



UIT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Det helsevitenskapelige fakultet

Institutt for helse- og omsorgsfag

Personsentrert omsorg i sykehjemsavdelinger.

- Avdelingsleders balansekunst- forutsetninger og utfordringer.

Siri Stensjø Zakariassen

Masteroppgave i helsefag. Studieretning aldring og eldreomsorg.

7. Mai 2019.

Antall ord: 18824



Innholdsfortegnelse

Forord.....	5
Sammendrag.....	6
Summary.....	7
1.0 INNLEDNING.....	8
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	8
1.2 Studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål.....	10
1.3 Begrepsavklaringer.....	11
1.4 Oppgavens oppbygning.....	11
2.0 TEORETISK PERSPEKTIV.....	13
2.1 Personsentrert omsorg.....	13
2.2 Sykehjem i Norge.....	15
2.2.1 Mennesket som bor på sykehjem.....	16
2.3 Avdelingsleder i sykehjem.....	16
2.3.1 Avdelingsleders rolle i å støtte en innføring.....	17
2.3.2 Avdelingsleders organisatorisk kompetanse.....	19
3.0 TIDLIGERE FORSKNING.....	20
4.0 METODE.....	22
4.1 Valg av forskningsmetode.....	22
4.2 Intervju.....	25
4.3 Forforståelsen.....	27
4.4 Valg av informanter.....	28
4.5 Gjennomføring av datainnsamling og rekruttering.....	28
4.6 Ethiske overveielser.....	29
4.7 Transkribering og analyse av data.....	31
4.8 Metodekritikk.....	34
4.8.1 Å forske i egen kultur.....	35

5.0 STUDIENS FUNN.....	36
5.1 Hva skal til for å få personsentrert omsorg som en omsorgsfilosofi i sykehjemsavdelinger?	36
5.1.1 Vi trenger engasjementet og drivkraften hos ledelsen og lederne.	36
5.1.2 Vi trenger gode systemer.....	37
5.2 Hvilke kunnskaper, verktøy og arbeidsmåter trengs for å få personsentrert omsorg innført som en arbeidsmåte?	38
5.2.1 Vi trenger kompetansen.	38
5.2.2 Vi trenger menneskelig kompetanse	39
5.2.3 Vi trenger et mulighetsrom og ressurser.	39
5.3 Avdelingsledernes utfordringer for å få til personsentrert omsorg i sykehjemsavdelinger.	40
I dette kapittelet presenteres de 5 viktigste funnene som omhandler: Tid, Å være» mellom barken og veden «, to ulike livsverdener, personsentrert omsorg- et moteord? Og de sykeste er taperne.	40
5.3.1 Tiden er den store fienden.	40
5.3.2 Følelsen av å være mellom barken og veden.	41
5.3.3 Følelsen av å leve i en «drømmeverden».	41
5.3.4 Personsentrert omsorg - et moteord?.....	41
5.3.5 De sykeste eldre er taperne i kommunen.	42
6.0 DISKUSJON.	43
6.1. Kompetanse er avgjørende.	43
6.1.1 Avdelingslederens kompetanse	43
6.1.2 Ansattes kompetanse.	44
6.2 Tiden er fienden	47
6.3 Å være mellom «barken og veden».....	49
6.4 Funn som overrasket meg. Nye kunnskapshull?	50
6.4.1 De sykeste eldre er taperne.....	50

6.4.2 Personsentrert omsorg- et moteord?.....	51
7.0 REFLEKSJON, KONKLUSJON OG AVSLUTNING.	52
REFERANSELISTE	57
Vedlegg 1.NSD Personvern	61
Vedlegg 2 Forespørsel om å gjennomføre masterprosjektet.....	62
Vedlegg 3 Vil du delta i forskningsprosjektet.....	64
Vedlegg 4 Intervjuguide.....	67

I glemselens strie land.

Vi arbeider blant mennesker i glemselens strie land, blant dem som titt er innom en fjern og fremmed strand.

De føler ofte uvisshet - «Hvor skal jeg? Hva skjer nå?» - men ofte er det spørsmål som vi kan svare på.

Så innimellom skjer det at vi ikke kan gi svar, og ord blir bare tomhet som ingen mening har.

Et vennlig grep om hånden, en stemning som er god, kan da formidle trygghet og gi en egen ro.

Og de som har sin kjære her på vårt aldershjem, kan gi oss viktig lære fra slik de husker dem, en lære vi kan bruke øyeblikkets NÅ, og slik få til et fellesskap rundt ting de kan forstå.

Alt som er langt tilbake, det huskes aller best -små hendelser i livet fra hverdag og fra fest.

Vi ønsker å gi alle vår omsorg og respekt, men også midt i alvor ta tid og ha det kjekt, en dans på stuegulvet, et smil og kanskje klem, men se hvert enkelt ønske og trå svært varsomt frem.

Visst har vi det for travelt, visst feiler vi i blant, og ubehaget tynger når tid vi ikke fant.

Vi ser jo vår begrensning, vår arbeidsdag går fort, og mangt av det vi ville det fikk vi ikke gjort.

Men når et ansikt sprekker i godt og kjærlig smil, det gleden i oss vekker og overskudd blir til - det er små trolldomsstunder der tiden gjør et hopp, i slike små sekunder - ja, da står solen opp.

Forfatter ukjent

Forord.

Drivkraften etter å lære mer har gjort at jeg etter hvert fikk mulighet til å ta en masterstudie med et tema som engasjerer meg. Det var en modningsprosess å våge å sette i gang med dette arbeidet, men nå er jeg her, og er endelig i mål. Å skulle sjonglere avdelingslederrollen og studentrollen har vært tre krevende, men fantastiske år. Å lære mer om noe av det som engasjerer meg mest, har gitt meg større mestringfølelse om temaet, også i min rolle som avdelingsleder.

Det er så mange å takke. Først og fremst informantene som har bidratt så engasjerende og åpenhjertig. Uten dere hadde ikke denne oppgaven sett dagens lys.

En stor takk til min arbeidsgiver som har vært støttende hele veien, og som meg, forsøkt å se muligheter istedenfor hindringer for å nå målet.

Takk til mine kollegaer og mine ansatte som har forstått hvor viktig dette var for meg å gjennomføre, og som har heiet meg fram hele veien.

Takk til mine barn Maja og Joakim, til mine foreldre og venner for at dere har vært forståelsesfulle når døgnet ikke har hatt nok timer.

En stor takk til alle de flinke foreleserne som har så mye kunnskap i sin ryggsekk som de har videreformidlet så engasjerende. Mine medstudenter som har like, men også ulike erfaringer og som har vært gode med- veiledere gjennom hele studiet og i hele prosessen. Vi har delt mye gråt og latter, ja vi har virkelig gitt personsentrert omsorg til hverandre.

Sist, men ikke minst min veileder Toril Agnete, som har vært utrolig forståelsesfull og støttende, og veiledet og vist lykte langs min vei for å forsøke få meg trygt inn til en sikker havn.

Tromsø, 7 mai, 2019.

Siri Stensjø Zakariassen.

Sammendrag.

Bakgrunn for studien:

Persontrent omsorg er et verdigrunnlag og en arbeidsmåte der det viktigste målet er å ivareta personverdet. Dette bør innføres i hele organisasjonen. Avdelingslederne på sykehjem er viktige rollemodeller i dette arbeidet. Hva er nøkkelen til å få til en god persontrent omsorg i sykehjemsavdelinger? Gjennom masterstudiet har jeg undret meg over hvordan avdelingslederne erfarer å innføre og støtte persontrent omsorg i sykehjemsavdelinger.

Problemstilling:

Hva skal til for å få persontrent omsorg som en omsorgsfilosofi og en arbeidsmåte i sykehjemsavdelinger? Hvilke kunnskaper, verktøy og arbeidsmåter trengs for å få til og støtte persontrent omsorg i sykehjemsavdelinger, og hvilken utfordringer kan man møte for å få til arbeidet med persontrent omsorg i sykehjemsavdelinger?.

Metode:

For å belyse mine forskningsspørsmål har jeg brukt en kvalitativ forskningsmetode. Metoden har vært fra et fenomenologisk og hermeneutisk perspektiv. Intervju av avdelingsledere på sykehjem er benyttet for å innhente data. Funnene er analysert ut ifra Malteruds metode for tekstkondensering, og drøftet med utgangspunkt i mitt teoretiske perspektiv, og annen forskning.

Konklusjon:

Studiene viser at avdelingslederens erfaringer med å støtte og innføre persontrent omsorg i sykehjemsavdelinger kan være utfordrende, og mulighetsrommet er lite for å systematisk arbeide med dette. Opplevelsen av å ikke strekke til tidsmessig er det som utfordrer mest med å være gode rollemodeller og faglig og emosjonell støtte til sine ansatte i dette innføringsarbeid. Studien viser også til noen funn som overrasket. De syke eldre er taperne i kommunen for å motta persontrent omsorg anser jeg som et viktig funn. Likeledes er om persontrent omsorg er et godt nok beskrivende ord? Eller oppfattes det som en av mange moteord som ikke er meningsbærende?

Nøkkelord: Persontrent omsorg, sykehjem, avdelingsleder, kompetanse, tid.

Summary.

Background:

Person-centered care is a value base and a working method in which the most important goal is to safeguard the personal value. This should be introduced throughout the organization. The department heads at nursing homes are important role models in this work. What is the key to achieving good person-centered care in nursing home wards? Through the master's program I have wondered how the department leaders experience introducing and supporting person-centered care in nursing home departments.

Thesis:

What is needed to get person-centered care as a care philosophy and a working method in the department? What knowledge, tools work methods are needed to get and support person-centered care introduced in the nursing home department, and what challenges can one face to get to work with person-centered care in the nursing home department?

Method:

To find answers to my research questions, I have used a qualitative research method. The method has been from a phenomenological and hermeneutic perspective. Interviews of departmental managers in nursing homes are used to obtain data. The findings have been analyzed from Malterud's method of text condensation, and discussed with my theoretical perspective, and other research.

Conclusion:

The studies show that department managers' experiences of supporting and introducing person-centered care in nursing home departments can be challenging, and the space available is small to systematically work on this. The experience of not stretching to time is what challenges most to be good role models and professional and emotional support for their employees in this work of introduction. The study also shows some findings that surprised. The sick elderly are the losers in the municipality to receive person-centered care, I consider an important finding. Likewise, whether person-centered care is a good enough descriptive word? Or is it considered one of many fashion words that are not meaningful enough?

Key Words: Person-centered care, nursing homes, department managers, expertise, time.

1.0 INNLEDNING.

I innledningen presenteres både bakgrunnen for valg av tema og hensikten med studien. Deretter presenteres studiens problemstilling, forskningsspørsmål og noen begrepsavklaringer. Til slutt i innledningen følger oppbyggingen med kapitler.

1.1 Bakgrunn for valg av tema.

Jeg er avdelingsleder på et av de større sykehjemmene i min kommune, og har den siste tiden opplevd et større fokus på personsentrert omsorg som en omsorgsfilosofi i sykehjemsavdelinger. Her skal det blant annet vektlegges respekt, verdighet, og å tillegne seg kunnskap til den enkeltes livshistorie samt å forstå utfordrende adferd som kommunikasjon av behov som ikke møtes. (Helsedirektoratet, 2019. Nr.1). Gjennom ulike avdelingsledermøter og arbeidsgrupper i min kommune har dette vært et gjennomgående tema. Personsentrert omsorg går som en rød tråd gjennom kommunens planlagte strategiplaner og handlingsplaner som er presentert på ulike møter og som er under utarbeidelse. Selv har jeg som leder erfart at du ofte står «mellom barken og veden» for å få til å sjonglere krav om god økonomistyring og krav om god kvalitet på tjenesten. Handlingsrommet kan være utfordrende å stå i. I mitt eget praksisfelt som leder på en avdeling for personer med demens, har gode arbeidsmåter og personsentrert omsorg vært mine ledestjerner, og mitt personlige engasjement for dette har alltid vært stort. I min rolle som avdelingsleder ser jeg at personsentrert omsorg i det daglige arbeidet, som en omsorgsfilosofi og et verdigrunnlag kan virke varierende. De ulike sykehjemmene og deres avdelinger har ulikt fokus på dette erfarer jeg. Det kan virke som noen har forståelsen på viktigheten av personsentrert omsorg mere enn andre. Det kan også virke som noen av de jobber personsentrert uten å vite om at det er den form av den type omsorg de faktisk gir. Andre virker å være veldig beviste på at det er personsentrert omsorg de gir.

Personsentrert omsorg et overordnet mål i kommunen jeg arbeider i. Dette gjennom nasjonale føringer i form av ulike nasjonale retningslinjer. Ut fra dette har det skapt en undring hos meg på hvordan vi som avdelingsledere får til personsentrert omsorg kommunen. Min erfaring som avdelingsleder tilsier at i en hektisk hverdag både for avdelingsleder og personal, kan det by på utfordringer for dette viktige innføringsarbeidet. Jeg erfarer også at den faglige forståelsen og kompetansen på dette temaet kan være varierende både hos ledelse og ansatte.

Jeg avslutter nå masterstudiet i Aldring og eldreomsorg der personsentrert omsorg og organisasjon, yrkesutøvelse og kvalitetsutvikling også har vært gjennomgående i undervisning og pensum. Med mastergradsprosjektet ønsket jeg å belyse fenomenet personsentrert omsorg som omsorgsfilosofi i sykehjemsavdelinger, og søke kunnskap om gode prosesser som kan fremme god personsentrert omsorg på sykehjem. Jeg ønsket å finne svar på min problemstilling for å få en økt forståelse på viktigheten av den form for omsorgstenkning i det daglige arbeidet for å kunne skape god personsent omsorg i sykehjemsavdelinger.

Det er også vedtatt i min kommune at vi skal bidra med å jobbe blant annet systematisk med personsentrert omsorg som er i tråd med det pågående pilotprosjektet Trygghetsstandard i sykehjem, som er i regi av Helsedirektoratet(2018. Nr.5) I Trygghetsstandarden er personsentrert omsorg også et gjennomgangstema gjennom hele det pågående kvalitet- og forbedringsarbeidet Trygghetsstandarden til slutt skal resultere i. Målet med Trygghetsstandarden er å redusere uønsket variasjon i opplevd kvalitet for pasienter og pårørende, og skal bidra til et felles rammeverktøy for sykehjem og kommuner. Innholdet i trygghetsstandarden bygger på gjeldende lovkrav til helse- og omsorgstjenestene, med særlig vekt også her på «*Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*» (Lovdata.no) og inneholder anbefalte verktøy og metoder som pilotkommunene skal benytte. Innholdet er videre strukturert etter Folkehelseinstituttets modell for kvalitetsforbedring (Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer om demens). Trygghetsstandarden er en forløper til ST: meldingen – Lev hele livet som trer i kraft i 2019. I denne stortingsmeldingen er Trygghetsstandarden ofte belyst, og Trygghetsstandarden har skapt nasjonal interesse.

Helsedirektoratets Nasjonale faglige retningslinjer om demens (Helsedirektoratet, 2019.Nr 1) inneholder faglige anbefalinger som gir en nasjonal standard, et hjelpemiddel og et virkemiddel for utredning, behandling og oppfølging av pasientgrupper eller diagnosegrupper. Ved å benytte denne omsorgsfilosofien kan man forebygge bruken av tvang, skape gode miljøtiltak som også kan redusere medikamentelle tiltak, tilrettelegge for trening og aktivitet for den enkeltes behov, skape gode ernærings situasjoner, og smerter og ubehag kan lettere fanges opp hos personer med demens.

«Personsentrert omsorg er en omsorgsfilosofi som må implementeres i hele organisasjonen. Den personsentrerte tilnærmingen bør være utgangspunktet for miljøbehandling, slik at miljøtiltak rettet mot enkeltpersoner og grupper er tilpasset deltakerne. Miljøbehandling innebærer aktiviteter og tilrettelegging av det fysiske og sosiale miljøet, slik at personer med demens kan opprettholde et selvstendig liv lengst mulig, ved å bedre kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter.» (Helsedirektoratet, 2019, Nasjonale faglige retningslinjer).

1.2 Studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål.

Hensikten og formålet med prosjektet var å undersøke avdelingslederens erfaringer og opplevelser med å støtte og innføre personsentrert omsorg i sykehjemsavdelinger. Dette for å få en økt forståelse, frembringe og utvikle kunnskap som i etterkant kan bidra til å utvikle gode forutsetninger, systemer og arbeidsmåter for ledere og ansatte som skal yte god og rett personsentrert omsorg. Dette vil igjen være til det beste for beboere på sykehjem. Min forskning kunne vise seg å støtte opp om tidligere forskning på dette området og at jeg finner kunnskapshull som det er verdt å se nærmere på med tanke på en videre og mer utvidet forskning på? Ved å studere dette kunne jeg kanskje få kunnskap om hvilke behov, faktorer, kunnskaper og verktøy man må tilegne seg for å få til en personsentrert arbeidsmåte. Jeg ønsket å finne ut av hvor langt kommunen sentralt er kommet i dette arbeidet, og om det spriker med praksisen på sykehjem. Med denne studien kunne jeg også få belyst hva som er utfordringen med å få til en personsentrert omsorgsfilosofi i sykehjemsavdelinger? Hva er nøkkelen der det eksisterer god personsentrert omsorg i sykehjemsavdelinger?

For å belyse temaet startet jeg opprinnelig med problemstillingen:

«Hvilke erfaringer har avdelingsledere med å implementere og støtte personsentrert omsorg som en arbeidskultur i sykehjemsavdelinger?»

For å kunne svare på problemstillingen ble videre mine forskningsspørsmål:

- Hva skal til for å få personsentrert omsorg som en omsorgsfilosofi og en arbeidskultur i sykehjemsavdelinger?
- Hvilke kunnskaper, verktøy og arbeidsmåter trengs for å få personsentrert omsorg implementert som en arbeidskultur i avdelinger?
- Hvilken utfordringer kan man møte for å få til arbeidet med personsentrert omsorg som arbeidskultur?

Allerede under intervjuene erfarte jeg at informantene syntes ordet arbeidskulturer var et vanskelig ord å definere og kategorisere. Arbeidskulturer trodde jeg ville bli et viktig begrep, men innså at det kanskje ikke var så relevant som jeg trodde. I tillegg erfarte jeg under prosessen at ordet implementering var et ord som ble alt for omfattende, og jeg valgte å ta det bort for å begrense oppgaven. Også videre gjennom hele prosessen med oppgaven erfarte jeg at arbeidskulturer ikke ble så relevant. Derfor valgte jeg videre i prosessen å endre min problemstilling ved å ikke ha med arbeidskulturer, og implementering ble byttet ut med innføring. Den nye problemstillingen ble da: «**Hvilke erfaringer har avdelingsledere med å støtte og innføre personsentrert omsorg i sykehjemsavdelinger?**»

Jeg måtte også da redigere mine forskningsspørsmål som da ble:

- Hva skal til for å få personsentrert omsorg som en omsorgsfilosofi og en arbeidsmåte i sykehjemsavdelinger?
- Hvilke kunnskaper, verktøy og arbeidsmåter trengs for å få personsentrert omsorg innført som en arbeidsmåte i avdelinger?
- Hvilken utfordringer kan man møte for å få til arbeidet med personsentrert omsorg som arbeidsmåte?

1.3 Begrepsavklaringer.

Personsentrert omsorg vil jeg beskrive under teorikapittelet.

Pasient er valgt når jeg beskriver den eldre som bor i sykehjem og vil bli konsekvent brukt i hele oppgaven.

Sykehjem vil bli nærmere beskrevet under teorikapittelet.

Sykehjemsavdeling er valgt som samlet begrep gjennom hele oppgaven.

Avdelingsleder er brukt når jeg beskriver informantene/ mellomleder gjennom oppgaven.

1.4 Oppgavens oppbygning.

I kapittel 2 vil jeg vise til teoretiske perspektiv og tidligere forskning. Her har jeg valgt teori om personsentrert omsorg, avdelingsledere i sykehjem, hva er sykehjem og sykehjemsbeboeren og organisatorisk kompetanse.

Kapittel 3 inneholder metodedelen hvor jeg viser mine valg av metoder. Her vil mitt

vitenskapsteoretiske perspektiv fremlegges og min bruk av metode for innhenting av datamateriale og analysert materiale. Jeg vil også beskrive vedrørende avveielser og utfordringer.

I kapittel 4 vil funnene presenteres, og overskrifter med sitater fra informantene.

Kapittel 5 omhandler drøfting av funn opp i mot teorien

Kapittel 6 inneholder refleksjon og avslutning.

2.0 TEORETISK PERSPEKTIV.

I dette kapittelet vil jeg vise til det teoretiske rammeverket for dette prosjektet. Jeg vil beskrive mitt teoretiske perspektiv og min bruk av relevant teori for denne studien. Deretter følger en presentasjon av teorier som har vært sentral i studien. Jeg har tatt utgangspunkt i noen av forfatterne som har vært relevant for min studie.

2.1 Personsentrert omsorg.

Å verdsette mennesker er helt sentralt i personsentrert omsorg. Og få yte personsentrert omsorg er i seg selv en personlig reise. Personsentrert omsorg er blitt et begrep i arbeidet rettet mot omsorg.

Personsentrert omsorg er et verdigrunnlag som anerkjenner menneskets absolutte verdi, uavhengig av funksjonsnivå eller alder. Noen forstår personsentrert omsorg som et verdigrunnlag, andre som individuell omsorg. Noen ser det som et fenomenologisk perspektiv, andre som en rekke metoder. (Brooker, 2013). Det viktigste målet med personsentrert omsorg er å bevare personverdet. Personverdet undergraves når man ikke tar hensyn til individets behov og rettigheter i omsorgsmiljøet og man kan risikere å få en «*ondartet sosialpsykologi*». Eksempler på dette kan være stigmatisering, nedvurdering, ignorering, for høyt tempo, trusler, umyndiggjøring og latterliggjøring. Det motsatte vil være å gi trøst, inkludere, støtte og respektere (Kitwood, 1999). Årsakene til ondartet sosialpsykologi ligger i samfunnsverdiene våre, og i omsorgsmiljøene vil denne form for verdimangel kunne gi et utslag i en ondartet sosialpsykologi. (Brooker, 2013).

Tom Kitwood (1999) var professor og har forsket mye på demensomsorg. Han satte personsentrert omsorg som et begrep og på dagsorden på 90-tallet. Han mente at det å ha kjennskap til beboernes livsfortellinger og verdier bidrar til god personsentrert omsorg. Han la et teoretisk grunnlag for personsentrert demensomsorg i praksis og var den første som brukte begrepet «personverd» (personhood). Dette betyr at alle enkeltpersoner er unike og har en absolutt verdi. Det er i møte med andre vi får bekreftet vår egen verdi som et menneske. Kitwood var i sin tid banebrytende på sine teorier, og møtte mye motstand.

Dawn Brooker, psykolog og professor, videreutviklet Tom Kitwoods modell og systematiserte tenkningen om personsentrert omsorg, og utviklet VIPS modellen. VIPS er altså en måte å jobbe systematisk personsentrert. VIPS står for:

V- et verdigrunnlag som anerkjenner verdien hos mennesket, uavhengig av alder eller kognitiv funksjon.

I- individuell tilnærming som vektlegger det unike hos enkeltindividet.

P- Å forstå verden fra personens perspektiv.

S- støtte et sosialt miljø som dekker de psykologiske behovene til personen.

Vips' rammeverk er det i hovedsak ledelsen i omsorgsorganisasjonene som har ansvar for. Der skal det fremkomme organisasjonens visjoner og kulturer, og det skal tydeliggjøres i ulike driftsprosedyrer. (Brooker, 2013).

VIPS-kurset i regi av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse: For at jeg skulle få et godt teorigrunnlag når jeg nå skulle forske på dette fenomenet trengte jeg en økt kompetanseforståelse. Jeg valget å ta dette kurset, der Røsvik og Mjørud selv er kursholdere. Dette er et 2 dagers kurs der målet for kurset er å lære VIPS-praksismodellen og å oppnå en godkjent kompetanse for undervisning av basiskurs. Jeg gjennomførte dette kurset og ble sertifisert kursholder allerede rett etter min innlevering av prosjektbeskrivelse (Aldring og helse)

Helsedirektoratets faglige retningslinjer om demens er det sterke anbefalinger om å ha personsentrert omsorg som fokus: de viser til at helsepersonell og omsorgspersonell må legge til rette for at personer med demens blir ivaretatt gjennom personsentrert omsorg slik at man kan ivare på best mulig måte deres behov og rettigheter. Videre sier Helsedirektoratet at personsentrert omsorg og behandling, samt basiskunnskap om demenssykdommer, er grunnleggende for god helsehjelp (Helsedirektoratet,2019, Nr 1).

Brendan McCormack er en irsk professor. Hans arbeid med personsentrert omsorg har blitt internasjonalt kjent.

I samarbeid Tanya Mccane som også er en irsk professor har de utarbeidet et rammeverk for personsentrert omsorg: The person-centered nursing framework. (McCormack and McCance, 2010). Dette rammeverket mener de medvirker til at pasienten blir mer fornøyd, følelsen av å involvere og at selve omsorgsmiljøet blir bedre. I dette rammeverket er det fire punkterer som omhandler:

Forutsetninger. Pleieren må inneha egenskaper og kompetanse der mellommenneskelige ferdigheter og egen bevissthet og tydelighet til verdier og selvstendighet er tilstede. Kunnskap om demens som sykdom trekker de også frem som viktig.

Pleiemiljøet. Her fremkommer ulikt kompetansenivå er viktig, da det kan være en støttende funksjon. En støttende ledelse, tydelige arbeidsoppgaver, mulighet til medvirkning, og følelsen av godt arbeidsmiljø er viktige indikatorer for å lykkes med personsentrert omsorg.

Personsentrerte prosesser: Omhandler om å ha et fokus på omsorgen som skal gis, sørge for å dekke fysiske behov og tilrettelegge for valgmuligheter og ivaretagelse av verdier for pasienten. Her er viten om pasienten liv og historie viktig, og bruk av livshistorie er et viktig verktøy for å forsøke å forstå pasienten.

Resultatet av personsentrert omsorg?: Skapelsen av et godt faglig og engasjert og fagmiljø blant de ansatte og opplevelsen av verdi og aktiv deltakelse.

Anne Marie Mork Rokstad driver forskning om implementering av personsentrert omsorg. Hun har i boken *Personer med demens, Møte og samhandling* (Rokstad,2017) vektlagt viktigheten av personsentrert omsorg for personer med demens, og historien gir et innblikk med å leve med en slik diagnose.

Kari Martinsen er norsk sykepleier og professor. Mye av hennes omsorgsfilosofi har jeg forstått er bygget på Løgstrups teorier. Martinsen snakker mye om omsorg og menneskesyn. Omsorgsfilosofi har ifølge Kari Martinsen tre viktige punkter for å forstå ordet omsorg. Det første punktet er at omsorg er et rasjonelt begrep (Martinsen,2003). Her sier hun at omsorg beskriver avhengigheten av hverandre som et overordnet prinsipp. Det andre punktet sier hun er at omsorg er praksis. Her viser hun til den barmhjertige samaritan. Det siste punktet er den moralske side. Her må omsorgspersonen også vite om håndtering av makt.

2.2 Sykehjem i Norge.

I følge Lovdata er et sykehjem en boform med heldøgns opphold. I tillegg skal det være organisert med legetjeneste og sykepleiertjeneste. Boformen skal være tilknyttet en administrativ leder og nok personell til å gi nødvendig og omsorgsfull hjelp til beboerne. Sykehjem kan inneholde både korttidsopphold, avlastning i perioder, langtidsopphold, og egne avdelinger ut ifra omsorgsbehov for personer med demens. (*Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie*, Lovdata.)

2.2.1 Mennesket som bor på sykehjem

Gjennomsnittlig botid i sykehjem er ifølge Helsedirektoratet (2018, Nr. 2) to år. Botiden er noe kortere i 2016 mot 2014. Dataen fra denne analysen viser midlertidig at det er stor variasjon mellom kommunene i botid. Gjennomsnittlig levealder i 2016 var 87,5 år.

Multimorbiditet er vanlig blant sykehjemsbeboerne og de fleste har flere diagnoser registrert. Pasienter som bor på sykehjem med demens og psykiske lidelser bor litt lengre på sykehjem. De vise til at et tilsvarende funn er i andre undersøkelser.

Min egen erfaring er at pasientene på sykehjem er mennesker fra alderen 50 til 100 år, og som har behov for omfattende pleie og behandling. Derfor har jeg også valgt bevisst å betegne den eldre som pasient og ikke beboer. Natr jeg søker etter informasjon av benevnelse om mennesker som bor på sykehjem, er det noen som sier beboer og noen sier pasient. Men jeg har ikke forståelsen av at det er fastsatt et begrep om hva den eldre som bor på sykehjem skal betegnes som. Ca. 80 % av sykehjemsbeboere på somatisk avdeling har en kognitiv svikt, og mange også en demensdiagnose. Etter å ha jobbet sykehjem siden 2003 ser jeg at det har vært en stor endring på omsorgsbehovet hos beboer i sykehjem. For 10 år siden var det mindretallet i en avdelings som satt i rullestol og trengte hjelp til å ivareta alle funksjoner. Flertallet klarte å ivareta i hvert fall noen av sine funksjoner, gikk selv, eller brukte letter hjelpemidler.

2.3 Avdelingsleder i sykehjem.

Ledelse er av ordet leida, og betyr å sette i bevegelse ifølge Orvik (Orvik,2015). Det er en prosess som kan forstås som et samspill mellom mennesker for å nå verdier eller mål.

Ifølge Edvardsen (2016) er å være leder å lede mennesker, og ved å lede mennesker leder man holdninger og verdier. Videre mener Edvardsen at en viktig lederoppgave er å få oppgavene som er viktig for organisasjonen til å bli viktig for ansatte, gjennom holdninger og verdier. Lederen har som rolle å legge til rette for dette.

Rita Jakobsen (2005) I boken settes søkelyset på sykepleierens ledelsesansvar. Det kreves både kunnskaper i ledelse og ledelsesprosesser for å kunne lede fag, og i boken beskrive hun en ledelsesmodell som et forvandlende lederskap. Kulturforståelse og ledelse henger sammen og sier at kulturforståelse er avgjørende i ledelse. Denne kulturen omhandler menneskelige

sider av virksomheten og omhandler organisering og oppfatning av mål. Kvalitetsutvikling er ikke mulig uten kjennskap til kulturen den skal utvikles.

Sykehjemsforskriften presiseres det at sykehjemmet i tillegg til å ha en administrativ leder også skal ha en sykepleierfaglig ledelse (Forskrift for sykehjem, 2013, § 3–2).

Min egen erfaring er at stillinger som toppledere og avdelingsledere ofte er besatt av sykepleiere. De daglige arbeidsoppgavene er i stor grad preget av planlegging av drift som er innleie av personal, personalansvar der oppfølging av personal, oppfølging av sykemeldte og gravide. De har ofte et stort økonomiansvar, budsjettet de har fått tildelt skal gå i balanse og ansvar for at kvalitet er ivaretatt og kompetansen blant medarbeiderne er tilstrekkelig, Ansvar for HMS arbeid, og tett dialog med verneombud og tillitsvalgt er tillagt stillingene.

Avdelingsleder har det overordnet faglige ansvaret, og ofte kontakt med leger, pårørende, sykehus og andre samarbeidspartnere.

Gus Strømfors og Marit Edland-Gryt (2013) beskriver gode prosesser med å utvikle refleksjon og bruk av veiledning eksempelvis personalgrupper. De beskriver ulike kunnskaper som trengs for å handle for å yte god omsorg. De beskriver også en viktig kunnskap- den tause kunnskapen.

2.3.1 Avdelingsleders rolle i å støtte en innføring.

Kirst Malterud (2017) nevner at implementering og implementeringsforskning omhandler det å omsette det vi vet til hva vi faktisk gjør. Kunnskap om hva som hemmer og fremmer prosesser, og hvordan man får dette til, er forskning på dette området vi er inntressert å få mere kunnskap om.

Suzann Cahill er forkjemper for rettigheter til personer med demens. Hun har skrevet boken *Dementia and human right* (Cahill,2018) Hun mener at personer med demens har samme rettigheter som alle andre i samfunnet. Vi må se forbi diagnosen og forstå at personer med demens kan bestemme og ta avgjørelser om eget liv. Hun støtter seg til Kitwoods teorier. Hun anser personsentrert omsorg som en menneskerettighet.

Torunn Hamran (1992) mener pleiekultur er en handlemåte, det som «sitter i veggene», og et fellesskap med personlige og faglige verdier. I disse kulturene bærer menneskene med seg

samme oppfatning av hva som er rette og gale vaner, holdninger og ritualer. Kulturelle verdier blir tatt for gitt og styrer handlinger.

Eide & Aadland (2008) sier noe om de moralske utfordringene som kan oppleves av pleierne i deres arbeid. Kulturelle rammer kan være årsaken til disse utfordringene. Holdninger, vaner og praksismønstre kan ha vært over lang tid og grodd fast. Man ser ikke nye måter å løse oppgaver på, men jobber i faste mønstre som har pågått over tid.

Etiske utfordringer for kollegaer rundt, som kan dempe motivasjon for videre forbedringsarbeid og arbeidsinnsats, og som da kan resultere og medføre til en dårligere kvalitet på pleien. Personalet kan stå fast i vante handlingsmønstre da det «alltid er blitt gjort slik», og kanskje ikke ser eller vet om andre muligheter.

I Jacobsen (2001) og Leirvik (2007) kan pleiekulturen forstås som en arbeidskultur som er utviklet over tid. Pleiekulturen som er skapt kan være nyttig ved at den skaper trygghet og forutsigbarhet. Kulturen kan bremse nødvendig fornyelse, i dette tilfellet en ny arbeidskultur, og man kan oppleve motstand.

Marit Mjørud og Janne Røsvik har forsket og skrevet mye om implementering av personsentrert omsorg. Slik jeg har forstått deres arbeid fremgår det at ansvaret hos leder er stort for å få til dette arbeidet. Og for å få til dette implementeringsarbeidet må ledelsen utøve personalomsorg. Dette for å fange opp når personalet trenger tid til å bearbeide erfaringer og opplevelser. Leder bør også etterstrebe å ha en god relasjon til sine ansatte, lytte og gi mulighet å prøve ut ideer de ansatte kommer med som kan forbedre kvaliteten. (Mjørud & Røsvik, 2016).

Mjørud og Røsvik m fl. (2016) skriver at for å få til personsentrert omsorg trengs det kompetanse om dette, og læringsverktøy og rammeverk er viktig for å få til dette arbeidet. (De har utarbeidet et temahefte om implementering av personsentrert omsorg som er tenkt som inspirasjon til ansatte og ledere i kommunen.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten trådte i kraft 1. januar 2017. Den slår tydelig fast at det er toppledelsen som har ansvaret for at virksomheten planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres» (Forskrift om ledelse, 2017, § 3).

Formålet med disse forskriftene er blant annet å bidra til faglige forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring, og pasient og brukersikkerhet, og at de øvrige kravene etterleves i helse og omsorgslovgivningen. I loven viser det blant annet til at ledelsen har en plikt til å ha oversikt over virksomhetens arbeider systematisk med kvalitetsforbedringsarbeid, hvordan gjøre kjent i virksomheten hvilke regelverk, retningslinjer og veiledere som er, og ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring.

2.3.2 Avdelingsleders organisatorisk kompetanse.

«Organisatorisk kompetanse er en refleksiv og handlingsrettet kompetanse som kommer til uttrykk som en oppmerksomhet på verdier og organisasjonsform i kliniske virksomheter, og som evne til å organisere det kliniske arbeidet i samhandling med andre» (Orvik, 2015 s. 57).

Videre sier Orvik (2013) at organisatorisk kompetanse kan påvirke arbeidsmiljø, ressursbruk og kvaliteten. I boken omhandler organisatoriske kompetansen sykepleierne, men er også lett overførbart til avdelingsleder i sykehjem.

Skrive mer!

3.0 TIDLIGERE FORSKNING.

Så hva finnes av tidligere forskning på personsentrert omsorg og lederes erfaringer med å innføre personsentrert omsorg? For å forsøke finne relevant forskning har jeg brukt søkeord med utgangspunkt i min problemstilling og forskningsspørsmål. Det reduserte antallet treff jeg kunne få i de ulike databaser. Jeg har forsøkt å søke etter relevant forskning av nyere tid, i mitt tilfelle fra 2010 og fremover. Dette også for å forsøke å begrense antall treff.

Søkeordene jeg har benyttet meg av har vært: Personsentrert omsorg, person-centered care, elderly, nursing home, implementering, implementation, leadership, management, kompetanse, skills.

For å finne relevant tidligere forskning søkte jeg på SWE Med, CHINAL, PUBMED.

På CHINAL søkte jeg på søkeordene personsentrert. og fikk 6 treff. Person-centred care 5 treff og lite relevans.

PÅ SWE MED fant jeg ved å bruke søkeordene personsentrert 7 treff og ved å bruke person-centred care 18 treff. Her var det mye kjent tidligere stoff.

PUBMED ga søkeordet person-centered care 2131 treff. Her var det mye kjent tidligere forskning også, men også mye annet som kunne være relevant

Jeg har også benyttet meg av Universitetets bibliotek og jeg har også søkt på oria.no.

I tillegg til disse søkebasene har jeg søkt relevant forskning, litteratur og artikler ved søk på Internett og Bibsys. Jeg har også funnet relevant litteratur og artikler ved å bruke litteraturlistene og referanser i både andre tidligere teorier og undersøkelser.

Etter søket har jeg lest sammendrag for å se etter relevans og relativ ny forskning som kunne gi noen svar på min problemstilling, samt jeg fant ut det var en raskere måte å sortere på- Som ny i forskningsfeltet har jeg forsøkt gjort en systematisk utvelgelse av relevante fagartikler ved å i hovedsak se etter artikler som er fagfellevurdert. Jeg har også benyttet meg av sjekkliste for vurdering av forskningsartikler. Dette så jeg som nyttig i min prosess. Mye av referanser vedrørende retningslinjer og dokumenter har jeg erfart er best å finne på nett og

henviser til dette i referanseliste. Dette da ofte dette er» levende dokumenter» som ofte oppdateres og endres.

Mye av forskningen jeg har funnet er gjort kvalitativt og går på hvordan jobbe systematisk med personsentrert omsorg, slik som bruk av ulike rammeverktøy. I hovedsak om dementia care mapping og VIPS modellen, men finner noen større undersøkelser på lederskap og personsentrert omsorg.

I følge Kommunenes sentralforbund er bare 10 prosent av dagens helseforskning som tar for seg de kommunale helsetjenestene, til tross for at de utgjør 50 prosent av helsebudsjettet. (ks.no,2017). Samtidig viser forskning at opptil 70 % av alle forsøk på å skape forbedringer i organisasjoner ikke er holdbare over tid (Daft og Noe, 2000).

Røsvik og Mjørud m.fl. (2016) sier at nøkkelperson i planlegging og innføring av personsentrert implementeringsarbeid er avdelingsleder, og ved å vite om den enkelte ansatte sine ressurser, holdninger og behov for en økt kompetanse er viktig for å løfte dette arbeidet frem. Selv må avdelingsleder være synlig tilstedeværende.

Elisabeth Meløy (2014) har skrevet en masteroppgave om personsentrert omsorg med drøfting om muligheter og begrensninger blant sykepleierne der det i konklusjonen fremkommer at sykepleiere i sykehjem ikke bruker personsentrert omsorg som et begrep. Studien viser også at personsentrert omsorg fremmes og begrenses gjennom tid, kompetanse og organisering.

Ingrid Drageset (2014) sin doktoravhandling «Å sette staven igjen» viser at tilstrekkelig bemanning og fagkunnskap er en forutsetning for å fremme personsentrert omsorg og pasientenes følelse av tilhørighet som individ. Også teamarbeid, kontinuerlig utdanning og oppfølging er avgjørende for best mulig pleie til pasienten.

Tranvåg, Petersen og Nåden (2014) sin studie viser til tre aspekter som bidrar til opplevelse av verdighet hos personer med demens. Denne verdighetsomsorgen betyr å være en støtte til personen, og hjelpe til å kunne bidra til en meningsfull hverdag i personen med demens sin livsverden. Det innebærer til en verdighetsbevarende omsorg som gir anerkjennelse og støtter det iboende menneskeverd og likeverd.

I en randomisert studie (Chenoweth et al., 2009) fremkommer det tydelig at en suksessfull innføring av personsentrert omsorg kan bare bli til med støtte fra ledelse og gode rammeverktøy og systemer.

4.0 METODE

I dette kapitlet skal jeg redegjøre for metodiske tilnærming i min forskerprosess, fra undring til resultat. Jeg vil beskrive mitt valg for bruk av design og metode. Dette gjør jeg ved å vise til valg av forskningsmetode, utvalg og rekruttering, transkribering og analysen av empirisk data, og også hvordan jeg forsøkte systematisk arbeide med metoden.

4.1 Valg av forskningsmetode.

Mine forskningsspørsmål avgjorde metoden jeg valgte bruke for å finne svar. For å få noen svar på mine forskningsspørsmål har jeg valgt en kvalitativ forskningsmetode ved bruk av semistrukturerte dybdeintervju som metode for å tilnærme meg temaet, og for å skaffe meg en forståelse av «*Hvilke erfaringer avdelingsledere har med å innføre og støtte en personsentrert omsorg i sykehjemsavdelinger?*». Jeg skulle ikke intervjuer uten mål og mening, og ved å bruke dybdeintervju kunne jeg gi deltakerne tid og rom til å hente frem overveielser og erfaringer som kan kreve ettertanke for å deles. Ved å be deltakeren om å fortelle, gi eksempler, si noe mer om noe kan man få en kunnskap som er viktig for at jeg skulle få noen svar på min undring.

I følge Kvaale & Brinkman (2017) vil bruk kvalitative forskningsintervju vil man søke å forstå intervjupersonens verden , og opplevelser av denne. Intervjueren og den intervjuede kan sammen produsere ny kunnskap sammen, det blir en aktiv kunnskapsprosess.

Ved å forske på personsentrert omsorg i sykehjemsavdelinger ønsket jeg å søke svar på min undring om hvordan avdelingsledere erfarer og jobber med personsentrert omsorg, og hvordan få personsentrert omsorg som en god omsorgsfilosofi i avdelingen. Tilnærmingen har vært inspirert fra et hermeneutisk fenomenologisk perspektiv. Hermeneutikk er ifølge Kvaale & Brinkman (2017) læren om fortolkning av tekst, og begrepene samtale og tekst er sentral i den hermeneutiske tradisjonen. Her er formålet å oppnå en gyldig og allmenn forståelse av hva teksten betyr. Fenomenologien tar blant annet for seg menneskets livsverden, og viser til en interesse for å forstå sosiale fenomener utifra perspektivene til aktøren, og beskriver informantens opplevelse av livsverden. Malterud (2017) skriver at Gadamer har bidratt til den

hermenautiske filosofien som er læren om tolkning av tekst for å forstå. Forutsetninger og erfaringer har man med seg beviste eller ubesvisst og dette kaller vi forforståelse. Forforståelsen bringer vi med oss i forskningen og kan påvirke måten vi tolker data på. Forforståelsen kan være positiv å gi styrke til studien, men kan også bli en bær som gjør at vi ikke ser langs veien. Forforståelsen er ofte en viktig motivasjon for å sette i gang forskning på et fenomen. Vi tolker tekst utifra vår faglige perspektiv og ståsted, dette bør jeg være bevist på i min forskerrolle og i forskerprosessen.

Dalland (2012) sier metode er en fremgangsmåte for å løse problemer for å komme frem til ny kunnskap. Dalland sier videre at metoden vi bruker er et redskap når det er noe vi vil undersøke. De kvalitative metodene fanger opp mening og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle.

Kvaale & Brinkman (2017) argumenterer med at forskningsintervju er et håndverk og ikke en systematisk metode. Å intervju er en ferdighet du opparbeider deg. Samtidig sier de noe om at oppfatningen av intervjuet som håndverk ikke fritar for å jobbe metodisk, men at det lar intervjuerens personlige dømmekraft og ferdighetsnivå være styrende.

Kirsti Malterud kvalitative forskningsmetoder er kjent og anerkjent i nordisk og internasjonal sammenheng. Hun sier at med kvalitative metoder kan vi belyse spørsmål som Hva er? og Hva betyr? Der målet for forskeren er å finne ut en forståelse snarere en forklaring. Malterud (2017) sier videre at kunnskap består av mer enn det som kan måles og veies. Kunnskap handler også om menneskers erfaringer og opplevelser, og for å utvide blant annet det medisinske kunnskapsfeltet er kvalitative forskningsmetoder en metode som gir innsikt og forståelse. Skal man forske på dynamiske prosesser slik som samhandling og utvikling mener Malterud en kvalitativ tilnærming vil passe godt.

Intervjuer med individuelle deltakere kalles dybdeintervju. Dybdeintervju er hensiktsmessig når vi ønsker å gi deltakerne tid og rom til å hente frem erfaringer og opplevelser som krever trygghet og ettertanke for å deles (Malterud, 2017).

Den kvalitative forskningsmetoden Malterud har utviklet har inspirert meg i arbeidet med hvilken tanke om metode jeg ønsket å benytte i min studie, og ved å benytte meg av Malteruds sin kvalitative forskningsmetode kunne jeg finne noen systematiske arbeidsmetoder som kunne hjelpe meg å få svar på min undring. Jeg brukte mye tid på å forstå

og bruke Malteruds metode, men opplevde at jeg likevel var en del usikker på om jeg hadde forstått den riktig. Som ny i forskningsfeltet og i bruk av Malteruds metode erfarte jeg at jeg forsøkte å bruke den som en rettesnor, men klarte ikke å følge den helt ut og fant noen egne måter for å løse oppgaven slik at jeg likevel kunne finne ut av noe av det jeg lurte på. Her vil nok mer forskningserfaring og bruk av metoden videre kunne gjøre meg tryggere på selve metoden.

Kvaale & Brinkman (2017) sier at intervjuguide er et strukturert manuskript som stukturerer intervjuet. Etter intervjuene har jeg vært bevisst på at jeg satt på et rådata-materiale. Rådata er ikke funnene, funnene treder fram når jeg abstraherer dette materialet. Funnene utifra en slik kvalitativ forskning vil kunne vise et mønster, ikke sannheten. Dette da kvalitativ forskning er begrenset til en mindre studie sammenlignet med en stor kvantitativ undersøkelse der funnene kan vise veldig signifikante funn. I min studie skal forskningsspørsmålene mine være spørsmål jeg stiller til materialet og ikke til informantene.

De to første intervjuene ble gjort i starten av desember 2018, og ble transkribert umiddelbart. De to resterende intervjuene ble gjennomført rett mot slutten av desember 2018, og startet transkriberingen fra midten av januar 2019. Jeg hadde en egen notatbok der jeg fortløpende skrev ned tanker, refleksjoner, stemninger, tanker og annet som kunne være viktig i mitt videre analysearbeide. Jeg fortsatte det videre arbeidet med transkribering og analysen utover januar gjennom februar 2019. Jeg hadde et mål om være ferdig med intervjuene og transkriberingen til jul 2018. Dette målet nådde jeg ikke da det tok tid å innhente informanter og avklare datoer for intervjuene. Jeg sendte 26.10.18 forespørsel til enhetsleder, første intervju ble gjennomført 27.11 og det siste 19.12.18.

Analysen skal føre til resultater. Analysen i en kvalitativ studie pågår helt frem til artikkelen er ferdig, og består av å stille spørsmål til det empiriske materialet, lese og organisere datainnsamlingen systematisk også ved å bruke relevant teori.(Malterud,2017). Jeg erfarte at jeg allerede startet analyseprosessen under intervjuene. Informantene sa noe som fikk meg til å analysere umiddelbart. I en kvalitativ studie skal man utvikle ny kunnskap, og bidra til at kunnskapsgrunnlaget øker. Av analysen kan det avdekkes begreper og beskrivelser. En vel gjennomført analyse basert på rike og relevant empirisk data kan levere beskrivelser som gir ny innsikt i et fenomen. Studien kan bidra til økt innsikt ved nye og relevante beskrivelser, og kan skape nye begreper. I analysefasen skal man bestemme seg for hva slags fokus spørsmålene skal ha, og hvilke teoretiske perspektiver som best kan bidra. Svarene er

avhengig av hvilke spørsmål som stilles (Malterud, 2017). For å få svar på mine spørsmål ble det viktig med en tydelig fastlagt vei. Ryddige fremgangsmåter og analysen ville kreve både nærhet og distanse i studien jeg skulle gjøre. Jeg forsøkte å følge Malteruds systematisk tekstkondenseringmetode som en ryddig måte, men erfarte at jeg var ny i arbeidet med metoden, og dermed ikke fulgt den helt systematisk. Denne tekstkondenseringen hadde fire faser som jeg jobbet utifra.

Malterud (2017) sier at kvalitativ forskning er en metode for forskning for beskrivelse, fortolkning og analyse ved de fenomene som skal studeres. Ved å bruke Malteruds metode og følge trinnene i analysen og kondenseringsprosessen vil jeg kunne finne meningsinnhold fra kodene og få god systematikk i analysen. Kodingen er en systematisk deling av tekst til meningsinnhold utifra kodene. Man sorterer, og legger i ulike skuffer. I fasene videre vil man kunne komme til beskrivelser, nye begreper og resultater.

4.2 Intervju.

Mine forskningsspørsmål avgjorde metoden jeg måtte bruke for å finne svar. Jeg ønsket å få vite noe om avdelingsledere i sykehjem sine opplevelser og erfaringer, og en kvalitativ forskning med bruk av semistrukturerte dybdeintervju ville det i dette tilfellet være en egnet metode for å tilnærme meg temaet, og for å skaffe meg en forståelse på fenomenet.. Slik jeg hadde formulert min problemstilling og forskerspørsmål valgte jeg kvalitativ metode med intervju.

Ved å be deltakeren om å fortelle, gi eksempler, si noe mer om noe kan man få en kunnskap som var viktig for at jeg skulle få noen svar på min undring. Bruken av dybdeintervju kunne gi deltakerne tid og rom til å hente frem overveielser og erfaringer som kunne kreve ettertanke. Et semistrukturert livsverdenintervju kan brukes når temaer fra dagliglivet skal forsås ut ifra intervjupersonens egne perspektiver. (Kvale & Brinkman, 2017). Ved å bruke en kvalitativ forskningsmetode, i dette tilfellet semistrukturert dybdeintervju, vil det være en egnet måte å studere fenomener på. Semistrukturert dybdeintervju har særlig fokus på meningen med fenomenet. Det kan gi kunnskap om erfaringer og opplevelser, og til å studere hvordan dette fungerer i praksis. For å kunne forske på fenomener fra et kvalitativt grunnlag vil en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming kunne belyse min undring. (Kvaale & Brinkmann, 2017).

Da jeg var ny og uerfaren i dette forskningsfeltet og i bruk av metoden kvalitativt intervju, var det vanskelig å forberede seg til dette arbeidet. Intervjuguide viste seg å være et godt verktøy å bruke. Intervjuguiden kunne for meg som er uerfaren i forskningsfeltet gi en planlagt trygghet. Å lage en god intervjuguide erfarte jeg som en prosess som tok litt overraskende lang tid. Dette da jeg ønsket at spørsmålene skulle være formulert slik at det ville gjøre det lettere å holde seg til min problemstilling og at man ikke pratet seg ut av temaet. En intervjuguide skal i stikkordsform minne oss på temaer vi ønsker data om, en huskeliste. (Malterud, 2017). Mine forskningsspørsmål ble en rettesnor under hele intervjuet, og jeg erfarte at de var gode å ha når informanten kanskje pratet seg litt ut av emnet.

Før jeg startet selve intervjuet informerte jeg om hvem jeg var, min yrkesbakgrunn og min problemstilling « Hvilke erfaringer har avdelingsledere på sykehjem med å innføre støtte en personsentrert omsorg i sykehjemsavdelingen?». I forkant av intervjuene prøvde jeg ut intervjuguiden på mine kollegaer slik at jeg kunne redigere/omformulere mine spørsmål ved behov. Etter testintervjuene redigerte jeg litt om på ordlyden på enkelte spørsmål, og et spørsmål utelot jeg fra intervjuguiden i etterkant.

Jeg informerte om hvordan jeg praktisk går frem, eksempelvis opptaksutstyr, hvordan jeg oppbevarer materialet i etterkant. Jeg informerte også informanten muntlig om mulighet for å trekke seg til enhver tid fra studiet, om min taushetsplikt og personvernsplikt. De skulle være sikre på at jeg beskyttet deres, sykehjemmet og eventuelle beboere eller situasjoners identitet når data ble fremlagt.

Ved å anvende kvalitative forskningsintervju vil man søke å forstå intervjupersonens verden , og opplevelser av denne. Intervjueren og den intervjuede kan sammen produsere ny kunnskap sammen, det blir en aktiv kunnskapsprosess. (Kvale & Brinkmann, 2017). En fullstendig intervjuguide er tatt med som vedlegg nr 4 til oppgaven.

Skal man forske på dynamiske prosesser slik som samhandling og utvikling mener Malterud en kvalitativ tilnærming vil passe godt. (Malterud, 2017). Intervjuer med individuelle deltakere kalles dybdeintervju. Dybdeintervju er hensiktsmessig når vi ønsker å gi deltakerne tid og rom til å hente frem erfaringer og opplevelser som krever trygghet og ettertanke for å deles. (Malterud, 2017). Den kvalitative forskningsmetoden Malterud har utviklet har inspirert meg i arbeidet med hvilken tanke om metode jeg ønsket å benytte i min studie, og ved å benytte meg av Malteruds sine kvalitative forskningsmetoder ville jeg trolig kunne

finne noen svar på min undring: «*Hvilke erfaringer avdelingsledere har med å innføre og støtte personsentrert omsorg i sykehjemsavdelinger?*»

4.3 Forforståelsen.

Nå når man de siste to årene har studert et masterforløp i Aldring og eldreomsorg, har mine egen horisonter og min teoriforståelse økt og blitt bredere, også min forståelse av grunnlagstenkning og ser at mitt vitenskapsteoretisk ståsted ofte har lent mot en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. Å være bevist på forforståelsen, livsverden og den hermeneutiske sirkel har ofte vært gode verktøy når jeg forsøkte å forstå. Jeg skulle forske på avdelingslederens erfaringer med fenomenet personsentrerte arbeidsmåter i deres arbeidshverdag, og tror teorigrunnet jeg hadde med meg, og ønsket å bruke var egnet til å forsøke forstå fenomenet.

Gjennom hele prosessen erfarte jeg at måtte jeg være bevist på min egen forforståelse. Hvilke «briller» hadde jeg på? For hva betyr personsentrert omsorg for meg som sykepleier, og som avdelingsleder? Hvilke egne holdninger og erfaringer har jeg når jeg går inn i denne forskningen? Kan måten jeg snakker på eller spør påvirke? Å være bevist også på dette, og være åpen for nye inntrykk blir en viktig rettesnor. Som student med erfaring som avdelingsleder på sykehjem, måtte jeg være bevist på at jeg skulle forske i eget fagfelt, og være åpen på at det kunne by på utfordringer, å være bevist på at jeg tok med meg en forforståelse inn i min forskning. Min forforståelse kunne påvirke dialogen med mine informanter, og kunne også gi føringer som kunne da påvirke dem i svarene som de ga. Jeg måtte være bevist på dette i prosessen. Hva betyr det at man gjør forskning i eget fagfelt, i dette tilfelle som leder på sykehjem.? Hva gjør det med meg underveis i denne forskningen? Min veileder hadde også en viktig rolle vedrørende forforståelsen da hun hadde mer distanse til materialet og kunne påminne meg om dette i prosessen. Jeg erfarte at forskningen min er ut ifra mine tanker og refleksjoner og min også forforståelse, men har samtidig vært bevist på at det er informantene sine stemmer som skal belyses og komme frem.

4.4 Valg av informanter.

Utvalget i denne studien består av fire avdelingsledere i en kommune i Norge. For å få svar på mine forskningsspørsmål var det viktig å finne informanter med relevant og lik erfaring. Jeg gjorde et strategisk utvalg på hvem som vil være egnet til å gi meg svar, og satt noen inklusjonskriterier. Alle skulle være avdelingsledere på et sykehjem. Sykehjemmet jeg valgte ut måtte være på en slik størrelse at det utgjorde ca. 75 sykehjemsplasser. Sykehjemmet som ble valgt ut skulle i tillegg ha som mål personsentrert omsorg som en sin omsorgsfilosofi og måte å arbeide på. Avdelingslederne skulle ha en viss lederefaring, og jobbet minimum to år i kommunen. I tillegg måtte de ha samme type ansvarsoppgaver som var personal, fag og økonomi. Ved bruk av mine utvalg og inklusjonskriterier tenkte jeg at jeg kan finne svar som besvarer min problemstilling. Jeg har valgt å ikke beskrive nærmere hverken kjønn eller alder på mine informanter og i oppgaven vil jeg ikke henviser til den enkeltes utsagn eller sitat på grunn av anonymisering.

4.5 Gjennomføring av datainnsamling og rekruttering.

Jeg sendte en forespørsel (vedlegg 2) om å få gjennomføre min masterstudie til enhetsleder på utvalgt sykehjem. I henvendelsen informerte jeg litt om meg selv, hensikten med studien, min problemstilling, og hvordan denne studien skulle gjennomføres. Tiden det tok fra første forespørsel til svar tok ca. fire uker. Da positiv tilbakemelding forelå ba jeg enhetsleder gi meg kontaktinformasjon på de som ønsket å stille som informanter til mitt prosjekt. Deretter sendte jeg ut informasjonsskriv og samtykkeskjema til alle informantene på e-post (vedlegg 3). Det ble fortløpende avtalt tid og sted for intervju ved tilbakemelding på bekreftet ønske om å stille til intervju. Sykehjemmet er et relativt nytt sykehjem i en av de største kommunene i Norge med ca. 90 beboere. Grunnbemanningen består av sykepleiere og helsefagarbeidere som i hovedsak har ønsket å gå inn på særavtaler i sin turnus, og dermed jobber lengre perioder for deretter ha arbeidshelg hver fjerde helg. På denne måten klarer de å øke kompetansen i avdelingen også på helgene. Vikarer, som oftest assistenter dekker en del av helgestillingene og vakter ved sykefravær. Dagsenter for yngre personer med demens har også møteplass her. Sykehjemmet favner om ulike omsorgsbehov, både somatikk, andre heldøgns behov, og skjermede avdelinger for personer med demens. Og de ansatte har opparbeidet seg mye kompetanse gjennom viderutdanninger, mastergrader, og andre kurs og utdanninge med bruk av ulike rammeverktøy for personsentrert omsorg.

Sykehjemmet har stort fokus på personsentrert omsorg. De har flere sykepleiere som har tatt Marthe Meo utdanning, og sykehjemmet har også den senere tid innført VIPS modellen til sine ansatte. Avdelingslederne som er med i min undersøkelse er alle sykepleiere med lang erfaring i eldreomsorgen og arbeid i sykehjem, og de fleste har også en videreutdanning i eldreomsorg. De er også veldig engasjert, bevisst og opptatt av personsentrert omsorg, og snakker ofte med sine ansatte om dette viktige arbeidet.

Intervjuene ble gjort på informantens arbeidssted. Det var viktig at tidpunkt for intervju ble avtalt etter hvordan det passet informanten. Jeg informerte om at informanten når som helst kunne trekke seg både under og etter intervju. Jeg benyttet meg av lydopptak. Lydopptak og notater ble arkivert i låsbart skap. Alle funn ble anonymisert. Lengden på alle fire intervju var fra 55 til 70 minutter. Jeg erfarte at informantene hadde mye på hjertet, og pratet villig. De var ærlige og direkte. Noen av informantene kunne prate seg litt ut av spørsmålene som ble stilt, men jeg ønsket ikke å stoppe de da de var engasjerte, og jeg kunne gå glipp av andre spennende ting hvis jeg begrenset dem. Jeg erfarte om meg selv at jeg noen ganger da ble litt usikker som intervjuer når jeg da skulle finne tilbake til sporet. Samtidig hører jeg i ettkant på lydopptak at jeg har vært bevisst på å fange opp ting som informanten sa, og fikk de til å fortelle mer.

4.6 Ethiske overveielser.

Jeg søkte NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste) om godkjenning av mitt prosjekt. Det ble vedlagt prosjektskisse, forespørsel om å gjennomføre masterprosjektet, forespørsel om deltakelse, samtykkeskjema, intervjuguide og foreløpig problemstilling. Ved en misforståelse på et av spørsmålene jeg skulle hake av på haket jeg ikke av slik jeg skulle, og fikk tilbakemelding fra NSD om å rette opp dette før prosjektet kunne bli godkjent. Det gjorde jeg umiddelbart, og fikk raskt svar om godkjenning av prosjektet (vedlegg 1). Informantene ble informert om muligheten for å trekke seg fra studien, og at hvis de ønsket trekke seg ved en senere anledning hadde de mulighet til det. Ethiske vurderinger ble viktig gjennom hele min forskningsprosess. Jeg følte et stort moralsk ansvar for informantene. Personvern og anonymitet har jeg hatt stort fokus på. Selv om jeg har forsket i en relativ stor kommune, har viktigheten av anonymisering og gjenkjennbarheten vært viktig å ivareta. Min formidling av resultatene i studien har tatt hensyn til det.

Når prosjektet bygger på en kvalitativ forskningsmetode kan det by på utfordringer. Den kvalitative tilnærmingen er både prosessuell og dynamisk. Av den grunn kan både problemstilling, perspektiv og spørsmål kunne bli endret gjennom forskerens prosess med prosjektet. Ved eventuelle store endringer bør informantene få mulighet til å ta ny stilling til samtykket de tidligere har gitt. (De nasjonale forskningsetiske komiteene,2015).

I min forskningen ble det ikke store endringer, kun en annen måte å formulere problemstillingen på.

Mulig gjenkjennelse av informanter kan trede tydeligst frem i en rapporteringsfase når dokumentasjon og sitater skal videreformidles. Deltakerne kan bli gjenkjent, selv om verken personer eller tilhørighet nevnes i forskningen, og kan det likevel foreligge en mulighet for at deltakerne kan gjenkjennes. Særlig der studien er basert på et lite utvalg. (De nasjonale forskningsetiske komiteene,2015).

Her har det vært viktig for meg å ta disse hensynene når jeg formidler min forskning. Jeg har eksempelvis valgt bevisst bort å sitere på dialekter, og heller brukt bokmål. Videre har jeg hatt de etiske vurderinger i bakhodet i hele rapporteringsprosessen, slik at man ikke bryter med konfidensialitet, personvern og anonymisering.

Jeg har også vært bevisst på at selv om jeg har forsket på mine informanter, kunne noe av det de sa identifisere personer og tilhørighet ved at det ble trukket inn en tredje person inn i samtale og dermed kunne bli mer identifiserbart både hvor informanten jobbet og at personvernet til tredje person ikke ble godt nok ivarettatt. Gjennom mine informanter fikk jeg høre om frustrasjoner , oppgitthet, kritikk, økt arbeidsmengde/urelevante arbeidsoppgaver de måtte forholde seg. Denne informasjonen har jeg også måtte fortløpend vurdere viktigheten av i min forskning, hvordan videreformidle, og eventuell hvordan ivareta informasjonen og informantene på best mulig måte. Jeg skulle forske på avdelingsledernes opplevelser, men i samtale framkom også informasjon som jeg anså som informasjon om enkelte pasienter og som kunne gjøre at jeg fikk vite mer om pasientene, noe som kunne gjøre anonymiseringen og gjenkjennbarhet mer sårbar ved bruk av datamaterialet. Derfor har jeg også hatt fokus på Helsinkideklarasjonen etiske retningslinjer (Helsinkideklarasjonen) ,og hvordan overholde disse retningslinjene. Pasienter på sykehjem er en sårbar gruppe der også storparten har kognitiv svikt eller demens som diagnose. Selv om jeg ikke forsket direkte på denne gruppen var det viktig for meg å gå en ryddig og etisk vei. Retningslinjene åpner for at forskning på

sårbare grupper, slik som nevnt ovenfor, og at det ikke er en trussel, men en nødvendighet da mangel på relevant kunnskap er stor og ny kunnskap kan komme individet til gode.

4.7 Transkribering og analyse av data.

Slik jeg har forstått det skal analysen skal føre til resultater. Analysen i en kvalitativ studie pågår helt frem til oppgaven er ferdig, og består av å stille spørsmål til det empiriske materialet jeg har, og lese, og organisere datainnsamlingen systematisk også ved å bruke relevant teori. (Malterud,2017).

I en kvalitativ studie skal man utvikle ny kunnskap, og bidra tilkunnskapsgrunnlaget øker. Av analysen kan det avdekkes nye begreper og beskrivelser. En vel gjennomført analyse basert på rike og relevant empirisk data kan levere beskrivelser som gir ny innsikt i et fenomen.

Studien kan bidra til økt innsikt ved nye og relevante beskrivelser, og kan skape nye begreper. I analysefasen skal man bestemme seg for hva slags fokus spørsmålene skal ha, og hvilke teoretiske perspektiver som best kan bidra. Svarene er avhengig av hvilke spørsmål som stilles (Malterud, 2017). For å få svar på mine spørsmål i min studie ble det viktig med en tydelig fastlagt vei. Ryddige fremgangsmåter og selve analysen vill kreve både nærhet og distanse i studien jeg skulle gjøre. Ved å følge Malteruds metode vil man kunne i analysefasen bestemme seg for hva slags fokus spørsmålene skal ha, og hvilke teoretiske perspektiver som best kan bidra. Svarene er avhengig av hvilke spørsmål som stilles. (Malterud, 2017).

Under hele analyseprosessen har jeg forsøkt å ha problemstillingen som rettesnor, og det samme gjelder forskningsspørsmålene. Å ha fokus på å ikke miste problemstillinga har vært stor. Analysen har for meg vært en slags en skapelsesprosess der jeg skaper resultater. Samtidig erfarte jeg at at jeg var veldig engasjert og med stor pågangsmot gledet meg til å analysere etter intervjuene.

Da transkriberingen var unnagjort ble jeg overveldet av mengden av tekst og jeg opplevde at jeg nesten gikk meg vill i en skog med bare trær. Transkribering ble utført i tre omganger, de to første intervjuene transkriberte jeg rett i etterkant av intervjuene som var i starten av desember 2018. De to siste intervjuene transkriberte jeg med en ukes mellomrom i januar 2019. Transkriberingsarbeidet ønsket jeg å gjøre selv. Dette da jeg var ny i dette forskerfeltet, og ved å gjøre dette selv ville det gi meg en god erfaring og også nærhet til datainnsamlingen.

Jeg var bevist på at og ved å bruke fire intervjuer i min studie vil dette transkriberingsarbeidet ta tid. Materialet jeg satt med etter intervjuene og transkriberingen var på ca. 60 sider som var ganske tettskrevet. Jeg valgte å transkribere på bokmål da informantene hadde ulike dialekter og språkkunnskaper. Likevel erfarte jeg at jeg klarte på måten jeg skrev det på at jeg fanget essensen i språket og undertonene. Allerede etter første transkribering forstod jeg raskt at det ble mye eh.. hm..sukk.. osv, noe jeg erfarte ikke egentlig var relevant for å likevel forstå essensen i rådataen, og jeg valgt ofte bort dette i de neste transkriperingene.

Jeg var opptatt av å undersøke avdelingslederens erfaringer og få en forståelse for deres livsverden. Jeg forsøkte hele tiden å lene meg mot Malteruds analysemetode, samtidig har jeg forsøkt hele tiden å ha i minne at det er problemstillingen og mine forskerspørsmål som skal fortelle meg hva jeg skal lete etter i min empiri som kan gi noen svar. Jeg syntes det kunne være utfordrende av og til da jeg merket at forforståelsen min av og til styrte, og jeg måtte ofte arbeide med meg selv om dette. Malterud sier noe om å se helhetsbildet først, og ikke gå i gang med systematiseringen umiddelbart. Ved å følge Malteruds systematisk tekstkonferingsmetode fikk jeg et ryddigere analysegrunnlag å jobbe videre med og jeg erfarte at jeg fikk et bedre helhetsinntrykk av materialet jeg hadde foran meg. Min egen erfaring som også var grunnen til min undring og som jeg ønsket å forske på gjorde at jeg erfarte at informantene hadde mye like erfaringer som meg, både på gjeldende kompetanse og på utfordringene som hindret. Tekstkonferingen hadde fire faser som jeg jobbet utifra:

Første steg av analysen var å bli kjent med materialet og få et helhetsinntrykk. Hvilke fenomener tredet tydelig frem? I første steg av analysen gjennomleste jeg for og få et helhetsinntrykk og en økt forståelse av datainnsamlingen. Deretter gjennomleste jeg flere ganger på nytt, for å sikre meg at jeg ikke gikk glipp av noe viktig rådata som kunne bli til viktige tema jeg ikke hadde fått med meg første gang. Jeg noterte ned fortløpende ting som ble sagt som kunne være relevante. Ifølge Malterud er det et fugleperspektiv jeg som forsker skal ha fokus på, altså informantenes perspektiv, og ikke starte systematiseringen her, som er lett å gjøre.

Under gjennomlesningene følte jeg jeg måtte være veldig bevisst på min egen forforståelse, slik at jeg ikke bare så etter ting jeg allerede visste, eller forventet å finne. Jeg forsøkte hele tiden ha problemstillingen min i bakhodet for å skille rett i teksten jeg leste. Min egen forforståelse utfordret meg, men den gjentakende utfordringen gjorde også at jeg ble enda mer

bevisst på dette. Slik jeg ser det er det ofte at det nettopp er en forforståelse som driver frem en problemstilling, og i den sammenheng kan forforståelsen kanskje være positiv. Malterud sier noe om at forforståelsen kan være bærende hvis jeg finner for mye som er likt med mine forskningsspørsmål. Jeg fant jeg midlertidige noen temaer som jeg fant var interessante og vekket min nysjerrighet. Malterud (2017) beskriver denne fasen som «fra villniss til temaer, og at det er her forskeren skal få et helhetsbilde av innsamlingen som er gjort. Helhetsinntrykket mitt i første omgang var den felles ledeseesopplevelsen om» å stå mellom barken og veden». Dette var ikke bare knyttet til et av forskerspørsmålene, men framstod som overordnet.

Andre steget var å finne meningsbærende enheter. På dette trinnet skal teksten organiseres på en mer systematisk måte. Linje for linje og som skal identifisere meningsbærende enheter i grupper. Jeg forsøkte jeg finne meningsfulle enheter som var relevant for min problemstilling. Jeg fjernet rett og slett irrelevant informasjon med mørk markeringspenn. Det meningsbærende i teksten ble markert med gul markeringspenn for å fremheve at dette kunne være viktig informasjon. Jeg forsøkte etterpå å systematisere det som var meningsbærende og relevant. Deretter sorterte jeg funn av enhetene i ulike koder. Her mener Malterud at denne kodingen er en systematisk dekontekstualisering. De meningsbærende enhetene ble satt i en tabell med koder. (Se s. 69)

Tredje steget i prosessen var kondenseringen, fra kode til mening. Her ville jeg kunne finne hensiktsmessig meninger og underkategorier ut i fra kodegruppene jeg hadde laget i steget før. De meningsbærende enhetene skal identifiseres og kodes. Man sorterer i undergrupper som er relevant for analysen. Deretter forsøkte jeg lage kunstige sitater det vil si flere sitater slått sammen til ett med samme innhold fra flere informanter, og at det blir som en uttalelse. Jeg erfarte at jeg faktisk fikk sortert mere som kunne både være relevant og ikke relevant i dette steget av analysen. Ut i fra kondensatene man har laget skal man velge ut gullsitater.

I fjerde steg skal abstrahering bli til hovedkategorier. Her skulle jeg prøve å finne en overordnet forståelse for materialet, og finne hovedpunkter som inndeles i hovedkategorier. Slik jeg har forstått metoden er det å samle flere like koder til en felles kode. (Malterud 2017).

Tabell 1 Eksempel på en meningsbærende enhet kondensert og kodet.

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode
<i>Jeg vet ikke om det er et godt ord person SENTRERT omsorg? Er det et ord som vil gi mening for den assistenten som jobber her. Men det er blitt et veldig sånn moteord, det er det vi skal si nå.</i>	Et mote- ord som ikke gir god mening	Moteord
<i>Har du fått en demensdiagnose så får du flere ressurser rundt deg. Mulighetene ... eller sjansen for å få litt mer personsentrert omsorg er større, fordi ressursene der er større.</i>	<i>Pengesekken er større hvis du har en demensdiagnose. Så min påstand er jo at de sykeste er taperne.»</i>	De sykeste er taperne

4.8 Metodekritikk.

Det har vært viktig for meg og reflektere over min bruk av metode. Jeg har forsøkt å beskrive metoden så godt jeg kan, og vise en transparang og ærlig arbeidsvei jeg har utført. Dette for at metoden og prosessen fra innhenting av data til ferdig resultat skal være troverdig og validerbar.

Metoden og utvalget er for lite til å kunne gi et like validerbar resultat som en kvantitativ studie kunne ha gjort. Studien er avgrenset til kun et sykehjem i en kommune i Norge. Studien viser også kun til fire avdelingslederes opplevelser og erfaringer, og funnene kan ikke generaliseres, men kan vise til tendenser som er gjennomgående. Samtidig kan min avgrensning vise noen tydelige funn på mine undringer. Min nysjerrighet og ønske om mer kunnskap var forankret i fenomenet jeg ønsket å undersøke. Jeg var veldig bevisst på at jeg skulle gjennfortelle informantene uten mine egne tolkninger.

Selv om jeg haddde et par prøveintervju før jeg startet intervjuene med informantene opplevde jeg det første reelle intervjuet krevende. Men jeg erfarte også at de resterende intervjuene gikk mye bedre, og opplevde en bedre mestringsfølelse utover i intervjuprosessen. Jeg er slik sett fornøyd med intervju som metode til at dette er min første erfaring som forsker. Jeg erfarte også at selv om jeg trodde Malterud sin metode ville gi meg god oversikt, og lettere bruke metoden for å kunne bearbeide materialet oversiktlig, kjente jeg som student som aldri hadde erfart den måten å jobbe på som også utfordrende ,og litt uoversiktlig ,da

man ikke føler seg helt trygg på om man har forstått metoden, og har derfor nok ikke helt fulgt Malteruds metode fullt ut. Jeg erfarte at jeg under analysestegene hoppet litt frem og tilbake da jeg trolig ikke var trygg nok på metoden. Jeg tror likevel at funnene ville blitt det samme hvis jeg var tryggere på metoden.

4.8.1 Å forske i egen kultur.

Cato Wadel (1991) har skrevet boken feltarbeid i egen kultur. Han sier at ved å gjøre feltarbeid i egen kultur innebærer at en studerer en del av sin egen virkelighet. Min egen erfaring og kjennskap med virksomheten i sykehjem og kommuner som organisasjon ga meg som forsker mange fordeler og erfarte at det var en stor ressurs. Ved å forske på avdelingsledere på sykehjem sine opplevelser og erfaringer kunne jeg både raskt forstå og ha egne kunnskaper om da jeg selv har mange års erfaring med både å jobbe på som sykepleier på sykehjem og å være avdelingsleder. Det gjorde at det var lettere å sette seg inn i fenomener. Jeg trengte ikke å søke ny, ukjent informasjon da dette var et kjent felt. Erfarnger og opplevelser informantene fortalte om var lett overførbare til mine egne opplevelser og erfaringer. Dette ga meg et innenfraperspektiv som nok har påvirket min forforståelse. Dette perspektivet kan ha bidratt til at jeg bare ser det «gjennkjennbare», og som bekrefter det man allerede vet og kjenner til fra før. Kanskje har jeg gått glipp av viktig empiri ved å ikke være like undrende/stilt spørsmål som andre forskere som ikke har min bakgrunn ville stille. Samtidig erfarte jeg at det var en stor fordel å kjenne systemet, erfaringene og opplevelsene avdelingslederne formidlet som forsker. Det at jeg ikke forsket på min egen arbeidsplass gjorde likevel at jeg følte jeg hadde mulighet å stille spørsmål som jeg kanskje ville synes var vanskelig hvis det var enda mer nært. Det var andre avdelingsledere enn mine kollegaer som likevel gjorde at det var et fremmed felt å forske på da andre sykehejem har kanskje andre opplevelser og erfaringer og arbeidsmåter.

5.0 STUDIENS FUNN.

I dette kapittelet vil funnene presenteres med overskrifter og kunstige sitater fra informantene. Funnene er forankret i mine forskningsspørsmål.

5.1 Hva skal til for å få personsentrert omsorg som en omsorgsfilosofi i sykehjemsavdelinger?

I det første forskningsspørsmålet spurt jeg avdelingslederne om hva som skulle til for lykkes med innføringen og få dette som en omsorgsfilosofi. Her var engasjement og drivkraft, og gode systemer de to sentrale funnene.

5.1.1 Vi trenger engasjementet og drivkraften hos ledelsen og lederne.

Jeg erfarte at alle avdelingslederne som veldig engasjerte i eldreomsorgen, og de hadde gjort beviste på valg på at det var dette de ønsket å jobbe med. Gleden av å jobbe med å lede var også en motivator. Viktigheten av å være faglige rollemodeller og inneha en veilederfunksjon er viktig erfarer avdelingslederne. De opplever dette det som godt mottatt hos personalet. Det gjør personalet tryggere på sin rolle.

«Engasjementet for eldreomsorg, det er det som er drivkraften min, fordi jeg ser hvor syk de er, og jeg skal nå i hvert fall prøve å gjøre mitt for at de har det bra det livet de skal leve som de har igjen. Også er jeg er veldig opptatt av personsentrert omsorg, men det er veldig mye annet tull vi er nødt til å forholde oss til, som ikke handler om personsentrert omsorg».

I samtalene fremkommer det at det er stor drivkraft hos alle for å jobbe personsentrert, og at man er avhengig av dette forankret hos ledelsen. Verdien må være forankret hos lederen når man skal lede andre mennesker i en verdi

«Så kan man jo spørre om hvorfor JEG velger å være leder? ja fordi at jeg skal passe på at de som bor hos meg har det bra. Det er veldig enkelt.»

Avdelingslederne virket stolte over å inneha sykepleie som grunnutdanning, og alle ønsket å mer kunne utøve faget, også i lederrollen. De var veldig hjelpelig ved behov for å utføre sykepleieroppgaver, og erfarte at de ansatte satt pris på dette. Erfaringen var også følelsen av å være mer en del av gruppa og en viktig medarbeider. Disse positive erfaringene var med på å skape en god og tryggere arena for annet viktig arbeid slik som nye innføringer, og arbeidet med personsentrert omsorg. De opplevde at dette var viktig tid å bruke, men i den store sammenheng var det en av mang ting som tok av tiden.

Samtidig tenker jeg at kan lettere være overførbart i sykehjemsavdelingen. Jeg erfarer selv at nærledelse i utefra den avdelingens behov er viktig for at ansatte skal føle trygghet i faget de skal utøve, men også opplevelse anerkjennelse fra leder som *ser* og *støtter*.

5.1.2 Vi trenger gode systemer.

Avdelingslederne hadde alle et behov for å si noe om utfordringen med å få satt personsentrert omsorg i system, og savner en del føringer fra øverste ledelse. Ikke bare føringer og verktøy, men også at ledelsen forstår at det trengs mennesker for å gjøre dette viktige arbeidet.

«Og Personsentrert omsorg, Trygghetsstandard og Leve hele livet ... det står jo ingen plass hva som skal til for at vi skal få det gjort, og det er ingen som forstår at det trenges jo mennesker for å gjøre de her tingene. Hvor mange mennesker, og hva skal de kunne i utgangspunktet?».

Jeg erfarer det samme at gjennom ulike avdelingsledermøter og arbeidsgrupper i min kommune har dette vært et gjennomgående tema. Personsentrert omsorg går som en rød tråd gjennom kommunens planlagte strategiplaner og handlingsplaner som er presentert på ulike møter og som er under utarbeidelse. Men det bare prates om og viser ikke til hvor man finner mer informasjon eller hvordan vi systematisk skal gjennomføre det ut i sykehjem i kommunen.

«Det som vanskeliggjør det er å få satt det i et system, og ha tida til det, og ha kompetansen til det, til at primærkontaktene får tid til å forske litt i det, du må lage noen gode planer også må du, så må du formidle det videre på en måte og det er vanskelig i et system hvor det jobber 40 stykker hvordan skal alle vite alt? Det er nesten umulig. Vi har en kultur for personsentrert omsorg, men jeg tror ikke vi klarer å systematisere det godt nok ...»

Avdelingslederne erfarer at den beste måten å innføre kvalitetsarbeid er å få det inn som en del av den daglige rutinen. Her mener Avdelingslederne at morgenrapporten spesielt er godt egnet til å prate om personsentrert omsorg og formidling av kunnskap, også den tause kunnskapen. Dvs. den erfaringen enkelte pleiere har. De sier at det prates om personsentrert omsorg hele tiden. Utfordringen er å nå ut til alle med det som blir sagt under rapport.

«Når vi snakker på rapporter og man reflekterer over noe, og noen kanskje ikke har forstått så bruker jeg å si: Men vi driver jo på med personsentrert omsorg. Dette har jeg måtte gjentatt i det uendelige»
«Hos oss er det viktig å ha dette forankret under rapporter. Ha det som en daglig rutine. Hva fungerer? hva fungerer ikke hos pasienten? Dette må gjelde alle faggruppene, uansett faglig bakgrunn Da erfarer ledere at personalet også gjør dette når leder ikke er tilstede uansett rolle skal du være involvert.

5.2 Hvilke kunnskaper, verktøy og arbeidsmåter trengs for å få personsentrert omsorg innført som en arbeidsmåte?

I dette kapittelet presenteres de 3 hovedfunnene som fremkom tydeligst. Disse funnene var: Kompetansen, menneskelig kompetanse og mulighetsrom og ressurser.

5.2.1 Vi trenger kompetansen.

Alle avdelingslederne snakker om viktigheten av kompetanse. Og de snakker om ulike former for kompetanse som viktig. Viktigheten av å kjenne sitt personal, og hvilke kompetanser som ligger hos hver enkelt.

«Det er for lite kompetanse tror jeg og for lite tid ikke minst til å sitte å jobbe med de her tingene. Som er en del av kompetanseforståelsen på personsentrert omsorg. Det er jo så mange krav vet du til annen dokumentasjon og legge planer for dagen, så man prioriterer de kravene. Faste ting som må gjøres først.»

«Du må kjenne HVER og EN ganske godt. Og derfor er også det viktig å være på rapportene. Fordi jeg kjenner dem, og jeg vet hva som trigger dem og hva de trenger.»

«Det er det som er en del av ledelsen mener jeg handler om. Det er å ha riktige personer på rett plass. Den riktige kompetansen på rett plass»

Flere av avdelingslederne snakker om at tidligere kompetanse noen ganger er en utfordring ved nye innføringer, slik som personsentrert omsorg. Dette var ofte utslagsgivende hos helsepersonell som hadde jobbet i mange år. De erfarer at hvis du har en kompetanse kan det være tyngre å lære seg noe nytt. Eksempler på dette trekker de frem hjelpepleierne .

«Det virker som eksempelvis hjelpepleiere og de som har jobbet lenge har tyngre for å lære seg personsentrert omsorg. De har gjort det slik som de har gjort det i alle år og det har gått bra, også virker det er vanskeligere for de å tenke nytt, å tenke mer utvidet».

Både avdelingslederne og jeg mener at det kan slå uheldig ut for alt av nye innføringer i avdelingen, også personsentrert omsorg. Samhandlingen mellom personalet og fokuset på nye innføringer kan også bli utfordret med at det kan være vanskelig for nyansatte og andre som har forstått viktigheten med innføringer både å jobbe videre med dette, men også å kunne si ifra og dele sine erfaringer.

5.2.2 Vi trenger menneskelig kompetanse

Det var gjennomgående hos avdelingslederne at kompetanse ikke nødvendigvis teoretisk kompetanse, men det fremkom at egnethet og villighet til å forsøke å forstå den andre var viktigere. De erfarte at mange i personalgruppen hadde en menneskelig natur og væremåte mot den eldre som samspilte godt med personsentrert omsorg. Noen har bare denne egnetheten. Det virket utefra deres opplevelser at noen jobbet personsentrert som en del av deres arbeidshverdag uten å vite at det var det de gjorde.

«Så det handler om kompetanse. Ikke nødvendigvis sånn lærebok-kompetanse, men menneskelig kompetanse. Det å bare se andre, og synes at det er viktig.»

Andre hadde ikke denne naturlige egnetheten, og trengte å lære mer om dette, som oftest gjennom måten vi reflekter og diskuterer og formidler kunnskapen og erfaringer på.

5.2.3 Vi trenger et mulighetsrom og ressurser.

Alle avdelingslederne var frustrert over bemanningsnormen. De snakket om at den har vært det samme i 20 år.

«De gamle tallene må jo snart vike for nye tall, man må HØRE på hva de ansatte sier. Men jeg tror de er så redde for å høre på ansatte eller avdelingsledere for da tror de at vi er grådige. At vi bare skal ha og ha. Litt sånn som unger. Og det er jo ikke det det handler om, de stoler ikke på vår kompetanse til å si hva vi trenger av ressurser for å få til det vi skal gjøre. Og det er jo å gi gode tjenester fra begynnelse til slutt, eller fra prosedyrer til behov. Menneskelige behov.»

«Bemanningen er jo et kjempeproblem! Å ha 3 mennesker skal hjelpe 10 stykker som har så omfattende hjelpebehov at du kanskje må være 2 på 7 av de 10 ... det sier seg jo selv at tiden til å gjøre andre ting enn å stelle, og mat og drikke er jo veldig begrenset.»

Alle avdelingslederne snakket også å ulike former om muligheter til å gjøre dette.

«Mulighetsrommet trenger både tid og ressurser, men jeg tenker også kompetanse. Det å lære seg til å SE andre, og sette seg ned å TENKE over hva kan JEG gjøre for den her personen. Er det noe jeg kan gjøre, er det noen jeg kan snakke med, er det noen jeg kan diskutere med. ... at man ikke blir så fokusert på oppgaver hele tiden. Rutinene, men også at man bruker tiden på tid til å reflektere over hva vi kan gjøre. Mulighetsrommet blir veldig lite hvis man har personer i lag med seg som ikke gjør det.»

5.3 Avdelingsledernes utfordringer for å få til personsentrert omsorg i sykehjemsavdelinger.

I dette kapittelet presenteres de 5 viktigste funnene som omhandler: Tid, Å være» mellom barken og veden «, to ulike livsverdener, personsentrert omsorg- et moteord? Og de sykeste er taperne.

5.3.1 Tiden er den store fienden.

I min forskning sier alle avdelingslederne at mangel på tid til å jobbe systematisk med personsentrert omsorg er den største utfordringen. Arbeidsoppgavene for avdelingslederne er så mange at de hele tiden må prioritere hva som blir viktigst å få gjort. Følelsen av å hele tiden brann slukke er sterk tilstedeværende hos avdelingslederne Det fremkommer også at de føler at mange av oppgavene de må håndtere ikke er relevante for stillingen og som andre burde gjøre.

«Det er egentlig litt for mye arbeidsoppgaver. Jeg skulle ønske at det kanskje var tydeligere hva vi avdelingsledere egentlig skal gjøre, fordi vi havner jo ofte i oppvaskmaskiner og vaskemaskiner, ja litt sånn vaktmesteroppgave som vi ikke skulle trengt å gjøre. Hvor du blir sugd inn i et sånn her system hvor du gjør helt andre ting enn det vi egentlig skal gjøre. Og det er jo faglig ledelse. Det gjør vi nesten for lite av synes nå jeg, jeg skulle gjerne hatt frigjort mere tid til det for arbeidshverdagen står jo i stor grad også i å leie inn vakter ved sykefravær, vakanse, og vi har ledige sykepleierstillinger sånn at man bruker mye tid på å legge opp dagene fremover.»

Samtidig sier avdelingslederne at noen av arbeidsoppgaver som tar av tiden er vanskeligere å sette bort. Dette utarter seg spesielt ved turnusplanlegging og dekke vakter slik som å dekke vakter. Her gir alle uttrykk for at det er viktig å kjenne sitt personal for å få en best mulig kvalitet på hver enkelt vakt.

Det fremkommer blant alle avdelingslederne at de fast ansatte i avdelingen, og spesielt sykepleierne trenger en leders støtte for å jobbe med personsentrert omsorg i avdelingen. Her viser de til at den faglige oppfølgingen i avdelingen blir utfordret ved at også sykepleiere får unødvendige oppgaver å forholde seg til som er tidstyver.

«Sykepleiere og avdelingsledere får jo henvendelser fra kreti og pleti om alt mulig slags tull og vas som ikke skal være nødt å tenke på. For eksempel så var det ei som så her tidligere i dag at det var noen her å reparerte en vaskemaskin og så kom han for å fortelle meg hva han hadde gjort for noe med vaskemaskinen. Man må jo fatte og forstå at en sykepleier skal jo ikke være nødt å ta inn over seg og sjekke hva de har gjort med den vaskemaskinen. Hvor mye skal du putte på de her sykepleierne av meningsløs informasjon hvor de ikke får konsentrert seg om det de skal holde på med. Og det kan vi ikke begrense fordi i sykehjem så har vi har nesten ikke stab til å ta seg

av alle de her «tingene» våres, lagrene våre, utstyret våre, bestillinger og, altså du blir heftet av så mange andre unødvendige ting «

«Vi har en kultur for personsentrert omsorg, men jeg tror ikke vi klarer å systematisere det godt nok. Og det er fordi det er for lite kompetanse ... og for lite tid ikke minst.»

5.3.2 Følelsen av å være mellom barken og veden.

Dette er en gjennomgående leder opplevelse hos alle avdelingslederne. De opplever det som frustrerende at det nesten snakkes med to tunger hele tiden.

«Det er mye økonomistyring og mye press i forhold til pengesaken. Altså du har de møtene om pengene, også 2 timer senere har du møter som går på dette med personsentrert omsorg. Og du får det ikke til å henge sammen. Og det er utrolig frustrerende å forholde seg til.»

«Jeg synes ikke vi gjør noe annet enn å springe til ulike møter. Møter som omhandler nærledelse der leder skal være nærmere de ansatte og tilgjengelig på andre tidspunkt, og møter med fokus på kvalitetsarbeid.. blir jo ikke mye nærledelse med å springe på alle disse møtene.

5.3.3 Følelsen av å leve i en «drømmeverden».

Avdelingslederne gir sterkt uttrykk for at det oppleves som det snakkes med to tunger, og de opplever det som frustrerende. Det er sterke føringer i kommunen for at man skal innføre personsentrert omsorg, men det følger ikke med penger til å gjennomføre dette. Det koster penger å innføre en ny kompetanse som skal være bærende i sykehjemsavdelingen.

«Skal vi hele tiden leve i en drømmeverden? Eller skal vi være realistiske å kalle en spade for en spade, og si at nå har vi så lite penger at vi må faktisk ta ned kvaliteten? For det er jo det vi gjør! Men så har vi møter om VIPS, og nærledelse og trygghetsstandard for å vise hvor fint og flott alt skal være. Det henger jo ikke på greip.»

5.3.4 Personsentrert omsorg - et moteord?

Avdelingslederne gir uttrykk for at det kanskje ikke er et godt nok ord- Et ord som blir «brukt opp?», og at personsentrert omsorg ikke er godt nok beskrivende, og tar lang tid å omstille i språkbruken, slik som å si personer med demens istedfor demente. Jeg erfarte også at en av avdelingslederne brukte feil ord og konsekvent sa *pasientsentrert* omsorg. En annen avdelingsleder sa også *pasientsentrert* ved et par anledinger. I tillegg fikk alle avdelingslederne spørsmål om hvordan de forstod begrepet personsentrert omsorg, og om begrepet var brukt i det daglige i sykehjemsavdelingen. Tilbakemeldingene var at avdelingslederne fortsod

begrepet, og hvordan jobbe personsentrert, men når det kom til sine ansatte undret de på om de forstod både arbeidet og begrepet.

«Jeg vet ikke om det er et godt ord person SENTREERT omsorg? Er det et ord som vil gi mening for den assistenten som jobber her. Men det er blitt et veldig sånn moteord, det er det vi skal si nå, men jeg vet ikke om det forteller nok hva det handler om, for det er jo mange uskolerte her, det er jo det. Også er jeg litt redd for at det skal bli et sånt ord som blir oppbrukt til slutt. At det ikke er et ord som gir mening lenger.»

5.3.5 De sykeste eldre er taperne i kommunen.

De sykeste eldre betegner avdelingslederne om som bor på somatisk avdeling på sykehjem. Disse eldre var de svakeste til å stille egne krav og ønsker. Muligheten for å se hver enkelt og deres individuelle ønsker og behov var vanskelig. Storparten av disse hadde et kognitivt svik, og noen en demensdiagnose. Men siden de er så skrøpelige blir de budsjettert med somatisk plass og ressurser følger ikke med. Avdelingslederne hadde stort engasjement nå de pratet om de syke eldre på sykehjem. Både de og de ansatte sin arbeidsdag var så hektisk at de slet med dårlig samvittighet hver dag. Alle forsøker så godt de kan til det beste for den eldre, men tiden strekker ikke godt nok til virkelig utøver personsentrert omsorg. De snakket om budsjett og bemanningsnorm og at rom for å gi personsentrert omsorg var større på sykehjems plasser som var beregnet for personer med demens.

«Å differensiere i alder er jo bare helt meningsløst. Hvis du jobber på ordinære langtids så har du liksom tapt litte grann. Da har du trukket det korteste strået fordi du burde jo jobbe i ordinær demens for da får du jo mye større ressurser. Det er en helt annen bemanningsfaktor. Sånn at de sykeste er jo taperne. Egentlig ... de som trenger to i stell-de som trenger hjelp til absolutt alt er jo de som er taperne. Fordi at de er gammel og treng hjelp til alt, der får du lavest bemanning Men er du så heldig at du har fått en demensdiagnose og er oppegående så får du flere ressurser rundt deg. Mulighetene ... eller sjansen for å få litt mer personsentrert omsorg er større, fordi ressursene der er større. Pengesaken er større. Så min påstand er jo at de sykeste er taperne.»

6.0 DISKUSJON.

I kapitlene under vil jeg drøfte hovedfunnene i studien som omhandler kompetanse, tid, å være mellom «barken og veden», «De sykeste eldre er taperne» og «Personsentrert omsorg- et moteord?» Videre drøftes funnene opp mot det teoretiske rammeverket og tidligere forskning mot oppgavens problemstilling.

6.1. Kompetanse er avgjørende.

6.1.1 Avdelingslederens kompetanse

Avdelingslederne jeg intervjuet virker i høy grad å være klar over sin egen rolle i organisasjonen og innehar en stor organisatorisk kompetanse ut i fra våre samtaler. Utfordringen slik de beskriver det er at andre roller og som ikke er deres rolle, er uklare som de føler de må unødvendig håndtere. Orviks «*Organisatorisk kompetanse*» er rettet mot sykepleiere, men jeg mener den er lett overførbart til både leder og annet helsepersonell. Orvik mener at en slik økt kompetanse kan gi bedre forutsetninger for endringer og innføringer.

Mjørud & Røsvik har forsket og skrevet mye om implementering av personsentrert omsorg. I deres forskning fremgår det at ansvaret hos leder er stort for å få til dette arbeidet. Viktigheten av ledere har kompetanse om personsentrert omsorg er stor for å klare innføringen, og følge dette opp systematisk.

Rokstad (Rokstad at. El, 2013). viser at ledere har en stor innflytelse og sentral rolle i å utarbeide en klar og konsekvent profesjonell visjon, å være kontinuerlig støttende til omsorgspersonalet og aktivt delta i omsorgspraksis som rollemodeller innføring av personsentrert omsorg. Strukturell delegering av autoritet og beslutningsprosesser til kompetente fagpersonell er viktig når det er vanskelig for de formelle ledere å være til stede i avdelingene på daglig basis.

Avdelingslederne snakket også mye om å kjenne sine ansatte som en nødvendig kompetanse avdelingsleder må inneha. Dette både for å sørge for at kvaliteten på tjeneste blir gjennomført på best faglig og forsvarlig måte, men også for å kunne påvirke, støtte og innføre nye og bedre arbeidsmåter. Dette støttes av Mjørud & Røsvik som sier at for å få til dette implementeringsarbeidet må ledelsen utøve personalomsorg. Dette for å fange opp når personalet trenger tid til å bearbeide erfaringer og opplevelser. Leder bør også etterstrebe å ha

en god relasjon til sine ansatte, lytte og gi mulighet å prøve ut ideer de ansatte kommer med som kan forbedre kvaliteten.

I følge Rita Jakobsen (2005) henger kulturforståelse og ledelse sammen og sier at kulturforståelse er avgjørende i ledelse. Denne kulturen omhandler menneskelige sider av virksomheten og omhandler organisering og oppfatning av mål. Kvalitetsutvikling er ikke mulig uten kjennskap til kulturen den skal utvikles.

Slik jeg erfarer dette selv er det å få til å utøve personsentrert omsorg, og at de ansatte tar ansvar for dette, krever det at leder også tar ansvar og er deltakende og faglige rollemodeller. Det må være overførbart til personalet, personalet må føle en personsentrert ledelsesomsorg. Dette bør i all ledelse av mennesker være et mantra. Min egen erfaring og opptatt av avdelingsledere sin rolle i arbeid med personsentrert omsorg. Avdelingsledere er faglige ledere, og er derfor rollemodeller som kan bidra til å påvirke, støtte og sette en standard for sine ansatte i arbeidet med å gi en god omsorg for den eldre som trenger det. Ved at avdelingsleder er deltakende og tar ansvar, og er gode denne arbeidsmåten vil være lettere ved at avdelingsleder skaper trygge rammer, at ved denne type arbeidsmåte finnes det rom for å feile og også lære av hverandre- gjøre hverandre gode. En viktig rolle her er at leder klare å gjenkjenne disse verdiene hos de ansatte og gi dem anerkjennelse for det. Også i en ansettelses prosess tror jeg vil dette være et viktig fokus for. Personsentrert omsorg må være forankret hos ledelsen på alle nivå.

6.1.2 Ansattes kompetanse.

De ansattes kompetanse er viktig for å jobbe personsentrert og for å forstå hvordan man skal arbeide med dette i sykehjemsavdelingen. Kunnskaper om demens og om hvordan den kan utarte seg både i form av språk og handlinger påpeker alle mine informanter viktigheten av at de ansatte innehar. Derfor er det viktig med kompetanseheving på alle nivå hos de ansatte. Både ledelse, sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter. Det er kun slik man kan lykkes mener de. Den ansattes forståelse av at *slik jobber vi her* kan være vanskelig hvis du ikke har fått lært noe om det.

Kunnskapsrike ansatte som opplever arbeidsmiljøet som fremmer personsentrert omsorg i praksis, der de ansatte også finner disse verdiene gjennom respekt mellom pasienter og pleier og mellom de ansatte og ledelse er viktige momenter i rammeverket for personsentrert omsorg mener McCormack & McCance (2010).

Samtidig sier alle avdelingslederne at den rette kompetansen ikke bare er den teoretiske kompetansen. Mange snakker også om den menneskelige kompetansen. Evnen til å kunne se den andre, og forstå deres behov. Torunn Hamran kaller disse kulturbærere. Slik jeg forstår Hamran vil det jeg søker, en personsentrert arbeidsmåte, ha disse elementene i seg når man ønsker den form for omsorgsfilosofi som bærende - det som skal henge i veggene. Uti fra dette vil «kulturbærere» med de rette verdiene og holdninger være gode rollemodeller for å få personsentrert omsorg som en arbeidsmåte i avdelingen.

Dette støttes også av Meløys forskning som beskriver behovet for kompetanse i sykehjemsomsorgen som todelt. (Meløy,2014, s.50). Hun mener vi trenger både medisinsk og sykepleierkunnskap, men også den uformelle kompetansen, men at forutsetningen er at de med uformell kompetanse har en iboende forståelse om hvordan man møter mennesker. De ufaglærte som har denne egnetheten kan vi motivere til vider utdanning i helse.

Hun sier videre at det er en skjev fordeling i fagkompetansen, og at mindretallet som er sykepleiere blir veldig alene i å fronte personsentrert omsorg i sykehjemsavdelingen. Dette kan jeg støtte meg til. Som avdelingsleder erfarer jeg at sykepleierne ofte er kulturbærere som er ekstra viktig at avdelingsleder viser støtte og anerkjennelse til.

Videre sier avdelingslederne at både som avdelingsleder, sykepleiere og annet personell er ingen av oss ferdig utlært. Nye kunnskapshull fremkommer i møtet med den andre. Ut i fra min forståelse av Røsvik og Mjørud vil pleierne i avdelingen ha sentrale roller i det personsentrerte arbeidet som pågår i avdelingen. For å kunne gi en slik omsorg og for å innføre en slik arbeidsmåte, vil det være behov for kompetanse på dette området, og de vil trenge støtte og mulighet for faglig utvikling. Her vil avdelingsleders rolle i stor grad kunne være med på å lykkes med dette.

Røen og andre har utført en stor studie i flere kommuner, sykehjem, enheter og ansatte. Funnene i denne studien indikerer at å gi personsentrert omsorg i sykehjemsavdelingen er nært knyttet til hvordan de ansatte opplever jobbsituasjonen i tillegg til både organisatoriske og strukturelle faktorer og det fysiske miljøet.

Jeg mener vi har alle en plikt til å søke mer kunnskap der vi opplever dette er nødvendig. Samtidig er det viktig at avdelingsleder kjenner sine ansatte og kan gjenkjenne behovet og tilrettelegge for gode læringsmuligheter En gevinst er større mestringfølelse for den ansatte og en bedre personsentrert omsorg for den som trenger det.

Slik jeg har forstått teori og forskning på dette emnet kan det eksempelvis oppstå etiske utfordringer for kollegaer rundt, som kan dempe motivasjon for videre forbedringsarbeid og arbeidsinnsats, og som da kan resultere og medføre til en dårligere kvalitet på pleien.

Personalet kan stå fast i vante handlingsmønstre da det «alltid er blitt gjort slik», og kanskje ikke ser eller vet om andre muligheter. En vane i avdelingen kan kanskje være at det blir veldig oppgavefokusert i stedet for personsentrert arbeid på avdelingen?

Etiske holdninger og verdier er viktige ledestjerner for å nå målet. Edvardsen (2016) sier noe om at hvordan lederen sender ut signaler til sine ansatte kan påvirke etiske holdninger og verdier. Er det fokuset på å rekke, bli ferdig, og ha en god flyt. Eller er det omsorg og kjærlighet. Ved at leder er bevist også på dette kan det påvirke også hvordan de ansattes holdninger og handlinger utarter seg mener Edvardsen. Dette tror jeg er en av de viktigste kriteriene for å lykkes med innføring av personsentrert omsorg. Lederen oppfatter jeg som et moralsk kompass for de ansatte, og bevisste het om dette hos avdelingslederen vil være avgjørende for å få til endringer og nye innføringer.

Eide & Aadland (2008) sier noe om de moralske utfordringene som kan oppleves av pleierne i deres arbeid. Kulturelle rammer kan være årsaken til disse utfordringene. Holdninger, vaner og praksismønstre kan ha vært over lang tid og grodd fast. Man ser ikke nye måter å løse oppgaver på, men jobber i faste mønstre som har pågått over tid. Slik jeg har forstått kan det eksempelvis oppstå etiske utfordringer for kollegaer rundt, som kan dempe motivasjon for videre forbedringsarbeid og arbeidsinnsats, og som da kan resultere og medføre til en dårligere kvalitet på pleien. Personalet kan stå fast i vante handlingsmønstre da det «alltid er blitt gjort slik», og kanskje ikke ser eller vet om andre muligheter. En vane i avdelingen kan kanskje være at det blir veldig oppgavefokusert i stedet for personsentrert arbeid på avdelingen?

Motstand mot endringer er ofte hovedgrunn til at nye ønskelige kulturer tar lang tid å innføre. Dette da mangel på kunnskap gjør at man blir avhengig av rutiner og organisering som da blir mål i seg selv. (Jacobsen 2001 og Leirvik 2007). Jeg støtter meg til dette. Samtidig har jeg forstått og erfart at hvis «klimaet» i sykehjemsavdelingen er slik at det skaper trygget for å få lov å være usikker, men samtidig at fellesskapet kan lære av egne og andres erfaringer, kan man gjøre hverandre gode. Dette er med på å skape gode læringsarenaer og gode rutiner for å overføre kunnskap.

Brenden McCormack beskriver i sin artikkel viktigheten av å kartlegge behovet for kompetanse, lage gode planer for utvikling av kompetanse, og at ledelse er viktig i dette arbeidet. Forutsetninger for å få dette til er at arbeidsmiljøet oppleves som en trygg arena, og med et grunnlag for gode læringsmuligheter. (Brenden McCormack, et al.2011).

Alle avdelingslederne snakket om viktigheten av å kjenne til pasientens liv og behov. Dette for å kunne gi riktig personsentrert omsorg. Å kunne forstå adferden, sette seg inn i pasientens trolige behov, være løsningsorientert, se muligheter og ikke begrensninger var viktig for å få dette til. Hvis pasienten har vært vant til å stå opp klokka 10, spise frokost og deretter legge seg på sofa å lese avisen, og gir uttrykk for at det er behovene, må pleierne tilrettelegge for dette.

Et eksempel jeg selv kan vise til er en pasient jeg hadde for mange år siden som hadde vært distriktsjormor. Personalet forstod ikke henens adferd i form av motstand og utagering for å skifte til nattøy om kvelden, og ofte resulterte det i en form for tvang. I tillegg sov hun dårlig på natten. Jeg jobbet på den tiden som sykepleier i avdelingen og tok meg tid til å gjennomgå grundig hennes livshistorie. Jeg reflekterte mye over dette, og kom fram til at hun var distriktsjordmor, hun ble hentet på uvanlige tidspunkt og reiste ofte med Redningsskøyte for å nå fødende mødre langs kysten. Hva ville jeg gjort hvis jeg var i hennes sko? Jo jeg ville vært beredt uansett på døgnet, lagt meg med klærne på, eller i det minste klar til raskt ta på. Ut i fra denne kartleggingen forsøkte vi å ikke ta kampen om kvelden, la henne sove med klærne på. Tok heller nytt skift og stell på morgenen. Resultatet ble at pasienten ikke lenger hadde en utfordrende adferd og sov godt på natten.

6.2 Tiden er fienden

Tiden er en faktor som går igjen hos alle avdelingslederne. Denne mangelen på tid oppleves av avdelingslederne som en trussel mot arbeidet med innføringsarbeid, i dette tilfellet personsentrert omsorg og derved utgjør dette en trussel mot verdigheten til de som skal motta denne omsorgen. Ønsket om å gi denne form for omsorg, og ofte utfordrer det etisk å ikke ha tid til å få dette til.

I denne studien har funnene vist at avdelingslederne har hatt stort behov for å si noe om at mulighetsrommet er begrenset for å gi, støtte og innføre en personsentrert omsorg i

sykehjemsavdelingen. Både mangel på tid og ressurser er det som utfordrer og som oppleves som mest krevende for å få til dette. Tid til å reflektere, dokumentere og få satt i system videreformidlingen av beboerens behov blir daglig utfordret av arbeidsoppgaver som er mer oppgaveorienterte, og som også ofte er helt irrelevante og som hverken pleiere eller ledere burde være nødt til å forholde seg til. Samtidig sa de at både lederne og de ansatte var flinke på ha personsentrert omsorg som fokus, men mangel på ressurser og tid utfordret stort dette arbeidet. De snakker om at man er avhengig av noen rutiner for å gjennomføre dagen, men hos de er de likevel flink å se ut av boksen, men det oppleves mer som å jobbe på akkord. De yter ekstra for å få det til, noe som er givende, men slitsomt.

Avdelingslederne pratet om alle kravene til økt kvalitet samtidig som arbeidsmengden øker. En av eksemplene er måltider. Det er bestemt i min kommune å endre på måltider og innføre ekstra måltid. Det er bra for pasienten, men erfaringene alle avdelingsledere prater om er at dette utfordrer muligheten for personsentrert omsorg da midler til at noen skal ha ansvaret for tilrettelegging av måltid ikke er økt. Dette i tillegg til mer fokus på personsentrert omsorg, aktiviteter, kartlegging og dokumentasjon.

Slik jeg forstår Kitwood (2003) mener han tid ikke er en faktor for å yte personsentrert omsorg, men snakker om å ha en evne å være tilstede. Jeg forstår hva han mener, men mine informanternes opplevelser og mine egne erfaringer tilsier at dette ikke stemmer og at tid er en viktig faktor for å utøve personsentrert omsorg.

Meløys hovedfunn (2014) viser at det som hemmer eller begrenser eller det som fremmer henger sammen og har samme konklusjon: tid, kompetanse, kjennskap til pasienten og organisasjonen Dette er i tråd med andre tidligere undersøkelser og er etter mine egne erfaringer samme forståelsen av hva som kan hindrer dette innføringsarbeidet.

Avdelingslederne prater også om behovet for viktigheten av å ha enkelte oppgaveorienterte arbeidsoppgaver rutiner i det daglige. Det hjelper for å holde en viss struktur i avdelingen. Utfordringen er at det oppgaveorienterte tar over det personsentrerte og det er her de ansatte må få tid til å lære seg å balansere og prioritere. Dette støttes av Kitwood (1999). Han sier at mange går inn i oppgavene og rutiner på grunn av det opplevde tidspresset istedenfor å få med seg behov og uttrykk for behov for hjelp.

Her tenker jeg leder må være tydelig i måten man formidler hva man skal ha fokus på, og samtale mye om det med pleierne i avdelingen. Oppfattelsen fra pleierne kan være at bare man får unna disse faste rutinene, og unna alle stillene så har man vært dyktig. Her vil leders rolle være viktig for bevisstgjøring på hvor fokuset bør ligge, nemlig på den enkeltes behov den dagen. Jeg erfarer at på avdelingen jeg leder er alle nettopp flinke på dette med å se behovet før rutiner, og dagen får heller bli som den blir på det som omhandler å løse oppgaver som ikke er like knyttet opp mot pasienten. Det virker som de avdelingsledere som også har demensavdeling også erfarer dette, og at det jobbes faktisk mer personsentrert en man tror, men at det er avhengig av den menneskelige kompetansen til enhver tid i avdelingen. De som ikke har denne egnetheten kan fort oppfatte at ting er ikke blitt gjort den dagen da oppgavene er rådende på om man har gjort jobben Likevel mener både jeg og avdelingslederne at bemanningsnormen er på et grensenivå og opplevelsen på mangel av tid er rådende og reell.

6.3 Å være mellom «barken og veden»

Følelsen av å stå mellom «barken og veden» er en gjennomgående lederopplevelse hos alle avdelingsledere. De opplever det som frustrerende at det nesten snakkes med to tunger hele tiden. Økonomistyring og nedskjæringer på den ene siden og økte kvalitetskrav og innføring av personsentrert omsorg på den andre siden. Dette mener avdelingslederne utfordrer og kolliderer med hverandre, og arbeidet med innføring av personsentrert omsorg blir utfordret daglig.

Avdelingslederne hadde stort behov for å snakke om budsjetttrammer, og om opplevelsen av å leve i to ulike verdener i form av krave til kvalitet og samtidig krav til å holde budsjett. Det virket som de opplevde at det var en stor avstand mellom overordnet ledelse og politisk nivå og ned til avdelingslederne, der opplevelsen av alt det bra som gjøres i feltet og hvor langt avdelingsledere og ansatte strekker seg for å ivareta pasientens behov ikke har noen verdi. Som avdelingsleder erfarer de at man som en mellomleder ofte opplever å stå i en skvis mellom kravene fra ledelse lenger opp og kravene til dine ansatte. Et dobbelt press der også verdier blir utfordret. Samtidig stilles det krav til deg som leder å få til god fagkompetanse og ansvarlighet for dette, og dermed ansvarlig for å få til denne innføringen. I den siste tiden snakkes det i min ledergruppe disse opplevelsene som å stå i en dobbel spagat.

6.4 Funn som overrasket meg. Nye kunnskapshull?

6.4.1 De sykeste eldre er taperne.

Funnene i denne studien viser at de sykeste eldre i kommunen er de som er taperne i å få en personsentrert omsorg.

I prosjektet til Hamran& Moe (2012) fremkommer funn som støtter denne påstanden. Deres funn viser at eldre brukere er mindre kjent med sine rettigheter, og ofte ikke stiller krav. De eldre blir heller likestilt med yngre brukere av tjenesten. Prosjektet avdekket at faren for at en hel del behov hos eldre kan være ikke vurdert, oversett og underkommunisert. Studien viser også de eldre ikke blir sammenlignet med andre grupper, selv om behovet av samme tjeneste er tilstedeværende og de «konkurrerer» om de samme ressursene.

Avdelingslederne og mine egne erfaringer viser at utviklingen på omsorgsbehovet for den eldre i sykehjem har økt betraktelig de senere år. De sykeste eldre bor som oftest på sykehjem på en somatisk avdeling. De er ofte veldig syke med mange diagnoser og i siste fase i livet, og ca. 80 prosent av beboerne har en kognitiv svikt eller en demensdiagnose. Her er grunnbemanning lavere enn på en sykehjemsavdeling for personer med demens.

For ti år siden kom sykehjemsbeboer ofte gående selv til avdelingen, i dag komme mange på bære. Det sier noe om hvor syke de er. De fleste trenger to personer å hjelpe seg i stell, trenger hjelp til å spise og andre grunnleggende behov. I tillegg opplever sykehjemsbeboeren ofte mye tap rundt seg, både i form av egen mestring, men også tap av familie og venner og sitt tidligere sosiale liv. Dette fører ofte til at mange eldre lider av angst og depresjon.

Grunnbemanningen er på en grense nivå erfarer både avdelingslederne og jeg. Selv har jeg arbeidet på sykehjem siden 2003, bemanningen har vært den samme, men beboerne er mye sykere, oppgavene er blitt flere, og krav til dokumentasjon er blitt mye større. Jeg og avdelingslederne erfarer at de ansatte strekkes seg langt og gjør en fantastisk innsats så langt det går. Men med alle disse utfordringer blir sjansen for å få personsentrert omsorg mindre, og de sykeste eldre i kommunen taperne, er både meg og mine informanter sin påstand.

I Kvalitetsreformen for eldre, Leve hele livet som kom i mai 2018 har regjeringen samlet og systematisert arbeidet i noen av kommunene som har funnet gode løsninger i tilbudet til den eldre. Hovedfokuset er at alle skal ha en god og trygg alderdom. Leve hele livet omhandler mennesker og hva som er viktigst i livet bygger på hva eldre, ansatte, pårørende og frivillige,

forskere og leder har sett fungerer i praksis. Hvilke faktorer som løfter kvaliteten og bidrar til en trygg og verdig alderdom.

Også i denne reformen fremkommer det spørsmål om økt vekst av yngre brukere av tjeneste kan ha skjedd på bekostning av de eldre. De viser også til flere forskningsrapporter der det blir hevdet at yngre brukere behov fortrenger eldre sitt tjenestetilbud og skaper prioritetsutfordringer. Et av hovedfunnene viser seg når kommuner opplever økt press fra yngre brukere av hjemmetjeneste, reduseres det institusjonsbasert tilbudet til eldre. Jeg er positiv til denne reformen, og håper den gir føringer som kan øke fokuset på enkeltmennesket når det trer inn i alderdommen.

Funnet i denne studien kunne vært interessant å forske videre på.

6.4.2 Personsentrert omsorg- et moteord?

Alle avdelingslederne var godt innforstått med hva ordet personsentrert omsorg er – og som begrep, verdi og omsorgsfilosofi. Likevel fremkommer det tydelig at de er usikre på om det er et godt nok beskrivende ord, både for allmennheten og for de som jobber nærmest pasienten- nemlig de ansatte. Avdelingslederne mener det kanskje ikke er beskrivende nok, at det er ikke er nok meningsbærende ord. Dette til tross for at de har stort fokus på temaet, og gjennomgått VIPS for sine ansatte.

Personsentrert omsorg virker likevel som å være en omsorgsfilosofi de ønsker skal være gjeldende, og det jobbes kontinuerlig med på å bruke begrepet og få de ansatte til å forstå begrepet og den måten å arbeide på som viktig.

Selv erfarer jeg at ordet personsentrert kan virke vanskelig å forstå både hos ansatte, pårørende, kollegaer og ellers ute i samfunnet. Ofte erfarer jeg at mange snakker om pasientsentrert omsorg når de egentlig mener personsentrert omsorg.

Brooker (2013) mener at en utfordring med begrepet personsentrert omsorg er at det oppfattes ulikt fra menneske til menneske. Derfor har hun utviklet VIPS modellen.

Også dette funnet er noe jeg tenker kunne være viktig å forske mere på.

7.0 REFLEKSJON, KONKLUSJON OG AVSLUTNING.

Jeg har nå beskrevet hvordan jeg har gjort studien fra en undring, problemstilling, til gjennomføring, analysefase til funn, og jeg har også brukt mine egne erfaringer når jeg har intervjuet avdelingsledere i sykehjem- forskerfelt jeg er godt kjent med. Derfor har det også vært viktig å vise min rolle i studien og medvirkning. Selv mener jeg at min rolle i forskerfeltet har vært en styrke, og også en støtte i funnene, og dermed troverdig. Samtidig har jeg vist at jeg har vært bevisst hvilken rolle og min eventuelle påvirkning. Hvilke «briller» jeg har brukt i forskerrollen har jeg vært veldig bevisst dette gjennom hele prosessen.

Målet med min masteroppgave har vært å få en forståelse av avdelingsledere på sykehjem sine opplevelser og erfaringer med å støtte og innføre en personsentrert omsorg i sykehjemsavdelingen. Målet med studien var å sette fokus på et tema *jeg* syntes var viktig, men der også min erfaring som avdelingsleder i sykehjem tilsa at dette var et behov i min kommune å se nærmere på.

Funnene er ut i fra avdelingsledernes ståsted, teori og forskning, knyttet opp mot min problemstilling og mine forskerspørsmål. Arbeidet med studien har vært en prosess, og absolutt også en grad i tålmodighet. Denne studien har for lite empiri til å trekke bastante konklusjoner. Likevel kan den vise til noen tydelige tendenser. Min metode, den tidligere forskningen og rammeverket for teori har bidratt til at forståelsen for dette fenomenet og har både bekreftet tidligere funn, men også nye forskbare funn har trådt frem. Tidsmessig har denne studien kunnet påvirke resultatene. Jeg har kun intervjuet fire avdelingsledere. Dette har gjort at jeg ikke har hatt tiden til å fordype meg slik det var for ønskelig i min rolle som student og forsker. Empirien og mine dykk i relevant teori og forskning ville vært bredere ved mere tid til rådighet. Ved en større studie kunne jeg hatt mere tid, og dermed ha mer empiri som støttet enda bedre mine funn og gitt enda større troverdighet til studien. Selv om jeg har brukt kun fire informanter er mine erfaringer, opplevelser i samhandling og samtaler med mange avdelingsledere i kommunen at mine funn støttes og kan generaliseres som en felles ledelsesopplevelse. Selv tror jeg denne studien er overførbar og gjenkjennbar for alle avdelingsledere i kommunesektoren. Det er jo nettopp pga. av erfaringer, signaler og diskusjoner i min egen kommune at min undring oppstod.

Min egen forskerrolle er garantert påvirket mine steg i denne forskningen. Men det har også vært en stor del av min drivkraft til min forskning på denne studien. Når man selv erfarer som leder, får man også en undring på hvordan andre med samme rolle som meg erfarer.

Studien viser til at det er mange hindringer for å få til denne viktige innføringen i sykehjemsavdelingen. Avdelingslederens rolle med å støtte og innføre personsentrert omsorg er viktig for å få til dette arbeidet og avdelingslederne jeg intervjuet er bevisst på dette. Samtidig blir de i det daglig utfordret, dette til tross for eget ønske, men også både politisk og fra øverste ledelse om å få personsentrert omsorg gjennomført og som en helhetlig omsorgsfilosofi i sykehjem. Funnene jeg har vist til viser at utfordringer står i kø med å få dette innført, og mulighetsrommet for å systematisk å jobbe med dette og annet kvalitetsarbeid er utfordrende både for avdelingsledere og de ansatte. Litteratur, tidligere forskning, og mine empiriske funn viser at.

Innføringen av personsentrert omsorg ble også av avdelingsledere oppfattet som positiv, men var frustrerende da de opplevde at det ikke ble gitt gode nok føringer, systemer eller verktøy om hvordan man skulle få til dette viktig arbeidet, og ikke minst at slik kvalitetsarbeid ofte krever ressurser og at det opplevdes som lite forståelse for det oppover i ledelse og politisk. Med det opplevde avdelingslederne en følelse av å ikke bli anerkjent for sin kompetanse til å uttale seg og gjøre egne vurderinger om behov, bemanningsnorm osv. Når i tillegg økonomistyring ligger som et tåketeppe og som et stort fokus og arbeidsområde, opplever avdelingsledere kvalitetsarbeid og arbeid med personsentrert omsorg som vanskelig å gjennomføre, og frustrasjonen blir stor.

Studien har vist meg at andre avdelingsledere brenner like mye for eldreomsorg og de eldre og ser like mye viktigheten for personsentrert omsorg som jeg ønsker, opplever og erfarer. Samtidig viser studien at ordet personsentrert omsorg kanskje ikke er et godt nok beskrivende ord på det hensikten er og som arbeidsmåte, og lett blir oppfattet som et moteord.

Jeg tror kravene til bemanning, kvalitet og god kompetanse i helse og omsorgstjenesten vil også i fremtiden bli utfordret. Gode rekrutteringsplaner, rom for avdelingsledere å kunne jobbe med fag og støtte sine ansatte, og gode bemanningsnormer vil være viktige faktorer for å imøtekomme dette.

Hvis jeg skal peke mot framtidens tror jeg det hviler store utfordringer på kommunen for å få til dette viktige innføringsarbeidet i sykehjem, og for å og få til den form for omsorgsfilosofi i fremtiden. Selv med dagens store fokus på dette tror jeg dessverre sykehjem i fremtiden vil kunne møte på utfordringer da den eldre blir sykere, og arbeidsoppgavene flere for den ansatte. Likevel er jeg positiv til det jeg har sett av utvikling og positivt fokus på dette

området. Rekrutteringsarbeid og satsningsområder på utdanning av helsepersonell vil nok være viktige fokusområder kommunene må ha i fremtiden. Gode løsninger for å utdanne ufaglært personell og videreutdanninger og annen kompetanseheving.

I studien fremkommer det at avdelingsledere opplever at de ikke strekker til tidsmessig som utfordrer det å kunne være gode rollemodeller og faglig og emosjonell støtte til sine ansatte. Dette gjør at man ikke får arbeidet systematisk med personsentrert omsorg, og mål og innføring av dette tar lengre tid. Også kunne gi de ansatte kunnskaper og kompetanse, bemanningsnorm og tid. Kompetansen var viktig, og kunnskaper om demens og personsentrert omsorg. Men også menneskelig kompetanse hos sine ansatte fremhevet avdelingslederne som viktig egenskap. Også utfordringer å få gode rapporteringssystemer om den enkelte utfordret pleiegruppen. Å kjenne pasienten og hvilke ulike behov den trenger mente alle var viktige for å få rett personsentrert omsorg.

Til tross for mye frustrasjon virker avdelingslederne stolte av den jobben de skal utføre, brenner for de eldre, elsker å jobbe med menneskene de ha ansatt og har pågangsmot og har mye galgenhumor. De kjemper de eldre sin sak.

Betydning av forskning har jeg lært meg gjennom denne prosessen, ikke minst ser jeg nytten av å dele av denne form for kunnskap videre i min rolle som avdelingsleder og nysgjerrigheten for å vite mer. Min forståelse og kunnskap for forskerfeltet kan jeg nå dele med mine med kollegaer som avdelingsledere.

Å forske i eget felt har vært spennende. Selv om jeg har forsøkt å tilegne meg verktøy i form av masterutdanning, sertifisering som VIPS kursholder osv. ser jeg at jeg er likevel like mye utfordret til å kunne jobbe med dette viktige arbeidet nettopp pga. det funnen mine viser. Men jeg er en evig optimist og ser likevel helst mot mulighetene og ikke hindringen.

Studien viser at mine funn er i tråd med tidligere forskning og teori på emnet. Samtidig overasket det meg i studien noen funn som jeg ikke hadde påregnet og som jeg anser som kanskje noen kunnskapshull som er viktig å forske videre på. Avdelingsledernes utsagn om at de syke eldre er taperne i kommunen for å motta personsentrert omsorg anser jeg som et viktig funn. Likeledes er om personsentrert omsorg er et godt nok beskrivende ord? Eller oppfattes det som en av mange moteord? Disse funnene overasket meg litt, og jeg måtte

forsøke å forstå de på en ny måte. Det har satt i gang nye tankeprosesser og nye undringer hos meg.

Som en forlengelse av denne forskningen, i en større forskersammenheng, ville det også vært interessant å undersøke alle avdelingsledere kommunen. Vil tendensene i mine funn være gjeldende i resten av kommunen som organisasjon? Hvor man befinner seg i organisasjonen kan også si noe om hvordan man arbeider, og hvilke fokus og forståelse man har på personsentrert omsorg.

En annen interessant studie ville være en spørreundersøkelse av alle ansatte i sykehjem i kommunen. Hvordan forstår og arbeider *de* med personsentrert omsorg. Da hadde man kanskje fått noen signifikante svar på eksempelvis om personsentrert omsorg et moteord, eller har man fått dette godt og tydelig forankret hos de som skal yte denne form for omsorg til den eldre?

Noe annet som hadde vært interessant å finne noen funn på kunne vært angående kompetanse-er det den gjeldende *teoretiske* og kompetansen du opparbeider deg gjennom utdanning, eller er det den *menneskelige* kompetansen som er rådende for å få til god personsentrert omsorg? Kan det være den kombinerte faktoren som er nøkkelen til suksess. Hva bør satses på? Og hva blir viktig for fremtidens rekruttering?

Det er bestemt i min enhet at vi skal innføre VIPS i avdelingen jeg arbeider i fra høsten av. Her kunne det ha vært en gylden mulighet til å gjøre en studie av denne prosessen. Min kollega som også er sertifisert kursholder og jeg kunne ha benyttet empiri, erfaringer og opplevelser av denne innføringen og sammen skrevet en artikkel i etterkant av innføringen. Jeg tenker at personsentrert omsorg bør innføres til *alle* grupper av tjenestemakere i sykehjem. Personsentrert omsorg være gjeldende som en omsorgsfilosofi i sykehjemsavdelingene, og bør gjelde alle, ikke bare mot personer med demens Sykehjem består av beboere med ulike utfordringer og et stort spenn i alderssammensetning. Da blir det enda mer aktuelt med viktigheten av en personsentrert omsorg å få til. Utviklingen i pleietyngden på sykehjem tilsvarer at man kanskje bør gå bort i fra begrepet beboer og over til pasient grunnet det store omfanget av pleie og omsorg?

Personsentrert omsorg til personer med demens bør være forankret hos ledelsen, på alle ledelsesnivå, og bør systematisk følges opp av et personale med god kompetanseforståelse i arbeidet med personsentrert omsorg. (Brooker, 2013).

Min oppfatning av ledelse er å lede mennesker, og for å få til dette er en av forutsetningen som Mor Theresa sa så godt på en stor lederkonferanse om ledelse: Do you know your people? Do you love your people?

ETTERORD.

Ved slutten av min masterstudie og skriveprosess på oppgaven har det påbegynte arbeidet med å innføre og støtte personsentrert omsorg i sykehjemsavdelinger i kommunen, blitt kraftig utfordret. I min kommune er det store summer som er påkrevd spart inn i disse dager. Hvert sykehjem går nå gjennom en prosess der alle muligheter og konsekvenser ved innsparing er belyst. Redusering i bemanning og redusering i kvalitet er noen av tiltakene og konsekvensene for å nå innsparingstiltakene som er påkrevd. Denne innsparingen kan virke truende for å få til personsentrert omsorg i sykehjemsavdelinger, Dette ser alle som jobber i sykehjem farene ved, og det har vært et stort engasjement i media og politisk om disse faretruende skyene som henger over. For å ivareta den eldre med verdighet og respekt og tilrettelegge for det som er viktig for det enkelte eldre mennesket har vi som arbeider med eldre tatt et høylytt ansvar for, også i media, da vi føler noen må snakke på de eldre sin vegne og verne om deres eldre liv som opplevd meningsfullt.

Likevel har jeg lært ut ifra den studien jeg har gjort at personsentrert omsorg er absolutt mulig å få til, også med mindre penger i budsjett. Det viktigste for å kunne få til dette innføringsarbeidet er at avdelingsleder likevel ser muligheter sammen med sine ansatte, og at de sammen skaper gode verdier og holdninger i sykehjemsavdelinger. Det er det som er de viktigste faktorene for gode forutsetninger for å få dette til.

REFERANSELISTE

Kursholder VIPS praksismodell, Aldring og helse.

<https://www.aldringoghelse.no/demens/personsentrert-omsorg/vips-praksismodell/>

(Hentet ned 6. mai 2019)

Astad, I (2017) *Hvordan opplever medarbeidere endringsprosesser i kommunale organisasjoner?*. (Masteroppgave). Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim. Hentet fra URL

<https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2455624/Ingjerd%20Astad.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Hentet 6.mai 2019)

Brenden TK, Storheil AJ, Grov EK, Ytrehus S (2011) Kompetanseutvikling i sykehjem, Hentet fra

URL. <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/142403/Vitenskapelig2011Grov.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Hentet ned 6. mai 2019)

Brooker, D. (2013). *Personsentrert omsorg, Veien til bedre tjenester*. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.). Oslo: Gyldendahl akademiske.

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2015). *Kvalitativ metode*. Hentet fra URL.

<https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvalitativ-metode/> (hentet ned 7 mai. 2019)

Edvardsen, T. S. (2016). *Verdibevisst ledelse – Leting etter virksomme ord*. Bergen: Kolofon Forlag.

Eide & Aadland, (2008) *Etikkhåndboka: for kommunenes helse- og omsorgstjenester*. Kommuneforlaget.

Dragset, Ingrid. (2014) *“Å sette staven igjen” – tilhørighet til familie, sted, personer og natur*. (doktoravhandling) UiT, Norges arktiske universitet. Hentet fra URL.

https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/7051/thesis_entire.pdf?sequence=13&isAllowed=y. (Hentet ned 6.mai.2019)

Gus Strømfors og Marit Edland-Gryt. (2013) *Eg visste ikke at eg kunne så mykje, Praksisrefleksjon på arbeidsplassen*. Gyldendal akademiske.

Hamran T. (1992) *Pleiekulturen: en utfordring til den teknologiske tenkemåten* (1992). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsedirektoratet.(2019.25.03, Nr.1).*Nasjonale faglige retningslinjer retningslinjer om demens*. Hentet fra URL: <https://helsedirektoratet.no/demens/personsentrert-omsorg-og-miljobehandling-ved-demens> (Hentet ned 6. mai 2019)

Helsedirektoratet. (2018.29.10, Nr 2) *Sykehjem og sykehjemstjenester*. Hentet fra URL: <https://helsedirektoratet.no/sykehjem-og-hjemmetjenester/trygghetsstandard-i-sykehjem> (Hentet ned 6.mai.2019)

Helsedirektoratet. (2018.29.10.Nr.3). *Nasjonale faglige retningslinjer, Ledelse og kvalitetsarbeid*. Hentet fra URL: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/ledelse-og-kvalitetsforbedring> (Hentet ned 6 .mai.2019)

Helsedirektoratet. (2018. 29.10. Nr.4).*Forskrift om ledelse*. Hentet fra URL: <https://helsedirektoratet.no/nyheter/informasjon-om-forskrift-om-ledelse-og-kvalitetsforbedring> (Hentet ned 6. mai 2019)

Helsedirektoratet(2018. Nr.5). *Sluttrapport fra pilot trygghetsstandard i sykehjem 2015-2018*. Hentet fra URL. <file:///C:/Users/sirzak/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/TXVJE0GI/Helsedirektoratet+-+sluttrapport+fra+pilot+trygghetsstandard+i+sykehjem+2015-2018.pdf> (Hentet ned 6.mai 2019)

Forskrift sykehjem(2013)(FOR-2013-06-21-708) Hentet fra URL <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932> (Hentet ned 6. mai.2019)

Helsinki indeklarasjonen (2013). Hentet fra URL. https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/#_Toc229220455 (Hentet ned 6.mai 2019)

Kitwood,T,(1999) *En revurdering af demens- personen kommer i første række*. København:Munksgaard Danmark.

Kommunenes sentralforbund (Årstill, dato). *Kunnskapsløft for kommunen*. Hentet fra URL. <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/helsetjenester/kunnskapsloft-for-kommunene/> (Hentet ned 6.mai 2019)

Kvale,S.Brinkmann,S.(2017.) *Det kvalitative forskningsintervju*,3.utg.Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lovdata.(2019) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra URL. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_4. (Hentet ned 6.mai 2019)

- Malterud, K.(2017) *Kvalitativ forskningsmetoder for medisin og helsefag.4 Utgave.* Univeristetsforlaget.
- Martinsen, K. (2014). «Vil du meg noe?» *Om sårbarhet og travelhet i helsevesenets rom.* Bergen :Fagbokforlaget.
- Martinsen K. (2003). *Fenomenologi og omsorg.* Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Martinsen K. (2000) *Øyet og kallet.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg,sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays.*Otta AS Universitetsforlaget.
- McCormack B, Dewing J, McCance T (2011). *Developing Person-Centered Care: Addressing Contextual Challenges through Practice Development.* The Online Journal of Issues in Nursing.2011; Vol. 16 (2)
- McCormack. B, Manley. K, Titchen.A. (2013). *Practice Development in Nursing and Healthcare.* SECOND EDITION. West Sussex. John Wiley& Sons, Ltd.
- McCormack B & McCance (2010) *Person-Centered Nursing Theory and Practice.* Wiley-Blackwell.UK
- Meløy, E(2014) Masteroppgave.*Personsentrert omsorg- En drøfting om muligheter og begrensninger.* (Masteroppgave) UiT, Norges arktiske universitet. Hentet fra URL.<https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/7543/thesis.pdf?sequence=1>. (Hentet ned 2 mai 2019)
- Orvik,A, (2015). *Organisatorisk kompetanse: innføring i profesjonskunnskap og kliniskledelse.* Oslo: Cappelen Dam akademisk.
- DET KONGELIGE HELSE-OG OMSORGSDEPARTEMENT(2018)*Kvalitet og pasientsikkerhet.*(Meld.St.nr.11)
Hentet fra URL. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/kvalitet/id536789/> (Hentet ned 21 mai 2018)
- DET KONGELIGE HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT (2018). *Lev hele livet*(Meld.St.nr 15.). Utgiversted:Departementet. Hentet fra URL. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20182019/id2622527/sec1> (Hentet ned 6.mai.2019)
- Rokstad,Vatne,Engedal, Sælbeck(2015). *The role of leadership in the implementation of person-centred care using Dementia Care Mapping: a study in three nursing homes.* Hentet fra URL.<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jonm.12072>(lastet ned 06.05.19)

Røen, Kirkevold, Testad, Selbæk, Engedal, Berg, *Person-centered care in Norwegian nursing homes and its relation to organizational factors and staff characteristics: a cross-sectional survey*. Hentet fra URL.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6190067/>

(Hentet ned 2. mai 2019)

Røsvik, J., Mjørud, M., Rokstad AMM., Munch, M., & Røen, I. (2016) *Implementering av personsentrert omsorg. Fire metoder som utfyller hverandre: VIPS praksismodell, Dementia Care Mapping, Marte Meo og Planverktøy i demensomsorgen*. Forlaget Aldring og helse.

Tønsberg. Hentet fra URL. https://s3.eu-west-1.amazonaws.com/ah-web-prod/documents/Implementering_av_personsentrert_omsorg.pdf (30.mai.2018)

Røsvik, J. Mjørud, M., m.fl.(Årstell): *Implementering av personsentrert omsorg*. Aldring og helse.

Foss, B (2019) *Faglige verdier som grunnlag for ledelse*. Hentet fra URL.

<https://sykepleien.no/forskning/2009/03/faglige-verdier-som-grunnlag-ledelse>

(Hentet ned 6.mai 2019)

Tranvåg, O, Petersen, K, Nåden. (2014) D. *Crucial demensions constituting dignity experience in persons living with dementia*. Hentet fra URL.

https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1471301214529783?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed

(Hentet ned 6.mai.2019)

Wadel, C. (1991.) *Feltarbeid i egen kultur*. Hegland Trykkeri A/S, Flekkefjord 1991.

Vedlegg 1

NSD Personvern

Vedlegget er en utskrift av mail tilsendt meg. Som student mottar man ikke lenger brevform.

22.10.2018 14:45.

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 286301 er nå vurdert av NSD. Følgende vurdering er gitt: Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD, den 22.10.18. Behandlingen kan starte. Meld endringer Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres. Type opplysninger og varighet Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.19. Lovlig grunnlag Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. Personvernprinsippene NSD finner at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lenger enn nødvendig for å oppfylle formålet De registrertes rettigheter De registrerte vil ha følgende rettigheter i prosjektet: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). Rettighetene etter art. 15-20 gjelder så lenge den registrerte er mulig å identifisere i datamaterialet. NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. Følg institusjonen din sine retningslinjer NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. Oppfølging av prosjektet NSD vil følge opp behandlingen ved planlagt prosjektstutt for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Kjersti Haugstvedt Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 2 Forespørsel om å gjennomføre masterprosjektet

” Personsentrert omsorg som arbeidskultur i sykehjemsavdelingen ”?

Dette er en forespørsel deg som enhetsleder på sykehjem om tillatelse til å gjennomføre prosjektet mitt. Til denne studien ber jeg deg også om du kan være behjelpelig med å levere ut forespørsler til de utvalgte informanter. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for dine ansatte.

Mitt navn er, jeg er pr. tiden masterstudent i helsefag, studieretning aldring og eldsreomsorg ved Universitet.

Formål.

Hensikten og formålet med prosjektet er å undersøke avdelingslederens erfaringer og opplevelser med å støtte og implementere en personsentrert arbeidskultur i avdelingen. Dette for å en økt forståelse, fremskaffe og utvikle kunnskap som i etterkant kan bidra til å utvikle gode systemer. Prosjektet er en kvalitativ studie.

Problemstillingen min er som følger:

« Hvilke erfaringer har avdelingsledere på sykehjem med å implementere og støtte en personsentrert arbeidskultur i avdelingen? »

Jeg vil samtale om hva som skal til for å få dette til, hvilke utfordringer man kan møte på, og om hvilke kunnskaper og arbeidsmåter som trengs for å få til dette implementeringsarbeidet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

..... Universitet.

Hvem ønskes som informanter:

Jeg ønsker å intervjuer inntil 5 avdelingsledere på ditt sykehjem. Sykehjemmet ditt er blitt valgt ut da dere har som mål å ha personsentrert omsorg som en del av deres implementeringsarbeid. Det er et ønske at avdelingslederne har erfaring som ledere, og oppgaver knyttet til personal , fag og økonomi.

Hva innebærer det for dine ansatte å delta?

Hvis du samtykker til at jeg får gjennomføre prosjektet, innebærer det at utvalgte avdelingsledere blir intervjuet av meg som masterstudent. Det vil ta ca. 60 minutter. Intervjuet vil bli tatt opp på lydopptaker og etterpå transkribert. Svarene avdelingslederne gir vil bli anonymisert, og lydopptak og lagrede notater vil bli slettet når jeg er ferdig med studien.

Det er frivillig å delta.

Det er frivillig å delta i prosjektet. De som velger å delta, kan når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om dem vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for dem hvis noen ikke vil delta eller senere velger å trekke seg. De utvalgte har mulighet å trekke deg fra studien når de måtte ønske

De ansattes personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker opplysninger.

Vi vil bruke opplysningene til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Tilgang til opplysningene er det kun jeg og min veileder ved universitet som har. Navnet og kontaktopplysningene vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen liste adskilt fra det øvrige data. Datamaterialet på forskningsserver, og materialet vi være innelåst. Svarene vil være anonymisert.

Hva skjer med opplysningene til dine ansatte når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.12.2019. Personopplysninger og datainnsamling vil bli slettet ved prosjektslutt.

De ansattes rettigheter.

Så lenge de ansatte kan identifiseres i datamaterialet, har de rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om seg,
- Å få rettet personopplysninger om seg,
- Få slettet personopplysninger om seg,
- Få utlevert en kopi av sine personopplysninger (dataportabilitet), og
- Å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av sine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om dine ansatte?

På oppdrag fra Universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket, og opplysningene informantene gir er basert på deres samtykke.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

..... Universitet, prosjektansvarlig, førstelektor/veileder.

E-post:

Telefon:

Masterstudent:

E-post:

Mobil:

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS

E-post (personverntjenester@nsd.no)

Telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

.....
Prosjektansvarlig/veileder

.....
Masterstudent

.....

.....

Vedlegg 3 Vil du delta i forskningsprosjektet

” Personsentrert omsorg som arbeidskultur i sykehjemsavdelingen ”?

Dette er et spørsmål til deg som avdelingsleder om å delta i et forskningsprosjekt vedrørende min mastergradsoppgave. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Mitt navn er....., jeg er pr. tiden masterstudent i helsefag, studieretning aldring og eldreomsorg ved..... universitet.

Formål

Hensikten og formålet med prosjektet er å undersøke avdelingslederens erfaringer og opplevelser med å støtte og implementere en personsentrert arbeidskultur i avdelingen. Dette for å en økt forståelse, fremskaffe og utvikle kunnskap som i etterkant kan bidra til å utvikle gode systemer. Prosjektet er en kvalitativ studie.

Problemstillingen min er som følger:

« Hvilke erfaringer har avdelingsledere på sykehjem med å implementere og støtte en personsentrert arbeidskultur i avdelingen? »

Jeg vil samtale om hva som skal til for å få dette til, hvilke utfordringer man kan møte på, og om hvilke kunnskaper og arbeidsmåter som trengs for å få til dette implementeringsarbeidet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

..... universitet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg ønsker å intervjuer inntil 5 avdelingsledere på sykehjem. Sykehjemmet ditt er blitt valgt ut da dere har som mål å ha personsentrert omsorg som en del av deres implementeringsarbeid. Det er et ønske at avdelingslederne har erfaring som ledere og oppgaver knyttet til personal , fag og økonomi.

Jeg har fått tillatelse fra din enhetsleder..... til å gjennomføre mitt masterprosjekt. Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du blir intervjuet av meg som mastergradsstudent. Det vil ta ca. 60 minutter. Intervjuet vil bli tatt opp på lydopptaker og etterpå transkribert. Svarene dine vil bli anonymisert, og lydopptak og lagrede notater vil bli slettet når jeg er ferdig med studien.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Du har mulighet å trekke deg fra studien når du måtte ønske

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Tilgang til opplysningene er det kun jeg og min veileder ved Universitet som har. Navnet og kontaktopplysningene vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen liste adskilt fra det øvrige data. Datamaterialet på forskningsserver, og materialet vi være innelåst. Svarene vil være anonymisert.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.12.2019. Personopplysninger og datainnsamling vil bli slettet ved prosjektslutt.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- Å få rettet personopplysninger om deg,
- Få slettet personopplysninger om deg,
- Få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- Å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

På oppdrag fra Universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket, og opplysningene informantene gir er basert på deres samtykke.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

..... universitet, prosjektansvarlig:, førstelektor/veileder.

E-post:

Telefon:

Masterstudent:

E-post:

Mobil:

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS

E-post (personverntjenester@nsd.no)

Telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

.....
Prosjektansvarlig/veileder

.....
Student

.....

.....

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Personsentrert omsorg som arbeidskultur i sykehjemsavdelingen*»), og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- Å delta i intervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. (*oppgi tidspunkt*)

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4 Intervjuguide

Jeg benyttet intervjuguiden som en huskeliste som er tilgjengelig, men vil ha fokuset på det informantene forteller. Under samtalen det kan komme viktige punkter fra informantene, noen «gullkorn» som er viktig å fange opp å be informantene mer utdype. Jeg starter intervjuet med å informere om hvem jeg er, min yrkesbakgrunn og min problemstilling : « **Hvilke erfaringer har avdelingsledere på sykehjem med å implementere og støtte en personsentrert arbeidskultur i avdelingen.**

Jeg vil også informere om hvordan jeg praktisk går frem, eksempelvis opptaksutstyr, hvordan jeg oppbevarer materialet i etterkant . Jeg vil også informere informantene muntlig om mulighet for å trekke seg til enhver tid fra studiet, om min taushetsplikt og personvernslikt.

1. Kan du fortelle meg litt om hvilken type avdeling jobber du i?
 - a) Fortell om hvordan din arbeidsdag typisk utarter seg.
 - b) Kan du fortelle litt om hvilke typiske arbeidsoppgaver du har som avdelingsleder?
2. Kan du fortelle meg hvordan forstår du begrepet Personsentrert omsorg?
 - a) Er personsentrert omsorg en del av begrepene som benyttes i praksis?
3. Kan du si noe om hva du tenker om arbeidskulturer?
 - a) Hva tenker du er viktig for å ha en personsentrert arbeidskultur i avdelingen?
 - b) Hva opplever du er de største utfordringen knytte til personsentrert omsorg som en arbeidskultur i avdelingen?
4. Kan du si noe om hvordan dere jobber med personsentrert omsorg i avdelingen?
 - a) Hvem deltar i den personsentrerte omsorgen?
 - b) Kan du gi noen eksempler på når personsentrert omsorg tydelig fremkommer i avdelingen?
5. Opplever du at det er forskjell/ulikheter på dine avdelingsleder-kollegaer, i måten det det arbeides på/forståelsen for personsentrert omsorg?
 - a) Hva kan vanskeligjøre å ha fokus på og implementere dette verdigrunnlaget?
 - b) Hvilken rolle tenker du selv du har i arbeidet med å fremme og implementere dette arbeidet ut i din avdeling.