler på en bestemt måte, eller hva som er poenget med det han sier, skriver eller gjør, må vi ta som utgangspunkt at han er fornuftig. Vi kan ikke ta som utgangspunkt at han er ufornuftig.
2. Når vi tolker en persons handlinger eller ytringer, må vi tolke dem slik at personen står frem som mest mulig fornuftig. Bare hvis dette ikke er mulig, kan vi konkludere med at han ikke tenker eller handler fornuftig. (Ibid.s.195)

Med andre ord legger jeg ikke det Hans Skjervheim kaller *mistankens hermeneutikk* til grunn for min tolkning av mine informanter og deres grunner for de valg de har gjort (Skjervheim H. ”Kritikk av mistankens hermeneutikk” i Skjervheim H ”Filosofi og dømmekraft” Oslo 1992). Dette både fordi jeg vil mene at mine informanter gjennom et langt universitetsstudium og lange overveininger av de valgene de har gjort må antas å ha gjort dette på et rasjonelt grunnlag.

Når det er sagt vil jeg naturligvis heller ikke mene at mennesker alltid har full innsikt i alle sider ved sine valg. Det kan også tenkes at mennesker har en oppfatning av ting som er direkte feil. Som jeg var inne på vet vi at jorden ikke er flat men vi kan heller ikke være skråsikre på at vår oppfatning av verden i dag er korrekt. Men ut i fra det mine informanter har sagt og min tolkning av dette vil jeg mene at min fremstilling er en *rimelig* tolkning og fremstilling av det meningsinnholdet de selv har lagt inn i sine handlinger.

3.4.1. Dobbel hermeneutikk.

En syntese av disse motstridende posisjoner har kommet fra Anthony Giddens (1938 -). Han kombinerer disse posisjonene i det han kaller *dobbel hermeneutikk*. Han hevder at vi ikke kan se bort fra aktørens egne fortolkninger av sine handlinger, men at vi må gjenskape disse ved hjelp av teoretiske begrep og et vitenskapelig språk (N. Grimen og H. Gilje 1995 s.146.)

Jeg har i min oppgave lagt noe større vekt på aktørperspektivet enn strukturperspektivet. Men allikevel er det slik at jeg vil mene at begge har sin plass og at når man tolker menneskelige handlinger både må ta høyde for aktørens selvforståelse samtidig som man ser etter andre mulige fortolkninger. Min oppgave i denne sammenhengen har vært å lete etter *rimelige tolkninger* av mine informanternes utsagn og handlinger.

Et annet forhold som må tas hensyn til er at i feltarbeidet der jeg brukte deltagende observasjon er jeg selv også aktør samtidig som jeg er "forsker". Dette vil bli tydelig når jeg nå går over til å presentere feltarbeidet jeg har gjort i Geriatrisk avdeling fra jeg ble tatt opp til hovedfagsstudiet og frem til utgangen av år 2004.

4. METODE I FELTARBEIDET.

Jeg har nå presentert intervjuundersøkelsen jeg var så heldig å få være med å gjennomføre og gitt en fremstilling av mitt vitenskapsteoretiske ståsted, og vil nå presentere den andre delen av prosessen med å samle data til denne hovedfagsoppgaven. Denne delen av arbeidet mitt er slik jeg ser det preget av en mer rendyrket bruk av kvalitativ metode. For at jeg skulle få den dybdeforståelse i forhold til problemstillingene jeg har reist i oppgaven har denne delen av datasamlingen vært helt nødvendig. Der intervjusituasjonen ikke tillot å gå videre på ting tillot den ustrukturerte samtalen og deltagende observasjon nettopp dette. Slik jeg ser det utfyller de to ulike tilnærmingene hverandre. Sentralt i feltarbeidet var det uformelle samtalende intervju.

4.1. Det uformelle samtalende intervju.

Som jeg tidligere har nevnt hadde jeg som mål å komme så dypt inn på informantenes oppfatninger om deres valg av spesialitet som mulig. For å oppnå den grad av fortrolighet dette krever er det viktig at informantene er trygge nok til at de vil åpne opp for å gi meg den informasjonen jeg er ute etter. I mitt feltarbeid som strakk seg over så lang tid ble dette ikke noe stort problem. Som jeg senere vil komme mer inn på hadde jeg ulike roller under tiden jeg samlet data i feltarbeidet. Noen av disse situasjonene førte til samtaler ut i fra et noenlunde likeverdig maktforhold, mens andre roller førte til større grad ulikhet i forhold til maktforhold. Såkalte symmetriske og asymmetriske relasjoner i samtalene (Kjær Jensen M. "Kvalitative metoder i anvendt samfunnsforskning" 1991). Kollegarollen kan stå som et eksempel på en symmetrisk relasjon mens rollen som oversykepleier og leder ved avdelingen representerer en asymmetrisk relasjon i forhold til en medarbeider som også er informant. Det er nokså åpenlyst at jeg da vil få ulik grad av nærhet og fortrolighet ut i fra de relasjoner som finnes mellom meg og den andre og dermed også forskjellig informasjon.

Dette ble et stort poeng for meg i starten av feltstudien min. I utgangspunktet ville jeg studere min egen faggruppe, sykepleierne. Men etter noe tid opplevde jeg dette som svært vanskelig. Et av problemene var å håndtere de mange roller jeg hadde i forhold til dem. Jeg var både medarbeider, forsker og leder. Men i de fleste sammenhenger hvor jeg ønsket å være "forskeren" opplevde jeg at jeg var og forble leder. Dette sier Erik Fossåskaret noe om i sin artikkel "Ustrukturerte intervjuer med få informanter" (Fossåskaret, Fuglestad og Aase (red.) "Metodisk feltarbeid". Universitetsforlaget Oslo 1997). Der skriver han:

Trolig er det mer vanlig at statusene som deltaker og observatør glir ganske tett i hverandre. Feltarbeideren er deltaker i det sosiale systemet så godt han formår, men han kikker seg selv over skulderen hele tiden. Den feltarbeider som vil være en meget bevisst og systematisk observatør, kan fremstå som en fraværende og lite engasjert deltaker. På den andre siden kan feltarbeideren bli helt oppslukt av de aktivitetene han skal utføre, fordi de er svært kompliserte eller på annen måte særdeles engasjerende, slik at den egentlige forskningen blir mangelfull. (Ibid s. 27)

Det enkle faktum at jeg spesielt i starten av feltarbeidet var utrenet både i det å gjøre feltarbeid og det å lede an i et forskningsintervju gjorde ikke dette lettere.

Som sykepleier og leder ble det rett og slett for vanskelig både å få tilgang til den informasjonen jeg var ute etter og det ble vanskelig å løsrive seg fra det daglige virke ved avdelingen.

Dette førte etter hvert til at jeg rettet min oppmerksomhet mot legene ved avdelingen og deres grunner for valg av spesialitet. Min opplevelse av dette var at relasjonene mine med de som *da* ble mine informanter ble mer symmetriske og denne opplevelsen kom klarest frem for meg i samtalene eller intervjuene jeg hadde med dem. Det ble også lettere å tre ut av det daglige virket for å være forsker.

De fleste av disse intervjuene kan vel knapt kalles intervju i vanlig forstand hvor man setter av tid, finner en egnet plass og planlegger at nå skal jeg ha en samtale med den eller den. Ved de fleste tilfellene oppstod det samtaler av mer spontan art som berørte de temaene jeg var opptatt av i arbeidet med oppgaven. Arenaene for samtalene var ofte i utgangspunktet helt tilfeldige siden samtalene hadde sitt opphav i de daglige virksomheter i avdelingen.

Disse spontane samtalene dannet ofte grunnlaget for å oppsøke informanten seinere og gå videre på de temaene jeg ville vite mer om. Og i disse samtalene kom jeg nokså nær opp til den måten S. Kvale (1997) definerer det kvalitative intervjuet.

Han sier det slik:

Forskningsintervjuet er basert på den hverdagslige samtale eller konversasjon, men er en faglig konversasjon... ..et intervju har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomener (ibid s. 21).

Målet mitt i disse *oppfølgingssamtalene* var å styre det som ble sagt i minst mulig grad og la informanten få gi sin fortelling og sine refleksjoner rundt hvordan valget av spesialitet gikk til for nettopp han og hvilke grunner som var viktige. Min oppgave i samtalene ble da å gi tilbake min tolkning av det som ble sagt for å være rimelig trygg på at jeg hadde forstått informanten rett. I tillegg stilte jeg også utdypende spørsmål på samme måte som i intervjuundersøkelsen jeg har nevnt tidligere.

Men det er også klart at intervjuene ikke foregikk helt uten påvirkning fra min side. Det var min oppgave som forsker å sørge for at samtalen dreide seg om det jeg var her for å undersøke. Dette kaller O. Hellevik ("Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap." Oslo 1993) en *kontekstuell påvirkning*, det er jeg som legger premissene for det tematiske innholdet i samtalen.

4.2. Deltagende observasjon eller bare observasjon.

Deltagende observasjon er en metodisk tilnærming i et feltarbeid som først og fremst har vært og er mye brukt innen antropologisk forskning. Cato Wadel ("*Feltarbeid i egen kultur*" 1991, s.9) sier at dette handler om at forskeren oppholder seg der de man vil studere er i deres naturlige miljø.

E. Fossåskaret (Fossåskaret, Fuglestad og Aase (red.) "*Metodisk feltarbeid*". Universitetsforlaget Oslo 1997, s. 27) sier at når man som forsker studerer eller observerer andre mennesker får de man observerer i noen grad betegnelsen objekt. Når man anvender deltagende observasjon går derimot forskeren inn i det Fossåskaret kaller en "*jeg-du relasjon*". Forskeren blir selv *deltager* i de situasjoner han eller hun studerer.

For min egen del var jeg i et kollegialt forhold til mine informanter da jeg gjorde feltarbeidet og det meste av den informasjonen jeg fikk kom nettopp i de daglige situasjoner i avdelingen. Det blir derfor naturlig for meg å legge vekt på ordet *deltagende*. På den måten er jeg selv både aktør og forsker. For min del betyr det at jeg ikke bare studerer andre mennesker, jeg studerer også meg selv. Dette gir mange utfordringer. For det første er det ikke lett å skulle se seg selv utenifra. Dette både fordi deler av meg selv er ubevisst og usynlig for meg. For det andre kan jeg ikke underslå at det finne sider ved meg kanskje ikke ønsker å vite om eller vedstå meg. Å sette seg selv i et kritisk lys er således problematisk.

Min opplevelse i feltarbeidet var at jeg måtte prøve å analysere *samhandlingen* og *kommunikasjonen* i situasjonen. Gjennom dette mener jeg at jeg i alle fall til en viss grad var i stand til å kunne se min egen innflytelse som en aktør sammen med de andre aktørene. Dette er en imidlertid en prosess jeg vil være i lenge etter at arbeidet med denne hovedfagsoppgaven er ferdig. Mine

refleksjoner her vil være mine refleksjoner frem til *nå*. På ett eller annet tidspunkt må man tre ut av den hermeneutiske sirkel. Hvis ikke kommer man ikke videre i prosessen mot et resultat.

Nå er det slik at jeg var forholdsvis lenge i den tidsperioden jeg regner som mitt feltarbeid. I tillegg til dette er det snart to år siden feltarbeidet ble avsluttet. Jeg må derfor også gå ut i fra at det sannsynligvis er ting jeg ikke husker eller som jeg etter såpass lang tid husker på en annen måte i ettertid. E. Fossåskaret snakker også om at *glemselens slør* forvrenger eller forandrer situasjonen slik man opplevde den da" (ibid s.30). Uansett hvor gode mine notater har vært vil det allikevel være slik at jeg ikke på noen måte kan påstå at det jeg sitter igjen med nå er det samme som det opprinnelig var.

Men selv om jeg forsøkte å gjøre så gode notater er det slik at jeg ikke alltid kunne gjøre det i alle situasjoner før det har gått noe tid. Allerede da er det en mulighet for at noe ikke blir tatt med slik det burde. Dette noe jeg som "forsker" må ta høyde for i min tolkning og analyse av den informasjonen jeg har fått.

På den andre siden er det slik jeg ser det også slik at jeg har fått bearbeidet og reflektert over de samtalene jeg hadde med mine informanter og har fått anledning til å trekke meg litt tilbake og få det Paulgaard i sin artikkel kaller "analytisk distanse" (Paulgaard G. "Feltarbeid i egen kultur. Innenfra, utenfra eller begge deler" I Fossåskaret, Fuglestad og Aase (red.) "Metodisk feltarbeid". 1997). Det jeg kan gjøre er å jobbe med å gjøre mine tolkninger av *det jeg har fått med meg* er så rimelige som mulig.

Jeg vil nå gå nærmere inn på det å studere et fenomen innenfra eller utenfra min egen kultur. Jeg vil ta opp noen av de utfordringene jeg møtte i forhold til dette og de refleksjonene jeg gjorde meg om det.

4.3. Innenfra eller utenfra, innledning.

Et sentralt spørsmål i alt feltarbeid er spørsmålet om man studerer noe innenfra eller utenfra, hvilket av disse perspektivene som gir "best" innsikt og hvordan nærhet og distanse til feltet har innflytelse på den analysen man gjør. I denne sammenhengen vil jeg også bare kort nevne hva jeg i denne oppgaven definerer som kultur uten å gå dypere inn på kulturbegrepet. Med kultur mener jeg de verdier, holdninger osv som finnes blant en gruppe mennesker som har disse til felles ut i fra forhold som binder dem sammen.

Hvorvidt jeg studerer innenfra eller utenifra har for denne oppgavens del flere sider ved seg. For det første dreier det seg om diskusjonen innenfor samfunnsvitenskapen om hvorvidt man i det hele tatt *kan* studere noe man ikke vet noe om. G. Paulgaard referer her blant annet til Taylor (1985) som en representant for det synet at det nærmest er umulig å forstå fremmede kulturer (Ibid s. 71). Hvis jeg ikke kjente til legenes kulturelle koder så vel språklige som ikke språklige ville jeg neppe vært i stand til å begripe hva de snakket om. Jeg må vite noe om ikke bare *hva* de tenker men også *hvordan* leger *er* for å si det noe banalt.

For det andre er det spørsmålet om å kunne ha den nødvendige analytiske distansen når man er i feltet, og når man tolker de data man sitter igjen med. Man må dra ut av sin egen kultur for å studere andre kulturer utenifra. Dette fordi man mener at kun da har man den nødvendige uvitenhet som skal til for å kunne få øye på forhold aktøren selv ikke ser fordi han ubevisst tar en del ting for gitt uten å stille spørsmålstegn ved dem (ibid s.71).

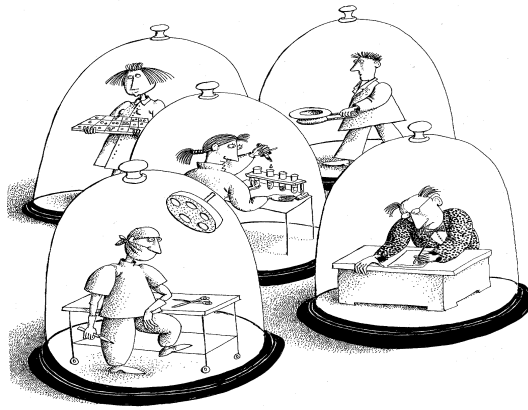
Mitt faglige ståsted er som er sykepleier og hovedfagsstudent i samfunnsvitenskap, og ikke som lege. I den forstand er jeg utenfra. På den andre siden har jeg jobbet tett sammen med leger i mange år og opplever også en viss kulturell og faglig samhørighet med dem. Denne kulturelle samhørigheten er noe som har utviklet seg over lang tid og den har også skutt fart etter hvert som jeg også fikk mer kontakt med legene både i formelle og uformelle sammenhenger. I den forstand er jeg til en viss grad deltager i et innenfra perspektiv.

Utgangspunktet for dette kulturelle fellesskapet er at både sykepleiere og leger er sentrale deltagere i det jeg vil kalle komplementære virksomheter i sykehuset, og at jeg også kom nærere inn på legene og deres kultur gjennom både jobben som oversykepleier og i arbeidet med denne oppgaven. Med komplementære virksomheter mener jeg her at de både overlapper og utfyller hverandre i den medisinske behandlingen.

Fokuset for leger og sykepleiere er på mange måter beslektet, men slik jeg ser det er det med noe forskjellig innfallsvinkel. Jeg vil beskrive dette som en tilnærming preget av utredning, diagnostikk og behandling for legenes del, og pleie og omsorg for sykepleiernes del. Begge yrkesgruppene deltar i så måte i det vi kan kalle sykehuskulturen. Sykehuskulturen rommer i tillegg mange subkulturer der legene og sykepleierne er sentrale aktører i denne, men ut i fra hver sine subkulturer. Legekulturen ser ut til å ha et sterkere fokus på diagnostikk og behandling med en mer teknisk og resultatorientert bakgrunn enn det sykepleierne har. Sykepleierkulturen er derimot mer fokusert på omsorg og prosesser, spesielt mellom menneskelige prosesser. Dette er naturligvis en grov forenkling og jeg vil ikke tas til inntekt for at virkeligheten er slik. Leger yter naturligvis også omsorg, og sykepleierne deltar i utredning, diagnostisering og behandling. Det er slett ikke slik som illustrasjonen på neste sider viser på en litt humoristisk måte. I alle fall ikke helst slik. Jeg kommer noe mer inn på dette i kapittel 8.



Sykehuskulturen



Universitetssykehuset Nord-Norge HF

5

For meg har det som nevnt vært viktig å reflektere over mine evner og muligheter til å kunne forstå det mine informanter sier og gjør og kunne fortolke dette ut i fra tilstrekkelig innsikt. Måten jeg har forsøkt å etterprøve dette på er først og fremst å være i dialog med mine informanter og gi tilbakemelding på de tolkninger jeg har gjort underveis. Dette vil gjøre det mulig for informantene å korrigere mine oppfattninger, eller uttrykke at de er uenige i mine tolkninger.

Dette betyr naturligvis ikke at jeg på noen måte skulle være en værhane og snu kappen etter vinden og ta deres oppfattninger for å være korrekte eller tilstrekkelige i enhver sammenheng. Der jeg har opplevd at jeg kunne være utsatt for å få "taktiske" utsagn har det vært nyttig å diskutere dette med andre. Der har jeg hatt god nytte av så vel veiledere, medstudenter og kolleger. Hvis jeg nå tenker meg at det er et *innenfraperspektiv* jeg studerer legene i fra og at jeg kjenner "legekulturen" i tilstrekkelig grad til å kunne ha et innenfra perspektiv, vil det da kunne reises spørsmål om jeg er i stand til å se alle de fenomener eller stille spørsmålene som gir informative svar. Muligheten er til stede for å kunne være *kulturblind*⁶ og ikke få frem forhold som ville være interessante. Det er ikke lett å se alle sider ved en kultur man selv er fortrolig med og så kunne beskrive dette på en god måte. Det krever ydmykhet i forhold til min egen analyse av temaet for oppgaven.

⁵ Bildet er hentet fra "Eventyret om Evert". Historien om Universitetssykehuset i Nord Norge.

⁶ Med kulturblind mener jeg her at man ikke selv som deltager i en kultur tar for gitt og derfor ikke får satt ord på.

Tenker jeg derimot at jeg står i et *utenfraperspektiv* og studerer legene vil dette gi et litt annet perspektiv. Jeg vil da kunne ha den nødvendige distansen til å kunne stille spørsmål av interesse også om de forhold aktørene selv tar for gitt og ikke stiller spørsmål til. Da er det en mulighet for at noe kan gå meg forbi fordi jeg ikke vet hva jeg skal se etter. Også dette krever ydmykhet.

Slik jeg ser mine posisjoner i feltarbeidet og i arbeidet etterpå vil jeg mene jeg har hatt *både* et utenfra og innenfra perspektiv i arbeidet mitt. Dette har det vært viktig for meg å reflektere over for å bli bevisst *hva* som er *mitt* innenfra og hva som er *mitt* utenfra. Nå er det naturligvis slik at det er vanskelig å kategorisere dette helt konsekvent. Det er i alle fall slik jeg opplevde det snakk om glidende overganger, og mitt bidrag er å prøve å forstå den informasjonen jeg får og formidle denne videre så godt som råd.

Et annet poeng i forhold til et utenfra perspektiv er at det innenfor sykehuskulturen også finnes myter og fordommer mellom de ulike yrkesgruppene. Dette gjelder også mellom leger og sykepleiere. Med dette mener jeg først og fremst det man *tror* man vet om *de andre*. Jeg nevner det her rett og slett fordi jeg må være åpen for at også jeg har med meg tanker og forestillinger om leger og at disse kan farge min tolkning av informantene mine. Det vil i alle fall ikke være riktig å late som om det ikke skulle være tilfelle.

4.4. Tilgang, roller i feltarbeidet og etikk.

Da jeg skulle gå inn i feltarbeidet var det flere utfordringer jeg møtte. Et av de første forholdene jeg måtte reflektere over da jeg skulle gå inn i mitt feltarbeid var hvordan jeg skulle å frem for å få tilgang til de opplysningene jeg trengte for å kunne svare på den problemstillingen jeg hadde valgt.

Jeg visste gjennom mye av den litteraturen jeg hadde lest at mange forskere jobber mye med nettopp dette (Wadel C. 1991 i Fossåskaret, Fuglestad og Aase (red) 1997). Når jeg så hadde fått denne tilgangen måtte jeg finne meg en plass i feltet. Jeg måtte finne roller i feltet som gav meg en rettmessig plass i

feltet. Til slutt i dette kapitlet vil jeg dele med leseren noen etiske refleksjoner jeg har gjort meg under arbeidet med denne hovedfagsoppgaven.

4.4.1. Tilgang og arenaer.

I boka "Metodisk feltarbeid" (Fossåskaret, Fuglestad og Aase (red) 1997) skriver Per Måseide om det å få tilgang til å gjøre forskning i ekspertorganisasjoner. Spesielt peker han der om tilgangsproblemet. Han skriver da spesielt om det å få tilgang til å forske i et somatisk sykehus som også er mitt forskningsfelt (ibid s.99). Han forteller om de utfordringene han møtte i forhold til det å få tilgang til feltet og jeg så for meg at dette kunne bli en stor utfordring.

Det viste seg imidlertid at jeg fikk denne tilgangen svært lett. Det at jeg studerte pedagogikk og var tatt opp til hovedfag ble sett positivt på av både avdelingsoverlegen ved Geriatrisk avdeling og av sjefssykepleier på UNN. Jeg var så heldig å være på rett plass til rett tid. Sykepleieledelsen ved sykehuset var opptatt av å få i gang forskning utført av sykepleiere og jeg ble spurt om jeg kunne være interessert i å forske på UNN. Jeg hadde allerede da fattet interesse for rekrutteringsproblematikken som Geriatrisk avdeling stod overfor. Som nevnt i innledningen var dette et problem som hadde store konsekvenser for avdelingen og de pasientene avdelingen skal gi et tilbud til.

Etter noen samtaler med sjefssykepleier og avdelingsoverlegen ved avdelingen fikk jeg tillatelse til å begynne å samle data til oppgaven. Etter en tid med høy turnover i avdelingssykepleierstillingene ved avdelingen ble jeg bedt om å søke en av disse. Da geriatrisk avdeling gikk ut av det som den gang var den store Medisinsk avdeling ved UNN ble jeg ansatt som oversykepleier ved avdelingen i mars 2000.

Dette medførte at jeg fikk tilgang til flere arenaer og da spesielt til det jeg vil kalle "legearenaer" hvor morgenmøtet og lederteamsmøtene var de viktigste

nye arenaer for meg. Fra før var previsittene⁷ og tilfeldige samtaler på vaktrom, skrivestue og pauserom viktige arenaer for å samle informasjon.

Etter hvert som jeg skiftet fokus fra sykepleierne til legene ved avdelingen (se kapittel 4.1.) ble de nye arenaene mer viktigere fordi det der ble sagt mye som ikke bare var av faglig art. Særlig på morgenmøtet var det en del "prat" og da ofte om de temaene jeg var opptatt av. Jeg opplevde da å bli tillagt rollen som "publikum." Spesielt de nyere legene ved avdelingen prøvde seg ut i dette møtet som var et legemøte i utgangspunktet men hvor jeg var invitert med av avdelingsoverlegen både i forhold til min hovedfagsoppgave. En annen hensikt med min tilstedeværelse var også å bedre samarbeidet mellom legene og sykepleierne ved avdelingen. På disse morgenmøtene opplevde jeg legene som mer åpne og frie i samhandlingene enn de ellers var. I denne konteksten ble det blant annet diskutert mye etikk og vurderinger ut i fra den enkeltes verdier var ofte tema. Disse diskusjonene hadde ofte et personlig preg og dette gav et innblikk i de verdier den enkelte hadde og hvilke verdier som ble ansett som geriatrifagets og dermed avdelingens.

I lederteamsmøtene var også avdelingens verdigrunnlag tema. De ble ansett som viktig å formidle til alle som jobbet i avdelingen. Dette sammen med de problemene vi hadde med høy turnover i stillingene og vansker med å rekruttere fagfolk var sentrale temaer. Men i lederteamskonteksten ble samtalen og diskusjonene av mer formell karakter selv om det også her var noe snakk utenom de oppsatte sakene. Samtalene hadde også en funksjon for oss i teamet på den måten at vi ble mer kjent med hverandre og sammensveiset. Viktigere opplevde jeg at det var når vi tok opp tråden fra diskusjoner som hadde oppstått i det daglige i avdelingen og gikk videre på disse. I disse diskusjonene hadde jeg ofte en opplevelse av at også våre mer skjulte verdier og fordommer ble satt fokus på og selv om ikke alt som ble diskutert har hatt direkte med min problemstilling å gjøre har disse diskusjonene gitt meg et bakteppe av informasjon og innsikt som jeg opplever har vært nyttig selv om det er vanskelig å sette ord på denne nytten.

⁷ Previsitten er et møte hvor overlege, assistentlege og sykepleier møtes for å gå igjennom pasientene før de går ut til pasientene i legevisitt

4.4.2. Kollega, leder og forsker. Sentrale roller i feltarbeidet.

I boka "Metodisk feltarbeid" (Fossåskaret, Fuglestad og Aase (red) 1997) skriver flere av artikkelforfatterne om dette. Tor Halfdan Aase skriver at man må skape en relasjon til de man vil studere

Relasjoner etableres mellom statuser i status-sett, som gjør det mulig for samhandlingspartene å stille rolleforventninger til hverandre (...) Den klassiske definisjonen av status er en sosial posisjon som det er knyttet et sett av rettigheter og plikter til. (Linton 1936 ref i teksten) (...). I tillegg til formaliserte rettigheter og plikter er de fleste statuser også forbundet med en rekke uformelle normer. (Ibid s. 49)

Han definerer videre *roller* som den faktiske atferden man spiller ut i fra den statusen man innehar (ibid s.50). Jeg har valgt å ikke skille skarpt mellom mine statuser og roller og jeg vil drøfte kort noen forhold rundt tre av de rollene jeg har hatt i mitt feltarbeid. Jeg velger å kalle disse for *kollegarollen*, *lederrollen* og *forskerrollen*. Dette betyr, som jeg allerede har nevnt naturligvis ikke at dette er de eneste rollene jeg har spilt ut. Både innenfor disse formelle rollene og utenom disse har jeg naturligvis innehatt andre mer roller knyttet til dagliglivet.

En ting er hvilke roller jeg selv har eller ønsker å ha. Noe helt annet er hvilke roller menneskene rundt meg tillegger meg i ulike samhandlingssituasjoner. Jeg har i alle fall fått erfare at det nødvendigvis ikke er samsvar mellom de rollene jeg ville ha i en gitt situasjon og den jeg fikk som nevnt i kapittel 5.1.

I og med min status som oversykepleier opplevde jeg det som vanskelig å bli tildelt en rolle som gjorde at jeg kunne få tak i den informasjonen jeg ønsket. Grunnen til dette er rimelig åpenbar. Bare det faktum at jeg var deres sjef og dermed hadde makt til å sette i verk sanksjoner overfor den enkelte var ofte nok til at asymmetrien i relasjonen ble så stor at den la en demper på hvor åpen en medarbeider ønsket å være.

Likeså hadde jeg myndighet til å dele ut begunstige av ulike slag. Alt fra ros, til større ting, som å få innvilget avspasering når den enkelte ønsket det, eller deltagelse på kurs utenbys dekket av avdelingen. Slike forhold kunne naturligvis tenkes å føre til at informantene kunne forstille seg overfor meg og kanskje svare taktisk for å oppnå en fordel hos meg som leder. Dette var forhold jeg måtte være klar over og kom i tillegg til at jobben som oversykepleier var krevende i seg selv. I møte med sykepleierne ble det derfor ofte vanskelig å

holde fokus på forskerrollen. Begge disse problemene ble noe lettere å håndtere da jeg skiftet fokus fra sykepleierne til legene.

Som oversykepleier var jeg ikke legenes *leder* på samme måte, selv om jeg var avdelingsoverlegens stedfortreder og dermed avdelingsleder i hans fravær. En sykepleier kan da heller ikke være overordnet legene i *medisinske spørsmål*. Det er legen som på faglig grunnlag har beslutningsretten i medisinske spørsmål. Dette betyr ikke at jeg ikke erkjenner at sykepleierne har innflytelse på slike beslutninger, men *formelt* er dette legens domene. Disse forholdene mener jeg bidro til å tone ned *lederrollen* til fordel for *kollegarollen* og *forskerrollen*. På samme tid gjorde min status som oversykepleier at jeg hadde en posisjon i avdelingen som en sentral samarbeidspartner for legene, noe jeg opplevde forsterket *kollegarollen* på en slik måte at jeg opplevde at relasjonen mellom meg og legene ble mer symmetrisk.

Som oversykepleier forvaltet jeg sykepleietjenesten i avdelingen. Noe som i stor grad påvirket legenes mulighet til å drive sin virksomhet. Jeg mener også at det er grunn til å anta at det at jeg var hovedfagsstudent og hadde en *forskerrolle* i avdelingen gjorde at vi hadde et visst akademisk fellesskap som var medvirkende til at jeg fikk den fortroligheten i relasjonene som var nødvendig for å få tilgang til den informasjonen jeg ønsket. Min opplevelse var at de så på meg som en interessert og kvalifisert lytter, og at dette var en rolle jeg ble gitt av informantene og som passet inn under alle de tre mer formelle rollene jeg har nevnt tidligere.

Selv om jeg opplevde at jeg i forhold til legene lettere kunne beholde fokuset mitt i større grad på forskerrollen er det allikevel klart at de daglige aktivitetene hadde og måtte ha en stor plass. Samtidig var det ofte nettopp i de daglige helt ordinære aktivitetene jeg fikk den viktigste informasjonen. I alle fall dukket det ofte opp forhold der som jeg fulgte videre opp så snart det lot seg gjøre etterpå. I så måte er det klart at jeg var en deltagende observatør slik jeg tidligere har beskrevet.

Slik jeg tenker om de ulike rollene jeg har hatt er det ikke tvil om at lederrollen er den som har gitt meg tilgang til de fleste viktige *arenaene*. Men jeg sitter

også med en sterk opplevelse av at mine informanter gav sine tanker og meninger først og fremst til *kollegaen, forskeren* og ikke minst til *den interesserte tilhøreren*. Etter hvert som jeg fikk god kontakt med og oppnådde fortrolighet med informantene opplevde jeg at mange satte pris på de samtalene vi hadde både om hvilke valg de hadde gjort og hvorfor de valgte slik de gjorde. Det å kunne reflektere tilbake i tid var noe flere tydeligvis likte.

Når det er sagt må jeg også si at det slett ikke var slik at alle legene som var innom Geriatrisk avdeling i denne perioden så det slik. Det var også flere som klart gav uttrykk for at de ikke ønsket å være en del av mine studier og dette måtte jeg naturligvis respektere. Deltagelsen forutsatte at man var anonym og bare var en av mange og naturligvis helt frivillig.

Den relativt korte gjennomgangen jeg nå har hatt om tilgang og roller i feltarbeidet er på ingen måte verken fullført eller komplett på noen måte. Jeg oppdager stadig vekk nye sider ved de rollene jeg har hatt og oppdager innimellom nye som jeg ikke har tenkt på tidligere. Slik er det også i forhold til metodebruken og i analysen av datamaterialet jeg har. I den forstand må jeg si at jeg er i starten av den prosessen det er å kunne begripe det å forske og å anvende vitenskapelige metoder.

Til slutt i dette kapitlet vil jeg ta opp *noen* etiske refleksjoner jeg har gjort meg i arbeidet med oppgaven min og hva disse har betydd for arbeidet mitt.

4.5. Etiske refleksjoner.

I min utdanning som sykepleier hadde etikk en forholdsvis stor plass både som spesifikk undervisning i etikk og ikke minst som en integrert del av praksis. Temaet dukket også opp i alle fag som en naturlig del i alle fag.

Dette har jeg naturligvis hatt nytte av i arbeidet med hovedfagsoppgaven. I tillegg har avdelingsoverlegen ved Geriatrisk avdeling vært leder for UNNs etiske komité og jeg har hatt gleden av mange gode diskusjoner med han om dette temaet. Det har derfor vært naturlig for meg å ha etiske betraktninger med

hele vegen. Dette kapitlet har sin bakgrunn i boka "*Principles of biomedical ethics.*" (Beaucamp T. L. og Childress J. F. 2001).

De begrepene jeg vil bruke for å belyse hvordan jeg har tenkt etikk i arbeidet mitt tar jeg utgangspunkt i noen sentrale begreper innenfor medisinsk etikk. Disse er *ikke skade prinsippet, autonomi og konfidensialitet*. Disse vil jeg drøfte opp i mot mitt faglige ønske om å få tilgang til det jeg vil karakterisere som personlige forhold. Slik jeg ser det er hvilke grunner mine informanter har hatt for å gjøre sine karrierevalg til dels svært personlige. En titt på spørreskjemaet som tar for seg de temaer jeg har snakket med informantene om i feltarbeidet viser det. Vi spør både om verdier og familieforhold som de fleste oppfatter som private. Dette bringer meg til å ta inn *ikke skade* prinsippet, som sier at man ikke skal forvolde noen skade i sitt arbeid (ibid. 133).

4.5.1. Ikke skade.

Den vanlige bruken av dette begrepet sier at man ikke skal forvolde *unødig* skade eller lidelse. For meg betyr dette at jeg ikke må bruke den informasjonen informantene mine på en slik måte at de opplever at jeg har påført dem unødig ubehag. Å dele personlige opplysninger kan tenkes å gjøre at den som gir opplysningene blottstiller seg på en måte han ikke er klar over, eller opplysningene kan tas ut av den konteksten de gis, settes inn i en annen og da få en helt annen karakter.

Slik jeg har sett det er det to måter jeg kan møte dette. Jeg kan enten avstå fra å bruke denne informasjonen i det hele tatt, eller jeg kan bringe den frem på en slik måte at det ikke er mulig å spore den til en bestemt informant. Jeg skal ikke skjule at jeg har fått vite ting jeg på grunnlag av dette har måttet la være å bruke. Heldigvis har ikke disse opplysningene vært slik at de er *nødvendige* for å kaste lys over min problemstilling, og det har derfor vært uproblematisk å utelate dem. Jeg ser klart at det ville være et problem hvis disse opplysningene hadde vært nødvendige.

For meg har allikevel den informasjonen jeg har fått et slikt preg at jeg har jobbet hardt med å anonymisere min fremstilling av personvern hensyn, *ikke skade*.

4.5.2. Autonomiprinsippet.

Det andre prinsippet jeg vil drøfte kort er *autonomiprinsippet*. I korthet går dette ut på at alle mennesker har en rett til å bestemme over sitt eget liv. Ingen kan gjøre som han vil med meg og min kropp. Det innebærer også en tanke om at alle mennesker har en fri vilje og har rett til å bruke denne (ibid s. 57). Nå er det mye som kan sies om dette begrepet. Jeg vil i denne sammenhengen avgrense meg til å slå fast at jeg som forsker må innhente mine informanternes informerte samtykke. Det forsettes da at de får informasjon om hva slags informasjon jeg er ute etter (tema) og hvordan den vil bli brukt.

I tillegg til dette må alle bli gjort klar over at deltakelse er *frivillig* både under datasamlingen og etterpå. Man kan hele tiden trekke seg. Dette var ikke noe problem da vi gjorde spørreundersøkelsen. Der fikk alle dette skriftlig. I feltarbeidet hadde jeg ikke noe skriftlig jeg delte ut. Avtalen med avdelingen var at avdelingsoverlegen skulle informere alle som var i avdelingen (leger) eller som kom til avdelingen senere. Dette har medført at jeg har fjernet informanter som har ytret det minste ubehag i forhold til å delta. Nå er det naturligvis ikke så lett å "slette samtaler fra hukommelsen", men jeg har lagt vekt på å ikke sitere noe fra de som ikke har ønsket å delta.

4.5.3. Konfidensialitet

Det siste prinsippet jeg vil drøfte er *konfidensialitetsprinsippet*. Prinsippet om å ikke gi ut opplysninger om en annen person er et gammelt prinsipp som er tuftet på det faktum at noen relasjoner mennesker imellom er av en slik karakter at fullstendig tillitt mellom partene er helt nødvendig.

Vi kjenner legenes og andre helsearbeideres taushetsplikt. Dette bygger på at ingen kan gi ut opplysninger om den enkelte på en slik måte at det er mulig å vite hvem denne personen er. I min studie har jeg vært klar over at jeg henter inn personlige opplysninger om enkeltmennesker og at noe av den informasjonen jeg fikk var av fortrolig karakter. Det er da derfor et krav at personvernshensyn skal vurderes og mitt prosjekt har vært til vurdering hos Personvernombudet hvor de konkluderte at opplysningene var tilstrekkelig anonymisert i forhold til deres krav.

Selv om mine informanter har gitt sin tillatelse til å delta i undersøkelsen må det stilles strenge krav til anonymisering av de data jeg har slik at det ikke vil være mulig å spore opplysninger tilbake til den enkelte. Jeg vil ikke kunne utelukke at noen av informantene vil kunne kjenne igjen sine egne utsagn eller synspunkter. Det kan da naturligvis tenkes at dette vil kunne oppleves som ubehagelig, men med tanke på de data jeg har, måten jeg har brukt de på og den fremstillingen jeg gir i oppgaven er ikke det noen stor sannsynlighet for dette.

Med alle disse forholdene tatt i betraktning er det slik jeg ser det allikevel aktverdige grunner for meg til å gjøre denne undersøkelsen for å få mer kunnskap om problemstillingen min. Som jeg allerede har vært inne på flere ganger er det et stort problem at det ikke finnes tilstrekkelig med spesialister i geriatri i forhold til behov i befolkningen. Dette behovet vil også som nevnt øke betraktelig fremover. Å rette søkelyset mot forhold som kan tenkes å ha noen betydning for legenes valg av spesialitet og da valget av geriatri spesielt må slik jeg ser det være en aktverdig grunn. I tillegg vil jeg mene at en generell kunnskapsutvikling forutsetter at man kan gjøre forskning også på forhold som er svært personlige. Poenget må som nevnt være at man har vurdert de eventuelle ulempene dette kan medføre for den enkelte opp mot ønsket om å undersøke et fenomen.

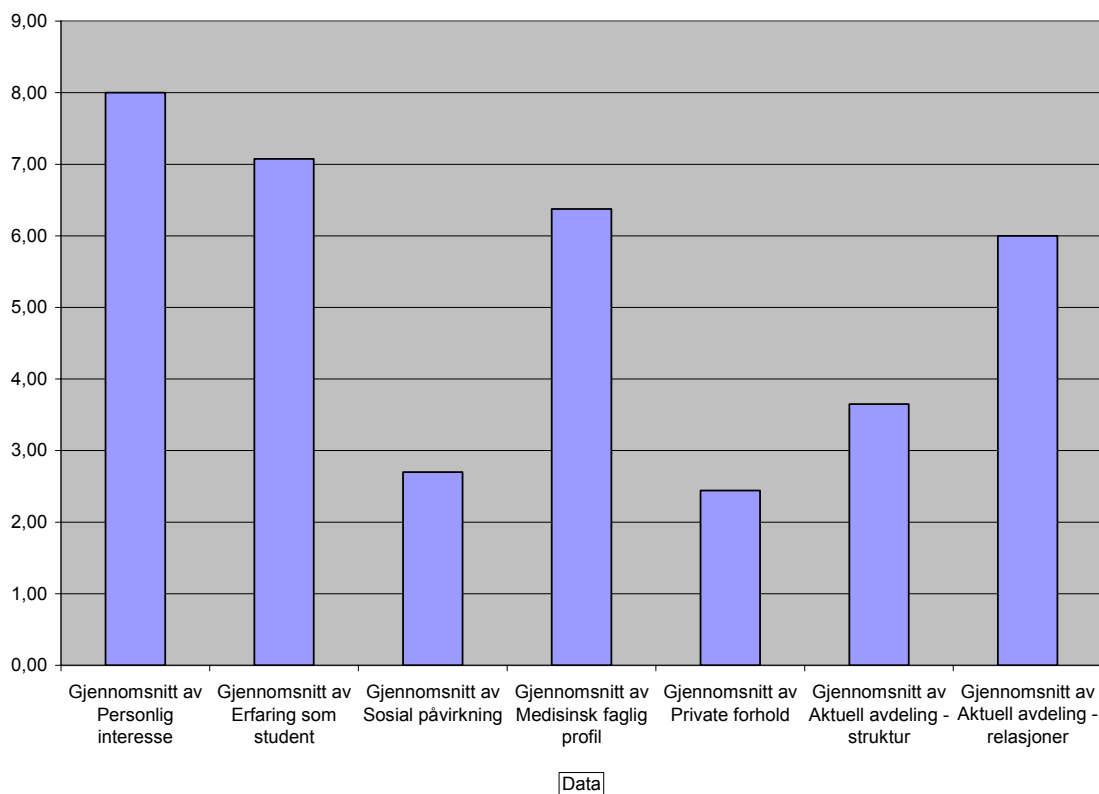
Jeg har nå gitt en fremstilling av feltarbeidet jeg har vært i og drøftet noen sentrale temaer i forhold til dette. Til slutt har jeg drøftet kort noen av de etiske vurderingene jeg har gjort og hvordan jeg har forsøkt å løse disse.

5. HVILKE GRUNNER LEGGER INFORMANTENE VEKT PÅ NÅR DE SKAL VELGE SPESIALITET?

Jeg vil nå presentere hva informantene svarte på spørsmålet om hva de tenkte da de skulle velge hvilken spesialitet de skulle videreutdanne seg innenfor. I spørreundersøkelsen ble informantene bedt om å tenke tilbake til studietida (definert som tiden tom turnustjenesten) og ta utgangspunkt i det de tenkte da. Der stilte vi følgende spørsmål:

Hva er din viktigste grunn til at du valgte å spesialisere deg i det aktuelle faget? Hvilke andre grunner hadde betydning for ditt valg av spesialitet? Grader fra 0 – 10, der 0 er uten betydning og 10 er av avgjørende betydning.

spesialitet(Alle)|utdanningsnivå(Alle)|Kjønn(Alle)



Som tabellen over anskueliggjør vektla de aller fleste informantene ”personlig interesse”, ”erfaring som student”, ”medisinsk faglig profil” og ”aktuell avdeling – relasjoner” høyt og tydeligst er dette i forhold til ”personlig interesse”. Jeg vil nå se nærmere på disse.

Som jeg nevnte i kapittel 3 gjorde vi et litteratursøk for å se på andre undersøkelser om legers valg av spesialisering. De fleste av de artiklene vi fant hadde sett på tendensen til å velge spesialisering som allmennlege.

I de artiklene vi så på da vi laget spørreundersøkelsen fant vi at studentene når de skulle velge spesialisering la vekt på "medisinsk faglig profil", det å mestre en generalistspesialitet, lavt intellektuelt innhold, og lav prestisje. (Schafer S. et al. "Rejecting Family Practice: *Why Medical Students Switch to Other Specialities*" *Family Medicine* 2000; 32(5): 320-325)

I en annen artikkel fant vi at forventet inntekt, medisinsk profil og sosial påvirkning var viktige grunner for valgene de gjorde. (Gorenflo D.W. et al. "A *Multivariate Model for Specialty Preference by Medical Students*" *The Journal of Family Practice* 1994;39(6): 570-576)

Vi så også at det ble vist i en artikkel at de studentene som viste interesse for allmennmedisin var noe eldre enn sine medstudenter (Wright B. et al. "*Career choice of new medical students at three Canadian universities: family medicine versus specialty medicine*" *JAMC* 2004;170(13):1920-1924). Der peker forfatterne også på at studentene som var interessert i allmennmedisin kom fra mindre steder, de var mindre opptatt av å jobbe i sykehus og var mer opptatt av sosiale spørsmål.

Ingen av disse artiklene hadde sett på om kjønn kunne ha noe å si. I en artikkel fra "Social Science & Medicine" blir det pekt på at kvinner i like stor grad som menn starter på spesialisering både i indremedisin og kirurgi, men at de har en større tendens til å avbryte slike spesialiseringer enn det menn hadde. Dette forklarer forfatterne med en forholdsvis høy vaktbelastning, lange vakter og arbeidsdager generelt og at disse grenene innen medisinen er vanskelig å kombinere med et privatliv. Blant annet peker de på vanskeligheter med å kombinere det å få barn med en slik arbeidssituasjon (Gjerdberg E. "*Gender similarities in doctors' preferences – and gender differences in final specialisation*" *Social Science & Medicine* 2002;54: 591-605).

Alle disse undersøkelsene ble gjort i stor skala med utsending av spørreskjema. Vår tilnærming med intervju av et lite antall leger hadde som formål å komme dypere inn på disse spørsmålene og få tak i informantenes egenopplevde

grunner for sine valg. Jeg vil derfor nå presentere hva som kom frem i vår undersøkelse og starter med "personlig interesse".

5.1. Personlig interesse

Denne kategorien var nok den jeg personlig var mest spent på om vi ville få tak i på en slik måte at det ble mulig å tolke noe meningsfullt ut av og få satt ord på dette på en god måte. Da vi laget intervjuguiden fant vi ut at vi måtte prøve bruke eksempelutsagt for å tydeliggjøre for informantene våre hva vi mente med personlig interesse.

Eksemplet vi brukte i forhold til dette var "trekk ved min personlighet" og "jeg liker". I intervjusituasjonen virket det på meg som informantene umiddelbart skjønnte hva vi mente. De samtalene som fulgte når de reflekterte over det de svarte syntes å bekrefte dette. Alle informantene i spørreundersøkelsen la stor vekt på dette. Men på samme tid var det vanskelig for mange å bli mer konkrete på *hva* de selv la inn i personlig interesse utover at de fleste mente det hadde med preferanser de hadde med seg fra tidligere. Det kunne være opplevelser eller tanker de hadde gjort seg i løpet av livet.

Som en sa:

Det er vel noe som ligger i meg som en slags preferanse uten at jeg er klar over det. Det er vel ikke alltid vi kan si vi vet hvorfor vi liker det og ikke det?

En annen av informantene sa det slik:

Ryktet til spesialistavdelingen var dårlig pga. vaktbelastningen og ingen på kullet ville velge spesialisering her – helt til NN hadde hatt sine forelesninger. Da ble flere av oss omvendt...

Vi spurte også om noen av de andre grunnene som stod på intervjuguiden var en del av personlig interesse. Det mente de fleste det ikke var selv om de andre kategoriene også var personlig. En av de første vi intervjuet mente personlig interesse var noe mer enn de andre mer klare og bevisste grunnene. Det var "jeg liker" som ble det viktige (Rabinowitz, HK: "The change in preference by medical students over time: an analysis of students who prefer family medicine", *Family Medicine* 1990; 22:62-3).

5.2. Studenterfaring

En annen viktig grunn var opplevelser og erfaringer som student. Her fokuserte de på erfaringer med veiledere i klinikkundervisning og erfaring med forelesere. Det viste seg at det like mye var den personlige opplevelsen av *engasjerte fagfolk som fagfeltet i seg selv* som hadde betydning for mange.

Flere av informantene beskrev episoder med forelesere som i ettertid viste seg å være "skjellsettende" – i positiv forstand (Markert RJ 1991 "Why medical students change to and from primary care as career choice"; Family Medicine 1991; 23: 347-50). Slike episoder innebar gjerne et brudd med etablerte myter i studentkullet. Det var forelesere som viste et engasjement for faget og som hadde evnen til å formidle dette videre til studentene, de fremstod som gode rollemodeller.

Ut i fra egne opplevelser i lignende sammenhenger var dette ikke overraskende i seg selv, men at dette skulle få så stor betydning hadde vi ikke ventet. Flere av informantene både i spørreundersøkelsen og i feltarbeidet for øvrig mente at denne typen opplevelser førte til at spesialiseringer de ikke anså som aktuelle allikevel ble det. Dette betyr sannsynligvis at man ikke bør undervurdere betydningen av personlige møter mellom gode rollemodeller blant spesialistene og studentene.

5.3. Struktur og relasjoner i aktuell avdeling.

Når det gjelder den avdelingen studentene hadde vært i praksis, ser vi at de er mer opptatt av gode relasjoner med øvrige kolleger enn av gode strukturer i form av møteplaner, tilrettelegging for kurs og så videre i avdelingen. Dette overrasket meg noe, men det er kanskje et uttrykk for at de fortsatt er studenter og at tilrettelegging og koordinering blir viktigere etter hvert som de kommer i gang med spesialistutdanningen. Jeg kommer tilbake til dette når jeg senere ser på de vurderingene informantene har gjort etter studietiden, altså i tiden som spesialist eller spesialistkandidat.

Informantene både i spørreundersøkelsen og de jeg har snakket med i avdelingen gav uttrykk for at det med strukturer i forhold til en eventuell spesialisering i denne avdelingen ikke ble viktige for dem før en slik spesialisering enten var planlagt eller et stykke ut i spesialiseringsløpet. For flere av informantene ble dette viktig først når de støtte på problemer av ulik art i forhold til sin spesialisering. Det kunne være stor vaktbelastning eller mangel på leger ved avdelingen som gjorde det vanskelig å avvikle lesedager eller dra på obligatoriske kurs. Jeg snakket da også med legene som var innom Geriatrik avdeling gjennom årene om at dette ofte så ut til å komme som en overraskelse på dem. Svaret som oftest kom på dette var at de kanskje ikke hadde tenkt på dette fordi det var så mye å konsentrere seg om, spesielt i starten på et spesialiseringsløp.

Det som de derimot var opptatt av var relasjonene mellom kollegene i den aktuelle avdelingen og hvordan de selv ble mottatt på et mellommenneskelig plan. Det var mange både i prosjektintervjuene og i feltarbeidet i avdelingen som la vekt på hvor utsatt og sårbar man føler seg som student og som ny på en arbeidsplass. Dette kjenner jeg meg igjen i fra min tid som sykepleierstudent. Man er meget var på signaler fra miljøet i forhold til seg selv både som person og faglig og er naturlig nok opptatt av signaler på bekreftelse eller avvisning av ens egen person. Som jeg vil komme tilbake til er det flere forhold som indikerer at et fokus på det psykososiale arbeidsmiljøet ikke bør undervurderes i forhold til dets betydning når det gjelder rekruttering og stabilisering av personale, også leger. Dette vil jeg komme tilbake till.

5.4. Sosiale og private forhold.

Et annet forhold vi så i spørreundersøkelsen var at sosiale og private forhold, som omsorgsansvar og vaktbelastninger ikke har særlig betydning i forhold til valget av spesialitet. Dette kan ha sammenheng med at de som studenter sjelden er etablert med familie og omsorgsansvar. At det derimot aktualiserer seg senere så jeg på to assistentleger som etter noen tid i avdelingen valgte å *ikke* spesialisere seg innenfor geriatri blant annet p.g.a. stor belastning med vakter under spesialiseringstiden. Dette har sin bakgrunn i at man har felles primærvaktordning med de andre indremedisinske avdelingene noe som gir

mange og lange vakter. Jeg presiserer her at dette er det informantene sa om sine grunner fra den tiden de enda var studenter.

Mitt inntrykk fra feltarbeidet i avdelingen var nok også at dette fikk større betydning etter hvert som legene ble mer etablert og da spesielt når de begynte å få barn. Fra feltarbeidet vil jeg også mene det i alle fall i noen grad var den samme tendensen til kjønnsforskjell som vi fant hos Gjerberg (2002). I spørreundersøkelsen er det ikke grunnlag for å si at det er kjønnsforskjeller. Kvinnene som var med i spørreundersøkelsen la ikke større vekt på forhold som omsorgsansvar eller vaktbelastning. Og igjen vil jeg forklare dette med at det ikke var aktuelt i livet deres *da*. Senere blir som sagt slike hensyn noe viktigere og da kommer det et klart skille mellom de som legger stor vekt på det med vaktbelastning og de som ikke gjør det. Og som nevnt er det ting som tyder på at det her er forskjell mellom menn og kvinner.

Noen få av informantene i Geriatrik avdeling gav klart uttrykk for at de hadde kommet frem til at de ikke ville spesialisere seg inn i noe som ville medføre så stor vaktbelastning som geriatri. I de tilfellene var det først og fremst hensyn til familie som ble fremhevet som grunn til dette. I samtale med disse kom det frem at de mente at mange spesialiteter og karrieremuligheter innenfor legeyrket ikke var forenelig med det de kalte et normalt familieliv og å kunne dyrke interesser utenfor faget. I samtaler med andre av avdelingens leger mente flere at dette ikke nødvendigvis var riktig.

Min erfaring i feltstudien var at det nok var noe aldersvariasjon her. Min opplevelse av de eldre legene var nok at de hadde en sterk oppfatning av at det måtte være slik som det var. Det var viktig for pasientene at de var tilgjengelige i tilstrekkelig grad og da måtte vaktbelastningen være høy så lenge det ikke var flere leger å fordele ansvaret på. De så heller ikke dette som noe problem og gav uttrykk for at de yngre legene klaget litt for mye over dette.

En av overlegene sa det slik:

Da jeg var ung assistentlege, (under spesialisering, min anmerkning), bodde vi nesten på sykehuset. Det var her pasientene var og her skulle vi være.

Det er nok også mitt inntrykk gjennom de årene jeg har jobbet innenfor helsevesenet at oppfatningen av hva det innebærer å være lege har forandret

seg noe. I nærmere samtaler med legene synes denne endringen nok ikke å være så sterk som jeg opplevde den som fra utsiden.

Når jeg har kommet nær inn på legene opplever jeg nok at de enda har en svært stor lojalitet både overfor pasientene og kollegene som innimellom måtte ha kostet den enkelte en del på det personlige plan.

5.5. Medisinsk faglig profil.

Videre var det ikke overraskende at 'Medisinsk faglige profil' har betydning. I spørreundersøkelsen hadde satt "medisinsk faglig profil" som ett moment som kunne ha betydning for valg av spesialitet. Gjennom undersøkelsen fikk jeg inntrykk av at legene har nokså klare oppfatninger av hva som menes med medisinsk faglig profil og hvilken medisinsk faglig profil de liker best, enten det er "blålys"-medisin eller "helhetstanken". På spørsmål om hva som er forskjellen mellom disse så er den første viktig for de som ønsker å se resultater raskt. Her er det ofte akutt oppstått sykdom eller skade og problemstillingen er oftest klar. Resultatene viser seg relativt raskt og resultatene er som oftest svært gode og pasientene blir friske.

Som en motvekt til dette satte vi opp helhetstanken hvor sykdom ikke oppstår så plutselig eller ikke gir de samme klare symptomer. Kanskje viser sykdommen seg med andre eller uklare symptomer og krever en bredere tilnærming. Ofte vil både det diagnostiske arbeidet og behandlingsopplegget kreve en tverrfaglig tilnærming. Resultatene kommer langsomt og er ikke like sterke med tanke på fullstendig helbredelse eller rehabilitering. For å si det på en annen måte blir en heroisk innsats ikke belønnet med like dramatiske resultater. Dette appellerer sterkere til de som liker å utvikle behandlingsstrategier i løpet av pasientbehandlingen. I dette ligger at strategiene i større grad bygger på kommunikasjon med pasienten og deres nettverk både innenfor helsetjenesten og familie og venner.

Alle jeg har snakket med i arbeidet med denne oppgaven har hatt en nokså klar oppfatning av hvilke spesialiteter som er mer blålys, hva som er mer helhetsmedisin og hva som tiltaler dem av disse. Et interessant moment fant jeg i Geriatrisk avdeling ved UNN. Denne avdelingen er en av de få geriatriske

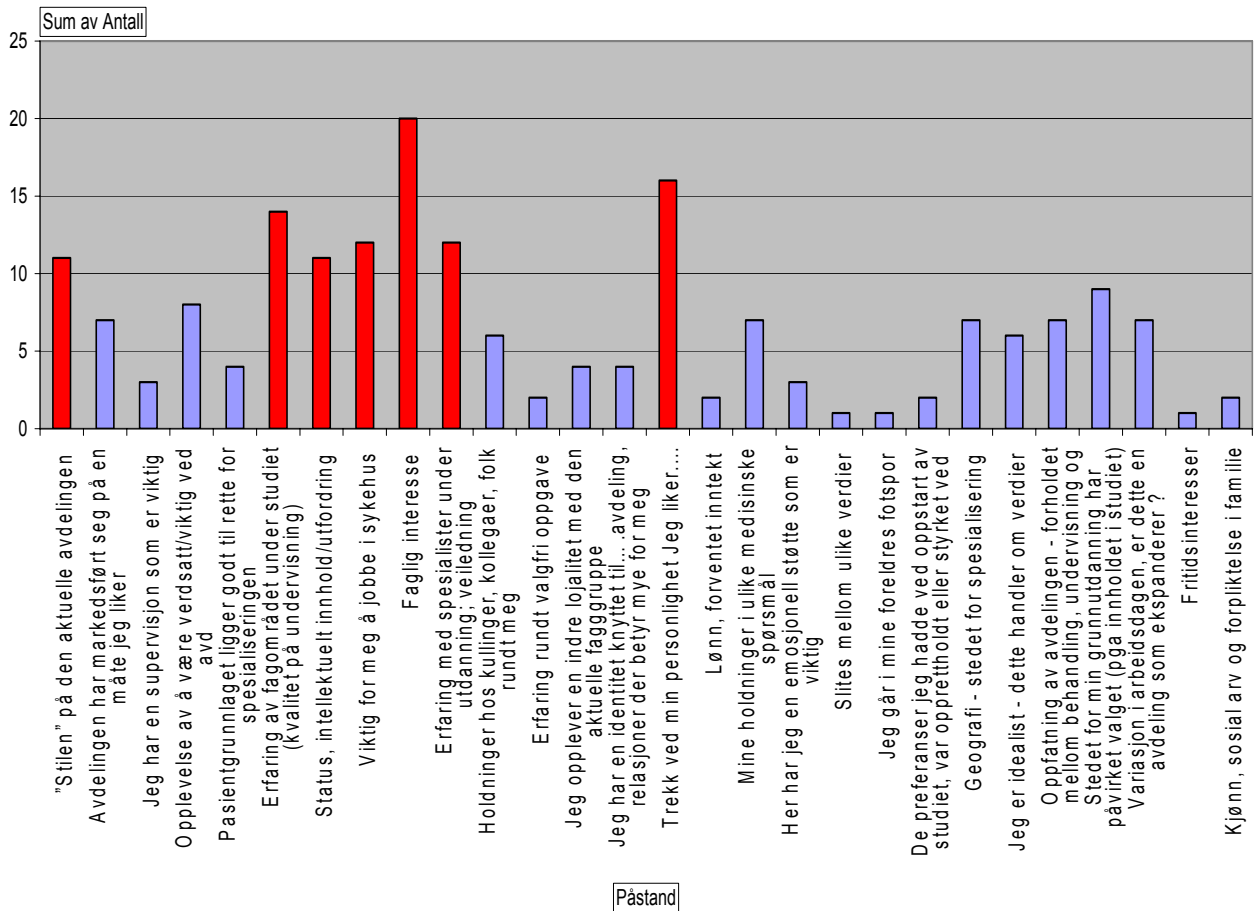
enhetene i Norge som tar imot akutt syke gamle pasienter og som i så måte har et snev av blålysmedisin i seg. Denne avdelingen tar både imot akutte slagtilfeller og annen generell geriatri (jfr. leserguiden). På grunn av begrenset kapasitet og prioritering av akutte slagpasienter klarer imidlertid ikke avdelingen å ta imot alle akutt syke gamle pasienter som ønsket. Nettopp dette mente noen av de legene som har jobbet i avdelingen var en grunn for at de slutt bestemte seg for å ikke velge å spesialisere seg i geriatri hos oss. Den mente de måtte jobbe for mye med slagbehandling og fikk møte alt for lite pasienter med andre tilstander. Og det var nettopp disse "andre" geriatriiske pasientene de syntes det var spennende å jobbe med. Og som 2 av de sa så fikk de der jobbe litt akutt (blålys) samtidig som at de måtte jobbe helhetlig og tverrfaglig for å utrede problemene til pasientene og behandle disse. Slik jeg ser det trenger det altså ikke være enten eller. Det kan godt være både og.

Det er vel heller ikke urimelig å hevde at samfunnet for øvrig synes å gi blålysmedisinen høyere status enn helhetsmedisin, noe vi nok sosialiseres inn i. Dette ser vi blant annet på fjernsyn flere ganger i uka hvor såpeserier fra sykehusmiljøet er svært populære med serier som Akutten, ER (Emergency Room), Greys Anatomy og flere til. Det er ikke så interessant for tv selskapene å lage serier fra geriatriiske, psykiatrisk eller rehabiliteringsavdelinger.

6. VIKTIGE BEVEGRUNNER I VALGET AV SPESIALITET.

Prosjektgruppa ønsket som sagt å bli mer konkret om hva som kan ligge bak betraktninger om valg av spesialitet. Vi ba informantene peke ut aktuelle beveggrunner fra et tenkt utvalg av påstander som de kjente igjen fra studietida. Disse påstandene var satt opp vilkårlig på intervjuguiden/spørreskjemaet men var kategorisert i samme type kategorier som forrige spørsmål om *grunner*.

utdanningsnivå (Alle) | Kjønn (Alle) | spesialitet (Alle) | Drivkraft (Alle)

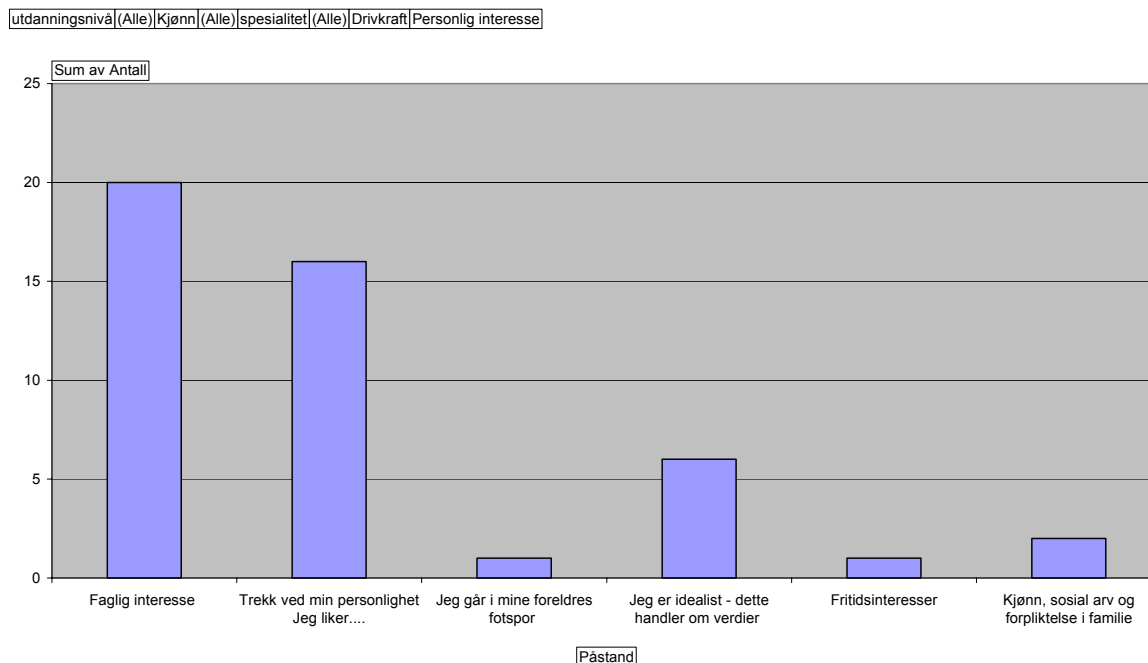


Her så vi at 7 av påstandene ble fremhevet av over halvparten av informantene i intervjuene uavhengig av spesialitet. Dette er de røde søylene.

'Faglig interesse' er viktigst og ble pekt ut av samtlige av informantene. Vi ser også at 'Trekk ved min personlighet' er trukket fram av 16 av 20 informanter. Deretter er 'Erfaringer av fagområdet under studiet (kvalitet i undervisningen)' tredje viktigste drivkraft. Videre har 'Erfaringer med spesialister under studiet', 'det er viktig for meg å jobbe i sykehus' og 'stilen på den aktuelle avdelingen' viktig. Med stil viste vi tilbake til forhold rundt hvordan pasientbehandlingen foregår – blålys-medisin eller helhetstanken.

6.1 Personlig interesse.

Personlig interesse er den viktigste drivkraften for studentene når de velger spesialitet, og vi har allerede sett i forrige kapittel at dette er "vinneren" blant de påstandene intervjuobjektene kunne velge.



Nå hadde vi delt personlig interesse opp i 6 påstander. Samtlige av legene trakk frem "faglig interesse" og 16 av de 20 trakk frem "trekk ved min personlighet, jeg liker". Vi ser også at 6 av informantene har krysset av for "jeg er idealist, dette handler om verdier". Det som er interessant i forhold til dette er var at 5 av de 6 kom fra en de to geriatriske avdelingene. Jeg kommer tilbake til dette i kapittel 8.

Alle informantene pekte altså på at den rent faglige interessen var svært viktig for dem. Dette samsvarer bra både med de samtalene jeg har hatt med leger i avdelingen og andre undersøkelser som er gjort (Høgset G. Geriatri, "status og formidling: en spørreundersøkelse blant sykepleiere med videreutdanning i geriatri" 1998. s.66.).

Min tolkning av utsagn fra legene jeg har snakket med er at *faget* geriatri nettopp har i seg både grunner til å velge faget og til å velge det bort. På den positive siden nevner de aller fleste at faget er spennende med mange utfordringer. Det kreves svært gode kunnskaper og ferdigheter i generell

indremedisin og variasjonen i sykdommer og helseplager gir problemstillinger som er svært utfordrende. For andre kan nettopp dette gjøre at faget blir vanskelig å avgrense og definere.

Mange leger har opplevd det slik den første tiden de jobbet i avdelingen, og for noen forble deres opplevelse av faget værende slik som nevnt over. Dette gav seg uttrykk i at legene opplevde å bli faglig utrygge og tvilte på at de noen gang ville kunne mestre geriatri som fag. Noen færre, men fremdeles de fleste har fremhevet det å kunne jobbe så tett i team som positivt. Andre finner dette problematisk fordi de opplever at det tar for mye tid og de opplever at det kan bli mye "prat" som noen sa. De opplever også at deres rolle i behandlingen av pasientene blir mer uklar. Spesielt gjelder dette siste når man tar beslutninger i forhold til behandlingen av den enkelte pasient. Jeg vil gå nærmere inn på dette i kapittelet "*medisinsk hovedretning*" noe senere.

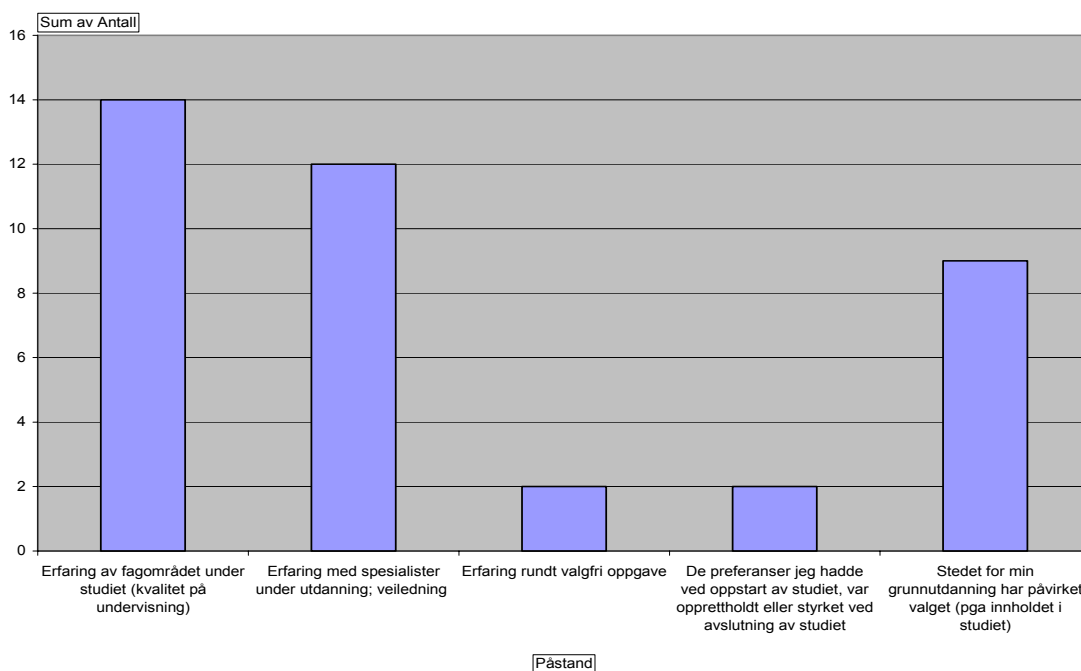
Forhold rundt hensyn til fritidsinteresser, det å gå i sine foreldres fotspor og forpliktelse overfor familie ble ikke lagt særlig vekt på blant informantene. Det samsvarer også godt med at relativt få hadde lagt vekt på sosial påvirkning og private forhold på forrige spørsmål. Det eneste man kan bemerke her er at stedet for spesialisering har noe betydning. Dette mener flere var av betydning fordi de opplever en tilknytning til landsdelen.

6.2 Studieerfaringer.

Medisinstudiet er preget av mye undervisning og foredrag. Nå gjelder ikke dette bare medisinstudiet, men også andre profesjonsstudier også på universitetsnivå. I tillegg til undervisning skal studentene også skrive oppgaver i løpet av studiet og de ulike fagmiljøene kommer i kontakt med studentene både i undervisningssammenheng og som veiledere på slike skriftlige oppgaver. På denne bakgrunn er det slik jeg ser det nokså rimelig å anta at studentene gjør seg opp tanker, meninger og forestillinger om de ulike fagfeltene. Interesse vil i så måte både kunne vekkes og svekkes. Vi ønsket derfor å få informasjon om hva informantene tenkte om de erfaringene de gjorde i studietida.

I tillegg spurte vi også om det geografiske stedet for grunnutdanningen i medisin og senere spesialisering hadde betydning.

utdanningsnivå(Alle)|Kjønn(Alle)|spesialitet(Alle)|Drivkraft|Studieerfaring



Som vi ser ovenfor var det mange som la vekt på *både* de erfaringene de hadde hatt med fagområdet *både* når det gjelder kvaliteten på undervisningen og erfaringer med spesialister når det gjelder veiledning. Dette kommer neppe som noen overraskelse på noen. Når det gjelder erfaringer rundt valgfri oppgave⁸ ser det ut til at disse ikke var så viktige for våre informanter. Derimot var det så mange som 9 av informantene som mente at studiestedet hadde noen betydning, og da først og fremst i forhold til *innholdet* i studiet. Her mente flere a Universitetet i Tromsø hadde en mer pasientnær profil enn andre steder. Det viste seg imidlertid ikke så lett å peke mer konkret på hvordan dette gav seg uttrykk, annet enn at de tidlig kom i kontakt med pasienter eller "levende mennesker" som en sa.

De aller fleste av informantene mente det var store muligheter for de enkelte spesialitetene til å markedsføre seg overfor studentene ved bl.a. å sikre god kvalitet på undervisningen og sikre studentene god veiledning.

⁸ Større oppgave som skrives i 5. studieår ved medisinerstudiet ved Universitetet i Tromsø.

Spesielt i veiledningssituasjoner kom det også frem i samtalene at det var viktig for studentene å oppleve at veilederne tok de alvorlig og la arbeid i den veiledningen de gav.

Samtidig mente de fleste at opplevelsene med spesialfeltene ikke hadde hatt stor eller på noen måte avgjørende betydning. En av grunnene som ble fremført som forklaring på det var at de hadde for liten tid på hvert enkelt felt. Tempoet i studiet førte ofte til at man ikke dvelte ved eller rakk å bli spesielt interessert i et felt før man måtte gå videre.

6.4. Sosial påvirkning.

Et annet sett av påstander hadde vi kategorisert under det som har med sosial påvirkning å gjøre. Vi ønsket å få informasjon om hva informantene tenkte rundt dette med den sosiale påvirkning de ble utsatt for i studietiden og om denne påvirkningen hadde hatt betydning for deres valg. Her oppdaget vi en svakhet i intervjuguiden vi ikke hadde sett før vi stod midt oppe i intervjuene. Vi hadde i utgangspunktet en kategori som vi kalte "Status, intellektuelt innhold". Av våre 20 informanter trakk 11 ut dette som en viktig grunn i valget av spesialitet. Dette viste seg å bli en kilde til debatt fordi informantene mente dette måtte være to ulike kategorier. Når de plukket ut dette var det intellektuelt innhold de mente var av betydning og ikke status. For meg ble dette en kilde til refleksjon over hva som ligger i ordet "status".

Jeg må medgi at informantene hadde et poeng. Status henspeiler oftest til det å bli sett på som viktig og verdifull. Som jeg har nevnt er dette viktig. Men status slik vi tenkte i utgangspunktet er noe som ligger utenfor de *grunner* de hadde for sine valg.

Det er vanlig i de geriatriske miljøene å hevde at geriater har relativt lav status i forhold til andre spesialiteter som for eksempel hjertekirurgi og akuttmedisin (Album D. "Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje," Tidsskrift for den norske Lægerforening, 1991; 111 s.1127-1133.). Dette er nok i stor grad riktig også, og vi ville se om vi fikk dette frem på noe vis i våre intervjuer. Hadde informantene valgt bort geriatri fordi dette hadde for lav status? Svarene fra

informantene tydet på at de hadde de ikke. De fleste mente at verken status eller forventet inntekt hadde noen betydning for valgene deres. Noen mente at holdninger hos kullinger kunne ha en viss betydning men heller ikke disse var av avgjørende betydning, men at de kunne tenkes å ha noe innflytelse.

Hvis vi skiller status ut som en beveggrunn i valget av spesialisering og setter denne alene mente flertallet av informantene at dette ikke hadde hatt betydning for deres valg. Dette står i skarp kontrast til de oppfatninger som er vanlig både blant geriater og i helsevesenet for øvrig. Det synes å være en allment akseptert sannhet at geriatri (sammen flere andre spesialiteter) har lav status blant helsepersonell, i alle fall blant leger og sykepleiere. Studier viser at leger og sykepleiere skårer like lavt på typiske geriatriske tilstander og tilsvarende høyt på høystatussykdommer (D Album. 1991). Annet helsepersonell synes å gjøre det samme. Hva kan denne lave statusen skyldes? I samme artikkel søkes dette forklart med at sykdommer som oppstår akutt og som lar seg helbrede får høy status (Ibid). Likeså hvis sykdommen ikke er forbundet med dårlig livsførsel.

At man selv er fri for skyld synes å påvirke vårt syn på ulike sykdommer. Sykdommer som er av mer kronisk art som ikke lar seg helbrede og som medfører lang innsats fra så vel helsevesenet som pasienten selv synes å ha lavere status. Likeså synes det som at man legger til grunn en vurdering av hvor lenge pasienten kan leve videre etter å ha blitt behandlet. Altså gevinsten i antall leveår. Jeg har mange ganger i min yrkeskarriere hørt det bli stilt spørsmål om ressursbruken ikke er for stor og resultatene er for små, spesielt når det gjelder de eldste pasientene. Riktignok kan man i helsevesenet finne tilfeller av meningsløs bruk av ressurser, men jeg kan ikke si meg enig i at dette skulle gjelde geriatrien spesielt. I medisinsk forskning er det da også et stort fokus på nettopp overlevelse. Endepunktet eller det som måles er ofte overlevelse eller såkalt forventet levetid etter en gitt behandling. Og et slikt fokus blir såfremt det blir brukt alene temmelig teknisk og vil utelate andre og mer subjektive kriterier den enkelte pasient måtte oppleve.

Med dette klart for seg er det rimelig å anta at studentene er påvirket i noen grad av denne type vurderinger. Men det er derimot ikke gitt at det som har med

status å gjøre kommer frem i bevisstheten som en klar grunn for å velge noe og velge vekk noe annet. Jeg vil se på dette som verdier og holdninger studentene delvis har med seg fra før de starter på sin utdanning. Jeg vil også mene at disse forestillingene i noen grad også blir styrket gjennom studiet.

Mitt syn er at dette er en del av den påvirkning vi får som medlemmer av et samfunn som i økende grad fokuserer på ungdom og det å være vellykket. Vi ser dette i media og da spesielt i reklame hvor produkter, ofte til dels litt luksuriøse produkter, selges med argumentet: "*fordi du fortjener det*".

Budskapet er da at jeg fortjener å gi meg selv belønning uten å ha dårlig samvittighet overfor andre som kanskje ikke har like mye å bruke. Jeg vil mene dette uttrykker at "jeg" er viktigere enn fellesskapet. Poenget med å ta dette med er først og fremst at det viser at de valg vi gjør også må ses i lys av det vi er som mennesker, eller sagt på en annen måte de *verdier* og *holdninger* vi har med oss inn i disse valgene.

Tar man en mer kollektivistisk anskuelsesmåte som bygger på at vi som mennesker er i et fellesskap med andre og vi det ut i fra dette er i et avhengighetsforhold til hverandre (Martinsen K. "*Omsorg, sykepleie og medisin*", Oslo 2003).

Jeg vil mene at status ikke er en grunn for de valgene mine informanter har gjort. Jeg vil snarere hevde at dette er et resultat av sosialiseringprosessen og på den måten er forut for de grunner vi har for de valg vi gjør. Jeg tenker at det ligger som en tilbøyelighet til å velge noe foran noe annet. Jeg er klar over at jeg i denne måten å se dette på viker noe fra det standpunkt jeg inntok tidligere i oppgaven om at jeg var ute etter informantenes *egen* fortolkning av sine valg. Grunnen til at jeg allikevel tar med dette aspektet er at *status* svært ofte blir fremhevet som en av hovedårsakene til at geriatrien har vanskeligheter med å rekruttere. Som det går frem av det jeg har skrevet her er jeg bare *delvis* enig i dette. Mitt syn på dette er at vi som jobber innenfor geriatrien kanskje har latt lav status være en sovepute for å se på andre forhold, og da forhold som man kan påvirke i større grad. Noe av dette vil jeg komme tilbake til i neste kapittel som omhandler medisinsk hovedretning.

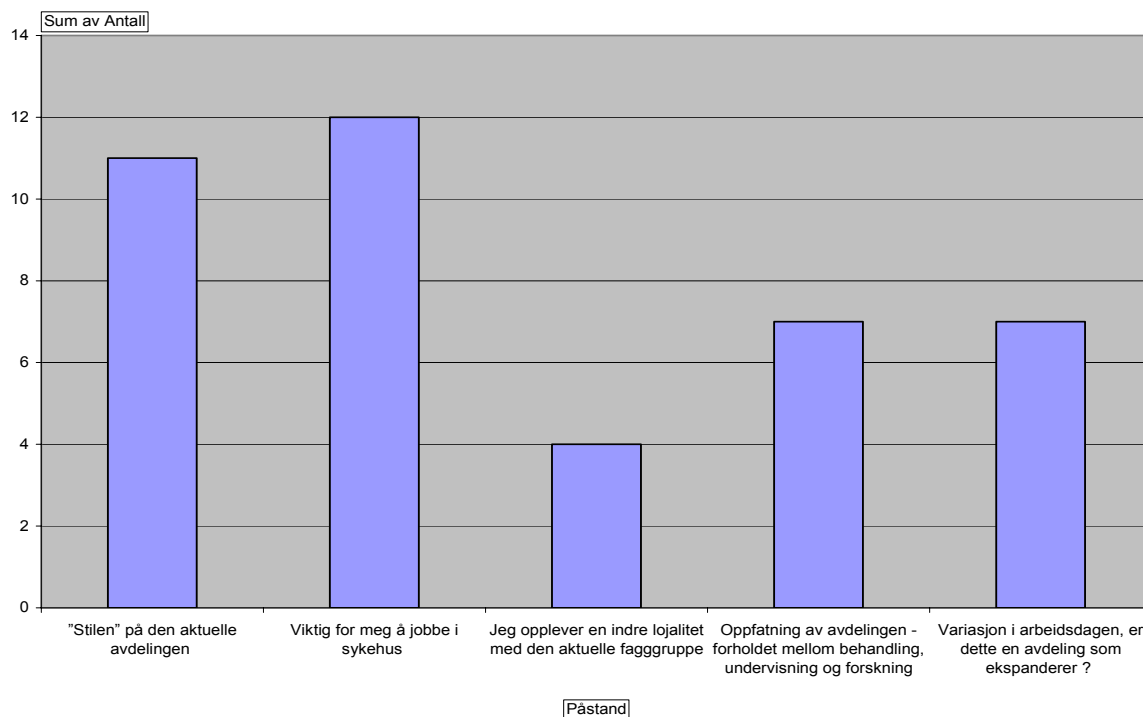
6.5. Medisinsk hovedretning.

Et av de forholdene vi tenkte kunne ha betydning for valget var stilen eller kulturen innenfor en spesialitet, det å jobbe på sykehus, om den aktuelle avdelingen ble oppfattet som i utvikling eller stagnasjon og forholdet mellom behandling, undervisning og forskning.

Av våre 20 informanter mente 12 at det var viktig for dem å jobbe i sykehus. Dette kom ikke som noen overraskelse siden alle informantene har søkt seg til et sykehus. I så måte er det mer interessant å se at 6 av informantene mente dette ikke var viktig. Som tidligere nevnt har flere av informantene sin bakgrunn fra allmennmedisin og for disse var det ikke så viktig å jobbe i sykehus. Informantene fremhevet i stor grad det faglige miljøet med rike muligheter til hurtig konsultasjon fra andre, både innenfor egen spesialitet og fra andre spesialiteter når det var nødvendig. Man slipper å vente lenge før en henvisning til andre avdelinger blir effektivt. Man får da raskt svar på ulike problemstillinger og det oppleves som positivt.

Videre mente 11 av de 20 at stilen på den aktuelle avdelingen hadde stor betydning. Med stilen mente vi om det var såkalt "blålysmedisin" eller om arbeidet bar preg av en mer helhetlig tilnærming. For samtlige av informantene var det tydelig hva vi mente dette skillet.

utdanningsnivå (Alle) | Kjønn (Alle) | spesialitet (Alle) | Drivkraft | Medisinsk hovedretning



De kjente godt til at man på ulike avdelinger har ulik stil eller kultur i forhold til den jobben som gjøres. Det er ganske stor forskjell på å jobbe i en kirurgisk avdeling og det å jobbe i en indremedisinsk avdeling, for ikke å si geriatrisk avdeling.

I kirurgiske avdelinger er det ofte drastiske tiltak som settes inn og resultatene er ofte store. Informantene plasserte også i stor grad seg selv i forhold til dette. De som kom fra kirurgiske avdelinger plasserte seg klart i forhold til å foretrekke klare problemstillinger og raske resultater mens geriaterne ønsket å nærme seg pasienten fra et så bredt ståsted som mulig for å prøve å avdekke problemstillingen. Dette gjaldt også informantene fra barneavdelingen i stor grad. Her skal det bemerkes at barn heller ikke viser frem det samme klare symptom bildet som voksne oftest gjør. De vil også ha vage og litt uklare sykdomsbilder som i så måte ligner på eldre mennesker. Informantene fra geriatrien og fra barneavdelingen la også stor vekt på det å ha tid til å kommunisere med pasientene og deres pårørende. Dette begrunnet de med å legge stor vekt på den betydningen nettverket rundt pasientene hadde både i forhold til å bidra med sin kjennskap til pasientene og hvordan de vanligvis hadde det i forhold til å kunne bidra i behandlingen.

Et annet moment som vi mente hadde noe med stilen på den aktuelle avdelingen å gjøre var forholdet mellom behandling, undervisning og forskning. I forhold til dette vare det et markant skille. Det som var interessant å merke seg her var at skillet ikke gikk i forhold til hvilken avdeling eller spesialitet informantene kom fra. Heller ikke i forhold til om de var ferdige spesialister eller ikke. Skillet gikk her mellom de som selv var opptatt av forskning og ønsket å satse på en forskerkarriere og de som ikke var så opptatt av å forske. Nå må det naturligvis bemerkes at alle var opptatt av forskning, men da i betydningen at det ble forsket snarere enn at de selv forsket. De som selv ønsket å drive med forskning la svært stor vekt på at deres avdeling var en avdeling med stor forskningsaktivitet. Dette gjaldt også for informantene fra Geriatrisk avdeling på UNN.

De som la stor vekt på muligheten til å forske var også i stor grad misfornøyd med de rammebetingelsene som var for denne virksomheten. Dette gjaldt både de økonomiske rammene og avdelingens egen tilrettelegging for å kunne drive med forskning. De mente det helt klart var midlene til forskning det gikk ut over når budsjettene skulle kuttes. Pasientbehandling skjermes som oftest lenge. Dette har selvfølgelig å gjøre med at man i sykehus først og fremst skal behandle de pasientene som kommer, men det har nok også betydning at denne virksomheten er nokså godt regulert i lover og forskrifter. Lov om pasientrettigheter⁹ gir pasienter relativt sterke rettigheter i forhold til nødvendig helsehjelp. En slik skjerming finnes ikke for forskningen.

Samtidig kan man innvende at det som oppleves som behovet for midler til forskning nærmest er uendelig. Men det er nok slik jeg også ser det for lite fokus på og midler til forskning på mange områder innenfor helsevesenet. Ett av de er geriatri. Det finnes mange områder innenfor geriatrien vi mangler kunnskap som er tilstrekkelig fundert i forskning. Likeså er det mye innenfor feltet som så å si ikke er forsket på. Ikke minst gjelder dette en rekke pedagogisk-medisinske problemstillinger som jeg er mest opptatt av.

Noen av informantene (7) mente at variasjon i hverdagen var viktig. I forhold til

⁹ <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html>

dette var det spesielt skepsis til den effektivisering som foregår med sterkt fokus på "produksjon" av såkalte DRG poeng¹⁰, kortere liggetid og raskere utskrivinger istedenfor et fokus på å få frem kvaliteten på den behandlingen pasienter og pårørende får i sykehuset. Det ble sett på som uheldig at fokus i rapporteringssystemene ikke i stor nok grad dreier seg om kvaliteten i pasientbehandlingen men på *hastigheten* i strømmen av pasienter gjennom sykehuset hvor målet er raskt inn, raskt utredet og behandlet og raskest mulig ut igjen. Noen av informantene, de fleste fra de geriatriske miljøene pekte på at dette var et uheldig fokus spesielt for gamle pasienter. Disse har behov for å få tid til å mestre en ny situasjon er svært sentral. De mente det var en fare for at pasientene ble såkalte svingdørspasienter som stadig ble sendt frem og tilbake mellom sykehuset og hjemme fordi de bare var "overflatebehandlet". Det skal bemerkes at det slett ikke er bare legene som ser dette problemet. Min erfaring fra arbeidet ved sykehuset er at alle som jobber klinisk med pasienter er svært bekymret for dette. Når det er sagt så kom det også klart frem at flere av informantene uttrykte bekymring i forhold til pasienter som blir liggende for lenge i sykehuset fordi kommunehelsetjenesten ikke har et tilfredsstillende tilbud om tilsyn og pleie til pasientene ved utskriving. Her synes det å være mangel på sykehjemsplasser som er det store problemet.

Dette problemet ble særlig fremhevet av informantene fra de indremedisinske avdelingene og da spesielt geriatriske avdelinger. Det er ikke overraskende Geriatrisk avdeling ved UNN har en forholdmessig stor andel pasienter som blir liggende etter at de er klare for utskriving. Flere av informantene uttrykte bekymring i forhold til de pasientene som ble værende i sykehus for lenge. Det ble understreket at sykehuset ikke er egnet som et sted å bo over tid. Samtidig uttrykte de bekymring i forhold til at dette også kunne føre til at pasienter som kunne trenge utredning og behandling ikke fikk dette i tide på grunn av plassmangel. I alle fall ikke på "riktig" avdeling. Men at noen måtte vente til de ble sykere enn nødvendig før de kom under adekvat behandling er hevet over enhver tvil. Dette påfører pasientene unødig lidelse og plager samtidig som det også fører til at utredning og ikke minst behandling av disse pasientene ble dyrere og tok lengre tid enn nødvendig.

¹⁰ Alle prosedyrer og tiltak gis poeng som danner grunnlag for inntekt til sykehuset.

6.6. Forhold ved den aktuelle avdelingen.

Da vi jobbet med spørreundersøkelsen i forkant av intervjuene mente mange av oss i arbeidsgruppa at det kunne tenkes at forhold i den aktuelle avdelingen kunne ha noe å si for det valget studentene gjorde. I forhold til den aktuelle avdelingen skilte vi mellom strukturelle forhold og det som hadde med relasjoner å gjøre.

6.6.1 Strukturelle forhold.

I dette avsnittet spurte vi etter de mer strukturellrelaterte forholdene ved den aktuelle avdelingen. Det viste seg i liten grad å stemme at dette hadde noen særlig betydning for valget. Bare 4 av informantene valgte ut påstander innenfor denne kategorien. Jeg finner grunn til å minne om at dette fremdeles dreier seg om vurderinger legene gjorde i *studietida*. Dette endrer seg noe spesielt for Geriatrisk avdeling ved UNN sin del der det kom frem kritikk av organiseringen av legetjenesten ved avdelingen. Dette kommer jeg tilbake til.

Det viktigste her er nok at det synes som at pasientgrunnlaget har noen betydning. I dette ligger det antagelig at pasientgrunnlaget på en måte bærer i seg den faglige utfordringen som studentene finner spenning og interesse i forhold til. De fleste av informantene ga uttrykk for at de ikke var så opptatt av strukturelle forholdene ved den aktuelle avdelingen mens de var studenter, men at dette endret seg da de senere begynte på sin spesialisering. Jeg kommer tilbake til dette senere i oppgaven.

Det viste seg også at de var noe mer opptatt av forhold som hadde med det vi kalte identitet/relasjon å gjøre. Jeg vil nå gå inn på dette.

6.6.2. Identitet/relasjon.

Når vi kom inn på mer relasjonelle sider ved den aktuelle avdelingen ble dette lagt større vekt på. Viktigst var det å oppleve å være verdsatt ved avdelingen. Likeså hadde det betydning at avdelingen hadde markedsført seg på en måte de likte. Når man er student og er ute i klinisk virksomhet i sykehuset er man var for signaler fra miljøet i avdelingen. Dette gjelder både faglige og mer

personlige tilbakemeldinger. Det er mitt inntrykk fra både intervjuene i undersøkelsen og fra samtaler med legene i min egen avdeling at det oppleves vel så viktig det som ikke sies som det som sies. Det kan synes som om de nonverbale signalene, blikk, kroppsholdning, tonefall og lignende var viktige kilder til en opplevelse av å være verdsatt eller ikke. Det støttes av det meste av forskning på kommunikasjon som viser at vi har en tendens til å oppleve den nonverbale kommunikasjonen som mer ekte og autentisk enn den verbale. Jeg kommer til å komme nærmere inn på dette når jeg tar opp hvilke utfordringer Geriatrisk avdeling står overfor i arbeidet med å styrke sin rekruttering.

Det disse svarene forteller oss er at det er viktig å ikke glemme de helt personlige opplevelsene studentene har i møte med en potensielt fremtidig arbeidsplass. Min opplevelse fra de daglige diskusjonene i min egen avdeling er at dette ofte kommer i bakgrunnen i forhold til det faglige. Det er klart også ut i fra det mine informanter har lagt vekt på at det faglig er svært viktig, men den mer subjektive og personlige opplevelsen er også sterk og blir sterkere når man kommer ut i avdelingene som spesialistkandidat. Dette vil komme tydelig frem når jeg nå går over til å presentere de vurderingene informantene kom med fra sitt daglige virke som spesialistkandidat.

7. VURDERINGER FRA DET DAGLIGE VIRKE SOM SPESIALISTKANDIDAT.

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere de vurderingene informantene i spørreundersøkelsen gjorde etter at de var ferdig utdannet. Vi ville undersøke hvordan informantene så på faktorer som hadde betydning for om de fortatte sin spesialisering eller eventuelt forlot den spesialisering de hadde begynt på. Jeg vil også her trekke inn noe av det som kom frem i de samtalene jeg har hatt i feltarbeidet i Geriatrisk avdeling.

I intervjuguiden hadde vi satt påstandene inn i 5 kategorier. Disse var "emosjonell støtte", faglig veiledning", koordinering", pasientgrunnlaget" og

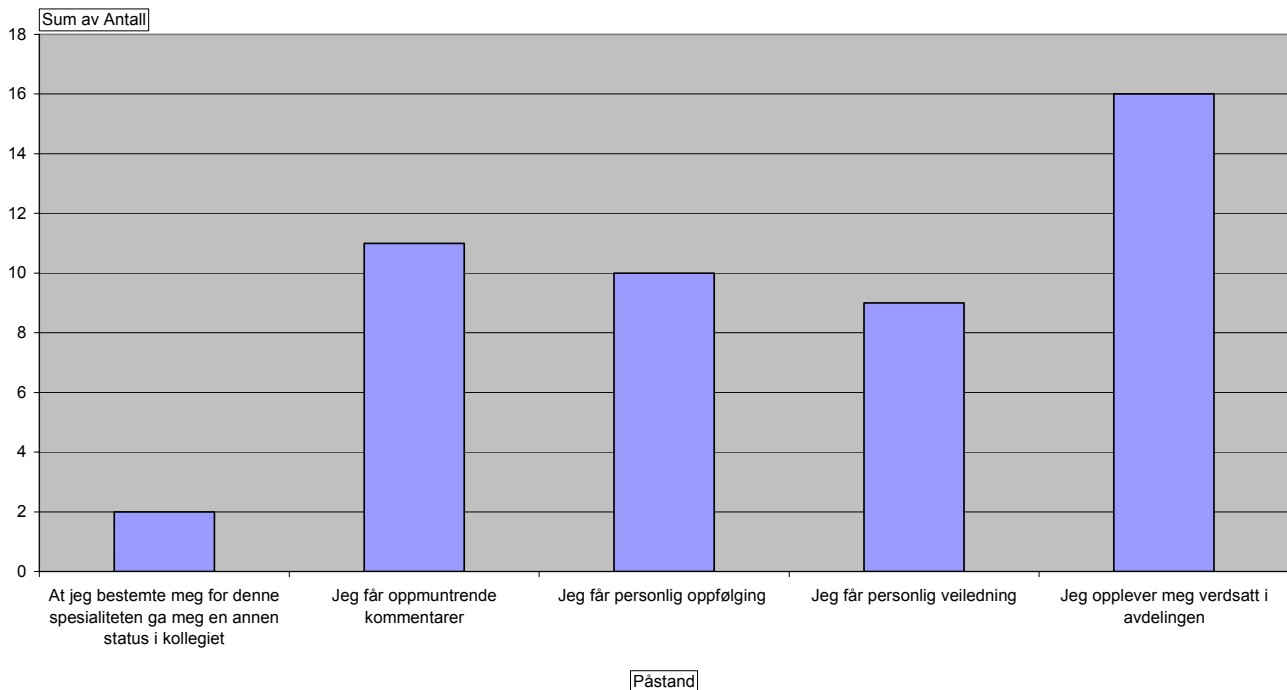
”annet”. Den siste kategorien tok vi med for å få med andre forhold enn de vi hadde fått med. Og selv om vi hadde jobbet mye med utarbeidelsen av intervjuguiden viste det seg også her at det var ting vi ikke hadde tenkt nok på. Dette kommer jeg tilbake til under ”annet”.

Når vi så på svarene samlet så vi fort at forhold som har med emosjonell støtte å gjøre var viktig for mange av informantene. Dette stemmer bra med svarene de gav i første del av intervjuet der de hadde svart ut i fra studietiden sin. Mange mente det var viktig at det ble lagt til rette for deltagelse på kurs. Det er her snakk om obligatoriske kurs som er en del av spesialiseringen. Likeså mente mange at det var viktig at det ble satt av tid til faglig fordypning.

Jeg vil nå ta for meg det jeg har funnet og presenterer dette under hver av kategoriene. Under ”annet” vil jeg trekke frem noen av de forholdene som ble trukket frem av informantene og som de eller vi ikke opplevde passet inn under noen av de andre kategoriene.

7.1. Emosjonell støtte.

utdanningsnivå (Alle) | Kjønn (Alle) | spesialitet (Alle) | dimensjon | Emosjonell støtte



De fleste av oss opplever vel at det er viktig å føle at de jobben man gjør er nyttig og at man gjør den bra. Sett i lys av dette var det ikke så overraskende at

nettopp emosjonell støtte kom sterkt frem. I intervju situasjonen opplevde jeg det også slik at dette ble plukket ut svært raskt og at informantene betonet betydningen av emosjonell støtte er svært viktig. Som tabellen under viser er det opplevelsen av å være verdsatt i avdelingen som er tydeligst. Men både det å få oppmuntrende kommentarer og personlig veiledning og oppfølging oppleves som viktig for halvparten av informantene.

Den *statusen* man får i kollegiet som spesialistkandidat hadde liten betydning. Igjen mener jeg vi hadde et statusbegrep informantene ikke kjente seg igjen i. Når vi spurte om hvorfor dette med emosjonell støtte er så viktig var svarene først sånt som "det er vel viktig for alle det".

Når vi snakket nærmere omkring dette kom det også frem at det hadde med innholdet i jobben som lege å gjøre. Informantene fremhevet at en lege på mange måter forvalter pasientenes helse og legens handlinger og vurderinger har stor betydning for et annet menneskes liv. Ofte er det snakk om vanskelige avgjørelser som får store konsekvenser for pasientene. I slike situasjoner som er både faglig vanskelig og etisk utfordrende er ofte opplevelsen av å stå alene med denne belastningen stor. At det er et miljø, spesielt legene i mellom, oppleves som viktig for å motvirke følelsen av å stå alene. Videre at det finnes både formelle og uformelle arenaer for samtaler om slike opplevelser er noe de aller fleste så på som viktig. Som en av informantene sa:

Det er viktig å ikke glemme at leger også er mennesker av kjøtt og blod med følelser som alle andre.

Flere av informantene gav uttrykk for at forventningene både fra samfunnet som sådan og fra pasienter og pårørende mange ganger ble opplevd som sterke og ikke minst urealistiske. Og det å leve med disse store forventningene var en belastning som det var viktig å få snakke med kolleger om. Som en sa:

En ting er å få snakket om selve det saklige og faglige i slike vanskelige situasjoner og få feedback på om du tenker rett. Noe helt annet er å snakke om hvordan det føles og oppleves og kanskje få litt hjelp til å takle det.

Det var flere som la vekt på det å få bekreftet at de gjør en god jobb.

I dette ligger det ikke bare det at kommentarene er positive. De må også oppleves som konstruktive og gi et grunnlag for faglig og personlig utvikling og læring. Flere understreket at skryt uten egentlig innhold ikke ble opplevd som

tilfredsstillende. Det var viktig å oppleve at de ble sett og at de fikk tilbakemelding i forhold til dette. En av informantene hevdet også at negativ feedback kan gjøre at man tviler på sin kompetanse og vil kunne føre til at han ville velge å skifte spesialitet. Å beherske faget sitt oppleves som så fundamentalt viktig at man kan tenkes å velge noe annet om man opplever å ikke beherske dette i tilstrekkelig grad. Ut i fra den beskrivelsen jeg har gitt om hva geriatri dreier seg om er det ikke vanskelig å forestille seg at nettopp dette kan tenkes å være et moment som kan trekke studenter *bort* fra geriatrien. Da tenker jeg spesielt på dette at faget favner så vidt at det kan være vanskelig å få "tak på" og dermed kan det være vanskelig å finne opplevelsen av å beherske faget. Dette kom da også frem fra flere av de som hadde valgt geriatri. De uttrykte at det tok, etter deres oppfatning, lang tid før de følte at de hadde tilstrekkelig kompetanse til å beherske faget tilfredsstillende. De presiserte da også at man aldri blir ferdig utdannet i geriatri.

Jeg vil mene at medisin som fag og geriatri spesielt står i en situasjon hvor man har vært nødt til å gjøre noen valg mellom det å klargjøre og tydeliggjøre de spesialitetene og det å beholde en stor grad av generalistkompetanse. Den medisinske utviklingen har ubønnhørlig gått i retning av at man får flere spesialiteter noe man med rimelig grunn kan anta har sammenheng med at spesialiteten blir for omfattende til at man kan være god nok i hele bredden av faget. Slik det er i dag blir det stadig færre avdelinger igjen av den gamle store indremedisinske avdelingen. For geriatrien sin del blir dette et stort problem. Mange vil mene at det er et av de viktigste kjennetegnene for dette faget at det skal være et generalistfag med bredest mulig profil.

Slik jeg ser det ut i fra de informantene gav uttrykk for er dette noe de geriatriiske miljøene må forsøke å løse. Jeg vil komme tilbake til dette i kapittel 9, "*mot en pedagogisk profil*".

I feltarbeidet ble forhold som har med emosjonell støtte å gjøre fokusert på i enda større grad enn i intervjuundersøkelsen. Dette kan ha å gjøre med at dette oppleves som mer sensitiv og personlig utleverende å snakke om enn de andre faktorene vi hadde snakket om. Dette gav informantene også klart uttrykk for.

En av informantene sa;

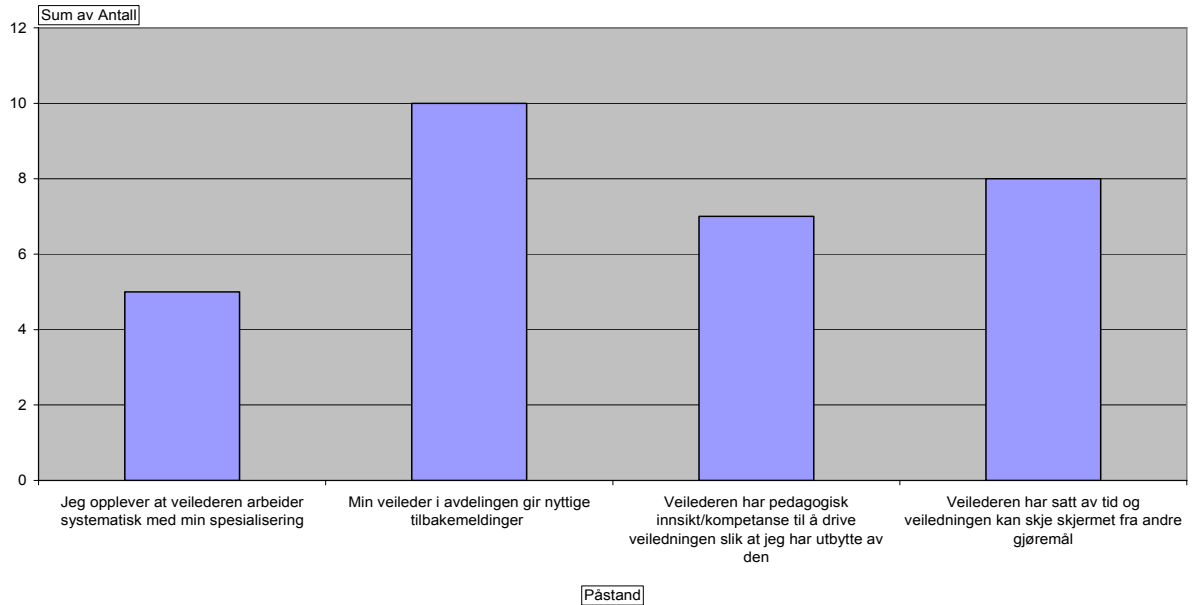
Når du har gjort feil i behandlingen av pasienten din føler du deg som en dritt. I verste fall har du skadet eller tatt livet av pasienten. Og da trenger du ikke noen til å vri kniven ekstra rundt i såret. Det gjør vondt nok som det er. Det jeg trenger da er noen som kan støtte meg og hjelpe meg videre. Lære av det og gå videre. Ellers ville det ikke være til å holde ut.

Slik jeg tolket legene når de snakket om dette opplevde jeg slett ikke at de ønsket å feie ting under teppet. Men de ønsket å bli skjermet for det de følte var uthenging og *urimelig* kritikk. Jeg må også presisere at vi her snakker om uheldige ting som kan skje *innenfor forsvarlig praksis* og ikke hendelser som må sies å være *utenfor* det som anses som forsvarlig praksis. Dette forholdet må da også ses i sammenheng med neste kategori som er *faglig veiledning* da faglig veiledning og emosjonell støtte er to forhold mange mente måtte følge hverandre tett, selv om de ikke dreier seg om det samme.

7.2. Faglig veiledning.

Som nevnt er man som spesialistkandidat satt til å praktisere faget under veiledning av en godkjent spesialist. Hensikten med dette er naturligvis å bygge opp spesialkompetanse ut over den nødvendige grunnleggende kompetansen legene har med seg fra sin utdanning. Som jeg nevnte i forrige kapittel kretset mye av samtalen rundt den emosjonelle støtten informantene opplevde var viktig for dem i det daglige arbeidet. Dette betyr ikke at den faglige veiledningen ikke ble opplevd som viktig. Men som flere av informantene påpekte er det faglige nivået på den faglige veiledningen avdelingene ved UNN kan tilby så god at informantene ikke har lagt så stor vekt på dette. I alle fall har de ikke hatt dette langt fremme i bevisstheten når de har vurdert sine valgmuligheter.

utdanningsnivå (Alle) | Kjønn (Alle) | spesialitet (Alle) | dimensjon | Faglig veiledning



Momenter som ble fokusert på i forhold til faglig veiledning var slikt som internundervisning, opplevelser i forhold til oppnevnt veileder, deltagelse på relevante kurs og om det var laget en utdanningsplan for avdelingen og den enkelte lege.

I forhold til opplevelsen av veilederen og veiledningen informantene fikk var det vårt inntrykk av at informantene var mest fornøyd med *nytt* av den veiledningen de fikk og at det var satt av tid til at veiledning kunne gis skjermet fra andre gjøremål. Som en av informantene sa det; *"jeg føler veilederen bryr seg når han tar seg tid til meg og mitt midt i en travel hverdag."* Igjen synes det som om det å bli sett og lagt merke til er viktig, ikke bare på det personlige plan men også faglig. Personlig oppfølging i form av nyttige tilbakemeldinger fra veileder og at informantene opplevde at veilederne hadde vilje til å prioritere oppfølgingen av spesialistkandidatene ble sett på som viktig.

7.3. Koordinering.

Et annet poeng vil ville vite noe om var hvordan informantene mente forhold rundt koordineringen av deres spesialistutdanning påvirker deres motivasjon for å fullføre spesialiseringen. Her fant vi at det ble opplevd som viktig at det ble lagt til rette for deltagelse på eksterne kurs. Det å kunne dra på kongresser og kurs ble opplevd som viktig av flere grunner. Dette ble opplevd som positivt rent

faglig sett. Men utover det la flere vekt på at det å knytte kontakter og kunne være med i et større faglig nettverk var svært viktig. Det gav også mulighet for se hvordan ting fungerer andre steder. Som en av informantene poengterte; ”vi gjør nå våre ting på vår måte hos oss og det er sikkert bra det. Men det er greit å kunne se at det finnes andre måter å gjøre ting på som også er bra.

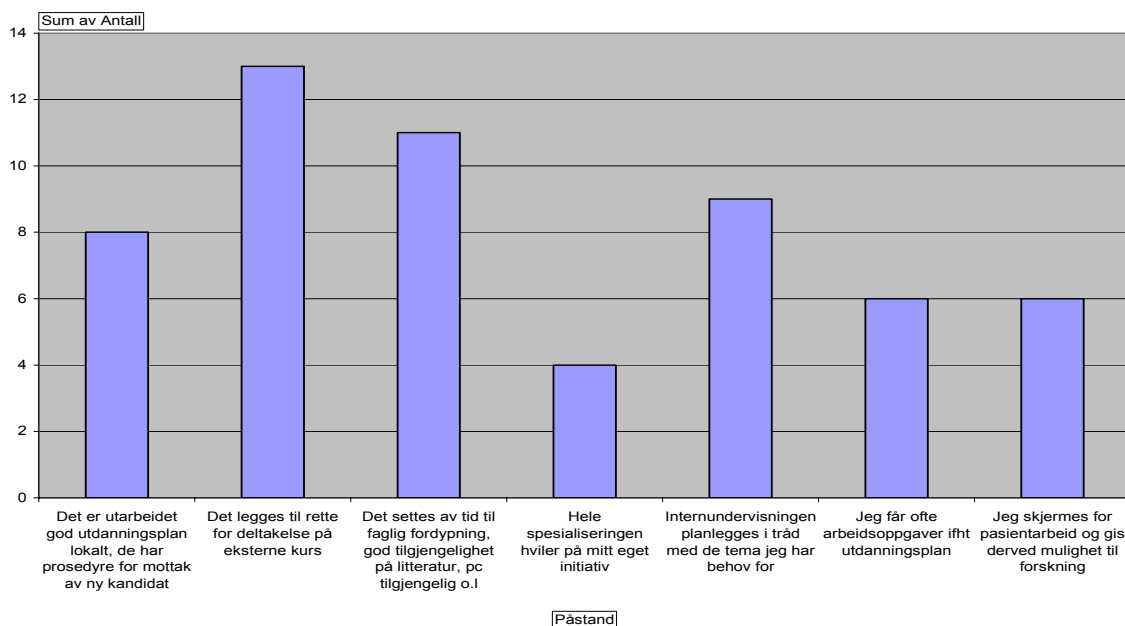
Videre mente mange at det var viktig at det ble satt av tid til faglig fordypning, og at det var god tilgang på litteratur og datamaskiner. I feltarbeidet var mangel på møterom og bibliotekfasiliteter i avdelingen ofte et tema når vi diskuterte de rammebetingelsene avdelingen har i forhold til å skulle utdanne både leger og annet helsepersonell. Det ble opplevd som frustrerende og tidkrevende å måtte finne et egnet sted å være både for å avvikle møter og ikke minst internundervisning. En ting er at dette tar mye tid og at det oppleves frustrerende fordi legene mener de bruker unødig mye energi i forhold til logistikk. Mer problematisk er det at de ikke har gode nok muligheter til å finne seg en skjermet plass når behovet er der. Mange samlinger av mer spontan karakter måtte da utsettes eller de måtte avbryte møter og internundervisning fordi rommet da skulle brukes til noe annet. Et eksempel på dette kan være internundervisning i pasientenes spisestue som må avbrytes fordi det var spisetid. Spisestua måtte ofte brukes til en rekke aktiviteter som avislesing for pasientene og andre aktiviteter avdelingen manglet rom for. Denne situasjonen er for øvrig den samme i dag siden Geriatrik avdeling dessverre ikke har fått mer egnede lokaler. Riktig nok er det laget en prosjektplan for utvidelse av Geriatrik avdeling, men slik den økonomiske situasjonen er i Helse Nord RHF og for Universitetssykehuset Nord-Norge HF vil ikke disse planene bli realisert på mange år enda. Dette sammen med andre rammevilkår for driften av avdelingen, som jeg kommer tilbake til i kapittel 6.4.2. er dette med på å vanskeliggjøre rekrutteringssituasjonen for avdelingen i stor grad. Dette er også forhold avdelingen ikke rår over selv, men som krever tiltak på et overordnet plan både fra myndighetenes side, fra Helse Nord RHF sin side og fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF sin side. Jeg vil komme noe tilbake til dette når jeg til slutt i oppgaven gir en oppsummering og konklusjon på bakgrunn av det jeg har funnet gjennom arbeidet med denne oppgaven.

Slik vi opplevde det i arbeidsgruppen var det vårt inntrykk at forhold rundt koordineringen ble opplevd som viktig for informantene, både på godt og ondt. De fleste var rimelig tilfredse, men med noen viktige unntak når det gjelder Geriatrisk avdeling.

Her var det flere som hadde blandete erfaringer i forhold til koordinering av spesialistutdanningen. En av spesialistkandidatene sa det slik:

Ingenting er lagt opp – jeg må selv finne ut hvilke kurs jeg trenger, jeg må selv legge planer fremover, jeg må selv kreve å få undervisning. Jeg har fått en veileder, men vi har ikke hatt noen møter. Jeg savner personlig oppfølging....

utdanningsnivå(Alle)|Kjønn(Alle)|spesialitet(Alle)|dimensjon|Koordinering



I Geriatrisk avdeling manglet både planer og kontinuitet i spesialistutdanningen, og kandidaten må selv ta initiativet til å tilegne seg den kompetansen som er nødvendig. Fra feltarbeidet var det flere av spesialistkandidatene ved Geriatrisk avdeling som hadde lignende opplevelser. Riktignok var ikke misnøyen så tydelig, men allikevel tilstede.

Slik jeg ser det har dette vært et problem først og fremst fordi avdelingsoverlegen gjennom sitt engasjement var mye ute på reise og at dette førte til en opplevelse av at han ikke klarte å føle opp den enkelte kandidat slik de trengte og ønsket. Samtidig er det på sin plass å nevne at det i lange perioder var relativt få kvalifiserte spesialister i avdelingen som kunne ta på seg veiledning av leger under spesialisering noe som gjorde situasjonen ytterligere

sårbar. Som jeg har nevnt satt jeg selv i lederteamet i avdelingen under store deler av denne tiden og jeg må naturligvis ta min del av ansvaret for at situasjonen var slik den var. Situasjonen jeg har beskrevet med få spesialister ansatt i avdelingen har blitt betydelig bedre de siste 2-3 årene og dette har nok hjulpet noe på situasjonen. Med flere personer å spille på blir ikke avdelingen så sårbar i forhold til om noen skulle være borte i perioder. Når vi sammenlignet det vi fant i forhold til Geriatrisk avdeling ved UNN med Geriatrisk seksjon ved St. Olavs hospital styrket dette vår oppfatning av at man hadde noe å ta tak i ved UNN. Spesialistkandidatene ved St. Olavs var tydelig mer positive til sin egen spesialisering enn de på geriatrisk avd. på UNN. Ved UNN gav de en mer blandet fremstilling mens de på St. Olavs mente de var svært godt ivarettatt. Blant annet ble det fremhevet at helse Midt Norge har satset aktivt på spesialisering i geriatri gjennom et toårig prosjekt der man blant annet arrangerer undervisning for spesialistkandidater ved hjelp av internett og telekonferanser.¹¹

7.4. Pasientgrunnet.

I arbeidsgruppa diskuterte vi om pasientgrunnet kunne ha noen betydning for valg av spesialitet. Noe av bakgrunnet for dette er momenter i forhold til de debattene som har gått i forhold til små sykehus og opprettholdelse av behandlingstilbud. Et sentralt tema i forhold til dette er at man må ha et tilstrekkelig høyt antall pasienter å behandle for at man skal være i stand til å oppnå tilstrekkelig kvalitet i behandlingen. Dette har å gjøre med trening og opprettholdelse av den nødvendige kompetansen i behandlingen av ulike sykdommer. Man må rett og slett ha mange nok pasienter å "trene" seg på. Spesielt viktig er dette for enheter som skal utdanne leger og annet helsepersonell. I forhold til universitetssykehusene her i landet er dette noe som er et tema for UNN med en spredt befolkning og store avstander. Det har til tider blitt hevdet at et tynt pasientgrunnet kan tenkes å være negativt med tanke på rekruttering av leger hit til UNN. Derfor ønsket vi å vite om dette hadde noen betydning for våre informanternes valg og i så fall på hvilken måte.

¹¹ Christoffersen, J "Midtnorsk pilotprosjekt for spesialisering i geriatri." Geronius. 2005;2: 6-7.

Informantene mente de hadde god tilgang til de ulike pasientgruppene de skulle jobbe med. De aller fleste understreket at de opplevde det som viktig å ha tilgang til et bredt spekter av pasienter. Dette ble sett på som motiverende fordi det gav en opplevelse av en variert hverdag med ulike utfordringer. Jeg vil bemerke at det er noe ulik måte å se dette på. De som kom fra kirurgisk virksomhet var mer opptatt av å ha tilstrekkelig med operasjoner av samme type ut i fra "treningshensyn". Å bli teknisk dyktige og kunne opprettholde denne dyktigheten var viktigere for de som kom fra en kirurgisk virksomhet enn det var for de som kom fra indremedisinsk virksomhet. Dette betyr ikke at det var uten betydning for de som kom fra indremedisinske spesialiseringer. Alle var opptatt av at de hadde tilstrekkelig tilgang på pasienter slik at de fikk øvd opp den kompetansen de trengte.

7.4.1. Pasientgruppen.

Ikke overraskende fremhevet informantene fra de geriatriske avdelingene og fra barneavdelingen selve pasientgruppen som en viktig grunn for at de valgte sine spesialiseringer. De la vekt på det å arbeide med barn eller eldre som noe de likte. De fra barneavdelingen fremhevet spesielt dette med å kunne gi pasientene sine mange gode leveår som en viktig motivasjonsfaktor. Samtidig gav noen også uttrykk for at det kunne være personlig belastende å jobbe med alvorlig syke barn spesielt når det ikke gikk bra. En av informantene gav dette svaret på hva som gjorde det å jobbe med barn så spesielt.

Det var.

- Å gjøre de friske.
- De er morsomme å omgås med fordi de byr på seg selv.
- Jeg kan gi dem flere "friske år".

De som kom fra geriatrien fremhevet det å få bli kjent med gamle mennesker og deres livsverden som spennende. Som de sa hadde disse menneskene levd lenge og hadde opplevd så mye forskjellig at bare det å få et innblikk i dette var spennende. Flere av informantene trakk også frem det estetiske i et gammelt ansikt og det kom frem flere nærmest poetiske utsagn for å beskrive hva de så i et gammelt ansikt. En av informantene fra feltarbeidet tok meg med på en liten runde rundt i avdelingen for å se på de gamle som han sa. På den runden

fortalte han hva han så i ansiktet på den gamle damen som satt og halvsov i rullestolen sin. "Ser du hvor vakker hun var som ungpике?", sa han. "Se på han ishavsskipperen der med kasjettlua. Det ansiktet har kjent mye vind og vær." "De har noe *med* seg og *i* seg disse gamle. Det er umulig å ikke bli glad i dem." Han viste meg et engasjement og en måte å se de gamle på som viste hans engasjement.

7.4.2. Negative forhold.

Informantene som kom fra Geriatrisk avdeling ved UNN og i noen grad også fra St. Olavs hospital la vekt på to forhold som de bekymret seg over i forhold til pasientgrunnet. For det første var det en utbredt oppfatning blant spesialistene og spesialistkandidatene fra geriatrien at det på andre avdelinger hersket en "feil" oppfatning av hvilke pasienter og problemstillinger geriatrien skulle ta seg av. Men dette mente de at de fikk henvendelser om pasienter som ikke hadde spesielle geriatrike problemer. Oppfatninger om at gamle pasienter som var ferdig behandlet fra andre avdelinger ble ofte søkt overflyttet til geriatrisk avdeling for det som ble oppfattet som oppbevaring i påvente av at de kunne skrives ut fra sykehuset ble opplevd som ganske vanlige. Andre synspunkter legene ved de geriatrike enhetene møtte var at pasienter som var pleiemessig krevende burde ligge på en geriatrisk avdeling. Som flere sa opplevde de det som frustrerende at andre kolleger hadde slike holdninger i forhold til den jobben de gjorde. En informant opplevde at han ble sett på som "oppbevaringslege" noe han mente var en undervurdering av hans kompetanse. Flere av legene fra geriatrien opplevde at andre ikke så viktigheten av den jobben de gjorde og de opplevde at de ikke fikk den faglige anerkjennelsen fra sine kolleger de mente de fortjente. Fra de jeg snakket med under feltarbeidet fikk jeg et klart inntrykk av at dette var noe som i stor grad virket demotiverende i forhold til å fortsette å spesialiseringen innenfor geriatri. For noen var dette en medvirkende årsak til at de hoppet av spesialiseringen i geriatri og valgte en annen retning. Jeg vil mene at manglende faglig anerkjennelse fra kolleger fra andre spesialiteter vil kunne virke motsatt, altså som en grunn til å velge bort geriatri, noe de da som sagt også hevdet.

7.4.3. Pasientene som ikke skulle være her.

Det andre forholdet som ble trukket frem som negativt var de pasientene som ble oppfattet som ferdig behandlet og rehabilitert fra Geriatrisk avdeling, og som skulle vært skrevet ut fra sykehuset. I min tid som oversykepleier ved avdelingen gjorde jeg en opptelling i avdelingen og fant at i gjennomsnitt hadde Geriatrisk avdeling liggende 6 pasienter til enhver tid som skulle vært utskrevet enten til sitt eget hjem, eller som det var søkt om sykehjemsplass til. Dette både var og er fremdeles en kilde til stor frustrasjon for de som jobber ved avdelingen, både for leger og annet helsepersonell.

Det er mange grunner til at dette oppleves som frustrerende. Det første momentet er at disse pasientene tar opp plass som andre hadde hatt større nytte av å få. Vi vet at mange har behov for å få behandling ved en geriatrik avdeling og det oppleves meningsløst at avdelingen da ikke kan gi disse et tilbud rett og slett fordi det ikke er plass. For pleiepersonalet sin del er det også slik at disse pasientene ofte har store behov i forhold til pleie og omsorg. Hadde de ikke hatt det ville de jo kunne ha reist hjem. For avdelingens pleiere krever disse pasientene forholdsvis store ressurser. For legene derimot er det annerledes. De er ferdige med sin jobb med disse pasientene. Så for legene blir det mindre pasientbehandling noe som igjen oppleves som lite faglig utfordrende.

I perioder har Geriatrisk avdeling hatt over 10 av sine 26 senger belagt med pasienter som var klare til å skrives ut. Det sier seg selv at dette påvirker arbeidssituasjonen til de som jobber ved avdelingen. Dette har ført til uttalelser om at "det var ikke et sykehjem" de ønsket å jobbe på. Jeg vil presisere at slike tanker og uttalelser ikke betyr at de ansatte undervurderer det å jobbe i sykehjem på noen måte. De fleste av de jeg har snakket med har stor respekt for de som jobber på sykehjem. Det kom også til uttrykk flere ganger når dette temaet var oppe både i intervjuene og i samtaler jeg hadde under feltarbeidet. Tvert imot hersker det snarere en frykt for å bli oppfattet å ville heve seg over det å jobbe på sykehjem. Som flere sa er det nettopp de som jobber i kommunehelsetjenesten som er våre viktigste samarbeidspartnere. Vi jobber med de samme pasientene bare i ulike faser av livet deres.

Det andre momentet her er hva det gjør med pasientene å bli liggende unødig lenge på sykehuset. Sykehuset er i liten grad organisert for å ta vare på mennesker over lang tid og har ikke noe tilrettelagt tilbud for å kunne gi pasientene en meningsfull hverdag. Hverdagen på et sykehus er konsentrert rundt det å utrede, behandle og rehabilitere pasientene. Når dette så er gjort kan det lett bli slik at pasientene blir overlatt til seg selv. Når det er sagt finnes det også pasienter som opplever at de ikke ønsker å gi slipp på den tryggheten de opplever når de er på sykehuset. Dessverre er det mange gamle som er redd for at de ikke vil få den hjelpen de trenger etter at de er skrevet ut av sykehuset. Mange har nok blitt skremt av oppslag i pressen hvor dette har vært tema.

For min egen del har jeg mange ganger følt på dårlig samvittighet overfor disse pasientene. Dette gav også mange av informantene uttrykk for. På den ene siden går man og har tanker om at disse pasientene ikke skulle vært her, at de "er i veien". Samtidig vet man jo at de som regel slett ikke har valgt dette selv og på mange måter er offer for manglende ressurser i kommunehelsetjenesten til å ta seg av dem. Legene ved avdelingen har i tillegg den belastningen at de får henvendelser om pasienter både fra andre avdelinger på sykehuset og utenifra som har behov for å komme til Geriatrik avdeling men må avvise disse av plasshensyn. Dette opplever mange som svært frustrerende uten at det synes å finnes noen løsning på problemet, i alle fall ikke på kort sikt.

I Trondheim opplever de ved Geriatrik seksjon på St. Olavs hospital *ikke* dette som et like stort problem. Dette mener de har sammenheng med at de ikke tar imot akutte innleggelser på samme måte som ved Geriatrik avdeling på UNN og ikke minst viktig mener de samarbeidet som er etablert med Trondheim kommune. Dette går i korte trekk ut på at Trondheim kommune har etablert en institusjon som kan ta imot pasienter fra St. Olavs på rimelig kort varsel og gi et tilbud samtidig som at det etableres et mer varig omsorgstilbud for pasienten. I tillegg har geriatrik seksjon der et ambulerende team som sammen med kommunehelsetjenesten følger opp og har ansvar før, under og en tid etter at pasienten utskrives fra sykehuset.

Mitt inntrykk gjennom arbeidet med denne oppgaven er at dette siste poenget er en medvirkende årsak til at de legene vi snakket med ved geriatrisk seksjon ved St. Olavs hospital er noe mer tilfreds i sin jobbsituasjon enn legene ved Geriatrisk avdeling på UNN. Dette har Geriatrisk avdeling ved UNN tatt tak i og i 2005 startet de opp et ambulant team med tanke på å nå pasientene utenfor sykehuset og kanskje kunne gi den hjelpen de trenger der istedenfor å måtte legge dem inn på sykehuset. I tillegg til dette vil det være ønskelig å følge opp pasienter etter et sykehusopphold for å kunne fange opp problemer tidlig for å kunne redusere faren for reinnleggelse noe som er et økende problem på sykehus. Kravene til effektivitet og raske utskrivelser må etter manges mening ta noe av skylden for dette.

Til slutt i dette kapitlet vil jeg ta med noen sentrale fenomener informantene trakk frem under samlekategorien "*annet*".

7.5. Andre viktige dimensjoner i valg av spesialisering.

For i størst mulig grad å sikre at vi fikk med *alle* forhold som hadde betydning for det valget informantene gjorde i forhold til sin spesialisering oppfordret vi informantene til å føye til forhold de selv mente hadde hatt betydning for deres valg. Jeg vil trekke frem spesielt to forhold som kom frem her. Dette er betydningen av gode rollemodeller og faglige utfordringer, og jeg tenker da spesielt på de faglige utfordringene innenfor geriatrien.

7.5.1. De faglige utfordringene.

Det som alle informantene la vekt på i sterk grad var de store faglige utfordringene som de mente lå i faget geriatri. Flere understreket det å kunne få jobbe med utvikling av faget gjennom forskning i skjæringsflaten mellom klinikk og uløste problemstillinger vedrørende eldre. Spesielt de av informantene som tidligere hadde trukket frem interesse for å forske var opptatt av å formidle at de opplevde at det lå store forskningsoppgaver og ventet og at det også finnes store mengder data om den eldre befolkningen som ikke enda er forskningsmessig bearbeidet.

Mitt inntrykk var at dette ble fremført på en engasjert og entusiastisk måte noe som gir et visst håp om at geriatrisk forskning kommer til å bli satt sterkere på dagsorden ved Geriatrisk avdeling fremover enn det den har blitt til nå. Et viktig poeng i arbeidet med dette er å få besatt et professorat i geriatri ved Universitetet i Tromsø knyttet til Geriatrisk avdeling. Dette er et viktig moment i handlingsplanen i geriatri fra Helse Nord som jeg nevnte i innledningen. Pr. i dag har avdelingen én overlege tilsatt med forskerkompetanse på doktorgradsnivå. Betydningen dette kunne ha for å rekruttering av fagfolk til Geriatrisk avdeling ble også trukket frem. I den forbindelse ble det argumentert med at det å få et aktivt forskningsmiljø ved avdelingen vil kunne gi avdelingen en klarere faglig profil og skape en entusiasme i arbeidet flere mente manglet i dag. Dette resonnementet vil jeg slutte meg til. Geriatrisk avdeling hadde i en periode ansatt én 1.amanuensis som var aktiv forskningsmessig på sitt felt (demenssykdommer), og som bidro til det jeg opplevde som en viss stolthet over å kunne være med og bidra med utvikling av faget. Noe som var interessant i den forbindelse var at det så ut til at denne stoltheten smittet over på de fleste som jobbet i avdelingen. Mange snakket om at vi som avdeling var "med på det geriatriske kartet" i denne perioden.

I Trondheim har de hatt et aktivt forskningsmiljø over flere år og de har også hatt Professor Olav Slettvold som sin leder i mange år. Informantene vi intervjuet der mente da også at det hadde hatt stor betydning for utviklingen av deres avdeling.

Samtidig som at dette ble trukket frem i intervjuundersøkelsen ble det også sagt at de stramme rammevilkårene Geriatrisk avdeling i dag har både økonomisk, ledelsesmessig og administrativt begrenser de mulighetene de har for å realisere planer og ønsker i forhold til å kunne drive aktiv forskningsvirksomhet. Med andre ord opplevde jeg at det fantes en avventende entusiasme, en slags betinget optimisme.

For å si det med en av informantenes ord:

Vi har store ambisjoner og god vilje, men dessverre er mulighetene begrenset..

Flere av informantene refererte til geriatriske forskningsmiljøer i Huddinge i Sverige og Oxford i Storbritannia. Det ble trukket frem at vi i Helse Nord bør

jobbe aktivt for å forbedre rekrutteringen av geriater på universitetsnivå. Det ble hevdet at det ville skape et levende og aktivt forskningsmiljø der vi kunne kombinere kompetente klinikere med avansert og mer metodekritisk forskning på store uløste problem.

7.5.2. Betydningen av gode rollemodeller.

Blant informantene, både fra spørreundersøkelsen og fra feltarbeidet i avdelingen, var det flere som trakk frem betydningen av gode rollemodeller blant de etablerte spesialistene. Flere mente dette var noe som fikk avgjørende betydning for dem i deres valg av spesialitet. Opplevelser med gode rollemodeller førte til at de endret ønske om fagområde de ville spesialisere seg innenfor. Jeg vil også bemerke at betydningen av slike rollemodeller ble nevnt av informanter *kun fra de geriatriiske* enhetene i Tromsø og Trondheim. Ikke minst var dette et stadig tilbakevendende tema også i feltarbeidet. Ingen fra de andre spesialitetene nevnte dette. De som mente de hadde slike opplevelser betonet møtet med det de kalte "ekte klinikere" og "ekte fagfolk" som viste et klart og tydelig engasjement og entusiasme overfor de gamle som pasientgruppe. Som det ble sagt hadde dette med *måten* de snakket både *om* og *med* de gamle. Disse rollemodellene klarte å få frem noe ved pasientgruppen som man kanskje ikke hadde sett tidligere, i alle fall ikke på den måten de ble synlige for de nå.

Som en av spesialistkandidatene sa det:

Møtet med den personen innebar et brudd med de forestillingene jeg hadde om geriatri. Blålyset falmet og jeg så plutselig forskningsmessige utfordringer på store uløste problemstillinger...

En annen sa det så sterkt:

Hadde jeg ikke møtt han hadde jeg ikke blitt geriater.

Vi spurte informantene videre *hva* en god rollemodell er. Svarene vi fikk var at det er en person som viser ekte entusiasme, som man kan diskutere fag mye fag med, som er et medmenneske og som er en kliniker med et klart perspektiv på faget. Sagt på en annen måte er det en person som åpner ens øyne for faget. Én beskrev en god rollemodell som en person som han kunne kjenne smittet seg med sin entusiasme og sitt engasjement. Flere betonet videre at det handlet om faglige forbilder som var til stede for sine pasienter og kolleger i

hverdagen og som alltid var å regne med når man stod overfor små og store utfordringer i den daglige pasientbehandlingen. Disse personene ble opplevd som personer som virket som "smurning" og "lim" i avdelingen sin. Som en sa det så merker man når denne personen er der og når han *ikke* er der. Det ble også nevnt mer ikke faglige forhold som at disse personene var gode å ha spesielt for de som var ferske i avdelingen og i faget fordi de maktet å veilede på en måte som gav faglig utvikling og som bygget opp ens selvtillitt i forhold til å oppleve at man mestret faget. I følge informantene evnet de å få mennesker til å vokse. Ut i fra den tiden jeg selv jobbet ved Geriatrisk avdeling vil jeg legge til at gode rollemodeller som evner å engasjere og inspirere andre har betydning i forhold til både å rekruttere nye medarbeidere og ikke minst i forhold til å beholde de medarbeiderne man har. Dette gjelder slett ikke bare i forhold til legene.

I neste kapittel vil jeg ta opp to forhold vi så som jeg mener er viktige i forhold til rekruttering til geriatrien som fag og for Geriatrisk avdeling som arbeidsplass. Som jeg har nevnt tidligere vil jeg se nærmere på det at flere av informantene som i dag har sitt virke i geriatrien kommer fra kommunehelsetjenesten og allerede *hadde* en spesialitet da de fikk interesse for å spesialisere seg i geriatri. Vi la også merke til at 6 av informantene markerte at deres valg også handlet om verdier. Av disse 6 var 5 av de fra det geriatiske miljøene i Tromsø og Trondheim. Det vil altså si over halvparten av informantene fra de to geriatiske miljøene. Jeg vil minne om at min fremstilling også bygger på de samtalene jeg hadde med leger (og annet helsepersonell) i feltarbeidet ved Geriatrisk avdeling.

8.0. VERDIER OG OMVALG. BETYDNING FOR Å VELGE GERIATRI.

Som nevnt tidligere i oppgaven var det særlig to forhold hvor informantene fra geriatrien skilte seg ut fra resten av informantene. For det første at de etter å ha fullført en spesialisering tok fatt på en ny spesialisering. Det andre var at over halvparten av dem mente at dette handlet om verdier. Dette gjaldt begge informantgruppene. Min oppfatning av det informantene sa er at det synes som om de fleste som er innom geriatrien over noe tid ser geriatrien som en slags verdiladet eller etisk virksomhet. Slik jeg har tolket det gjelder dette både de som har blitt værende i dag og enten er spesialister eller holder på med sin spesialisering og de som har bestemt seg for *ikke* å fortsette med geriatri. Jeg vil først ta for meg dette "omvalget" av spesialitet for så å se på *hvilke* verdier de snakket om og analysere dette i lys av nærhetsetikken slik jeg har tolket den i lys av Kari Martinsen sine teorier om omsorg. Hun har gjennom flere år hentet betydelig inspirasjon fra den danske teologen og filosofen K E Løgstrup og hans tenkning om etikkens opprinnelse. Et viktig utgangspunkt for Kari Martinsen er at *omsorg* er et *relasjonelt, praktisk og et moralsk begrep* (Martinsen K. i Karen Jensen (red) "*Moderne omsorgsbilder*". Oslo 1990, s. 61).

8.1. *Det store spranget.*

Flere av informantene våre som nå var inne i eller ferdige med sin spesialisering som geriater var allerede godkjent i en annen spesialitet *før* de begynte å tenke på å spesialisere seg innenfor geriatri. For min egen del var det også interessant å legge merke til hvilken spesialitet de kom i fra. De kom fra allmenntilleggsmedisin og hadde flere års erfaring i kommunehelsetjenesten før de søkte seg over til geriatri. Noe av det som gjorde meg spesielt opptatt av dette omvalget var at disse legene startet på en ny og langvarig spesialisering etter å ha vært igjennom dette en gang tidligere i tillegg til at de hadde vært forholdsvis lenge i klinisk virksomhet. De vi intervjuet hadde fra 8-15 års klinisk erfaring før de valgte å spesialisere seg i geriatri.

Dette sa meg noe om at det måtte være forholdsvis sterke grunner de hadde for å begynne på nytt på denne måten. Å starte på et langt spesialiseringsløp ut i

fra deres ståsted er slik jeg ser det et stort sprang. Ikke bare tar det lang tid, men de går også fra å være spesialister på sitt felt til å bli assistentleger. På mange måter flyttes de nedover i hierarkiet. Man oppgir, formelt sett, noe av sin selvstendighet. Samtidig er jeg klar over at det faglig sett på mange måter er et nært slektskap mellom allmenntidisin og geriatri, og jeg vil mene at allmenntidleger nyter høy anseelse blant geriaterne.

En av informantene sa det slik at geriatri er sykehusmedisinens svar på allmenntidisin, for som han sa, de gamle har jo alt. Med dette mente han at de gamle pasientene er en stor andel av pasientene som oppsøker legen sin i allmenntidpraksis på samme måte som de er det i sykehus. Mye av arbeidsdagen går med til konsultasjoner nettopp i forhold til gamle pasienter. I tillegg er geriatrien preget av et mangfold av sykdommer og problemer pasientene søker hjelp for som jeg tidligere har nevnt. Det kan man også i stor grad si når det gjelder allmenntidisin. Samtidig nevnte flere at de opplevde at de ikke fikk gitt de gamle pasientene den hjelpen de trengte. Det gikk da både på mulighet til å få utredet problemene de gamle hadde, og til å behandle de på en god måte. Opplevelsen av at det kan gjøres bedre for de gamle var nok en grunn til at informantene etter hvert orienterte seg mot en interesse for geriatri.

Slik jeg tolker informantene opplevde de fleste av de at det etter hvert vokste frem en genuin interesse og et *engasjement* for de gamle og deres helse problemer. Flere av informantene som hadde valgt geriatri som ny spesialisering betonet de gamle pasientenes svake posisjon i samfunnet og innenfor helsevesenet som ytterligere en grunn til at deres engasjement ble tent (jfr. K. Martinsen (2003) og Den norske Lægeforenings statusrapport: "*Når du blir gammel og ingen vil ha deg.*").

Et annet moment i forhold til det å gå fra allmenntidisin til geriatri mener jeg *nettopp* er å finne i deres lange og brede kliniske erfaring. Som jeg tidligere har vært inne på oppleves faget geriatri av mange som uoversiktlig og uklart og derfor vanskelig å få tak på og beherske. Slik jeg ser det er det grunn til å anta at dette *ikke* ble opplevd som et så stort problem for disse som kom med lang klinisk erfaring inn i spesialisering for å bli geriater. De må ses på som det Patricia Benner kaller *eksperter* på sitt felt (Benner P. "*From novice to Expert.*

Excellence and Power in Clinical Nursing Practice 1984). Benner skriver om hvordan sykepleiere utvikler seg i sin kompetanse og yrkesutøvelse fra man starter i yrket og til man etter lang tid i yrket kan kalles ekspert.

Det sier seg selv at de som kom fra allmenntid medisin hadde en helt annen faglig og personlig ballast. Min opplevelse både som kollega og som en del av ledelsen ved Geriatrisk avdeling på den tiden flere av disse kom til avdelingen, var at de også virket mye sikrere på det valget de hadde gjort enn mange av sine yngre kolleger med mindre erfaring, rimelig nok.

En av informantene som kom fra allmenntid medisin nevnte også et par episoder hvor han hadde stått fast i forhold til noen av sine gamle pasienter og opplevde å få god hjelp fra geriatere på sykehuset. Dette mente han hadde vært en medvirkende årsak til at han ble interessert i geriatri. På mange måter fikk han et annet syn på geriatri. Han skjønnte at det var mer kompetanse å hente i forhold til gamle og opplevde en gryende nysgjerrighet rundt dette. Han uttrykte også at han en tid hadde hatt et ønske om å kunne jobbe på sykehus etter mange år i kommunehelsetjenesten. Hans kontakt med geriatere sammen med interessen for de gamle førte til at han etter hvert valgte å spesialisere seg i geriatri.

Ønsket om å jobbe på sykehus etter lang tid i kommunehelsetjenesten kom også klart frem hos flere av de som hadde valgt å spesialisere seg på nytt. I forhold til dette var det først og fremst muligheten til et større kollegafelleskap og det å kunne fokusere mer på det faglige som ble nevnt i denne forbindelsen. Som lege i allmenntid medisin opplevde flere at mye tid gikk med til rent administrative oppgaver og tiden med hver enkelt pasient ble for knapp. Spesielt tiden med de gamle pasientene og andre pasienter med mer sammensatte behov for hjelp. Disse tankene så ut til å bli styrket etter at de hadde startet på spesialiseringen. Flere pekte blant annet på at de opplevde det som svært positivt å jobbe i tverrfaglig team og det å ha flere kolleger å diskutere med. Spesielt den tverrfaglige tilnærmingen har i seg muligheten for å se helheten i hver enkelt pasient. Du ulike fagfolkene ser på en måte med hvert sitt blikk, som en av de sa. Det er i alle fall mitt inntrykk at de forventningene de hadde i forhold til sitt omvalg i stor grad ble innfridd.

Det ser ut til at geriatri som fag profiterer på omvalg eller valg av spesialisering noe sent i livet. Dette gjelder heller ikke bare for leger. Også studentene på videreutdanning i eldreomsorg har ofte lengre erfaring og er noe eldre enn det man ser for andre videreutdanninger innenfor sykepleiefaget. Dette har jeg ikke lykkes i få tak i tall på men det er det inntrykket jeg sitter med etter å ha undervist både ved videreutdanningen i eldreomsorg og ved andre videreutdanninger i sykepleie her i Tromsø. Men på den andre siden er det på mange måter ikke uproblematisk for Geriatrisk avdeling at man synes å tiltrekke seg leger fra kommunehelsetjensten. Kommunene har også slitt med å rekruttere leger til sine stillinger og da spesielt i distriktene. Heldigvis ser det nå ut som om dette er i ferd med å bedre seg i og med at stillingsmarkedet for leger i sykehus er i ferd med å bli mettet. Men som sagt er det naturlig for oss som arbeider i et fagfelt som har hatt store rekrutteringsproblemer å skjele til hvor vi selv rekrutterer fra.

8.2. Verdier og deres betydning for å velge spesialisering i geriatri.

Jeg vil nå gå nærmere inn på informantenes utsagn om at noen verdier har vært blant de grunnene de selv mente de hadde lagt vekt på i valget. Ut i fra det de sa mener jeg det er grunn til å hevde at det er noen verdier som man kan si "ligger i faget." Disse verdiene å appellere til verdier de selv enten hadde eller tok til seg i møtet med geriatrien, eller snarere med den geriatiske pasienten. Hva sa informantene om dette? Det første de betoner nokså klart er de gamles svake posisjon i samfunnet og i helsevesenet. Ut i fra dette hevder de at det er vår *plikt* som helsearbeidere å ta vare på dem. Altså et slags pliktetisk perspektiv. Men som jeg skal komme noe nærmere inn på er det mer enn bare etiske prinsipper ut i fra plikt.

En av informantene sa det slik:

De gamle er ikke vant til å kreve noe for seg selv. De er takknemlig for det de får, og når de ikke får stiller de ikke spørsmål ved det heller. De er vant til å stole på seg selv de, ja og så Gud da" Og så ser de det vel sånn at de vanskene de har er en del av prøvelsene de skal ha.

Det samme hevdes også i Den norske Lægeforenings statusrapport: "*Når du blir gammel og ingen vil ha deg*"

De fleste eldre pasienter har ingen kultur for å kreve sin rett, men er tvert imot ofte vant til å ta det de får og har stor autoritetstro" (s. 23)

Med dette menes at i møte med helsevesenet har den gamle pasienten relativt liten makt, da først og fremst på grunn av at de i liten grad står på for å kreve sin rett og at de har stor tro på legens autoritet. Legen vet nok best. Denne skjeve fordelingen av makt i relasjonen mellom helsearbeider og pasient kommer jeg tilbake til. I tillegg vil jeg bemerke at mange gamle heller ikke vet hvilke muligheter som finnes blant annet for behandling og derfor ikke kan kreve den. Dette er et fenomen som er i ferd med å endre seg etter hvert som de jeg har kalt "*yngrer gamle*" blir enda eldre. De har både et høyere utdanningsnivå, bedre økonomi og mer politisk innflytelse. Og de har ikke minst hatt andre vaner med tanke på forbruksmønster og helse (ibid s.22). På dette grunnlaget vil jeg mene det er rimelig å hevde at de gamle er i en utsatt posisjon. De er altså både svekket i utgangspunktet av aldringsprosessen, de er mer utsatt for sykdom og skade og de har relativt liten makt og innflytelse i samfunnet.

Informantene trekker frem det man i medisinsk etikk kaller *rettferdighetsprinsippet* i forhold til dette (Beauchamp T. L. og Childres J. F. 2001). Informantene fremhever i forhold til dette at alle skal ha like muligheter til å få den beste utredning og behandling for sine helseproblemer uavhengig av alder. Dette betyr ikke at alder ikke er en del av det man må vurdere i forhold til utredning og behandling. Det er ikke slik at all utredning eller alle former for behandling er *meningsfulle* i forhold til et gammelt menneske. Men alder *alene* avvises som kriterium for om an skal behandle eller ikke. Min erfaring gjennom de årene jeg har jobbet med geriatri er at dette ikke er en selvfølge. Jeg vil mene at jeg har opplevd en rekke eksempler på at leger og andre helsearbeidere har avslått behandling og rehabilitering nettopp på grunnlag av alder først og fremst. Spesielt de informantene som var i geriatrien var helt tydelige på at det måtte være pasientens totale tilstand som skulle avgjøre om man skulle sette inn ressurser på å utrede og behandle den enkelte.

8.2.1. Tillit og den etiske fordring.

Men over slike etiske prinsipper og plikter er det et annet fenomen som står frem som selve *grunnlaget* for den etiske tenking og de verdiantakelser informantene mine har formiddlet. Essensen i dette har professor Peter Hjort skrevet om i Tidsskrift for den norske Lægeforening hvor han hevder at folk drømmer om "menneskelegen", som har tid og omtanke for dem, som er trofaste og som fortjener den tillitt pasienter og pårørende lengter etter.¹² Det er altså snakk om den *gode* legen på samme måte som man kan snakke om den *gode* lærer. Dette bringer meg til K.E. Løgstrup og hans utlegging av etikkens utgangspunkt i det han kaller *de suverene livsytringer*. (K. E. Løgstrup: Norm og spontaneitet. København. 1972.)

Kari Martinsen er en av de som har hentet mye inspirasjon fra hans tenkning og det er hennes tolkning og bearbeiding av grunnlaget for etisk refleksjon som jeg har valgt å legge vekt på i min fremstilling av de verdiene informantene trakk frem.

Jeg vil presisere at jeg på ingen måte vil gi en fyldig eller på noen måte fullstendig fremstilling av tankene til Martinsen og Løgstrup. Men jeg vil mene at nettopp de verdiene informantene har lagt vekt på har hatt såpass stor betydning for deres valg av geriatri at jeg må dvele noe ved disse spørsmålene. De sentrale fenomener jeg vil ta utgangspunkt i er det faktum at vi som mennesker er sosiale og i dette ligger det at vi er avhengige av hverandre på godt og vondt.

Noen sentrale begrep vil da være *tillit* som en livsytring og det Løgstrup kaller den umiddelbar etisk fordring som springer ut i fra det at vi er utlevert til hverandre i avhengighet i tillit til at den andre vil ta vare på mine livsbetingelser på den best mulig måte og Martinsens svar på dette i form av omsorg.

I "*den etiske fordring*" skriver Løgstrup:

Den enkelte har aldrig med et annet menneske at gøre uden at han holder noget av dets liv i sin hånd. Det kan være meget lidt, en forbigående stemning, en oplagthed, man får til å visne, eller som man vækker, en lede man uddyper eller hæver. Men det kan også være forfærdende meget, så det simpelthen står til den enkelte, om den

¹² Den norske Lægeforenings statusrapport: "Når du blir gammel og ingen vil ha deg" s.34

andens liv lykkes eller ei. (K. E. Løgstrup: "Den etiske fordring." København. 1956 s. 25.)

Ut i fra dette som en kjensgjerning springer den etiske fordring ut.

at menneskers liv er forviklet med hverandre, derav udspringer fordringen om at ta vare på hverandre. (K. E. Løgstrup. Referert fra: Jensen K. (red) "Moderne omsorgsbilder". Oslo 1990, s.65)

Martinsen legger dette ut slik at *Kjensgjerningen*, som er *avhengigheten med livsytringene tillit, barmhjertighet, medfølelse og talens åpenhet, hvor vi er henvist til hverandre*. Gir da *fordringen* om å ta vare på den andres livsmuligheter (ibid.s.65)

Martinsen slår fast i sin tolkning av Løgstrup at de suverene livsytringene er etikkens grunn og at etisk argumentasjon for Løgstrup blir sekundær etikk (Kari Martinsen, "Fenomenologi og omsorg, tre dialoger" 1996 s.82-83.). Med dette forstår jeg henne slik at etikken gis en ontologisk status forut for våre etiske betraktninger. Allikevel vil jeg mene at å gjøre etiske vurderinger *forutsetter* at man kan sette ord på ens etiske prinsipper og diskuterer disse.

Informantene mine sier det riktignok ikke helt på samme måten. Men de fremhever det gamle menneskets avhengighet av god hjelp fra oss som jobber i helsevesenet når de blir rammet av sykdom eller funksjonssvikt. Jeg kan ikke tolke det de sier på noen annen måte enn at de ser dette som en plikt til eller en etisk fordring om å hjelpe. Allikevel kan det synes som om plikten er generell og fundamentert i relasjonene de har opplevd med sine pasienter enn til en formal pliktetikke slik vi kjenner den fra Kant. *Hva* denne plikten til å hjelpe helt konkret skulle bety i det enkelte tilfelle er heller ikke så lett å komme inn på. Som informantene sier, det kommer helt an på *hvem* denne pasienten er, hva som er problemet, hvilken *situasjon* pasienten er i og en rekke andre forhold. Her kommer henvisningene til nødvendigheten av en helhetlig og tverrfaglig tilnærming til pasienten klart frem. Man må søke etter å forstå så mye som mulig og lære pasienten å kjenne før man *vet* hva som vil være den riktige handlingen. Dette å sette seg inn i den andres sted og bli kjent med den andre er da også et viktig poeng både for Martinsen og Løgstrup. I artikkelen "Omsorg i sykepleien" (Martinsen K. i Jensen K. (red) "Moderne omsorgsbilder". Oslo 1990, s.66-69) gjør hun rede for fordringen når hun bruker den gyldne regel: "Alt du vil andre skal gjøre mot deg, skal du gjøre mot andre". Dette hevder hun gjør

den etiske fordring til noe som krever *aktiv handling og engasjement* ut i fra omsorg for den andre. Men jeg vil presisere at det her er snakk om profesjonell omsorg og ikke det Kari Martinsen i samme artikkel kaller *sentimental omsorg* (ibid s.96). Sentimental omsorg er omsorg basert på *følelser* alene uten bruk av et faglig skjønn i forhold til situasjonen, og den stanser ofte ved følelsen. Man kommer ikke lenger enn til å "synes synd på" (Martinsen K. (2003) og Martinsen K. i Jensen K. (red) "*Moderne omsorgsbilder*". (1990) s. 65).

8.2.2. Å gripe situasjonen.

Hun presiserer hun to viktige sider ved omsorg. Omsorgen er en *aktiv og situasjonsbetinget* handling og den skal gis ut i fra den andres tilstand og ikke ut i fra forventet resultat. Dette er også en side ved geriatrisk medisin som flere påpekte. Det er ikke forventningen om et resultat som skal være avgjørende for om man setter inn ressurser på å behandle den gamle, det er tilstanden og situasjonen som skal være utgangspunktet. Det å kartlegge den gamle pasienten, hennes situasjon på en så helhetlig og fullstendig måte som mulig er geriatri. I så måte gir det mening for meg å tenke geriatri som *omsorgsfull* medisinsk virksomhet.

Et annet sentralt trekk ved denne omsorgen som også ligger i den gyldne regel er at det *ikke* er snakk om å møte den andres forventning eller ønsker. I vår tid står autonomi, pasientens rett til selv å bestemme sterkt. Og må på mange måter sies å være en sentral etisk verdi i medisinsk etikk. Både K. H. Løgstrup og K. Martinsen viser imidlertid til at denne kan være problematisk. For det første har ikke pasienten den faglige innsikten som de mener må være en forutsetning for å kunne ta "de rette" valg. For det andre kan det tenkes at pasienten av en eller annen grunn ikke vil velge "rett". I "*Solidaritet og kærlighet*" sier Løgstrup i følge Martinsen (Martinsen 1990) som nevnt at den gyldne regel, som allerede nevnt er at "alt du vil andre skal gjøre mot deg, skal du gjøre mot andre". Dette hevder Martinsen er mer enn en lunken regel om å gjøre gjengjeld. Løgstrup og Martinsen ser dette mer som *en regel for fantasien*(ibid). Den forlanger at vi skal sette oss i den andres sted og fantasere oss frem til hvordan vi ville ønske det skulle bli handlet mot oss hvis vi var i den andres sted. Og så handle deretter. Hun argumenterer for det hun kaller *svak paternalisme*. I dette legger hun at når hjelperen har satt seg grundig inn i den

andres situasjon må hjelperen bruke det hun kaller sin "*merviten*" og handle ut i fra det beste for pasienten (Martinsen K. i Jensen K. (red) "*Moderne omsorgsbilder*". 1990, s.74). Dog hele tiden ut i fra hva vi mener vil tjene den andres livsmulighet best. Hun skriver:

Det er å forsøke å fortolke den andres realitet, å gripe hva den andre erfarer, å forstå ut i fra den andres horisont og å møte den andre mest mulig ut fra hvordan han selv ville ha handlet i situasjonen hvis han kunne (Ibid).

Hun advarer samtidig mot det hun kaller *utartinger a omsorg*. Men dette mener hun den sentimentale omsorg jeg tidligere nevnte som bare er føleri uten handling og den rene paternalisme der man handler på vegne av den andre uten å ta inn situasjonen og distanserer seg bort fra den andre. Å handle paternalistisk vil jeg si er å handle ut i fra *bedreviten* og ikke *merviten*. Bedreviteren ser bort i fra den andre, det gjør ikke den som handler ut i fra *merviten*. Sensitiviteten for den andre er borte (ibid s.73).

Slik jeg tenker omkring dette gir det god mening å tenke slik K. Martinsen gjør i forhold til den svake paternalisme. Spesielt i forhold til geriatriske pasienter. Som nevnt er det ofte slik at de ikke krever og de vet heller ikke hva de skal kreve. Å la autonomien råde fritt vil fort lede til at man unnlater å handle. Å unnlate å handle vil slik jeg ser det kunne være å *ikke* være tilliten verdig og *ikke* å ta vare på den andres livsmuligheter. Når det er sagt må jeg likevel legge til at det skal tungtveiende grunner til for å overprøve pasientens eget syn på hva som gagnar en best. For å ta en ganske vanlig situasjon fra Geriatrisk avdeling. Det skjer ofte at pasientene ikke ønsker å stå opp eller delta aktivt i behandling og rehabilitering selv. Unnlattelsessynden vil da være å la de ligge. Den paternalistiske måten vil være å bare ta pasienten opp. I et svakt paternalistisk lys vil vi måtte samtale med pasienten, forklare hvorfor det er viktig å være aktiv og komme seg ut av senga, finne ut av hvilke tanker pasienten har omkring dette, hvorfor pasienten ikke vil og så videre. Deretter vil man i noen tilfeller måtte overprøve pasientens ønske om å bli i sengen ut i fra vår *merviten* om konsekvensene ved å bli liggende. Når vi står overfor slike situasjoner er det at etiske og faglige prinsipper og regler kommer til anvendelse. Martinsen forsvarer å gjøre bruk av etiske og moralske normer, regler og prinsipper. Men hun ser de ikke som utgangspunktet eller kjernen i

etikk og moral. Men slik jeg forstår henne er det *i situasjonen* fokuset ligger og ikke *i det etiske prinsipp eller regel*.

Min opplevelse etter å ha arbeidet med geriatri i noen år er dette nettopp en beskrivelse av *virksomheten* vi bedriver i geriatrien. Det beskriver *måten* vi skal og bør jobbe på. Jeg og flere av informantene mine fra Geriatrisk avdeling opplever at vi blir nærmest tvunget til dette i møtet med den gamle pasienten. Det fordrer at vi møter pasientene som *hele mennesker i deres situasjon*. Vi må møte dem som de menneskene de *har vært, er, og ønsker å være* for på best mulig måte å være i stand til å hjelpe. Dette kalles gjerne den *geriatriske kulturen*. Jeg vil snarere kalle det for det *geriatriske verdigrunnlaget*. Og slik jeg har tolket informantene mine, og ut i fra mine refleksjoner omkring dettefenomenet bygger verdigrunnlaget på *møtet* med den gamle pasienten som er foran oss, utlevert til oss i tillit til at vi på beste måte vil ta vare på hennes livsmulighet.

Dette mener jeg kommer klart frem i tilbakemeldingen avdelingen får fra pasienter og pårørende også. Det er *måten* de er blitt *møtt på* pasienter og pårørende snakker om. Opplevelsen av å ha blitt ivaretatt på en god måte likeså. Da blir det slik Peter F. Hjort sa, de har møtt "*menneskelegen*". Det er å møtes menneske til menneske (se fotnote 11 s.89). Ut i fra de svært ulike ståsted mellom legen og pasienten møtes de allikevel som mennesker. Uansett om relasjonen har i seg ulikheter i maktforhold og ståsted i livet har relasjonen en kvalitet som pasientene opplever som positiv. Og når vi ikke lykkes i dette går også tilbakemeldingen på de samme tingene. En opplevelse av å ikke bli møtt og tatt godt vare på.

9. MOT EN PEDAGOGISK PROFIL.

I dette kapitlet vil jeg gi et forslag til det jeg vil kalle en *pedagogisk profil* for det videre arbeidet med rekruttering av leger og annet helsepersonell for Geriatrisk avdeling på UNN. Jeg vil også ta med forhold som vil kunne være med på å få fagfolkene til å bli værende i avdelingen over tid. Et problem har da også vært at vi ikke har lyktes i å beholde fagfolkene særlig lenge. Avdelingen har en kjerne av fagfolk som har vært i avdelingen til dels svært lenge, men det er ønskelig at flere ble værende lenger.

I denne fremstillingen vil jeg dele opp de forhold jeg tar opp i to. De første tenker jeg er de som avdelingen selv har relativt lav innflytelse på. I forhold til disse ligger beslutningsmyndighetene utenfor avdelingen. Jeg tenker da på føringer som blir lagt fra statlig hold, fra Helse Nord RHF og fra styret for UNN. Jeg vil allikevel si noe om slike forhold av to grunner. Det ene er at jeg mener det ut i fra arbeidet med denne hovedfagsoppgaven er grunnlag for å si at disse forholdene har stor betydning for rekrutteringen, og for det andre vil jeg mene at det er viktig at sentrale personer, blant annet i lederteamet er med på å påvirke forholdene i riktig retning så langt det er mulig.

De andre forholdene jeg vil ta opp er de forholdene som Geriatrisk avdeling selv kan gjøre noe med og der de selv har ansvaret for å prioritere og å gjennomføre de tiltak de velger.

Til slutt i dette kapitlet vil jeg gi en kortfattet oppsummering av hele oppgaven.

9.1. Forhold utenfor avdelingen.

I kapittel 6 er det spesielt to forhold som slik jeg ser det er med på å gjøre det vanskelig å rekruttere og beholde fagfolk og da spesielt leger ved Geriatrisk avdeling. Det ene er mangelen på tjenelige lokaler og da spesielt mangel på legekontorer, møte- og undervisningsrom. Det andre som blir pekt på er problemet med pasientflyt, og for få senger i forhold til det som er behovet. Det siste har som konsekvens at man til enhver tid har mange pasienter liggende i korridoren noe som gjør arbeidsforholdene vanskelige for personalet og

forholdene for pasientene blir naturligvis helt uholdbar. Vi må her huske på at det i stor grad dreier seg om pasienter som trenger forholdsvis mye hjelp blant annet til personlig stell, som å få i seg mat og drikke og toalettbesøk. Slik jeg ser det er det helt nødvendig at det blir gjort noe med disse forholdene.

Å få tilstrekkelig plass til legekontor, møterom og formålstjenelige undervisningslokaler vil kunne gjøre hverdagen lettere ved at man ikke trenger å bruke så mye tid og ergrelser i forhold til å finne egnet plass å være hele tiden. Det ideelle ville naturligvis være at det fantes tilgjengelige rom i umiddelbar nærhet til avdelingen. En ny Geriatrisk avdeling i nye lokaler etter en utbygging av UNN vil kunne realisere dette. Slik jeg ser det er det ikke tvil om at det haster med å få bygd ut Geriatrisk avdeling. I de planene som finnes for en slik utbygging vil også avdelingen få økt sengetallet til rundt 45 senger. Dette vil kunne bedre situasjonen i forhold til korridorpasienter i tillegg til mulighet for å gi et bedre tilbud til de pasientene som trenger små skjermede arealer. Jeg tenker da på de pasientene som har mental svikt og er forvirrede. Geriatrisk avdeling har allerede jobbet med disse utbyggingsplanene og har laget en oversikt over de behovene de ser i forhold til plass både for pasienter og for personalet.

For å gjøre noe med det andre problemet, mangel på plasser, er det flere forhold man må se på og få løst. Et viktig problem informantene peker på er de pasientene som man ikke får sendt videre ut til kommunal omsorg når de er ferdig behandlet ved Geriatrisk avdeling. Mens jeg jobbet som oversykepleier ved avdelingen gjorde vi en opptelling over ett år og fant at minst 6 sengeplasser til enhver tid var opptatt av pasienter som skulle vært utskrevet til kommunal omsorg.

Riktignok kan man sørge for å ha en god dialog med kommunehelsetjenesten i distriktet og ha gode rutiner for uskriving av pasienter generelt, men jeg kan ikke se at dette på noen måte er tilstrekkelig. Sett fra mitt ståsted er det helt klart at noen kommuner må øke kapasiteten spesielt med tanke på sykehjems plasser slik at de er i stand til å hente ut de pasientene som er klare til å skrives ut fra sykehus innen rimelig tid. Jeg vil mene at rimelig tid må være innen maksimalt en uke fra varsel om utskrivingsklar pasient er gitt. At dette er

et omfattende problem for mange sykehus er rimelig klart all den tid staten har vært nødt til å gi en forskrift omkring de utskrivingsklare pasientene.

Denne forskriften gir også sykehusene en mulighet til å kunne ta betalt fra kommunen for de pasientene som ikke får et tilbud innen en viss tid. Klare man å få gjort noe med dette problemet vil det ha en rekke positive virkninger. Det viktigste er naturligvis at det blir lettere for pasienter som trenger behandling ved Geriatrisk avdeling å komme inn. Dette vil bety at man får hjulpet flere pasienter enn i dag. Dette vil i sin tur kunne føre til at personellet som jobber ved avdelingen vil oppleve at de i større grad får gjort det de er der for å gjøre, gi et spesialisthelsetilbud til de gamle. Jeg mener det er grunn til å anta at dette vil virke motiverende i forhold til å søke seg til en jobb ved Geriatrisk avdeling og sannsynligvis også vil man ved å øke tilfredsheten i hverdagen kunne sørge for at flere blir værende ved avdelingen.

Men som sagt forutsetter dette at flere instanser utenfor avdelingen setter handling bak ordene når de sier at man skal satse på helsetjenester for eldre. Det må helt andre ting enn ord til hvis man skal få gjort noe med rekrutteringssituasjonen for Geriatrisk avdeling.

Når det er sagt er det også klart at det også er forhold som ut i fra det mine informanter har kommet frem med som Geriatrisk avdeling selv kan og må gjøre noe med.

9.2. Forhold innen avdelingen.

Jeg vil her starte med avdelingens første møte med fremtidige geriatere, medisinstudentene. Stort sett er det avdelingens inntrykk at studentene har en positiv oppfatning rundt den undervisning avdelingens personell gir til medisinstudentene. (Vedlegg 3.) Men slik jeg ser gir denne også grunn til å opprettholde et klart fokus på denne undervisningen og hele tiden evaluere og fornye den. Jeg vil i tillegg foreslå at man i de møtene med studentene tar inn i undervisningen og er tydelig på de verdier avdelingen og geriatrien som sådan bygger på. I dette vil også engasjementet for de gamle pasientene komme frem, noe i alle fall jeg selv opplevde som viktig i min egen veg mot å bli interessert i

geriatri (jfr. Kap 2). Jeg mener også det er viktig å formidle den optimisme avdelingen bygger på i forhold til den gamle pasienten istedenfor å fokusere på det som måtte være negativt. Jeg tenker at det har betydning for det inntrykket studentene blir sittende igjen med i forhold til gamle pasienter.

9.2.1. Fokus på faget geriatri.

Tilbakemeldingene fra informantene er tydelig på at det er *faget* og *faglig interesse* som står i fokus for legene når de står overfor valg av spesialitet, og i forhold til å bli i den spesialiteten de har valgt. *Faglighet* er betegnelsen jeg vil bruke på det kunnskapsbaserte innholdet i helsevesenet. Legenes profesjonelle virksomhet bygger på å forstå kroppens og sinnets struktur og funksjon, på å benytte teknologiske fremskritt og på å ta i bruk nye legemidler som forbedrer mulighetene både for forebygging og behandling.

I møtet med pasientene ligger de faglige utfordringene som spesialistkandidatene finner interessante, spennende og attraktive, og gjennom pasientbehandlingen får de tatt i bruk sine ferdigheter og vist hvorvidt de mestrer situasjonen. I dette ligger det at geriatrien, og Geriatrisk avdeling spesielt må være bevisst på dette og synliggjøre de gamle pasientene og deres spesielle situasjon og behov. De som har et veiledningsansvar overfor spesialistkandidater ved avdelingen har en viktig oppgave i forhold til dette. Det er i den sammenheng også viktig at man er klar på de verdier faget bygger på.

Medisinsk forskning, systematisk kunnskapssammenstilling og anvendelse er et av kjerneområdene i legenes virksomhet og de ønsker utfordringer innefor dette. Jeg har vist at den faglige interessen i første instans oppfattes som 'personlig interesse' av den enkelte og det blir dermed viktig for den enkelte å velge spesialitet ut fra disse. Det betyr at man må legge vekt på å bli kjent med nye leger som kommer inn i avdelingen for å kunne se om dette er en person som kan tenkes å ha eller få den interessen og engasjementet i forhold til de geriatiske pasientene som er nødvendig for gripe faget på en god måte. Jeg vil mene at de som *ikke* ser faget og pasientene på en god måte ikke bør rekrutteres til å arbeide med gamle. Vi må med andre ord legge vekt på den enkeltes *egnethet* i tillegg til å vurdere deres faglige styrker og svakheter. Slik jeg tenker rundt dette mener jeg det er på mange måter er lettere å jobbe med å

styrke de faglige ferdighetene enn det vil være å jobbe med ens verdier og holdninger. Selv om det naturligvis også er slik at man også utvikler sine verdier og holdninger hele livet. Men i såpass voksen alder er det sjeldent at man *endrer* holdninger. De vil snarere *modnes* og utvikles.

I intervjuundersøkelsen var det ikke så mange som la vekt på muligheten for å kunne forske når de valgte spesialitet. Men flere la vekt på dette med en høy faglig standard. Slik jeg ser det er høy faglig standard i neste omgang helt avhengig av forskning. Forskning må være en naturlig og prioritert del av virksomheten i avdelingen. Fra det geriatriske miljøet i Trondheim ble det av alle nevnt at det er viktig *at* det forskes der de jobber. Dette gir en opplevelse av å være i en dynamisk og ambisiøs avdeling noe som oppfattes som positivt.

9.2.2. Videreutvikling av utdanningsplan.

Det er en forutsetning fra spesialistkomiteens side at utdanningsavdelinger har en plan for leger under spesialistutdanning. Utsagnene fra informantene ved Geriatrisk avdeling viser at det er behov for å videreutvikle denne utdanningsplanen. Spesielt gjelder dette behovet for å fordele ansvar blant de som allerede er spesialister ved avdelingen. At det er tilstrekkelig med spesialister til enhver tid som kan være tilstede for spesialistkandidatene kommer også klart frem som viktig. En utdanningsplan for avdelingen må slik arbeidsgruppen så det inneholde disse momentene:

Den bør inneholde avtalefestet rett til rotasjon mellom ulike avdelinger i sykehuset og/eller ved andre sykehus som sikrer fullverdig spesialistutdannelse.

Klare kriterier for tildeling av kurs for spesialistkandidater.

Sikre tilbud om geriatrikurs, også internasjonale kurs.

Sikre at internundervisningen dekker de tema og har det omfang spesialistkandidatene trenger.

Forholdene må legges til rette slik at utdanningskandidater kan drive forskning i løpet av spesialiseringen.

9.2.3. Rollemodeller

Det bør også jobbes aktivt blant etablerte geriaterne med sikte på å skape og vedlikeholde den personlige kvaliteten knyttet til deres funksjon som rollemodeller. Rollemodellen er en person med *entusiasme* for faget og et engasjement overfor de nye kandidatene. En de kan diskutere faglige dagsaktuelle problemstillinger med som også er et medmenneske og gir dem den emosjonelle støtten de trenger i kandidatsituasjonen. På denne måten får de nye perspektiver på geriatriet i samarbeid med engasjerte og tilstedeværende overleger innenfor en ramme som oppleves som støttende. Det er svært viktig at spesialistkandidatene ikke føler at de blir overlatt for mye til seg selv samtidig som at de også får faglige utfordringer på det nivået de er i sin spesialisering.

Her vil det også kunne drøftes *hvordan* behovet for emosjonell støtte hos spesialistkandidatene kan ivaretas på best mulig måte lokalt. De ønsker ikke å bli "stående alene" med vanskelige avgjørelser på pasientens vegne, slik at det er behov for bedre kollegialt samarbeide i legegruppen og å bedre det tverrfaglige samarbeidet med andre yrkesgrupper. Igjen vil jeg understreke hvor viktig det blir fremover at man har en klar og tydelig ledelse som er tilstede i hverdagen. Det må være ledelsens ansvar å legge premissene for ivaretagelsen av spesialistkandidatene. Likeså må ledelsen legge forholdene til rette i hverdagen slik av de gode rollemodellene gis anledning til å være nettopp det. Skal de ha en slik pedagogisk funksjon må de også få tid sammen med de ferske spesialistkandidatene slik at de kan gå inn i *mesterrollen* overfor *novisene* i faget. I denne relasjonen mellom "mester" og "lærling" vil det ligge godt til rette for spesialistkandidatene å få den støtten de trenger både faglig og personlig. Men dette forutsetter at det settes fokus på veiledning, at det er egnede lokaler for møtevirksomhet og internundervisning og at avdelingen har et godt tverrfaglig miljø som gir et faglig løft for *hele* avdelingen. Ledelsen *sammen med* overlegekollegiet har et ansvar for dette.

Fremtiden for geriatrisk avdeling vil ikke være fri for utfordringer, men disse er ikke uoverkommelige. Klarer avdelingen å mobilisere en samlet innsats mot et felles mål er det mulig å nå disse. Selv om det er mye man ikke får gjort noe

med på kort sikt finnes det en entusiasme i avdelingen både for faget, for pasientene og for hverandre som kolleger som jeg mener er en stor ressurs. Det er bare om å gjøre å få frigjort ressursene så de kan settes inn målrettet mot et felles mål.

9.3. Avslutning og oppsummering.

Denne hovedfagsoppgaven har handlet om hvilke grunner leger har for å velge spesialitet generelt, og geriatri spesielt. Målet har vært å se om jeg kunne finne om det kunne være noen forskjell i så måte mellom de som har valgt geriatri og de som ikke har det.

Jeg startet med å gjøre greie for faget og min veg inn i dette. Dette er som sagt min forståelseshorisont. I denne forståelseshorisonten inngår også mine metodiske og vitenskapsteoretiske overveielser og refleksjoner. Ut i fra dette har jeg gjort et forsøk på å få tak i informantenes grunner for sine valg.

Ved første øyekast, hvis man bare ser på tallene er det ikke det. Bortsett fra verdiaspektet og de som hadde gjort et omvalg. Men bak tallene er det klare forskjeller slik jeg ser det. Når informantene betoner "faglig interesse" er denne forskjellig for de som har valgt geriatri. Likeså når det gjelder "medisinsk faglig profil". Det er mitt inntrykk at det er de informantene er som *personer* som i stor grad ligger til grunn for de valgene de gjør. Grunnene til valgene synes å ligge i de verdier og holdninger man har med seg. Man velger en spesialitet som "passer for meg."

Den tydeligste forskjellen mener jeg allikevel jeg fant i det omvalget noen av informantene hadde gjort og i det at de så tydelig uttrykte at "dette handler om verdier". I undring over hva som kunne ligge i disse verdiene og holdningene kunne jeg ikke unngå å komme inn på Kari Martinsen og K. E. Løgstrup og deres tanker rundt det som er kjerneverdier i geriatri faget. Møtet med den skrøpelige gamle pasienten som i tillitt til at vi skal ta vare på henne møter henne på en omsorgsfull måte.

Til slutt i oppgaven har jeg forsøkt å se fremover for Geriatrisk avdeling og kommet med noen anbefalinger på bakgrunn av det jeg har funnet gjennom mitt arbeide. Her har jeg tatt for meg både forhold avdelingen selv råder over og forhold som ligger utenfor avdelingens egen beslutningsområde.

Av forhold som ligger utenfor avdelingens beslutningsområde er mange korridorpasienter, for liten sengekapasitet, vanskeligheter med å få skrevet ut pasientene og mangel på høvelige arealer viktige områder å få gjort noe med og som krever innsats på et overordnet plan i forhold til offentlige myndigheter lokalt og sentralt.

Av mer interne forhold er et sterkere faglig fokus på geriatri som fag sentralt. Dette gjelder både i selve pasientbehandlingen, undervisning i og utenfor avdelingen, videreutvikling av utdanningsplan og fokus på betydningen gode rollemodeller har både som rekrutterings og stabiliseringstiltak. Og sist men ikke minst er det viktig å ta vare på det engasjementet og den entusiasmen som finnes i avdelingen og bygge videre på den.

Selv opplever jeg at arbeidet med denne hovedfagsoppgaven *har* gitt meg en større forståelse for hvilke grunner legene legger vekt på når de står overfor det å skulle velge spesialitet enn jeg hadde før jeg tok fatt på dette temaet. Ikke minst ser jeg at det er mer komplisert og sammensatt enn jeg i utgangspunktet trodde. Det finnes ikke noen enkelt svar eller noen enkle tiltak man kan sette inn for å bedre situasjonen.

For de mange pasientene som trenger hjelp fra Geriatrisk avdeling i dag og i fremtiden er det viktig at avdelingen lykkes. Da vil vi kunne synge "fritt etter"
Halvdan Sivertsen: "*Vi vil leve lenge vi, for gammel vil vi **alltid** bli*"

Litteraturliste

Album D. "Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje," Tidsskrift for den norske Lægerforening, 1991; 111 s.1127-1133

Beaucamp T. L. og Childress J. F. "Principles of biomedical ethics." Oxford University Press, Oxford 2001

Benner P. "From novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice." Menlo park California 1984

Blaikie N. "Approaches to social enquiry" Polity Press, Cambridge 1995.

Christoffersen J. "Midtnorsk pilotprosjekt for spesialisering i geriatri." Geronius. 2005; 2: 6-7

Dale E. L *Pedagogisk filosofi*, Ad Notam Gyldendal, Oslo 1992

Den Norske Lægeforening "Når du blir gammel og ingen vil ha deg." Oslo, årstall ikke oppgitt

Fossåskaret E., Fuglestad O. L. og Aase T. H. (red.) "Metodisk feltarbeid". Universitetsforlaget, Oslo 1997

Gjerdberg E. "Gender similarities in doctors' preferences – and gender differences in final specialisation" Social Science & Medicine 2002;54: 591-605

Gorenflo D.W. et al. "A Multivariate Model for Specialty Preference by Medical Students" The Journal of Family Practice 1994;39(6): 570-576

Grimen N. og Gilje H. "Samfunnsvitenskapens forutsetninger" Universitetsforlaget, Oslo 1995

Handlingsplan i Geriatri 2004-2010 i Helse Nord. Bodø. 2004

Hellevik O. "Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap." Universitetsforlaget, Oslo 1993

<http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=1&subid=0> /
[Legeforeningen](#) / [Legestatistikk](#) / [Spesialiststatistikk](#) /

Høgset G. Geriatri, "status og formidling: en spørreundersøkelse blant sykepleiere med videreutdanning i geriatri". Bergen: Geriatrisk senter i Hordaland, 1998

Jensen K. (red) "Moderne omsorgsbilder". Ad Notam Gyldendal forlag, Oslo 1990

Kjær Jensen M. "Kvalitative metoder i anvendt samfunnsforskning" København.1991

Kvale S. "Det kvalitative forskningsintervju." Ad Notam Gyldendal, Oslo 1997

Løgstrup K. E. *Norm og spontaneitet.* København. 1972

Løgstrup K. E. "Den etiske fordring." København. 1956

Laake K. "Geriatrici i praksis". Gyldendal Norsk forlag. Oslo 2003

Markert R. J. "Why medical students change to and from primary care as career choice"; *Family Medicine* 1991; 23: 347-50

Martinsen Kari, "Fenomenologi og omsorg, tre dialoger". *Tano Aschehoug Oslo* 1996

Martinsen K. "Omsorg, sykepleie og medisin" Universitetsforlaget, Oslo 2003

Rabinowitz, H. K. "The change in preference by medical students over time: an analysis of students who prefer family medicine", *Family Medicine* 1990;22:62-3

Saltvedt I,m.fl: Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. *Journal of American Geriatrics Soc* 2002; 122:819-822.

Schafer S. et al. "Rejecting Family Practice: *Why Medical Students Switch to Other Specialities*" *Family Medicine* 2000; 32(5): 320-325

Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) "Helsetjenester og gamle – hva er kunnskapsgrunnlaget? En vurdering og formidling av internasjonale litteratur-oversikter. 2003

Statens Helsetilsyns utredningsserie nr.7-99 "Gamle i sykehus"

Skjervheim H. "Filosofi og dømmekraft" Universitetsforlaget, Oslo 1992

Taylor C. "Interpretation and the science of Man" *Philosophy and Human Sciences, Philosophical Papers 2.* Cambridge University Press, Cambridge 1985

Wadel C. "Feltarbeid i egen kultur" *Seek A/S, Flekkefjord* 1991

Wright B. et al. "Career choice of new medical students at three Canadian universities: family medicine versus specialty medicine" *JAMC* 2004;170(13): 1920-1924

APPENDIKS

Vedlegg 1	
NAVN	SPESIALITET

Til orientering

Helse Nord skrev "Handlingsplan i Geriatri" og kommer med en rekke anbefalinger for å styrke geriatrifaget i vår region. Geriatriisk avdeling har iverksatt fem ulike prosjekter denne vinteren i tråd med handlingsplanen. Det ene delprosjektet fokuserer på hvorfor leger velger å spesialisere seg i geriatri og hva som understøtter at de fullfører denne spesialistutdanningen.

I denne forbindelse skal vi gjøre en kartlegging i form av intervju. Planen er å intervju medarbeidere i vår egen avdeling, samt medarbeidere i tre andre UNNavdelinger og ved en annen geriatriisk avdeling.

Vi intervjuer både personer som nylig har fullført spesialisering og noen som er i gang med spesialisering, totalt 20 personer.

Intervjuene vil også inngå som en del av datasamlingen til hovedfagsoppgave i pedagogikk

Vi tar notater underveis i intervjuet, og vil gjerne bruke lydband også.
Din avdeling vil få forelagt rapporten fra undersøkelsen.

Informasjonen du gir, søkes presentert slik at den ikke kan knyttes til deg.
I forhold til hovedoppgaven legges det klausul på dataene. (Hovedoppgaver er offentlige)

Alle informanter har – når som helst i prosessen- anledning til å trekke seg fra undersøkelsen.

Intervjuet vil ta en time.

Spørsmål?

1. Hva er din viktigste grunn til at du valgte å spesialisere deg i
2. Hvilke andre grunner hadde betydning for ditt valg av spesialitet?
Grader fra 0 - 10, der 0 er "uten betydning" og 10 er "avgjørende betydning"

Personlig interesse
Eksempel; trekk ved personlighet

Erfaring som student
Eksempel; Veilederen ga et godt inntrykk

Sosial påvirkning
Eksempel; Status som faget har

Medisinsk-faglig profil
Eksempel;-Helhetlig tilnærming
-Blålys

Private forhold
Eksempel; omsorgsansvar og vaktbelastning

Forhold ved den aktuelle avdeling
Organisering;
Tilrettelegging for kurs

Forhold ved den aktuelle avdeling
Gode relasjoner:
opplevelse av å være verdsatt

Annet

3. Velg noen drivkrefter som har hatt betydning for valget ditt?

Trekk ved min personlighet. Jeg liker...(1)	Familien min (5)	Status, intellektuelt innhold/utfordring (3)	"Stilen" på den aktuelle avdelingen (4)	Kjønn. Sosial arv? Forpliktelse i familie? (1)	Jeg har en identitet knyttet til....avdeling, relasjoner der betyr mye for meg(6)	Erfaring med spesialister under utdanning; veiledning (2)
Holdninger hos kullinger, kollegaer, folk rundt meg(3)	Oppfatning av avdelingen; forhold klinikk-undervisning-Forskning (4)	Pasientgrunnlaget ligger godt til rette for spesialiseringen(7)	Variasjon i arbeidsdagen, er dette en avdeling som ekspanderer? (4)	Fritidsinteresser (5)	Opplevelse av å være verdsatt/viktig ved avd (6)	
Jeg er idealist, dette handler om verdier (1)	Erfaring av fagområdet under studiet (kvalitet på undervisning) (2)	Mine holdninger i ulike medisinske spørsmål (3)	Jeg opplever en indre lojalitet med den aktuelle faggruppe (4)	Avdelingen koordinerer oppgavene i tråd med spesialiseringsløpet mitt (7)	Faglig interesse (1)	
Lønn, forventet inntekt (3)	Jeg har en supervisjon som er viktig (7)	De preferanser jeg hadde ved oppstart av studiet, var opprettholdt el styrket ved avslutning av studiet(2)				Jeg går i mine foreldres fotspor (1)
Sliites mellom ulike verdier (5)	Erfaring rundt valgfri oppgave (2)					
Stedet for min grunnutdanning har påvirket valget (pga innhold i studiet der)(2)	Geografi- stedet for spesialisering (5)	Viktig for meg å jobbe i sykehus (4)			Avdelingen har markedsført seg på en måte jeg liker (6)	Her har jeg en emosjonell støtte som er viktig(7)

4. Hvordan blir du som spesialistkandidat ivaretatt?

5. I ditt daglige virke som spesialistkandidat; Hvilke dimensjoner har betydning?

Emosjonell støtte	Pasient grunnlag	Koordinering	Faglig veiledning	Annet
Eksempel; Oppmuntrende kommentarer	Eksempel; God tilgang på ulike pasientgrupper jeg må arbeide med	Eksempel; Internundervisningen planlegges i tråd med de tema jeg har behov for	Eksempel; Min veileder tar initiativ til veiledning og gir nyttige tilbakemeldinger Ansvarlig overlege gir veiledning jevnlige	
Jeg får oppmuntrende kommentarer	God tilgang på ulike pasientgrupper jeg må arbeide med	Det legges til rette for deltakelse på eksterne kurs	Min veileder i avdelingen gir nyttige tilbakemeldinger	
At jeg bestemte meg for denne spesialiteten ga meg en annen status i kollegiet	Høy gjennomstrømming av pasienter	Det er utarbeidet god utdanningsplan lokalt, de har prosedyre for mottak av ny kandidat	Jeg opplever at veilederen arbeider systematisk med min spesialisering	
Jeg får personlig oppfølging		Jeg får ofte arbeidsoppgaver ifht utdanningsplan	Veilederen har pedagogisk innsikt/ kompetanse til å drive veiledningen slik at jeg har utbytte av den	
Jeg opplever meg verdsatt i avdelingen		Hele spesialiseringen hviler på mitt eget initiativ	Veilederen har satt av tid og veiledningen kan skje skjermet fra andre gjøremål	
Jeg får personlig veiledning		Internundervisningen planlegges i tråd med de tema jeg har behov for		
		Jeg skjernes for pasientarbeid og gis derved mulighet til forskning		
		Det settes av tid til faglig fordypning, god tilgjengelighet på litteratur, pc tilgjengelig o.l		

6. Velg de to dimensjonene som var viktigst for deg. Hvordan vil du karakterisere din tilfredshet med disse?

Emosjonell støtte	Pasientgrunnlag	Koordinering	Faglig veiledning	Annet
-------------------	-----------------	--------------	-------------------	-------



7. Når foretok du valget?

Før studiestart I studietida (inkl turnus) Etter grunnutdanning



Vedlegg 2.

NN.

Avdeling/Sykehus

Forespørsel om intervju

Helse Nord skrev "Handlingsplan i Geriatri" og kom med en rekke anbefalinger for å styrke geriatrien i vår region. Geriatrisk avdeling har iverksatt fem ulike prosjekter denne vinteren i tråd med handlingsplanen. Det ene delprosjektet fokuserer på hvorfor leger velger å spesialisere seg i geriatri og hva som understøtter at de fullfører denne spesialistutdanningen.

I denne forbindelse gjør vi en kartlegging i form av intervju. I tillegg til medarbeidere i egen avdeling, intervjuer vi medarbeidere fra tre andre UNN-avdelinger og ved en annen geriatrisk avdeling. Vi trenger både å snakke med leger som nylig har fullført spesialisering og leger som er underveis i en spesialisering.

Intervjuene vil også inngå som en del av datasamlingen til hovedfagsoppgave i pedagogikk

Vi ber med dette om å få intervju deg

---- XX/XX kl. XX.XX
sted: _____

Intervjuet varer ca en time, og ledes av Trine Storjord og Stein P. Antonsen. De tar notater underveis i intervjuet, og vil gjerne bruke lydbånd også. Du vil få forelagt rapporten fra undersøkelsen, og inviteres til drøfting av konklusjonene.

Informasjonen du gir, søkes presentert slik at den ikke kan knyttes til deg. I forhold til hovedoppgaven legges det klausul på dataene. (Hovedoppgaver er offentlige)
Alle informanter har – når som helst i prosessen - anledning til å trekke seg fra undersøkelsen.

Vi håper du vil sette av tid til intervjuet, og ber deg ta kontakt med *prosjektleder* for å bekrefte avtalen /evt endre tidspunkt / avlyse.

Med vennlig hilsen

Sigurd Sparr
Avdelingsoverlege

Heidi Aarmo Lund
Prosjektleder

Heidi.aarmo.lund@unn.no

Vedlegg 3

Sluttrapport for evaluering av Geriatriondervisning i "Livsløpskurset" for medisinerstudenter Høsten 04

Bakgrunn

"Handlingsplanen i geriatri" hadde en rekke konkrete anbefalinger, flere var knyttet til hvordan man rekrutterer leger til geriatri. I denne sammenhengen utfordret Handlingsplanen Geriatrisk avdeling til å se nærmere den undervisningen man gir i det såkalte "Livsløpskurset".

Det er viktig å poengtere at uten en lokal motivasjon, er en slik evaluering meningsløs.

De ansatte i Geriatrisk avdeling delte handlingsplanens forståelse av at det første møtet med medisinerstudenten er viktig. *PMID 1884927*

Videre hadde avdelingen vilje til selvevaluering og til forbedringsarbeid.

Det er viktig å poengtere at dette er et utviklingsarbeid, og ikke noe forskningsprosjekt.

Arbeidsprosess

Arbeidet ble organisert som et delprosjekt, der lederteamet godkjente prosjektplan og sammensetning av arbeidsgruppe.

Prosjektleder startet med to oppgaver tidlig på høsten;

- Hvordan gjennomfører andre medisinske fakultet kursevalueringer?
- Hva er skrevet om slike kursevalueringer (Tidsskriftet nr 16,2004;124:2100-3.....)

Umiddelbart før Geriatridelen skulle påbegynnes, ble det gjort to kartlegginger;

- Tre undervisere ble intervjuet om sine mål for undervisningen
- Seks studenter ble intervjuet om sine forventninger til kurset

På bakgrunn av utsagn fra disse to kartleggingene, utviklet vi så et spørreskjema.

Dette ble forelagt en samlet legegruppe i møte 09.11.04.

Teknisk gjennomføring ble lagt tilrette av Kompetanseavdelingen, UNN.

Skjemaet ble pilottestet av studenter(tidsbruk + evt uklare formuleringer)

Fakultetet la skjemaet ut på studentenes mailadresse/ClassFronter den dagen siste geriatrforelesning ble avviklet(18.nov).

Fristen for studentene til å respondere ble forlenget pga dårlig svarprosent.

Avdelingen fikk de bearbejdede data fra Kompetansesenteret i januar.

Legegruppen gjennomført et drøftingsmøte medio februar; Hvilke endringer vil avdelingen gjøre med neste års undervisning?

Konklusjonene fra denne drøftingen ble bibrakt studentene umiddelbart da det er viktig at vi ikke bidrar til en redusert motivasjon for deltakelse i evalueringer.

Spencer: Learning and teaching in the clinical environment. BMJ 2003;326:591-4

Resultater

Hva trodde vi på forhånd?

- At studentene ville være tålig fornøyd med foredragene
- At de ville synes tre timer uketjeneste var altfor lite
- At logistikken rundt uketjenesten var vanskelig

- At studentene har begrensede kliniske ferdigheter
- Vi lurte på om studentene er interessert i mer ProblemBasertLæring (eller er dette lagt helt dødt ?)

Hva svarte studentene?

(- Det var bare ca 23 % av studentene som svarte. En forklaring på dette er at studentene påfølgende dag skulle starte i valgfri praksis. Noen hadde reist og mange hadde fokus på det som lå foran.)

- Studentene synes ikke de får tema og kompendier god tid i forveien. Vi får dem heller ikke til å styrte til lesesalen.
- De synes de har fått nye tanker om geriatri og synes faget er faglig utfordrende, men samtidig har de ikke blitt overbevist om at rehabilitering av eldre nytter. De er heller ikke sikre på hvor de henvender seg med
- Forelesningene virker praktisk orientert på studentene, de oppfatter at dette er matnyttig stoff for en ferdigutdannet lege
- De opplever at uketjenesten er en praktisk og reell pasientsituasjon, men at tre timer er for lite
- Flere er usikre på det å forholde seg til demente personer
- Studentene har ikke oppfattet at avdelingen vektlegger konkret veiledning av den enkelte
- Det er uaktuelt å velge geriatri som tema for femteårsoppgave
- De som svarer har en entydig opplevelse av at elektroniske spørreskjema er positivt

Oppmøte klinisk undervisning

Avdelingen registrerer at det er bare 60 % av studentene som møter til uketjeneste. Dette er ikke spesielt for geriatrifaget, men er uansett bekymringsfullt.

Hva vil avdelingen gripe fatt i?

- Vi tar studentenes signal om at Livsløpskurset er rotete på alvor, og vil drøfte dette med våre samarbeidsparter
- Vi opplever studentenes tilbakemelding som en viktig spore til å diskutere undervisningen vår videre, og skaffe oss mer kjennskap til andre studiesteders geriatriundervisning
- Vi har et soleklart potensial når det gjelder å få lagt ut forelesningsnotatene i god tid i forveien.
- Vi er bekymret for at vi ikke overbeviser om at det nytter å drive rehabilitering av eldre. Her må vi bli tydeligere!
- Vi erfarer at det er for seint å motivere studentene på 4.året til å velge geriatriisk tema på valgfri oppgave. Her må vi "på banen" tidligere!
- Vi er glade for at mange opplever uketjenesten som nyttig, men stiller spørsmål ved en fram møteprosent på ca 60 %? Vårt mål er å kunne tilby flere timer, men det er også viktig for oss å møte flest mulig av studentene.