

Sykepleieres utfordringer og muligheter i demensomsorgen.

Nurses challenges and opportunities in dementia care.

Heidi Støkket

20.11.09



Høgskolen i Hedmark

Master i psykisk helsearbeid

Master of Public Health

HØGSKOLEN I HEDMARK

2009

Forord

Med dette er et utfordrende, men spennende masterstudie i psykisk helsearbeid over. Det siste halve året hvor vi selv skulle utføre egen forskning, fortonet seg til tider uoverkommelig.

Forskningsstudiet krevde nye ferdigheter som måtte modnes under veis, men samtidig krevde det på en måte å ta et eksistensielt sprang ut i det nye og ukjente, med Søren Kirkegaard's ord. Når spranget endelig ble tatt, og jobben omsider gjort, føles det godt og litt trist. Det har vært en spennende og utviklende reise i nytt og ukjent landskap. Familie og kollegaer har måtte tåle en del frustrasjon og tilbaketrekking fra deres sosiale liv, og de fortjener en stor takk for sin utholdenhet.

Videre vil jeg gjerne benytte anledningen til å takke alle de som har gjort det mulig for meg å gjennomføre dette masterstudiet i psykisk helsearbeid, og i særdeleshet denne studien.

Først vil jeg rette en stor takk til min veileder doktorgradsstipendiat Inger Helen Solheim for støtte, kommentering og innspill. Det har vært til stor nytte under hele skriveprosessen.

En stor takk rettes til co - moderator Ingrid Lorch- Falch for støtte til å gjennomføre fokusgruppeintervjuene på en tillitsvekkende og saklig måte.

Enhetsleder ved forskningsstedet takkes for positiv innstilling og deltagelse i studiet.

Forelesere ved Høgskolen i Hedmark fortjener også en stor takk, for lærerike og inspirerende forelesninger, og for at de har stilt seg til disposisjon ved behov for støtte under veis i prosessen. En spesiell takk til professor Jan Kåre Hummelvoll og studieansvarlig Arild Granerud for motiverende støtte og råd når studieprosessen har vært tung.

Til slutt vil jeg takke Rune Marius Hermansen og min tidligere lærer Svein Harby for nyttige innspill og korrigeringer.

På neste side har jeg valgt å ta med et vakkert bilde og dikt av Ibsen fordi det minnet meg på at skjermet enhet ikke skal være en institusjon, i vanlig forstand, men et hjem for beboerne. Et trygt og god sted å være i livets høst.

Et hjem.

Et hjem er der, hvor alle dine tanker
kan lege frit som børn paa faders fang,
hvor ei din rost paa hjertedøren banker,
for svaret lyder i beslægtet sang.
Et hjem er *der*, hvor dine haar kan graane,
og ingen mærker, at du ældes dog,
hvor kjære min-der dæmrer for at blaane
som aasens rygning blaaner bagom skog.

H. Ibsen.



Norsk sammendrag

Denne oppgaven beskriver en kvalitativ studie hvor en gruppe sykepleiere i en skjermet enhet møttes tre ganger for å belyse sentrale temaer i demensomsorgen. Temaene ble stilt som åpne spørsmål for å kunne kartlegge sykepleiernes erfaringer og tanker omkring sitt arbeid. Motiverende forhold for å gjøre denne studien var; det forventede økende antall eldre og dermed demente i den vestlige befolkningen og de utfordringer vi står ovenfor når det gjelder rekruttering av helsepersonell, påstanden om at ”Kunnskapen om og interessen for de aldersrelaterte sykdommene er i dag for liten, og det gir liten yrkesmessig status å ha sitt arbeid innen tjenester til eldre” (Sosial og helsedirektoratet 2007:98)

Hensikten med studien var å søke å belyse hvilke utfordringer og muligheter som finnes i demensomsorgen fra et klinisk sykepleieperspektiv. Svarene ble behandlet hermeneutisk gjennom oppfølgingsspørsmål for å sikre enighet om tolkningen. Sykepleierne opplevde at det ga liten status å arbeide med eldre, men at det ga mer status å arbeide i en skjermet enhet enn i vanlig sykehjem. De så større muligheter til å drive helhetlig sykepleie grunnet bedre bemanning og større muligheter i inne - og ute - miljøet. Viktige egenskaper de mente var viktige hos en sykepleier i demensomsorgen var; evne til empati, etisk refleksjon og toleranse for angst og uro hos beboerne. Sykepleiers ansvar som leder og rollemodell ble fremhevet som særlig viktig. Sykepleierne opplevde at de hadde et ansvar for egen og andres psykiske helse, opprettholdelse og videreutvikling av faglighet i demensomsorgen. Behov hos demente som særlig måtte vektlegges var; en meningsfull hverdag, mestringfølelse, identitet, verdighet og velvære. Viktigheten av å se tilleggsymptomer som somatisk sykdom og depresjon, ble vektlagt. Utfordringer i demensomsorgen var; mye bruk av ufaglærte, mangel på måloppnåelse, små arbeidsgrupper hvor sårbarhet for kritikk er stor og utfordrende atferd hos beboere. Avgjørende for trivsel i demensomsorgen var; godt samarbeid mellom kollegaer og ledelse, arenaer for validering av følelser, etiske diskusjoner og faglig påfyll. For å avdekke om funnene var uttrykk for lokale forhold ble denne studien sammenlignet med annen aktuell og relevant forskning. For å løfte praksisnære beskrivelser og meninger opp på et mer teoretisk nivå, ble forskningen drøftet og sett i lys av ulike teorier innen sykepleie, psykisk helsearbeid og medisin.

Engelsk sammendrag (abstract)

This is a qualitative study where a group of nurses in a shielded unit met three times to illustrate the central issues in dementia care. The topics were posed as open questions in order to map the nurses' experiences and thoughts about their work. Motivating factors for making this study were; the expected increasing number of older and thus dementia in the western population and the challenges we face in terms of recruitment of health personnel; the statement that "The knowledge of, and interest in, the age-related diseases, are too small, and it provides little professional status to have their employment in services to the elderly "(Sosial og Helsedirektoratet 2007:98).

The purpose of this study was to illuminate the challenges and opportunities that exist in dementia care from a clinical nursing perspective. The answers were treated hermeneutic through follow-up questions to ensure agreement on the interpretation. The nurses felt that it gave little status to work with the elderly, but that it gave more status to work in a sheltered unit than in the usual nursing home. They saw greater opportunities to engage in holistic nursing because of more staff and better opportunities in the inside - and outside - the environment. Key features they thought were important for a nurse in dementia care were; ability of empathy, ethical reflection and tolerance of anxiety and unrest among the residents. Nurse's responsibility as leader and role model was highlighted as particularly important. The nurses felt that they had a responsibility for their own and others' mental health and the maintenance and further development of approaches in dementia care. Needs of dementia who had particularly emphasized were; a meaningful life, sense of mastery, identity, dignity and well-being. The importance of seeing additional symptoms such as somatic disease and depression were emphasized. Challenges in dementia care were; heavy use of unskilled, lack of achievement, small workgroups, where vulnerability to criticism is great and challenging behavior of residents. Decisive factors for job satisfaction in dementia care were; good cooperation between colleagues and management, venues for the validation of feelings, ethical discussions and refresh their skills. To determine whether the findings were an expression of local conditions, this study compared to the current research done elsewhere. To lift the practice close descriptions and opinions on a more theoretical level, the research was discussed and viewed in light of various theories in nursing, mental health work and medical.

FORORD	1
NORSK SAMMENDRAG	3
ENGELSK SAMMENDRAG (ABSTRACT)	4
KAPITTEL 1. INTRODUKSJON	9
Forforståelse	9
Studiens hensikt	13
KAPITTEL 2. TEORETISK REFERANSERAMME	15
Demens som fenomen og lidelse.	15
1)Traumer personen har opplevd tidligere.	16
2)Identitet og selvfølelse	17
3)Forståelse av omverdenen	17
Opplevelse av sammenheng	17
KAPITTEL 3. DEFINISJONER /TEORIER	18
Sykepleie	18
Psykiatrisk sykepleie;	19
Sykepleie til personer med demens	19
KAPITTEL 4. HUMANISTISK EKSISTENSIALISME/ HOLISME	21
Personbegrepet	21
Metodesynet	21
Forklaringsbegrepet	22
De ni hjørnesteinene	23
	5

Sykepleiens kunstdimensjon	25
Kari Martinsen	26
Arbeidsmotivasjon	27
Fredrick Herzberg's "Two- factor theory"	27
Arbeidsmotivasjon og estetikk	28
KAPITTEL 5. TIDLIGERE FORSKNING	29
Hvordan rekruttere og beholde sykepleiere i eldre - og demensomsorgen?	29
Stress og stressmestringsintervensjoner	30
Bemannings modeller	31
Creative Expression Intervention Program	31
Integrert følelsesorientert omsorg	32
Dement- relaterte holdninger i sykehjem	32
Personalundervisning og kollegial støtte	33
Opplevd arbeidsbelastning, fire uavhengige variabler.	33
Personalets holdninger til beboere med demens	34
KAPITTEL 6. METODE	35
Hans - Georg Gadamer	35
Edmund G. A. Husserl	36
Flerstegs- fokusgruppeintervju	37
Analyse av dataene	41
Metodekritikk	42
Representativitet	44

Dialogisk validering.	44
Pragmatisk validitet.	45
Relevans	45
Etiske overveielser	45
Antatt nytteverdi	46
KAPITTEL 7. RESULTATER / FUNN	48
Første intervju	48
Andre intervju	50
Tredje intervju	51
KAPITTEL 8. KATEGORISERING AV FUNN	54
Samstilling av teori, forskning og data fra studien:	55
1. Lavstatus å ha sitt arbeid i eldreomsorgen	56
2. Muligheter i en skjermet enhet	56
3. Krav til sykepleiere	57
4. Behov hos den demente	57
5. utfordringer	58
6. Hvordan trives i demensomsorgen?	59
Tabell 3. Datamateriale fra studien skjematisk fremstilt under fire hovedkategorier.	59
KAPITTEL 9. OPPSUMMERING / KONKLUSJON	61
Utfordringer og muligheter	61
Hvordan øke statusen ved å ha sitt arbeid i demensomsorgen?	61
Konklusjon	62

Videre forskning	62
LITTERATUR (REFERANSELISTE)	64
VEDLEGG NR 1.	67
VEDLEGG NR 2.	68

Kapittel 1. Introduksjon

Forforståelse

Forskerens bakgrunnskunnskap om feltet er 13 år i demensomsorgen i en skjermet enhet som sykepleier/ psykiatrisk sykepleier. Dette innebærer en forkunnskap som er med å styre valg av tema og hvordan dataene tolkes og forstås. Teoretisk rammeverk er; humanistisk/ eksistensielt livssyn, medisinsk kunnskap om diagnosen demens, omsorgsmodeller som forteller noe om sykepleiers/ psykiatrisk sykepleiers domene og vitenskapsteori i kvalitativ metode med vekt på en hermeneutisk- fenomenologisk tilnærming.

Som sykepleier i en skjermet enhet har empatien med mennesker med demensproblematikk utviklet et ønske om å bidra til at denne gruppen blir sikret kvalitativ god omsorg i fremtiden. Demente har på grunn av sine sviktende kognitive evner liten mulighet til selv å vareta sine rettigheter. Dette stiller pasientgruppen i en svak posisjon og det er derfor ekstra viktig at helsepersonell tar ansvar som pasientens talsmann. I årene fremover forventes det en økt etterspørsel etter kvalifisert helsepersonell og det blir derfor viktig å vise de muligheter og utfordringer som oppleves å eksistere i demensomsorgen. Ved å drøfte hvordan det oppleves å være sykepleier i demensomsorgen tydeliggjøres forbedringsmuligheter som kan gjøre det mer attraktivt for den kommende generasjon av helsepersonell å ha sitt arbeid der.

Vi forventer at antallet eldre i befolkningen, og dermed også antallet mennesker med demens, vil øke betraktelig i årene fremover. Engedal og Haugen (2006) oppfordrer til å bedre omsorgen for personer med demens og bygge ut tilbudene slik at flere får hjelp.

I stortidsmelding Nr.25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening*, står det at det i dag finnes ca 66000 personer med demens og at dette tallet sannsynligvis vil ligge på om lag 130000 innen en periode på 30-40 år (ibid: 6.3). Videre påpekes det at den største utfordringen for omsorgssektoren de nærmeste tiår vil være og skaffe til veie nok fagutdannet arbeidskraft (ibid: 6.6.1).

Ved å belyse hva sykepleiere mener er viktig for å kunne gi kvalitativ god omsorg, tydeliggjøres også hvilke områder som man bør satse på i fremtiden. Hvilke egenskaper og ferdigheter mener personalet er viktige å utvikle for pleiere i demensomsorgen, og hva er viktige faktorer i en skjermet enhet for best å kunne utøve denne omsorgen? Dette er spørsmål det søkes svar på i denne studien.

Demente trenger et oversiktlig miljø og er avhengige av at hjelpere forstår hva de trenger når de selv får problemer med å se eller uttrykke seg adekvat/tydelig/forståelig. Det er nødvendig med god

kjennskap til hver enkelt pasients behov og funksjonsevne: ”.. det fordrer genuin interesse for og innlevelse i den enkeltes situasjon. Personer med demens er avhengige av oss, vår kunnskap, vårt engasjement og det miljø vi tilbyr” (Engedal og Haugen 2006: 310). Det vil også være av betydning at det ikke er for stor *turn over* i personalgruppen: ”Små boenheter med stabilt personale og et oversiktlig fysisk miljø gir sjanse til å bruke intakt gjenkjenning” (ibid: 296). Videre nevner Engedal og Haugen viktigheten av at det finnes personale med kunnskaper i psykiatri som arbeider direkte med pasientene og som kan veilede annet personell.

Mennesker med demens har nedsatt kognitiv fungering og har ikke samme muligheter som de med intakte intellektuelle evner til å kunne ta vare på sine rettigheter. Sykepleiere har en plikt til å ta vare på de svakes rett til god og forsvarlig omsorg. I yrkesetiske retningslinjer punkt 6.3 understrekes sykepleiers ansvar for de mest trengende. ”Sykepleieren bidrar til prioriteringer som tilgodeser pasienter med størst behov for sykepleie”(NSFs landsmøte 14-17 november 2001, revidert våren 2007).

Selv om sykepleiere har en plikt i forhold til de med størst behov for sykepleie, har hver enkelt pleier et valg i forhold til hvor de ønsker å ha sitt arbeide. I følge sosial og helsedirektoratet er det en forskjell på hvilken status det gir å jobbe med ulike pasientgrupper: ”Kunnskapen om og interessen for de aldersrelaterte sykdommene er i dag for liten, og det gir liten yrkesmessig status å ha sitt arbeid innen tjenester til eldre”(Sosial og helsedirektoratet 2007: 98).

Denne uttalelsen kan skape refleksjoner over hvor vidt det å jobbe med demente oppfattes som lite verdifullt. Er det en mangel på kunnskap og interesse, eller er det slik at adferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens er for utfordrende? Det er viktig at man har forståelse for årsakene til lidelsen, selve lidelsen og at man i tillegg har kunnskaper om hva man kan gjøre for å lindre. Det vil være nyttig for arbeidsplassen å fokusere på og dele kunnskaper om dette. Kan det ha noe å si at det ikke finnes noen effektiv behandling for demens utvikling? Vi vet at selv om vi har muligheter for å gjøre hverdagen noe lettere for den demente, vil sykdommen progrediere uansett tiltak. Engedal og Hauge (2006) hevder at vi i dag ikke kjenner til legemidler eller andre behandlingsmetoder som kan kurere disse sykdommene. ”En rekke undersøkelser kan bekrefte at personer med demens har en kortere forventet levetid enn eldre som ikke har det. Demens er ved siden av hjerte- karsykdommer, den viktigste risikofaktor for død blant eldre” (ibid: 90).

Dette viser at vi står ovenfor store utfordringer når det gjelder hva som kan gjøres for denne pasientgruppen. Det er derfor viktig å løfte frem hva vi *kan* gi og hvilke *muligheter* pleiere har til å gi den demente en så verdig og meningsfull hverdag som mulig

Sosial og helsedirektoratet sier i sin rapport, *Glemsk, men ikke glemt!* Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens, at sykehjemmene har hatt problemer med å rekruttere og beholde kompetente medarbeidere, men at det viser seg at det er lettere å få tilgang til personell med høy helsefaglig utdanning, og at det blir enklere å beholde det personell man har når en bygger opp gode fag- og kompetansemiljøer. Slik kan det synes som at økt kunnskap kan være en viktig faktor når det gjelder å heve den faglige prestisjen og sannsynligvis kvaliteten på tilbudet til pasientene (Kap.10.2 2007: 93).

I St. meld. Nr. 25 hevdes det at kompetanseheving vil være av avgjørende betydning for rekruttering både blant menn og kvinner til framtidens tjenester.: ”Det er grunn til å anta at sterk etterspørsel etter knappe personellressurser på dette området internasjonalt, også vil påvirke status og arbeidsvilkår for helse- og sosialpersonell, og gjøre det mer attraktivt både for menn og kvinner å ta arbeid i omsorgssektoren” (ibid: Kap.2.5.2).

I delplanen til omsorgsplan 2015: ”*Den gode dagen*” (Kap.4.2.2) fra Helse og Omsorgsdepartementet står det bl.a.:

Gjennom kompetanseløftet 2015 vil det i planperioden bli gitt videreutdanning til 3000 ansatte med høgskoleutdanning blant annet innen aldring, geriatri, demenslidelser og veiledning. Det tas sikte på å gi fagskoletilbud innen eldreomsorg og psykisk helse til 6000 personer (17: 2007).

Samtidig satses det på å opprette en erfaringsbank hvor helse og omsorgstjenesten kan utveksle ideer og lære av hverandre, og hvor pårørende kan få informasjon. Et emnebibliotek om demens under nettportalen ”Helsebiblioteket” vil også komme. Det samme gjelder en opplæringspakke for ansatte uten fagutdanning. Tidligere Helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hansen hevder at 5000 ansatte i 150 kommuner allerede har tatt i bruk demensomsorgens ABC (Pressemelding: 12.08.09. Nr 46/09)

Styrket kommunaløkonomi skal legge til rette for at omsorgstjenestene styrkes med 10 000 nye årsverk innen utgangen av 2009. Seks prosjekter som er igangsatt er:

1. Utvikling av IKT basert utrednings – og diagnoseverktøy
2. Utbedring av IPLOS til personer med kognitiv svikt
3. Kartlegging av kjøreferdigheter hos personer med demens
4. Kartlegging av årlige kostnader knyttet til demenssykdommer
5. Utvikling av kvalitetsindikatorer

Siden det i dag ikke finnes helbredende behandling for denne gruppen pasienter, vil det være viktig å finne frem til lindrende og støttende tiltak som likevel kan gi hverdagen mening. Det stiller krav til personalet når det gjelder å kunne se utover det de *selv* ser som et meningsfylt liv. Det krever en genuin evne til innlevelse i den andres situasjon og at man evner å være altruistisk og empatisk uten å bli blindet av sympati eller likegyldighet. Det er et mål i seg selv at denne studien er med å bidra positivt til å danne et utviklende arbeidsmiljø hvor man deler erfaringer og øker forståelsen av demens som fenomen og lidelse.

Gjennom å få frem også de gode og meningsfulle sidene ved det å jobbe med denne pasientgruppen, endres fokus fra den tradisjonelle medisinske problemorienterte tilnærmingen til et mer løsningsorientert fokus. Som en av informantene utrykte det:

Vi kan med vår skolegang også bli sneversynte. Et eksempel er vernepleiere som tenker muligheter i stede for begrensninger. Det er fordeler i å være ulike.

Temaene i denne studien er ment å stimulere til refleksjoner omkring ikke bare utfordringer, men også muligheter. Det er viktig at det deles erfaringer i de tilfeller personalet føler de kommer til kort i omsorgen, men like viktig er det ikke å glemme å dele erfaringer også når de opplever å ha klart å gi en kvalitativ god omsorg. Nyttig vil det også være å belyse hva sykepleiere mener med *kvalitativ god omsorg*. Er all omsorg nødvendigvis kvalitativ god? I følge Sosial og helsedirektoratet (2007) oppstår det ofte etiske dilemmaer i demensomsorgen, og det er viktig å gi de ansatte rom for etisk refleksjon i det daglige arbeidet. Gjennom fokusgruppe - intervjuene forsøkes nettopp dette; å reflektere, drøfte, dele og systematisere kunnskap i fellesskap.

Det er flere grunner til at mange pleiere blir lenge i samme jobb. De ser og opplever noe i sitt arbeid som andre utenforstående ikke umiddelbart får tilgang til. Det kunne være nyttig å ha betegnende og presise begreper, og gode eksempler på den virkeligheten sykepleierne opplever i hverdagen slik at den tause kunnskapen kan bli lettere tilgjengelig og meddelbar for andre.

Det finnes mange i helsevesenet som har erfaringer når det gjelder omsorg for demente både i private hjem og i vanlige aldersinstitusjoner. I tillegg har Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens bidratt for å øke kunnskapen omkring demens som fenomen og lidelse. Pleiere i en

skjermet enhet har daglig omgang med flere personer med demens samtidig over tid og vil slik få en unik mulighet til å danne seg et inntrykk av hvilke behov demente har og hva som må til for å imøtekomme disse. Det er viktig å presentere sykepleiernes syn på hva de selv opplever som utfordringer og muligheter i sitt arbeid da det er deres arbeidshverdag det her skal ses nøyere på. Flere av informantene har erfaring fra andre deler av eldreomsorgen enn skjermet enhet, som hjemmesykepleien og vanlig sykehjem. Deres erfaringer vil kunne bidra til en utvidet forståelse av hvilke muligheter og utfordringer som ligger i en skjermet enhet gjennom at de har et sammenligningsgrunnlag. Som eksempel på hvilken betydning tidligere opplevelser har for hvordan noe erfares senere, gjengis her to informanters uttalelse;

Jeg har lyst til å komme tilbake til forskjellen mellom å jobbe i hjemmesykepleien og her. Jeg var så sliten og synes det var som å komme til himmelriket da jeg kom hit. Det var en kjempe overgang å kunne se på det som en jobb bare det å samtale over en kopp kaffe med pasientene. Man er så alene i hjemmesykepleien. Jeg føler jeg har mer overskudd nå

Da jeg jobbet på sykehjem, hadde jeg aldri tid til å ta meg ordentlig av noen. Det gir en vond følelse. Slik føler jeg det ikke her. Du føler deg mer helhetlig som sykepleier. Dessuten har vi så mange muligheter her.

Studiens hensikt

Hensikten med studien var å få et sykepleieperspektiv på utfordringer og muligheter i demensomsorgen. Det ble valgt en kvalitativ og åpen tilnærming slik at det komplekse i sykepleierens arbeidshverdag kunne komme frem. Det var et mål å finne ut hvordan sykepleiere i dagens skjermede enheter opplever det å ha sitt arbeid der. Som tidligere nevnt oppfordres det til å bygge ut demensomsorgen, og det vil derfor være av betydning at flere sykepleiere velger å arbeide innen feltet. For å kunne utvikle og bedre omsorgen for de demente, er det av betydning å se på hvordan enhetene oppleves å fungere i dag. Dette støttes av omsorgsplanen 2015 hvor det sies at ”Det er behov for å undersøke hvordan skjermede enheter og forsterkede skjermede enheter fungerer”(Sosial og Helsedirektoratet *Glemsk, men ikke glemt*. 2007: 105).

Det finnes mange gode ideer i personalgruppen til forbedringer som det kan være verdigfullt å lytte til. I denne studien var det et mål å se på den subjektive forståelse sykepleierne har av egen rolle og arbeidsplass. Det ble søkt svar på om sykepleiere i demensomsorgen selv ser på det å arbeide med eldre/demente som lavstatus, og om de opplever å bli møtt med stigmatiserende holdninger blant annet helsepersonell. Dette vil utdypes senere.

Sosial og helsedirektoratets uttalelse, i rapporten, *Glemsk, men ikke glemt* (08/2007), om at det har vært et problem å få beholdt og rekruttert kvalifisert personell i eldreomsorgen motiverte til å få belyst hva sykepleierne selv mener kan skape utbrenning i demensomsorgen.

Det er et ønske at studien bidrar til økt bevissthet og samarbeid i sykepleiegruppen på den respektive arbeidsplass og at dette indirekte får positive konsekvenser for pasientene. Gruppen får økt kunnskap gjennom felles refleksjon, noe som igjen vil kunne vise seg gjennom endrede rutiner og handlinger i institusjonen. Dette tilsvarer det Kvale kaller et mulig sjette trinn i analysen av det kvalitative forskningsintervjuet. ”Det vil si at intervjupersonene begynner å handle på bakgrunn av den nye innsikten de har fått i løpet av intervjuet” (2007:123).

Kapittel 2. Teoretisk referanseramme

Demens som fenomen og lidelse.

Denne studien har som utgangspunkt å forstå hvordan sykepleierne opplever sitt arbeid i demensomsorgen. Det vil derfor være av betydning å beskrive hvilken gruppe pasienter de arbeider med; hva som kjennetegner lidelsen, hvordan det kan oppleves for pasienten og hvilke sykepleiebehov de etter hvert vil få.

Enedal og Haugen gir en kortfattet beskrivelse av demens som;

Demens (gal, avsindig) er en fellesbetegnelse på en tilstan (syndrom) som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som er kjennetegnet ved kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte sammenlignet med tidligere og endret sosial atferd (2006:17).

Videre hevder de at redusert evne til å klare dagliglivets aktiviteter må kunne relateres til hukommelsesreduksjon, og det må videre kunne påvises at dette skyldes en organisk sykdom i hjernen. Det må utelukkes at tilstanden skyldes forgiftning, delirium eller bivirkninger av medikamenter (ibid:17).

I en skjermet enhet vil de fleste pasienter ha en moderat eller alvorlig grad av demens.

Ulike symptomer ved demens kan illustreres på følgende måte:

Kognitive symptomer

1. Svekket oppmerksomhet
2. Svekket læringsevne og hukommelse
3. Svekket språkevne (ordtelling, redusert taleflyt)
4. Apraksi (konstruksjon, ideasjonell, ideomotorisk)
5. Handlingssvikt
6. Agnosi
7. Svekket forståelse av handling i rom
8. Svekkede intellektuelle evner.

Atferdsmessige symptomer

1. Depresjon og tilbaketrekning

2. Angst, panikkangst og katastrofereaksjoner
3. Vrangforestillinger og illusjoner
4. Hallusinasjoner
5. Personlighetsendringer
6. Rastløshet, motorisk uro, vandring
7. Apati og interesseløshet
8. Irritabilitet og aggressivitet
9. Repeterende handlinger (roping, hamstring)
10. Forandret døgnrytme

Motoriske symptomer

1. Muskelstivhet, styringsproblemer
2. Balansesvikt
3. Inkontinens

Engedal og Haugen nevner at det i litteraturen beskrives at personer med demens mangler sykdomsinnsikt og at mange blir opptatt av sine foreldre og kretser rundt dette temaet. De sier videre at dersom dette sees ut i fra et personfokustert perspektiv, vil symptomene ikke bare være tegn på hjerneorganisk svikt men også ha sammenheng med personens behov og reaksjoner på egen svikt (2006: 55).

I dette perspektiv blir opptatthet av foreldre først og fremst et uttrykk for behov for trygghet i en truende og uforståelig verden (mens) manglende sykdomsinnsikt og benektning (blir) et uttrykk for å mestre en vanskelig livssituasjon (ibid: 56).

Engedal og Haugen nevner tre faktorer som betydningsfulle for hvordan det oppleves å ha demens:

1) Traumer personen har opplevd tidligere.

Pasienten blir i mindre grad i stand til å forstå og ha avstand til hendelsene tidligere i livet på grunn av redusert evne til å orientere seg og tenke logisk. Samtidig vil tap av nære personer, mestring av egen sykdom og nærhet i tid til egen død stiller nye krav til omstilling og tilpassning. For noen oppstår det i løpet av demensutviklingen store psykologiske kriser som gir vidtrekkende endringer i emosjoner og atferd.

2) Identitet og selvfølelse

Personer med demens opplever trusler i forhold til kompetanse og egenverdi som menneske og vil prøve å forklare reduksjon av mental svikt på en måte som kan bidra til å bevare identiteten. Det er en vond følelse å oppleve svikt i samvær med andre, føle forlegenhet og bli skamfull over egen svikt.

3) Forståelse av omverdenen

Når pasienten opplever overveldende situasjoner som de ikke forstår, oppstår det sterke reaksjoner i form av depresjon, angst og sinne. Utløsende årsaker kan være deltagelse i for kompliserte aktiviteter, overstimulering og uoversiktlige sosiale og fysiske omgivelser. (ibid:57-60)

Opplevelse av sammenheng

Antonovsky hevder at ens motstandskraft beror på den enkeltes opplevelse av sammenheng (sense of coherence). Han viser til tre begreper i denne sammenheng som er av betydning for personens mestring av stress. Disse er; begripelighet, håndterbarhet og meningsfulhet. Antonovsky ”definerer sense of coherence” slik:

Oplevelsen af sammenhæng er en global indstilling, der udtrykker den udstrækning, i hvilken man har en gjennomgående, blivende, men også dynamisk følelse af tillid til, at (1) de stimuli, der kommer fra ens indre og ydre miljø, er strukturerede, forudsigelige og forståelige; (2) der står tilstrækkelige ressourcer til rådighed for en til at klare de krav, disse stimuli stiller; (3) disse krav er udfordringerr, det er værd at engagere sig i (2000: 27).

Når det gjelder de demente, vil de kognitive ressurser være nedsatt, men som en kan lese ut av denne definisjonen, stilles det ikke nødvendigvis krav til kognitive evner. Det er *følelsen av tillit til* som her er den virksomme faktor. I tillegg kommer at man føler utfordringene er verdt å engasjere seg i.

For å gi et lite bilde på hvordan sterk angst kan oppleves, siteres Kirkegaard;

Angst kan sammenlignes med svimmelhet. Den hvis øye kommer til å skue ned i et svelgende dyp, blir svimmel. Men hva er grunnen, det er like meget hans øye som avgrunnen, for hvis han ikke hadde stirret ned... (Kirkegaard 2005: 55)

Kapittel 3. Definisjoner /teorier

Både forsker, co - moderator, enhetsleder og fokusgruppen er sykepleiere, og det vil derfor være naturlig å nevne i korte trekk hva sykepleie er og hva som kjennetegner kvalitativ god omsorg.

Sykepleie

Virginia Henderson, kjent både som sykepleier, skribent og forsker, hevder at sykepleierens særegne funksjon er;

å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål, som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredlig død), noe han ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (1990:9).

Henderson hevder at sykepleier bare kan hjelpe den syke med de gjøremål som for han er helse eller som for han er en fredlig død. Derfor er det viktig at hun er ytterst følsom for alle kontaktforsøk fra den syke selv om han ikke uttrykker seg med ord. Hun må på forskjellige måter forsøke å få frem hva pasienten har på hjertet. Henderson påpeker at det er en kunst å prøve å forstå, oppfatte og tolke hans ord, hans taushet, hans ansiktsuttrykk og bevegelser så ubemerket som mulig og uten at det hindrer sykepleier/pasientforholdet fra å utvikle seg naturlig og konstruktivt. Verdifullt mener hun det er at sykepleier har evne til å gjenkjenne og løse sine egne emosjonelle problemer og erkjenner sine svake og sterke sider.”..selverkjennelse og selvrespekt er grunnlaget for å kunne hjelpe andre”. (ibid:12).

Joyes Travelbee (1926-1973) er kjent som psykiatrisk sykepleier og leder av en sykepleierutdanning. Teorien i boken *Interpersonal Aspects in Nursing* (1966) kom som en reaksjon på den avhumaniseringen hun mente hadde skjedd i USA i årene etter annen verdenskrig (Travelbee 2001:5). Travelbee definerer sykepleie som;

en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (oversatt av Thorbjørnsen KM 2001:29).

Travelbee utyper det å bruke seg selv terapeutisk som; ”..evnen til å bruke sin egen personlighet bevisst og målrettet i et forsøk på å etablere et forhold til den syke og strukturere sykepleieintervensjonene”(2001:45).

Dette krever selvinnsikt, selvforståelse, evne til å tolke egen og andres adferd, innsikt i drivkrefter bak menneskelig atferd og evne til å handle effektivt i sykepleiesituasjoner. Videre hevder hun at

det er en kunst og en vitenskap å kunne bruke seg selv terapeutisk. ”..det krever disiplin så vel som selvinnsikt, fornuft så vel som empati, logikk så vel som medfølelse.”(ibid)

Et viktig sykepleieansvar er, i følge Travelbee, å hjelpe mennesker med å finne mening i sykdom/ lidelse og i helsefremmende tiltak. Hun hevder at dette krever at sykepleieren har et bestemt menneskesyn. Med dette menes at sykepleiere må se på hvert enkelt menneske som verdifullt i seg selv i kraft av at det er et menneske, uansett hvor lite produktivt eller unyttig personen måtte oppfattes å være. Mening definerer hun som; ”..den grunnen eller årsaken den enkelte tilskriver de enkelte erfaringer og opplevelser i livet” (ibid:225). Hun siterer Nietzsche for å illustrere hvor viktig det er å finne en mening med tilværelsen på tross av sykdom og lidelse. <<Den som har et *hvorfor* å leve for, kan utholde nesten ethvert *hvordan*.>>

Psykiatrisk sykepleie;

Jan Kåre Hummelvoll definerer psykiatrisk sykepleie på følgende måte;

Psykiatrisk sykepleie er en planlagt, omsorgsgivende og psykoterapeutisk virksomhet. Den tar sikte på å styrke pasientens egenomsorg og derigjennom løse/reducere hans helseproblem. Gjennom et samarbeid og forpliktende fellesskap, forsøker man å hjelpe pasienten til selvspekt og til å finne egne holdbare livsverdier. Når pasienten ikke selv er i stand til å uttrykke egne behov og ønsker, virker sykepleieren som omsorgsgiver og pasientens talsmann. Utover det individuelle nivå har sykepleieren et medansvar for at personen får et liv i et tilfredsstillende sosialt fellesskap. På det samfunnsmessige nivå har sykepleieren en forpliktelse til å påpeke og påvirke forhold som skaper helseproblemer (1997: 39).

I forhold til mennesker med moderat til alvorlig grad av demens kan det til tider oppstå situasjoner hvor sykepleier må være både omsorgsgiver og pasientens talsmann derfor utdypes denne sykepleiefunksjonen. Hummelvoll påpeker at for å kunne være pasientens talsmann er det viktig at sykepleier har opprettet et tillitsforhold, og at hun har forsøkt å finne kilder som kan fortelle noe om pasientens vaner og preferanser. Når hun må handle for pasienten gjennom omsorgshandlinger, gjør hun dette;

... gjennom empati, praktisk situasjonsforståelse, faglig kunnskap, skjønn og etisk vurdering... Sykepleieren må bidra til at pasienten møtes og behandles på en verdig måte ved å sikre at hans personlige integritet ivaretas (1997: 42)

Sykepleie til personer med demens

Fire behandlingsmålsettniner blir nevnt av Engedal og Haugen (2006) som viktige i forbindelse med kognitiv svikt hos demente;

- Å tilby oversiktlige og trygge omgivelser, med et stabilt og begrenset antall beboere og personale.

- Å legge opp til stimulering og aktiviteter som bygger på pasientens tidligere erfaringer og interesser og unngå stimulering som virker forvirrende og uforståelig.
- Å øke muligheten til samhandling og samvær med andre.
- Å sette i gang tiltak for å fremme muligheten til å leve og fungere i et miljø som er mest mulig normalt og under så vanlige betingelser som mulig. Dette innebærer å bli møtt med normale reaksjoner fra andre mennesker (Engedal og Haugen 295: 295).

Demens kan ha forskjellige årsaker og sykdomsforløpet kan arte seg forskjellig og pasientene kan ha behov for ulike tilnæringsmåter fra omsorgsyterne. Pasienter med vaskulær demens vil ofte trenge motivering, trening og støtte i forhold til selvoppfatning. Sykepleierrollen får da preg av å ligne en trener. De som har en demens av alzheimers type, har behov for noen som forklarer dem situasjoner. De har ofte mye angst og trenger derfor mye støtte og forståelse. Sykepleierrollen vil i forhold til disse forsøke å være den trygge og stabile morsfigur. Pasienter med symptomer på frontallapspdemens har behov for mer skjerming og grensesetting. Sykepleierrollen bærer her mer preg av struktur og beskyttelse (ibid: 310).

Selv om personen med demens har fellestrekk med andre mennesker med samme lidelse, er det viktig å huske på at alle mennesker er forskjellige. Personfokusering bidrar til å individualisere omsorgen slik at det unike ved hvert enkelt menneske blir sett og ivaretatt. Engedal og Haugen viser til Chelston og Bender som gir en oversikt over hva personfokuserert tilnærming forutsetter.

- At man fokuserer på personen – ikke på hjerneskaden
- At man fokuserer på personens opplevelser – ikke på kognitiv svikt
- Personen er i relasjon til andre mennesker som mor/far, sønn/datter eller ektefelle
- At man fokuserer på personens verdier, livsførsel og normer.

Cheston og Bender mener at den viktigste oppgaven for helsepersonell ikke er å gjette seg til hvilke deler av hjernen som er skadet, men å forsøke å forstå den subjektive verden til den som har fått demens (ibid: 51).

Kapittel 4. Humanistisk eksistensialisme/ holisme

Humanismens første store skikkelse var Francesco Petrarca (1304-74). Hos ham finner vi tanken om *”menneskets værdighet, dets egenverd, dets positive utviklingsmuligheter og dets relativt åpne og autonome karakter”* (Wackerhausen 2002: 15).

For å forstå hva som kjennetegner humanisme vises det til fire grunnsetninger som fortsatt ansees som gjeldende i dag;

1. Mennesket er i prinsippet fritt til å velge handlinger, vurderinger og hensikter.
2. Det finnes ingen absolutt sannhet utenom den livsfilosofi som et menneske velger som sin personlige oppfatning og livsholdning som gir hennes liv mål og mening.
3. Det finnes ingen absolutte verdier, men menneske formulerer selv de verdier og etiske prinsipper som de vil ha som normer for sine handlinger.
4. Menneskers og dyrs handlinger kan ikke forklares på samme måte som vi forklarer fysiske objekters bevegelse og forandringer; handlingene er mer formålstyrte. Motiverte av spesielle grunner og ikke igangsatt av mekanisk fungerende årsaker (Egidius 1996:210).

Det finnes mange retninger innen humanistisk psykologi, men tre grunnleggende ideer har de felles; personbegrepet, metodesynet og forklaringsbegrepet.

Personbegrepet

Mennesket er en helhet som er noe annet og mer enn summen av sine deler. Mennesket er en organisert og integrert helhet hvor dets tanker, følelser, drifter eller sanser ikke kan forstås uten å ta hensyn til helheten. Mennesket forstås som en person – i – verden. Dennes verden er selvopplevd og subjektiv. Mennesket blir sett som aktivt skapende av sin verden ved at det strukturerer opplevelser til et meningsfylt hele. Mennesket kan forholde seg ulikt til andre mennesker da ulike verdier og intensjoner aktualiseres gjennom samhandling med ulike medmennesker (Haugsgjerd et. al 1998:212)

Metodesynet

Kunnskap om mennesket kan ikke oppnås gjennom empiriske eller eksperimentelle metoder alene. Dets handlinger eller andre uttrykksmåter søkes forstått gjennom de meningsbærende strukturer de viser til. Metoden i forståelsesprosessen er fenomenologisk og hermeneutisk i den forstand at man forsøker å oppnå innsikt, eller intuitiv forståelse av menneskes meningsbærende elementer gjennom fortolkning av de menneskelige uttrykksformer (ibid:213).

Forklaringsbegrepet

Med forklaringsbegrepet menes den humanistiske psykologiens forståelse av selvet.

Selvet er konkret i den betydning at det er personen sett utenfra. Selvet er personens egen opplevelse sett innenfra. På den måten blir selvet personens forestillinger om seg selv, samtidig som selvet blir det bakteppe som personens ulike opplevelser blir fortolket og strukturert i forhold til. Selvet gjør at det skapes en sammenhengende linje i form av kontinuitet og enhet i opplevelsene som hindrer kaos (Haugsgjerd, S, et al. 1998:214)

Personens handlinger må forstås i forhold til den oppfattelse, forståelse og tolkning personen gjør seg i den konkrete situasjon. Den humanistiske psykologien forsøker gjennom terapeutiske holdinger å hjelpe individet til åndelig vekst og selvrealisering. Hovedmålet er å styrke det enkelte menneskets trygghetsfølelse, dets selvrespekt og selvforståelse. Haugsgjerd (et. al) hevder;

I en terapeutisk situasjon ville klimaet og holdningen mellom terapeut og klient være preget av akseptasjon og bekreftelse. Dette beskrives i den humanistiske psykologien som en terapeutisk holdning som kan danne grunnlag for at klienten aksepterer og videreutvikler sine iboende ressurser (Ibid:216).

Psykisk sykdom blir sett på som at mennesket har mistet kontakten med seg selv og det sosiale livet. Det lever uekte og føler seg bundet og utenifra styrt, uten mulighet til selv å velge sitt liv. Denne fremmedgjøringen viser seg ikke bare i opplevelsen av ektehet og nærhet til egne følelser men preger også kontakten med andre mennesker. Personen opplever nedstemthet, tristhet, ensomhet og isolasjon, og livet kan fortone seg ufritt og meningsløst.

Den norske forsker og psykolog, Anne – Lise Schibbye, representerer en retning innen humanistisk psykologi som betegnes som dialektisk relasjonsterapi. Schibbye hevder at selvet kan defineres som en levd relasjon. Mennesket står i en relasjon både til seg selv og andre. Tidligere påvirkninger og relasjonserfaringer er med på å gi selvet stabilitet og identitet over tid. Mennesket er preget av to motstridende behov som står i forhold til hverandre. Det ene er behovet for selvstendighet og autonomi, det andre behovet for tilknytning og nærhet. En grunnleggende drivkraft i mennesket er å ha verdi for andre og seg selv, selvaktelse og selvbevarelse likeså. I møte med pasienter vektlegges anerkjennelse, lytting, aksept, toleranse og bekreftelse. Hun hevder at;

Terapeutisk lytting betyr å la fenomenet tre fram. Det krever mottakelighet, en villighet til å bli beveget av klienten. Lytting er karakterisert av å være aktiv, utstrakt, engasjert, fokusert, konsentrert, vital og opptar hele terapeutens selv. Det er helt nødvendig at terapeuten fokuserer på klientens opplevelse og er emosjonelt tilgjengelig. ..Hun må kjenne følelsene slik de oppleves for klienten gjennom å kontakte tilsvarende følelser i seg selv (ibid 1998:253).

Wackerhausen (2002) sier at humanismens tilstedeværelse og relevans i helsevesenets praksis er avhengig av det konkrete innhold i profesjonsidentiteten. Viktige spørsmål er; hvordan profesjonsidentiteten dannes og transformeres? og hva som skal til for at humanismen og humanistiske elementer i høyere grad kan bli en del av profesjonsidentiteten og dermed i den daglige praksis? (2002:64).

Som svar på dette hevder han at ved faglig formaliserte eller uformaliserte gjentakelser av den etablerte praksis oppstår det mer eller mindre idiosynkratiske variasjoner og legemliggjørelse av de gjeldende antagelser, sykdomsoppfattelser og grunnmetaforer. Identiteten dannes i høy grad gjennom praktikerens situerte deltagelse i praksissammenheng, i den daglige praksis; ”Det er i høy grad ved at inngå i *communities of practice*” (ibid: 75).

De ni hjørnesteinene

I følge Hummelvoll (1997) dreier sykepleier- pasient- fellesskapet seg om noen sentrale hjørnesteiner sett fra et eksistensielt synspunkt. Disse er; likeverdighet, møte/ nærværenhet, selvaktelse/signifikans, mål, mening og verdiavklaring, ansvar og valg, skyld og soning, åpenhet og innsikt, konformitet vs. opprør og håpets betydning (Hummelvoll 1997: 35). Selv om den demente ikke har samme forutsetninger som tidligere i livet, vil likevel disse eksistensielle hjørnesteinene ha betydning for følelse av egenverd, mening og håp. Ikke alle hjørnesteinene vil til en hver tid være like aktuelle. For eksempel vil kognitiv svikt føre til at det blir vanskelig å ta veloverveide valg basert på innsikt i egen situasjon. Likevel fritar ikke dette sykepleier i å ta hensyn til menneskets behov for å oppleve en viss form for autentisitet.

Den kanskje viktigste hjørnesteinen sykepleier må ha et forhold til er *likeverdighet*. I følge Martin Buber`s *jeg- du modell* forutsettes et likeverdig møte at et *helhetlig jeg møter et helhetlig du*, hevder Barbosa de Silva (2006). Selv om relasjonen vil veksle mellom behov for distanse og nærhet forutsetter modellen en gjensidig respekt som bygger på *likeverdsprinsippet*.

Dette prinsippet må bygges utlukkende på enkeltmenneskets egenverd, og ikke på hans/ hennes affektive beydningverdi, prestasjonsverdi eller moralske verdi. Med likeverd, upartiskhet og rettferdighet som grunnlag kan man balansere sine altruistiske følelser (mot ikke altruistiske følelser) som en nødvendig psykologisk og etisk betingelse for en autentisk kommunikasjon i pleien, omsorgen og sosialt arbeid (Barbosa de Silva 2006:110).

Likeverdighet: Her vektlegges menneskets integritet, identitet og verdighet. Gjensidig respekt for hverandres integritet innebærer at sykepleier gir av seg selv som person. Sykepleier har et holistisk

menneskesyn som innebærer at et helhetlig *jeg* møter et helhetlig *du*. Pasienten forestillingsverden og situasjonsforståelse er av vesentlig betydning.

Nærværenhet forstås som at man er til stede på en autentisk måte og forsøker aktivt å lytte til det pasienten forsøker å formidle. Møtet innebærer blant annet; fysisk møte ansikt til ansikt, en grunntone av vennskaplighet og virkelig interesse av å forstå den andre.

Selvaktelse/signifikans betyr at man anerkjenner pasientens tidligere løsningsforsøk, møter ham med en aksepterende holdning og hjelper han med å oppnå mestringserfaringer. Signifikans betyr at man betyr noe for andre og at det spiller en rolle at man er til. Sykepleier hjelper pasienten til å se hva han betyr, har betydd og kommer til å bety for andre mennesker.

Ansvar og valg handler om at alt etter pasientens bevissthetsnivå og kapasitet, så varieres det mellom ansvars fritak, medansvar og ansvar. Sykepleiers ansvar dreier seg blant annet om å hjelpe pasienten til å se hvilke valgmuligheter som finnes. Ved å velge bidrar pasienten til å prege sitt liv på en autentisk måte.

Med mål, mening og verdiavklaring forstås at sykepleier bistår pasienten med å avklare det som for han er valide livsverdier. Det blir sett på som vesentlig for helsen å se mening og oppleve sammenheng i tilværelsen.

Ved skyld og soning hjelper sykepleieren pasienten med å se skyldspørsmålet og ønske om soning i en avklarende meningssammenheng. Hun forsøker å forstå pasientens problemer og moralske konflikter samtidig som hun hjelper ham med å dempe en evt. overdimensjonal følelse av skyld.

Åpenhet blir sett på som både en holdning og konsekvens av kvaliteten i relasjonen. Sykepleier forsøker å hjelpe pasienten med følelser av tilkortkommenhet gjennom å være åpen på egne svakheter, frykt og usikkerhet. Innsikt dreier seg om å oppnå forståelse og erkjennelse av egne problemer, muligheter og ressurser og hvilke faktorer utenfor personen som påvirker disse. Sykepleier hjelper også personen med å finne de verdier en ønsker å la sitt liv styres av.

Konformitet vs. opprør: dreier seg om at helse ikke blir sett på som ensbetydende med konformitet. Helse er en prosess mer enn en tilstand. Det er en stadig streben mot å bevare identitet. Uhelse er en manglende personlig integrasjon. Helsen må sees i forhold til den enkeltes verdioppfattning. Opprør kan noen ganger sees som et forsøk på å nå større autenticitet i livet. Den autentiske formen for eksistens er kjennetegnet av selvstendighet, frihet og ærlighet i forhold til andre og seg selv.

Pasientens håp og ønsker er viktig å få tak i da dette er selve kjernen i sjelen. Det er en kunst og en utfordring å kunne møte pasientens urealistiske ønsker/ håp med alternative forslag som pasienten kan godta. Sykepleieren forsøker å koble pasientens håp og ønsker med realistiske muligheter hun har til å hjelpe (Hummelvoll 1997: 35).

Sykepleiens kunstdimensjon

Klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie, Liv Strand, hevder at hvis sykepleieren skal kunne utføre sykepleie som en kunst så;

..fordres et personlig fundament hos sykepleieren, først og fremst av inderliggjort humanistisk etikk og forstand på lidelse, en fremstrekkning henimot å se og stille seg til disposisjon for andre og en praksis hvor både mot, kreativitet og improvisasjon er sentralt i evnen til å lindre og styrke livsmot (2000: 171).

Samtidig er hun inne på viktigheten av å bearbeide psykisk smerte, enten denne er ens egen eller den handler om pasientens smerter som man er medbærer av. ”Psykisk smerte må bearbeides for å omdannes til erfaringer som kan være berikende, ellers lagrer den seg som vonde eller fortrenge og energitappende felt i personligheten” (ibid:26).

Pasienter kan være i stor fysisk og eksistensiell smerte. Mennesker i krise blir følelsemessig labile og har vanskeligheter med å bære sin egen lidelse. Projeksjoner og plassering av skyld kan være en måte å håndtere det uutholdelige. Skal sykepleier klare å takle dette på en god måte, er det viktig at hun ser og forstår pasientens psykiske smerte, at hun stadig forstår noe mer av seg selv, og hva pasientens smerte gjør med henne, samt blir kjent med sine motiver og egne grenser, hevder strand (ibid: 28).

Strand henviser til Martinsen og påpeker at sykepleier kan finne menging i lidelse og hjelpe individet til å finne tilbake til livsmotet gjennom å være åpen og medlidende samtidig som hun vurderer tilstanden faglig.

Lidelsen kan ikke stå alene. Den forutsetter at det er noe som heter livsmot og livsmuligheter og som settes i spill gjennom livsyttringens handlingsliv. Dette er et grunnvilkår for menneskelig liv... Medfølelsen, barmhjertigheten, tilliten og ærligheten arbeider sammen med fagkunnskapene når vi handler riktig og godt mot den andre (ibid: 137).

For at sykepleier skal trives i jobben, kreves det noe mer enn kunnskaper og en empatisk holdning. For å bli motivert til å gjøre en god jobb, hevder hun at jobben”... bør være spennende, lystbetont, interessant – slik at man utvikles – gis mulighet til både utfordring og mestring” (ibid: 10).

Kari Martinsen

Sykepleieteoretiker Kari Martinsen er gjennom sin omsorgstenkning inspirert av blant annet Husserl, Heidegger, Juul Jensen og Løgstrup. Hun er skeptisk til teknologisering og profesjonalisering i sykepleien. Hun reagerer mot en utvikling der omsorgen får betydning utelukkende for behandlingsprosessen. Omsorgen til pasienter med dårlig prognose, gir lav prestisje og er lite attraktive arbeidssteder, hevder hun. ”Det er dette hun senere kalte *vedlikeholdsomsorg*, og som finner sted innenfor institusjoner der man utfører pleie og omsorg uten tanke for at pasienten nødvendigvis skal bli bedre eller selvhjulpen” (Alvsvåg og Gjengedal 200: 40) Hun tydeliggjør de humanistiske verdier i sykepleien ved spørsmålet;

Hvordan tar vi som sykepleiere vare på menneskets evige betydning, og den enkeltes uendelige verdi – uavhengig av hva den enkelte duger til, kan brukes til eller prestere? Makter jeg å se den andre som den andre, og likevel ikke som vesensforskjellig fra meg selv? (Strand 1993: 18).

I sin omsorgstenkning skiller Martinsen (1993) mellom omsorgens *relasjonelle, praktiske og moralske* dimensjonen.

Den relasjonelle dimensjonen viser til et kollektivistisk menneskesyn som går ut på at mennesket er grunnleggende relasjonelt, avhengig av felleskap med andre for overlevelse og utvikling. Vi er slik prisgitt hverandre og hverandres omsorg og aksept. Dette står i motsetning til et individualistisk menneskesyn, hvor menneskets frihet og uavhengighet blir sett på som en grunnleggende verdi. ”Avhengighet blir her betraktet som noe negativt, en svakhet ved mennesket som uttrykker hjelpeløshet” (Ibid: 41). Gjennom Løgstrups filosofi argumenteres det for menneskets ansvar, som er å ta vare på hverandre og ikke kontrollere eller herske over hverandre.

Den praktiske dimensjonen i sykepleien blir sett på som spesielt viktig da den er en forutsetning for å kunne forstå omsorgens mening. ”Vi kan lese om omsorgsbegrepet og tilegne oss omsorgsteorier i sykepleielitteratur, men ordene forblir innholdsløse hvis vi aldri har erfart hva det vil si å utøve omsorg i praksis.” (Ibid: 44). Det er gjennom vårt engasjement i verden at vi erkjenner og forstår. Intellektet alene er ikke tilstrekkelig for å kunne tyde pasientens livsytringer, vi må også ta i bruk sansene i våre. Tydingen av livsytringene læres gjennom erfaring, innsikt og klokskap. Selv om livsytringens uttrykk varierer etter ulike situasjoner, har de en analog karakter. Erfaring med flere pasienter i ulike situasjoner skaper kompetanse hos sykepleier og øker sjansene for gjenkjennelse av de ulike ytringsformer. ”Men forutsetningen er altså at hun stiller seg åpen for denne type erfaringer i praktiske situasjoner” (Ibid: 46)

Omsorgens moralske dimensjon anses å være overordnet de to andre dimensjonene da livsytringene i sin karakter er etiske. På grunn av vår grunnleggende avhengighet av hverandre fordres en solidaritet eller et genuint samhold. Livsytringene er uttrykk for grunnleggende verdiforutsetninger. De utløser en fordring om ivaretagelse av hverandre. Livsytringene blir forklart som tillit, talens åpenhet, håp og barmhjertighet. Det moralske i disse begrepene viser seg tydeligere i det vi setter ordet umoralsk foran hvert begrep. Vi kan ikke snakke om umoralsk tillitt, eller umoralsk barmhjertighet. Barmhjertighetstanken kommer igjen i *prinsippet om ansvaret for de svake*.

Solidaritet med de svakeste fordrer et ansvar for å bidra til å endre de vilkår som forårsaker deres svake posisjon, som for eksempel å bedre et dårlig omsorgstilbud. Ved å solidarisere seg med disse gruppene, risikerer omsorgsarbeiderne å tape prestisje umiddelbart. Men på sikt vil det å bedre svake grupper vilkår også kunne føre til en holdningsendring både innad blant de som er gjenstand for solidariteten og utad i forhold til samfunnet ellers (Martinsen 1993:47).

Under den moralske dimensjonen blir begrepet *makt* drøftet. Selv når avhengighet forstås positivt, vil makt være en del av det, derfor er det innlysende, i følge Martinsen, at moralen spiller en vesentlig rolle. Hun sier videre at sykepleieren i kraft av å være fagperson har kunnskap som pasienten ikke har og i kraft av dette har makt. For at ikke omsorgen skal utarmes gjennom ettergivenhet, likegyldighet eller *partenalisme*, kreves både faglig autoritet og *myk maternalisme*. Hun trekker i denne sammenheng paralleller til tradisjonelle kvinnelige omsorgsverdier.

Arbeidsmotivasjon

Liv Strands uttalelse om at det er flere faktorer som påvirker jobbmotivasjonen for sykepleiere, blir utdypet under, gjennom en presentasjon av kjente motivasjonsteorier.

Fredrick Herzberg's "Two-factor theory"

Fredrick Irving Herzberg (1923-2000) var psykolog og professor i ledelse. Han dannet en motivasjonsteori som består av to faktorer, motivasjonsfaktorer og hygienefaktorer.

Motivasjonsfaktorene avspeiler de vesentligste grunner til at folk trives i jobbene sine, mens hygienefaktorene avspeiler årsaker til manglende jobbtilfredshet. I følge Herzberg vil man ikke kunne motivere arbeidere bare ved alene å bedre hygienefaktorene, bare fjerne kilder til misnøye. Selv om det er forskjellig hvilke faktorer som skaper henholdsvis trivsel og misstrivsel i arbeidet, betyr ikke det at de to følelsene er motsatte av hverandre. Med Herzberg's egne ord ; "The opposite of job satisfaction is not job dissatisfaction but, rather, *no* job satisfaction; and similarly, the opposite of job dissatisfaction is not job satisfaction, but *no* job dissatisfaction."(2003:22). Dette innebærer ett semantisk problem, sier han videre, fordi vi er vant til å tenke at trivsel og misstrivsel er motsatte begreper. Under refereres en liste over motivasjonsfaktorer og hygienefaktorer.

The growth or *motivator* factors that are intrinsic to the job are: achievement, recognition for achievement, the work itself, responsibility, and growth or advancement. The dissatisfaction-avoidance or hygiene (KITA) factors that are extrinsic to the job include: company policy and administration, supervision, interpersonal relationships, work conditions, salary, status, and security (2003: 24).

Som vi ser av dette er motivasjonsfaktorer sider ved jobben i seg selv, mens hygienefaktorer er forhold rundt eller utenfor selve jobben.

Arbeidsmotivasjon og estetikk

Haukedal hevder at mennesker søker estetiske opplevelser, og kan finne dem i alle slags objekter og situasjoner, inkludert arbeid og arbeidssituasjoner. Siden mennesker søker slike opplevelser, og fordi arbeid kan stimulere dem, så ligger det et motivasjonelt potensial i denne sammenheng, sier han videre. Haukedal viser til Sandeland og Buckner's fire egenskaper ved objekter og situasjoner som har potensial til å fremkalle estetiske opplevelser. Disse er; "1. klare grenser, 2. dynamisk tensjon, 3. utviklingshistorie og 4. uforløst potensial." (2008:8). Haukedal forklarer og viser hvordan disse egenskapene også finnes i arbeidet.

1. Klare grenser handler om å oppleve et objekt på dets egne premisser. Arbeidet kan tilfredsstille disse kriterier ved å være avgrenset i tid, rom og mål fra andre aktiviteter.
2. Dynamisk tensjon handler om at elementer skaper en spenning gjennom relasjon til hverandre. Arbeidsoppgaver kan inneholde motsetninger mellom f.eks. tidsfrister og kvalitet, og på den måten skape engasjement i forsøket på å løse dilemmaet.
3. Utviklingshistorien viser til hvordan objektet ble til. Kjennskap til en arbeidsoppgaves bakgrunn kan gi utførelsen et rikere meningsinnhold, retting og følelse av progresjon.
4. Uforløst potensial motiverer til å involvere seg. Dette kan vise seg gjennom muligheter til forbedringer av arbeidet. (ibid: 8)

Videre synes estetiske erfaringer å forutsette selvstendighet og frihet, fordi de betinger en form for nysgjerrighet og interesse som ikke kan kommanderes av andre... Interessen er fanget, følelser er aktivert, og i den videre utforskning er det en holder på med, blitt viktigere enn umiddelbar nyttetenkning (ibid: 10).

Kapittel 5. Tidligere forskning

Interessen for å finne ut hvordan sykepleierne opplever å ha sitt arbeid i demensomsorgen har ledet til søk etter forskning som sier noe anngående jobbtilfredshet og hvilke faktorer som virker inn på dette. I presentasjonen av noen aktuelle forskningsstudier sammenlignes egen studie fortløpende. Dette blir gjort av praktiske grunner, og for at det skal bli lettere for leser å se hvilke studie som drøftes. Disse forskningsstudiene er ikke en direkte årsak til valg av egen studie, det er grunnet i Sosial og helsedirektoratets uttalelser (se side.10), men de viser ulike aspekter av betydning for å forstå hvor kompleks forholdet mellom trivsel, holdninger og kvalitativ omsorg er.

Hvordan rekruttere og beholde sykepleiere i eldre - og demensomsorgen?

Chenoweth L, et al.(2008) gjennomførte en systematisk oversiktstudie for å kartlegge ulike strategier som kunne bidra til effektiv rekruttering og bevarelse av både sykepleiere og hjelpepleiere. De ville med dette kunne bidra til planlagte strategier for å imøtekomme den økte etterspørselen etter kvalifisert personell i eldreomsorgen og demensomsorgen.

De fant at de viktigste motivasjonsfaktorene for sykepleierne var muligheter til faglig utvikling, og at arbeidsforholdene var trygge og rettferdige. En betydelig motiverende faktor var de indre belønninger sykepleierrollen ga gjennom omsorgshandlinger, men samtidig var det viktig at arbeidsforholdene også bar preg av disse omsorgsholdninger. Holdninger som åpenhet, respekt og en atmosfære av god kommunikasjon som ikke var hierarkisk.

Nære og potensielt følelsesmessige gode forhold til medarbeidere, pasienter/ beboere og deres pårørende viste seg å være effektive tiltrekningsfaktorer i sektoren. Enkelte studier viste samsvar mellom arbeid for økt arbeidstrivsel og økt kvalitet på omsorgen til pasientene. Dette ville igjen kunne øke sannsynligheten for at helsepersonell blir værende konkluderer de.

Resultatene fra egen studie samsvarer med disse funnene på den måten at sykepleierne så på arbeidsmiljøet og forholdene til kolleger som viktige faktorer for trivsel. De hevdet at det var ekstra viktig i demensomsorgen da arbeidet krevde mye psykisk av dem. De var også enige om viktigheten av faglig oppdatering, muligheter for fagetiske diskusjoner og validering av følelser og opplevelser i arbeidet.

En litteraturgjennomgang, utført av Lu, While og Barriball (2005) viste at mer forskning er nødvendig for å forstå den relative betydningen av de mange identifiserte faktorene for jobbtilfredshet.

Stress og stressmestringsintervensjoner

En systematisk oversiktsstudie i stress og stressmestringsintervensjoner for psykiatriske sykepleiere gjort av Edwards og Burnard (2003) viste at den mest effektive måten å takle stress på er å ta tak i problemene på forskjellige nivåer. For å klare dette må strategiene være proaktive i stede for reaktive. Mer detaljert nevner de som eksempler;

1. At tilbakemeldinger alene i sosial støtte basert intervensjon viste seg ikke å gi noen positive gevinster for jobbtilfredsheten.
2. Behaviour training therapy for psykiatriske sykepleiere forbedret deres jobbtilfredshet, senket sykefraværet, reduserte belastninger og var en hjelp ved utvikling av ferdigheter i å takle pasienters problemer mer effektivt.
3. Et 15 ukers kurs i terapeutiske ferdigheter senket stress og utbrenthet.
4. Kurs i personlig stress håndtering bedret takling av angst og stress, mens Stress Management Workshop reduserte utbrenthet.
5. Psykososial intervensjonstrening forminsket utbrenthet hos sykepleiere i kriminalomsorgen.(forensic mental health nurses)
6. Selvsikkerhetstrening og atferdstrening forbedret jobbtilfredsheten, økte selvsikkerheten og yrkesstoltheten.
7. Bytte fra nursing care delivery til primær- sykepleie forandret ikke nivået av utbrenthet. (2003: 169-200. Egen oversettelse)

I denne sammenheng vektlegges punkt seks som sier noe om hva som kan bidra til å øke yrkesstoltheten og jobbtilfredsheten. Alle punktene sier noe om hva som kan virke eller sannsynlig ikke virke når det gjelder å bedre jobbtilfredshet, men nummer seks sier i tillegg noe om yrkesstolthet. En av beveggrunnene for å gjennomføre egen studie var uttalelsen fra sosial og helsedirektoratet om at det gir liten status å ha sitt arbeid i forhold til eldre (2007:98) Yrkesstolthet behøver ikke å ha noen sammenheng med hvilken status andre gir ens arbeid, men det sier kanskje noe om den status en selv mener det har. Som flere hevdet i fokusgruppeintervjuene, opplevde de stigmatiserende holdninger når de fortalte hva de jobbet med, men at de selv ikke så på sitt arbeid som lavstatus. En av grunnene til dette mente noen var uvitenhet om hva arbeidet innebar.

Bemannings modeller

Haesler, et al.(2007) har gjort en oversiktsstudie over effekten av ulike bemannings modeller i omsorgsboliger og aldersinstitusjoner når det gjaldt utkomme for beboere og personell. Haesler et al. viser til Bowers (2001) funn om at sykepleiere i langtids omsorg rapporterte at kontinuitet i pleien begrenset tiden for å få fullført arbeidsoppgaver ved at uforutsette avbrytelser ble redusert. Sykepleiere som organiserte sine arbeidsoppgaver i forhold til behov hos beboere, klarte å snakke med beboerne samtidig med at de fikk fullført sine oppgaver. De brukte mindre tid på å bevege seg fra rom til rom, og de fikk mer tid til kommunikasjon med beboerne. Sykepleiere som organiserte seg etter oppgaver brukte mindre tid i interaksjon med den enkelte beboer og brukte mer tid på bevegelse mellom ulike oppgaver. Samtidig nevner de Mc Gilton's litteratur review (2002) som viste at kontinuitet i pleien ikke bare var en fordel for beboerne som; færre episoder med agitasjon, forbedret stemmingsleie, bedret fysisk integritet, økt velbefinnende, men det ga også fordeler for personalet som; bedre holdninger til eldre, redusert gjennomtrekk i arbeidsstokken, minsket arbeidsrelatert stress, forbedret persepsjon av arbeidsmiljøet, større sikkerhet i tolkningen av beboeres atferd og større nærhet i forholdet til beboere. Likevel understrekes betydningen av at det særlig kan være en belastning med kontinuitet i pleien når beboere er vanskelige å være sammen med i det daglige (egen oversettelse, mangler sidetall).

Her vises betydningen av kontinuitet i pleien men også at det kan være en belastning i forhold til beboere som er vanskelige å være sammen med. Det viser noe av kompleksiteten ved omsorgen. De positive virkningene ved kontinuitet bekreftes i egen studie. Sykepleierne påpekte nødvendigheten av å kjenne beboerne godt for å kunne gi kvalitativ god omsorg. For å bli godt kjent med beboeren er det nødvendig å bruke tid sammen med beboeren, men også å sette seg inn i deres tidligere liv i følge sykepleierne.

Creative Expression Intervention Program

Thomas Fritsch, et al. (2009) gjorde en studie i effekten av Time Slips for beboere og personell i skjermede enheter for demente.

Time Slips ble definert som et gruppe- historie- fortellings program som har til hensikt å oppmuntre til kreative uttrykk av følelser (Creative Expression Intervention Program, CE).

CE har som mål å forbedre kvaliteten på omsorgen og forbedre livskvaliteten for personer med demens i demensomsorgen.

De fant at beboere i TS gruppen var mer engasjerte og årvåkne enn i kontrollgruppen uten deltagelse i programmet. I TS gruppen var det oftere interaksjon mellom personell og beboer, flere

sosiale interaksjoner og sosialt engasjement. I tillegg hadde personell som deltok i programmet mer positivt syn på beboere med demens. De devaluerte heller ikke atferd hos beboerne like mye som i kontrollgruppen. Samtidig kunne de ikke finne noen forskjell på gruppene i forhold til jobbtilfredshet og utbrennings tendenser hos personalet (2009: 11-117, egen oversettelse).

Den positive effekten av Creativ Expression Intervention programmet synes i denne studien ikke å ha noen direkte forbindelse med jobbtilfredshet og utbrenningstendenser hos personalet, med andre ord henger ikke et mer positivt syn og økt interaksjon med beboerne med nødvendigvis sammen med tilfredshet hos personalet. Fokusgruppens uttalelser verken understøtter eller bestrider dette, men de mente bl.a. at man måtte være psykisk opplagt for å kunne fungere godt i det daglige arbeidet med demente. Det kan dermed synes som at det kreves noe mer eller noe annet enn muligheter for å uttrykke følelser for å trives i demensomsorgen. Likevel kan en lese ut av studien at det hadde en positiv innvirkning på holdninger og handlinger i forhold til den demente.

Integrert følelsesorientert omsorg

Finnema E, et al. (2005) studerte effekten av integrert følelsesorientert omsorg vs. vanlig omsorg til eldre personer med demens i pleiehjem. De studerte også hvilken effekt dette hadde på pleieassistenter. De fant at følelses-orientert omsorg var mer effektiv enn vanlig omsorg når det gjaldt følelsesmessig tilpassning hos personer med mild eller moderat grad av demens. Hos de med alvorlig grad av demens kunne de ikke finne en slik overskuddsverdi. I henhold til pleieassistentene ble det konkludert med at det hadde en positiv innvirkning på stressreaksjoner hos noen av dem (2005:43-330, egen oversettelse).

At det er forskjell på respons på ulike tilnæringsmåter i forhold til grad av demens kunne sykepleierne i egen studie også bekrefte. De med mildere grad av demens takler for eksempel bedre å være samlet i grupper og delta i samtaler med andre pasienter enn de med alvorlig grad av demens. At det å være følelses orientert er av betydning også for pleiepersonell kan synes å bekreftes i egen studie gjennom at sykepleierne påpeker betydningen av å være psykisk opplagt på jobb i demensomsorgen.

Dement- relaterte holdninger i sykehjem

Zimmerman et al. (2005) gjorde en studie av dement- relaterte holdninger i sykehjem. Samtidig så de på arbeidsbelastning og jobbtilfredshet hos personalet. De fant at stress ble oftere rapportert hos de som hadde vært i arbeid fra ett til to år i forhold til de som hadde lengre erfaring. Samtidig fant

de at de med ett til to års erfaring oftere hadde en mer håpefull og personorientert holdning enn de som hadde jobbet lengre. Det var også en sammenheng mellom tilfredshet og opplevd kompetanse, i forhold til å utøve demensomsorg, demens- sensitive holdninger og jobbtfredshet. Av dette trekkes den slutningen at stadig trening og opplæring minsker tendensen til å bli nedkjørt og utbrent eller at de søker jobb andre steder.

Forfatterne hevder også at personalets holdninger til demens og den trening de får i å yte demensomsorg er viktig for deres eget velbefinnende (2005:96-100, egen oversettelse).

Sykepleierne i egen studie påpekte også betydningen av faglig påfyll for jobbtfredshet og som en av flere buffere mot utbrenningstendenser. De støttet at følelse av å ha kompetanse er viktig for trivselen, ved at de ønsket å bli sett for, og få lov til å gjøre, det de opplever seg gode på.

Personalundervisning og kollegial støtte

Visser SM et al. (2008) undersøkte effekten av personalundervisning og kollegial støtte på atferd og livskvalitet hos beboere med demens, personalets holdninger til å jobbe med demens og grad av utbrenthet. Resultatene av studien viste at det ikke var noen relasjon mellom kollegial støtte eller undervisning og forbedring av atferd og livskvalitet hos beboerne. Likevel så de en bedring i personalets holdninger til å jobbe i demensomsorgen.(2008:47-55, egen oversettelse).

Når det gjaldt holdninger til demensomsorgen, pekte sykepleierne i egen studie særlig på betydningen av kunnskaper. Kollegial støtte ble nevnt som viktig for psykisk helse og som et vern mot utbrenning. Gode holdninger, mente de også ville, føre til gode handlinger som igjen ville kunne sikre god kvalitet på omsorgen til de demente. Selv om det i ovenstående studier ikke kan vises en korrelasjon mellom undervisning og kollegial støtte og bedret livskvalitet for de demente, kan det ikke sees bort i fra at det kan ha positive effekter for kvaliteten på pleien. En faktor som sannsynligvis er av betydning for hvordan pasientene skårer på en livskvalitetstest, er graden av sykdom. Det vil likevel være av betydning at de blir sikret et godt motivert personale.

Opplevd arbeidsbelastning, fire uavhengige variabler.

Edvardsson E, et al. (2008) identifiserte fire uavhengige variabler som kunne forklare 19% av variasjon i skår på jobbelastning. Disse fire er; opplevd omsorgsklima i enheten, utdannelsesnivå, muligheter for å diskutere vanskeligheter og etikk på jobb og alder. Disse faktorene viste seg å ha en statistisk signifikant forbindelse med opplevd arbeidsbelastning. De hevder at disse uavhengige variablene kan være en hjelp for ledelsen når det gjelder å identifisere mål for oppfølging og støtte

av pleiepersonell. Ved å sørge for personalets velbefinnende vil kvaliteten på omsorgen til de demente også sikres hevder de (2008:59-65, egen oversettelse).

Denne artikkelen kan synes å stride mot Visser et al.(2008) sin studie, som sier at det ikke er noen relasjon mellom kollegial støtte og undervisning og livskvalitet hos den demente, ved at de hevder at personalets velbefinnende virker inn på kvaliteten av omsorgen til de demente. Likevel behøver det ikke å være motstridende funn da man ikke uten videre kan trekke slutningen om at kvalitet i pleien er ensbetydende med økt livskvalitet hos pasienten, selv om dette naturlig vil henge sammen. Fokusgruppen uttrykte, på lik linje med denne studien, at det var viktig med arenaer for å diskutere etiske og faglige spørsmål.

Personalets holdninger til beboere med demens

Brodady, Draper og Low (2003) undersøkte pleiepersonells holdninger til beboere med demens, utfordringer i forbindelse med demensomsorg og jobbtilfredshet. De fant at selv om 91 % av personalet var fornøyde i sitt arbeid kunne en fjerde del rapportere at beboerne ikke var årsak til jobbtilfredshet. De fem mest vanlige oppfatningene av beboere med demens viste seg å være; at de er engstelige, har liten kontroll over utfordrende atferd, er uberegnelige, ensomme og redde/sårbare. De fem vanskeligste ting å takle mente personalet var; aggressivitet og truende atferd, liten kontroll over utfordrende atferd, stahet/ motstand, uberegnelighet og bevisst å være vanskelig. Fem uttalelser de fleste sa seg enige i var; de fleste beboere får god omsorg, viktig å forsøke å forstå pasientens opplevelse av hva som hender dem, pårørende må få nok informasjon om pleie og behandling, jeg setter pris på min nåværende arbeidssituasjon og vår arbeidsorganisering er bra. Konklusjonen på studien er at personalet hadde en tendens til å omtale beboerne i mer negative enn positive termer, men at de fleste likevel var fornøyde med sitt arbeid (2003:583-590, egen oversettelse).

Sykepleierne i fokusgruppen synes ikke å bruke en overvekt av negative termer i beskrivelser av beboerne. Dette kan muligens skyldes utdannelsesnivået i fokusgruppen. De syntes heller å omtale beboerne på en forståelsesfull måte hvor de viste til personen bak diagnosen og det lidelsesfulle ved det å være dement. De fleste synes å trives i sitt arbeid, men det ble også omtalt at arbeidet til tider kunne være psykisk krevende.

Kapittel 6. Metode

Hans - Georg Gadamer

Hans – Georg Gadamer (1900- 2002) grunnla hermeneutikken som en forståelsens filosofi i midten av forrige århundre. Hans hovedverk fra 1960, *Sannhet og Metode*, regnes som en av vår tids største filosofiske klassikere. Han hevdet at hermeneutikken ikke kunne reduseres til en metode, men måtte forstås som noe universelt ved menneskelig eksistens. Det grunnleggende ved denne eksistensen var forståelse. ”Når hermeneutikken plasserer forståelsen i sentrum for hele menneskelivet, er det ikke som metode, en bevissthetskonstruksjon, men som en måte å være i verden, i livet, i tiden og i historien på.” (Jordheim 2003: 99) Som et eksempel på at sannheten ikke kan nås gjennom strenge regler eller metoder, viser Gadamer til hvordan kunsten kan tale til oss gjennom å gi oss innsikt i det tragiske, det smertefulle og det ødeleggende; ”sannheten om hvordan ting er, gjelder imidlertid ikke for alle mennesker, til alle tider, men akkurat for meg, akkurat her og akkurat nå” (ibid: 1002). For å kunne forstå et annet menneske forutsettes det at man er i en direkte eller indirekte dialog, og at man søker å forstå både sin egens og den andres forståelseshorisonts innvirkning på språket og meningen bak formidlingen. Det er først i møte med det som bryter med våre forventninger eller som gir oss en viss motstand at vi klarest blir oss bevisst de betingelser som ligger til grunn for all kommunikasjon (ibid:112). Gadamer understreker at vår forståelse har sine begrensninger fordi vår forståelse både er betinget og begrenset av en alltid allerede språklig og historisk forståelse som vi tar forgitt (Tornquist 2006:165).

Våre fordommer er til dels ubevisste, de er ”tattforgitt -heter”, men ved at vi lar oss bli provosert eller overrasket, stiller spørsmål og er villige til å åpne oss for alternative forståelsesmåter, blir det mulig å bli seg fordommene mer bevisst. Når vi tolker noe, studerer vi helhet og del i en stadig mer avklarende spiralbevegelse til vi oppnår en indre sammenheng. Korrekt forståelse er med andre ord når alle deler i materiale harmonerer med helheten. Dette er en holistisk forståelse og kriterium for rett tolkning. Det er nødvendig at man tar på alvor tekstens sannhetskrav. Samtidig påstår han at en teksts mening ikke nødvendigvis begrenses av forfatterens intensjoner. Den kan gi annen eller utvidet mening for andre mennesker, i en annen tid eller i en annen sammenheng. ”Derfor er forståelse ingen reproduktiv, men alltid en produktiv fremgangsmåte” (ibid: 166).

Bakgrunnen for valg av Gadamers forståelsens filosofi i hermeneutikken er at han viser en ydmyk holdning til vår evne til fult ut å kunne forstå oss selv og andre, men at vi gjennom å bli mer og mer klar over hva som betinger vår forståelse og våre intensjoner, stadig kan nærme oss en forståelse og

at vi slik stadig vil kunne finne nye meningsfulle elementer i det vi forsøker å tolke. Jeg hevder at dette viser noe av hva som skjer i en kvalitativ analyse av data som kommer frem under et kvalitativt forskningsintervju. Forskeren forsøker først å tolke dataene for å få tak på hva den intervjuede forsøker å si. Siden ser en på meningsfulle sammenhenger i forhold til summen av flere intervjuer og hvordan disse kan forstås i forhold til annen relevant kunnskap. Med andre ord så er det en form for produktivitet i forståelsesprosessen, uten at man kan si at en har fanget hele sannheten om noe. Det betyr likevel ikke at det man har forsøkt å tolke, ikke vil kunne være til nytte eller gi mening.

Gjennom hermeneutikken får vi kunnskaper om hva forståelse er og hvordan fruktbare og gyldige fortolkning kan oppnås. Dette er også fenomenologien opptatt av, og det kan derfor være noe vanskelig å skille disse to filosofiske retningene fra hverandre. Fenomenologien, representert gjennom Husserl, blir likevel kort nevnt her da han har bidratt til forståelse av verden slik den fremstår for subjektet. Det kan være nyttig når en skal forsøke å forstå sykepleiernes livsverden.

Edmund G. A. Husserl

Edmund G. A. Husserl (1859- 1938) regnes som grunnleggeren av fenomenologien. Fenomenologi kommer fra det greske ordet *phai'nomemon*, som betyr; det som viser seg, og *logos*, som betyr lære. Altså: "... læren om det som kommer til syne og viser seg" (Thornquist 2006: 83). Husserl introduserte en del begreper som kan være til hjelp når en skal forsøke å forstå andre subjekter. For eksempel. *Intensjonalitet*. Menneskets bevissthet er intensjonell i den forstand at den alltid er rettet mot noe, alltid bevissthet om noe og derfor aldri tom. Zahavi beskriver hva Husserl mente som:

Man elsker, frygter, ser og dømmer ikke blot, man elsker en elsket, frykter noe fryktelig, ser en gjenstand og dømmer om et sagsforhold. Uanset om det drejer sig om min perception, min tænkning, dømmen, forestillen, tvivlen, forventen, erindren etc., er disse former for bevidsthed karakteriseret ved at intendere genstande, og man kan slet ikke tale meningsfuldt om dem, uden netop at inddrage deres gensandsmæssige korrelat, det perciperede, betvivlede, bedømte etc. (2001: 25).

Et annet begrep er *livsverden*. Med dette menes den dagligdagse og konkrete verden som vi alle lever i og som vi tar for gitt. Den verden vi har en grunnleggende tillitt til og som vi vanligvis ikke har et undersøkende, reflekterende og analytisk forhold til. "For Husserl betyr livsverden vår felles omgivende verden, slik den fremstår når vi inntar <den naturlige innstilling>.." (Thornquist 2006: 90). Denne verden fremtrer som normal og innlysende sann. Den er en form for *common- sense- viten*. Livsverden blir gjennom Schutz beskrevet som den daglige erfaringsverden. Den er i følge han intersubjektiv i den forstand at vi arver og sosialiseres inn i en allerede eksisterende verden. "I tillegg lærer vi hverandres verdener å kjenne gjennom hele livet via praksis og interaksjon, vi utveksler og deler både erfaringer og tanker om erfaringer og verden" (ibid: 111).

Intersubjektiviteten utvikles altså gjennom et dialektisk samspill mellom individer og deres omgivelser. Husserls løsning på intersubjektivitetsproblemet, som bunner i at vi ikke kan erfare andres bevissthet direkte, var å vise til menneskers forestillingsevne og analogitenkning (ibid: 110). Samtidig fremheves at fullstendig vellykket kommunikasjon ikke er mulig da erfaringer har en unik karakter hos hver enkelt. Det vil alltid forbli en utilgjengelig sone i den andres private verden, hevder Thornquist.

For at verden, slik den fremstår for subjektet, egentlige meningsfylde skal kunne avdekkes er det nødvendig, i følge Husserl, at vi setter vår fordomsfulle forforståelse i ”parentes”. Han kaller en slik innstilthet for *epochè*. Zahavi beskriver; ” Når Husserl taler om, at det er nødvendig at foretage en udelukkelse (Ausschaltung) af verden, er der i virkeligheden blot tale om en udelukkelse af en fordomsfuld og i sidste ende inkonsistent teori om verden” (Zahavi 2001: 72)

At bevisstheten alltid er intensjonell vil bety, slik moderator ser det, at selv det *tause* lar seg beskrive. Taus kunnskap, tomhetsfølelser ved utbrenthet etc., lar seg slik begrepssette og meddele. Slik sett innebærer dette et positivt syn på vår muligheter til å dele bevissthetsmateriale med hverandre.

Livsverden forstått som en felles erfaringsvirkelighet og som er intersubjektivt tilgjengelig, i hvert fall for dets medlemmer, kan være nyttig å reflektere over og gjøre tilgjengelig for analyse slik at en kan bli klar over hva som påvirker ens følelser, meninger og handlinger i en praktisk arbeidshverdag.

Ved å forsøke å sette ”parentes” om egen tolkning av virkeligheten, gjøres et forsøk på å få frem andre sykepleieres beskrivelse av sine opplevelser og tolkning så upåvirket av forskers forforståelse som mulig.

Flerstegs- fokusgruppeintervju

Denne studien er en kvalitativ studie hvor det søkes å få belyst fem temaer. Disse temaene ble stilt som åpne spørsmål slik at nye eller uventede svar også kunne komme frem. Spørsmålene var ment å stimulere til tanker om hvordan personalet opplever at ting er, burde være og hva som kan gjøres for at personer med demens i en skjermet enhet blir sikret kvalitativ god omsorg. En slik tilnærming ble vurdert som mer produktiv/skapende og ville kunne gi et mer fullstendig bilde av fenomenet *utfordringer og muligheter i demensomsorgen*. Studien vil likevel være deskriptiv i den forstand at det er tanker som *er* eller *blir til* underveis som forsøkes beskrevet og tolket. Dette er en kvalitativ og subjektiv virkelighet, men som er rettet mot forhold i den objektive verden.

Temaene er:

1. Hvordan opplever du det er å jobbe som sykepleier i en skjermet enhet?
2. Hva opplever du er de viktigste behovene for sykepleie hos pasienter på en skjermet enhet?
3. Hvilke egenskaper hos personalet mener du er viktig for best å kunne gi kvalitativ god omsorg.
4. Hvilke tiltak vil kunne øke livskvaliteten for den demente?
5. Hva tror du er viktige forebyggende tiltak for å unngå utbrenthet hos personalet?

Inklusjonskriteriene var at respondentene var sykepleiere med direkte pleieoppgaver. Grunnen til dette var at det ble søkt kunnskap hos personell med minimum høgskoleutdanning som samtidig var i direkte kontakt med pasientene. Det ble her viktig å belyse hvordan pleiepersonell med hovedansvaret for avdelingen, tenker da disse gjennom sin lederrolle har stor påvirkningskraft på de normer og regler personalet arbeider etter. Stort sett er dette sykepleieren, hvis denne er tilgjengelig. Betydningen av at sykepleierne var involvert i arbeid knyttet til pleien, hang sammen med at det ble søkt å få frem første hånds kunnskap i konkrete omsorgssituasjoner.

Et flerstegs- fokusgruppe intervju ble valgt fordi det var ønskelig å gå i dybden og ha mulighet til å følge opp de temaer denne gruppen mente var viktige. Slik vil en få muligheten til å fokusere på de ulike temaene til det oppnås en viss metning. Grunnen til at det ble valgt å intervjuer en *gruppe* i stedet for enkeltpersoner, er at gruppen vil kunne bidra til assosiasjoner hos hverandre og at flere synspunkter forhåpentligvis vil komme frem. Hummelvoll (2003) hevder at fokusgruppen særlig er relevant når;

... man skal undersøke og belyse komplekse problemstillinger og situasjoner i praksis, samt etiske dilemmaer. Deltagelse i slike grupper oppleves personlig engasjerende, fordi man får anledning til å gå i dybden av relevante problemstillinger knyttet til pasientarbeidet, og fordi man som medforsker er en aktiv og nødvendig del i prosessen med å skape praksisrelevant kunnskap (Hummelvoll 2003: 191).

Når det gjelder størrelse på fokus-gruppen, ble det vurdert at to sykepleiere fra hver gruppe ville være en passende størrelse. Det ville da til sammen bli seks stykker. Antallet vil da ligge innenfor det som er vanlig i fokusgruppeintervjuer i følge Malterud (2008:134). Under studien var det bare kvinnelige sykepleiere på denne avdelingen derfor ble bare dette kjønnnet representert. Selv om antallet respondenter var tenkt å være ca seks, viste det seg at interessen for å delta var høyere enn forventet. Dette diskuteres senere.

Den aktuelle skjermede enheten var inndelt i tre grupper. Pasientene var fordelt mellom disse etter deres grad av funksjonsnivå. Disse gruppene ble i følge enhetsleder hevdet å være noe forskjellige. Det ble derfor et mål at alle gruppene ble representert, slik kunne det bli både dybde og bredde rundt temaene. Eksempler på de forskjeller som ble nevnt var bl.a. at hver gruppe hadde sitt faste

personell og sine egne omsorgsmålsetninger. Antallet av pleiere varierte på de ulike avdelinger. Det var mer personell i den gruppen som hadde de pasientene med alvorligst grad av demens. Et annet eksempel var at gruppen med mildere grad av demens fungerte bedre i felleskap med andre demente, og pleierne hadde derfor en annerledes omsorgsmålsetning enn i gruppen med alvorligere grad av demente. Det ville dermed gi et mer variert og helhetlig bilde av temaene at alle omsorgsgruppene ble representert.

Samme gruppe ble samlet tre ganger med 14 dagers mellomrom. Siden det var vanskelig å finne tre tidspunkt hvor alle kunne møtes samtidig, ble gruppesammensetningene ulike hver gang. Likevel møtte fem av de samme respondentene opp på alle tre møtene. Dette sees som en styrke for å ivareta dybde og kontinuitet i prosessen. Ved at nye respondenter kom inn i gruppen, fikk flere sykepleiere komme med synspunkter. I følge Hummelvoll kan dette også gi den fordel at den utfordrer tendensen til konsensus i gruppen. Han hevder at; "...the group dynamics might be stimulated and the inquiry vitalized by deepening the understanding of the focused theme" (Hummelvoll 2008: 6). Samtidig hevder han at det er viktig at gruppen er stor nok og stabil nok til at kontinuiteten i gruppen blir sikret, slik at kjerneprosessen i kunnskapsdannelsen blir beholdt.

Gjennom intervjuguiden ble fokus forsøkt beholdt, likevel var spørsmålene ment å være åpne nok til å kunne stimulere idèmyldring, kreativitet og nye tanker.

Denne studien kan i hovedsak karakteriseres som en induktiv studie i det en forsøker å få frem hva de ansatte opplever og mener, det er ingen teori/hypotese som testes ut. Temaene dreier seg om forhold i praksisfeltet som man tror virker inn på kvaliteten på omsorgen til de demente. Det forsøkes å sette teorier og bakgrunnskunnskap/fordommer i "parentes" slik at en ikke blir for ledende i spørsmålsstillingen eller ikke oppdager noe nytt. Dette er et ideal som man med Husserl og Gadamer forstår ikke fullt ut er mulig, da våre fordommer som regel er ubevisste. Det var heller ikke et mål å forsøke å være fullstendig forutsetningsløs. Det var mer ment som en åpen og undersøkende væremåte og holdning til forskningsfeltet.

Det var et mål at fokusgruppen selv skulle komme frem til hva som var viktige områder å belyse. Likevel ville det ikke bli teoriløst da det var en høgskole utdannet faggruppe som var informanter. Forskning og relevant teori ble brukt for å se om denne understøttet eller avvek fra denne studien. Slik sett ble det en veksling mellom deduktiv og induktiv tilnærming. Som Malterud hevder vil; "Enhver forskningsprosess representere en blanding av deduktiv og induktiv tilnærming..."(Malterud 2003:173)

Det var i utgangspunktet ikke ment å ha enhetsleder med på intervjuene, men dette ble omgjort da hun uttrykte interesse for å delta. Dette brøt med inklusjons/ eksklusjonskriteriet om at informantene skulle ha sitt arbeid i direkte pleie. Selv om hun ikke til daglig var i den direkte pleien, har hun fått mye signaler fra andre pleiere om hvordan hverdagen i den direkte pleien oppleves. Hun har fått tilbakemeldinger fra alle tre gruppene og ville slik kunne bidra med en synsvinkel som var unik for hennes posisjon. Likevel kan det ikke utelukkes muligheten for at enhetslederen, gjennom sin rolle som leder, fikk en viss innvirkning på enkelte informanters svar.

14 dager før intervjuene fikk informantene utlevert de fem forskningstemaene. Dette ble gjort for at informantene skulle få tid til å tenke ut noe de ville si. Dessuten ville de også få et bedre innblikk i hva de ble spurt om å være med på.

Under selve intervjuene ble ikke temaene fulgt i kronologisk rekkefølge da det falt mest naturlig å følge opp hva informantene spontant selv kom med. Derfor ble heller ikke hvert tema like godt belyst. Dette kan tolkes som at ikke alle temaene var like relevante. Hovedhensikten med studien var å få fram hva pleierne selv opplever av utfordringer og muligheter i demensomsorgen og derfor var det hensiktsmessig ikke å være for styrende under intervjuene.

Under alle tre intervjuene bidro samtlige med innspill og tanker. Noen mer enn andre men alle ventet på tur for å uttrykke sin mening. Både moderator og co- moderator forsøkte å opptre rettfærdig og forsøkte å trekke med de som sjelden ba om ordet slik at alles synspunkter fikk komme frem. Rent praktisk ble dette gjort gjennom at det før hvert intervju ble satt noen regler for hvordan intervjuet skulle forløpe. Hver deltager ble bedt om å rekke opp en finger når de ville si noe og vente til moderator eller co- moderator ga ordet. De som var minst frampå, ble trukket med gjennom at de ble spurt direkte om de hadde noen tanker rundt temaet.

I tillegg til godt oppmøte på alle tre intervjuene nevnte de fleste at de synes det var nyttig å kunne møtes som en gruppe med felles bakgrunn for å diskutere faglige spørsmål. Det kom mye kreative tanker frem om mulige forbedringer i ressursbruk, samarbeid mellom kolleger, ledelse og pårørende. Det kom tilbakemeldinger fra flere etter møtene om at dette hadde vært lærerikt og inspirerende og at vi i ettertid måtte samles oftere til fagdiskusjoner. Kan dette være et mulig aksjonsmoment i denne studien?

Før selve studien ble gjennomført ble tidligere forskning, som kunne være relevant for temaene gjennomgått. Særlig interessante studier ble valgt ut og sett i lys av egen studie.

Nøkkelord det ble søket etter var; Dementia, staff, satisfaction, caregivers, group living homes, nursing homes, burnout, residential care, advanced dementia, attitudes, stress, satisfaction with work, severely demented people, staff welfare, psycogeriatric wards, management, disruptive behaviors.

Det ble i denne forbindelse søkt i følgende databaser; WorldCat, helsebiblioteket, DARE, ProQuest, Ovid, Cochrane, Wiley Inter Science, Annals of internal Medicine, Nursing Management, International Journal of Geriatric Psychiatry, Journal of Advanced Nursing, Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, Aging & mental health

Analyse av dataene

Analysen bestod i å tolke de kvalitative data som kom frem under intervjuene. Etter transkribering av båndopptaket ble det forsøkt å finne meningsbærende elementer, det ble sett på likheter, ulikheter, materialet ble sammenlignet og det ble lett etter mønstre.

For å skape en oversiktlig fremstilling av dataene ble de systematisert, kategorisert og forsøkt tolket.

I løpet av hvert intervju ble tolkning og forståelse gitt tilbake til de intervjuede slik at missforståelser og uenighet skulle kunne rettes opp. Dette tilsvarer en hermeneutisk tilnærming slik Kvale (2007) beskriver;

En hermeneutisk tilnærming medfører en tolkende lytting til det mangfoldet av betydninger som ligger i intervjupersonens uttalelser, med særlig vekt på muligheten for stadige omtolkninger innenfor intervjuets hermeneutiske sirkel (Kvale 2007:81)

Analysen var tenkt, på lik linje med selve metoden, å være fenomenologisk- hermeneutisk på den måten at egen forforståelse ble forsøkt satt til side slik at dataene mest mulig fikk tale for seg selv. Helhetsoppfattelse av materialet ble sett i lys av enkelte uttalelser og omvendt slik at sluttproduktet fikk en mest mulig logisk og sannferdig form. Relevant litteratur ble brukt for å belyse forhold av betydning for å forstå demens som fenomen og lidelse, utfordringer og muligheter i omsorgen. Dataene fra studien ble sammenlignet med annen relevant forskning.

Metodekritikk

Det er mulig at moderators forforståelse av feltet har påvirket spørsmålene og styrt forskningsprosessen til en viss grad, men siden det var en forholdsvis homogen gruppe hvor alle hadde sykepleiefaglig bakgrunn, var det rimelig grunn til å anta at dette ikke virket inn på resultatet i for stor grad.

I utgangspunktet var ikke denne studien ment å være aksjonsrettet men det sees ikke bort i fra at studien kan ha bidratt til påvirkning av praksis. Gjennom refleksjon og bevisstgjøring vil ny kunnskap kunne dannes og nye handlingsalternativer åpne seg. Om disse viser seg i praktisk handling blir ikke tatt stilling til her.

Det kan være at utvalget var for lite til å kunne generaliseres til å gjelde andre skjermede enheter. Lokale forhold og meninger/holdninger er ikke nødvendigvis representativt for majoriteten i et større utvalg. Likevel kan det som Malterud uttrykker det være ”..at beskrivelser, begreper eller modeller utviklet under spesielle betingelser likevel kan anvendes for formål av mer allmenn karakter” (Malterud 2003: 64). Målet med studien var ikke primært å kunne generalisere, det var derimot av større interesse å få belyst temaene og stimulere til refleksjon.

Å forske på egen arbeidsplass kan nok kritiseres ved at det kan være vanskelig å være objektiv eller refleksiv nok. Malterud er inne på det samme når hun hevder at vi som forskere kan komme til å identifisere oss så sterkt med en bestemt løsning at vi ikke klarer å se alternativene. For stor nærhet til stoffet, kan med andre ord, vanskeliggjøre kritisk refleksjon (ibid:26)

Det kan også være at moderator og co - moderator virket forstyrrende inn på gruppedynamikken og de svar som ble gitt, uten at dette ble gjort bevisst. En faktor å ta i betraktning er at en kan påvirke gruppen gjennom sin rolle både som forsker og kollega. Slik moderator ser det, kan dette få både positive og negative konsekvenser for forskningen. En positiv faktor kan være at man som kollega kjenner forskningsfeltet fra innsiden og slik lettere forstår det materiale informantene snakker om. Negativt vil det være om en ikke oppdager nye forhold og blir for forutinntatt og selektiv i det en hører og oppfatter.

Spørsmålenes utforming kan bli for styrende eller for åpne. Det kan være at de er for mange eller få, sensitive, eller ikke relevante for problemstillingen. For å minske muligheten for dette ble veileder, andre studenter og to sykepleiekollegaer bedt om å kommentere temaene/spørsmålene før selve forskningen begynte. Likevel vil det alltid eksistere et univers av andre mulige måter å gripe an forskningsspørsmålet på som ville ha gitt et annet fokus eller resultat.

I dette tilfellet ble forespørsel om deltagelse i studien sendt ut i brevform til informantene. Dette ble gjort for at det ikke skulle oppleves pressende og overtalende, noe en i større grad ville kunne oppleve ved å spørre mer direkte. En ulempe ved dette kan ha vært at de ikke fikk avklart spørsmål før studien startet. Enhetsleder informerte på forhånd om studien på et avdelingsmøte for å få en viss klarhet i om det var noen interesse i at studien ble gjort. Dette ga positivt resultat og forhåpentligvis gjorde det forskningsfeltet litt bredere på det som skulle komme. En mulig bakdel ved at de fikk spørsmålene på forhånd, var at de dermed fikk tid til å lete etter ”gode svar”, og at noe av spontaniteten ble borte. Det ble likevel vurdert som viktigere at sykepleierne følte seg trygge på hva de svarte ja til.

For å sikre at mange nok ville delta, fikk alle sykepleierne på arbeidsplassen tilbud om å være med i studien. Oppslutningen ble større enn antatt og dette kan ha gått noe utover dybden i studien. Det ble mange som ville si noe og for liten tid til disposisjon. Det ble dermed ikke tid til å følge opp hver enkelt informant sine uttalelser på en ønskelig måte. Dette kunne ha vært kompensert for gjennom flere møter, men dette lot seg ikke gjøre på grunn av rammefaktorene for denne studien. På tross av dette må det sies at aktiviteten og villigheten i gruppen som helhet var stor, og de bidro til flere interessante perspektiver på de temaene som ble presentert.

Hvis moderator og co - moderator ikke er flinke til å lede og stimulere til positivt fokus kan det fort bli et forum for problemer og frustrasjoner og forskningen gis liten nytte i forhold til hensikten. En svakhet ved denne studien kan være mangelen på forskererfaring og ledererfaring hos moderator. Dette viste seg ikke å bli noe problem. Hver deltager tok stort sett hensyn og ga signal når de ville si noe, og samtlige snakket sakelig om faget.

Analysen i etterkant kan ha blitt preget av forutinntatthet, da moderator er kollega med deltakerne, men dette kan også hevdes å være en fordel. Særlig ved tolkning av ufullstendig materiale når flere snakket samtidig eller der hvor en ikke kunne høre alt som ble sagt på opptaket i ettertid. Det er mye som skal tolkes, og man må sile ut det som ikke oppfattes som relevant. Siden moderator har jobbet i flere år med demente på samme arbeidsplass, kan dette ha bidratt til en noe selektiv oppfattelse og tolkning av dataene. Co - moderator ble en støtte når det gjaldt å få frem informantenes syn og meninger på en klar og tydelig måte.

To forhold bør nevnes som mulige innvirkninger på svarene fra respondentene; moderators rolle som forsker på egen arbeidsplass og enhetsleders deltagelse, men hvert menneske og hver gruppe sammensetning er unik. Som kollegaer har vi definerte roller ovenfor hverandre som vil være med

på å styre hvordan vi formidler tanker. Det å være forsker på egen arbeidsplass kan ha virket inn på tolkningen av dataene gjennom at forskeren kjenner respondentene godt. Dette kan være både en fordel og en ulempe. Fordelen er at forskeren har hørt mye om respondentenes tidligere meninger og derfor lettere kan forstå hva det er de prøver å formidle. Ulempen kan være at som kollega har forsker en medarbeiderrolle i forhold til respondentene som kan ha virket inn på gruppedynamikken. Det samme gjelder for co- moderator. Det at ledelsen var til stede kan være årsaken til at respondentene var svært positive i sine svar. Det kan være av betydning den makt leder har gjennom sin rolle.

Det ble forsøkt å demme opp for en slik påvirkning ved at respondentene ble bedt om å tenke gjennom hvordan de ville ha presentert de utfordringer og muligheter som finnes i en skjermet enhet til nye medarbeidere. I tillegg ble respondenter spurt mellom intervjuene om de følte at leders tilstedeværelse hadde hatt noen innvirkning på dataene. Det var ingen som uttrykte at dette var av noen betydning. Slik moderator og co- moderator opplevde sykepleierne som gruppe og som enkeltpersoner virket det som om de var forholdsvis utadvendte og trygge på seg selv. Majoriteten av respondentene hadde arbeidet flere år med demente og virket reflekterte og velbegrunnede i sine synspunkter.

Representativitet

Rammebetingelsene for denne studien gjorde at den ble noe begrenset med hensyn til utvalget, kun en arbeidsplass. Hva som var utslag av lokale forhold kan derfor være noe vanskelig å bedømme. Likevel var det et pluss at oppslutningen om studien var stor og at de fleste sykepleierne i institusjonen fikk uttrykt sine meninger i en aksepterende atmosfære.

Dialogisk validering.

Etter at intervjuene var transkribert og kategorisert fikk alle informantene materialet tilbake for ytterligere kommentering. Dette ble gjort for å sikre at informantene ikke ble misforstått eller at deres meninger ble fremstilt på en måte de ikke var enige i. Det kom to svar tilbake, den ene mente det ikke var nødvendig å forandre noe på innholdet i materialet, den andre ønsket å forandre noen ord og uttrykk. Disse ble senere rettet sammen med vedkommende respondent. Co – moderator fikk en tilnærmet ferdig kopi av det skriftlige materiale til gjennomlesning for å kunne rette eventuelle uenigheter. Skriftlig svar kom tilbake før innleveringsdato av oppgaven og hun svarte som følger;

Da har jeg endelig fått lest gjennom alt. Har skrevet inn noen kommaer og ellers gjort noen småjusteringer. Synes du hadde fått frem innholdet i samtalene i fokusgruppene slik jeg kan huske at ting ble sagt. Har ikke noe å bemerke på det innholdsmessige.

Muntlige tilbakemeldinger kom fra flere andre respondenter. De utrykte at de kunne kjenne igjen sine svar og at de ble fremstilt på en troverdig og saklig måte.

Pragmatisk validitet.

Mye av det som kom frem under intervjuene støttes av annen litteratur og forskning, likevel kom det tydelig frem hva sykepleierne mente var de mest viktige faktorer for å trives på egen arbeidsplass. Dette er kunnskap som kan være nyttig for institusjonen i videre planleggingsfaser. En annen viktig side ved studien, som kan ha implikasjoner utover de lokale forhold, var å få belyst hva sykepleiere ser av muligheter og utfordringer i demensomsorgen generelt, og hva de mener vil kunne bidra til at kompetente sykepleiere blir værende. Slik sett er ikke denne studien fullstendig verdinøytralt og det ligger tildels et politisk motiv bak, i den forstand, at det er ønskelig med flere kompetente sykepleiere i demensomsorgen. Dette har også å gjøre med at vi vet det blir et økt behov for helsepersonell i eldreomsorgen generelt.

Relevans

Forskningsspørsmålet gikk ut på å kartlegge hvordan sykepleiere i demensomsorgen opplever sin arbeidshverdag, om de opplever yrkesstolthet, hvilke utfordringer og muligheter de ser og hva de tror må til for å beholde kvalifisert personell. En svakhet ved dette forskningsspørsmålet, slik det oppleves i etterkant, er at det ikke kommer tydelig nok frem hva det ønskes svar på. Dataene ga da også et noe springende blide. Det ble litt for mange temaer og for liten tid til å gå i dybden. Det var med hensikt valgt en kvalitativ og åpen tilnærming for å kartlegge hva som opptok sykepleiere i en skjermet enhet. Dette kunne ha vært gjort gjennom en pilotstudie slik at spørsmålene kunne formuleres noe mer presist i etterkant. På tross av dette oppleves respondentenes svar å være relevante for problemstillingen. Dette kan ha noe med at alle deltakere hadde en homogen bakgrunn og at atmosfæren under intervjuene opplevdes å være seriøs, aksepterende og inviterende.

Etiske overveielser

Informantene anonymiseres fordi sensitive opplysninger fremkommer. Siden utvalget besto av et lite antall mennesker på en arbeidsplass ville det kunne bli lett å kjenne igjen den enkeltes meninger og uttalelser. Derfor ble det viktig å finne måter å behandle stoffet på som ikke skadet de involverte.

I løpet av de tre fokusgruppeintervjuene kom det frem fortellinger fra respondentenes arbeidshverdag, og det ble trukket frem eksempler på episoder med pasienter. Dette krevde ekstra innsats når det gjaldt anonymisering.

En annen etisk avveining er frivillighet. Det var viktig at de spurte ikke følte seg presset til å delta.

Utnyttelse var en annen viktig faktor å ta hensyn til. Hvert intervju tok omlag en og en halv time og det var i gjennomsnitt åtte til seks personer som deltok over tre ganger. Dette betydde at 36 arbeidstimer ble brukt, i tillegg til forberedelse i forkant og bearbeiding etter hvert intervju. Derfor ble det viktig at både sykepleierne og ledelsen så verdien i prosjektet, og at de fikk noe igjen for innsatsen. Nå viste det seg at oppslutningen om denne studien ble større enn forventet. Det ble godtatt og sett på som positivt av ledelsen. Utfordringen ble å lede gruppen godt nok slik at alle fikk komme til orde.

Antatt nytteverdi

De ansatte får satt på dagsorden sin egen opplevelse og mening om hva som kan fremme kvalitativ god omsorg. Hvis dette prosjektet kan føre til positive endringer for de ansatte og pasienter, kan det være at sykemeldinger og bruk av egenmeldinger går ned. Dette vil igjen være gunstig for en presset kommuneøkonomi. Dessuten er det en fordel for pasientene at det beholdes et stabilt personale som kjenner til den enkeltes historie og behov.

I Sosial og helsedirektoratets rapport *Glemsk, men ikke glemt*, sies det at sykefraværet i omsorgsyrkene er høyere enn i andre yrker, at nærmere 60 % er deltidsstillinger og 2 % av hjelpepleiere og omsorgsarbeidere årlig går ut i attføring eller uføretrygd. Dette er dobbelt så mange som for sykepleiere. Kap. 10.2 (2007:94).

Å starte en forskningsgruppe på arbeidsplassen kan være starten på flere positive forhold som bedre samarbeid, større interesse for å bidra positivt, økt interesse /kunnskap, bedre kollegialt samarbeid og økt yrkesstolthet. Hvis kommende helsepersonell opplever at personalet på skjermet enhet er stolte av sin yrkesrolle, sitt arbeid og sitt mandat, kan det være at interessen for å jobbe med mennesker med demens øker. For pasientenes del vil det være nyttig hvis dette prosjektet kan være med å bidra til at personalet blir løsningsorienterte og ikke problemfokuserende. At personalet ser og gir håp til det tilsynelatende håpløse, vil kunne gi mening og glede for pasientene, selv i en eksistensiell krise.

Sosial og helsedirektoratet nevner særlig to forhold som er av betydning for å kunne rekruttere og holde på kvalifisert personell. Dette er et godt arbeidsmiljø og et nært lederskap med personlig

oppfølging av den enkelte arbeidstaker (ibid: 94). Dannelsen av en fokusgruppe hvor også leder er til stede vil kunne bidra til større nærhet og forståelse mellom kollegaer og leder gjennom likeverdig dialogbasert samarbeid om et felles fokus.

Kapittel 7. Resultater / funn

Først presenteres sammendrag og eksempler kronologisk, slik de fremkom under hvert intervju. Senere blir dataene sammenfattet og presentert i komprimert form. Disse er på forhånd blitt gitt tilbake til informantene for kommentering. Til slutt er de viktigste funnene presentert og sammenstilt med teori og annen forskning.

Nedenfor vises fordelingen av oppmøte til fokusgruppeintervjuene. Det var 18 stykker som fikk forespørsel om deltagelse. Som vi her ser, møtte 10 av disse opp til første intervju. Enkelte som ikke møtte til første møte, kom på de neste, slik ble det flere enn ti som deltok til sammen etter at alle tre møtene var over.

Tabell 1. Fokusgruppens oppmøte:

Oppmøte	Gruppe B	Gruppe C	Gruppe D	Enhetsleder /Nattevakter	Til sammen
Første intervju	3	2	2	1+2	10
Andre intervju	2	2	0	1+1	6
Tredje intervju	2	2	1	2+1	8

Første intervju

I det først intervjuet ble det snakket en del om hvilken status sykepleierne opplevde å ha i demensomsorgen.

De fleste deltakerne bekreftet at de hadde opplevd holdninger om at det ikke er noe status å jobbe med eldre, og langt mindre demente. Likevel opplevde de ikke selv dette. De mente det ga mer status å jobbe i en skjermet avdeling enn i et tradisjonelt sykehjem. Her er noen utsagn som bekrefter dette:

To av respondentene beskriver hvilken status det blir gitt å jobbe med demente.

Da jeg jobbet på sykehuset og skulle søke jobb her, fikk jeg et par reaksjoner. De sa.. ”å nei du skal vel ikke begynne der”. Jeg kjente jeg ble provosert... Det er kanskje uvitenhet om hva vi jobber med.

Det synes jeg sier noe om holdninger i samfunnet til eldre mennesker generelt... Det var alltid lavstatus som ferdig nyutdannet sykepleier å begynne i geriatri. Å skulle gå der og bytte bleier, det er liksom ikke noe interessant.

En annen beskriver det komplekse, dynamiske og helhetlige ved det å være sykepleier i demensomsorgen.

Jeg føler at vi driver veldig helhetlig sykepleie her, at vi trenger hele spektret, og hele personligheten. Du må være kreativ og være et medmenneske. Jeg føler at vi nesten må være deres pårørende noen ganger. Det å være nær er veldig vikti.

En tredje peker på en mulig årsak til at demensomsorg ikke har fått samme status som det å arbeide på sykehus.

Tror det har noe med hvordan vi selv promoterer oss i forhold til faget. Det er mye enklere på sykehuset, der vet alle at de driver med medisin. De er knyttet opp mot leger og har dem med seg... Det som har blitt fokusert på i eldre omsorgen er liksom bare å skifte bleier og mate. Også har vi ikke selv heller vært flinke nok til å ha fokus på resten. Hvorfor vi gjør ting osv. Vi har også en del av skylden selv gjennom det at vi ikke har vist det vi kan.

Fokusgruppen hevdet at det til tider kunne være slitsomt, men at det i det slitsomme eller vanskelige også lå utfordringer som gjorde arbeidet spennende og utfordrende.

Det er ikke alltid vi kommer noen veg, men det engasjerer allikevel fordi vi vet at det ligger en årsak bak. Kanskje er det noe somatisk... uansett er det spennende å finne det ut. Kanskje kan en slik innstilling være med å snu den oppgitte trenden om at dette er så fælt og trist. Det vil slik kunne bli mer faglig spennende.

Man får muligheten til å bruke seg selv som person. Det kan man noen ganger bli sliten av men det gir en annen form for slitenhet. En mer tilfreds form for slitenhet.

Det rådet en positiv stemning selv om det ble forsøkt også å få frem synspunkter på hva som kunne skape utbrenthet, sykemeldinger og flukt fra yrket. Enkelte syntes å mene at denne institusjonen ikke var like utsatt for utbrenthet hos arbeiderne som i hjemmesykepleien, vanlige sykehjem eller i rehabiliterings enheter.

Kan det være slik at vi blir mindre utbrente fordi vi vet hvordan ting ender? Det er ingen usikkerhet om utfallet. Når en jobber med rehabilitering f eks har en forventinger om å lykkes med å få personen bedre. Kan det være slik at vi ikke i samme grad er utsatte for skuffelser, i og med at vi ikke har samme forventninger om bedring?

En vanlig oppfatning er at utfordrende atferd hos pasientene er vanskelig å takle men dette syntes de heller ikke å kunne bekrefte. Årsaker til utbrenthet var heller negativ postkultur, mye bruk av ufaglærte, ledelsesstil og fravær av arenaer for validering av følelser og faglig påfyll;

Det er viktig at vi bruker oss selv på det vi er gode på og at vi får positiv feed back for det. Viktig at også leder tilrettelegger i forhold til dette slik at man får mulighet til å drive med det en er god på.

Viktig å få brukt sin kompetanse, og at vi utfyller hverandre, drar hverandre opp og gir tilbakemeldinger.

Det er viktig å få aksept fra kolleger når en ikke får det til. Ikke stå alene med tanker om at det bare er jeg som ikke får det til.

Andre intervju

Det andre intervjuet ble preget av tanker om hvordan ting burde være. Det ble snakket om de kvalifikasjonskrav de stilte til seg som sykepleiere i en skjermet enhet.

Sykepleieren skulle i tillegg til å ha spesial kunnskaper om demens/geriatri/psykiatri også være en psykisk sterk og etisk/moralsk bevisst, handlingsbesluttsom og empatisk person. Som sine viktigste oppgaver som sykepleiere i en skjermet enhet ble særlig sykepleierens ledende funksjoner og overordnede ansvar nevnt. Det var deres oppgave å veilede annet personell og sørge for riktig prioritering av tid og struktur i arbeidshverdagen:

Vi skal ikke glemme at vi er rollemodeller og har en oppgave i forbindelse med dette. Hvis vi skal vekke interessen hos kommende sykepleiere, er det viktig at vi klarer å tenke kritisk på det vi gjør og formidler dette. Først da viser vi det faglige bak det vi gjør.

Deres funksjon ovenfor pasientene var å bevare deres verdighet, sørge for fysisk og psykisk velvære og kunne skape en meningsfull hverdag på hver enkelts premisser. Det å bli godt kjent med pasientene og kunne se dem helhetlig som historiske personer i tiden med alle de behov mennesket til enhver tid har ble fremhevet som essensielt for å kunne gi kvalitativ god omsorg. Her kommer noen uttalelser som viser hvor mye etisk refleksjon betyr for kvaliteten i demensomsorgen:

Jeg tenker på dette med hva vi er pålagt av faglig forsvarlighet. Vi som sykepleiere vet at en pasient trenger noe mer enn bare det vi er lovpålagt. Dette går også på etikk, hva har egentlig et menneske behov for? Man har behov for å gjøre noe, noe mer enn bare hygiene og mat, man har behov for å gjøre det menneske ellers gjør. Vi får stadig høre at så lenge ikke mennesker dør og det kan forsvares faglig så er det greit. Men jeg mener at dette med etikk også handler om faglig forsvarlighet.

Selv om de er gamle, har de samme behov som vi andre til variasjon, til utvikling og til at det skjer noe og at det ikke bare er oppbevaring. Det er langt mer enn primærbehovene som er viktig. Mestringsfølelse f.eks.

Tiltak som kunne bidra til å øke livskvaliteten hos de demente var det å ta i bruk miljøet både inne og ute. Gruppen kom med forslag om normalisering gjennom å skape en mer hjemmelig atmosfære ved f.eks. å lage sansehage, ha ved, klesstativ og dyr, som høner og kaniner. De nevnte at dette også kunne gjøre det enklere og hyggeligere for pårørende å dele noe med pasienten.

Flere uttrykte en tro på at miljøterapeutiske tiltak ville bidra til å redusere behov for angstdempende medikamenter. Men aller viktigst syntes å være å ha et kompetent personell:

I fagbladet vårt leser jeg stadig at institusjonene bruker flere ufaglærte. Det virker som at det er hender nok, men det er ikke kompetente hender. Vi trenger som mennesker noe mer enn bare mat og drikke. Det skal mer til for å fylle livene våre, og det bør vi tenke på når det gjelder de demente også. De har behov som oss andre og trenger oppmuntring og glede i livet. Vi må ha verktøy som empati.

Jeg er veldig opptatt av det miljøet vi lager rundt pasientene. Å lage et godt miljø og sette i gang tiltak som gir de noe å beskjeftige seg med, noe meningsfylt, er noe av det viktigste. Det roer mer enn medisiner. I denne gruppa er det mange godt voksne med mye livserfaring, og det kommer veldig til nytte i demensomsorgen. Det å ha fokus på meningsfylte samtaler er viktig.

I tillegg vektla de også personlige egenskaper som tolmodighet, kommunikative evner, respektfullhet og kunnskaper om moraletisk forståelse, sykdomsinnsikt, forståelse for hele mennesket. Trygghet på seg selv, empatisk holdning og bevissthet over egen og pasientens kroppsspråk ble også nevnt:

Mange har mistet den normale evnen til å kommunisere, gjenkjenne og huske. Så det å kunne skape trygghet og tillitt og kunne møte pasienten med respekt, er viktig. Man bør kunne noe om pasientens bakgrunn og kunne se personen bak pasienten.

Jeg tenker at det er viktig å være forsiktig med å stille krav da de er sårbare i forhold til det med mestring. Man må være forsiktig med å stille krav til hva de må svare på eller utføre av oppgaver.

De som ikke har kommet så langt i sin demens, opplever ofte at de mister kontrollen. Det er da kanskje lurt å ta med seg pasienten alene og være bare to. Man må prøve å få til den gode samtalen. Noen opplever at de dummer seg ut ovenfor andre, og det må være en fryktelig belastning.

Som pleiere har vi mye makt og det kan være lett ovenfor gruppen demente å missbruke denne. Vi har en veldig sårbar pasientgruppe.

Jeg vet at det er mye depresjoner blant demente. Det er ganske naturlig. Man må være bevisst på å legge merke til symptomer på depresjon. Det kan ligge en depresjon bak vanskelig atferd.

*Vi må først og fremst ha mye tålmodighet og utholdenhet.”
Det er ikke alltid lett når pasienten kommer innenfor ens personlige grenser. Dette er også en side som må takles på et vis.*

Tredje intervju

I det tredje intervjuet ble det snakket en del rundt hva som kunne være slitsom ved arbeidet og hva som kunne bidra til økt trivsel.

Å jobbe med negative personer eller mennesker som overlater arbeid til andre var en faktor ved kolleger som kunne oppleves nedbrytende. Utagerende atferd, glemskhet og mangel på forståelse for det som blir sagt og mangel på respons, ble oppfattet som en utfordring når det gjaldt pasientene. Likevel påpekte de at utfordrende atferd også kunne gjøre arbeidet engasjerende. De fortalte at det kunne være spennende å finne årsaken og ”veier inn” til pasienten. Dårlig prognose ble ikke i samme grad nevnt som noe negativt. En av respondentene fortalte at vi pga dette kanskje ikke var like utsatt for de samme skuffelser som de som har som mål helbredelse eller bedring, når dette ikke er mulig å oppnå.

Forhold de nevnte av betydning for å mestre hverdagen var; å ha det bra psykisk utenom arbeidstiden, ha et godt forhold til kollegaer og ledelse og bli sett og respektert for det en kan. Faglig påfyll og samtaler om utfordringer i hverdagen ble sagt å være en vitamininnsprøyting:

*Tror det er viktig å ha det bra med seg selv, ha et overskudd og en følelse av å ha noe å gi...
Du må ha et godt forhold til kollegaer og kunne samarbeide.*

Det er viktig å bruke hverandre og la noen andre overta når en ikke kommer noen veg.

Det å jobbe sammen med kollegaer som fokuserer mye på det negative, kan være tungt.

Hvis en har vært oppe i en vanskelig situasjon tror jeg det er viktig at man får anledning til å snakke om det rett etterpå slik at man får luften det man har følt.

Stadig dårlig samvittighet kan bli en vond sirkel som bidrar til å dra en ned. Vi må kanskje bli flinkere til å delegere arbeidsoppgaver. Man kan heller ikke ta alt like seriøst. Alt er ikke like viktig.

Det er tungt å se de sykeste som en ikke føler at en får hjulpet. Når du ikke får noen respons eller tegn på velvære...

Føler at små forandringer kan gjøre en svært godt, som endelig å kunne se et smil hos pasienten når en ikke har gjort det på lenge. Man må ta med seg slike positive hendelser og ikke fokusere bare på det negative.

Jeg tror man lærer seg å verdsette andre ting med denne type pasienter.

Jeg tror samfunnet stiller mye større krav i dag og at noen derfor gir opp fortere enn før.

Det er artig å få med pasientene på litt humor også, det gir et lite lysglimt i hverdagen. Det er artig å se det glimte i øynene når du kommer med et gullkorn.

Som buffere mot utbrenning var samtlige enige om at godt samarbeid med kolleger og ledelse var av stor betydning. Fleksibilitet i arbeidsoppgaver, positiv feedback, validering av vanskelige

opplevelser/følelser, arenaer for fagdiskusjoner og jevnlig påfyll av kunnskaper ble også uttrykt som positivt. Særlig ble et godt arbeidsmiljø og en lydhør ledelse nevnt som betydningsfullt. Andre viktige forhold som realistiske målsetninger og forskjellige inspirasjonskilder ble også nevnt:

Det er viktig å sørge for å få faglig påfyll. Det gir inspirasjon, også kommer du i kontakt med andre.

Når vi snakker om inspirasjonskilder. Studenter gir meg inspirasjon fordi da lærer jeg veldig mye selv. Jeg må gå i meg selv å hente frem kunnskapen.

Igjen har vi dette med å sette realistiske mål. Det er ikke alltid et mål å løse det. Man må da heller prøve å gjøre det beste ut av det. Vi må også tenke over om målene er for våres del eller om de er til det beste for pasienten. Også må vi bli flinkere til å evaluere tiltak, det får vi egentlig aldri gjort nok av.

Kapittel 8. Kategorisering av funn

Tabell 2. Sammenfatning av de mest sentrale tema hos sykepleierne.

Tema:	Innhold:	Utsagn fra sykepleierne:
Lavstatus å ha sitt arbeid i eldreomsorgen	<p>Holdninger og verdier i samfunnet når det gjelder eldre</p> <p>Manglende støtte i de medisinske miljøer.</p> <p>Sykepleierne må vise frem sitt arbeid</p>	<p><i>Det synes jeg sier noe om holdninger i samfunnet til eldre mennesker generelt... Det var alltid lavstatus som ferdig nyutdannet sykepleier å begynne i geriatri. Å skulle gå der og bytte bleier, det er liksom ikke noe interessant.</i></p> <p><i>Tror det har noe med hvordan vi selv promoterer oss i forhold til faget. Det er mye enklere på sykehuset, der vet alle at de driver med medisin. De er knyttet opp mot leger og har de veldig med seg... Det som har blitt fokusert på i eldre omsorgen, er liksom bare å skifte bleier og mate. Også har vi ikke selv heller vært flinke nok til å ha fokus på resten. Hvorfor vi gjør ting osv. vi har også en del av skylden selv gjennom det at vi ikke har vist det vi kan.</i></p>
Muligheter i en skjermet enhet	<p>Tilrettelagt miljø for pasientgruppen</p> <p>Muligheter for å drive helhetlig omsorg</p>	<p><i>Jeg er veldig opptatt av det miljøet vi lager rundt pasientene. Å lage et godt miljø og sette i gang tiltak som gir de noe å beskjeftige seg med, noe meningsfylt, er noe av det viktigste. Det roer mer enn medisiner. I denne gruppa er det mange godt voksne med mye livserfaring, og det kommer veldig til nytte i demensomsorgen. Det å ha fokus på meningsfylte samtaler er viktig.</i></p> <p><i>Jeg føler at vi driver veldig helhetlig sykepleie her, at vi trenger hele spektret og hele personligheten. Du må være kreativ og være et medmenneske. Jeg føler at vi nesten må være deres pårørende noen ganger. Det å være nær er veldig viktig</i></p>
Krav til sykepleiere	<p>Se personen helhetlig, særlig gjøre seg kjent med pasientens tidligere liv og roller.</p> <p>Ha en realistisk innstilling til</p>	<p><i>Jeg tenker på dette med hva vi er pålagt av faglig forsvarlighet. Vi som sykepleiere vet at en pasient trenger noe mer enn bare det vi er lovpålagt. Dette går også på etikk, hva har egentlig et menneske behov for? Man har behov for å gjøre noe, noe mer enn bare hygiene og mat, man har behov for å gjøre det menneske ellers gjør. Vi får stadig høre at så lenge ikke mennesker dør og det kan forsvares faglig, så er det greit. Men jeg mener at dette med etikk også handler om faglig forsvarlighet.</i></p> <p><i>Igen har vi dette med å sette realistiske mål. Det er ikke alltid et mål å løse det. Man må da heller prøve å gjøre det beste ut av det. Vi må også tenke over om målene er</i></p>

	måloppnåelse	<i>for våres del eller om de er til det beste for pasienten. Også må vi bli flinkere til å evaluere tiltak, det får vi egentlig aldri gjort nok av.</i>
Behov hos demente	Skjerming, trygghet, tillit, tilpassede forventninger og krav. En observant pleier som ser bakenforliggende årsaker til utfordrende atferd.	<i>Mange har mistet den normale evnen til å kommunisere, gjenkjenne og huske. Så det å kunne skape trygghet og tillitt og kunne møte pasienten med respekt, er viktig. Man bør kunne noe om pasientens bakgrunn og kunne se personen bak pasienten.</i> <i>Jeg vet at det er mye depresjoner blant demente. Det er ganske naturlig. Man må være bevisst på å legge merke til symptomer på depresjon. Det kan ligge en depresjon bak vanskelig atferd.</i>
Utfordringer	Beholde og rekruttere kompetent personell	<i>I fagbladet vårt leser jeg stadig at institusjonene bruker flere ufaglærte. Det virker som at det er hender nok, men det er ikke kompetente hender. Vi trenger som mennesker noe mer enn bare mat og drikke. Det skal mer til for å fylle livene våre, og det bør vi tenke på når det gjelder de demente også. De har behov som oss andre og trenger oppmuntring og glede i livet. Vi må ha verktøy som empati.</i>
Hvordan trives i demensomsorgen	Validering av ubehagelige følelser. Nærhet til ledelse og medarbeidere	<i>Hvis en har vært oppe i en vanskelig situasjon tror jeg det er viktig at man får anledning til å snakke om det rett etterpå slik at man får luften det man har følt.</i> <i>Det er viktig at vi bruker oss selv på det vi er gode på og at vi får positiv feed back for det. Viktig at også leder tilrettelegger i forhold til dette slik at man får mulighet til å drive med det en er god på. Viktig å få brukt sin kompetanse, og at vi utfyller hverandre, drar hverandre opp og gir tilbakemeldinger.</i>

Samstilling av teori, forskning og data fra studien:

Her søkes det å sammenfatte og sammenstille de funn teorilesningen, forskning og studiens data ga av svar på forskningstemaet; sykepleierens utfordringer og muligheter i demensomsorgen. For ordens skyld blir hvert tema, sykepleierne valgte å snakke om, søkt belyst fra de tre perspektivene, der dette er mulig gjennom det materiale som foreligger i denne studien.

1. Lavstatus å ha sitt arbeid i eldreomsorgen

- Generelle holdninger til eldre i samfunnet er lav.
- Dårlig økonomi i kommunene og utbredt bruk av ufaglærte.
- Sykepleierne mangler støtte fra legestanden i sykehjemmene.
- Sykepleiere må bli tydeligere på hva de arbeider med.
- Manglende kunnskap i befolkningen om det arbeidet som skjer i eldreomsorgen.

Disse funnene bekreftes gjennom Helse og Sosialdirektoratets omsorgsplan 2015 ”*Glemsk, men ikke glem*” (2007). Det samme gjør Kari Martinsen når hun hevder at; omsorgen til pasienter med dårlig prognose, gir lav prestisje og er lite attraktive arbeidssteder og ved å solidarisere seg med disse gruppene, risikerer omsorgsarbeiderne å tape prestisje umiddelbart (jf. s.24)

Det kan synes som at det er en tvetydighet i datamateriale når det gjelder denne påstanden. Sykepleierne hevdet at de ble møtt med holdninger om at det ikke ga noen status å arbeide i demensomsorgen, men de opplevde ikke dette selv. Samtidig hevdet de det ga mer status å arbeide i en skjermet enhet enn i vanlig sykehjem. Grunner de oppga følger av neste tema som dreier seg om muligheter i en skjermet enhet.

2. Muligheter i en skjermet enhet

- Sykepleierne så større muligheter i en skjermet enhet enn i sykehjemmene og i hjemmesykepleien.
- Bedre bemanning
- Bedre tid til hver enkelt pasient.
- Muligheter til å verne og trygge pasientene.
- Større muligheter for å drive helhetlig sykepleie.
- Flere muligheter i inne og utemiljø.
- Ikke like utsatte for skuffelser. Ingen behandlingsmål. Palliative omsorgsmål.

Av disse funnene kan det synes som at det å få gi *helhetlig* omsorg, det å ha tid og muligheter sammen med pasienten ble sett på som viktig i ens yrke som sykepleier. Den siste uttalelsen om at en ikke er like utsatt for skuffelser ble stilt som et retorisk spørsmål.

Det ble ikke i samme grad som de andre punktene bekreftet av majoriteten men heller ble det en undring over om det kanskje kunne være noe i det.

3. Krav til sykepleiere

- Være psykisk opplagt, ha en positiv innstilling, være tålmodig, kunne gi av egen person, kunne samarbeide, forstå og kunne uttrykke følelser, tåle skuffelser, ha høy toleranse for angst og uro hos pasienten.
- Kunne signalisere trygghet gjennom samtale og kroppsspråk, ha humoristisk sans og kunne prioriter oppgaver til pasientens beste.
- Kunnskaper om etisk refleksjon, geriatri generelt og demens spesielt, kunne noe om takling av utfordrende atferd.
- Se personen helhetlig, særlig gjøre seg kjent med pasientens tidligere liv og roller.
- Være god på samarbeid med kollegaer og kunne si i fra om uverdige forhold på en saklig måte.
- Være rollemodeller for studenter og annet personell.
- Hjelpet annet personell med å prioritere riktig og kunne strukturere dagen.
- Ha en realistisk innstilling til måloppnåelse og kunne glede seg over ”de mange små positive hendelser”

Av disse punktene kan det synes som at gode holdninger og handlinger igjen påpekes som essensielle i demensomsorgen. Sykepleieres ulike funksjonersområder kommer også frem. Det være seg sykepleier som pasientens talsmann, lederrolle i personalgruppen og rollemodell for annet personell. Samtidig har hun et ansvar for pasienters, kollegers og egen mentale helse. Dette kan også sees i et etisk perspektiv hvor et humanistisk/ holistisk menneskesyn synes å skinne igjennom. Som Wackerhausen forklarte, dannes profesjonsidentiteten i høy grad gjennom imitering av andre yrkesutøvere i praksisfeltet. Sykepleierne i egen studie oppfattet også sin rolle som modeller for annet helsepersonell som viktig.

Det kan synes som at personlige egenskaper som åpenhet, tålmodighet, empatisk evne, standhaftighet, evne til å reflektere, selvsikkerhet, vilje til å lede, engasjement og pågangsmot er spesielt viktig for en sykepleier i demensomsorgen. Dette kan sees i lys av de utfordringer de mener de står ovenfor i sitt arbeid. De ser at pasientene trenger deres fagkunnskaper og personlige engasjement samtidig som de opplever å arbeide i små personalgrupper, hvor de ofte er alene sykepleiere, i perioder er det mange sykemeldinger og utstrakt bruk av ufaglærte vikarer.

4. Behov hos den demente

- Skjerming, trygghet, tillit, tilpassede forventninger og krav.

- En observant pleier som ser bakenforliggende årsaker til utfordrende atferd.
- At noen ser tilleggsymptomer som depresjon eller somatisk sykdom.
- En meningsfull hverdag hvor mestringsfølelse, verdighet og velvære blir i varetatt.
- Hjelp til å bevare identitet gjennom at noen gjør seg kjent med livshistorien.
- Normalisering, sansestimulering og angstdemping.

Sykepleierne nevner ikke bare de grunnleggende behovene men også at det å ha en meningsfull hverdag og bli sett på med verdighet er viktig. Dette synet på menneskets verdighet på tross av funksjonsvikt stemmer bra med sykepleieteoretiker Kari Martinsen's påpeking av menneskets ukrenkelige verdighet.

Fokusgruppen viste under alle tre intervjuene stor empati med pasientgruppen gjennom ikke én eneste gang å kalle noen pasient for vanskelig og gjennom rørende fortellinger hvor de oppviste forståelse for deres eksistensielle lidelse.

5. Utfordringer

- Mye bruk av unge, ufaglærte pleiere.
- Negative medarbeidere som tar med seg egne problemer på jobb.
- Små arbeidsgrupper hvor sårbarheten for kritikk er stor.
- Enkelte må stadig "dra lasset" og må ta de "vanskelige situasjoner".
- Ikke å bli sett av kollegaer og ledelse for det en er flink på.
- Mangel på måloppnåelse. Det er ikke alltid man kommer noen veg, og man må overlate oppgavene til spesialist helsetjenesten.
- Slitsomt med gjentakelser, mangel på språkforståelse, utagerende atferd hos pasientene.

De fem første punktene i sammenfatningen kan være et utslag av lokale forhold, slik moderator oppfatter det. Stemningen under samtalene omkring dette temaet kunne tyde på dette. Likevel kan problematikken kunne være relevant også for andre. De to siste punktene vil nok gjelde mer generelt i demensomsorgen når en tar i betraktning hvilke svikt sterkt demente etter hvert får.

De to siste punktene ble ikke viet samme grad av oppmerksomhet som de overstående. Dette kan være et utslag av en moralsk holdning om at pasientene ikke selv er skyld i sine handlinger pga sykdom. Likevel, hvis en ikke opplever å lykkes i sitt arbeid, er faren for utbrenning stor, større jo lenger det er mellom gangene man opplever å lykkes, hevder Strand. Jobben må være noe mer enn bare viktig for at man skal trives. "Den bør være spennende, lystbetont, interessant – slik at man utvikles – gis mulighet til både utfordring og mestring" (Strand 2007: 10). Dette understøttes også av Herzbergs motivasjonsteori som sier at vedlikeholdsfaktorer som lønn, fysiske arbeidsforhold,

prinsippet om (policy) – utforming, ledelse og forhold til medarbeidere avspeiler årsakene til manglende tilfredshet, mens motivasjonsfaktorer som jobbutforming, anerkjennelse og ansvar utgjør de vesenligste grunnene til at mennesker er tilfredse i jobbene sine.

6. Hvordan trives i demensomsorgen?

- Godt samarbeid mellom kollegaer og ledelse.
- Arenaer for diskusjoner og påfyll av fagkunnskap.
- Validering av ubehagelige følelser.
- Fleksibilitet hos ledelse. Få anledning til å gjøre det en er god på.
- Ressurser til å kunne skape et godt inne og utemiljø for pasienten.
- Personell som fyller kravene til sykepleie i skjermet enhet

Godt fysisk og psykisk miljø, godt forhold til leder og muligheter for faglig utvikling er faktorer som også ble nevnt i Sosial og helsedirektoratets rapport ”*Glemsk, ikke glemt*”, som betydningsfullt for å beholde kvalifisert personell. I tillegg til dette mener sykepleierne det er viktig å få validert ubehagelige følelser og kunne diskutere med kompetent personell. Når en tar i betraktning de krav sykepleierne stiller til seg selv om psykisk styrke og opplagthet, synes det naturlig at det ønskes et arbeidsmiljø som ivaretar de psykososiale behov hos pleierne.

Tabell 3. Datamateriale fra studien skjematisert fremstilt under fire hovedkategorier.

Datamateriale som ble sammenfattet gjennom de seks temaene kan videre klassifiseres under fire kategorier; personlige egenskaper, faglig kompetanse, institusjonelle forhold og samfunnsforhold. Dette er ulike dimensjoner som innbyrdes påvirker hverandre og individets opplevelse av sin arbeidssituasjon. Under personlige og faglige forhold illustreres de krav sykepleierne stilte til sin rolle som sykepleier i en skjermet enhet. Under de institusjonelle forhold belyses hva sykepleierne mente arbeidsplassen kunne bidra med for å bedre kvaliteten på tilbudet til pasientene. De samfunnsmessige forhold viser hva sykepleierne mente kunne være årsaker til at det ikke gir status å arbeide med eldre, hva de ser som utfordringer i fremtiden og hva som er positive forhold i tiden.

Muligheter og utfordringer i skjermet enhet			
Personlige egenskaper	Faglig kompetanse	Institusjonelle forhold	Samfunns forhold
Humanistiske verdier og holdninger. Holistisk syn på pasienten.	Generell sykepleie. Fordel med kunnskaper i psykiatri/geriatri	Nærhet og tillit til ledelsen. Bli sett for det en er god på.	Eldre bølgen. Demens på dagsorden.
Toleranse for angst og uro hos pasientene. Se personen bak sykdom/ alderdom.	Forståelse for demens som fenomen og lidelse.	Arenaer for diskusjon av etiske dilemmaer og validering av følelser.	Sykepleierne må bli mer synlige på hva deres arbeidsoppgaver og roller er.
Være diplomatisk, kunne ta initiativ, og bidra til optimisme.	Kompetanse innen etikk, estetikk og kommunikasjon.	Muligheter for faglig påfyll. Fleksibilitet i arbeidsoppgaver.	Holdninger til eldre generelt og demente spesielt er lav.
Være pasientens talsmann. Påpeke og bidra til endring av uverdige forhold.	Kunne veiledning og samarbeid med annet personell.	Ansette og holde på kvalifisert personell.	Liten støtte i legestanden. Vedlikeholds omsorg.

Av denne tabellen kan en se at humanistiske verdier og menneskesyn blir vektlagt, både når det gjelder de krav sykepleierne stiller til seg selv og hva de ønsker seg av institusjonen og samfunnet generelt. For å kunne virkeliggjøre de humanistiske verdier som å se pasienten helhetlig og likeverdig viser de til en fenomenologisk- hermeneutiske forståelse og metode. Dette vises gjennom at de fremhever betydningen av å forstå, ikke bare demens som symptom, diagnose eller prognose, men som fenomen og lidelse.

At de ønsker seg arenaer for faglig diskusjon viser at de ikke ser seg som ferdig utlærte, men er ydmyke for virkelighetens kompleksitet. Kunstdimensjonen kan en tydelig ane gjennom at de ønsker kunnskaper innen etikk, estetikk og kommunikasjon.

Et annet aspekt det er mulig å lese ut av denne tabellen er påpeking av kritikkverdige forhold i samfunnet, som lav holdning til eldre og liten støtte hos legestanden. Sykepleierne ga seg selv noe av skylden for dette, gjennom at de mente de ikke er tydelige nok på sin rolle som sykepleiere.

Kapittel 9. Oppsummering / konklusjon

Studien åpnet bredt gjennom de åpne og lite spesifikke begrepene *utfordringer* og *muligheter*, derfor synes det naturlig å reflektere noe over disse begrepene.

Utfordringer og muligheter

Om noe oppleves som en mulighet eller en utfordring vil komme an på øynene som ser. Det den ene ser som en mulighet til forandring, kan en annen oppleve som noe negativt og utfordrende. Ordet *utfordring* kan oppfattes både som noe vanskelig og som noe engasjerende. Det samme kan sies om ordet *mulighet*, det kan også bety flere ting. Det kan oppfattes moralsk, som noe en bør gjøre, eller det kan oppfattes som et gode, noe en kan oppnå. Dette gjør det noe vanskelig å plassere sykepleiernes uttalelser om forskningstemaene under et av disse begrepene / kategoriene.

Under intervjuene ble det stilt oppfølgingsspørsmål slik at det skulle bli tydelig om utfordringer eller muligheter ble oppfattet som noe henholdsvis negativt eller positivt. Sykepleierne kunne for eksempel si at det var utfordrende når de ikke klarte å roe pasientene, men samtidig påpeke at det var spennende å lete etter årsaker til uroen. Her kan en se at det som oppleves som utfordrende også kan bety en mulighet og gi motivasjon til å avdekke det som er skjult, for eksempel bak symptomene.

Et annet ord som viser kompleksiteten i den sosiale virkelighet er begrepet *mening*. Sykepleierne kunne for eksempel utrykke at de opplevde det som psykisk slitsomt å måtte gjenta sine svar til pasienter som glemmer svært fort. De kunne utrykke at det til tider opplevdes meningsløst eller nytteløst, samtidig som de hevdet det ga mening å hjelpe et menneske i eksistensiell fortvilelse over at ting ikke lengre gir mening, eller er begripelig.

Hvordan øke statusen ved å ha sitt arbeid i demensomsorgen?

Den underliggende motivasjonen for denne studien var, som tidligere nevnt, Sosial og helsedirektoratets uttalelse om at det gir liten status å ha sitt arbeid i eldreomsorgen. Sykepleierne bekreftet at de ble møtt med slike holdninger hos helsepersonell i den behandlende sektor i helsevesenet. Likevel kunne det synes som at de var stolte av sin rolle som sykepleiere i demensomsorgen.

Sykepleiernes refleksjoner over muligheter og utfordringer i demensomsorgen ga en indikasjon på hvilke forhold som vil kunne virke inn på statusen og interessen ved å arbeide som sykepleier i demensomsorgen generelt og i en skjermet enhet spesielt. Inntrykket etter studiens avslutning var at

de største forandringmulighetene lå på det institusjonelle plan, gjennom nærhet til leder, arenaer for refleksjoner rundt etiske dilemmaer og validering av følelser/ opplevelser, faglig oppdatering og fleksibilitet i arbeidsoppgaver. Dette mente de ville virke inn på yrkesidentiteten og gruppetilhørigheten til den enkelte sykepleier via dannelsen av felles holdninger og kunnskaper. I forhold til samfunnet generelt, nevnte de betydning av at sykepleiere tydeliggjør sin rolle og sine arbeidsoppgaver ovenfor andre yrkesgrupper. Økt kunnskap om demens som fenomen og lidelse i befolkningen generelt, og bant helsepersonell spesielt, mente de ville kunne bidra til endrede holdninger til demente. Som tidligere nevnt, satses det i dag på å øke kunnskapen om demens blant helsepersonell. Dette ser ut til allerede å være godt i gang ved at 150 kommuner og 5.000 ansatte har tatt i bruk demensomsorgens ABC.

Konklusjon

Helhetsinntrykket av studien er at sykepleierne opplever å ha et krevende, men engasjerende og meningsfullt arbeid. De virker stolte av sitt yrke, men uttrykker at de ikke opplever å ha samme status som dem som arbeider i behandlende sektorer med legestanden bak seg. Sykepleierne var samstemte i sine meninger om at et godt arbeidsmiljø, og muligheter til fagutvikling, var vesentlig for å unngå utbrenning og flukt fra yrket. Forslag til rekrutteringstiltak kom ikke direkte frem, men det ble nevnt forhold som kunne øke mulighetene for at flere kunne tenke seg å arbeide med eldre, gjennom holdningsendringer i samfunnet generelt. Sykepleierne viste en tro på at dette ville kunne la seg gjøre, da den fremtidige "eldrebølgen" har fått politikere til å sette eldre på dagsorden, og prioritere gruppen i større grad enn tidligere.

Videre forskning

Som et forslag til videre forskning foreslås et større utvalg med flere skjermede enheter, og at temaene er færre enn i denne studien. Da vil dybdeperspektivet bli bedre ivaretatt og utslag av lokale forhold bli mindre.

Et funn i studien det kunne ha vært interessant å studere nærmere, var de krav til psykisk helse sykepleierne mente var nødvendig å ha i omsorgsarbeidet til demente. Flere nevnte at arbeidet kunne være psykisk krevende. De hevdet det var viktig, for å kunne yte god omsorg, at man har et psykisk overskudd.

*Tror det er viktig å ha det bra med seg selv, ha et overskudd og en følelse av å ha noe å gi...
Du må ha et godt forhold til kollegaer og kunne samarbeide.*

Det er tungt å se de sykeste som en ikke føler at en får hjulpet. Når du ikke får noen respons eller tegn på velvære...

Sykepleierne nevnte noen årsaksfaktorer og løsningsforslag som ville ha vært nyttig å belyse i større grad. Sykepleierne framhevet betydningen av å arbeide i et aktivt og ivaretaende fagmiljø, hvor etiske dilemmaer og følelser knyttet til opplevelser i arbeidshverdagen, kan drøftes og valideres, nærhet til leder og fleksibilitet i arbeidsoppgaver. Kan det være at noe av grunnen til stort sykefravær, og problemer med å få rekruttert nok kvalifisert helsepersonell, kan ligge i mangel av et tilfredsstillende ivaretaende arbeidsmiljø? Om dette er tilfelle eller ikke for skjermede enheter generelt, sier ikke denne studien noe om. Sykepleierne kritiserte ikke forholdene på egen arbeidsplass, men påpekte hva de mente var viktig for jobbtilfredshet.

Det kunne vært interessant å studere sykepleiernes jobbtilfredshet i forhold til Herzberg's "Two-factor theory". Som denne teorien viser skal det noe mer til enn at "hygiene faktorer" er tilfredsstillende ivaretatt, for at folk skal bli motiverte og fornøyde med jobben sin.

Interessant kunne det også vært og sett på i hvilken grad Sandeland og Buckner's fire egenskaper, sider ved objekter og situasjoner som har potensial til å fremkalle estetiske opplevelser, er til stede i skjermede enheter.

Disse er som tidligere beskrevet, klare grenser, dynamisk tensjon, utviklingshistorie og uforløst potensial.

Litteratur (referanseliste)

- Antonovsky, A. (1987). Oversatt av Reitzels, H. (2000). *Helbredets Mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag
- Barbosa da Silva, A. (2006). *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Brody, H., Draper, H. & Low, L - F. (2003). Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work. *Journal of Advanced Nursing*. (44)6, 583- 590.
- Chenoweth, L., Jeon, Y - H. & Merlyn, T. (2008). Attracting and retaining nurses in aged and dementia care: A systematic literature review. *Dementia Collaborative Research Center - Assessment and Better Care Outcomes*. Lokalisert 4.november 2009
[http://www.dementia.unsw.edu.au/DCRCweb.nsf/resources/Products/\\$file/NRR1_Web+Summary.pdf](http://www.dementia.unsw.edu.au/DCRCweb.nsf/resources/Products/$file/NRR1_Web+Summary.pdf)
- Edvardsson, D., Sandman, P-O., Nay R. & Karlsson, S. (2008). Predictors of job strain in residential dementia care nursing staff. *Journal of Nursing Management*. (17)1, 59-65.
- Edwards, D. & Barnard P. A. (2003). A systematic review of stress and stress management. Interventions for mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing*. (42)2, 169-200.
- Egidius, H. (1996). *Psykologisk leksikon*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2006). *Demens Fakta og utfordringer. En lærebok*. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse. Nasjonalt kompetansesenter for demens.
- Finnema, E., Dröes, R. M., Ettema, T., Ooms, M, Adèr, H., Ribbe, M., et al. (2005). The effect of integrated emotion- oriented care versus usual care on elderly persons with dementia in the nursing home and on nursing assistants: a randomized clinical trial. *International journal of geriatric psychiatry*. (20)4, 330-43
- Fritsch, T., Kwak, J., Grant, S., Lang, J., Montgomery, R. R. & Basting, A. D (2009). Impact of TimeSlips, a Creative Expression Intervention Program, on Nursing Home Residents with Dementia and their Caregivers. *The Gerontologist*. Washington. (49)1,11-117
- Gadamer, H-G (2003). *Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oversatt av Jordheim, H. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Haag, M., Hofman, A., Koudstaal, P., Stricker, B. & Breteler, M. (2009). Stains are associated with a reduced risk of Alzheimer disease regardless of lipophilicity. The Rotterdam Study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. (80)1, 13-17.
- Haesler, E. J., Nay, R., O'Donnell, M. H. & McAuliffe, L. P. (2007). Effectiveness of staffing models in residential/ subacute/ extended aged care settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 2.

- Haugsgjerd, S., Jensen, P. & Karlsson, B. (1998). *Perspektiver på psykisk lidelse. En innføring for helse og sosialfagene*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Haukedal, W. (2008). Arbeidsmotivasjon i estetisk perspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforskning* (45)3, 258-264.
- Helse- og Omsorgsdepartementet. St. meld. nr.25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening*. Lokalisert 5. april 2009
<http://www.regjeringen.no/nb/sok.html?epslanguage=NO%2cNO&quicksearch=stortingsmeldinger>
- Helse - og Omsorgsdepartementet. Del plan til Omsorgsplan 2015. *Den gode dagen*.
- Helse- og Omsorgsdepartementet. Pressemelding, 12.08 2009. Nr. 46/09. Lokalisert 17. oktober 2009
<http://www.regjeringen.no/Helse-ogomsorgsdepartementet/Presenterer/pressemeldinger>
- Henderson, V. Oversatt av Mørland, I. (1990). ISN. *Sykepleiens grunnprinsipper*. Norsk Sykepleier Forbund. Fagserie: 4/86.
- Herzberg, F. (2003). *One more time: how do you motivate employees?* Boston, Massachusetts: Harvard Business Press.
- Hummelvoll, J. K. (2003). *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hummelvoll, J. K. (1997). *Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hummelvoll, J. K. (2008). The multistage focus group interview. A relevant and fruitful method in action research based on a co-operative inquiry perspective. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*. (10)1, 3-14.
- Kirkegaard, S. (1844). *Begrepet angst*. Oversatt av: Johansen, K.(2005) Oslo: Forlaget oktober as.
- Kvale, S. (2007). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lu, H., While, A. E. & Barriball, K. L. (2005). Job satisfaction among nurses: a literature review. *Int J Nursing Stud.* (42)2, 211-27
- Malterud, K. (2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget
- Martinsen, K.(1993). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Tano A.S.
- Sosial og Helsedirektoratet. (2007). *Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens*. Oslo: Sosial og Helsedirektoratet.
- Strand, L. (2000). *Mental ernæringsbok for sykepleiere. Stille døgn i Bethesda*. Oslo: Universitetsforlaget

- Thornquist, E. (2006). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget
- Travelbee, J. Oversatt av Thorbjørnsen, K. M. (2005) 4.opplag. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Visser, S. M., McCabe, M. P., Hudgson, C., Buchanan, G., Davison, T. E. & George, K. (2008). Managing behavioural symptoms of dementia; effectiveness of staff education and peer support. *Aging & mental health*. (12)1, 47- 55.
- Wackerhausen, S. (2002). *Humanisme, professions identitet og uddannelse- i sundhedsområdet*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Zahavi, D..(2001). *Husserls fenomenologi* 2. utg. København: Dan Zahavi & Gyldendal
- Zahavi, D. (2003). *Fenomenologi*. København: Roskilde Universitetsforlag.
- Zimmerman, S., Williams, C. S., Reed, P. S., Boustani, M., Preisser, J. S., Heck, E. & Sloane, P. D. (2005). Attitudes, stress and satisfaction off staff who care for residents with dementia. *The Gerontologist*. (45)1,96-105

VEDLEGG NR 1.

Heidi Støkket
2411 Srandbygda
Tlf. 92227442
E-post: heidi@stokket.no

Søknad om gjennomføring av forskningsprosjekt

I min master oppgave i psykisk helsearbeid ønsker jeg å gjennomføre en kvalitativ studie gjennom flerstegs- fokusgruppe intervju med sykepleiere ved skjermet enhet. Forskingen er ment å være praksisnær og handlingsorientert.

Inklusjonskriterier vil være at de har arbeidet sammenhengende i minst et år som sykepleiere i en skjermet enhet for demente.

Hensikten med studiet er å belyse hva sykepleiere i en skjermet mener er utfordringer og muligheter når det gjelder å imøtekomme pasienters behov for sykepleie.

Intervjuene vil vare i ca 1.5 time pr. gang. Den samme gruppen samles tre ganger med 14 dagers mellomrom.

Samtalene vil delvis bli styrt gjennom en semistrukturert intervjuguide med fem hovedtemaer. Disse blir stilt som spørsmål til den enkelte informant:

- 1. Hvordan opplever du det er å jobbe som sykepleier i en skjermet enhet?**
- 2. Hva opplever du er de viktigste behovene for sykepleie hos pasienter på en skjermet enhet?**
- 3. Hvilke egenskaper hos personalet mener du er viktig for best å kunne gi kvalitativ god omsorg?**
- 4. Hvilke miljøterapeutiske tiltak vil kunne øke livskvaliteten for den demente?**
- 5. Hva tror du er viktige forebyggende tiltak for å unngå utbrenning hos personalet?**

Intervjuene blir tatt opp på bånd, men vil av anonymiseringsgrunner bli slettet når undersøkelsen er over. Deltagerne skriver under på taushetsløfte og alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og bearbeidet slik at ingen enkeltperson blir gjenkjent når resultatene presenteres.

Prosjektet godkjennes og følges opp av Høgskolen i Hedmark.

Elverum.....

Vennlig Hilsen Heidi Støkket.

VEDLEGG NR 2.

Telefon: 92227442
E- post: heidi@stokket.no

Forespørsel om deltagelse i et forskningsprosjekt ved skjermet enhet.

Undertegnede har søkt om å gjennomføre et forskningsprosjekt som går ut på å kartlegge hva personell ved en skjermet enhet for mennesker med demens mener er muligheter og utfordringer i sitt arbeide.

Vi blir mellom seks og ni deltagere, to evt. tre sykepleiere fra hver gruppe, som møtes til samtale rundt noen utvalgte temaer. Disse temaene blir stilt som spørsmål vi i fellesskap forsøker å besvare så godt vi kan. Disse spørsmålene er

Det blir holdt tre møter på rundt en og en halv time. Alle synspunkter, erfaringer og ideer er like viktige og nyttige. Det er meningen at det skal være en hyggelig og utviklende stund for alle. For å lette stemningen serveres det noe godt til kaffen og vi småprater litt det første kvarteret.

Forskningsprosjektet blir fulgt opp og godkjent av Høgskolen i Hedmark. Vi vil også få med oss en representant fra skolen ved første møte.. Dennes funksjon vil være å støtte oss i prosessen mot et fruktbart og fokusert samarbeid.

For at forskningen skal bli mest mulig korrekt er det nødvendig at samtalene blir tatt opp på bånd, men denne vil umiddelbart bli slettet etter at studiet er ferdig. Dette er jeg pålagt av hensyn til personvern. Etter samtalene vil jeg sammenslutte funnene våre i en rapport som godkjennes av skolen før den offentliggjøres.

Alle data vil bli anonymisert og konfidensielt behandlet slik at ingen enkeltperson skal kunne gjenkjennes. Alle deltagerne må skrive under på et taushetsløfte.

Deltagelsen er helt frivillig og det er opp til den enkelte når en vil trekke seg og om ens synspunkter skal være med.

Takker på forhånd for at du vil dele dine tanker og erfaringer omkring omsorg for personer med demens.

Elverum....

Vennlig Hilsen Heidi Støkket.