

Det helseviteskapelige fakultet
Institutt for helse- og omsorgsfag

Personsentrert omsorg

En drøfting av muligheter og begrensninger

—
Elisabeth Meløy

*Masteroppgave i helsefag
Helse- og omsorgstjenester til eldre*

7. mai 2014

”Den enkelte har aldrig
med et andet menneske at gøre
uden at han holder
noget af dets liv i sin hånd.
Det kan være meget lidt,
en forbigående stemning,
en oplagthed,
man får til at visne,
eller som man vækker,
en lede man
uddyper eller hæver”.

K.E. Løgstrup

FORORD

Så var jeg kommet til veiens ende. Tre års mastergradsstudie i helse og omsorgstjenester for eldre har resultert i en mastergradsoppgave med temaet personsentrert omsorg. Det har vært en lærerik reise gjennom et landskap jeg har levd i så lenge jeg kan huske. I stedet for å gå den vante stien, har jeg i denne reisen beveget meg dypere inn i skogen, vasset i elver, besteget fjell, svaiet i trærne, gitt blomstrene navn og sunget med fuglene. Det har gitt meg nye opplevelser, dypere refleksjoner, større innsikt, mer kunnskap og et behov for å rope til verden til og med det verden ikke vil høre. Jeg ønsket meg en stemme før jeg startet reisen, jeg tror jeg har funnet min.

Takk til familie, venner, kollegaer og medstudenter for at dere gikk deler av veien sammen med meg. Takk til de av dere som også bar ryggsekken min i de tyngste partiene.

Takk til mine informanter som lot meg velvillig plukke blomster og småstein i deres hager.

Takk til veileder Toril Agnete Larsen for all motivasjon og deling av din rike kunnskap om området jeg befant meg i. Takk for du ga meg redskaper, kart og kompass slik at jeg fant veien frem til målet.

Tromsø, 7. mai 2014

Elisabeth Meløy

SAMMENDRAG

Bakgrunn for studien:

Personsentrert omsorg er selve idealet for god omsorg i sykehjem. Likevel er det ingen selvfølge at pleiere i sykehjem yter personsentrert omsorg i sin tilnærming til pasientene som bor der. Gjennom mastergradstudiet har jeg undret meg over hva som skal til for å fremme personsentrert omsorg i sykehjem.

Problemstilling:

Hvordan forstår sykepleiere i sykehjem personsentrert omsorg? Hva mener sykepleiere fremmer personsentrert omsorg og hvilke begrensninger finnes i utøvelsen av personsentrert omsorg i sykehjem?

Metode:

Jeg har brukt en kvalitativ forskningsmetode med en fenomenologisk, hermeneutisk tilnærming for å belyse mine forskningsspørsmål. Datamateriale er innhentet gjennom intervju av sykepleiere i sykehjem. Jeg har analysert datamaterialet ved hjelp av Malteruds metode for tekstkondensering. Funnene er drøftet opp mot mitt teoretiske perspektiv og annen relevant forskning fra feltet.

Konklusjon:

Studien konkluderer med at sykepleiere i sykehjem ikke bruker personsentrert omsorg som et begrep i praksis. Sykepleierne har likevel innsikt i hvordan personsentrert omsorg ytes, og har erfaringer og tanker om hva som fremmer eller begrenser en slik tilnærming i sykehjem. Studien fant at personsentrert omsorg fremmes og begrenses gjennom tid, kompetanse, kjennskap til pasientenes livshistorie og organisering.

Nøkkelord:

personsentrert omsorg, sykehjem, sykepleiere, tid, kompetanse, livshistorie, organisering

SUMMARY

Background:

Person -centered care is the ideal of good care in nursing homes. Yet there is no sure thing that every caregivers in nursing homes providing person -centered care in their approach to patients. Through the master's program, I questioned what it takes to promote person -centered care in nursing homes.

Thesis

How do nurses in nursing homes understand person -centered care? What do nurses think promote person centered care and what limitations exist in the practice of person centered care in nursing homes?

Method:

I have used a qualitative research method with a phenomenological hermeneutic approach to elucidate my research questions. Data was obtained through interviews with nurses in nursing homes. I analyzed the data using Malteruds method for text condensation. The findings are discussed from my theoretical perspective and other relevant research.

Conclusion:

The study concluded that nurses in nursing homes do not use the word person -centered care in daily routines. The nurses know how person centered care is to be provided, and have experiences and thoughts about what promotes or restricts such an approach in nursing homes. The study concluded that personsentert care is promoted and limited by time, expertise, knowledge of the patient's life history and organization.

Keywords:

Person-centered care, nursing, nurses, time , expertise , life history , organization

Innholdsfortegnelse

FORORD.....	3
SAMMENDRAG	4
SUMMARY.....	5
1.0 INNLEDNING.....	8
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	8
1.2 Hensikt og problemstilling	9
1.3 Begrepsavklaringer	10
1.4 Oppgavens oppbygning.....	10
2.0 TEORETISK PERSPEKTIV OG TIDLIGERE FORSKNING	11
2.1 Å leve med demens.....	11
2.2 Personsentrert omsorg	13
2.3 Sykehjemmet som arena for personsentrert omsorg	17
2.4 Sykepleie, omsorg og utøvelse.	19
2.5 Tidligere forskning på området.....	22
3.0 METODE.....	23
3.1 Valg av forskningsmetode.....	23
3.2 Intervju.....	25
3.3 Forforståelsen.....	27
3.4 Valg av informanter	29
3.5 Gjennomføring av datainnsamling	30
3.6 Etske overveielser.....	31
3.7 Analyse av mine kvalitative data.....	31
4.0 STUDIENS FUNN.....	35
4.1 Hvordan forstår sykepleiere i sykehjem personsentrert omsorg?	35
4.1.2 Å møte pasienten der pasienten er.	35
4.1.1 Aktiv deltakelse.	36
4.2 Sykepleiernes tanker om hva som fremmer eller begrenser	37
4.2.1 Vi trenger tid.....	37
4.2.2 Vi trenger kunnskap.....	39
4.2.3 Vi trenger kjennskap til pasientenes liv.....	41
4.2.4 Vi trenger organisering.....	42
5.0 DISKUSJON.....	45
5.1 Å ha nok tid	45
5.2 Å ha nok kompetanse og kunnskap.....	49
5.3 Å kjenne til pasientens historie	52

5.4 Organiseringen	54
6.0 REFLEKSJON OG AVSLUTNING.....	57
REFERANSER.....	62
Vedlegg 1 Svar fra NSD.....	65
Vedlegg 2 Forespørsel om deltakelse	67
Vedlegg 3 Informasjon til sykepleiere.....	68
Vedlegg 4 Intervjuguide.....	70

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Kvaliteten på helse- og omsorgstjenester for eldre i sykehjem blir stadig diskutert i offentlige debatter og media. Omtalen er ofte negativ og fokuserer på mangler ved tjenesten. Det er gjerne pårørende som kontakter media på grunn av det dem oppfatter som uverdigg behandling av sine nærmeste. Vanlige folks oppfatninger om at tjenesten mangler tilfredsstillende boformer, kvalifisert personale, ressurser og styring, forsterkes gjennom slike oppslag. Sykehjem blir et sted vi verken unner oss selv eller våre nærmeste å tilbringe siste del av livet i. Som motgift til uheldig fokus, forskes det mer og mer på ulike områder i tjenesten. ”Solskinshistorier” om vellykkede kvalitets- og fagutviklingsprosjekter og implementering av nye metoder er sjeldent interessant for media, og den kunnskapen blir ofte forbeholdt fagfolk internt i sykehjem og innenfor feltet generelt.

Det arbeides med opplæring, utviklingsarbeid og kvalitetsforbedring på mange ulike nivå i tjenesten. Det er i seg selv en bekreftelse på at tjenesten erkjenner utfordringene som finnes, og at det finnes et ønske om å bli enda bedre. Forskning initiert av myndighetene, universiteter og fagfeltet selv, bidrar i det viktige arbeidet med å kartlegge status quo og hva som skal til for å gi en bedre helse- og sosialtjeneste for syke eldre mennesker.

Antallet eldre mennesker som er mottakere av helse- og omsorgstjenester øker, og det fører til et ytterligere press på å finne godt egnede tilbud tilpasset den enkeltes behov. Pasientene som i dag tildeles plass i sykehjem har ofte sammensatte problemstillinger knyttet til sykdom og alderdom. Pasientenes problemstillinger i møte med tjenesten synliggjør behovet for høy kompetanse, personlig egnethet, nok ressurser og organisatoriske støttende funksjoner.

Etter å ha hengt i skjørtene på min mor ”bestyrerinnen” på aldershjemmet fra jeg var fire-fem år, tok jeg min første ekstravakt som pleieassistent da jeg var 17. Jeg kan enda huske det jeg tror var min første tanke om hva god omsorg kunne være. Jeg hadde hjulpet en dame med kveldstellet og satte meg på en stol ved senga hennes. Vi snakket en stund om hjemstedet hennes før vi leste fadervår i lag. Damen ble så glad og takknemlig, og forbløffet som jeg ble tenkte jeg at jeg hadde gitt henne noe hun virkelig trengte. Hun ble sett, verdsatt og bekreftet. Det som ga meg noe å reflektere over var at jeg visste at hun sjelden fikk den form for oppmerksomhet, og jeg forsto at dette var et valg vi som pleiere måtte ta; om vi ville gi eller ikke.

Interessen for omsorg som fenomen har fulgt meg gjennom hele arbeidslivet i ulike avdelinger og i ulike roller. I sykepleierutdanningen på 90-tallet, ble jeg kjent med det teoretiske verdigrunnlaget i omsorgen med hovedsakelig Kari Martinsen som veiviser. Gjennom masterstudiet har jeg tilegnet meg nye kunnskaper om eldreomsorg og aldringsprosesser. Dette har videre ført til større undring og fornyet nysgjerrighet omkring temaer rundt tjenesten til de sykeste eldre. Når jeg fordypet meg i personsentrert omsorg forsto jeg at det var dette min masteroppgave skulle omhandle. Personsentrert omsorg er et relativt nytt begrep, men det finnes en del forskning, det skrives om i lærebøker, nevnes i offentlig dokumenter og pynter opp organisasjoners egne visjoner. I praksis virker ordet å være fraværende som begrep, men tjenesten beveger seg mot den måten å tenke og handle på. Jeg har erfart avdelinger som hovedsakelig styres av rutiner og et sterkt oppgavefokus og avdelinger som har et større pasientfokus når de samme oppgavene skal gjennomføres. Som en konsekvens av ny kunnskap og tidligere erfaring, har jeg fundert mye på hva andre sykepleiere tenker kan være faktorer som spiller inn når personsentrert omsorg skal gis. Derfor valgte jeg og spørre nettopp sykepleierne om hva som skal til for å fremme en omsorg som setter den eldre hjelpetrequende personen alltid i sentrum.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med studiet er å framskaffe kunnskap om sykepleiernes forståelse av personsentrert omsorg, og hva de mener fremmer og begrenser en slik tilnærming i pleie- og omsorgstjenesten til sykehjemspasienter. Min interesse ligger i å finne ut hvordan sykepleiere forstår personsentrert omsorg og hvordan de erfarer fenomenet i sykehjem. Økt kunnskap om temaet vil kunne bidra positivt i planlegging og utøvelse av fremtidens omsorgstjenester i sykehjem.

For å belyse temaet, ble mine forskningsspørsmål:

Hvordan forstår sykepleiere i sykehjem personsentrert omsorg? Hva mener sykepleiere fremmer personsentrert omsorg og hvilke begrensninger finnes i utøvelsen av personsentrert omsorg i sykehjem.

1.3 Begrepsavklaringer

Personsentret omsorg vil bli beskrevet under teorikapittelet.

Pasienter er valgt som et gjennomgående ord for beboere og pasienter som er mottakere av helsetjenester i sykehjem. Dette valget er gjort for å anonymisere og for å unngå ulike begrep i oppgaven.

Sykehjem vil bli nærmere beskrevet under teorikapittelet.

Utøvelsen retter seg mot måten omsorg gis, og vil bli beskrevet gjennom omsorgsteori under teorikapittelet.

Avdelinger er valgt som fellesbetegnelse på alle ulike botilbud i sykehjem. Dette er både gjort for å anonymisere og for å unngå ulik benevning i oppgaven.

1.4 Oppgavens oppbygning

I kapittel to vil jeg redegjøre for mitt teoretiske perspektiv og tidligere forskning. Jeg har valgt å bringe inn teori om demenssykdom, personsenteret omsorg, erfaringer med sykehjem som arena og omsorgsteori.

Kapittel tre inneholder metodedelen hvor jeg viser mine metodiske valg i studiet. Her presenterer jeg mitt vitenskapsteoretiske perspektiv, metoden jeg har brukt for innhenting datamateriale og hvordan jeg har analysert materialet. I kapittelet fremgår også hvilke metodiske avveielser og utfordringer jeg har møtt i prosessen.

Kapittel fire presenterer studiens funn, oppdelt i tema og innholdsbeskrivelser med utvalgte sitater fra informantene.

Kapittel fem inneholder drøfting av funnene opp mot oppgavens teoretisk perspektiv og tidligere forskning.

Kapittel seks inneholder refleksjoner og avslutning

2.0 TEORETISK PERSPEKTIV OG TIDLIGERE FORSKNING

2.1 Å leve med demens

Hvordan det oppleves å rammes av demenssykdom, er forskjellig fra person til person. Livet med en demenssykdom innebærer mange endringer og utfordringer. Endringer skjer i forhold til synet på seg selv, men sykdommen gjør også slik at andre ser på deg på en annen måte (Rokstad, 2009).

”Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand som kan være forårsaket av ulike organiske hjernesykdommer, og som er kjennetegnet ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte sammenlignet med tidligere, og endret sosial atferd”. Fire kriterier for diagnostisering i følge ICD-10 er: 1) svekket hukommelse, svikt i andre kognitive funksjoner; 2) klar bevissthet; 3) svikt i emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd; 4) tilstanden må ha en varighet av minst seks måneder (Engedal og Haugen, 2009:17-18).

Sykdommer som gir demens inndeles ofte inn i degenerative hjernesykdommer, vaskulær demens og sekundær demens. Demens ved Alzheimers sykdom er den vanligste formen for demens og ligger under gruppen for degenerative hjernesykdommer. Minst 60 prosent av alle med demens, lider av denne typen. Nest hyppig er vaskulær demens som utgjør 20-25 prosent i følge de fleste undersøkelser. Trolig er demens med Lewylegemer og frontotemporallappdemens den tredje og fjerde hyppigste demenstilstand. Den minst hyppige, sekundær demens har ofte årsak i skadelig alkoholmisbruk, vitaminmangel, hjernesvulst, normaltrykkshydrocephalus og lignende (Engedal og Haugen, 2009), (Rokstad, 2009).

For noen er det en lettelse å få diagnosen, slik at en får en forklaring på hvorfor ting er vanskelig. Hverdagen blir ofte en evig kamp om å mestre tilværelsen. For å mestre hverdagen må personer med demenssykdom etter hvert leve mer og mer i nåtid, ikke i fortid og fremtid. En demenssykdom utvikles gradvis, slik at personens opplevelser er mangfoldig, og graden av innsikt og behov endres over tid. Dette utfordrer helsepersonell i å informere og spørre slik at personer med demens får være mest mulig aktiv og styre egen hverdag (Rokstad 2009).

Rokstad skriver at personer med demens ofte har en fremtredende frykt for å miste kontakten med egen identitet. Til tross for at man vet lite om hvordan bevisstheten om identitet bevares hos personer med demens, mener Rokstad at ”mye tyder på at evnen til å holde fast ved egen identitet er mer avhengig av hvordan omgivelsene legger til rette for det, enn demenssykdommen”(Rokstad, 2009:72).

Demenssykdom kan også beskrives som Kitwood (2003) sier at det er en beretning om et menneskes demens mye mer enn en beretning om nevrologisk lidelse. I mange tilfeller ser vi at demensprosessen også er en beretning om en tragisk utilstrekkelighet i vår kultur, vår økonomi, våre tradisjonelle syn på kjønnsroller, vårt medisinske system og vår generelle måte å leve på.

Kitwood kan av noen kritiseres for at han ensidig har et psykologisk perspektiv i omsorgen på demens. Motsvar til dette finner vi i ”En revurdering av demens”:" at en særlig felle man må unngå er at vi behandler et problem som om det har psykologiske årsaker, når det bakenforliggende er forbundet med den fysiske helse ”(Kitwood, 2003: 43).

I seneste stadium av sykdommen er kommunikasjonen så fattig og fragmentert at det er vanskelig å formidle egne behov og ønsker. Dette skriver Wogn- Henriksen (2009), og viser da til at personer med demens i dette stadiet er svært avhengig av andre personers hjelp.

Personer med demens rammes også i form av adferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (APSD). Dette er symptomer som depresjon, angst, vrangforestillinger, rastløs motorisk adferd, irritabilitet og døgnrytmeforstyrrelser. Symptomene kan være vanskelig både for personen selv å takle, men også for dem som har omsorg for han eller henne. Når sykdomsutviklingen er kommet så langt at pasientene ikke lenger kan bo hjemme, tildeles disse ved ledighet, plass i sykehjem (Wyller, 2011).

2.2 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg er et begrep som professor Tom Kitwood på 90-tallet innførte i tilknytning til omsorg for personer med demens. Kitwoods arbeid var en del av bølgen med psykososiale tilnærminger som vokste frem på 80-90-tallet, som hadde til hensikt å forbedre den daværende demensomsorgspraksis. Reminisens og valideringsterapi er også eksempler på datidens nye tilnærminger, tilnærminger som er kjent for de fleste som har jobbet en tid i eldreomsorgen (Brooker, 2014).

Kitwood hadde en tanke om at vi fremfor alt i møtet med mennesker er nødt til å se, fremheve og utvikle *personen*, med eller uten sykdom. At vi alle er unike, og at ikke det endrer oss når demenssykdommen skrider frem. ”I følge almindelig sund fornuft er det indlysende, at enhver person er inderlig forskjellig fra alle andre.” Han trekker frem dimensjonene i denne forskjellen, som for å nevne noen eksempler; kjønn, kultur, temperament, klassetilhørighet, livsstil, overbevisninger, verdier, smak og interesse. Og han fremhever ikke minst den personlige historie som gjør oss til enestående mennesker sporsatt av vår egen reise gjennom livet (Kitwood, 2003).

Kitwood underslo ikke de hjerneorganiske endringene som skjer når demenssykdommen rammer, men han utvidet synet på sykdommen til en blanding av personlighet, livshistorie, helse, nevropatologi og sosialpsykologi (Rokstad, 2009).

Kitwood mente at hvis man så på virkelig god omsorg for personer med demens, ble det tydelig at det var mange ulike former for interaksjoner involvert. Han kalte det positivt personarbeid. Disse interaksjoner var; anerkjennelse, forhandling, samarbeid, lek, sansing, feste, avslapning, validering, omfavnelse, tilrettelegging, skapelse og given (ytelse). Kitwood mente at det måtte forskes mer på slike positive interaksjoner i demensomsorgen, slik at man kunne spisse listen ytterligere. Når slike positive interaksjoner blir en del av det daglige arbeidet med personer med demens, gir det næring til mestring. ”God demensomsorg består således af en slags økologi, hvori en række former for interaktion smelter sammen, og der er en fortsat rækkefølge” (Kitwood, 2003:103).

Kitwoods tanke er senere blitt videreutviklet av blant annet professor Dawn Brooker (2014) som har laget et verktøy innen demensomsorgen som kalles VIPS -modellen. Den inneholder fire hovedelementer; V- et verdigrunnlag som anerkjenner menneskets absolutte verdi uavhengig av alder eller kognitiv funksjon, I- en individuell tilnærming som vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske, P- evnen til å forstå verden, sett fra personens perspektiv og S- etablering av et støttende sosialt miljø som dekker personenes psykologiske behov (Brooker, 2014).

I følge Brooker finnes det ingen allmenn akseptert definisjon på personsentrert omsorg, men flere har forsøkt seg på ulike typer rammeverk eller forklarende elementer for å vise hva personsentrert omsorg er. Hun mener at personsentrert omsorg kan forstås som for eksempel individuell pleie, et verdigrunnlag, metoder i arbeidet med personer med demens eller måter å kommunisere på (Brooker, 2014).

De irske professorene Brendan McCormack og Tanya McCance (2010) har gjennom sitt arbeid også gitt oss et rammeverk: The Person-Centered Nursing Framework. I korte trekk inneholder rammeverket fire konstruksjoner. Den første er forutsetninger, som viser til pleierens egenskaper og inkluderer hans/hennes profesjonelle kompetanse, mellommenneskelige ferdigheter, evne til å være tydelig i forhold til tro og verdier, selvstendighet. I konteksten personsentrert omsorg, er kompetanse mer enn bare å gjennomføre en oppgave eller vise en ønsket adferd. Det handler om en reflektert helhetlig tilnærming, basert på kunnskap, ferdigheter og holdninger. Utviklingen av mellommenneskelig evner skjer i en kombinasjon av å forstå seg selv og å forstå andre. Ved å forstå oss selv som følelsesmennesker, er vi i stand til å respondere på en vellykket måte på andre personers følelsesadferd. Og at før vi kan hjelpe andre, må vi ha innsikt i vår egen person. Å være pliktoppfyllende forstås som at pleieren handler ikke ut fra hva som forventes, men fordi de ønsker det. Visshet om tro og verdier innebærer tro, tolkninger av tro, og verdier og følelser som blir forstått som en akseptert sannhet og som ubevisst blir tatt for gitt (McCormack & McCance, 2010).

Den andre konstruksjonen er pleiemiljøet, som blant annet inkluderer hensiktsmessig blanding av kompetanse, miljø som gir mulighet til selvbestemmelse, godt arbeidsmiljø, støttende organisasjon og ansvarsfordeling.

Kulturen i avdelingene blir ikke sett på som noe en ”har”, men som noe en ”er”, og dermed en kultur som blir skapt og gjenskapt gjennom aktørene i avdelingene. Blandingsforholdet mellom antall sykepleiere, hjelpepleiere eller ufaglærte er også av betydning. Sykepleiere har mange roller som reflekterer sykepleiens mangfoldighet. Ulike funksjoner som å være støttende, opprettholdende, lærende, motiverende og ledende er viktige i miljøet hvor omsorg finner sted. Aktiv deltakelse i felles beslutninger på arbeidsplassene fører til jobbtilfredshet. Teamarbeid og teamutvikling må være en stadig pågående prosess og en integrert del av arbeidsplassen. Maktfordelingen har også betydning for personsentrert omsorg. Hvem er det som står for maktposisjonen på arbeidsplassen? Relasjonen mellom pleiere på arbeidsplassen kan være spent og preget av negative holdninger til hverandre. Dette kan forebygges gjennom systematisk fagutviklingsarbeid. Det komplekse forholdet mellom sykepleiere, pasienter, pårørende og annet helsepersonell, samt kompleksiteten i helse og sosialfaglige avgjørelser, og interne og eksterne lovpålagte faktorer, motvirker både en rigid tilnærming til beslutningstaking og en praksiskultur der man vegrer seg for å ta sjanser. Fysiske omgivelser spiller en rolle for personsentrert omsorg, men også hvordan avdelingen fremstår når vi trer inn i den. Hvordan blir pårørende møtt, hvordan blir pasientene møtt, kunst, inventar, lys, lyd og lukt er alle medvirkende faktorer for hvordan en avdeling oppleves å være i (McCormack, 2010).

Rammeverkets tredje punkt er personsentrerte prosesser som fokuserer på å yte omsorg gjennom en rekke aktiviteter og arbeid med pasientens tro og verdier, engasjement, tilstedeværelse, gi valgmuligheter og sørge for å dekke fysiske behov. Å jobbe personsentrert handler om å utvikle et klart bilde over hva pasientens tro og verdier i eget liv er, og hvordan hun eller han finner mening i hva som skjer. Personer er definert ut fra deres historiske forbindelser, og en god relasjon krever at sykepleieren tar inn over seg den spesielle personen pasienten er, den spesielle relasjonen de har og den spesielle forståelsen og forventningen som finnes i denne relasjonen. Bruk av livshistorier og biografiske tilnærminger er blitt en anerkjent metode for å bli kjent med pasienten som et individ. En persons livshistorie kan ses på som en konto av mange separate livshendelser som har gjort dem til det mennesket det er. Dette bringer oss til behovet for å forstå hva som er viktig for pasienten for å integrere dette inn i pleieplanen. Fokuset vil da være hvordan sykdom vil kunne påvirke pasientens liv og hvordan sikre en unik pleie som møter pasientens behov. En annen tilnærming er å se på livshistorier som en fortolkende prosess som involverer pasientens mening om seg selv og det levde liv.

Hvis vi setter medbestemmelsen høyt, påfølger retten til å delta i avgjørelser omkring behandling, pleie og prosesser. Et slik måte å jobbe på, krever samspill mellom pleier og pasient og at det tas hensyn til at pasienten er en hel person. Engasjert pleie er hvis vi aksepterer at enhver pleiesituasjon med den enkelte pasient er noe unikt. Det er også nødvendig med et sympatisk nærvær. Dette beskrives som når pleier har forståelse for pasientens tap og pasientens situasjon og viser dette gjennom å etablere et terapeutisk samarbeid spisset mot pasientens behov og livsperspektiv. Mulighet til å gi helhetlig omsorg betyr at man gjennom ulike tekniske sykepleierprosedyrer også har en unik mulighet til å jobbe personsentrert. Pleier – pasient – forholdet fokuserer på behov, grenser og potensialet til pasienten (McCormack & McCance, 2010:94-104)

Det fjerde er utfallet/ resultatet av personsentrert omsorg som for eksempel tilfredshet med omsorgen, involvering i omsorgen, følelse av velbehag og det å kunne skape et terapeutisk miljø. Tilfredshet med pleien er et av disse, men kan ikke evalueres alene gjennom brede organisatoriske undersøkelser. Det må tas med i betraktningen både effektiviteten av omsorgen og miljøet pleien skjer i. Det andre er pasientenes mulighet til å være aktive deltakere i pleien, samt at pleiere som deltar i avgjørelser angående pasientene er de som jobber nært disse til daglig. Det tredje er at positive pleiesituasjoner fører til opplevelser av velbehag og er en indikasjon på at pasienten har en verdi. En annen sentral del er det å skape et terapeutisk miljø. Læringsmekanismer som refleksjon, tilrettelegging og erfaringsdeling er nøkler til å starte endringsprosesser. Dette kjennetegnes ved en kultur som uavhengig av kompetanse har pleiekvaliteter som fremmer personsentrert omsorg. Kvalitetene former praksisen og det krever at ansvaret ligger både på den enkelte pleier og organisasjonen for at læring skje og endring skapes. Ledelse skjer gjennom å inspirere, være en rollemodell, holde fast i prosessen, aktivere andre og oppmuntre hjertet gjennom å forvente det beste. Dette krever et godt samarbeid mellom lederen og de ansatte. Eierskap i visjonen må også ligge hos dem som utfører jobben (McCormack & McCance).

Disse tilnærmingene til personsentrert omsorg vil være med videre i denne oppgaven, og vil på ulike måter drøftes opp mot mine funn fra egne intervjuer.

2.3 Sykehjemmet som arena for personsentrert omsorg

Sykehjem er en del av institusjonstjenesten i Norge, og i Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester har kommunene ansvar for å tilby innbyggerne plass i institusjon, herunder sykehjem. Kommunene har ulik praksis på hvem som tildeler sykehjemsplass, men felles er at den som har behov for plass eller deres pårørende, har anledning til å søke om plass og at søknaden blir vurdert etter behovsprøving. Tildeling av sykehjem er et enkeltvedtak som begrunner og konkretiserer hjelpebehovet.

Forskriften om en verdig eldreomsorg trådte i kraft januar 2011

<http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>. Forskriften gjelder for eldreomsorg som gis i forhold til kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven.

Hensikten med forskriften er å sikre en verdig, trygg og meningsfull alderdom og inneholder blant annet følgende punkter; a) en riktig og forsvarlig boform ut fra den enkeltes behov og tilstand; b) et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider; c) et mest mulig normalt liv, med normal døgnrytme og adgang til å komme ut, samt nødvendig hjelp til personlig hygiene; d) tilby samtaler om eksistensielle spørsmål; e) lindrende behandling og en verdig død; f) å bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen. Alle disse punktene er relevante for både beboere og personalet. På den ene siden gir den uttrykk for hva pasienter kan forvente seg når de trenger hjelp, og på den andre siden sier den noe om hva som forventes av personal, organisering og ledelse.

Hvis jeg skulle beskrive en sykehjemsavdeling sett fra mitt ståsted som sykepleier, er det et botilbud for eldre personer som har behov for døgnkontinuerlig tilsyn, behandling og pleie. Årsakene til hvorfor disse har fått tildelt plass på sykehjem er varierte og godt begrunnede. De fleste har enerom, som dem innreder mer eller mindre med private møbler og eiendeler. Det finnes ulike typer sykehjemsavdelinger, blant annet somatiske avdelinger og avdelinger spesielt tilrettelagt for personer med demens. Ca 75-80 % av dem som bor i sykehjem har en eller annen form for kognitiv svikt (Holte, 2009) Tilrettelagte avdelinger for personer med demens et inntakskrav om at personen har en demensdiagnose, og slike avdelinger tilbyr tjenester knyttet til utfordringer i demenssykdommen.

I andre sykehjemsavdelinger/langtidsavdelinger er ofte hovedtyngden pasienter med multiple sykdomsbilder og fysisk svekkelse. Mange mangler evnen til å gå og har sviktende funksjoner i ADL- dagliglivets aktiviteter, enten som en følge av langt kommet demenssykdom eller andre sykdommer. Sykehjemsavdelinger har pleiere med ulik utdanning, som sykepleiere, hjelpepleiere el lignende og assistenter. Det er ofte ikke mer enn en tredjedel som er sykepleiere. Avdelingene preges av gjentakende daglige rutiner som hjelp til personlig hygiene, hjelp til toalett, dekke behov for ernæring, søvn og hvile. Sykehjemmene behandler sykdom og symptomer og tilrettelegger for en verdig død. I Stortingsmeldingen 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg* står det at ”omsorgstjenesten skal drive gjenopptrening og rehabilitering der den kan, og gi lindring og god omsorg og pleie der den må, ut fra den enkeltes behov og muligheter.

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-29-20122013.html?id=723252>

I sykehjem et det et varierende tilbud av aktiviteter både rettet mot enkeltindivid og i fellesskap. Mesteparten av aktivitetene foregår innenfor sykehjemmets fire vegger. Grad av autonomi og personsentert omsorg er avhengige av ledelse, organisering, avdelingens kultur, kompetanse og hvem som til enhver tid arbeider der. Det har i mange år vært sagt av personalet at bemanningen er for knapp i forhold til oppgavene. Politiske stemmer og fagforbund har sagt at for å gi god kvalitativ pleie, må kompetansen heves i sykehjem.

En feltstudie Solveig Hauge (2007) gjorde av sykehjemsbeboeres dagligliv i fellesarealet viser noe av sykehjemmets innhold. De fleste beboerne tilbrakte mye av tiden i fellesstua. Stua var innredet til en viss grad som en privat stue, med tv, piano, bord, lenestoler og hadde tapet på veggen og fargerike gardiner og duker. Men rommet hadde ikke et personlig preg med familiebilder, nips og lignende. Det var altså en uklar grense mellom privat eller offentlig. Beboerne brukte rommet som et privat rom, der noen så på tv, tok en blund, snakket med seg selv, samtidig som de satt som i et venterom uten å snakke med hverandre. Hun beskrev også at sosial interaksjon mellom beboerne var skjør og avhengig av personalet start og opprettholdelse. Beboerne oppga som grunn at de andre var halvdød eller for gammel. I kontrast til dette hadde de mye å snakke med personalet om. Mange responderte på det som ble sagt og det kunne føre til spøk og latter. Hauge registrerte også at de beboerne som var mobil, enten gående eller i mobil rullestol forlot rommet så snart frokosten var spist og personalet var ute av stua. De fleste beboerne kunne ikke forlate rommet, og småsov i stolene bortsett fra enkelte engstelige utrop om hjelp.

Denne studien viser at til tross for at man har satset på enerom og hjemmekoselige stuer, har beboerne fortsatt liten mulighet til å ha et privatliv (Hauge, 2006).

Dette bekreftes av Frode F. Jacobsen (2008). De friskeste pasientene forlot dagligstua og trakk inn på egne rom. De sykeste pasientene ble en stadig påminnelse for de friskeste om hvordan de ville kunne komme til å bli. Han sier dette er blitt mer fremtredende etter at man bygde om sykehjemsavdelingene til mindre enheter. Enhetene er blitt små og sårbare når det gjelder sosialt liv, med få pleiere på vakt og få pasienter totalt på hver enhet (Jacobsen, 2008).

”Å gjøre et sykehjem til et sted hvor en kan trives og føle seg hjemme, vil være en utfordring hver dag”, skriver Alvsvåg (2008:116) i et annet kapittel i samme bok: ”Det handler om kjennskap, kunnskap og fantasi. Det handler også om rammer som gjør det mulig å omsette fantasien til kreativ praksis.”

Ådel Bergland og Marit Kirkevoll (2011) konkluderer i en artikkel om forskningsbasert kunnskap om miljøfaktorer som gir funksjon og trivsel for personer med demnes, at feltet preges av uklar begrepsbruk. Hovedfokus i oversiktsartiklene er basert på tiltak for å håndtere utfordrende adferd, mens det er lite på hvilke faktorer som fremmer trivsel og velvære.

2.4 Sykepleie, omsorg og utøvelse.

Som sykepleiere er vi forpliktet til å utøve sykepleieomsorg for andre gjennom våre etiske retningslinjer. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er utøvelsen av omsorg ovenfor pasientene presisert: ”Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til medbestemmelse og retten til ikke å bli krenket.” https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf Dette punktet i retningslinjene ligger tett på personsentert omsorg og inneholder komponenter som beskriver hva god omsorg er.

Personsentert omsorg er også nært knyttet til ulike omsorgsteorier som vi kjenner som en del av det vitenskapelige grunnlaget i sykepleierfaget. For eksempel er Travelbees hovedtese at sykdom og lidelse først og fremst er personlige erfaringer, og sykepleierens hovedmål er å hjelpe den syke til å finne mening i situasjonen.

Henderson hevder at alle mennesker, friske og syke, har visse grunnleggende behov. Sykepleie må ta utgangspunkt i pasientens oppfatning av behovene og hvordan behovene kan dekkes gjennom god helse eller fredfull død. Henderson mener at sykepleier har ansvaret for å bidra til at pasientens liv også inneholder atspredelser, samvær med andre, rekreativ og meningsfull sysselsetting. Kari Martinsens mener omsorg er en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv, og at sykepleiens mål er å virkeliggjøre omsorg gjennom konkrete handlinger, ut fra en faglig vurdering om hva som er til det beste for pasienten. (Kirkevold, 2001). Jeg velger å se nærmere på Martinsens omsorgsteori, da jeg har en tanke om at hennes teori til tross for sin filosofiske tilnærming, er svært relevant for praksis i dag.

Kari Martinsen (2003:38) sier: ”Sykepleie er omsorg i nestekjærlighet for det lidende og syke menneske der fagkunnskap og menneskelig nærværenhet er vevet i hverandre, uttrykt i aktelsens språk.” Det kan fortelle oss at Martinsen også ser på omsorg både som et uttrykk for hvordan vi møter pasienten og et uttrykk for hvilke handlingsvalg vi gjør. ”Omsorgens natur er at den ved å være fundert i livsytringer er relasjonell, intensjonell, rettet mot den andre, knyttet til konkrete sammenhenger” (Martinsen, 1990:79). Livsytringer omfatter tjeneste, barmhjertighet, å gi og tilgi, medfølelse, tillit, åpen tale og håp.

Omsorg knyttes også opp mot moral. Martinsen mener rett og galt avgjøres gjennom moralsk skjønn og overveielser ut fra en situasjonsforståelse. Situasjonsforståelsen oppnås gjennom innsikt i menneskers livssituasjon og deres muligheter og begrensninger. Moralen er en del av vårt dagligliv og uttrykkes i forholdet mellom mennesker og måten vi er på. Omsorg er å frigjøre hverandres ressurser. ”Det er å forstå den andre ut fra en situasjonsforståelse og det er å møte den andre ut fra tillit i samhandlingssituasjoner hvor begge partene blir deltakere.” (Martinsen 1990:51)

Sentralt i omsorgen er å forstå den andre, og som medmenneske kan vi forstå den syke, fordi det finnes likhetstrekk mellom situasjonen og eget liv. Vi kan forstå at pasienter har vondt, er kvalm eller ligger i en dårlig stilling på bakgrunn av egne erfaringer. I tillegg til erfaringer og kunnskap sykepleieren har som medmenneske, har sykepleieren fagkunnskapene som kan gjøre henne enda bedre til å sørge for den syke. Gjennom våre kunnskaper i sykepleielære og vår erfaringer, viser vi omsorg gjennom enkle redskaper som gir trygghet og tillit i situasjonen for den hjelpetrequende.

Martinsen (1989:78) kaller omsorg i institusjoner der måloppnåelsen ikke er uavhengighet, for *vedlikeholdsom*sorg. Et eksempel på dette er sykehjem. ”Vedlikeholdsom sorg vil si at omsorgsarbeidet er knyttet til vedlikehold og tilstand, og også tilbakegang.” Målet er å opprettholde et visst funksjonsnivå og eller unngå forverring. Pleieren verken undervurderer eller overvurder pasientens evne til selvhjelpenhet, og hovedoppgaven er å gjøre det så godt som mulig for pasienten her og nå. I omsorgsrelasjoner som preges av stillstand og tilbakegang, mener Martinsen pleie med omsorg har større betydning enn for eksempel i sykehus der hun kaller omsorgen for *vekstomsorg* hvor målet er uavhengighet. Martinsen ønsker å kalle sykehjem for omsorgsinstitusjoner for i dem er *vekstomsorgen* mulig fordi arbeidsorganiseringen er målrettet, man kan bli godt kjent med pasientene siden han/hun er der over tid og pasienten har rett til omsorg.

Martinsen (2012) sier: ”Sykepleie dreier seg om å forholde seg lyttende og mottakende til det som kommer til sykepleieren i inntrykket hun får av pasienten. Dernest forutsetter en god sykepleie at hun, i den tydende bevegelsen mellom sansing og forståelse i det fiktive rommet, kan undre seg over og tenke hvordan hun med sin kroppsforming, sitt språk og sin kunnskap kan gi videre det hun har fått i pleien av pasienten, med takk.”

I min oppgave blir det også relevant å se hva Martinsen sier om travelheten.

Martinsen sier om travelheten i sykepleie at det er en konflikt mellom etikkens to ”bør”. Konflikten er mellom travelheten sykepleier opplever at hun står i og de oppgavene som er betrodd henne som sykepleier. Hun sier videre at det er et høymoralsk press innfelt i pleiekulturen om den gode sykepleier, og kaller det også et dilemma mellom to valg, der begge mulighetene er uønsket. Martinsen påstår at sykepleier velger travelheten fremfor høymoralen for å klare hverdagen. Hvis travelheten blir en livsform og en vane, kan den dekke over en mangel på indre bevegelse, berørthet og opplevd tid. ”Når travelheten slik blir en livsform, blir mennesket ulykkelig.” (Martinsen, 2012:57)

Løgstrup (2008:25) viser oss hvor sårbare vi er og hvor prisgitt vi er at andre mennesker tar vare på oss på en god måte: ”Den enkelte har aldri med et andet menneske at gøre uden at han holder noget af dets liv i sin hånd. Det kan være meget lidt, en forbigående stemning, en oplagthed, man får til at visne, eller som man vækker, en lede man uddyper eller hæver. Men det kan også være forfærdende meget, så det simpelthen står til den enkelte, om den andens liv lykkes eller ej.”

Om makt sier Løgstrup blant annet; ”... hvert menneske er et selvstændigt og ansvarlig individ – og at vi uundgåeligt og i vid udstrækning er henviste til hinanden, så vore innbyrdes forhold på den mest umiddelbare vis er magtforhold, hva enten det nu er den andens stemning eller skæbne, der er i vor magt (Løgstrup, 2008:39)

2.5 Tidligere forskning på området

For å finne forskningsdata på dette temaet, søkte jeg på CINAHL, PUBMED og SweMed. På CINAHL søkte jeg på søkerordene ”person-centred”, ”care”, ”elderly”, og fikk 12 treff, og fant en del artikler om temaet, men det åpenbarte seg ikke noen kvalitativ forskning med intervju av sykepleiere, annet enn det som går på effekt av ulike nyere metoder som støttes av personsentrert omsorg, for eksempel Marte Meo, VIPS- modellen og DCM (Dementia Care Mapping). PUBMED ga ingen resultater. I databasen SweMed var det flere; 130, selv om jeg spisset søket med tilleggssøkeord ”nursing home”. Der fant jeg eksempelvis fokusgruppeintervju med pleiepersonal i sykehjem. Flere forskere på området har brukt en kvantitativ metode for å belyse effekten av personsentrert omsorg. I tillegg har jeg funnet relevante artikler gjennom søk i Bibsys og Internett. Jeg har også funnet artikler ved å se etter relevante referanser i artikler som omhandler personsentrert omsorg.

Sjögren et al. (2012) har studert sammenhengen mellom grad av personorientert omsorg i avdelinger og sykehjemsbeboernes mulighet til å delta i dagliglivets aktiviteter (ADL), livskvalitet, smertenivå, depresjon og utfordrende adferd. Denne studien fant at beboere i avdelinger med mer personorientert omsorg hadde mer av ADL- aktiviteter og høyere rangert livskvalitet. De fant ingen sammenheng mellom personorientert omsorg og smertenivå, depresjon og utfordrende adferd.

Edvardson et al. (2011) studerte sammenhengen mellom grad av personorientert omsorg i avdelinger og pleiernes jobbtilfredshet. De fant at det å fremme personorientert omsorg var ønsket blant personalet og at jo mer personorientert pleierne i avdelingen var, jo mer tilfreds var de i jobben.

Begge disse studiene brukte selvrapporteringsskjema for å kartlegge pleiernes opplevelse. Dette trekkes frem i kritikken, og viser til at svarene kan være påvirket av politisk korrekthet da personorientert tilnærming i pleien er ”i tiden”, settes som nasjonale standarder og skrives om i nasjonale retningslinjer og dokumenter i flere land. Hvorvidt praksisen pleierne rapporterer og praksisen pleier utfører samsvarer, står ubesvart.

I en amerikansk studie av Perrin (1997) om aktivitet i sykehjem med personer med demens, fant man at det ikke var så avgjørende for deres psykiske helse hvordan det fysiske bomiljøet var. De fant at gode tilnærminger med aktivitet der sykepleiere og personalet deltok sammen med pasientene, hadde god effekt på pasientenes psykiske helse.

McCormack et al. (2011) har også gjort en studie i Irland der målet var å se effekten av implementering av et toårig kompetanseutviklingsprogram for omsorgsinstitusjoner. Programmet metode var basert på McCormack og McCance’ personsentrerte rammeverk. Studiens funn viste at deltakende avdelingene hadde etter to år en betydelig fremgang når det kom til egenskaper som gjenspeiler en personsentrert omsorgskultur. Det var også en stor endring av pleiernes oppfatning av omsorg. Pleierne gikk fra et oppgavefokuset syn på pleie til et personsentrert syn.

3.0 METODE

3.1 Valg av forskningsmetode

For å belyse forskningsspørsmålene har jeg valgt å bruke en kvalitativ forskningsmetode med en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. Jeg har valgt en kvalitativ metode, fordi den vil kunne fange opp erfaringer, opplevelser og beskrivelser fra feltet. Gjennom tekst som representerer samtaler, vil jeg kunne få frem nyanser og mangfold i andres tanker omkring temaet.

”Vi kan bruke kvalitative metoder til å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Vi kan spørre etter meningen, betydningen og nyanser av hendelser og atferd, og vi kan styrke vår forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør.” (Malterud, 2013:27)

En fenomenologisk tilnærming ble valgt fordi jeg i studien er interessert i hvordan fenomenet trer frem for mine informanter. Fenomenologien har røtter fra tidlig 1900-tallet i europeisk filosofi.

Det er Edmund Husserl som er kjent som fenomenologiens far. Husserls fenomenologi handler om det å studere bevisstheten slik den fungerer i dagligdags prerefleksiv tilstand. Han mente at for å forstå et fenomen, må man bli en ”fenomenologist” som gir slipp på det vi tar som en selvfølge og strebe etter en fenomenologisk holdning til fenomenet. Forskeren kan stille spørsmål som svarer på fenomenets meningsstruktur. Hva er det i fenomenet som gir den mening, hva gjør fenomenet for å fortsette være et fenomen. Ved å stille spørsmål kan vi undersøke og oppdage essensen – den essensielle meningen (Lindseth og Norberg, 2004). Fenomenologien vil avdekke menneskets erfaringsverden, i form av det som kjennetegner menneskets erfaringer og som danner grunnlag for refleksjon om denne verden (Nordvedt og Grimen, 2006).

Heidegger videreførte Husserls tanker knyttet til livsverden, men innførte uttrykket ”væren i verden”. Å forstå menneskets relasjon til omverden er av grunnleggende betydning for vår livsverdensbegrep. Analysen av mennesket må starte med en analyse av verden - den menneskelige praktiske verden (Fjelland og Gjengedal, 1995). I min studie er det livsverden i sykehjemmet jeg vil komme tettere inn på. Hvordan viser den seg for meg som forsker? Jeg må finne svar i andres erfaringer fra denne verdenen.

”Den, som ønsker at forstå en tekst, er snarere villig til at lade sig sige noget af den. Derfor må en hermeneutisk skolet bevidsthed fra første færd være modtagelig over for tekstens fremmedhed.” (Gadamer, 2004:131)

Det Gadamer sier om tekster, tenker jeg også gjelder det transkriberte intervju. En bør åpent møte tekstens innhold, uten å ville styre den mot egen forståelse av temaet. Vi er klar over vår forforståelse, men forsøker å legge den side for å se den nye teksten på en fordomsfri måte.

Hermeneutisk tilnærming til forskningsspørsmålet skjer i det vi tolker dataen vi har innhentet gjennom den kvalitative forskningen. I forhold til tolkning av data fra intervjuene vil jeg ta med meg forståelsen av den hermeneutiske sirkel. Det vil være gunstig etter å ha transkribert intervjuene, å lese raskt gjennom teksten for så videre lese mer detaljert og finne detaljer og nyanser som trer frem. Det er i tråd med Gadamers tanke om tolkning av tekst. Eller som den tyske hermeneutiker Schleiermacher sa: Hvis man skal forstå tekster må du se på del og helhet i en bevegelse mellom disse. Vi må ha med et spørsmål, altså mine forskningsspørsmål, og sammenligne deler av teksten for å se helheten. (Fjelland, 1999)

Virkeligheten viser seg gjennom opplevde erfaringer. Gjennom tett eksaminasjon av den individuelle opplevelse, søker fenomenologien å fange betydningen, finne fellestrekk og essenser av en opplevelse eller hendelse (Starks og Trinidad, 2007) Thagaard henviser til Kari Martinsen at Martinsen mener fenomenologien er en viktig tilnærming til sykepleierforskningen fordi den åpner for forskning hvor den daglige opplevde erfaring og dagligspråket står i sentrum (Thagaard, 2011). Vitenskapen trenger den ”folkelige visdom”, og gjennom samtalen utdyper den det folkelige krav om pleien (Martinsen, 2003). Fenomenologien fører til en erfaringsformidling av pasient- pleiersituasjoner som kan bidra til synlighet av sykepleierfaget.

Gjennom fenomenologisk hermeneutisk tilnærming, vil mine forskningsspørsmål knyttes til det informantene sier. Den essensielle meningen må studeres og åpenbares gjennom teksten som skapes i dialog med informanten. Den beste måten å forstå vår egen erfaring er å fortelle om dem og høre andres fortellinger. Vi kan forstå moralske handlinger når vi hører andre fortelle hvordan de handlet i ulike situasjoner. Derfor er narrative intervju en passende metode for å avsløre meningen om levde erfaringer (Lindseth og Norberg, 2004).

3.2 Intervju

På bakgrunn av mine forskerspørsmål, valgte jeg å bruke intervju som metode for innhenting av informasjon. Dette fordi jeg var interessert i sykepleiernes erfaringer og tanker om temaet og fant det mest hensiktsmessig å intervju dem hver for seg for å komme nær

Intervjudesignet ble semi-strukturerte intervju, noe som Kvale og Brinkmann (2009:47) kaller et semistrukturert livsverdenintervju. ”Denne formen for intervju søker å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden, med særlig fortolkninger av meningen med fenomenene som blir beskrevet.”

Problemstillingen var ledetråden for intervjuet, og jeg la opp til at intervjuet skulle være en samtale mellom meg og informanten, hvor samtalen likevel skulle styres av meg. Jeg hadde noen temaspørsmål det var viktig for meg som forsker å få svar på, og jeg hadde klar noen oppfølgings spørsmål hvis jeg ønsket at informantene skulle gi ytterligere utdyping av svarene. Malterud sier at det å lytte med åpent sinn for å fange opp det nye eller uventede, er en egen forskerkompetanse som må utvikles og læres (Malterud, 2003).

Som nybegynner i kvalitative intervjusituasjoner, var det en nokså krevende situasjon å intervju ukjente personer. Det er vanskelig å forberede seg på hva som ville komme. Innledningsvis snakket vi litt om løst og fast. Det kunne være hvordan det var og ”komme i fra” i avdelingen i forbindelse med intervjuet, eller litt om omgivelsene på sykehjemmet vi var på. Jeg sa også litt om studiet, masteroppgaven, hvordan informant kunne velge å trekke seg underveis og lydopptaksutstyret. De fleste sa at dette var en ny situasjon å skulle bli intervjuet.

Det var avgjørende for meg at vi hadde en god tone oss i mellom. At jeg som forsker var rolig og fokusert. ”Dagligspråket, som det innfallsrike språk, er et godt hjelpemiddel til å beskrive livsytringenes handlingsliv slik de viser seg i dilemmaene og kompleksiteten i sykepleiesituasjonene” (Martinsen, 1990:79). Hvis intervju av mine informanter skulle fremstå som nyttige, var det vesentlig at det skaptes en god relasjon i mellom meg og informanten. Aksel Tjora skriver: ”En viktig forutsetning for å lykkes med dybdeintervjuer er at man greier å skape en avslappet stemning hvor informanten føler at det er greit å snakke åpent selv om veldig personlige erfaringer, hvor det er lov å tenke høyt, og hvor digresjoner er tillat” (Tjora, 2012:110). Jeg opplevde likevel at det var en forventning om at det var jeg som intervjuer som drev samtalen videre, og at jeg hadde en viss struktur i samtalen. Når informanter ikke hadde mer å si, var det jeg som stilte oppfølgingsspørsmål eller gikk videre til det neste. Når livsytringene blir reflektert og fundert, tenker jeg at vi finner kjernen i holdninger og tanker omkring omsorg. En av mine informanter sa plutselig; ”Jeg synes det er artig det her, for jeg reflekterer jo selv, setter ord på ting.”

Gode kvalitative intervju forutsetter åpenhet mellom forsker og informant. Empati innebærer at forskeren har forståelse for og lever seg inn i informantens virkelighet (Olsen, 2003) Forskeren må innta en lyttende holdning og yte full oppmerksomhet til informantens fortelling. ”I og med at beskrivelsene informantene gir uttrykker den forståelsen dem har av sin egen situasjon, bør ikke forskeren provosere informantens selvforståelse” (Thaagard, 2002:106). Jeg styrte intervjuet ut fra det tema og de spørsmålene jeg hadde, og forsøkte ikke å overstyre informantens integritet.

Forskerspørsmålene mine krevde at spørsmålene måtte funderes og noen ganger forklares gjennom historier av informanten.

Det var derfor viktig med tid til ettertanke og tid til refleksjon for å finne kjernen i den personsentrerte omsorgen informantene var bedt om å forklare. Jeg opplevde at samtalene gikk greit, men tenker at jeg noen ganger burde latt oss dvele en stund ved det spørsmål vi var i, før vi gikk videre. Det var mange momenter innenfor temaene og flyktige tanker som sa litt om mye. Det var derfor ikke alltid lett å spørre informantene om denne kunne utdype noe mer. Jeg tenker i ettertid at jeg var litt for snar med å gå til neste spørsmål. Intervjuguiden min ble fulgt i alle intervjuene, men fordi jeg hadde to spørsmål om samme sak, der det ene var å finne hva som fremmer og det andre hva som hemmer, hadde informantene svart på begge under det første spørsmålet. Dette er nok logisk, da man ofte gjennom å forklare en ting, også trekker frem det motsatte for å vise hva man mener.

3.3 Forforståelsen

Hva betyr en personsentrert omsorg for meg som sykepleier? For mine forskningsspørsmål vil det være viktig å definere min forforståelse for fenomenet, en forståelse som sier noe om min holdning til fenomenet. Det er mine erfaringer samt økt kunnskap gjennom studiet, som danner grunnlaget for min tanke og interesse for temaet. Min forforståelse for temaet er basert på det jeg har sett og erfart gjennom egne og andres tilnærminger til pasienter i sykehjem med eller uten demenssykdom. Jeg har ikke erfart en utstrakt bruk av ordet personsentrert omsorg, men mener å ha hørt og brukt det selv hyppigere de siste par årene. Det er variasjoner fra avdeling til avdeling hvorvidt man har et større fokus på de oppgavene som skal gjøres fremfor pasientens behov og mulighet for å medvirke, føle seg verdsatt og ha en meningsfull dag. Min forforståelse er at et stort oppgavefokus i avdelingene, reduserer muligheten for en sterk personsentrert omsorgstilnærming. Jeg tenker også det er viktig å være bevisst de positive effekter personsentrert omsorg i praksis får for møtet med den enkelte pasient og sykepleiers jobbtilfredshet.

En må ta i betraktning at egne refleksjoner danner grunnlaget for forskningen, men det er informantens opplevelse av fenomenet som skal frem i lyset. Forskeren må være åpen for informantens erfaringer (Thaagard, 2011). Gadamer (2004:131) sier at dem som ønsker at forstå en tekst, er mer interessert i å lytte til hva teksten har å si. ”Derfor må en hermeneutisk skolet bevidsthed fra første færd være modtagelig over for tekstens fremmedhet.”

Gadamers ord tenker jeg også gjelder et transkribert intervju. En bør åpent møte tekstens innhold, uten å ville styre den mot egen forståelse av temaet.

Vi er klar over vår forforståelse, men temmer den for å se den nye teksten på en fordomsfri måte.

I en fenomenologisk hermeneutisk forskningstradisjon, er det viktig at man som forsker ikke faller i fristelse for fordømmelse. Fordømmelsen ligger nært forforståelsen og kan påvirke hva vi ser. Lindseth og Norberg (2004) sier at den naturlige holdning er en bedømmende holdning som allerede har gjort bedømminger om eksistensen av et fenomen. For å unngå dette må vi bort fra nettopp fordømmingen og konkluderingen, og se på den fenomenologiske holdning som er det som fortelles og ikke det som stadfestes av fakta. Vi setter i parentes bedømmelse, og gjør oss mer åpen for opplevelsen og den forståelige meningen under opplevelsen. Likeså er vi bevisst at teksten har en hensikt å finne frem til ny kunnskap om fenomenet som er utgangspunktet for forskningen.

”En metodisk bevidst forståelse må bestrebe sig på ikke uten videre at fullbyrde sine foregribelser, men derimod på at bevidstgøre dem for at kontrollere dem og derved opnå den rigtige forståelse ud fra sagen” (Gadamer, 2004:131).

Det er vanskelig å si hvor mye fordommer og forforståelse påvirker et intervju. Jeg forsøkte å være lyttende og upåvirket av mine motivasjoner og meninger omkring temaet. Malterud (2013) sier at den vanligste fallgraven er at vi lar forforståelsen overdøve den kunnskapen vi kunne ha funnet i det empiriske materialet.

Å forske i eget felt kan være utfordrende. Det kan åpne for noe og lukke for noe annet. Å blanke ut bilder i mitt hode med hendelser jeg har opplevd og personer jeg har møtt, kan virke umulig. I forkant av intervjuene måtte jeg poengtere for meg selv at jeg var genuint interessert i informantens tanker. Dette for å fjerne meg mest mulig fra egen forforståelse. Min erfaring som sykepleier i sykehjem, gjorde at situasjoner som ble beskrevet av informantene var lett gjenkjennbare for meg underveis.

I ettertid har jeg tenkt at min måte å respondere når ting var gjenkjennbart kan ha påvirket informantens stemme. Kanskje stoppet det for en utdypning av temaene hvis informanten tenkte at dette visste jeg som intervjuer nok om fra før. Et nikk og et ja fra intervjuer kan på den andre siden ha gitt trygghet hos informanten til å si mer om temaet fordi dem oppfattet det som relevant i forhold til min problemstilling.

Kvale & Brinkmann (2009:183) sier:

”Intervjuerens egne verbale og kroppslige responser på et svar kan også fungere som positive eller negative forsterkere på svaret som er gitt, og kan dermed påvirke svarene på andre spørsmål.” Dette er et faktum som hverken kan bevises eller motvises, men er viktig å ta med seg i helhetsbildet.

Jeg forsøkte å innta en mest mulig åpent sinn i møte med mine informanter. Som Malterud skriver viser det en intensjon om å representere informantens stemme så lojalt som mulig med minst mulig forstyrrelse av min forforståelse og teoretiske referanseramme (Malterud 2013).

3.4 Valg av informanter

Det var viktig å finne informanter med relevant erfaringsbakgrunn fra sykepleie i sykehjem. Det er en betingelse at de informanter som utvelges har en mulighet til å informere om fenomener som er relevante for undersøkelsens problemstilling (Olsen, 2003:132). I så måte ble mine informanter et strategisk utvalg av informanter. Jeg valgte å intervju sykepleiere som alle jobbet og hadde jobbet i minimum tre år i sykehjemsavdelinger i direkte pasientnær praksis. Informanter med sykepleiefaglig bakgrunn ble valgt av flere årsaker. For det første tilhører de min egen profesjon og jeg tenkte at de hadde kompetanse og forståelse nok til å kunne svare på mine spørsmål. For det andre tenkte jeg at sykepleiere ofte er rollemodeller for andre pleiere, og har sikkert reflektert en del omkring møter mellom personal og pasient i praksis.

I min henvendelse unnlot jeg å skrive noe som automatisk kunne knytte studien direkte til omsorg for personer med demens. Jeg tenkte at uavhengig av type avdeling eller antall pasienter med demenssykdom i avdelinga, ville dette være spørsmål som kunne gi svar på hvordan situasjonen var og hva informantene tenkte skulle til for å komme videre.

En annen del av utvalgsprosessen var antallet. Olsen henviser til Kvale som sier at antallet verken bør være for stort eller for lite. Det vil noen ganger være viktig at antallet er stort nok for den generaliserbare effekten. En annen måte å se det på er at man avslutter antall informanter når det ikke er mer nytt å hente fra informantene. ”En teoretisk saturasjon er oppnådd” (Olsen, 2003:134).

I min studie valgte jeg et informantantall på fire sykepleiere. Det mente jeg ville utgjøre en stor nok mengde tolkbar informasjon i forhold til mitt forskningsspørsmål og dette mastergradsnivå. Fire sykepleiere som informanter er likevel et lite utvalg som ikke gir grunnlag for absolutte og endelige konklusjoner, men mine intervju skulle om heller gi grunnlag for utvidelse og fordyping av forståelsen for temaet. Jeg valgte å intervju sykepleiere fra forskjellige sykehjem for å gi større mulighet til å se fenomenets nyanser. ”Et strategisk utvalg med vekt på mangfold kan levere mer stoff til utvikling av nye hypoteser, og skaffe utfordringer til konklusjoner som i første omgang kan synes opplagte.” (Malterud, 2013:57) Selv om jeg valgte informanter fra ulike sykehjem, tror jeg at jeg hadde funnet nyanser i like stor grad innenfor ett sykehjem. Dette fordi forståelsen for personsentrert omsorg trolig er like fjernt og nært uavhengig av hvem sykepleier du spør. Det er ingen felles enighet om hvordan personsentrert omsorg skal defineres. Det var bare kvinnelige sykepleiere blant mine informanter.

3.5 Gjennomføring av datainnsamling

Jeg sendte ut en henvendelse til fire enhetsleder ved fire sykehjem i en enkelt kommune. Det var en forespørsel om deltakelse i min mastergradsstudie. I henvendelsen fortalte jeg litt om meg selv, studiens problemstilling, hensikt og hvordan jeg hadde tenkt å gjennomføre datainnsamlingen. Ved positiv tilbakemelding på deltakelse, bad jeg dem velge ut en sykepleier og gi meg navn og kontaktinformasjon på denne. Enhetslederne svarte meg tilbake på e-post og samtlige svar innholdt tilgjengelig e-post adresser til informantene. Jeg sendte så ut informasjonsskriv og samtykkeskjema til alle fire sykepleierne på e-post. Etter hvert som sykepleierne bekreftet at de ville intervjues, gjorde vi avtaler om tid og sted for intervju. Fra tidspunkt for forespørsel til intervjuene var avtalt, tok det ca. fem uker. Og alle intervjuene ble gjennomført i løpet av fire uker.

Intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidssted. Tidspunktet ble avtalt slik at informantenes selv valgte et tidspunkt som passet for dem. Alle hadde ordnet slik at de ble intervjuet i arbeidstiden. Jeg benyttet båndopptaker under intervjuene, og det ble informert om at informantene når som helst kunne trekke seg under og etter intervjuene. Intervjuene varte et sted mellom 40 min (korteste) og 110 min (lengste).

Båndene ble arkivert i låsbart skap. Etter intervjuene noterte jeg ned erfaringer fra intervjuforløpet som også ble arkivert sammen med båndopptakene. Disse korte notatene ble skrevet med hint til meg selv for å gjenkjenne uten å sette navn eller nummer på notatet. Den transkriberte tekst ble også aidentifisert og merket med A, B, C, D der kun jeg viste hvem som var hvem. To av eksemplene fra intervjuene ble fjernet fra det transkriberte materialet mitt. Personene i eksemplene var for lett gjenkjennbar, da yrkets art og personenes alder var så stor del av historien. På den måte ble all informasjon fra informantene behandlet konfidensielt underveis i hele prosjektperioden. Datamaterialet vil bli makulert ved avslutning av prosjektet. Alle funn fra datamaterialet som blir presentert som funn og som blir analysert i oppgaven, er anonymisert.

3.6 Etiske overveielser

Jeg søkte Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) om godkjenning av mitt forskningsprosjekt, og fikk raskt bekreftelse på at prosjektet var godkjent. I søknaden oppga jeg prosjektets problemstilling, fremgangsmåte for å rekruttere informanter og hvordan deres anonymitet skulle ivaretas underveis, i oppgaven og ved prosjektets slutt. Jeg la ved prosjektplan og foreløpig utkast til intervjuguiden.

Mine informanter ble informert om at de kunne når som helst trekke seg fra prosjektet, og at i så fall ville all informasjon makuleres umiddelbart og fjernes fra oppgaven. Ingen av mine informanter trakk seg fra studiet.

Min forskerrolle krever at jeg er moralsk ansvarlig. Gjennom forskningsprosessen forventes det at jeg er bevisst på mitt moralske ansvar siden det er jeg som forsker er det viktigste redskapet til innhenting av kunnskapen. Gjennom presentasjonene av funn og kunnskap har jeg forsøkt å offentliggjøre mine funn så nøyaktig og representativt for forskningsområdet som mulig. Dette for å ivareta kravet om en vitenskapelig kvalitet på den kunnskapen som presenteres.

3.7 Analyse av mine kvalitative data.

Etter å ha satt meg inn i noe av den rike metodelitteraturen som fins, ble jeg stående med Malterud (2013) som veiviser når selve analysen av den transkriberte tekst skulle gjennomføres.

Jeg fant Malteruds metode for analyse av tekstmaterialet som den mest oversiktlig og hensiktsmessig i forhold til forskningsspørsmålene og de funn jeg etter intervjuene skimtet i det fjerne. Analyseprosessen starter allerede når man formulerer forskningsspørsmålene (Thaagard, 2011). Kvalitativ analyse innebærer at forskeren er tolkende til stede gjennom intervjuene og transkripsjonen. ”Transkripsjonen er ikke en passiv og teknisk handling, men inngår i den analytiske prosessen i ulik grad” (Malterud, 2013:78).

Intervjumaterialet etter transkripsjon var på over 50 tetskrevne sider. Jeg transkriberte alle intervjuene selv. Det var en tidkrevende og til dels tung jobb. Jeg gjorde dette arbeidet gjerne tett etter intervjuene og følte at hodet var overstimulert av ord samtidig som jeg nok allerede da var i full gang med analyse og leting etter funnene. Malterud sier at det er en gevinst i det å transkribere egen tekst fordi man gjenopplever og gjør seg kjent med materialet fra en ny side. ”Transkripsjonen innebærer en ny sammenheng som kan gi rom for andre ettertanker og slutninger, og utgjør i virkeligheten en begynnelse på de spørsmål vi stiller mer eksplisitt i analysefasen” (Malterud, 2013:78)

I transkripsjonen av det første intervjuet, skrev jeg inn alle mine ”mm”, ”ja” og ”nei”. Det ble det så mye av at i de neste tre intervjutranskripsjonene ble dette unnlatt, og jeg lot heller teksten få et mellomrom på disse stedene. Etter dette første intervjuet tenkte jeg at jeg ikke trengte å verbalisere disse bekreftelsene, heller nikke lett til informanten om jeg mente det var nødvendig.

Jeg skrev all tekst på dialekt. Det valget var jeg fornøyd med i ettertid da jeg under gjennomlesning lett kunne huske igjen uttrykk og stemningen i intervjuet. ”Teksten skal også gjøre det mulig å lese mellom linjene, i den forstand at forskeren tvinges til å gjenerindre den situasjon der historien ble fortalt, ut fra de ordene som falt” (Malterud, 2013:76).

Malterud (2013) viser til Giorgis fenomenologiske analyse. Analysemetoden *systematisk tekstkondensering* er inspirert av Giorgi og modifisert av Malterud. Formålet mitt var å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og den livsverden i sykehjemsavdelingen. Giorgi kommer med anbefalinger om en analyse i fire trinn, der rekkefølgen er 1) helhetsinntrykk, 2) meningsbærende enheter, 3) abstraksjon og 4) sammenfatning. Dette er hovedstrukturene i systematisk tekstkondensering.

Jeg fulgte Malteruds beskrivelse av analysemetoden så tett på oppskriften som jeg kunne klare. Jeg har forsøkt å gå gjennom materialet i flere ledd for å se det i sammenheng med min teoretiske referanseramme, og hvorvidt teksten er relevant og gyldig og om det er noe ved teksten jeg bør stille spørsmålstegn ved i forhold til fremgangsmåten min.

I første steg i analysen etter transkripsjonen, ble tekstene gjennomlest for at jeg skulle danne meg et helhetsbilde av teksten. Det var fugleperspektivet som gjaldt og i følge Malterud skal vi aktivt motstå all trang til å systematisere. Her ser man på helheten som viktigere enn de i øyenfallende detaljene (Malterud, 2013). Når alt var lest forsøkte jeg å oppsummere inntrykkene og se etter hvilke temaer som viste seg i materialet. Det er i tråd med Malteruds metode. Jeg gikk inn med et åpent sinn og fant temaer som hos meg intuitivt vekket min oppmerksomhet. Mine informanter hadde delt like og ulike erfaringer om flere like tema og jeg laget en liste med de intuitive temaenes midlertidige navn. Når det gjaldt hvordan sykepleiere forstår personsentrert omsorg var temaene; pasientens valgfrihet, meningsfullt liv og pasientmøtet. I forhold til spørsmålet om hva som fremmer og begrenser personsentrert omsorg ble temaene; tid, kompetanse, arbeidshverdag, kjennskap til pasienten og organisering. Dette var de foreløpige tema jeg skimtet og mente disse var de temaene jeg ville fokusere på videre i analysearbeidet.

Steg to i analysen var å finne de meningsbærende enhetene. Jeg skulle skille relevant tekst fra irrelevant. All snakking uten relevans til problemstillingen ble markert med minustegn og klemmt inn med parenteser. Jeg gikk så i gjennom resten av teksten på nytt, linje for linje, og begynte å markere de meningsbærende enhetene. Samtidig med dette, systematiserte jeg etter såkalt koding. ”Kodearbeidet tar i utgangspunktet sikte på å fange opp og klassifisere alle meningsbærende enhetene i teksten, dvs. tekstelementer som har sammenheng med de foreløpige temaene vi samlet oss om i første analysetrinn”(Malterud 2013:101). Jeg stoppet ofte opp og stilte meg spørsmål om det jeg markerte svarte til problemstillingen, og om de var representative for informantenes stemmer. Jeg markerte de meningsbærende enhetene med ulike farger ut fra hvilket tema de passet inn i. Kodingen innebærer en systematisk tekstkondensering, der deler av teksten hentes ut og settes sammen med beslektede tekstelementer. Jeg vurderte disse tema opp mot Malteruds metafor om et fruktfat hvor temaene burde på en eller annen måte ha noe til felles (Malterud, 2013). Når dette var gjort fant jeg ut at det var en av de tre temaene i spørsmålet om hvordan sykepleierne forsto personsentrert omsorg som kunne gå inn i et annet.

De to gjenværende tema ble så kalt *aktiv deltakelse* og *pasientmøtet*. I andre del av problemstillingen sto fem temaer under spørsmålet hva som fremmer og hemmer. Jeg fant at et av disse kunne gå inn under et av de andre temaene, slik at jeg sto igjen med *tid*, *kompetanse*, *kjennskap til pasienten* og *organisering*. Organisering og arbeidshverdag ble lagt sammen i temaet organisering. Jeg markerte på nytt den meningsbærende teksten ved hjelp av nye fargekoder.

Neste steg, steg tre var å abstrahere kunnskapen som hver kodegruppe representerte. (Malterud, 2013). Jeg satt da igjen med fire grupper av meningsbærende enheter som kunne fortelle meg hva sykepleiere i sykehjem mente fremmet og hemmet personsentrert omsorg og to grupper om forståelsen av personsentert omsorg. Når jeg på nytt gikk gjennom disse en etter en, fant jeg ulike nyanser som beskrev ulike ting innenfor kodegruppen. Det kunne for eksempel være at i kodegruppen *tid*, fantes nyanser som *tid*, *ressurser*, *pasientenes sykdomsbilde* etc. og ved å sortere teksten på den måten fant jeg det Malterud kaller subgrupper. ”Hvilke subgrupper vi fester oss ved, preges av det perspektivet vi leser vårt materiale ut fra” (Malterud, 2013:105) Jeg tolket altså teksten ut i fra mitt faglige perspektiv og ståsted. Malterud anbefaler å gjøre denne jobben sammen med andre for å skape rom for flere tolkninger og mulige tilnærminger. Jeg gjorde dette arbeidet selv, da jeg opplevde at min tekst ikke var så omfangsrik at den ville gi de store mulighetene til ulike typer tolkninger. Teksten i subgruppene ble så kondensert i en sammenfatning av innholdet, som Malterud kaller et kunstig sitat- et artefakt forankret i data. I tillegg plukket jeg ut noen sitater som illustrerte innholdet.

I analysens fjerde steg, er det rekontekstualiseringen sin tur i analysearbeidet. Jeg laget en såkalt innholdsbeskrivelse for hver kodegruppe og subgruppe. ”Her skal vi formidle til leseren hva vårt materiale forteller om en utvalgt side av prosjektets problemstilling” (Malterud, 2013:107). Innholdsbeskrivelsen ble så illustrert gjennom sitater som jeg hadde hentet ut fra de meningsbærende enhetene. Jeg valgte så beskrivende overskrifter til hver kodegruppe. Til for eksempel kodegruppen *tid*, valgte jeg ”Vi trenger tid” som overskrift. Til slutt valideres funnene gjennom å lese de opprinnelige transkriberte intervjuene og resultatene presentert i funn. ”For å utfordre våre resultater skal vi lete systematisk etter data som motsier de konklusjonene vi er kommet frem til” (Malterud, 2013:109). I dette arbeidet fant jeg et tilfredsstillende samsvar mellom mine presenterte funn og de transkriberte intervjuene.

Jeg opplevde at analysearbeidet var en krevende prosess selv om analysens trinn var greit å følge. Jeg ble selvkritisk, og kunne til tider være urolig for at jeg gjennom min forforståelse ikke hadde fått med meg essensen i det informantene hadde sagt. Både den transkriberte, den kondenserte og den endelige teksten ble gjennomlest og sammenlignet i flere ekstrarunder for å forsikre meg om at det var informantenes riktige stemmer jeg hadde presentert.

4.0 STUDIENS FUNN

I dette kapitlet vil jeg presentere studiens funn. De er tematisert med selvkomponerte overskrifter og illustrert med ulike sitater hentet fra informantene.

4.1 Hvordan forstår sykepleiere i sykehjem personsentrert omsorg?

Det første spørsmålet jeg stilte i intervjuene var hvordan informantene forsto personsentrert omsorg. I dette kapittel vil jeg presentere sykepleiernes tanker om personsentrert omsorg.

4.1.2 Å møte pasienten der pasienten er.

Informantene i denne studien mente at personsentrert omsorg var å møte pasienten der han eller hun er. Personsentert omsorg er individuell omsorg fordi hver enkelt pasient er forskjellig fra andre. Omsorgen skulle gis i forhold til pasientenes ulike behov, ressurser og ønsker. Personen må være i fokus, mer enn diagnoser og medisinske tilstander, og med en hovedvekt på hva personen selv tenker og føler om sin livssituasjon. Informantene mente det var viktig at pasientene følte seg ivaretatt, forstått, hørt og verdsatt. Personsentert omsorg er å gi omsorg når vi ser at det er behov for det. Oppmerksomhet, alenetid og ei hand å holde i, kan være måter å gi personsentrert omsorg på.

”Det er bare å tenke på hvordan du ville blitt møtt, hva som hadde vært viktig da, og litt folkeskikk – så går det!”

Å forstå sin egen rolle i måten å tilnærme seg pasienten på var også viktig for informantene. De trakk frem at hvis pleiere var tålmodige og fleksible og hadde personens behov i fokus og ikke oppgavene, kom man langt. Det handlet om å være bevisst hvordan man møter pasientene, og at pleiers måte å uttrykke seg på både verbalt og kroppslig, kan påvirke samhandlingen med pasienten.

Folkeskikk, høflighet, se på den man snakker til, være blid og ha et vennlig kroppsspråk, var elementer sykepleierne mente hørte innunder personsentrert omsorg.

”Når du går inn den ene døra til fru Johansen, så har hun behov for noe, og når du går inn til herr Jensen ved siden av, trenger han noe helt annet. Altså kan det være to vidt forskjellige situasjoner fordi det er pasienten som er i fokus. Det er det å finne ut hva pasienten trenger og hvilke ressurser han har, så begynner man å nærme seg personsentrert omsorg.”

De fikk også spørsmål om personsentrert omsorg var et ord eller et begrep som ble brukt i praksis. Alle sykepleierne sa at det var et ord som ikke ble brukt i praksis. Dem mente likevel at det var noe som ble gjort i større eller mindre grad i avdelingen, selv om de ikke kalte den type praksis personsentrert omsorg.

4.1.1 Aktiv deltakelse.

Informantene sa at personsentrert omsorg var å gi mulighet til pasientens egen deltakelse i eget stell. Selv om det gikk dårlig noen ganger, må pleier gi mulighet for deltakelse senere. De tenkte at pleierne måtte være på tilbudssiden gjennom å veilede og vurdere hvor mye pleieren skulle være involvert. Pasientens ressurser kunne variere fra dag til dag, fra morgen til kveld.

”Vi har lett for å overta når noen kommer på sykehjem. Da er det vi som er omsorgspersonene og det er vi som skal gjøre alt. Kanskje man rett og slett kveler de ressursene de faktisk har til å utføre de forskjellige tingene.”

Pasientenes valgmulighet i enkelte situasjoner blir også løftet frem av mine informanter som en del av den personsentrerte tilnærmingen. Det handler om at pasienten selv kan velge hvilke klær de skulle ha på seg, hva de skulle spise, når tid de skulle spise, når tid de skulle sove og om og når dem skulle få hjelp til dusj eller stell.

”Personsentrert omsorg er å kunne få det tilnærmet likt det pasientene var vant med før”

Informantene mine nevnte alle ulike aktiviteter som å gå tur, lese bok, se på gamle bilder og å gi håndmassasje. Slike aktiviteter mente de var personsentrert og at slike øyeblikksgleder satte i gang gode følelser hos pasienten. En av informantene mine fortalte om festlige kinoarrangementer, med filmer og popkorn for de pasientene som ønsket å være med.

”..da samles vi alle i stua og har litt høytidelig stemning, de synes det er veldig artig å se på gamle filmer”

4.2 Sykepleiernes tanker om hva som fremmer eller begrenser

Siden sykepleierne svarte på hva som fremmer og hemmer personsentrert omsorg under ett har jeg valgt å presentere disse funnene sammen. Fremme og hemme går over i hverandre når spørsmål om personsentrert omsorg stilles, fordi det kan være lettere å si hva som ikke fremmer når man skal forklare hva som fremmer og det samme gjelder for det som hemmer. I dette kapitlet presenteres de fire hovedfunnene som utmerket seg; tid, kompetanse, kjennskap til pasienten og organisasjon.

4.2.1 Vi trenger tid

I min studie ga alle informantene uttrykk for knapphet på tid. De opplever i sykehjemshverdagen at arbeidsoppgavene ikke står i samsvar til tiden de har til rådighet. Stadig må sykepleierne prioritere noen oppgaver til fordel for andre. Sykepleierne ønsker at det settes av ressurser for å få gjort arbeidet ordentlig.

”Det er tidkrevende arbeid. Man kan ikke skynde seg med gamle personer med demens. Det tar tid å bli kjent, det tar tid å utarbeide gode tiltak, det tar tid å observere og evaluere.”

En sykehjemsavdeling har gjerne et fast antall personer på hvert skift. Noen informanter forteller at på kveldene er det færre personal enn på dagtid. Ved vaktens begynnelse planlegges dagen, og hvem som skal gjøre de ulike oppgavene. Sykepleierne har ofte i tillegg oppgaver som kun sykepleier kan gjøre, som for eksempel prøvetakning, intravenøs behandling, dokumentasjon, legevisitt og samhandling med kommunale instanser og spesialisthelsetjenesten.

”Vi har mange pasienter, og vi har ofte veldig få personale, så skal vi få gjort det vi må i løpet av en dag, har vi ikke tid til å bruke en halvtime på hver pasient, så det er ikke bestandig at det er rom for det, dessverre.”

Informantene gir alle uttrykk for at bemanningen er marginal, og at det er lite rom for overraskelser i form av at noe tar lengre tid enn forventet. Man kan ha mange planer og tanker når vakta begynner, men så kan noen ringe seg syk, og så gjelder det å gjennomføre dagen så godt som mulig. Det samme kunne gjelde om det skjedde noe utenom det vanlige, for eksempel at pasienter ble akutt syke, oppfølging og prosedyrer hos de sykeste og tidkrevende legetilsyn.

«Personalmessig, tidsmessig er det ikke rom i det hel tatt for at noe går på tverke. Da må vi brannslokke, det er bare sånn det er.»

Flere av sykepleierne forteller at samhandlingsreformen også bidrar til tidspress i avdelingen. Pasienter kommer fort ut av sykehusene, og sykepleierne opplever at de får svært syke pasienter inn i avdelingene. Pasienter som er fysisk syke har ofte et stort pleiebehov og trenger tett medisinsk- og sykepleiefaglig oppfølging. Pasienter som tildeles plass på grunn av demenssykdom har et stort behov for tilpasset tilrettelegging. Sykdommen kan ha utviklet seg til et kritisk punkt, og endret adferd kan være årsaken til at de ikke lengre kan være hjemme. Det tar tid for pasienter med demenssykdom å falle til ro i avdelingene.

”Folk bor lengre hjemme nå med hjelp av hjemmetjenesten. Det er ikke så lett å få plass her. Derfor er pasientene dårligere når de kommer. Da jeg begynte her, jobbet vi ”med hendene på ryggen” og pasientene var koselige små damer som satt og strikket.”

Sykepleierne beskriver også arbeidsdagen som lite forutsigbar og at oppgavene ofte overgår det som er mulig i løpet av ei vakt. Det igjen fører til forringet kvalitet i pasientmøtene.

Sykepleierne sier at hvis dem hadde hatt mer tid ville dem ha brukt tiden i stellesituasjonene.

”Enkelte dager, spesielt når du er alene sykepleier, kan man oppleve at stell og pleie av pasientene går utover ”sykepleieroppgaver” og omvendt. Det er veldig krevende, for du har det hengende over deg. Sykepleieroppgavene er noe som du må sjekke ut i løpet av vekten og rapportere videre.”

Måten dagen organiseres på, mener sykepleierne også er avgjørende for personsentret omsorg. Rutiner kan gi oversiktelige dager, men flere av sykepleierne snakket også om å føle seg styrt av klokka og rutinene. Rutiner kan stenge for personsentrert omsorg.

”På vår avdeling skal alle ha frokost klokka ni. Det er liksom om du vil eller ikke. Det er slik vi må gjøre oss ferdig. Så mange stell før frokost, for så å gjøre ferdig frokosten, for så å gjøre resten, det vil være seg dusjing, toalett og forskjellig gjøremål. Det er veldig strukturert og rutinert. Det er veldig lite rom for det lille ekstra.”

En følelse av ”å løpe rundt” ble beskrevet av flere av mine informanter. Sykepleierne opplever et daglig krysspress i hvilke oppgaver som er viktigst, og det kan igjen føre til vanskeligheter med å prioritere innenfor de rammer som finnes. Sykepleierne har i tillegg ansvar for sykepleieroppgaver ofte i flere avdelinger. Derfor må sykepleierne være fleksible og dyktige på å prioritere. Dette oppfattes ikke som like enkelt bestandig.

”Når man ikke får mer ressurser må man prioritere bort noe annet, så hva blir rett å gjøre?”

Arbeidsdagen deres er ofte preget av en opplevelse av at de ikke strekker til. Sykepleierne sier også en del om dårlige samvittighet. Dårlig samvittighet for at man har for liten tid til den enkelte pasient og at samhandling med pasienten er for rask. De får også dårlig samvittighet for pasienter som ikke er i stand til å etterspørre noe og dermed lett blir ”glemt”. Hvis enkeltpasienter etterspør og krever mye pleierkontakt, fører dette til ekstra dårlig samvittighet for dem som aldri gjør det. Sykepleierne sier at de ofte står i dilemmaet, hva er viktigst nå?

”Jeg synes mange ganger at sykepleierrollen i sykehjem kan være vanskelig både i det å avgrense rollen og å prioritere. Hva skal man prioritere? Folk må få mat, medisiner og stell, i hvert fall et minimum og samtidig skal du ha tid til å lage gode planer i profil og også ta deg tid til de enkelte møtene med pasientene. Hvordan velger man da å organisere sykepleiertjenesten i sykehjem? Vi er for få sykepleiere.”

En sykepleier fortalte at på sin avdeling hadde de i løpet av de siste årene beveget seg bort fra såkalte ”pleiegrupper” hvor pasientene ble fordelt på ulike pleiere under morgenrapporten. Nå hadde de en mer fleksibel arbeidsdag, styrt av pasientene og deres aktuelle behov.

Sykepleieren mente at det handler om evnen til fleksibilitet i arbeidshverdagen.

”Man må faktisk bare la det flyte litt, og så må man trø til der det er behov. At vi ikke er så låst i systemene. Spesielt vi sykepleiere har jo ansvaret for flere pasienter, men det er noe med organiseringen som må være på plass og en tanke om at vi er her for pasientene, og derfor må vi gjøre det slik.”

4.2.2 Vi trenger kunnskap

Alle sykepleierne i studien mener at kompetanse er viktig. Kompetanse fører til større refleksjon over det arbeidet som blir gjort. De mener at kompetanse får oss til å tenke og handle på en annen måte. Vi stiller spørsmål omkring egne handlinger og justerer egen adferd for å lykkes i pasientmøtene.

”Noen ganger er det sånn at pasienten klarer ingenting, kanskje er det slik at du som hjelper ikke tilbyr den rette hjelpen for å få pasienten til å gjøre ting selvstendig.”

Sykepleierne sier at det finnes mange flinke assistenter som kommer med gode forslag for hvordan pleie kan gis på en tilfredsstillende måte. En av dem sier at du behøver ikke å ha kompetanse for å være god. Dette støttes av flere gjennom utsagn som at det ofte handler om holdninger og hvordan du er som person og hva du har med deg i bagasjen av empati og omsorg for andre mennesker. En annen sier at det nytter ikke med kompetanse på papiret om du ikke evner å snakke med folk.

”Det er en begrensing om du ikke klarer å se den enkelte pasient rett og slett.”

Flere av sykepleierne mener at kunnskap om demens er svært viktig når man skal jobbe i omsorg for personer med demenssykdom i sykehjem. De mener det er nødvendig å forstå hvordan sykdommen rammer hjernefunksjonen, de fysiske funksjonene og evne til tale og utførelse av oppgaver. Har man den kunnskapen, mener sykepleierne at man da har mye lettere for å forstå pasienten og de handlingene pasienten gjør og ikke gjør. Kunnskap om kommunikasjon settes også høyt i verdi.

”Man må ha kunnskap om kommunikasjon og hvordan man kan møte personer med demens som har vanskelig for å uttrykke seg og vise hvem de er. Dette for å støtte opp om deres identitet.”

De sier videre at sykepleierne har et spesielt ansvar i forhold til planene til pasientene. At de har ansvar for å få til et godt samarbeid med alt fra hjelpepleiere til assistenter for å lage en kultur med enighet om hvordan de skal tenke. Sykepleierne er rollemodeller for alle andre pleiere i avdelingene. Gjennom gode rapporter og faste refleksjonsstunder kan erfaringer og kunnskap formidles til hele pleiegruppen. Uvitenhet og dårlig kompetanse kunne hemme personsenteret omsorg.

”Som fagpersoner tror jeg det er utrolig viktig at vi tør å stå for å være gode rollemodeller og ta opp vanskelige ting og vanskelige følelser i forhold til det vi står i.”

Noen av sykepleierne sier at kompetanse handler om evne til å reflektere over egne og andres handlinger. Sykepleierne kom fra avdelinger med ulike måter å møtes på for refleksjoner og diskusjoner, og tre av informantene ønsket å bli flinkere til å reflektere og diskutere i pleiergruppen. Personsentret omsorg kunne lettere komme frem gjennom etiske refleksjoner.

”Vi kan trekke kort med etiske dilemmaer hver morgen. Kanskje kan vi ta det i lunsjen av og til. Vi gjør det jo i rapportene, men kanskje vi kan diskutere en pasient om gangen, kanskje det kan være en måte å styrke det personsentrerte.”

En av informantene fortalte at de hadde faste tider for faglige diskusjoner. Da velger de tema etter behov. Da oppdateres tiltak og jobber i forhold til enkeltpasienter. Noen ganger hadde de undervisning og diskusjoner.

”Når disse møtene avholdes, blir store deler av personalgruppen enige om tiltak for den videre omsorgen for pasientene:”

Sykepleierne sier om sykepleierrollen at det er den som har kompetansen som setter punktum for tiltak. Men at det kommer an på om det er mange sykepleiere i avdelingen. Med sykepleierkompetanse ser du en rød tråd som de andre ikke har blitt opplært i å se.

Når det er lite fagfolk får vi ikke kontinuitet i planer og evalueringer. Hvordan man velger å organisere sykepleiertjenesten er også vesentlig. En sykepleier opplevde at de var heldige fordi det var flere sykepleiere der, slik at mye av sykepleiekompetansen ble brukt i direkte pasientkontakt.

”Sykepleie i sykehjem er verdifullt og givende når du jobber personsentrert og får gjort ting slik som man tenker at alle fortjener.”

4.2.3 Vi trenger kjennskap til pasientenes liv

Sykepleierne forteller at det er viktig med bakgrunnsinformasjon for å kunne gi personsentrert omsorg til pasientene. Jo færre pasienter i avdelingen jo bedre, man får færre å konsentrere seg om og blir bedre kjent med den enkelte. Bakgrunnsinformasjon innhentes oftest hos pårørende når pasientene flytter inn. Alle sykepleierne som ble intervjuet snakker om et skjema de deler ut til pårørende når de tar i mot pasientene. Dette skjemaet omhandler spørsmål om familieforhold, ting dem har gjort og vært opptatt av i livet. Oppsummering av skjema skal skrives inn i profil, men det varierer hvem som gjør det, hvor fort og grundig arbeidet blir gjort. Den første tiden brukes også til kartlegging, prøving og noen ganger feiling i forhold til hvordan pleie og omsorg best kan tilbys nye pasienter. En sykepleier fortalte en historie fra en tidligere arbeidsplass:

Peder en gammel mann, bodde på et sykehjem. Han hadde aldri i sitt liv likt kjøttpålegg. Han ville ha syltetøy og gomme på brødiskiva. Hver dag sa pleierne; - Nei, han skal ha kjøttpålegg. Og dem smurte brød og hadde kjøttpålegget på, og mannen spiste ikke. Så skreiv dem i rapporten at ”Peder har spist dårlig”.

”Det er jo så feil som det går an. Hvis jeg vet at vedkommende liker det sånn eller slik, prøver jeg å tilrettelegge for at de skal få det slik.”

Sykepleierne i studien trakk frem at man måtte ta seg tid til å bli kjent med pasientene. Pasientene som kommer til sykehjemmet har forskjellig utgangspunkt. De har levd et liv gjennom barndom, voksenliv og arbeid som har preget dem. Alt dette danner grunnlaget for hvordan de reagerer på ting og hvilke ressurser pasientene har når dem kommer på sykehjemmet.

”Vi prøver at alle skal sette seg inn i de ulike livsløpene til alle pasientene fordi du løser veldig mange situasjoner, gjør ting smidigere og får mer til i møte med dem. Når pasienten snakker om mamma eller pappa, kan du bruke navnet deres og navnet på stedet hvor dem vokste opp, navn på søsken og andre. Ved å vise at du kjenner til deres historie, skaper du en relasjon som oppleves trygg for pasientene.”

Når Petra er engstelig og spør etter ungene. Da sier jeg ikke – nei, det er ingen unger her. Da sier jeg; - det går bra med ungene. Og så blir uroen til Petra borte.

Noen kan ha hatt angstlidelser gjennom livet uten at de har fått det nedfelt som en diagnose. Sykepleierne i studien sier at man må være oppmerksom på symptomer som uro og engstelse, som kan knyttes til traumatiske hendelser i livet.

”Folk som har angst og kanskje dødsangst; hva har dem opplevd? Mange av våre pasienter har opplevde krigen og har kanskje mange vonde minner fra den.”

I denne studien delte sykepleierne eksempler på hva personsentrert omsorg handler om i praksis når det kom til det å ha kjennskap til pasientens tidligere liv. Kjennskapen til pasientenes liv endret tilnærmingen fordi pleierne ikke lot demenssykdommen alene forklare adferden, men at adferden ble sett i sammenheng med liv. En sykepleier fortalte om en godt planlagt innflytting, hvor rommet var gjort klart med private eiendeler, samarbeidende instanser bisto i starten, og pårørende velvillig delte sine kunnskaper og erfaringer i forhold til den nye pasienten. Slike historier blir suksess- historier som påvirker oss i det neste møtet med nye pasienter. Sykepleierne eksemplifisert også hvordan man endret innarbeidede rutiner for å tilpasse tilbudet i forhold til det pasienten etterspurte. I hovedsak beskriver alle informantene at pleierne gjennom forståelsen for pasientens livshistorie, tillater andre løsninger i møtet mellom pleier og pasient. Man forsøker å se situasjonen fra pasientens ståsted.

4.2.4 Vi trenger organisering

I tillegg til den pasientnærepleien snakker sykepleierne om at personsentrert omsorg også gis indirekte ved at det skrives gode tiltaksplaner for pasientene der pasientens ressurser og behov formidles. Noen har faste tidspunkt hvor planene diskuteres og oppdateres, andre har ad hoc løsninger der for eksempel pasientsituasjoner diskuteres på rapporter og i andre sporadiske møter. Sykepleierne mente at arbeidet med planene måtte være ledelsesforankret.

”Det er viktig at de pasientene som har redusert evne til å formidle behov og som derfor ikke krever noe selv, også blir tatt opp til diskusjon slik at pleierne blir bevisst deres spesielle behov.”

Sykepleierne forteller at det ofte blir mest diskusjon der det er større utfordringer i forhold til stell, ernæring og lignende. Beskrivelser av ”suksesshistorier” i fra for eksempel stellesituasjoner, måltid og aktiviteter en viktig del av refleksjonen. På den måten vil erfaringer om hva som fungerer i noen pasientmøter blir videreformidlet til de andre i pleiegruppen.

Når man så blir enige om at dette er en god måte å tilnærme seg pasienten på, skrives dette ned som tiltak og det forventes at alle gjør det som blir nedfelt i dokumentasjonssystemet. Sykepleierne opplever at dette er et viktig, men tidkrevende arbeid som må verdsettes hos ledelsen. De ønsker seg ekstra ressurser for å holde planene oppdaterte.

”Hvis vi trenger å endre noe, diskuterer vi gjerne, og så tar sykepleier og primærkontakten ansvar for å skrive de nye tiltakene inn. Så holder man saken fremme gjennom rapporter ei tid for at tiltakene skal bli kjent for alle.”

En sykepleier trakk også frem at det var viktig å være gode rollemodeller og ta opp vanskelige ting og følelser i forhold til det man står i.

”Vi må være rollemodeller for personsentrert omsorg, for det nytter ikke med fine planer og fine ord hvis man ikke ser dette omgjort i praksis, da blir bare ordene pulverisert.”

Flere av sykepleierne snakket om at personsentrert omsorg også var avhengig av en ledelsesforankring. Sykepleierne knytter ledelsesforankring til forståelse og aksept som kunne utløse ressurser i form av ekstra innleid personale. Slik kan sykepleierne for eksempel bruke en dag hvor de hovedsakelig fokuserer på sykepleieroppgaver og dokumentasjon. En av de fire fortalte at de i dag har en lydhør ledelse som gir rom for ekstra ressurser så snart behovet blir meldt dem, men at det ikke alltid hadde vært slik. Mangel på sykepleiere og høyt sykefravær førte til endringen.

”Så lenge vi sier i fra om at nå har jeg behov for å sette meg å jobbe med tiltaksplaner. Ledelsen tilrettelegger, leier inn ekstra og ser behovet.”

Andre etterspør en mer overordnet satsning gjerne også fra et nivå høyere enn enhetsleders. En sykepleier trakk frem satsingen rundt Pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 4a som en metode å etterligne for å implementere personsentrert omsorg i tjenesten. Den gang ble det satset på kompetanseheving gjennom kurs og undervisning, samt satt inn ressurser slik at sykepleiere og andre pleiere fikk tid til fordypning i egen avdeling.

”Overordnet må man satse mer på området, både med undervisning, måten å strukturere arbeidet på og ressursbehov. Det bør ligge i hele systemet fra leder øverst til pleierne nærmest pasientene. Dette må vi være i lag om for å få til, det kan ikke hvile bare på én.”

Det etterspørres en ledelse med tydelighet på målsettinger og fokus. Det fremgår at det er viktig at man er bevisst i alle ledd hva tjenesten skal fokusere på. Slik lages det en kultur som er våken i forhold til målet. En overordnet visjon mente noen av sykepleierne også kunne bidra til å fremme personsentrert omsorg.

”Det har mye å si hvilke signaler vi får fra ledelsen om hva som er ok, eller ikke.”

Hvordan dagen organiseres trakk flere av sykepleierne frem, og at dette var et ledelses spørsmål og ansvar. Sykepleierne var i mindretall i forhold til andre pleiere og opplevde derfor at deres ansvarsområde var stort og ofte langt utover over egen avdeling ettermiddager og helger. Hvis sykepleier hadde vært satt mer på toppvakter hvor de ikke regnes inn som en del av pleiegruppen, kunne de vært hos de sykeste pasientene, gjort stell og prosedyrer, observasjoner og dokumentasjon, der hvor behovet for sykepleiere var aller størst.

”På den måten vil sykepleier få god oversikt og gjennom oversikt forebygge mer.”

Sykepleierne sa at de ønsket seg flere sykepleiere som kollegaer. De sa også at hvis man hadde fått til en mer personsentrert omsorg i sykehjem, ville sykepleierne blitt mer tilfreds og at det da kanskje var flere sykepleiere som ville ha søkt seg jobb på sykehjem.

Jeg tror mange pleiere vil si at de jobber personsentrert, helhetlig eller individuelt, slik som mine informanter. Det er ikke uventet fordi det er både faglig og politisk korrekt å si og mene det i vår tjeneste. Det finnes en forventning i organisasjonen, utdanningsinstitusjoner og samfunnet for øvrig at det ytes en kvalitetsmessig god pleie som ivaretar pasientenes genuine behov. Forskrifter og andre offentlige dokumenter setter for tiden gjerne ”personsentrert omsorg” i sin tekst. Årsaken til at jeg spurte mine informanter om hvordan de forsto ”personsentrert omsorg” var nettopp for å finne ut hva dem som jobber nært pasientene tenkte om dette. Kun en av de fire hadde tilnærmet en definisjon som ligner Kitwoods. Alle svarte gjennom eksempler og forklaringer på en måte, men på en annen måte litt tynt. Jeg fikk en opplevelse av at man ikke har tenkt særlig over forståelsen av ordet. Informantene var blitt sykepleierne på ei tid da det var ord som holistisk sykepleie og individuell sykepleie som preget omsorgsforståelsen i sykepleierutdanningen. Det har heller ikke vært lett å forklare begrepene holistisk og individuell i forhold til omsorg på en enkel måte for utenforstående. Man må gjerne ty til eksempler for å forklare hva det går ut på i praksis.

Det som kan tenkes er annerledes nå, er at det finnes ulike typer metoder som er utviklet for å oppnå personsentrert omsorg. Ved å innføre en av disse metodene i ei avdeling vil mest sannsynlig gjøre flere pleiere kapable til å sette ord på hva som ligger bak personsentrert omsorg. Gjennom innlæring av metoder vil kunnskap om personsentrert omsorg gi endret forståelse og praksis. Dette krever en sterk motivasjon hos alle involverte, helst helt fra politisk ledelse i den ene enden til helgevikarene i den andre.

5.0 DISKUSJON

I de påfølgende underkapittel vil jeg drøfte de fire hovedfunnene tid, kunnskap, kjennskap til pasientenes liv og organisering. Funnene drøftes opp mot det teoretiske grunnlaget for oppgaven og oppgavens problemstilling.

5.1 Å ha nok tid

I dette studiet har empirien vist at sykepleiere har behov for å si noe om travelhet, mangel på tid og mangel på ressurser. De mener at mer tid eller mer ressurser gjennom flere personer på jobb, vil kunne fremme en sterkere personorientert omsorg. Noen ganger etterspør sykepleierne tid til å være sammen med pasientene; det direkte pasientarbeidet, andre ganger tid til å sette seg ned med dokumentasjon, refleksjon og skriftliggjøring av pasientenes behov og ressurser; det indirekte pasientarbeidet.

Sykepleieren snakket om å ha rom og ha tid som den samme sak. Martinsen (2012:127) skriver at tid utfoldes i forhold til rom. Rom som noe fysisk, mellommenneskelig eller tidsmessig. Hun skriver om tiden, at vi jages av klokketiden. ”Når vi handler med tiden kun ut fra uret, har vi ikke tid, eller vi har liten tid, vi utnytter tid, vi løper etter tiden.” Dette er uttrykk vi kjenner fra praksis og mine informanter brukte noen av disse uttrykkene for å forklare travelheten. Martinsen mener at vi i gjøremålstravelheten tvinges ut av tiden, ut av vår erfarte tid. Hun stiller så spørsmål om den form for travelhet er effektiv. Svaret hun gir er at den travelhet som finnes for pasientens skyld er effektiv, da den blant annet krever oppmerksomt nærvær, sansevar aktelse og overblikk over situasjonen.

Rutiner hjelper pleierne med å strukturere dagen gjennom planlegging og gjennomføring, men rutiner kan også hindre dem fra å se det store bildet. Jakobsen (2007) sier at det i sykehjem finnes rutiner og ritualer som virker, og som får driften til å fungere og gir oss en viss forutsigbarhet. Ankepunktet er at slike rituelle adferdsmønstre blir uangripelige og begrunner seg selv, også når de ikke er i tråd med virksomhetens mål. I en avdeling med ti pasienter er det ti ulike personer som skal møtes på ulike måter, og hver dag er ikke like. Sykepleierne påpekte at omsorgen krever fleksibilitet, kreativitet og tilstedeværelse.

Fleksibilitet fordi hver dag ikke var like, og man måtte kunne prioritere oppgavene som skulle gjøres og ta valg underveis for å finne de beste løsningene. Kreativitet fordi det ikke opplevdes tilfredsstillende at pleierne ga seg om de ikke mestret oppgaven. Kunsten ble da å finne nye måter å tilnærme seg utfordringen på. Tilstedeværelse fordi god omsorg vanskelig lar seg gjennomføre uten å bruke tid til å bygge en relasjon mellom pleier og pasient. ”Å kunne overraske sine pasienter i positiv retning, krever kreativitet” (Jakobsen, 2007:163)

I studien til Perrin (1997) fant man at pleiere hadde sjelden problemer med samspillet mellom pleier og pasient under oppgaveorienterte aktiviteter som for eksempel hjelp til måltid, bad eller påkledning. Problemet var at pleiere ikke hadde gode teknikker for å samhandle med personer med langt kommet demenssykdom utenom oppgavene. Hun sier at det blant annet er mye bedre å lese et magasin sammen med pasienten i stedet for å sette på tv, og bedre med sangstund sammen, enn å sette på radioen.

Sykepleierne ble stadig utfordret på effektivitet gjennom nedskjæringer og manglende økonomi til innleieing av ekstravakter, samt økt behov for sykepleiertjenester. Økonomi har en avgjørende rolle både i den nåværende tjenesteproduksjon, men også i det å se muligheten for innovasjon og nytenkning til videre kvalitetsforbedring. En nederlandsk studie hadde som mål å studere kostnadene av intervensjon av DCM (Dementia Care Mapping) i elleve sykehjem. Resultatet etter denne kluster – randomiserte studien, var at DCM er en kostnadsnøytral intervensjon (Ven et al., 2014). Det er jo noe å ta med seg hvis man tenker å implementere noen av de anerkjente personsentrerte metodene, tidligere studier har vist fungerer.

Sykepleierne i min studie var enige om at de var blitt flinkere til å se den enkelte og dermed også den enkeltes behov, men mangel på tid og ressurser hindret dem i å gjøre noe med det. At pasientene skulle ha en valgfrihet i livet var en vesentlig del av den personsentrerte omsorgen. McCormack & McCance (2010) sier at det å ha en fri vilje er ikke hva man gjør og hva man vil gjøre, men heller retten til å bli behandlet som en person, som en eier av sin egen kropp, som en eier av ens egne valg, som en beslutningstaker. Sykepleierne sa at faste tidspunkt og rutiner ga mindre rom for valgfrihet, samtidig som de mente at det var et nødvendig onde for å gjennomføre oppgavene de var satt til å gjøre. I følge informantene hemmer da mangelen på tid personsentrert omsorg.

Ønsket om flere ressurser og mer tid sto likevel ikke alene. Inneforstått med at oppgaver tar tid, viser sykepleierne også refleksjon over bruken av tid. ”Du kan få til mye selv om du har dårlig tid hvis du er bevisst på hvordan du møter menneskene.” sa en av sykepleierne.

Martinsen sier at i helsevesenets nyttige og effektive rom, utfordres vi i å kunne være tilstede letende og fornemmende for å finne pasienten der han er, og la pasientens ønske om å bli ivaretatt bestemme travelheten. (Martinsen, 2012)

Kitwood (2003) sier lite om personalressurser og tid eller mangel på dette. Han sier ”i en tid hvor ressursene er så begrensede”, men han setter heller ikke tid som en nødvendighet for å yte personsentrert omsorg. Han trekker frem at tilstedeværelse er en egenskap vi skal se etter. Å ha evnen til ”å være tilstede”, sier Kitwood (2003) er en gave til andre mennesker, og det er en form for frigjørelse av en selv. Han mener det er ensbetydende med å være mindre plaget av fortiden, mindre bekymret for fremtiden, og dermed mer sentrert om det som ligger umiddelbart for hånden. Dette kan nok mange pleiere kjenne seg igjen i. I det øyeblikket vi går inn til en pasient, kan den tidligere stellesituasjonen i naborommet prege oss, likeså det som vi vet venter oss på det neste rommet. Vi utfordres til å være bare der og ikke alle andre steder mentalt. På grunn av det opplevde tidspresset går mange fort inn i oppgaven uten å ta sterkt nok inn over seg hvem den som trenger hjelp er, og hvilke behov den har. Kitwood (2013) skriver; ”At være tilstede” innebærer det at kunne frigjøre sig fra fikseringen på *at handle*, som ofte skader omsorgsarbeidet, og at have en større kapasitet for simpelthen *at være* (Kitwood, 2003:127).

I sykehjem kan personalet ”stemples” som trege og late, når disse ikke tilfredsstill den uformelle effektivitetsstandard i avdelingen. En sykepleier sa i intervjuet at hun hadde spesielt lagt merke til noen i avdelingen som jobbet personsentrert. ”Ja vi har enkelte, dem blir jo kalt veldig, veldig treg.” Årsaken til dette er ofte at det er misnøye over at det da blir mer jobb på de andre. Man kan fristes til undre seg over hvordan avdelingen hadde fungert om alle jobbet personsentrert. Martinsen sier at tidspresset truer både pasienten og sykepleieren når det er mange pasienter som skal hjelpes, og hennes kollegaer har alt for liten tid til å hjelpe alle. Da mener hun at hvis sykepleieren likevel gir seg tid der hun opplever at hun må bruke tid, lett kan bli definert som umoralsk hvis hun fortsetter med å gjøre oppstand mot klokketiden. Hun stiller spørsmål om mot hva skal sykepleiers lydighet rettes? Dette er gjenkjennbart for sykepleiere som i gjennom sin sykepleiefaglige overbevisning ønsker å være lydige mot pasientens sårbare situasjon.

Martinsen mener dette er en problematikk og et spenningsforhold sykepleiere aldri kommer ut av, men som må håndteres på best mulig måte for pasienten (Martinsen 2012).

Økt krav om kvalitet har også forsterket kravet om en meningsfull dag for pasienter i sykehjem. I tillegg til vaskeri og mattilberedning, var det også forventet at pleierne satte i gang aktiviteter for pasientene. Bergland et al.(2010) hevder i en forskningsartikkel at fysisk aktivitet gir tiltro til egen mestring, og viser til at fysisk aktivitet og trening i sykehjem har positive virkning på for eksempel motorisk funksjon, daglige aktiviteter, velvære, fall og negativ atferd (Bergland et al., 2010).

En annen forskningsartikkel fra 2012 av Haugland viser at beboere i sykehjem i stor grad ønsket å delta på aktiviteter der de selv var aktive. Hun skriver at man ved sykehjem større grad bør kartlegge interessen til den enkelte pasient for og legge til rette for at beboerne kan delta i aktiviteter tilpasset egne interesser (Haugland, 2012). Det finnes mye ny kunnskap om positive konsekvenser av fysisk aktivitet og aktivitet generelt. I sistnevnte artikkel konkluderer hun med at pleiere i sykehjem undervurderer beboernes evne og vilje til å være aktive. I min studie var opplevelsen av for lite tid også nevnt i forhold til aktivitet, og at aktivitet mye var forbeholdt dem som var så frisk at dem kunne delta i fellesaktiviteter på sykehjemmet.

Dårlig samvittighet var nevnt av flere av mine informanter. Sykepleiernes dårlige samvittighet som fenomen er bekymringsfullt på den ene siden, og på den andre siden fullt ut forståelig. Det er forståelig fordi det er en konsekvens av deres sykepleiefaglige bakgrunn med fokus på pasientens behov. Det er mange ulike forslag på hvordan tjenesten kan bli bedre og dette preger vår opplevelse av oss selv som sykepleiere. Jeg tror at så lenge kravene og etterspørselen på kvalitet er der, og sykepleieren gjennom sin kompetanse opplever kravene relevante, vil vi stadig høre om deres dårlige samvittighet. Martinsen (2012:144) sier: ”Når det som er felles, ikke er etisk godt, kan det gjøre vondt for både pleier og pasient.” Jeg tenker at sykepleierne vet gjennom sin utdanning og erfaring hva god omsorg er. Når omsorgen som gis ikke samsvarer med idealene våre, vil det føre til en missnøye som springer ut i dårlig samvittighet. Rokstad (2009) skriver, at er det viktig for pleiepersonalet å forstå at tilbudet til den enkelte pasient også må ses i sammenheng med medpasienters behov. Vurderingen må gjøres med bakgrunn i en tenkning om likeverd fremfor likhet.

Ut fra det forstår jeg at sykepleierne må tenke at prioriteringen og valgene de ta, gjøres med bakgrunn i forskjelligheten, ikke fordi pasientene ikke etterspør noe. Dette er likevel vanskelig å akseptere når man jobber så nært, fordi sykepleierne opplever at med mer tid ville trolig dem som ikke etterspør, også fått et bedre tilbud.

Dårlig samvittighet kommer av at sykepleiere ikke får gjort alt de ser pasientene har behov for. Dette fører til at de går ofte hjem med en opplevelse av utilstrekkelighet og utilfredshet. Som en sykepleier sa: ”De dagene hvor man av ulike årsaker ikke har fått ting til, eller kanskje du avslutter vakta med at noe skjærer seg, da bærer du den greien med deg resten av dagen, og det første du tenker på når du kommer på jobb dagen etter er; hvordan gikk det etter at du forlot.” Sykepleierne snakket mye om å by på seg selv. En sykepleier sa: Noen ganger har jeg vært så hyggelig, overblid, smilt og vært i godt humør i sju timer på jobb. Ofte for at beboerne ikke skal bli urolig, sint eller lei seg. Når jeg da kommer jeg hjem fra jobb, sier jeg: - Ikke snakk til meg! Jeg er oppbrukt for den dagen.” Men sykepleieren påpeker at det handler om å by på seg selv, og at man ser at det fungerer i møtet med pasientene. En av mine informanter fortalte sine tanker om hvilke positive ringvirkninger personsentrert omsorg kunne før til. ”Jeg tror det ville vært givende å jobbe som hjelpere og som sykepleiere, å kunne føle at du gjøre en veldig viktig jobb og kunne gjøre den jobben ordentlig. Kanskje ville det øke statusen for å jobbe i sykehjem. Kanskje vi får flere folk som da ønsket å komme hit. At man så verdien av det man gjør, følelsen av å få gjort ting slik som man tenker at alle fortjener.” Jeg synes utsagnet var veldig beskrivende for sykepleierfaget som viser spriket mellom det en ønsker å gjøre og det en makter å gjøre.

5.2 Å ha nok kompetanse og kunnskap

Kompetanse og kunnskap er viktig for å fremme personsentrert omsorg i følge mine informanter. Kunnskap om hvordan det er å leve med demens og konsekvenser av demenssykdommen mente flere var vesentlig for å kunne forstå og samhandle godt med denne pasientgruppen i sykehjem. Kunnskap gjør at vi tenker og handler annerledes, ser en rød tråd, holder kontinuitet i planer og evalueringer og gir innsikt i å kunne justere hjelpen. Kitwood(2003) gir uttrykk for at kvalifikasjoner på papiret står seg ikke alene i demensomsorgen. Det handler også om å se deres potensial for utvikling underveis i arbeidet. Han sier at selv sykepleiere er ikke nødvendigvis fulllærte til og tre inn i demensomsorgen.

Mye fordi deres skoling baseres mest på den medisinske og minst på den sosiale delen av omsorgen (McCormack & McCance, 2010).

Mine informanter trakk frem at man trengte ikke å ha kompetanse for å være god og at det fantes mange flinke assistenter. Dette er et utsagn som Kitwood (2010) også ser som relevant. Han sier: "... det er mange mennesker som udviser en bemerkelsesværdig egnethet for demensomsorg som begynner på det uten profesjonelle standardkvalifikasjoner" (Kitwood, 2010:121). Hvis man legger til rette for at disse kan utdannes, vil vi i følge han få de sanne spesialister, som dette feltet har så akutt behov for.

Jeg tenker at i sykehjemsomsorgen er det behov for begge deler. Vi trenger dem som har medisinsk og sykepleierkunnskap i inntakt og dem som mangler den formelle kompetansen, men likevel har en iboende forståelse om hvordan man skal behandle mennesker uavhengig av alder, sykdom og adferd. De ufaglærte som viser seg å være svært godt egnet i jobben, kan vi motivere til videre utdanning innen helsefag. Utfordringen synes jeg er at sykehjemsavdelinger har en skeiv fordeling når det gjelder fagkompetanse, og at man i lengre tid har akseptert en fordeling der sykepleierne er i stort mindretall i forhold til helsefagarbeidere og ufaglærte. Trolig står mange nyutdannede sykepleierne alene om å forfekte en personsentrert tilnærming og kan fort bli overmannet av oppgavefokuset i avdelingene og "hvordan vi alltid har gjort det her"-utsagn. Jeg tror at ved å omgjøre flere stillinger til sykepleierstillinger, vil det skape flere avdelinger med et personsentert preg. Dette fordi det i de senere år har vært et langt sterkere fokus på personorientert omsorg i sykepleierutdanningene, og nyutdannede har sterke idealer om hvordan omsorgen skal ytes til det beste for pasientene. Mange av dem som nå går opp til fagprøven i helsefagarbeider, har gjennom lærlingordning i avdelinger lært gjennom praksis hvordan man skal behandle mennesker. Man risikerer at disse kommer ut som helsefagarbeidere med samme fokus på effektivitet og oppgaver som praksisstedet hadde.

Malmedal et al.(2009) fant i en studie fra sykehjem at det var signifikant forskjell på antall rapporterte tilfeller av omsorgssvikt ut fra utdanningsnivå. Dem som hadde høyest nivå, rapporterte flest tilfeller. Dette kan henge sammen med at sykepleiere har mer kunnskap om etikk og moralsk praksis, slik at de lettere gjenkjenner sviktende omsorg når de ser det.

Mye forskning har sett på sykepleiers erfaringer, holdninger, tanker til tema relatert til sykehjem. McCormack og McCance (2010) henviser til McCabe (2004) som har forsket på sykepleiers evne til mellommenneskelig kommunikasjon.

Forskeren konkluderer med at sykepleiere kommuniseres godt med pasienter gjennom personsentret tilnærming, men muligheten til å gjøre dette, er sterkt avhengig av arbeidet og kulturen i avdelingen. Dette forsterker troen på at personell med sykepleierkompetanse er en forutsetning for et godt personsentrert omsorgsmiljø og at det må finnes nok av den kompetansen i alle avdelinger.

NOVA har fått i oppdrag av Norsk sykepleierforbund å gjennomføre en undersøkelse som går på bemanning og kompetansesammensetning i sykehjem og hjemmesykepleien i alle landets kommuner. Rapport med resultater kommer i august dette år. Kanskje vil resultatet føre til økt andel sykepleierstillinger i tjenesten. Noe vi vet fra før er at ved sykepleiers fravær, settes det sjeldent inn sykepleierkompetanse. Det er få sykepleiere som sitter hjemme og venter på vakter for å dekke sporadiske vakter. Løsningen kan være å øke andelen sykepleiere slik at tjenesten står bedre rustet i sårbare perioder.

I en artikkel om kompetanseutvikling i sykehjem sett fra ansattes perspektiv, fant Brenden et al. ut at arbeidsmiljøet framstår som trygt og godt, og er et solid grunnlag for et godt læringsmiljø for den uformelle læring. Øvrig kompetanseutvikling oppleves som mangelfull, ustrukturert og utilstrekkelig. Studien konkluderer med at man må i større grad kartlegge kompetansebehovet, lage kompetanseplaner og lede kompetansearbeid som omfatter hele organisasjonen (Brenden, et al. 2011).

Sykepleierne mente at personsentret omsorg var avhengig også av refleksjon og erfaringsutvekslinger i mellom pleierne. De ønsket at det ble avsatt tid til dette arbeidet. Noen hadde ad hoc – møter, og andre hadde faste tidspunkt med tilpasset turnus slik at flest mulig var til stede. Tydning og refleksjon, sier Martinsen er en måte å frembringe forståelse på. I situasjoner når sykepleier har både vist mot og motløshet gjør samtalen i refleksjonen oss i stand til å rette et kritisk blikk på kulturen som former normene omkring situasjonen (Martinsen, 2012). Dette gjelder for alle pleiegrupper, selv om Martinsen skriver om spesielt sykepleiere.

Jøranson og Hauge (2011) studerte personalerfaringer i sykehjem halvannet år etter implementering av DCM i halve personalgruppen i avdelingen. Personalgruppen som deltok erfarte et betydelig læringsløft og utviklet en sterk gruppekultur. Personalet var endringsvillige og faglig dyktige. Gruppen som ikke deltok, men som likevel ble involvert gjennom endringer i eksempelvis rapportrutiner, var i intervjuene mest opptatt av å fortelle om sin travelhet og at nye rutiner førte til merarbeid. Konklusjonen var at god fagutvikling må inkludere alle ansatte i en avdeling for å innføre og vedlikeholde personsentrert omsorgskultur. Studien viser som også McCormack fant i sin implementeringsstudie, at personsentrert omsorg ikke bare handler om individuelle egenskaper, men også hvordan skape personsentrerte omsorgskulturer. Vi må trolig gå inn å rokke ved den eksisterende kulturen for å lykkes i arbeidet for en personsentrert omsorg.

5.3 Å kjenne til pasientens historie

Alle sykepleierne i studien anerkjente viktigheten av at man hadde kjennskap til pasientenes liv. Dette støttes av teorien jeg har valgt og annen forskning. McCormack & McCance (2010) sier anerkjennelsen av en persons liv bekrefter deres sosiale, psykologiske og kulturelle historie, og ved å erkjenne historien, fortsetter utviklingen videre i livet. De sammenligner en persons historie med en bildevev. Det er en rik bildevev av betydninger som har skapt grunnlaget i ens liv. Når årene går og trådene slites, som for eksempel ved sykdom, da blir det stabile ustabil og livsstrukturen står for fall. Et annet aspekt er at fortellinger representerer et helhetlig syn på personer og er formet og formet på nytt gjennom vårt engasjement med andre. McCormack & McCance (2010) viser til en studie av Hsu og McCormack hvor disse laget et rammeverk for innhenting og analysering av livshistorier, samt "oversetting" av materialet inn i pasientenes tiltaksplaner.

Kitwoods tanker om dette går på opprettholdelsen av identiteten til personer med demens. Han mener to momenter er essensielle i så måte. Det første er å ha en detaljert kjennskap til hver enkeltes livshistorie. Selv om personer med demens ikke kan holde fast på narrative historier om seg selv, kan dette stadig opprettholdes av andre. Det andre er å ivareta identiteten gjennom empati der man forholder seg til personen som det enestående mennesket det er.

Drageset, Norman og Elstad (2013) viser i sin studie at eldre pasienter med demens kan fortelle fra livet sitt og at det er viktig at de får fortelle. Deres historier synliggjør hva som er viktig å videreføre i sykehjem. Disse fortellingene fra eget liv retter også fokus på opplevelser og oppvekst som kan ha vært vanskelig og som fører til desto større sårbarhet når demenssykdommen rammer (Drageset, 2013).

Cohen- Mansfield et al.(2010) fant i en studie at beboerne responderte best på stimuli dem hadde vært kjent med fra tidligere for eksempel musikk, kunst og dyr. Dette viser at det har en nytte å kartlegge personens tidligere interesser slik at stimuli kan gi best effekt hos den enkelte (Cohen-Mansfield et al., 2010).

I min studie ble kjennskapen til pasientenes liv relevant i forhold til det å forstå personens generelle adferd og adferd i samspill med pleierne og medpasienter. Livshistoriene kunne gi mulige forklaringer for hvorfor dem for eksempel aldri ville spise frokost klokken ni, eller at dem absolutt ville sove med klærne på om natta. Når pleierne fikk en sannsynlig forklaring bak uroen og adferden, var det lettere å følge pasientens ønsker i stedet for avdelingens rutiner. En informant fortalte: ”Når vi kom på at han sikkert bestandig hadde sovet slik, lot vi han ligge med klær og tøfler på. Etter den dagen sov han hver natt”.

Informantene hadde ulik erfaring med hvordan bakgrunnsopplysningskjema eller livshistorieskjema ble brukt i avdelingene og hvordan disse ble gjort kjent for dem som jobbet der. Min erfaring er at livshistoriene fortelles og knyttes lengre til pasienten jo friskere kognitivt vedkommende er. Da får ofte pleieren respons hos pasienten, og det er lettere å holde samtalen i gang. Pasienter med demens sent i sykdomsforløpet, med redusert språkforståelse, tale og våkenhet, vil lettere miste sin historie da pleierne ikke vil oppleve den like relevant for de pleieoppgaver som skal utføres. Da kreves det at pleier tar seg tid til å skape trygge omgivelser for at pasienten og pleieren heller kan samles om minnealbum og historier fra livet. I slike situasjoner er det pleier som må føre samtalen.

McCormack og McCance (2010) sier at målet med en biografisk tilnærming er å avdekke mangfoldet i folks liv for å redusere en tendens til å generalisere ut fra egne erfaringer og forutinntatthet. På den måten kan man bedre se personen bak pasienten, og finne det som er viktig for han eller henne og bringe denne informasjon inn i tiltaksplanene. Det hører til rammeverkets del om å styrke pasientens tro og verdier.

Dette støttes av en svensk studie som fant at pasienter som bodde i avdelinger som fokuserte på personsentrert omsorg, hadde en høyere ADL (aktiviteter i dagliglivet) – funksjon i forhold til måltid (ernæring og væske) og toalett. Dette forklares gjennom at avdelinger med personsentrert tilnærming kjenner pasientens funksjonsnivå, ønsker og behov bedre, og at de brukte denne kunnskapen til å støtte dem i å fullføre dagliglivets aktiviteter så selvstendig som mulig (Sjögren et al., 2012).

5.4 Organiseringen

I denne delen ønsker jeg å drøfte organisering, med hovedtrykk på både organisasjoners bruk av visjoner og ledelsesforankring i organisasjonen.

Viktig med visjoner, sa en sykepleier. At vi har en overordnet visjon som forteller at det er personsentrert omsorg vi skal jobbe med her. McCormack og McCance sier at det å klargjøre en organisasjons tro og verdier er viktig for arbeidsmiljøet. Man kan ikke stille spørsmålsteget til verdier og tro, men man skulle kunne ha mulighet til å observere pleierne i praksis, hvordan de sammen jobber med dette (McCormack og McCance, 2010 s.54). Utfordringen kommer når de fastsatte verdiene ikke stemmer overens med det man ser i praksis. For å få til en organisasjon med personsentrert omsorg som visjon, tror jeg det er viktig at hele systemet gjennomsyses av ordene, og at det blir nedfelt i skriftlig former og trekkes frem muntlig gjennom rapporter, personalmøter og i møter med pårørende. På den måten blir alle fortrolig med fenomenet, og kan etter hvert selv bringe det på bane og fronte visjonen.

De fleste sykehjem i dag har visjoner å vise til. Noen er slagordlignende, andre er detaljerte beskrivelser av hvordan alle skal i varetas i organisasjonene, det være seg pasienter, pleiepersonalet og pårørende. Et raskt søk på flere sykehjem sine hjemmesider viser at visjonene deres inneholder ord som helhetlig omsorg og individuell behandling, kvalitet og faglig kompetanse, behov og ønsker, trivsel og aktivitet.

Garsjø (2008) skriver om målsettingenes hensikt; ” En målsetting har som hensikt å være en rettesnor for arbeidet i en institusjon slik at alle har klart for seg hva de arbeider mot.” Videre skriver han at målsettinger også skal være styringsredskap og motivasjonsfaktorer for de som jobber i en organisasjon (Garsjø, 2008:104).

Diffuse mål kan noen ganger gi grobunn for målkonflikter. Det kan oppstå målkonflikter mellom de ansatte og pasientenes interesser. I sykehjem har vi flere eksempler på arbeidsrutiner som beskriver hvordan ting skal gjøres. Garsjø mener at lister over pasientenes behov i utgangspunktet ser greit ut, men stiller spørsmålsteget ved hva som skjer hvis pasienten en kveld ønsker å være lenger opp på grunn av et TV-program eller ønsker annen mat. Dette kan oppfattes som forstyrrelser i rutineene, føre til missnøye og påvirke arbeidsmiljøet. Garsjø mener at hvis avdelingen var mer opptatt av pasientenes behov, ville dette oppleves vanskelig for verken pasienter eller pleiere (Garsjø, 2008: 111-112).

For å få et eierskap til visjoner bør også personalet uttale seg om egne verdier og tro. Ideen med dette er at det er en måte å artikulere og uttrykke direkte hva dem mener må gjøres og hva dem tror er riktig (McCormack og McCance, 2010). Det tror jeg er riktig vei og gå. Det er nyttig å sette ord på egne tanker om hvordan omsorgen skal ytes for å nå de visjoner som er nedfelt. Når man artikulerer egne tanker kommer vi nærmere oss selv.

I en artikkel hvor det ble forsket på implementering av personsentrert omsorg i flere avdelinger, viste det seg at en av de mest slående forskjeller mellom dem som lyktes og de andre var at de som lyktes hadde nedfelt personsentrert omsorg i målsettinger, regler og prosedyrer, arbeidsbeskrivelser og opplæringsmateriale. Dem fant også at det var avgjørende at personsentrert omsorg var sterkt forankret hos sykepleierne i avdelinga. (Crandall et al., 2007)

Mine informanter var opptatte av at det som foregikk i avdelingene, måtte være forankret i ledelsen. De ønsket ledere som var tydelig på mål og visjoner, men også på hva denne forventet av personalet til enhver tid. Hvis man skulle satse på ernæring, var det viktig at leder hadde sagt noe om hvilke ressurser dem hadde til rådighet for å komme à jour. Hvis det skulle settes av tid til refleksjon, måtte det også være avklart. Jeg vil tro at det i de fleste avdelinger er personalet kjent med leders visjoner og tanker om omsorgen. Slik jeg analyserer de fleste informantene mine, kan det virke som at alt faglig må være ledelsesforankret. På den ene siden kan man si at det er viktig med ledelsesforankring, men på den andre siden viser oss at det er vanskelig at noen setter i gang slike prosesser uten at lederen er involvert. Har dette noe med maktfordelingen i avdelingen?

Som McCormack & McCance sier er makt et uunngåelig spørsmål når man snakker om å utvikle team som jobber med beslutningsprosesser og personsentrert omsorg. De sier videre at til tross for at sykepleierne etter å ha vært historisk underdanig i forhold til legene, nå er mer selvtilfredse og har større selvtillit, må de videre bort fra behovet for ledelsesstøtte og forstå at selve kunnskapen gir makt (McCormack & McCance, 2010:74-75). Jeg tror at for å fremme personsentrert omsorg må sykepleiere i avdelingene fremstå som sterke og beslutningsdyktige. I tillegg trenger sykepleiere at ledelsen ser deres engasjement og støtter under om de beslutninger som tas når det er til det beste for pasientene. Da blir sykepleierne stående bergstøtt fordi dem i kraft av seg selv og egen kompetanse, har tatt ansvar for beslutningene.

McCormack & McCance (2010) snakker om *skill mix*, et ord som refererer til hvor mange ansatte sykepleiere og ikke-sykepleiere det er i avdelingen. Skill mix er ikke en enkel sak, og ordet kan være misvisende som om det innebærer en rasjonell, logisk blanding av den faglige kompetanse som trenges for å ivareta oppgavene og fordelingen av personalet.

I virkeligheten er jo ofte antallet og kompetansen gitt på forhånd. Å endre på dette vil kreve store diskusjoner om oppgavens art, antall pleiere for å kunne sikre kvalitet og kompetansebehovet i avdelingene. Jeg tenker at vi gjennom årene har stille akseptert en skjev fordeling mellom antall sykepleiefaglige, helsefaglige og ufaglærte i sykehjemsavdelinger. Fordelingen har ikke fulgt utviklingen der sykehjempasientene nå har et større pleiebehov og større behov for sykepleiefaglige tjenester enn tidligere. Wyller peker på at kommunenes ønske om billig drift og generell lav prestige knyttet til arbeid i sykehjem, fører til dårligere kvalitet over behandlingen. Sykehjempasientene er blitt sykere fordi tilgangen på sykehjems plasser er redusert i forhold til behovet og sykehusene har kortere liggetid. (Wyller, 2011) Dette er i tråd med McCormack og McCance (2010) som sier at diskusjonen handler om finne de mest kostnadseffektive måtene å organisere tjenesten på. Og at det interessante er at det samtidig med at det kreves effektivitet i sykehjemmene, blir nedfelt i lover og forskrifter en forventning om at tjenesten yter personsentrert omsorg.

Hvorfor er det så få sykepleiere i sykehjem da? Spørsmålet kan besvares ved å se på hvor det anses som en verdi at det er flest sykepleiere. I spesialiserte sykehusavdelinger, er det mange flere sykepleiere, naturlig nok siden det er mange sykepleie- tekniske prosedyrer som skal utføres.

Jeg tenker at det er viktig å kjempe frem at den sykepleiefaglige kunnskapen også er nødvendig der hvor de pasientene treng personsentrert omsorg. Hvis deres kunnskap ikke anerkjennes der, blir konsekvensen at dyktige sykepleiere ikke ønsker å jobbe i sykehjem.

McCormack & McCance sier at sykepleie er forenelig med deres rammeverk for personsentrert omsorg. Det er en sammenheng mellom sykepleiernes egenskaper, miljøet sykepleierfaget foregår i, aktiviteter sykepleieren utfører og resultatets utkomme. De mener at når fordelingen av fagkompetanse skal vurderes, må mer enn den tekniske biten av sykepleie som fag bestemme hvor ofte en pasient i sykehjem skal ha mulighet til å møte en sykepleier (McCormack & McCance, 2010: 66-70).

6.0 REFLEKSJON OG AVSLUTNING

Min studie viser at sykepleiere i sykehjem ikke er familiær med ordet personsentrert omsorg. Det er ikke et ord som brukes i avdelinger hvor personer med og uten demenssykdom bor. Sykepleierne har likevel med seg sitt sykepleiefaglige omsorgsgrunnlag i møtet med pasientene og i sitt forsøk på å være gode rollemodeller og veivisere i sykehjem. Det finnes andre begreper eller ord som beskriver en del av den personsentrerte tilnærmingen, men også slike ord er lite brukt i forbindelse med rapporter, diskusjoner og refleksjoner. Dette kan tyde på at det til daglig snakkes et pleiespråk som er langt mer oppgavefokusert enn personsentrert.

Konsekvensen av dette kan være at vi til daglig ikke evner bruke faglig korrekte ord både på det som beskriver pasientens utfordring og på de mulige løsningsorienterte tilnærmingene som blir foreslått. Dette er en utvikling som ikke fremmer idealet om en personsentret omsorg til de sykeste eldre. Sykepleierne må med sin fagbakgrunn introdusere faglige korrekte ord, uttrykk og begreper. På den måten vil vi gjennom å bruke en språklig terminologi nært det vi får presentert fra Kitwood, McCormack & McCance og Kari Martinsen, kunne påvirke vår egen avdeling i å bli mer personsentret i omsorgen.

I studien kommer det også frem at sykepleierne opplever at tiden ikke strekker til og mangel på tid hemmer personsentrert omsorg. Personsentrert omsorg krever tilstedeværelse og ethvert pasientmøte må tenkes på som en arena hvor personsentrert omsorg kan utspilles.

Det er så lite som skal til for å gi et menneske en opplevelse av å bli sett og forstått, men for å klare det må pleieren flytte fokuset fra seg selv til den som trenger hjelp. Pleiere i sykehjem må for å rekke alle oppgavene være rask, men de må være raske i mellom pasientmøtene og ikke i dem.

Mine informanter mente at kompetanse var viktig i sykehjem. Kunnskap om demenssykdom ble spesielt nevnt, og handler nok om at det er nettopp i disse pasientmøtene at vår kompetanse avgjør hvilke handlingsvalg vi tar. Gode holdninger og normal folkeskikk ble nevnt som viktige egenskaper hos dem som jobber i sykehjem. De fleste informantene kom fra avdelinger der det sjelden var avsatt tid til refleksjoner og behandlingsdiskusjoner omkring enkeltpasienter. I rapportene ble pasienter med utfordringer diskutert ved behov. Løsningsforslag og tiltak ble i ulik grad dokumentert i pasientenes tiltaksplaner. Det kan se ut som at det i sykehjem fortsatt er et stort behov for fagutvikling og undervisning av personalet. Antall fagfolk i avdelingene varierer og det er tydelig et behov for å øke andelen sykepleiere for å dekke de sykepleiefaglige oppgavene stadig øker i omfang.

Sykepleierne i min studie er enige at kjennskap til pasientenes liv, tro og verdier fremmer personsentrert omsorg. Pasientenes livshistorier gir pleierne hjelp til å forstå pasientenes handlingsmønstre, og på den måten kan pleierne møte pasientene der pasientene er og tilpasse tilnærmingen slik at pasientenes selvbestemmelse og verdighet ivaretas. Primærkontakter må ta ansvar for at pasientenes levde liv blir løftet frem og holdt kjent for alle som jobber i avdelingen. Personsentrert omsorg avhenger av at pleierne ser etter personen bak sykdommen og styrker identiteten gjennom tilpassede aktiviteter og handlingsvalg.

Denne studien viser at sykepleierne mener at en ledelsesforankring er viktig når personsentrert omsorg skal implementeres i sykehjem. En visjon, mål eller planer er ikke nok for å innføre og beholde en personsentrert praksis. Ledelsen må være tydelig på mål for omsorgen, og sørge for at personalet har kunnskap, ressurser og tid til å gjennomføre endringsprosesser som gir bedre helse og omsorgstjenester for sykehjemspasientene.

Til tross for sterke utsagn om tidspress og ressursmangel, fremsto mine informanter som stolte sykepleiere som var trygge på egen integritet. De hadde en sterk tro på at jobben de utførte var viktig, og ga uttrykk for at det var verdifullt å jobbe som sykepleiere i sykehjem.

Gjennom å dele sine erfaringer med meg, viste de meg at det er grunn til å være bevisst sykepleiers arbeidshverdag. Sykepleierne spiller en svært viktig rolle når personsentrert omsorg skal benevnes og forklares gjennom handlinger til det beste for pasientene.

Arbeidet med mastergradsoppgaven har gitt meg mye ny lærdom, ikke bare hva studiens funn og teori angår, men hele prosessen fra idé til det ferdige dokumentet. Jeg kan enda kjenne sommerfuglene i magen minuttene før første intervju, og huske stoltheten da jeg var midt i analysen av den transkriberte tekst. Prosessen har gitt meg større innsikt i forskningens betydning for praksisfeltet. Forskning kan gjennom sine funn, bidra til endringer i tankesett, handlingsmønstre og organisasjon på en troverdig måte.

Personlig har arbeidet med mastergradsoppgaven vært en studie gjennom egen for forståelse og holdninger. Det å jobbe så nært det praksisfeltet jeg har studert, har ført til mange refleksjoner over egen praksis både som sykepleier og ikke minst som leder av en sykehjemsavdeling. Jeg ser at jeg til nå ikke har hatt alle redskapene jeg har trengt for å støtte godt nok under en personsentrert omsorgstilnærming i egen avdeling. Etter studiet har jeg tro på at mitt fokus på personsentrert omsorg vil påvirke meg som sykepleier og leder.

Når jeg nå konkluderer med at sykepleiere i sykehjem ikke er vant til å bruke personsentrert omsorg i sitt pleievokabular, vil mangelen på dette gi meg inspirasjon til å benevne personsentrert omsorg når jeg ser det.

Sykepleierne i studien mener at nok tid, riktig kompetanse, grundig kjennskap til pasientenes liv og tydelig ledelse er faktorer som fremmer personsentrert omsorg. Jeg ser på studiens funn som gyldige og trolig representativt for sykepleiernes opplevelser i sykehjem. Dette er en kunnskap vi som sykepleiere, ledere og andre interesserte bør ta med oss i det videre arbeid for å gi pasientene i sykehjem den beste omsorg og pleie. Det er for tiden ingen sentrale eller lokale signaler på at det vil bevilges mer penger for å øke antall hender i sykehjemmene. Med en slik stabil fremtidsutsikt hva angår ressurser, må vi se oss rundt etter andre løsninger for å endre den eksisterende praksis til det bedre for både pasientene og dem som skal gi omsorg.

I dag finnes det en del forskning på erfaringer fra implementering av metoder for å fremme personsentrert omsorg, som for eksempel Dementia Care Mapping, Marte Meo og VIPS - modellen.

Jeg tenker at alle sykehjem burde ta i bruk en metode for å fremme personsentrert omsorg, og velge den som passer dem best for deres organisasjon. Slike utviklingsprosjekter vil øke hele personalets kompetanse.

Av mange spørsmål som kan bli besvart gjennom videre forskning, er det ett tema som jeg spesielt kunne tenke meg å se det ferdige resultatet fra. Det ville vært en studie i hvordan et økende antall eller andel sykepleiere blant personale ville kunne påvirke pleiekulturen og graden av personsentrert omsorg. Temaer omkring personsentrert omsorg er på langt nær besvart, og jeg ønsker all forskning i feltet velkommen.

REFERANSER

- Alvsvåg, Herdis (2008)Kap.5. Intimitet, eksklusivitet og rytmer i norske hjem og sykehjem, I:Hauge S, Jacobsen FF. Hjem, eldre og hjemlighet.Oslo: Cappelen Damm AS
- Brenden TK, Storheil AJ, Grov EK, Ytrehus S (2011) Kompetanseutvikling i sykehjem, ansattes perspektiv. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, nr 1-2011, 7.årgang
- Bergland Å, Kirkevold M. Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens? *Sykepleien forskning* nr 1, 2011; 6: 14-25
- Coffey A, Atkinson P (1996) Varieties of data and varieties of analysis. Making Sense of Qualitative Data. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cohen-Mansfield J, Marx M S, Thein K and Dakheel-Ali M. The impact of past and present preferences on stimulus engagement in nursing home residents with dementia. *Aging and Mental health*. Vol. 14, No 1, January 2010, 67-73
- Crandall LG, White DL, Schuldheis S, Talerico KA. Initiating personcentred care practices in long-term care facilities, *Journal of Gerontological nursing*. 2007 Nov; 33 (11) 47-56
- Drageset I, Normann K, Elstad I. Personer med demenssykdom i sykehjem: Refleksjon over livet. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* nr 1-2013, 9. årgang
- Edvardsen D, Fetherstonhaugh D, McAuliffe L, Nay R, Chenco C. Job satisfaction amongst aged care staff: exploring the influence of person-centered care provision. *International Psychogeriatrics*, (2011) 23:8.
- Fjelland, R. (1999). Innføring i vitenskapsteori. Oslo. Universitetsforlaget.
- Fjelland R, Gjengedal E (1995). Vitenskap på egne premisser. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag
- Gadamer, Hans Georg (2004) The enigma of health: the art of healing in a scientific age. Cambridge: Polity Press.
- Haugland, Britt. Meningsfulle aktiviteter på sykehjem. *Sykepleien Forskning* 2012; 7(1):40-47
- Holte Torhild (2008) Kapittel 6: Handlingssvikt og tilrettelegging) I:Rokstad AMM, Smedbye KL (red.) Personer med demens. Møte og samhandling. Oslo: Akribe AS
- Jacobsen, FF (2008)Kapittel 5. Intimitet, eksklusivitet og rytmer i norske hjem og sykehjem, I:Hauge S, Jacobsen FF (red.). Hjem, eldre og hjemlighet. Oslo: Cappelen Damm AS
- Jøranson N, Hauge S. Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling. *Sykepleien Forskning*. 2011, 6 (4):376-382

Kirkevold, Marit (2009) Sykepleierteorier - analyse og evaluering. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kirkevold, Ø. (2006) Bare vi hadde flere pleiere. s.125-137 I: Krüger R (red) Evige utfordringer. Helsetjenester og omsorg for eldre. Forlaget aldring og helse.

Kitwood, Tom (2003) En revurdering af demens -personen kommer i første række. København: Munksgaard Danmark.

Kvale S, Brinkmann S (2009) Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kvåle K, Bondevik M. What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2008, 22(4).

Lindseth A., Norberg A. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal Caring Science*, 2004: 18 (2), 145-53

Løgstrup KE (2008) Den etiske fordring. Viborg: Gyldendal DK

Malmedal W, Ingebrigtsen O, Saveman B-H. Inadequate care In Norwegian nursing homes – as reported by nursing staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2009; 23; 231-242

Malterud, Kirsti (2013) Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Universitetsforlaget

Martinsen, Kari (2012) Løgstrup og sykepleien. Oslo: Akribe AS

Martinsen, Kari (2003) Fenomenologi og omsorg. Oslo: Universitetsforlaget

Martinsen, K. (1990). Moralsk praksis og dokumentasjon i sykepleie. Gyldendal Norsk Forlag

Martinsen, Kari (1989) Omsorg, sykepleie og medisin. Oslo: TANO A/S

McCormack B, Dewing J, McCance T. Developing Person-Centred Care: Addressing Contextual Challenges through Practice Development. *The Online Journal of Issues in Nursing*.2011; Vol. 16 (2)

McCormack B & McCance (2010) Person-Centered Nursing. Theory and Practice: Wiley-Blackwell, UK

Nolan, Mike. Successful ageing: keeping the 'person' in person-centred care. *British Journal of Nursing*, 2001; vol.10, nr 7.

Nortvedt P, Grimen H (2006). Sensibilitet og refleksjon. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Olsen Henning. ”Gode” kvalitative interview med ”riktige” informanter? *Sosiologisk tidsskrift*, 2003; 11 (2), 123-153

Perrin Tessa. Occupational need in severe dementia: a descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*, 1997; 25, 934-941

Rokstad AMM, Smedbye KL red. (2009) Personer med demens. Møte og samhandling. Kapittel 2: Hva er demens, Kapittel 4: Forståelse som grunnlag for samhandling, Kapittel 5: Kommunikasjon. Kapittel 6: Handlingssvikt og tilrettelegging Oslo: Akribe AS

Starks H, Trinidad SB. Choose Your method: A Comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory. *Quality Health Research*. 2007; 17: 1372-1380.

Tjora, Aksel (2012) Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Oslo: Gyldendal Akademiske

Thagaard, Tove (2011) Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Ven Gvd, Draskovic I, Herpen Ev, Koopmans RTCM, Donders R et al.. The Economics of Dementia- Care Mapping in Nursing Homes: A cluster- Randomized Controlled Trial, 2014; PLoS ONE 9 (1)

Wyller, Torgeir Bruun (2011) Geriatri. En medisinsk lærebok. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Stortingsmeldingen 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg*

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-29-20122013.html?id=723252>

Vedlegg 1 Svar fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Toril Agnete Larsen
Institutt for helse- og omsorgsfag Universitetet i Tromsø
MH-bygget
9037 TROMSØ

Vår dato: 27.11.2013

Vår ref: 36300 / 2 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 14.11.2013.
Meldingen gjelder prosjektet:

<i>36300</i>	<i>Personsentrert omsorg i sykehjem. En drøfting av muligheter og begrensinger</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Toril Agnete Larsen</i>
<i>Student</i>	<i>Elisabeth Meløy</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.09.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

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

Avdelingskontorer / District Offices:

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

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

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

Anne-Mette Somby

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

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Elisabeth Meløy elisabeth.meloy@tromso.kommune.no



Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 36300

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Prosjektet skal avsluttes 30.09.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Vedlegg 2 Forespørsel om deltakelse

Til enhetsledere ved sykehjem i Tromsø kommune.

Forespørsel om deltakelse i forbindelse med mastergradsoppgave.

Jeg heter Elisabeth Meløy, er sykepleier og mastergradsstudent i helsefag, studieretning helse og omsorgstjenester for eldre ved UiT, Norges arktiske universitet. I arbeidet med avsluttende mastergradsoppgave har jeg valgt temaet: Personsentrert omsorg i sykehjem. Jeg ønsker å fordype meg i følgende problemstillinger/forskningsspørsmål:

Hvordan forstår sykepleiere i sykehjem uttrykket *personsentrert omsorg*? Hva mener sykepleiere fremmer personsentrert omsorg og hvilke begrensninger finnes i utøvelsen av personsentrert omsorg i sykehjem.

Hensikten med studiet er å framskaffe kunnskap om sykepleiernes forståelse av personsentrert omsorg, og hva de mener fremmer og hemmer en slik tilnærming i pleie- og omsorgstjenesten til sykehjemspasienter. Økt kunnskap om temaet vil kunne bidra positivt i planlegging og utøvelse av fremtidens omsorgstjenester i sykehjem.

For å belyse temaet, ønsker jeg å intervju sykepleiere som jobber i langtidsavdelinger eller i avdelinger for personer med demens ved sykehjemmet. De utvalgte må ha minimum tre års sykepleiererfaring fra direkte pasientrettet arbeid i sykehjem.

Jeg ønsker å intervju fire sykepleiere, én fra hver av de fire forespurte institusjonene i Tromsø kommune. Intervjuet vil vare ca 1 time, og vil bli tatt opp på bånd.

Prosjektet er meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD). Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og data vil bli anonymisert og avidentifisert i mastergradsoppgaven. Alle dokumenter og lydbånd vil bli makulert når mastergradsoppgaven ferdigstilles innen 30.september 2014. Deltakerne kan når som helst velge å trekke seg fra studiet, og alle opplysninger vil da slettes.

Min veileder for mastergradsoppgaven er Toril Agnete Larsen, førstelektor ved det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet. Telefon:77 66 06 93 og e-post toril.agnete.larsen@uit.no.

Hvis dere ønsker å delta i studien ber jeg om at dere sender meg en bekreftelse på deres deltakelse. Jeg ønsker også at dere velger ut sykepleieren for meg og leverer han/henne vedlagt informasjonsskriv med samtykkebekreftelse.

Når jeg har mottatt samtykkeskjemaet vil jeg ta direkte kontakt med sykepleieren for å avtale tid og sted for intervju.

Ved spørsmål, vennligst ta kontakt gjennom e-post: elisabeth.meloy@tromso.kommune.no eller mobilnummer: 91389543

Vennlig hilsen
Elisabeth Meløy

Vedlegg 3 Informasjon til sykepleiere

Informasjon til sykepleiere.

Jeg heter Elisabeth Meløy, er sykepleier og mastergradsstudent i helsefag, studieretning helse og omsorgstjenester for eldre ved UiT, Norges arktiske universitet. I arbeidet med avsluttende mastergradsoppgave har jeg valgt temaet: Personsentrert omsorg i sykehjem. Jeg ønsker å fordype meg i følgende problemstillinger/forskningsspørsmål:

Hvordan forstår sykepleiere i sykehjem uttrykket *personsentrert omsorg*? Hva mener sykepleiere fremmer personsentrert omsorg og hvilke begrensninger finnes i utøvelsen av personsentrert omsorg i sykehjem.

Hensikten med studiet er å framskaffe kunnskap om sykepleiernes forståelse av personsentrert omsorg, og hva de mener fremmer og hemmer en slik tilnærming i pleie- og omsorgstjenesten til syke eldre i sykehjem. Økt kunnskap om temaet vil forhåpentligvis kunne bidra positivt i forståelse, planlegging og utøvelse av fremtidens helsetjenester i sykehjem.

Jeg ber med dette om din medvirkning i studiet ved å delta i et intervju. Dette innebærer en samtale mellom sykepleier og mastergradsstudent om dine tanker og erfaringer omkring temaet. Intervjuet blir tatt opp på bånd, og skrevet ut som tekst. Intervjuet vil ta ca 1 time og tidspunktet avtales nærmere når jeg har mottatt samtykkeerklæringen.

Prosjektet er meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD). Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og data vil bli anonymisert og avidentifisert i mastergradsoppgaven. Alle dokumenter og lydbånd vil bli makulert når mastergradsoppgaven ferdigstilles innen 30.september 2014. Deltakerne kan når som helst velge å trekke seg fra studiet, og alle opplysninger vil da slettes.

Min veileder for mastergradsoppgaven er Toril Agnete Larsen, førstelektor ved det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet. Telefon:77 66 06 93 og e-post toril.agnete.larsen@uit.no.

Hvis du ønsker å delta i studien ber jeg deg om å bekrefte dette ved å signere på vedlagte samtykkebekreftelse og sende det til oppgitt adresse.

Ved spørsmål, vennligst ta kontakt gjennom e-post: elisabeth.meloy@tromso.kommune.no eller mobilnummer: 91389543

Vennlig hilsen
Elisabeth Meløy

Samtykke til deltakelse i mastergradsstudiet:

Personsentrert omsorg i sykehjem – en drøfting av muligheter og begrensninger.

”Hvordan forstår sykepleiere i sykehjem uttrykket *personsentrert omsorg*? Hva mener sykepleiere fremmer personsentrert omsorg og hvilke begrensninger finnes i utøvelsen av personsentrert omsorg i sykehjem.”

Jeg (navn)_____har lest gjennom informasjonsskriv til enhetsleder og samtykker i å delta i studiet i forbindelse med mastergradsoppgaven. Det innebærer at jeg gjennom intervju samtaler med mastergradsstudenten om egne erfaringer omkring temaet. Jeg deltar frivillig, og er kjent med at jeg kan trekke meg fra studiet når som helst om jeg skulle ønske det.

Sted_____

Dato_____

Signatur_____

Svarslipp sendes til: **Elisabeth Meløy, Evjenvegen 175 D, 9024 Tomasjord**

Øvrig kontaktinformasjon: elisabeth.meloy@tromso.kommune.no Mob. nr: 91389543

Vennlig hilsen

Elisabeth Meløy

Vedlegg 4 Intervjuguide

Intervjuguide:

Jeg benytter semi- strukturert intervju med temaet *personsentrert omsorg* som ledetråd i gjennom hovedspørsmålene 1-2-3 etc. Jeg vil komme med oppfølgingsspørsmål a) etc. hvis jeg ønsker at informanten skal utdype svarene. Jeg vil også kunne be informanten utdype det som blir sagt.

Før intervjuet, informere om:

1. Hvem jeg er, min bakgrunn, om prosjektet og problemstilling
2. Intervjuforløpet, opptakerutstyr, oppbevaring og behandling av datamaterialet
3. Informanten informeres om muligheten til å trekke seg fra studiet underveis og etter intervjuet. Informanten påminnes om at ved eksemplifisering. Må taushetsplikt og personvern ivaretas.
4. Informanten gis mulighet til å stille spørsmål vedrørende intervjuforløpet.

1. Kan du fortelle meg hvordan du forstår uttrykket personsentrert omsorg?
 - a) Er personsentrert omsorg, et begrep det snakkes om i praksis?
 - b) Er det andre uttrykk som kan inneholde det samme?
2. Kan du gi eksempler på situasjoner i din praksis hvor du tenker at personsentrert omsorg finner sted?
 - a) Når forekommer personsentrert omsorg?
 - b) Hvem deltar i personsentrert omsorg?
 - c) Hvor skjer personsentrert omsorg?
3. Hvilke faktorer tenker du fremmer personsentrert omsorg i sykehjem?
 - a) I egen avdeling? b) Generelt i sykehjemstjenesten?
4. Hva tenker du begrenser personsentrert omsorg i sykehjem?
 - a) I egen avdeling? b) Generelt i sykehjemstjenesten
5. Hvilke positive ringvirkninger mener du personsentrert omsorg gir eller kan gi?
 - a) For beboerne? b) For personalet?