



UiT Norges arktiske universitet

Institutt for barnevern og sosialt arbeid

Hindre for å realisere personsentrert omsorg på norske sykehjem.

En kvalitativ studie av pleiepersonalets opplevelse med å yte omsorg.

Anna Gundersen

Masteroppgave i sosialt arbeid, SSO-3900

Mai 2023



# Forord

Da er dette to års masterstudiet snart ved veis ende: Det har vært en spennende, utviklende og arbeidskrevende reise!

Først vil jeg takke min arbeidsgiver RVTS Nord for tilrettelegging og støtte gjennom hele studieløpet.

Jeg vil også sende en stor takk til min veileder Walter Schönfelder. Takk for tiden du har brukt på meg, for tydelige tilbakemeldinger og nyttige innspill!

Takk til Kent, min kjære mann som jeg også kan diskutere fag med. Takk for støtte og korrekturlesning. Takk til min fine Miliam som har dratt meg ut av masterbobla, og krevd leketid. Nå er mamma snart ferdig med de evigvarende leksene! Takk til Neo som trofast har holdt meg med selskap under alle digitale undervisninger, lesing av pensum, eksamener og skriving av masteroppgave. Du har snart en «hundegrad» i sosialt arbeid! Dine krav om tur har også bidratt til nødvendige avbrekk, og nye refleksjoner.

Takk til Solbjørg for våre diskusjoner om eldreomsorg, og til Marlene for gjennomlesning, delte refleksjoner og innspill. Takk til alle dere som har heiet meg frem, som delte informasjon om studien og bisto med hjelp til å rekruttere deltakere. Edel, din hjelp var gull verdt!

Og sist, men ikke minst, takk til pleierne som stilte som deltakere i denne studien. Det var utrolig spennende å få et innblikk i deres verden. Uten dere hadde ikke denne studien blitt det samme!

Tromsø 12.05.23

Anna Gundersen

## Sammendrag

Formålet med oppgaven er å undersøke barrierer i dagens praksis for innføring av faglige anbefalinger om personsentrert omsorg, ut fra perspektivet til pleiepersonalet.

Problemstillingen er: *Hvilke forhold er til hinder for å realisere faglige anbefalinger for personsentrert omsorg for eldre i det praktiske omsorgsarbeidet på sykehjem?* Data er samlet gjennom semistrukturerte intervju med seks pleiere, og analysert gjennom tematisk analyse. Mine funn er så drøftet opp mot McCormack og McCance (2010) sin praksismodell for personsentrert omsorg og Kitwoods (1999) filosofi om omsorg for mennesker med demens.

I mitt datamateriale identifiserte jeg fem tema som egner seg å belyse problemstillingen. Disse var 1) rammebetingelser for omsorgspraksis, 2) pleiernes oppfattelse av det faglige arbeidet, 3) ivaretagende strukturer rundt pleierne, 4) pleiepersonalet må være egnet til jobben og 5) pleiernes opplevelse av involvering og medbestemmelse. Deltakerne opplever mangel på tid og ressurser som gjør at omsorgspraksisen i hovedsak handler om å dekke grunnleggende fysiologiske behov. De opplever lite faglig styring av arbeidet. Deltakerne etterlyser mer krav og tilrettelegging fra arbeidsgivers side for å delta på kurs og kompetanseheving. Også opplæringen av nyansatte er mangelfull og preges av tilfeldigheter. Samlet gjør dette at ansatte kan mangle nødvendig kompetanse for arbeidet. Jobben er krevende både fysisk, psykisk og emosjonelt, likevel omgis pleierne av få ivaretagende strukturer. Dette medfører at pleierne viser utbrenthetssymptomer, blir syk eller finner seg annet arbeid. Alle deltakerne var opptatt kollegaer som ikke egner seg til jobben på bakgrunn av deres verdier og holdninger til eldre og arbeidet, manglende kompetanse og språkutfordringer. Deltakerne opplevde at faglige mål ble dominert av styringsmål, og de ble i liten grad involvert i beslutninger som angår dem. De overnevnte forhold er hindre for at omsorgspraksisen ikke er mer i tråd med faglige anbefalinger om personsentrert omsorg, og kan gjøre det vanskelig å innføre en slik omfattende faglig modell i dagens praksis.

Forord .....	ii
Sammendrag.....	iii
1 Innledning .....	1
1.1 Bakgrunn for tema.....	1
1.2 Forsknings spørsmål.....	3
1.3 Temaets sosialfaglige relevans.....	3
1.4 Oppgavens videre oppbygging.....	4
2 Kunnskapsgrunnlag .....	5
2.1 Lovverk som regulerer eldreomsorgen i Norge .....	5
2.2 Beboere, ansatte og arbeidsmiljø på sykehjem .....	6
2.2.1 Beboere på sykehjem.....	6
2.2.2 Kjennetegn på pleierne .....	6
2.2.3 Arbeidsmiljøutfordringer på sykehjem.....	7
2.3 Hvorfor personsentrert omsorg? .....	8
2.3.1 Betydning av styring og ledelse for personsentrert omsorg .....	9
3 Teoretisk rammeverk .....	10
3.1 Personsentrert forståelse av omsorg.....	11
3.2 Rammeverk for personsentrert omsorg i praksis .....	12
3.2.1 De overordnede forutsetningene .....	12
3.2.2 Det psykososiale omsorgsmiljøet.....	12
3.2.3 Den personsentrerte omsorgspraksisen .....	13
3.2.4 Utfall.....	13
4 Metode .....	14
4.1 Undersøkelsens design .....	14
4.1.1 Utvalg .....	14
4.1.2 Rekruttering av deltakere.....	15

4.1.3	Semistrukturerte intervju og intervjuguide.....	16
4.1.4	Gjennomføring av intervju .....	18
4.1.5	Transkribering av intervju .....	19
4.2	Forskningsetikk .....	20
4.2.1	Potensielle bias i utvalget: .....	21
4.3	Reliabilitet og validitet .....	21
4.4	Analyse og tolkning av data.....	22
4.4.1	Tematisk analyse.....	22
5	Empiri og drøfting .....	24
5.1	Rammebetingelser for omsorgspraksis.....	24
5.1.1	Hvordan påvirkes omsorgspraksisen av pleierens opplevelse av tidspress? .....	24
5.1.2	Hvordan påvirkes omsorgspraksisen av pleierens egenskaper? .....	30
5.2	Pleiernes oppfattelse av det faglige arbeidet.....	32
5.2.1	Betydning av lederens nærhet til livet på avdelingen .....	32
5.2.2	Ansattes kompetanse, en barriere mot å realisere faglige mål? .....	35
5.2.3	Opplæringen av nyansatte, en barriere for arbeid mot faglige mål? .....	37
5.2.4	Hva er god nok omsorg?.....	41
5.3	Ivaretakende strukturer rundt pleierne.....	42
5.3.1	Hvordan påvirkes pleierne av jobben? .....	43
5.3.2	Hva er konsekvensene av manglende ivaretakende strukturer? .....	45
5.4	Pleiepersonalets egnethet til jobben .....	47
5.4.1	Pleiernes verdier, holdning og motivasjon .....	48
5.4.2	Pleiepersonalet må ha kunnskap for å kunne utføre jobben .....	53
5.4.3	Hvordan påvirker manglende språkkunnskap omsorgspraksisen? .....	55
5.5	Pleiernes opplevelse av involvering og medbestemmelse.....	57
5.5.1	Verdier på kollisjonskurs? .....	58

5.5.2	Administrasjonen og politikeres innsikt i livet på sykehjem.....	60
5.5.3	Pleierne føler seg maktesløse i å forbedre situasjonen.....	61
5.5.4	Hvor ligger lojaliteten til avdelingsleder? .....	64
5.5.5	Pleienes opplevelse av lojalitetspress .....	65
5.5.6	«Vi er de heldige» .....	68
6	Konklusjoner .....	69
	Referanseliste .....	75
	Vedlegg.....	82

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for tema

Eldre har alltid vært av faglig interesse for meg. Før jeg ble sosionom jobbet jeg som hjelpepleier på sykehjem og i hjemmetjeneste. Da jeg var ferdig utdannet sosionom søkte jeg jobb i eldreomsorgen, men fikk ikke innpass med sosionomutdannelsen min. Begrunnelsen var at min profesjon ikke var helsefaglig. I min nåværende jobb på Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har jeg igjen fått mulighet til å ta opp min faglige interesse for eldre. Jeg jobber nå med tjenestestøtte og fagutvikling knyttet til vold, overgrep og omsorgssvikt i møte med voksne og eldre.

I nåværende arbeid ble jeg kjent med den nasjonale tverrsnittstudien om vold, overgrep og forsømmelser på sykehjem (Botngård et al., 2020). I denne studien rapporterte 60,3% av pleierne om selvutførte handlinger av vold, overgrep og forsømmelser, mens 76% rapporterte at de hadde sett en kollega utføre slike handlinger i løpet av siste år. Handlinger av psykiske overgrep og forsømmelser var de mest rapporterte hendelsene, både selvutført og noe de hadde observert kollegaer utføre. De vanligste psykiske overgrepene var å snakke nedlatende til beboer og kjeft på beboer. De vanligste forsømmelsene var å ikke utføre tannpleie, ignorere beboer som ringer på, bevisst utsette pleie, samt nekte beboer å bruke alarmen. Det er ikke undersøkt handlinger eller forsømmelser knyttet til sosiale eller åndelige behov i studien.

Andre studier viser også at det å utelate helse- og omsorgsoppgaver er vanlig på sykehjem (Andfossen et al., 2021; Olsen et al., 2023). Oppgavene som utelates er knyttet til både fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov (Andfossen et al., 2021). Olsen et al. (2023) finner at oppgaver knyttet til psykososial omsorg og dokumentasjon er de som oftest utelates. Beboere forteller at omsorgen de mottar kan være mangelfull, og ikke i samsvar med deres behov (Nygaard et al., 2022). Uansett intensjoner bak handlinger kan en anta at hendelser beskrevet i disse studiene kan ha potensiale til å påføre den eldre utrygghet, frykt eller skade.

Når eldre personer flytter på sykehjem er det fordi deres omsorgsbehov er så stort at de ikke lenger kan få nødvendige og forsvarlig helse- og omsorgstjenester hjemme (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Derfor er eldre som bor på sykehjem de som er mest skrøpelig og sårbar, og mest avhengig av omsorg fra andre for å leve et godt liv (Næss et al., 2013).

Omsorgsforsømmelser i norsk eldreomsorg, både på institusjon og i de eldres egne hjem har i skrivende stund blitt satt på dagorden, spesielt på bakgrunn av NRK Brennpunkt (2023)



programmene «Omsorg bak lukkede dører». Programmene avdekket svikt i både hjemmebasert omsorg og på sykehjem. Med bruk av skjult kamera på et sykehjem avdekket de at den eldre som ble filmet ikke fikk tilfredsstillende omsorg og pleie. Personen tilbragte store deler av tiden alene eller i sengen. Hun fikk sjelden utført tannpuss, og det ble heller ikke skiftet bleie tilstrekkelig ofte. I programmet varslet to sykepleiere og en hjelpepleier om kritikkverdige forhold i organiseringen av tjenestene på sine respektive sykehjem.

Disse eksemplene står i stek motsetning til de politiske ambisjonene for norsk eldreomsorg. Å yte personsentrert omsorg er en nasjonal anbefaling for å gi helse- og omsorgstjenester av god kvalitet til eldre (Helse og omsorgsdepartementet, 2020; Helsedirektoratet, 2022; Meld. St. 15 (2017–2018)). Det blir også trukket frem som en av de viktigste forebyggende tiltak mot vold, overgrep og forsømmelser mot eldre på sykehjem (Helsedirektoratet et al., 2021; Malmedal, 2018). En helhetlig forståelse av omsorg er grunnlag for (Meld. St. 15 (2017–2018)) «Leve hele livet». Kvalitetsreformen beskriver en personsentrert tilnærming slik:

Å ivareta de eldre som hele mennesker, ikke bare deres sykdom og funksjonssvikt. Målet er at hvert enkelt menneske skal ta i bruk sine ressurser og opprettholde selvstendighet så langt som mulig. Det betyr å verdsette mennesket uavhengig av alder eller funksjonsevne. Den enkeltes livsfortellinger, verdier og ønsker skal danne utgangspunkt for helse- og omsorgstjenestens tilbud. Dette innebærer også å respektere og ta hensyn til språk, kultur og identitet (s.25).

I arbeidet med denne reformen ble manglende personsentrert omsorg trukket frem som en utfordring i omsorgstjenestene overfor eldre. I Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til mennesker med demens (Helsedirektoratet, 2019a) fremkom det at bare 40 prosent av kommunene arbeider med personsentrert omsorg på en systematisk måte. Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen (2018) finner at eldre blir tildelt helse- og omsorgstjenester uten at en i tilstrekkelig grad involverer brukerne, og uten at deres behov og ønsker er godt nok kartlagt. De påpeker også at en vet for lite om kvaliteten på eldreomsorgen som blir gitt.

Til tross for sterke føringer om å yte personsentrert omsorg viser disse studiene at omsorgen kan være mangelfull, ikke i samsvar med beboers ønsker og behov, og i verste fall skadelig.

Det er først og fremst ansvaret til pleiepersonalet å yte omsorg i praksis. Pleiernes oppfatning av god omsorg (Sandmoe et al., 2022) og deres rolleforståelse (Andfossen et al., 2021) vil

påvirke hvordan omsorgen utøves. Videre kan sykehjemets strukturer og organisering legge til rette eller være en barriere for at god omsorg finner sted (McCormack & McCance, 2010).

## **1.2 Forskningsspørsmål**

I dette prosjektet undersøker jeg pleiernes subjektive beskrivelse av egen omsorgspraksis og forhold som påvirker denne. Det hadde vært av stor interesse å inkludere ledere på sykehjem, samt administrativ og politisk ledelse i kommunen for å belyse problemstillingen fra flere aktørers perspektiv. Dette var imidlertid ikke mulig å gjennomføre innenfor rammen for en masteroppgave

Mitt forskningsspørsmål for denne studien er:

*Hvilke forhold er til hinder for å realisere faglige anbefalinger for personsentrert omsorg for eldre i det praktiske omsorgsarbeidet på sykehjem?*

Selv om mangler i norsk eldreomsorg etter hvert er godt dokumentert, er det lite forskningsbasert kunnskap tilgjengelig om hvorfor personsentrert omsorg ikke blir praktisert i norsk eldreomsorg. En studie har kartlagt lege, administrasjon og lederes erfaringer med innføring av personsentrert omsorg (Mjørud & Røsvik, 2022), men, så vidt meg bekjent, er ingen forskningsbasert kunnskap tilgjengelig som fokuserer på barrierer i dagens praksis for innføring av slik omsorgspraksis, ut fra perspektivet til pleiepersonalet. Med min undersøkelse vil jeg bidra med mer dybdekunnskap om dette temaet.

Benevnelse som eldre, beboere og mennesker med demens brukes om hverandre i denne oppgaven som beskrivelse av beboere på sykehjem. Pleiere og pleiepersonell i denne oppgaven er personell som jobber i direkte pleie og omsorg med beboere på sykehjem, uavhengig av yrkesbakgrunn.

## **1.3 Temaets sosialfaglige relevans**

I Norge er eldreomsorgen i stor grad en helsetjeneste med helserelaterte behov og pleiekompetanse i sentrum. Det jobber få sosionomer på sykehjem, og i eldreomsorgen i Norge. I motsetning til Norge, har land som Sverige og Finland organisert eldreomsorgen som en del av sosiale tjenester, og jobber i større grad for å gi integrerte tjenester (Schönfelder et al., 2020). En systematisk kunnskapsoppsummering har dokumentert positiv effekt av sosialt arbeid i tjenester for eldre, både med tanke på livskvalitet og kostnadseffektivitet (Rizzo & Rowe, 2016). Kravet til kompetanse for sosionomer i Norge er regulert i Forskrift om

nasjonal retningslinje for sosionomutdanning (2019). I forskriften omtales kunnskapen, ferdighetene og kompetansen sosionomen skal ha etter endt utdanning. Sosionomer kan blant annet bistå med å forebygge og mestre problemer knyttet til sosiale og helsemessige forhold, og samspillet mellom disse. Betydningen av levekår, sosial inkludering og aktiv deltakelse i ulike livsfaser er også et kunnskapsområde. Betydning av kommunikasjon, relasjon, samhandling og veiledning står også sentralt i kunnskapen, og skal gjenspeiles i sosionomenes ferdigheter. Alle disse kunnskaper og kompetanser er i høyeste grad relevante for å realisere ambisjonen om personsentrert eldreomsorg. Sosionomer representerer derfor en yrkesgruppe med et stort og ubenyttet potensial.

Det er godt kjent at vi er i en situasjon der vi får flere eldre i vårt samfunn, og samtidig færre ressurser til å ivareta eldreomsorgen (KS, 2021). Behovet for å finne nye løsninger for å møte personalutfordringene har blitt påpekt i flere offentlige styringsdokumenter for eldreomsorgen. I Demensplan 2025 (Helse og omsorgsdepartementet, 2020) påpekes kontinuerlig økende mangel på helsepersonell, samt behovet for å ta i bruk nye virkemidler i eldreomsorgen fremover. Det nevnes bl.a. å utnytte potensialet av tilgjengelige ressurser bedre, mer samhandling, og tenke nye løsninger. Kompetanseløft 2025 (Helsedirektoratet, 2021) er regjeringens plan for å beholde- og rekruttere personell til helse- og omsorgstjenester. I planen løftes behovet for mer kompetanse, behov for ulike helse- og sosialfaglige yrker, og mer tverrfaglige samarbeid. Sosionomer skal kunne planlegge, gjennomføre og lede koordinert og tverrprofesjonelt samarbeid (Forskrift om nasjonal retningslinje for sosionomutdanning, 2019). Sosionomene har kunnskap og ferdigheter som gjør at de også kan jobbe med eldre. Ansettelse av flere sosionomer kan derfor være en potensiell styrking av fremtidens eldreomsorg.

## **1.4 Oppgavens videre oppbygging**

I kapittel 2 gjennomgår jeg kunnskapsgrunnlaget for oppgaven. Herunder en kort innføring i statlige føringer for omsorgen på sykehjem gjennom lov og andre styringsdokumenter. Jeg gjennomgår også kjennetegn ved beboere og ansatte på sykehjem, og beskriver arbeidsmiljøutfordringer i tjenesten. Til sist gjennomgås aktuell forskning om personsentrert omsorg.

I kapittel 3 gjennomgås omsorgsfilosofien bak personsentrert omsorg, samt McCormack og McCance (2010) sin praksismodell for innføring av personsentrert omsorg.

I kapittel 4 redegjør jeg for hvordan jeg har gått frem for å innhente data til oppgaven, samt hvordan jeg har brukt tematisk analyse som analysestrategi av data.

I kapittel 5 redegjør jeg for funn av min tematiske analyse ved å benytte sitater fra deltakerne i studien. Jeg drøfter videre funn opp mot mitt teoretiske rammeverk.

I kapittel 6 trekker jeg konklusjoner av denne studien.

## **2 Kunnskapsgrunnlag**

I dette kapittelet gir jeg en kort redegjørelse for aktuelle lover og forskriftsmessige føringer for eldreomsorgen i Norge. Videre gir jeg en redegjørelse for hva som kjennetegner brukere, pleiere og arbeidsmiljø i sykehjem. Til sist redegjør jeg kort for hvorfor personsentrert omsorg er viktig, og hva forskning viser er effekter av personsentrert omsorg.

### **2.1 Lovverk som regulerer eldreomsorgen i Norge**

Lovverket styrer rettighetene til eldre som trenger omsorgstjenester. Det gir også et rettighetsgrunnlag for brukere når det gjelder å sikre kvalitet på tjenestene. Jeg vil kort gjennomgå myndighetenes krav og forskriftsmessige føringer for omsorgstilbudet i sykehjem.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) styrer i stor grad eldreomsorgen i Norge. Denne loven stadfester bl.a. at eldre skal motta helhetlige og koordinerte tjenester tilpasset egne behov.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) beskriver brukerens rettigheter i møte med helse- og omsorgstjenester. Den stadfester rettigheten til å medvirke, og at tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med brukeren.

Forskrifter gir utfyllende bestemmelser om en lov eller en paragraf i en lov. Flere forskrifter beskriver oppgavene til sykehjemmet og hvordan kommunene skal organisere tilbudet. De mest sentrale forskriftene i sykehjem er Forskrift for sykehjem m.v. (1988), Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003) og Verdighetsgarantiforskriften (2010).

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003) skal sikre at personer som mottar tjenester etter Helse- og omsorgstjenesteloven og Sosialtjenesteloven får ivarett grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. I § 3 angis hva som inngår i grunnleggende behov: Med dette menes blant annet at brukerne opplever respekt, at de kan være selvstendig og ta styring i eget liv, at

fysiologiske behov dekkes, at det tilrettelegges for sosiale behov som samvær med andre, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet, samt tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.

Forskrift for sykehjem m.v. (1988) regulerer heldøgns omsorg og pleie i sykehjem eller tilsvarende etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2. I henhold til forskriftens § 4-4 skal beboerne ha adgang til å dyrke sine interesser og forme sin tilværelse som de ønsker, og etter § 4-6 skal beboerne ha frihet til å leve i samsvar med sitt livssyn.

Verdighetsgarantiforskriften (2010) er en forskrift til Helse- og omsorgstjenesteloven og har som formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom. Etter § 2 skal mennesker som mottar helse- og omsorgstjenester sikres et meningsfullt liv der deres individuelle behov blir sett og ivaretatt. I henhold til § 3 skal selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel skal stå sterkt i utforming av tjenestetilbudet. Etter punkt c skal den enkelte kunne leve et så normalt liv som mulig.

## **2.2 Beboere, ansatte og arbeidsmiljø på sykehjem**

I denne delen beskriver jeg kjennetegn på beboere, ansatte og arbeidsmiljø ved norske sykehjem.

### **2.2.1 Beboere på sykehjem**

Ifølge Kirkevold (2023) utgjør langtidsplasser 77% av plassene på sykehjem. De fleste langtidsplassene er skjermede enheter for demente og somatiske avdelinger. I 2019 var 87% av beboerne over 67 år (Kirkevold, 2023). En studie fra 2017 viser at gjennomsnittlig alder ved innleggelse på langtidsplass var 84,1 år for menn og 86, 5 år for kvinner (Røen et al., 2017). Høy alder, demens, lave ferdigheter i å mestre daglige gjøremål (ADL-funksjon) og psykotiske symptomer er ofte årsak til innleggelse. Grad av pårørendebelastning har også sammenheng med innleggelse på sykehjem (Kirkevold, 2023). Helse og omsorgsdepartementet (2020) anslår at 84,3 % av beboere på sykehjem har demens.

### **2.2.2 Kjennetegn på pleierne**

Kvinner utgjør ca. 90% av arbeidsstokken på sykehjem (Tingvold & Fagertun, 2022). Det er ikke en bemanningsnorm på sykehjem (Førland & Rostad, 2019).

Det jobber ulike yrkesgrupper på sykehjem. Den høyeste andelen ansatte er pleie- og omsorgsarbeidere som utgjør 62%, etterfulgt av sykepleiere 15% og vernepleiere/sosialarbeidere 10% (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2021).

Rekruttering av kvalifisert personale har blitt fremhevet som en vedvarende utfordring for helse- og omsorgstjenestene. Dette gjelder i særlig grad sykepleiere og helsefagarbeidere (Helsedirektoratet, 2021; Rokstad et al., 2023).

### **2.2.3 Arbeidsmiljøutfordringer på sykehjem**

I rapporten om Arbeidsmiljø og helse (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2021) er sykehjem sammen med hjemmetjenester de mest belastede næringene på en rekke arbeidsmiljøfaktorer. Disse er bl.a. ubekvemme løft, høye emosjonelle krav, lav selvbestemmelse/jobbkontroll, vold og trusler, og uønsket seksuell oppmerksomhet. Sykehjem har også høyest forekomst av arbeidstakere som opplever et dårlig sosialt klima. Sykehjemsansatte rapporterer om høy forekomst av psykisk utmattelse etter jobb, muskel- og skjelettsmerter og arbeidsrelatert sykefravær. Det er en økning i antallet som opplever arbeidsrelaterte psykiske plager og psykisk utmattelse.

Andfossen et al. (2021) finner sammenheng mellom pleiernes opplevelse av stress, utbrenthet og dårlig helse, og økt forekomst av utelatt helsehjelp i sykehjem. Arbeidsrelatert utbrenthet er et resultat av kronisk stress som ikke er håndtert på en god måte. Det kjennetegnes av energimangel eller utmattelse, mental avstand til arbeidet, negative følelser eller kynisme knyttet til jobben, og redusert profesjonell effektivitet (World Health Organization, 2019). Høgsted (2023) beskriver utbrenthet som en utvikling over fem faser fra engasjement, til frustrasjon, til tilbaketrekking, apati og kynisme. Det er en tett sammenheng mellom utbrenthet og omsorgstrøtthet (*compassion fatigue*) (Zhang et al., 2018). Omsorgstrøtthet kan vise seg som manglende energi, utbrenthet, apati, ønske om å slutte i jobben, følelsesløshet, likegyldighet, dårlig dømmekraft, manglende selvbevissthet og kaos (Coetzee & Klopper, 2010). I en studie om sammenheng mellom engasjement og utbrenthet blant spanske sosialarbeidere finner Lombardero-Posada et al. (2023) fire ulike profiler. De ulike profilene viser 1) høy score på utbrent og samtidig lav score på engasjement (Utbrent), 2) lav score på utbrenthet og høy score på engasjement (Engasjert), 3) høy score på både utbrenthet og engasjement (begge), og 4) lav score på utbrenthet og lavt nivå av engasjement (Ingen). De i utbrent-gruppen viste også høy score på andre variabler som jobb-familie konflikt, ønske om å forlate yrket, stor arbeidsmengde og lavt nivå av støtte i arbeidsmiljøet. Sosialarbeidere i eldreomsorgen viste høyest score på utbrenthet- profilen.

I en norsk sammenheng har Statens arbeidsmiljøinstitutt (2021) dokumentert en sammenheng mellom psykiske helseplager, organisatoriske og psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet.

Opplevelse av lav kontroll, høye emosjonelle krav, rollekonflikter, opplevd mobbing, uønsket seksuell oppmerksomhet og konflikter henger sammen. Med utgangspunkt i studien fra Lombardero-Posada et al. (2023) kan en også tro at mange ansatte på norske sykehjem vil kunne passe inn i utbrent- profilen. Det er et stort potensial for å forebygge de psykiske helseplagene hvis en reduserer eksponering av de overnevnte faktorene.

## 2.3 Hvorfor personsentrert omsorg?

Riksrevisjonen (2018) hevder at vi vet for lite om kvaliteten på omsorgstjenestene som eldre mottar. Cleland et al. (2021) har gjort en systematisk kunnskapsoversikt om hva som kjennetegner kvalitet på eldreomsorg. Det er 1) Å behandle eldre mennesker med respekt og verdighet, 2) anerkjenne og støtte deres åndelige, kulturelle, religiøse og seksuelle identitet, 3) ferdighetene og opplæring til personalet, 4) relasjonen mellom den eldre og personalet, 5) sosiale relasjoner og deltakelse i fellesskapet, 6) støtte til å gjøre informerte valg, 7) støtte den Eldres helse og velvære, 8) fysisk og emosjonell trygghet, samt 9) muligheten til å klage og gi tilbakemeldinger til organisasjonen. Flere av disse kjennetegnene som f.eks. relasjonen mellom den eldre og pleieren er subjektive kriterier vurdert av den som gir og får omsorg, noe som gjør kvalitet i eldreomsorg utfordrende å måle i henhold til objektive og sammenliknbare indikatorer. Likevel er disse faktorene sentrale fordi de påvirker livskvaliteten hos mennesker på sykehjem (Rokstad, 2023; Woods, 2012).

Ifølge Rokstad (2023) bør brukerinvolvering, individtilpassede tjenester og personsentrert omsorg være tiltak for å heve livskvaliteten hos beboere på sykehjem. Personsentrert omsorg blir fremhevet som tiltak for å yte omsorg av god kvalitet i offentlige styringsdokument (Helse og omsorgsdepartementet, 2020; Meld. St. 15 (2017–2018)). Det er utviklet flere offentlige nettbaserte veiledere og ressurser til tjenesteapparatet som «Trygghetsstandard i sykehjem» (Helsedirektoratet, 2019b). Det er et ledelsesverktøy for å organisere og følge opp arbeid med kontinuerlig kvalitetsforbedring i sykehjem, herunder hvordan en bør jobbe for å innføre personsentrert omsorg. Et annet ressurs som kan nevnes er Nasjonal faglig retningslinje om demens (Helsedirektoratet, 2022) som gir normer på hvordan tilbudet til mennesker med demens skal utformes. Her er også personsentrert omsorg et krav.

Flere systematiske kunnskapsoversikter fastslår at personsentrert omsorg kan ha effekt på å dempe uro og agitasjon hos beboere, og kan føre til økt livskvalitet hos eldre (Ballard et al., 2018; Fossey et al., 2014; Livingston et al., 2014; Sköldunger et al., 2020). Andre studier viser at personsentrerte omsorgsmodeller kan heve kompetansen hos pleiere, og øke

samarbeid mellom hjelpere og pårørende (Edvardsson et al., 2014; Mjørud & Røsvik, 2022). Personsentrert omsorg har vist seg å gi mindre samvittighetsstress hos pleierne (Backman et al., 2021). Personsentrert omsorg kan også dempe oppfattelsen av omsorgsbyrde hos personalet, men er ikke relatert til mer ressursbruk (Sköldunger et al., 2020).

Til tross for at begrepet er mye brukt og flere positive effekter er dokumentert, er det vanskelig å angi en spesifikk definisjon av personsentrert omsorg. En systematisk litteraturstudie om nøkkeltilnæringer knyttet til personsentrert omsorg av Mohr et al. (2021) viste at det er stor variasjon i tilnærmingene under personsentrert omsorg filosofi. Studien identifiserte ni nøkkeltilnæringer. Dette var 1) sosial kontakt, 2) fysisk aktivitet, 3) kognitiv trening, 4) stimulering av sansene, 5) støtte i dagliglivet, 6) livshistorieorientert emosjonell støtte, 7) opplæring og støtte til hjelperne, 8) miljøtilpasninger og 9) helhetlige og samordnede tjenester i omsorgsorganisasjonen.

### **2.3.1 Betydning av styring og ledelse for personsentrert omsorg**

New Public management (NPM) tenking i offentlig sektor har ført til økte krav om rapportering og kostnadseffektivisering (Christensen & Christensen, 2021; Jacobsen, 2016; Kristiansen et al., 2016). Det har foregått en kontinuerlig effektivisering av eldreomsorgen de siste tiårene (Haukelien, 2021). Ledere på sykehjem har høye rapporteringskrav, og inntar en administrativ rolle som svekker deres muligheter til å veilede og motivere pleiepersonalet i daglig arbeid (Kristiansen et al., 2016).

NMP- reformen har vist seg å legge mindre vekt på faglige verdier (Christensen & Christensen, 2021; Kristiansen et al., 2016). Personalet kan derfor bli stående i press mellom egne verdier, og krav og forventninger fra både beboere, kollegaer, ledere og organisasjonen (Backman et al., 2021). I en studie av Stanley (2006) beskriver sykepleiere hvordan de blir presset til å jobbe på måter som motsier deres kjerneverdier som sykepleiere. Resultatet av dette kunne bli konflikt, forvirring eller ineffektiv ledelse. Dette kan ha kvalitetsmessige innvirkninger på omsorgen som blir gitt.

Støtte og involvering fra ledelsen blir trukket frem som avgjørende på en rekke områder knyttet til pleiepersonalets evne til å yte god omsorg. Det innvirker på pleiepersonalets jobbtillfredshet (Schwendimann et al., 2016), for kvaliteten på omsorgen og til å motivere medarbeiderne til å yte god omsorg (Kristiansen et al., 2016), det psykososiale arbeidsmiljøet og forebygging av negative helseeffekter (Backman et al., 2022; Backman et al., 2018), og for



realisering av personsentrert omsorg (Backman et al., 2022; Backman et al., 2016; Backman et al., 2021; Rokstad, 2021). Ledelsen må være tett på den daglige driften og må fremme personsentrert omsorg i prioriteringer og beslutninger (Backman et al., 2022; Rokstad, 2021). Ledelse som gir tilbakemeldinger til ansatte, som stoler på de ansatte og evner å løse konflikter på en konstruktiv måte gir høyere grad av personsentrert omsorg (Backman et al., 2021). Forskningsfunn tyder på at lederskapet blir mindre viktig når organisasjonen har hatt en vellykket implementering av personsentrert omsorg. En forklaring er at denne omsorgsmodellen bygger på en mer likeverdig makt og beslutningstaking (Backman et al., 2016).

Organisatoriske forhold som hvordan organisasjonen er rigget er også avgjørende når personsentrert omsorg skal implementeres i sykehjem (Backman et al., 2016; Kitwood, 1999; McCormack & McCance, 2010; Rokstad, 2021). Det er ofte utfordrende for omsorgsinstitusjoner som har en tradisjonell styringsform å iverksette personsentrert omsorg (Backman et al., 2016). McCormack og McCance (2010) skriver at organisasjonen må være i stand til å endre det tradisjonelle makthierarkiet i institusjonen slik at alle blir myndiggjort og kan ta beslutninger. Hele organisasjonen må fronte en felles verdi om personsentrert omsorg hvis implementeringen skal lykkes (Backman et al., 2022; van Stenis et al., 2017).

Ansattes medbestemmelse og medvirkning i offentlig sektor som på sykehjem er begrenset fordi de viktige beslutningene som preger arbeidet allerede er politisk bestemt (Wathne, 2018). Pleiepersonalet kan være ute av stand til å adressere frustrasjon knyttet til organisering og innhold i arbeidsoppgavene oppover i systemet, og som svar på dette kan de rette sin frustrasjonen mot kollegaer, mot seg selv eller pasientene ifølge Freshwater (2000).

### **3 Teoretisk rammeverk**

Teori kan forstås på mange forskjellige måter. Jeg støtter meg til Johannessen et al. (2018) om at teori er «et sett med antakelser om et fenomen» (s. 29).

Siden begrepet personsentrert omsorg blir brukt ulikt, er det nødvendig med en egen posisjonering. Jeg vil i det følgende kapitlet introdusere McCormack og McCance (2010) forståelse av personsentrert omsorg og presentere deres praksismodell. Jeg vil også redegjøre for Kitwood (1999) sin filosofi om god omsorg for eldre med demenslidelser. Disse to teoretiske modellene benytter jeg til tolkning av resultatene i min analyse.

### 3.1 Personsentrert forståelse av omsorg

Det er en sterk sammenheng mellom omsorg og personsentrering. Personsentrert omsorg fremmer et helhetlig fokus på omsorg som bygger på gode relasjoner og samarbeid mellom pleier og pasient (McCormack & McCance, 2010). Rammeverket for personsentrert praksis bygger på forståelsen av omsorg konseptualisert av Morse et al. (1991) der omsorg forstås som både en menneskelig egenskap, et moralsk anliggende, en emosjon, en mellommenneskelig utveksling og en terapeutisk behandling. Disse ulike konseptene viser at omsorg bygger på både egenskaper, følelser og handling, og er noe en gir, men også noe en får.

Sosialpsykologen Tom Kitwood blir ofte trukket frem som en foregangsfigur innenfor personsentrert omsorg- filosofien. Han har ikke en klar definisjon av omsorg, men betegner positivt personarbeid som god omsorg. Positivt personarbeid består av interaksjoner som imøtekommer personens psykologiske behov. I positivt personarbeid inngår flere former for interaksjoner, og de fremmer på ulike måter personverdet til mennesket med demens (Kitwood, 1999). Et sentralt område i Kitwoods omsorgsfilosofi er forståelse av, og å gi støtte til *personhood*. På norsk oversettes *personhood* ofte med personverd (Mjørud & Røsvik, 2021; Rokstad, 2021). Kitwood (1999, s. 8) definerer *personhood* som «en posisjon eller status som tildeles et menneske av andre i en kontekst av innbyrdes relasjoner og sosial være» (min oversettelse). Det handler om å bli sett som en person med en unik personlighet og en unik livshistorie (Røsvik et al., 2011), eller som en fullverdig person (Mjørud & Røsvik, 2021).

God omsorg har stort potensiale til å forebygge funksjonssvikt hos mennesker med demens. Kitwood og Bredin (1992) argumenterer for at demens bør bli forstått i et dialektisk forhold mellom nevrologisk svekkelse på den ene siden, personen og omgivelsene på den andre siden. Mennesker med demenssykdom er ofte veldig avhengig av andre, og trenger andres omsorg både for å beholde personlig identitet, personverd og kunne oppleve et relativt velvære. Pleiepersonalet er viktig for å motvirke degenerasjon og fragmentering.

Dårlig omsorg involverer ofte høy grad av skadelige handlinger som virker depersonaliserende og nedbrytende på personen (Kitwood, 1999). Slik samhandling inneholder både aktive handlinger som å latterliggjøre, overse eller underkjenne personens følelser, men også forsømmelse der eldre blir levnet alene store deler av dagen.

## **3.2 Rammeverk for personsentrert omsorg i praksis**

McCormack og McCance (2010) har utarbeidet et personsentrert rammeverk for praksis. Rammeverket er en såkalt «middel-range» teori (s.35), som innebærer at den har en teori om et forholdsvis begrenset felt, og dens konsepter er mulig å teste empirisk. Modellen bygger på sammenhengen mellom omsorg og personsentrering. Den består av fire ulike dimensjoner (*constructions*) illustrert i McCormack og McCance (2010, s. 34). *Constructions* oversettes ofte til konstruksjoner på norsk, men dette er et fremmed begrep å bruke i denne sammenheng. Jeg har derfor valgt å bruke begrepet dimensjon. De ulike dimensjonene er de overordnede forutsetningene som er egenskapene til pleierne, det psykososiale omsorgsmiljøet, den personsentrerte omsorgspraksisen og forventede resultat. Det foregår utveksling på tvers av de ulike dimensjonene.

### **3.2.1 De overordnede forutsetningene**

Denne dimensjonen fokuserer på egenskapene til pleierne, og er en forutsetning for at pleiere skal bli i stand til å yte personsentrert omsorg. Det innebærer at pleierne har faglig og mellommenneskelig kompetanse, har en følelse av forpliktelse til jobben, evne til å praktisere omsorg ut fra klare verdier, og er bevisst om hvem en selv er. I dette inngår personalets kunnskap, ferdigheter og holdninger, deres evne til kommunikasjon og samhandling med andre, og følelse av dedikasjon til jobben. I bunnen av dette må personalet ha selvinnsikt, være bevisst egne holdninger og verdier, og hvordan dette påvirker deres praksis. McCormack og McCance (2010) mener at dette kan utvikles gjennom refleksjon og veiledning.

### **3.2.2 Det psykososiale omsorgsmiljøet**

Har fokus på konteksten hvor omsorgen gis, og de faktorene i miljøet som hemmer eller fremmer omsetning av kunnskap i praksis. Dette inkluderer kulturen på arbeidsplassen, kvaliteten på lederskapet og engasjementet til organisasjonen. McCormack og McCance (2010) forstår kultur som det miljøet gjør, og ikke i form av egenskaper det har. Kulturen dannes og reproduseres av aktørene i miljøet.

Forfatterne hevder at pleierne ikke kan ta ut sitt fulle potensiale hvis ikke miljøet der omsorgen utøves leder an til å fremme personsentrert tenking. De er opptatt av en effektiv kultur som har denne tilnærmingen med alle aktører, transparente beslutningstakingsprosesser som baserer seg på ulike kunnskapskilder som f.eks. pasientens ønsker, forskning, kritisk refleksjon og kunnskap i avdelingen. De fremmer en læringskultur som ser på

tilbakemeldinger som et potensiale for læring og utvikling, og som utvikler ledere som fremmer empowerment, utvikling og innovasjon.

I denne dimensjonen inngår faktorer som forsterker eller begrenser personsentrert omsorg. Å ha passende kompetanse ut fra behovet, at det legges til rette for dialog og felles beslutningstaking, grad av samarbeid mellom ansatte, inkludering, og godt fungerende team. Et mål i personsentrert omsorg er å bygge strukturer som ivaretar konflikthåndtering, og fremmer et godt arbeidsklima der det gjøres tiltak for å utjevne maktforhold, og bygge støttende organisasjonsstrukturer. At de fysiske rammene er optimale, er også viktig for å fremme personsentrert praksis (McCormack & McCance, 2010).

Hvis personsentrert omsorg skal fungere må en ha en tilnærming der en muliggjør at pleierne har makt, samtidig som en klarer å dempe den negative siden av maktbruk i møte med pasienter og pårørende. Maktforholdet mellom pleiere og pasienter bør handle om å legge til rette for å styrke brukernes autonomi, men også at pleiere blir styrket i å ta selvstendige avgjørelser samtidig som de styrker pasientene ifølge McCormack og McCance (2010).

### **3.2.3 Den personsentrerte omsorgspraksisen**

Denne delen i rammeverket McCormack og McCance (2010) fokuserer på omsorgspraksisen. Den inneholder det å bli kjent med pasienten, brukermedvirkning, tilknytning mellom pleier og beboer, at pleierne har en sympatisk tilstedeværelse overfor beboerne og at det tilbys helhetlig omsorg. Å bli kjent med pasientene er en av kjerneverdiene i personsentrert omsorg. Pleiepersonalet må bli kjent med hva personen verdsetter i livet, og hvordan personen gir mening til ulike hendelser i livet, og hvordan ulike livshendelser har formet livet til personen. Beboernes ønsker, og behov må ligge til grunn når en skal ta valg som angår han eller henne. Å fremme pasientenes velvære er et mål. For pleierne handler dette om etisk refleksjon over egen praksis. Omsorgsmiljøet bør derfor legge til rette for refleksjon og læring av praksis, at pleierne kan utforske sine verdier og utvikle evne til å støtte under personsentret etisk beslutningstaking ifølge McCormack og McCance (2010).

### **3.2.4 Utfall**

Denne dimensjonen av rammeverket fokuserer på forventede resultater av vellykket implementert personsentrert omsorg. Gjennom vellykket implementering av personsentrert omsorg skal en se resultater gjennom beboernes tilfredshet med omsorgen, at både beboere og pleiere er involvert i omsorgen, at beboerne føler velvære, og om organisasjonen lykkes i å

fremme et terapeutisk miljø (McCormack & McCance, 2010). De forslår egne måleinstrument for å effektivt måle disse utfallene: «Person-Centred Nursing Index» (PCNI) og «patient stories» (s. 131).

Personsentrert omsorg illustrert gjennom denne praksismodellen belyser at et ensidig fokus på pleierne sine egenskaper, kunnskaper eller atferd ikke er hensiktsmessig om en skal implementere personsentrert omsorg i organisasjonen. Også styringsstrukturer, arbeidsmiljøet, det fysiske miljøet og ledelse er viktige brikker i å fremme en slik praksis. Alle disse faktorene må samvirke og dra i samme retning om personsenteret omsorg skal fremmes i organisasjonen.

## **4 Metode**

Metode er et verktøy for hvordan en går frem for å finne svar på forskningsspørsmålene (Larsen, 2007).

I dette kapitlet gis en beskrivelse av fremgangsmåte for hvordan jeg har designet studien og hvordan jeg har gjennomført min analyse.

### **4.1 Undersøkelsens design**

Problemstillingen er *Hvilke forhold er til hinder for å realisere faglige anbefalinger for personsentrert omsorg for eldre i det praktiske omsorgsarbeidet på sykehjem?* Med denne formuleringen er det tydelig at jeg ønsker å få dybdekunnskap om pleiernes omsorgspraksis gjennom deres egne beskrivelser. Det syntes derfor mest naturlig å velge en kvalitativ metode for å samle data til denne undersøkelsen. Kvalitative metoder er opptatt av å beskrive egenskapene til et fenomen. Repstad (2007) skriver at problemstillingen er det som er avgjørende for å fastsette aktuelt utvalg for datainnsamling, og at avgjørelsen om hvem dette er, er av skjønnsmessig karakter.

#### **4.1.1 Utvalg**

I kvalitativ forskning er utvalget bevisst valgt på bakgrunn av spesielle kriterier eller egenskaper som gjør det mulig å utforske og forstå forskningsspørsmålene (Ritchie et al., 2014). Det er ingen klare svar på hvor mange deltakere man trenger i en kvalitativ studie. Kvale og Brinkmann (2015) sier at man trenger «så mange personer som det trengs for å finne ut av det du trenger å vite» (s.148). En vanlig tilnærming er at en avslutter når nye intervju ikke lenger belyser problemstillingen med nye momenter. I tillegg setter den praktiske

rammen for et forskningsprosjekt begrensinger for størrelsen av utvalget (Brinkmann & Tanggaard, 2012).

Utvalget til denne undersøkelsen besto av pleiere som jobber på sykehjem fordi de ville kunne belyse problemstillingen. Det var ønskelig at deltakerne i utvalget hadde variert bakgrunn og erfaring fordi dette kunne gi en større variasjon i holdningene til omsorg, og hvordan omsorg utøves.

Jeg gjennomførte intervju med seks pleiere fra seks ulike sykehjem. Deltakerne kommer fra fem kommuner av ulik størrelse i fire norske fylker. Jeg har intervjuet fem kvinner og en mann, av disse var fire helsefagarbeidere/hjelpepleiere, en sykepleier og en assistent. Deltakere hadde fra syv til over tretti års erfaring fra arbeid som pleiere på sykehjem. To av pleierne jobbet nå som nattevakter på sykehjem, men hadde også lang erfaring fra jobb på dag- og kveldstid. De fleste deltakerne hadde også ulike etter- og videreutdanninger relatert til arbeid med eldre. For å sikre mine deltakere anonymitet unnlater jeg videre spesifisering av kjennetegn med utvalget, og omtaler alle deltakerne som hun.

Jeg vurderer at utvalget jeg har belyser min problemstilling, men skulle gjerne ha intervjuet enda flere pleiere for ytterligere dybdeforskning av tema som jeg ble oppmerksom på i tidligere intervju. Jeg mener også at jeg gjorde bedre intervju jo lengre ut i prosessen jeg kom. Størrelsen på utvalget er en subjektiv vurdering, som til syvende og sist begrenses av prosjektets rammer og tilgang på deltakere. Se beskrivelse av rekrutteringsutfordringer i neste avsnitt.

#### **4.1.2 Rekruttering av deltakere**

I dette prosjektet ble rekruttering av deltakere gjort gjennom direkte kontakt med ledere på utvalgte sykehjem og snøballmetoden. Snøballmetoden går ut på at en får anbefalt nye deltakere fra andre deltakere, eller at andre anbefaler hvem man bør snakke med for å få tak i deltakere eller hvem man bør intervju (Repstad, 2007).

Det å kontakte ledere og be de spre informasjon om prosjektet til sine ansatte vurderte jeg som en effektiv og strategisk metode for rekruttering. Ledere på sykehjem har mulighet til å spre informasjon til pleiere, og at en derfor kan nå ut til mange potensielle deltakere på relativt kort tid. Det er også mulighet for at leder kan stille eventuelle spørsmål hvis noe er uklart. En svakhet er at en ikke nødvendigvis vet om leder sender informasjonen videre. Det kan ha sammenheng med om leder tenker tema er viktig, tidspress m.m.

Rekruttering av deltakere viste seg å være uventet utfordrende, tidkrevende og til tider frustrerende. Jeg har prøvd ulike strategier for å nå lederne, både gjennom epost, telefon og sms. Lederne viste seg å være en gruppe det er vanskelig å få respons fra. Til tross for purringer fikk jeg bare respons fra to ledere. Jeg endte derfor også med å ta i bruk andre strategier for rekruttering. Jeg la ut en post på egen Facebook side og kontaktet personer i mitt profesjonelle nettverk. To deltaker ble rekruttert via deling av Facebook-posten, og de resterende deltakerne ble rekruttert via ledere som jeg kontaktet direkte, eller som jeg ble satt i kontakt med gjennom mitt profesjonelle nettverk. Det viste seg at noen ledere som ikke responderte på mine henvendelser likevel hadde sendt informasjonen om prosjektet videre til pleierne. En mulig hindring for respons fra aktuelle deltakere var at jeg startet rekruttering før jul, og at det er ofte mye som skjer med tanke på juleforberedelser i denne tiden. Til tross for at første henvendelse gikk ut i november 2022, var det ingen som meldte interesse for deltakelse før i januar 2023.

Totalt fikk jeg respons fra ni pleiere. En var uaktuell fordi hun ikke lenger jobbet som pleier på sykehjem. De øvrige åtte vurderte jeg passet inklusjonskriteriene for studiet. Til sammen har jeg rekruttert seks pleiere. De seks som utgjør mitt utvalgt var de som til sist responderte på å gjøre en avtale om intervju.

#### **4.1.3 Semistrukturerte intervju og intervjuguide**

Det finnes mange ulike syn på intervjuet. Jeg støtter meg til synet Yeo et al. (2014) har på intervju om at begge parter er deltakere i intervjuet selv om vi har ulike roller. Derfor betegner jeg også informantene som deltakere.

Strukturering av intervju kan gjøres på ulike måter, fra utgangspunkt i spørreskjema til helt åpne intervju. Semistrukturerte intervju er noe midt imellom disse ytterpunktene, der en har en intervjuguide med tema og stikkord som er retningsgivende for samtalen (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg laget en intervjuguide med stikkord på tema som belyste ulike aspekt ved omsorg og viktig informasjon som jeg måtte huske å gi (Se vedlegg 1). Jeg hadde intervjuguiden foran med under intervjuene. På de første intervjuene passet jeg på at jeg hadde gjennomgått alle tema jeg hadde i intervjuguiden. I de tre senere intervjuene var jeg mer opptatt av å utforske tema basert på refleksjoner jeg hadde gjort meg i etterkant av de foregående intervjuene. Gjennom intervjuene prøvde jeg å følge gangen i samtalen, med å stille oppfølgingsspørsmål og utforske tema som deltakerne var opptatt av. Jeg ser at det deltakerne åpnet med å snakke om, ofte var retningsgivende for samtalen videre.

Under transkribering av intervju oppdaget jeg at jeg mistet noen poeng som kanskje hadde vært verdt og følge opp. Jeg oppdaget også at jeg avbrøt deltakerne i noen tilfeller der jeg trodde de var ferdig med et tema, men egentlig bare tok en pause. Da jeg ble klar over dette, prøvde jeg å bli enda mer påpasselig med å gi rom til pauser og stillhet i de gjenstående intervjuene.

Yeo et al. (2014) skisserer seks stadier i et intervju:

1) Ankomst og introduksjon: Ved fysiske intervju tok jeg deltakerne imot ved døren, hilste og snakket om dagligdagse ting mens vi gikk til møterommet hvor intervjuet skulle finne sted. I de øvrige intervjuene ble introduksjonsstadiet mer preget av et fokus på å få kamera og mikrofon til å fungere.

2) Introdusere prosjektet. Jeg informerte om prosjektet, om opptak og forventet lengde på intervjuet, samt samtykke. Videre informerte jeg om deltakerne sin forpliktelse til å ikke gi personopplysninger som angir pasientene. I starten av intervjuet spurte jeg også om de ønsket å lese gjennom intervjuet i etterkant, og om de hadde noen spørsmål før oppstart.

3) Starte intervjuet. Jeg spurte om deltakernes utdannings- og erfaringsbakgrunn, samt om kjennetegn ved avdelingen og beboergruppen der de jobbet.

4) Underveis i intervjuet. Jeg tok videre utgangspunkt i det de selv hadde vært opptatt av i introduksjonen av seg selv. Hadde mål om å utforske de de var opptatt av i dybden ved å stille spørsmål, lytte og stille oppfølgingsspørsmål. Jeg så til at vi kom innom relevante tema i intervjuguiden, og andre interessante temaer som foregående deltakere hadde vært opptatt av.

5) Avslutte intervjuet. Jeg sa ifra til deltakerne at vi begynte å nærme oss slutten. Jeg spurte om deltaker ville si noe mer. Med flere deltakere ledet dette intervjuet inn i nye tema, eller dypere inn i et tema vi tidligere hadde snakket om. Når jeg vurderte at intervjuet ikke lenger belyste noe nytt, så sa jeg at vi måtte avslutte og takket for deltakelse.

Stadie 6) Etter intervjuet snakket vi om hva som skulle skje videre med dataene. Noen deltakere trengte tilbakemelding på om de hadde svart «godt nok». Ved de fysiske intervjuene fikk jeg mer informasjon, såkalt *doorstep data* (Yeo et al., 2014), etter at opptak ble avsluttet og på vei ut av lokalet. Begge fortalte om forhold som kunne belyst temaet ytterligere. Jeg burde derfor ha spurt om jeg kunne ta opptak av dette. Min vurdering var at det hadde ført til



en kunstig situasjon der de måtte ha gjentatt det de hadde fortalt. Som mer erfaren forsker ville jeg vært mer forberedt på at dette kunne skje, og kanskje håndtert det på en bedre måte.

#### **4.1.4 Gjennomføring av intervju**

Intervjuene ble gjennomført mellom 4. januar- 10. januar 2023. To intervju ble gjennomført fysisk, tre ble gjennomført via Teams og et intervju ble gjort på telefon. Intervjuene hadde en varighet på 60- 95 minutter.

I intervjuene som ble gjennomført fysisk og på telefon gjorde jeg opptak via Nettskjema-diktafon som er UIT sin sikre metode for å samle data gjennom intervju. Opptaket lagres ikke på telefon eller datamaskin, men sendes direkte til nettskjema som krever innlogging med Feide. En svakhet med denne opptakeren var at den kun hadde kapasitet på 60 minutter opptak. Alle intervju varte over 60 minutter. Jeg måtte derfor stoppe opptak, og starte på ny under samtalen. Dette var et stressmoment, men løste seg greit på alle intervju.

De fysiske intervjuene ble gjennomført på kveldstid på mitt arbeidssted. Jeg spurte begge deltakerne på forhånd om hvor de ville møtes, og begge valgte mitt arbeidssted. Jeg valgte samtale- og møterom som jeg synes er hyggelige og innbydende. Siden det var på kveldstid, kunne vi sitte uforstyrret. Ved de fysiske intervjuene opplevde jeg at det ble det mye mer småprat i forkant og i etterkant av intervjuene, enn det var i de andre intervjuene. Dette kan være positivt for å bygge tillit og relasjon.

Ved intervju via Teams brukte jeg opptaks- og transkriberingsfunksjonen innebygd i Teams. I det ene intervjuet på Teams var det noen tekniske problemer som gjorde at jeg ikke kunne se deltaker, men hun så meg. Dette kunne ha stresset meg som intervjuer slik at jeg mistet fokus. Jeg er imidlertid godt kjent med Teams og bruker det til daglig, og har derfor erfaring med å finne alternative løsninger når kamera og lyd ikke fungerer. Jeg opplevde at vi fikk en god kjemi, og samtalen fløt fint selv om jeg ikke så henne. Bruk av Teams vurderte jeg på forhånd som en god kanal for å gjennomføre intervju. Intervju på videokonferanse som Teams innbefatter opptak av lyd og bilde. Det kan gjøre noen ukomfortabel hvis man er fremmed for verktøyet og ikke liker å bli filmet. Jeg opplevde at intervjuene på teams hadde litt kortere varighet enn de andre intervjuene. Dette kan ha med flere forhold å gjøre, som om hvor trygg deltakerne var på bruk av Teams, forventinger til intervju m.m. Min erfaring fra tidligere bruk av Teams er at møtene der ofte er kortere og mer effektive enn de fysiske møtene. Man bruker

ofte ikke like mye tid på småprat som i fysiske møter. Småprat kan imidlertid være viktig for å etablere trygghet.

På forhånd hadde jeg vurdert telefonintervju som det mest utfordrende fordi tenkte det ville være vanskelig å bygge tillit og relasjon når vi ikke så hverandre. Det ble gjennomført et intervju på telefon fordi deltaker ikke kunne bruke videokonferanse-utstyr. Intervjuet på telefon er det lengste intervjuet jeg gjennomførte. Jeg opplevde at samtalen fløt fint og at deltaker var svært pratsom. Jeg opplevde henne som åpen og direkte. I ettertid har jeg reflektert over at det at vi *ikke* så hverandre økte følelsen av anonymitet, og kanskje var trygghetfremmende for henne.

#### 4.1.5 Transkribering av intervju

Gjennom transkribering oversettes de muntlige intervjuene til skriftspråk. Intervjuene ble transkribert i Word så snart som mulig etter intervjuet. Jeg gjennomførte transkriberingen selv, men hadde hjelp av den automatiske transkripsjon- funksjonen i Teams på to av intervjuene. I transkripsjonen har jeg registret ulike metaspråklige kjennetegn, i tillegg til det som ble sagt ordrett. Disse er beskrevet i den følgende tabellen:

D- deltaker

I- Intervjuer

(Pause)/ (Lang pause): markerer pauser av ulik lengde

(sukk)/(latter): markerer emosjoner som kan ha betydning for meningsinnhold

«...» markerer ufullstendige setninger eller setninger som ikke ble fullført før neste setning startet.

«\_» (understreking av ord eller tekst): markerer at deltakeren la spesielt vekt på ordet eller setningen.

Først transkriberte jeg eksakt det deltakerne sa, alt av ord, pauser m.m. Underveis i prosessen kom jeg frem til at det som var av interesse i analysen i hovedsak var det tematiske innholdet. Jeg gikk derfor over til å skrive en mer sammenhengende tekst, og ord som «ehhh» og «hmm» ble utelatt dersom de ikke understreket at det var vanskelig å svare. Dette gjør teksten lettere å lese. Jeg vil av den grunn heller ikke gjøre spesielt bruk av markeringene for emosjoner eller pauser i analysen.

Det tok mellom 8 til 15 timer å transkribere hvert intervju. Jeg brukte kortere tid på de automatiske transkripsjonene enn de intervjuene hvor jeg skrev all tekst selv. De automatiske

transkripsjonene måtte imidlertid gjennomgå i sin helhet for å kvalitetssikre at tekst samsvarte med tale, og for å fjerne innhold som ikke var av interesse, f.eks. tidspunkt for alle utsagn. Ved første intervju på Teams visste jeg ikke at jeg aktivt måtte velge norsk som transkriberingsspråk, så denne transkriberingen var på engelsk og ikke i samsvar med innholdet i samtalen. Ferdig transkribert utgjorde hele datasettet 104 sider med tekst.

## 4.2 Forskningsetikk

Forskningsetikkloven (2017) regulerer at forskning skjer i henhold til forskningsetiske normer. I henhold til § 4 har forskeren en aktsomhetsplikt som innebærer at han eller hun skal opptre med aktsomhet for å sikre at all forskning skjer i henhold til anerkjente forskningsetiske normer. De forskningsetiske retningslinjene for samfunnsvitenskap og humaniora (2016) angir hvilke hensyn en skal ta til deltakerne i forskning innen disse fagretningene. I dette prosjektet har deltakerne fått både muntlig og skriftlig informasjon (Informasjonsskriv, se vedlegg 2) om prosjektet og hva deltakelse innebærer. Alle har gitt skriftlig samtykke til deltakelse. De er blitt gjort kjent med at de når som helst, og uten begrunnelse kan trekke tilbake sitt samtykke.

Anonymitet skal ifølge gjeldende forskningsetiske retningslinjer (2016) sikre deltakernes identitet og integritet. Alle personopplysninger eller andre opplysninger som kunne identifisere personene ble anonymisert i transkripsjon av intervju. Deltakernes navn er byttet ut med koden D og nummer. Navn på arbeidssted, kommune og annen bakgrunnsinformasjon som kan identifisere deltakerne er også anonymisert. Liste med personopplysninger er holdt atskilt fra annet datamateriale, og innelåst i skap. Opptak av intervju ble lagret på Nettskjema. Opptak på Teams ble opptaket lagret i Office 365 som er beskyttet med passord, og to-trinns autentisering. Jeg opplevde at anonymitet var viktig for deltagerne. Under intervjuene forsikret flere deltakere seg om at det de sa ble anonymisert, selv om jeg hadde informert om dette på forhånd.

Pleiere på sykehjem har taushetsplikt. Deltakerne ble informert muntlig og skriftlig om viktigheten av være nøye med å anonymisere opplysninger som kunne identifisere beboere der de jobber.

Prosjektet er vurdert av NSD- Norsk senter for forskningsdata og anbefalt til gjennomføring med referansenummer 683170.

### **4.2.1 Potensielle bias i utvalget:**

Jeg har underveis i gjennomføring av intervju reflektert over om deltakerne som meldte seg til mitt prosjekt er de pleiere som verdsetter det å yte god omsorg til eldre høyt, og at dette preger dataene mine. Selv melder jeg meg ofte til studier der tema er noe som jeg er spesielt engasjert i. En annen risiko er at de som melder seg er de som er mest frustrerte. Ved rekruttering via ledere er det også en risiko at de kan plukke ut eller oppfordre de kandidatene som de tenker vil fremstille temaet eller sykehjemmet i best mulig lys. Samtlige av deltakerne i min studie har vært opptatte av noen kollegaers egnethet til jobben. Jeg kunne fått andre data ved en kombinert observasjon- og intervjustudie på sykehjem. I et observasjonsstudie ville jeg kunne observere pleiere med ulik tilnærming til utøvelse av omsorg, og ut fra dette prøvd å rekruttere til intervju. Den begrensede informasjonen jeg ga ved rekruttering kan også ha bidratt til at jeg fikk dette utvalget fremfor et annet utvalg. Jeg var bekymret for å farge deltakerne med min forforståelse om temaet, og prøvde derfor å begrense detaljinformasjon for å sikre at deltakerne skulle være opptatt av det de selv mente var viktig. Underveis i rekrutteringen kjente jeg at det er var balansegang å finne ut hva som er nok informasjon slik at deltakerne ønsket å delta, men samtidig ikke prege de med min forforståelse.

Jeg som intervjuer har hatt en utvikling gjennom intervjuene. Jeg følte at jeg var preget av usikkerhet i første intervjuene selv om jeg i min daglige jobb har samtaler og veiledning med ulike mennesker. Dette oppleves likevel annerledes. Jeg var nervøs for om jeg opptrådte «riktig». Jeg har ved gjennomføring av intervju erfart at resultatet avhenger av et samvirke av flere forhold hos meg og deltaker, vårt samspill og hvordan intervjuet ble gjennomført.

### **4.3 Reliabilitet og validitet**

Spørsmål om reliabilitet og validitet er debattert i kvalitativ forskning (Lewis et al., 2014).

Reliabilitet kan forstås som dataenes pålitelighet, og refererer til om andre forskere kunne kommet frem til samme resultat ved å anvende samme metode (Lewis et al., 2014). Jeg tenker at det kan være vanskelig å få samme resultat med samme metode fordi dataene ble skapt i et samspill mellom meg som forsker og deltaker i en gitt situasjon. Jeg kunne ha styrket påliteligheten i data ved at andre forskere hadde sett og vurdert funnene. Det lot seg ikke gjøre på grunn av prosjektets rammer. Tolkningen av funn avhenger imidlertid i stor grad av min forforståelse og valg av teoretiske perspektiver. Jeg har etterstrebet å gjengi ordrett det som deltakerne har sagt, bruke sitater i riktig kontekst, og være tydelige på hva som er mine

tolkninger av det deltakerne fortalte. Jeg vil også redegjøre for hvordan jeg har gjennomført analyse av dataene i kap. 4.3.

Validitet handler om gyldighet av tolkninger som jeg som forsker har kommet frem til (Thagaard, 2013). Under intervjuene sjekket jeg med deltakerne om jeg forsto det de fortalte ved å gjenta det de sa, eller spørre om en bestemt tolkning var riktig. Deltakerne ble gitt mulighet for å lese igjennom intervjuene ferdig transkribert. Tre av deltakere benyttet seg av denne muligheten. Ingen av disse har gitt innspill til endringer av teksten. De øvrige deltakerne hadde av ulike årsaker ikke ønske om å lese igjennom intervjuet i etterkant. Mine tolkninger av funn og resultatene i studien kan være gjenkjennbart for flere aktører, men kan ikke påstås å være gjenkjennbart for alle. Denne studien baserer seg på pleiernes perspektiv, og mine tolkninger basert på de de fortalte i et gitt teoretisk perspektiv. Det finnes mange ulike teoretiske perspektiv og mange ulike aktører som vil kunne legge vekt på helt andre forhold. Funn i studien kan delvis bekrefte funn i andre studier som jeg har referert til i kunnskapsgrunnlaget. Det var en deltaker som skilte seg ut på flere områder i mitt datamateriale. Jeg har prøvd å redegjøre for dette i analyse og drøfting. Det kan ha sammenheng med at forholdene var annerledes på hennes sykehjem, at hun ville fremstille forholdene på en bedre måte enn faktiske forhold, eller at hun ikke var trygg i intervjusituasjonen. Jeg går likevel ut fra at sannheten er slik den fremstilles av henne i gitt situasjon og på gitt tidspunkt.

## **4.4 Analyse og tolkning av data**

Å analysere betyr ifølge Kvale og Brinkmann (2015) å dele noe opp i ulike element. I denne oppgaven gjennomfører jeg en tematisk analyse av dataene.

### **4.4.1 Tematisk analyse**

Tematisk analyse er et verktøy som er fleksibelt og teoriuavhengig, og rapporterer deltakernes virkelighet, erfaringer og meninger. Ifølge Braun og Clarke (2006, s. 78) bør tematisk analyse sees på som en grunnleggende metode for kvalitativ analyse som nye forskere bør lære seg fordi de gir kjerneferdigheter i analyse.

Tematisk analyse går ut på å identifisere tema eller mønstre i dataene. Et tema er data med viktige fellestrekk, som man grupperer og kategoriserer (Johannessen et al., 2018). I kvalitativ forskning er det en skjønnsvurdering rundt hva som er et tema. Det er ikke nødvendigvis knyttet til antall ganger, men om det fanger opp noe viktig i forhold til problemstillingen

(Braun & Clarke, 2006). Tema kan identifiseres på to ulike måter; teoridrevet (deduktiv) der teoretisk forståelse bestemmer tema, eller datadrevet (induktiv) analyse der tema indentifiseres ut fra selve dataene (Johannessen et al., 2018). Denne analysen startet datadrevet, men var også farget av en teoretisk forståelse fordi jeg hadde satt meg inn i teori om personsentrert omsorg på forhånd. Ifølge Johannessen et al. (2018) er det vanlig å justere forskningsspørsmål og teori underveis i analysen. Jeg så tidlig at jeg hadde mye data som egnet seg til å besvare andre problemstillinger enn det jeg hadde satt som min foreløpige problemstilling. Dette gjelder blant annet hvordan rammebetingelsene som ledelse og styring av sykehjem, og makt påvirker pleiernes omsorgspraksis. Jeg leste derfor teori om makt, konflikter og ledelse. Den nye teoretiske forståelsen var grunnlag for videre analyse. Jeg har derfor hatt en kombinert data- og teoridrevet (abduktiv) tilnærming til analyse i denne studien.

Gjennomføring av tematisk analyse beskrives hos Braun og Clarke (2006, s. 87-93) som en seks stegs prosess: å bli kjent med dataene, generere innledende koder, søke etter tema, vurdere tema, definere tema, gi navn til tema, og rapportere på resultater. Dette en prosess der en går frem og tilbake mellom trinnene. Jeg har fulgt denne modellen på den måten at jeg etter hvert intervju skrev ned refleksjoner over intervjuet og tema jeg ble spesielt opptatt av. Når jeg transkriberte intervjuene, noterte jeg også ned refleksjoner som jeg gjorde meg underveis. Deretter har jeg lest gjennom alle intervju flere ganger. Jeg streket under og markerte viktige poeng, markerte relevans for problemstillingen, og skrev refleksjoner i marginen. Videre samlet jeg data på tvers av datasettet som var interessant ut fra de første kodene jeg hadde. Jeg sammenstilte så disse til ulike potensielle tema i et foreløpig analysedokument. I denne fasen hadde jeg etter første sortering ti ulike tema. Jeg var usikker på retning fordi jeg så at jeg hadde mye data som ikke direkte samsvarte med problemstillingen jeg i utgangspunktet hadde satt. Etter veiledning lagde jeg to kategorier ut fra hva jeg mente at jeg hadde tydeligst data på i datasettet. Dette var «Beskrivelse av rammebetingelser for omsorgspraksis» og «Hvorfor omsorgen ikke samsvarer med personsentrert omsorg». Jeg navigerte videre med å lete etter tydelige holdninger, med spesiell oppmerksomhet overfor det som overrasket meg mest eller var mest uventet. Det ble førende for videre leting etter poeng i dataene. Jeg lagde tankekart med problemstilling i midten, og anga ulike tema med undertema, og henviste til poeng hos ulike deltakere. Jeg har brukt mye tid på å gå frem og tilbake på steg tre til seks, og har også justert problemstillingen underveis. Under rapportering har jeg flere ganger finlest mine data for å finne utsagn som jeg

i utgangspunktet ikke hadde tatt med, men som ble aktuelle underveis på bakgrunn av oppdagelser jeg gjorde når jeg drøftet empiri og teori.

Jeg identifiserte etter hvert fem tema med særlig relevans for problemstilling. Disse fem tema analyserer jeg i kapittel 5 i denne oppgaven opp mot problemstillingen som jeg har formulert i del 1.3 og de teoretiske perspektivene jeg har introdusert i kapittel 3.

## **5 Empiri og drøfting**

Jeg vil i det følgende rapportere på fem tema som jeg har identifisert i min tematiske analyse. Jeg tar utgangspunkt i deltakernes fremstilling, og bruker sitater fra deltakerne for å belyse temaene. Videre tolker og analyserer jeg empirien gjennom mitt teoretiske rammeverk om personsentrert omsorg.

### **5.1 Rammebetingelser for omsorgspraksis**

Både lovverket som styrer innholdet i helse- og omsorgstjenestene, og myndighetenes faglige føringer legger vekt på helhetlige og individtilpassede tjenester. Mine funn kan tyde på at en slik tilnærming til omsorg var vanskelig å få til. En årsak er at sykehjemmene er presset på tid og ressurser. Det var tydelig at deltakerne i min undersøkelse hadde en forståelse av at beboerne hadde større behov enn det de klarte å gi gjennom omsorgen i dag, og at de forsto omsorg som noe mer enn det de tilbød. En tydelig holdning som flere av mine deltakere ga uttrykk for, var at pleierne gjør sitt beste under rådende forhold. Denne holdningen kommer frem i f.eks. dette sitatet: «Folkene på gulvet da for å si det sånn, dem gjør sitt beste. Med de ressursene som er» (D1). På bakgrunn av mitt datamateriale er det imidlertid grunn til å tro at pleierens rolleforståelse også påvirker omsorgspraksisen.

#### **5.1.1 Hvordan påvirkes omsorgspraksisen av pleierens opplevelse av tidspress?**

Et tema som var fremtredende i mitt datamateriale var at deltakerne ønsket å bruke tid med pasientene. Det er slik de blir kjent med pasientene. Det inngår som et viktig moment å bygge gode, trygge relasjoner og for å yte omsorg av god kvalitet. En deltaker sier; «Det er ikke bare med at du vet at du skal gi de mat og stell og sånt, men også at du kan på en måte være til stede for det mennesket, den situasjonen de er i» (D2).

Deltakerne hadde en klar formening om at en av de viktigste oppgavene de egentlig hadde var å være til stede og beholde roen. En deltaker sier:

Ved å være der, kanskje holde dem i hånden. Bare smile, et trygt smil gjør at dem finner roen på en måte i ansiktet nesten. Så vårt kroppsspråk er jo veldig viktig. Hvordan vi er, rett og slett. At vi kan sitte ned med dem, og bare sitte ned og holde i hånden, og roe og si at det det går fint (D1).

Samtidig ga flere deltakere uttrykk for at de ofte ikke har den tiden de ønsker til rådighet. En deltaker uttrykker det slik:

Men problemet er jo den tida der du skal sette deg ned, for når du kommer inn til en beboer med angst, rus eller som har lyst til å sosialisere seg eller noe sånt, så har du rett og slett ikke tid (D4).

Når de ikke kunne ta seg den nødvendige tiden med beboeren, skapte det uro i avdelingen:

Uro har vi så å si hver dag. På en plass med åtte stykker er det nok at én tar av, og det er jo oftest når vi er i stell, eller under mating. Vi har jo matere som vi er nødt til å... Da skjønner jo den personen at «åh, nei, nå er de opptatt, nå...», da får den panikk. Og det der klart, når vi står i stell eller står i mating, så må vi ta den matingen, for hvis vi går bort derfra, så er den personen... Lukker han igjen. Og da får du ikke i mer mat. Så det er et dilemma (D4)

Dette eksemplet illustrere at når pleierne ikke kan ta seg nødvendig tid, så genererer det merarbeid fordi de da må håndtere uro som oppstår som følge av at de ikke kunne imøtekomme beboernes behov for samhandling og trygghet i utgangspunktet. Dette viser også at pleieren må håndtere og prioritere flere hensyn. Hvis de avbryter matingen så får en person ikke tilstrekkelig med næring, og hvis de ikke håndterer utrygge beboere skalper det en dominoeffekt der flere beboere blir utrygge.

Ut fra deltakernes fortellinger virker det som om det er vanlig at det er mellom to og tre pleiere på åtte beboere. Disse pleierne ivaretar gjerne alle gjøremål på avdelingen i løpet av vekten. Dette inkluderer stell, dusj, lage til og servere mat, mating, medisin, toalettbesøk, skittentøy, rydde, kontakt med pårørende m.m. Dette krever mye av pleierne. En deltaker beskriver det slik: «Vi er kommet til en tid der folk lever bra mye lengre, med mange



kompliserte sykdommer. Da hjelper det ikke å ha to stykker på som skal klare å innfri det» (D5).

Alle arbeidsoppgavene og svært begrensede tidsressurser gjør at de bare har noen minutt med hver beboer. En deltaker beskriver det hun kaller minuttomsorg:

Omsorgstjenester nå er presset på minuttene. Hvert minutt teller. Så det blir jo veldig mange, jeg vil si etiske problemstillinger, med at du har aldri noe... Du vil alltid være presset mellom to negative utfall, fordi at vi hele tiden burde bruke mer tid til en pasient, med det, og det og det. Og alt som skal gjøres, og alt de vil skal bli gjort. Men vi har fortsatt så mye som skal gjøres, og neste timeplan som blir forskjøvet med den og den pasienten, og medisin. Så det blir litt sånn her minuttomsorg, at vi nesten bare har minutter per pasient, kan du si (D5).

McCormack og McCance (2010) stadfester at omsorgstjenestene er presset på minutter, men fastholder også at pleierne må utnytte mulighetene de har til å være personsentrert. En tilnærming til omsorg under sterkt tidspress ble også illustrert i mitt materiale:

Det å ta seg den tiden i den her minuttomsorgen da. Ta seg den tiden til å til å gjøre litt mer ut av den tiden vi har fastslått, som gjerne blir stellperiodene. Det er det vi på en måte har satt av, og da har jeg den tiden til den pasienten. (...) Det kan være alt ifra å gjøre et stell om til en popquiz for eksempel. Jeg har noen pasienter som er ekstremt kunnskapsrik, som jeg på en måte liker og bare ha litt sånn løpende spørsmål og svar-runder med. Vi er på en måte i lag, bare går igjennom sånne ting. Det gjør det litt mer artig (D5).

Dette er et godt eksempel på at det fortsatt er mulig å ha en personsentrert tilnærming i omsorgen selv om en bare har minutter til hver beboer. Samtidig som hun utfyller en oppgave knyttet til elementære fysiske behov, benytter hun tiden har til å se beboeren og gjøre en meningsfull aktivitet som bygger på interessene og evnene til beboeren. Eksemplet viser også viktigheten av å kjenne beboeren i detalj, slik at en vet hva som interesserer og gir mening til den enkelte beboer, og på denne måten imøtekomme dette i samhandling med personen. I dimensjonen om den personsentrete omsorgspraksisen hos McCormack og McCance (2010) er en forutsetning for all personsentrert omsorgspraksis nettopp å bli kjent med personen, og å vite hva personen verdsetter og opplever som meningsfullt.

Den samme deltakeren beskriver at hun blir stående i press mellom egne verdier og omsorgspraksisen.

Det har vært tøffe tider der du virkelig går i konflikt med deg selv, for du klarer ikke å ha samvittighet for det her, det er ikke verdig. Det er ikke god nok omsorg å klare og bare skifte et innlegg [bleie], og så gir dem en halvtørr brødkive, og medisin. Også skal du bare: ok, godt nok. Du klarer ikke, det er så mye mer som kreves i et menneskeliv (D5).

Det er en tydelig konflikt mellom ønsket om å gi best mulig omsorg eller hjelpe mennesker, og organisasjonens rammebetingelser for å yte omsorg. Det kan betegnes som etos-gapet (Pendleton & King, 2002). Pleieren verdsetter å gi best mulig omsorg, men oppfatter at ledelsen eller bevilgende myndigheter har en annen agenda. I dette tilfellet beskriver deltakeren at hun er i konflikt med seg selv, og ikke med de som styrer. Det kan tolkes som at hun internaliserer kravene og legger press på seg selv om å få det til. Pleieren er nærmest brukeren, og ser konsekvensene av styringskravene, og ser at dette rammer brukeren. Hun føler at hjelpen ikke er god nok. Det å ha et engasjement for brukerne, og samtidig mangel på mulighet for å gjøre det beboerne har behov for, kan på sikt føre til utbrenthet hos pleieren. Utbrenthet innebærer kynisme og større avstand til arbeidet (World Health Organization, 2019), slik at en kan komme i en situasjon der pleieren ikke tar initiativ å gjøre noe «ekstra» for beboerne (Lauridsen, 2021).

Det er dokumentert at pleiepersonalet opplever tidspress, og at dette medvirker til at oppgaver utelates (Andfossen et al., 2021). Pleierne er i en situasjon der de må prioritere mellom mange ulike oppgaver. En deltaker forteller hva som prioriteres i en travel hverdag: «Det er jo de elementære fysiske behovene. Det er jo de som aller først blir prioritert» (D2). Dette viser at tidspress direkte påvirker muligheten til å gi helhetlig omsorg. Helhetlig omsorg er en av bærebjelkene for omsorgspraksis i dimensjonen for den personsentret omsorgspraksisen i modellen til McCormack og McCance (2010). Å møte hele mennesket med fysiske, psykiske, sosiale, åndelige, kulturelle og spirituelle behov, er et mål med personsentrert omsorg etter denne modellen. De menneskelige behovene er sammenvevd, og må imøtekommes i en helhetlig omsorgstenking. Å ivareta disse behovene inngår ofte som en del av å gi teknisk og fysisk hjelp. Når pleierne har en arbeidshverdag der de må prioritere mellom mange ulike hensyn, illustreres også viktigheten å ha en bevissthet og felles enighet om hvilke vurderinger som ligger bak ulike prioriteringer.

Nedskjæringer og mangel på ressurser betyr at det ikke lenger er mulighet til å bare være til stede, prate og bygge gode relasjoner. En deltaker beskriver at det går utover den sosiale omsorgen for beboerne: «Det er knappere med tid. Så det betyr også at mye av den sosiale omsorgen vi har kunnet gitt, er blitt knappere. Vi har færre av de stundene der vi bare kunne sitte med beboer og bare prate. Eller, ja, hva som helst. Og det er trasig» (D6). En annen deltaker beskriver likende: «Beboerens psykososiale, blir jo ikke ivaretatt. Men det står at det skal ivaretas, men det blir jo ikke ivaretatt fordi vi ikke har hender og tid nok» (D4). Dette illustrerer igjen gapet mellom den en får gjort og ønsker å få gjort.

Mange sykehjem har en aktivitør som tilrettelegger for ulike aktiviteter for beboerne. «Vi har jo den aktiviteten som vi har vært heldig å få lov til å beholde fortsatt i år, men hun er jo alene med sekstifire beboere» (D4). En annen deltaker sier: «Men når du har en person som skal gjøre det, så blir det litt vanskelig og nå alle sammen» (D6). Dette viser at også aktivitørressursen er skåret inn til beinet, og står i fare for nedleggelse. Dette medfører at de heller ikke har mulighet til å ivareta alle beboernes behov for aktivitet og sosialisering. Noen sykehjem samarbeider med frivillige for å tilby aktiviteter, men det er ikke alltid at store fellessammenkomster er tilpasset beboernes behov. En deltaker sier:

Vi har jo den frivillighets... De har jo for eksempel sammenkomster, men det er jo for hele kommunen, det blir jo på en annen måte, da samles det jo tjue stykk, det er på fellesstua nede der. Det er for trangt, det er jo stort sett rullestolbrukere, de fleste. Og så blir det for stort og for mye, for du sitter mye alene, så skal du plutselig i en stor sammenkomst hvor det kan trigge mer ja, mer redsel og angst. Det skulle vært mer sånn mindre grupper, for eksempel på avdelingen der de er vant til lyder og lukter. Ja, nei, vi har jo frivillige, men det er jo ikke slike som kommer på avdelingene og er. Det er sånne felles som kjøres (D4).

Eksemplet viser at aktiviteter som ikke tilpasses beboernes behov og funksjonsnivå kan bli overveldende og oppleves utrygt. Dette understreker viktigheten av å tilby individtilpassede aktiviteter, med fokus på kvalitet fremfor kvantitet.

Også medvirkning og involvering av beboerne kobles av deltakerne til mangel på tid og ressurser:

Det tror jeg ikke skjer veldig ofte, for å være... Det må jeg vel kanskje være litt ærlig på. (...)

I: Nei, hva du tenker kan være hindringer for det da?

D: Du, jeg tror altså uansett hvordan man vrir og vender på det, så handler det veldig mye om tid. Mye raskere å gjøre det selv. Ja, ja. Dessverre, så er det jo sånn (D3).

Det kan tolkes som at involvering av beboerne i hverdagslige gjøremål som angår dem også er noe de gjorde før, men har sluttet med: «å involvere de i hverdagen, var noe vi gjorde før, når vi hadde hender nok» (D4). Medvirkning og ta hensyn til beboernes ønsker ble også beskrevet som et dilemma, hvis de f.eks. tillot en beboer å sove lenge, så kunne det innebære at de snudde døgnnet. Dette var også knyttet til en vurdering rundt beboeres medvirkningskompetanse som følge av kognitiv svekkelse. Medvirkning er også en forutsetning for personsentrert omsorg under dimensjonen den personsentretre praksisen (McCormack & McCance, 2010) og bygger på hvordan pleiepersonalet kan legge til rette for beboernes deltakelse i delt beslutningstaking. Det er nært knyttet til å vite hva personen verdsetter og gir mening. Tidspress blir dermed en barriere også for medvirkning og involvering av beboere.

Positivt personarbeid defineres av Kitwood (1999) som god omsorg, og innebærer å imøtekomme personens psykologiske behov. God omsorg har potensiale til å forebygge eller utsette funksjonstap. En aktivitør alene kan neppe ivareta alle beboeres behov for individtilpassede aktiviteter. Pleiere som føler kontinuerlig tidspress, har kanskje ikke overskudd til å gjøre noe utover det som absolutt må gjøres. Demensplan 2025 (Helse og omsorgsdepartementet, 2020) fremhever viktigheten av at eldre på sykehjem får tilbud om fysisk aktivitet for å opprettholde sine funksjoner, og hevder at aktivitet kan forebygge uro. Ved å ikke kunne tilby aktiviteter og meningsfulle dager for beboerne, er det fare for at beboerne fortere taper funksjoner og blir urolige, som igjen innebærer økt arbeidsmengde for pleierne.

Det å være til stede, og tilrettelegge for samhandling, aktivitet og meningsfulle dager er oppgaver som det er vanskelig å måle eller tallfeste, eller gjøres på mer effektive måter. Det kan derfor bli en usynlig eller uviktig del av omsorgsarbeidet, til tross for at nettopp dette inngår i den personsentretre omsorgspraksisen, og er framhevet i den tredje dimensjonen som en sentral del av personsentrert omsorgspraksis (McCormack & McCance, 2010). I tillegg er en utilstrekkelig oppmerksomhet knyttet til de psykososiale behovene hos brukerne stikk i strid med faglige anbefalinger for norsk eldreomsorg, slik de framkommer i f.eks. (Meld. St.

15 (2017–2018) «Leve hele livet» og Demensplan 2025 (Helse og omsorgsdepartementet, 2020).

Effektiviseringskravene kan føre til spørsmål om hva som er «godt nok» (KS, 2021) i omsorgen. En må tro politikere har vurdert hva som er godt nok i forhandlinger om budsjett, og senere vedtak om nedskjæringer. Konsekvensvurderinger må også gjøres av administrasjonen når de omsetter politiske vedtak til praksis. Gjennom prioriteringene kan en tolke at det er godt nok med en aktivitør på 64 beboerne, eller at to pleiere kan levere god nok omsorg til åtte beboere. Ut fra deltakernes utsagn om at det er trasig og uverdigg, kan det tolkes som at de ikke synes det er godt nok. Rammebetingelsene er dermed et hinder for å handle i tråd med egne ønsker, og er ikke i tråd med faglige anbefalinger. Det kan tolkes som en undertrykkende praksis der administrative mål dominerer faglige mål. Betydningen av at organisasjonen må fronte en felles verdi om personsentrert omsorg hvis implementering skal lykkes som er beskrevet hos flere (Backman et al., 2022; McCormack & McCance, 2010; van Stenis et al., 2017), og fremstår som fraværende.

### **5.1.2 Hvordan påvirkes omsorgspraksisen av pleierens egenskaper?**

Årsaken til at psykososiale omsorgsoppgaver kan bli utelatt handler ofte om opplevd tidspress, men i noen tilfeller handler det også om initiativet hos pleieren, slik denne deltakeren beskriver det:

Ja, man har tid og sette seg ned med noen, ikke alle så mye som man skulle ønske, men har tid til noen. Ja.. Og det opplever jeg nå at vi gjør i stor grad, men at man absolutt kan bli bedre på det.

I: Hva er hindring i dag for det?

D: Nei, det er jo kanskje... Jo kanskje en kombinasjon av tid og initiativ til den enkelte [pleier]. Ja (D2).

Denne deltakeren skiller seg ut i mitt datamateriale. Hun beskriver et sykehjem som stort sett har nok ansatte på vakt, og store muligheter for aktiviteter som er lagt spesielt til rette for enkeltbeboere. Hun sier videre: «Alle vi som jobber her må få eierskap til de mulighetene som finnes, slik at man også da naturligvis klarer å finne hull slik at man klarer å benytte seg av dem. Det tror jeg» (D2).

Dette kan tolkes som at når mangel på ressurser ikke anses som en utfordring, åpner det opp for å reflektere over at tilnærmingen til omsorg kanskje handler om mer enn tidspress, f.eks. pleierens egenskaper. En annen deltaker knytter også utførelsen av psykososial omsorg opp mot pleierens egenskaper. I dette tilfellet gjennom å tilrettelegge for samtaler mellom beboere: «Du kan av og til fasilitere det, men det er jo ikke en del av standardpleien. Det er noe du må ha blick for. Noe du må prøve deg på, og ha tillit til deg selv. Det er ikke noe alle sammen vil gjøre» (D6). Dette synliggjør at pleierens trygghet, rolleforståelse og forståelse av hva arbeidet innebærer er viktig om omsorgen også skal innebære psykososial oppfølging av beboerne. Derfor er også pleierens egenskaper og evner beskrevet som den første av dimensjonene i McCormack og McCance (2010) sin modell, og er en forutsetning for personsentrert praksis.

I Tingvold og Fagertun (2022) sitt studie finner de at pleierne ofte ikke så miljøarbeid som en ordentlig jobb. Demensplan 2025 (Helse og omsorgsdepartementet, 2020, s. 87) skriver at «Miljøbehandling dreier seg om hvordan fysiske, psykiske og sosiale forhold kan tilrettelegges for å oppnå optimal trivsel og mestring og gi gode og meningsfulle dager». Dette understreker hvor viktig det er at alle ansatte har en felles forståelse av hva deres rolle er og hva som inngår i arbeidsoppgavene. Pleiere med god mellommenneskelig kompetanse, og som ser utførelse av psykososiale arbeidsoppgaver som sitt ansvar, vil kanskje forsøke å få til slike aktiviteter i hverdagen på tross av tidspress, med medfølgende risiko for utbrenthet. Pleiere som har en annen forståelse av sin rolle, eller er usikker på sine egenskaper, kan bruke tid og manglende ressurser som et forsvarsverk mot å utøve slike aktiviteter, samtidig som motstanden kan være et resultat av liten involvering i arbeidet. I dimensjonen det psykososiale omsorgsmiljøet hevder McCormack og McCance (2010) at det å sikre passende kompetanse er en oppgave organisasjonen har. Jobben på sykehjem innebærer mange ulike oppgaver, som krever ulike ferdigheter. Det kan være nyttig for arbeidsgivere og kollegaer å kjenne til pleiernes ferdigheter og egenskaper, og gjøre hensiktsmessig arbeidsfordeling ut av dette. På denne måten kan en sikre at flere oppgaver blir ivaretatt, og kanskje skape større engasjement om hver enkelt i større grad får gjøre oppgaver de trives med. Når pleie og stell er i hovedfokus, og miljøarbeid ikke blir ansett som en ordentlig jobb, kan pleiere som oppsøker og liker slike arbeidsoppgaver bli tatt for å lure seg unna «arbeidet». De kan også komme i et dilemma hvis de opplever å bli hindret i å gjøre noe de vurderer er viktig og riktig (Lauridsen, 2021)

I en hverdag med prioriteringer må en vurdere konsekvenser av ulike valg. De umiddelbare konsekvensene av å ikke skifte bleie er større enn konsekvensene av ikke å tilrettelegge for meningsfulle dager. Selv om konsekvensene av sistnevnte på sikt kan føre til dårligere livskvalitet og funksjonstap hos beboerne, og mindre trivsel hos pleierne selv.

## **5.2 Pleiernes oppfattelse av det faglige arbeidet**

Ingen av deltakerne i studien uttrykt kjennskap til at personsentrert omsorg er en faglig føring for arbeidet deres. En deltaker (D2) fortalte imidlertid at hennes arbeidsplass hadde implementert «Det Gode pasientforløp» (KS, 2019) og holdt på å implementere «TID-modellen» (Aldring og helse, u.å.). Begge er faglige modeller som tar sikte på å gi individtilpassede tjenester og tiltak. Utover dette kan det synes som de faglige føringene for arbeidet og kompetansekravene er uklare. Stor avstand til ledelsen, og ustabilitet i lederrollen blir også trukket frem som en barriere mot å jobbe faglig.

### **5.2.1 Betydning av ledernes nærhet til livet på avdelingen**

Et tema som var gjentakende i datamaterialet var lite nærværende ledelse. Et eksempel er dette utdraget fra et intervju:

I: Hva er ledelsen, hvis du tenker din nærmeste leder, hva er den personen opptatt av i møte med dere?

D: Ja, jeg lurer! Altså, det der har jo lenge vært litt sånn... Altså, jeg vet faktisk ikke. Jeg skulle gjerne ønske at jeg hadde litt mer innsikt i hva, og det tror jeg alle pleiere hadde hatt godt av, for å ikke ha en frustrasjon eller bitterhet av alt som noen gang kan bli oppbygget i vanskelige tider, men hatt en forståelse for hva innebærer jobben til en avdelingsleder. Jeg tror det er vanvittig mye administrativt som foregår, sånn at de er helt fjernet fra gulvet. Fra oss, kan du si. I lang tid hos oss har det vært veldig merkelig oppdelt på avdelingslederoppgaven. Sånn at de har vært så distansert, at du så aldri lederen. Lederen hadde ikke noen forståelse av hva som arter seg på avdelingen (D5).

Lederens ansvar som rollemodell for praksisutvikling i henhold til personsentrert omsorg er påpekt mange ganger, bl.a. av Backman et al. (2022). Det er vanskelig for leder å leve opp til dette idealet som kulturbærer eller rollemodell når de ikke deltar kontinuerlig i livet på avdelingen. At lederne var opptatt med administrative oppgaver var en forståelse flere delte:

Nå sier jeg alle de oppgavene vi har, men har jo ingen tvil om at den byråkratiseringen av sykehjem har ført til en økt mengde med oppgaver for avdelingslederne. Det har gått så ille nå at, sykehjemmet vårt har funnet ut at det er en god idé å leie en egen stilling for å jobbe med turnuser. Slik at avdelingsleder kan komme tilbake og ha kontakt med, til å drive med personalpolitikk rett og slett. Og til å bygge opp miljøet. Noe de har savnet. Så vi får se (D6).

Her kan det synes som om administrasjonen forsøker å finne en hensiktsmessig oppgavedeling, men det virker som om pleieren ikke vil legge for mye håp i at ting blir bedre. Hun forteller at ledelsen selv har savnet å jobbe med miljøet, noe som kan tyde på at også ledelsen er presset inn i en rolle som de ikke ønsker.

Lederens kompetanse og trygghet i rollen kan også være en faktor som påvirker hvilken faglig oppfølging de ansatte får. Dette blir tydelig i det følgende sitatet.

Jeg tror at hvis du har trygge ledere da får du en trygg avdeling. Og det har jo vært manko vil jeg si, med trygge ledere som vet\_hva dem skal gjøre. For vi har hatt det, og det fungerer FANTASTISK vil jeg si når du har trygge ledere som vet hva dem skal gjøre og som kan jobben sin. (...) Og man får også faglig oppfølging, oppdatering og man får behandle pasientene på den aller beste måten (D1).

Dette eksemplet illustrerer også den tette sammenhengen mellom god ledelse og hvordan det gir resultater i bedre omsorgspraksis. Trygge og kompetente ledere ut fra deltakernes ståsted er de som kan gi dem faglig oppfølging og oppdatering slik at de kan gi den aller beste omsorgen. Siden lederrollen er avgjørende for vellykket implementering av personsentrert omsorg stiller det store krav til leders kompetanse, både faglig og mellommenneskelig. Når ledere blir ansatt i dag er det ikke sikkert administrasjonen verdsetter denne type kompetanse, men ser etter evner for å ivareta effektivisering av tjenesten eller andre typer resultatmål (Wathne, 2018). Dubrosky (2013) skriver at når sykepleiere velges som ledere av administrasjonen så er det stor sannsynlighet for at de også vil fremme deres agenda. Leder kan bli stående i press mellom to ulike forventninger. Leders muligheter for å involvere seg i fag er begrenset fordi de også er rammet av omstillinger og innsparinger. Dette er også fremhevet blant mine deltakere, som i dette eksemplet:

Det er ikke tid, og det er ikke økonomi. Og det er omstilling, på omstilling, på omstilling. Så ledelse har ikke... ledelsen har gått i fra tre avdelingsledere til en, og



bare det i seg selv sier jo at det ikke er sjanse i havet til å kunne ivareta noe. Tror ikke jeg (D4).

Det å ha ansvar for tre avdelinger med mange ansatte vil nødvendigvis begrense muligheten til å være tett på faglig og følge opp de ansatte. Ulike avdelinger vil ha ulike utfordringer og behov. At en leder skal være i stand til å ivareta alle disse behovene som har vært dekket av tre fagpersoner tidligere er lite sannsynlig.

For at en leder kan være en kulturbygger må også hun ha tid til å finne sin plass og bli kjent med pleierne og organisasjonen. Arbeidet med implementering av faglige mål kan ta tid. En deltaker forteller at det har vært mye ustabilitet rundt lederrollen på hennes avdeling:

For å si det sånn, siden jeg begynte der i 2014 så har jeg vel hatt en åtte avdelingsledere (...) Så det sier jo litt da.

I: Hva tenker du er årsaken til det?

D: Altså det har jo vært mye omstillinger også. Forandringer og sånne ting, og avdelingsledere er jo også folk som bør passe til den jobben dem skal ha, og ja, det kan jo være litt ymse det og (D1).

Hyppt lederskifte og manglende kompetanse som i dette eksemplet vitner om stor ustabilitet som kan gjøre det vanskelig å følge opp og implementere faglige mål. Ustabilitet i lederrollen og mangelfull ledelse over flere år tærer også på de ansatte. En deltaker forteller: «Nå er det jo kommet en ny leder. Det er jo nye folk, og vi har fått beskjed at de må få tid og venne seg til. Og jeg sier: «Jeg skjønner absolutt, men nå har det vært slik i så mange år at, vi har ikke mer å gi» (D4).

Deltakernes beskrivelser av ledelse kan være en av forklaringene for at personsentrert praksis er vanskelig å innføre. Når fokuset i organisasjonen er på besparelse, vil det på ulike måter også ramme ledelse og oppgavene en leder klarer å ivareta. Leder kan mangle ressurser eller kompetanse til å være faglig veileder eller kulturbygger. Deltakerne forteller at avdelingslederen har ikke oversikt over hva som rører seg på avdelingen, og ikke vet hvem som er kompetente pleiere. En av deltakerne i min studie er tydelig på dette:

«Avdelingslederen kjenner ikke folk på den måten, hvordan de fungerer i pleie» (D6). Dette viser også at en avklaring av avdelingsleders rolle i organisasjonen kan være nødvendig.

Hvilke oppgaver skal personen ivareta, og konsekvenser av ulike ledermodeller. En må også

tenke at når det fattes vedtak om besparelse og omorganisering av lederansvar, så har en vurdert at f.eks. en avdelingsleder på flere avdelinger er godt nok for å ivareta de oppgavene administrasjonen tenker er viktig. Disse oppgavene er ikke nødvendigvis å ivareta faglig arbeid på avdelingene. Lederskap blir trukket frem i det teoretiske grunnlaget for modellen til McCormack og McCance (2010) som en avgjørende faktor for å endre personalet og miljøet til mer personsentrert praksis. Når avdelingsleder er fraværende og ikke tett på personalet som deltakerne i denne studien beskriver, kan ikke personen ta denne viktige rollen.

### **5.2.2 Ansattes kompetanse, en barriere mot å realisere faglige mål?**

En barriere mot å jobbe med faglige anbefalinger er manglende kompetanse. Det jobber mange ufaglærte på sykehjem. Disse har variert utdannings- og erfaringsbakgrunn, og mange har ikke utdanning utover grunnskole. Ansatte kan derfor mangle grunnleggende kompetanse for å utføre jobben. Det er da viktig at de i tillegg til tid til å utføre arbeidet i henhold til faglige mål, får nødvendig kompetanse gjennom kurs og annen kompetanseheving på jobb. En deltaker sier:

Du har jo ikke bare fagutdannede folk som jobber, vi har jo også folk som er kommet, ja, nesten fra gata, som ikke har noe faglig bakgrunn i det hele tatt. Og det er jo viktig at alle sammen får... At alle sammen skjønner hva dette dreier seg om (D1).

Eksemplet viser at om ufaglærte skal bli faglig flinke pleiere innebærer det at de må skjønne hva jobben går ut på, og lærer det de trenger å kunne i jobben.

Et tema som ble løftet flere ganger av deltakere var ønsket om at det var mer krav til kompetanseheving fra arbeidsgivers side. En deltaker sier: «Nå begynner folk å få stillinger som ikke har fag. Det heter at assistenter skal ta kurs, men de er jo ikke pålagt det. Det burde vært pålagt tenker jeg fordi de skal jo gjøre den jobben vi også gjør» (D4).

En deltaker i min studie påpekte at kurs og kompetanseheving ofte er preget av vilkårlighet, og den enkeltes egeninteresse:

Jeg skulle gjerne ønske at det var krav til meg da jeg var assistent, at en- to ganger i måneden, så skal jeg kanskje gå gjennom de små kursene. Kanskje bare et kort introkurs om hva er Parkinson? Hvordan ser du det? Hvordan skal du forholde deg til det? Eller demens. Hvordan skal du prate med noen som har demens? Hvordan kan du

berøre dem? Sånne småting. Det er veldig, veldig nå lagt opp til vilkårlighet, og opplæring fra de enkelte, og egeninteresse, egentlig (D5).

Denne holdningen delte også en annen deltaker, men uavhengig av om pleiepersonalet har en formell utdanning eller ikke. Vedkommende sa: «Jeg opplever at vi har en del sykepleiere som ennå ikke pr i dag, har kunnskap om det her med demente, om hvordan du skal håndtere dem. I forhold til at du ikke skal trigge det her med og svare dem» (D4). Dette belyser at man tilegner seg en viss kompetanse gjennom utdanning, men at kompetanse også må utvikles i praksis for å imøtekomme arbeidets art.

I tillegg til at det ikke er krav om kurs, og deltakelse avhenger av den enkelte ansattes egeninteresse, så er arbeidsdagene så travle at kurs i mange tilfeller må tas på fritiden. Selv om ansatte blir kompensert for kurs med avspasering, fremstår ikke som god nok motivasjon til å ta tilgjengelige kurs eller delta på fagopplæring på fritiden.

Mye av dette foregår selvfølgelig utenfor arbeidstiden. Så folk må jo faktisk komme på jobb for å jobbe mer enn de burde ha gjort. Det er jo definitivt en praktisk og legitim grunn til at man sier nei til det (...) Da tenker du: Vet du hva, jeg er utslitt etter dagvakt. Jeg orker ikke mer (D6).

At kurs ofte må tas på fritiden kan oppfattes forskjellig hos ansatte. Noe dette utsagn illustrerer:

De [kollegaer] sier at de ikke tar de på fritida. Jo, du tilegne deg kunnskapen på fritida. (...) Vi får jo kursene. Du får jo gjøre det på jobb hvis du vil, men du må jo ta dem i pausen eller i når du ser... Men det er jo ikke rom for det. Men som sagt, hvis du tar de og de kursene, så får du ikke betalt, men de kan sette deg på en avspaseringsdag (D4).

Det er viktig at ansatte har passende kompetanse til arbeidsoppgavene, og det kan synes som om det er en del personal, og kanskje også ledere, som ikke har den nødvendige kompetanse. Både faglig kunnskap og mellommenneskelige kompetanse er forutsetninger for personsentrert omsorg i modellen til McCormack og McCance (2010). Kompetanse i deres forståelse omfatter kunnskap, ferdigheter og holdninger. Mellommenneskelig kompetanse er ferdigheter som kan være vanskelig å lære eller utvikle gjennom en teoretisk opplæring. Ferdigheter kan utvikles gjennom øvelse, veiledning og refleksjon i praksis. I rammeverket til McCormack og McCance (2010) fremhever forfatterne at det psykososiale miljøet, den andre

dimensjonen i rammeverket, må fremme en kultur der læring innlemmet i praksis, og skjer under støttende forhold. Å kun tilby teoretiske kurs kan være en snever forståelse av kompetanseheving, når kompetanse etter denne forståelsen innebærer mye mer enn faglig kunnskap.

Det kan være mange årsaker til at det ikke er større krav om kurs og kompetanse. En årsak kan være at ressursmangel gjør at de ikke har tid til å prioritere det, og slik sett er styringskrav også her er en undergraving av faglige mål. Andre mekanismer kan være begrunnet i rolleforståelse blant pleierne, og om pleierne ser behov for økt fagkunnskap eller ferdigheter for å kunne utføre arbeidet. En annen forklaring kan være manglende kunnskap om faglige føringer. For å fremme en positiv læringskultur må man se på barrierer på individ-, gruppe- og organisasjonsnivå (McCormack & McCance, 2010). Det viser at organisasjonen må se på ulike forhold som kan være til hinder for, eller fremme, kompetanseheving i dagens praksis.

Deltakerne forteller at det er mange, lett tilgjengelig kurs som de kan velge mellom. Likevel er det, ifølge mine deltakere, få som benytter seg av disse kursene. Dette tyder på at manglende kunnskap heller er et problem av etterspørsel enn mangel av tilbud. Dette har imidlertid store konsekvenser for muligheten til innføring av en personsentrert omsorgsideologi. Hvis ansatte ikke har tilstrekkelig kunnskap om personsentrert omsorg, kan de heller ikke arbeide i tråd med dens prinsipper, eller leve opp til sentralt bestemte faglige mål i omsorgen.

### **5.2.3 Opplæringen av nyansatte, en barriere for arbeid mot faglige mål?**

Ut fra deltakernes fortellinger virker normen for opplæring av nyansatte å være 2-3 dager med en litt mer erfaren pleier. En del sykehjem har utarbeidet en nyansatt-perm der viktig informasjon og rutiner står beskrevet.

Det var en klar holdning om at opplæringen kunne vært bedre. En deltaker sier:

Det vi kan bli bedre på er jo ja å ta de godt imot og gi de nok informasjon når de starter. Så vi holder på å utarbeide et sånt begynnerhefte på en måte. Hvor det står litt om ja, rammene her på huset, det står litt generelt om hygieniske prinsipper og såne ting. Også ønsker vi og hyppigere ha de her gruppemøtene hvor alle kan delta, ikke bare faste ansatte. Fordi at man ser at det kan være lettere å snakke om ting i plenum enn å ta det opp en og en (D2).

En annen deltaker forteller at sykehjemmet har åpnet opp for at nyansatte kan be om ekstra dager med opplæring:

Da jeg startet så var det 2 dager med opplæring, og så skulle jeg fysisk ut å jobbe som et fullverdig medlem av arbeidsgruppen. Og bare fungere. Aldri jobbet før. Gikk fra å jobbe på teknisk kundestøtte til å plutselig jobbe med mennesker. Det var veldig skummelt, og veldig ubehagelig, å bli kastet inn i det, synes jeg personlig. På vegne av pasientene, på vegne av den jeg gikk på jobb i sammen med (...) Men det er litt bedre nå. Jeg ser de nye vikarene gjerne har tre opplæringsvakter, og de kan be om mer. Det blir det veldig lett innfridd, uten noe diskusjonen og sånt, men... (D5).

Deltakeren beskriver møtet med yrket som skummelt og ubehagelig. Hun var bevisst på hvordan hennes manglende kompetanse påvirket beboerne og kollegaer. Når ansvaret for å be om mer opplæring legges på den nyansatte er personen allerede i en sårbar posisjon. Personen kan være redd for å fremstå som dum, eller skamme seg, om hun ber om mer opplæring enn normen. At det er mulig å få flere opplæringsdager er bra, men det stiller også krav til den nyansatte om å se behovet for mer opplæring. Den forståelsen personen har etablert etter opplæringsdagene, vil kunne påvirke om noen ber om mer. Hvis fokuset i opplæringen har vært praktiske oppgaver, er det ikke sikkert den nyansatte forstår at det også er andre oppgaver som skal ivaretas. Opp mot 25% av ansatte i pleie og omsorgsykker har innvandrerbakgrunn (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2021). Det kan derfor også finnes kulturelle barrierer mot å be om mer opplæring.

En deltaker forteller at man i utgangspunktet skal bruke en sjekkliste under opplæringen for å sikre at alle får en minstestandard av informasjon, men at den ikke brukes:

Og de skal vel i utgangspunktet ha noe, jeg vil si, et lite skjema og sjekklister som de skal gå gjennom, men jeg har aldri sett at noen har hatt det. Det her er veldig, det her er personlig, altså det jeg har observert. Jeg har ikke sett noen gått rundt med det. Jeg har hatt veldig mange på opplæring, og jeg ser jo at det er veldig individuelt hvor pedagogisk noen har sin tilnærming (D5).

Dette viser at opplæringen er rigget slik at det kan være høyst tilfeldig hva nyansatte lærer. Det er ikke et system som sikrer at de får god nok informasjon, eller gir en oversikt over hvilke oppgaver de har fått opplæring på. Opplæringen styres av hva den opplæringsansvarlige synes er viktig, eller husker på. Det kan synes som om dagens

opplæringspraksis står et stykke unna idealet om opplæring og læringskultur som omgir personsentrert omsorg. Kitwood (1999) fremmer det å bruke tid på god opplæring som viktig. Det innebærer at organisasjonen bør tenke nytt om opplæring, og hvordan de kan styrke opplæringen for nyansatte, f.eks. gjennom jevnlig opplæringsgrupper der flere får kompetanseheving i lag, og også innebærer refleksjon og veiledning. Siden McCormack og McCance (2010) sin modell tar utgangspunkt i sykepleiepraksis, har de ikke spesielt fokus på opplæring av assistenter i sitt rammeverk. De mener at enhver sykepleier som oppfyller kravene til å bli sykepleier har grunnleggende kompetanse i personsentrert omsorg. En deltaker sin påstand om at sykepleiere på hennes avdeling ikke har nødvendig kompetanse i møte med beboere med demens, tyder på at det kanskje ikke stemmer. McCormack og McCance (2010) hevder imidlertid at også sykepleiere må fortsette å lære og utvikle seg, og tilegne seg ferdigheter som gjør dem i stand til å bli mer kompetent i praksis.

I dagens praksis er opplæring en oppgave som alle deler ansvaret for, og at det først og fremst er jobberfaring som styrer valget om hvem som skal ha ansvar for opplæring. En deltaker forteller at noen ganger blir pleiere som ikke burde ha opplæring satt til det:

Det er jo stort sett avdelingslederne som finner ut hvem som skal gi opplæring. De tar ofte de med erfaring, som viktig moment. Men avdelingslederen kjenner ikke folk på den måten, hvordan de fungerer i pleie. Av og til så blir det noen som kanskje ikke burde hatt ansvar for opplæringen (D6).

Når en ufaglært begynner å jobbe på sykehjem vet vedkommende ikke nødvendigvis hva jobben innebærer. Møtet med praksisen og ikke minst pleieren som har opplæringsansvar kan derfor være avgjørende for hvordan nyansatte forstår rollen og oppgavene sine. En av deltakerne beskriver sitt første møte med sykehjem:

Jeg gikk på vikarbyrå for å finne jobb på sommeren. Så satte de meg over til sykehjem, og da endte jeg opp med å skulle jobbe der i tre dager. Den første jeg møtte var faktisk den pleieren. Hun hadde hovedansvar for en terminal beboer. Og jeg var jo livredd. Jeg var rundt 21-22 (...) Jeg tenkte med meg selv at dette var det mest skremmende jeg hadde vært borte i. Skal gi det disse tre dagene, så får jeg se hvordan det går. I løpet av den tida så jeg hvor medmenneskelig hun var egentlig. Hvor forsiktig hun var med den terminale personen. Hvor respektfull hun var overfor beboerne. I helt horrible situasjoner som det at du vasker noen i skrittet, det er så

intimt som du får det. Og likevel var det så respektfullt den måten hun gjorde det på. Det fikk med til å tenke dette er kanskje ikke verdens ende. Så da fortsatte jeg der gjennom sommeren, og møtte på enda flere ansatte. Kjempeflotte mennesker som hadde pleiefokuset (D6).

Pleieren forteller videre at det første møtet kan skremme noen fra yrket eller få deg til å bli:

Jeg tror det første møte er det viktigste. Jeg har en venninne av meg, som også var ganske ung da hun prøvde å jobbe på sykehjem, hun hadde en helt annen erfaring. Hun bare sluttet der, og har aldri liksom tenkt å dra dit igjen. Hun følte at de var helt respektløse overfor de eldre, og at grenser ble overskredet der. At det ble gjort ting som ikke var greit. Hun bare følte ubehag med det hele. Så hun sluttet bare, og har aldri gått tilbake (D6).

Disse eksemplene viser viktigheten av at lederne vet hvilke holdninger den enkelte pleier har, og hvordan de lever ut sin omsorgsforståelse i praksis. Denne kunnskapen er essensiell for å vurdere hvem som egner seg til å gi opplæring. Den som har opplæringen, er en viktig holdnings- og kulturbærer til nye ansatte. Hvis pleiere med dårlige holdninger eller manglende kunnskap har opplæring av nyansatte, vil denne pleierens holdninger påvirke hvordan nyansatte sosialiseres inn i yrket, og kanskje viderefører en uheldig praksis. I verste fall vil det skremme noen bort fra yrket. Flere deltakere som begynte som ufaglærte beskriver sitt møte med yrket som skummelt og skremmende. Det å ha en tilnærming i opplæringen som fremmer trygghet og mestring hos nyansatte synes derfor også å være viktig.

Hvis nyansatte uten fagspesifikk utdanning og personlige erfaringer som omsorgsgiver kun blir opplært i praktiske oppgaver relatert til fysiologiske behov og drift, og ikke får opplæring i hvordan psykososiale behov kan og skal bli ivarettatt, er det ikke realistisk å forvente at vedkommende skal leve opp til et personsentrert omsorgsideal. Møtet med arbeidsplassens kultur, «det er slik vi gjør det her», vil være førende for forståelsen som etableres. Hvis personen ser at ansatte snakker nedlatende til og om beboere, kjefter og bevisst utsetter å reagere på uttrykk for behov for hjelp (Botngård et al., 2020), så vil det kunne gi forståelse av at det er slik man behandler beboerne, og en slik praksis reproduseres. Det krever mye av den nyansattes kunnskaper, egenskaper og moralske kompass for å navigere seg mot god omsorg hvis den som gir opplæring formidler dårlige holdninger til beboerne eller jobben, eller ikke har tilstrekkelig kunnskap til å kunne gi grunnleggende opplæring i tråd med personsentrert

omsorg som tufter på respekt, gode relasjoner og samarbeid (Kitwood, 1999; McCormack & McCance, 2010). De som ikke er villige til å godta slik praksis kan i verste fall blir skremt bort, og sykehjem mister mulige dyktige ansatte.

#### **5.2.4 Hva er god nok omsorg?**

Når ressursene mangler, tida ikke strekker til og ansatte mangler kompetanse kan det lett bli et snevert fokus på å dekke grunnleggende fysiologiske behov. En av deltakerne jobber på et sykehjem som har blitt sertifisert som «Livsgledehem» (Livsglede for eldre, u.å. ).

Institusjonene og ansatte har med denne sertifiseringen forpliktet seg til å tilby aktiviteter som gir den enkelte beboer livsglede. En slik sertifisering blir ofte brukt i markedsføring av omsorgsinstitusjoner. Det følgende sitatet viser imidlertid hvordan denne faglige satsningen fort kan smuldre bort på grunn av rammebetingelsene for omsorgen:

Når du da har åtte stykk, og man skal da stå for matsituasjonen, og det er medisin, og den løpende oppfølgingen etter stell. Så det er klart, det tar fryktelig lang tid, og da blir på en måte tiden litt spist opp, sånn at den her livsgleden har jo også vært lenge vært en tematikk som på en måte har vært vanskelig å få gjennomført grundig. Fordi at det blir så krevende at vi skal klare og ha noe til overs, til å klare å gjennomføre det (D5).

Hun sier videre: «Når jeg kommer på jobb og ser at de har fått stell, de har fått mat, og de har fått medisin. Så føler jeg at, da er det godt gjort, godt nok, for at da er det det, den tiden vi har mulighet, og rom, til å gjøre i helsesektoren» (D5).

Når pleierne innretter sin praksis etter administrasjonens styring, og sier at det er det vi får gjort, det er godt nok, så kan det tolkes som de godtar betingelsene og gjør de til sine egne betingelser. En deltaker beskriver i denne sammenhengen: «Men så tror jeg også det er denne tilpasningsmetodikken. Man bare lære seg å akseptere, og så setter man plutselig pris på ting som jeg fortsatt føler er... Det her er egentlig ikke grei hverdag fortsatt, men du lærer deg, og tilpasser deg (D5).

Disse eksemplene dokumenterer hvordan administrative krav dominerer, og hvordan de blir styrende for hvordan pleierne vurderer sitt arbeid. Forsøk på tilpasning kan tolkes som en overlevelsesmekanisme. Pleierne slår seg til ro med et begrenset handlingsrom og at det er det de får gjort. Haukelien (2021) skriver i sin artikkel at sykepleiere har endret sin forståelse av arbeidet i takt med strammere kommuneøkonomi. Hun mener at pleierne ikke nødvendigvis endrer sine verdier, men de endrer handlingsmønster fordi de ser styringens krav som en



mindre justering av måten de arbeider på, og de prøver å gjøre arbeidsoppgavene mer håndterbare. For å gi omsorg av god kvalitet fremmers personsentrert omsorg (Helse og omsorgsdepartementet, 2020). I praksis er det et mål å sikre beboerne mat, stell og medisin. Selv om å dekke slike behov er viktig også i personsentrert omsorg, er det likevel to ulike mål som kan være vanskelig å samkjøre.

I henhold til KS (2021) har selve styringsformen resultert i et fokus på hva som er godt nok. Det i seg selv kan ha noe å si for tjenester av god kvalitet. Meningsinnholdet i «godt nok» er ikke det samme som «god kvalitet». Det kan bli et spørsmål mellom hva som er realistisk og hva som er et utopisk ideal. Personsentrert omsorgsmodeller som McCormack og McCance (2010) sin modell kan bli oppfattet som utopiske ideal fordi de er så inngripende for hele organisasjonen. Hver aktør har begrensede muligheter til å forandre organisasjonen som helhet. Det kan derfor bli et ideal ulike aktørene tenker burde vært praktisert, men de legger ansvaret for det over på andre aktører i organisasjonen. Slik helhetlig praksisendring kan da bli umulig å gjennomføre. Dette løfter behovet for å kunne bryte slike modeller ned til å bli håndterbare i praksis, som f.eks. hvordan pleierne kan bruke tilmålte minutter i omsorgspraksisen til å være personsentrert. Ved en slik nedbryting kan en imidlertid stå i fare for å ha et ensidig søkelys på pleiernes egenskaper eller vilje, og miste fokus på at flere forhold med organisasjonen må bygge opp under slik praksis, som for eksempel organisasjonens ansvar for å tilrettelegge for kompetanseheving og opplæring som en integrert del av praksis.

### **5.3 Ivaretakende strukturer rundt pleierne**

I McCormack og McCance (2010) sin praksismodell påpekes relevansen av å bygge strukturer som ivaretar konflikthåndtering, og fremmer et godt arbeidsklima og bygge støttende organisasjonsstrukturer.

Det kan synes som om organisasjonen har en vei å gå med å lage støttende strukturer for pleierne. Pleiere på sykehjem er svært utsatte for en rekke arbeidsmiljøbelastninger (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2021) som vold, trusler, seksuell trakassering, og høye emosjonelle krav. Utbrenthet forbindes med kronisk stress som ikke blir håndtert på en god måte.

Et tema som flere av mine deltakere ga uttrykk for, var at de følte seg lite ivaretatt med disse belastningene.

### 5.3.1 Hvordan påvirkes pleierne av jobben?

En deltaker mener at pleierne blir påvirket av jobben og uttalte: «Alle av oss har arr etter møte med beboere. Noen har bokstavelige arr. Jeg tror det å pleie pleiere er en viktig del» (D6).

Hun beskriver videre arbeidet som en ekstremsport innenfor emosjonelt arbeid:

Det er en ekstremsport innenfor emosjonelt arbeid dette her. Jeg føler denne biten kanskje blir lite ivaretatt også. (...) Jeg tror det er for lite systematisk support-apparat for oss som må slite med alt i fra død og ekstremt tunge samtaler, til beskyldninger fra beboere for eksempel (...) Du sitter alene med det. For mange av de kvinnelige pleiere, det å oppleve seksuell trakassering på jobb. Det er vanskelig. Det er ekstremsport dette her. Jeg tror vi har lite redskap for å håndtere dette her, og jeg tror vi har lite fora for å dele erfaringer. Og faktisk prøve å finne redskaper som kan hjelpe oss (D6).

Ekstremsport er aktivitet der en utsetter seg for relativ høy skaderisiko, men der det også stilles strenge sikkerhetskrav (Bryhn & Sæle, 2022). De fleste ekstremsportutøvere må vurdere sikkerhet og bruke beskyttelsesutstyr. Hvis en skal tolke deltakerens utsagn bokstavelig, så virker det som om hun forstår jobben som en arena der de utsetter seg for relativ høy skaderisiko, men uten sikkerhetsnett som ofte omgir ekstremsportutøvere. Deltakeren beskriver et manglende apparat for å ivareta deres behov, som bygger på en forståelse av hvordan de blir påvirket av møte med beboerne. Hun sier også:

Så det var ingen ordinerte former på: Hvordan tar vi vare på hverandre? Hvordan håndterer vi vanskelige situasjoner? Hvordan snakker vi på disse tingene på en måte som er konstruktiv? Det er lite av den type arbeid, og da merket jeg også hvor lite kunnskap man har blant pleiere på hvordan man skal håndtere det. Det er en tendens til å tenke at: «Ja, du må finne deg i det». Og det er ikke bra! (D6).

Manglende forebyggende strukturer knyttes også til manglende tid og ressurser:

Jeg føler ikke at man blir ivaretatt i forhold til at det er verken tid eller ressurs til å ivareta det. Vi melder jo fra om ting, men det kommer jo ikke [videre]. Vi blir ikke ivaretatt i forhold til det med bedriftshelsetjeneste, i forhold til det med HMS, i forhold til å få hjelp når vi er kjørt. Det er ikke tid, og det er ikke økonomi. Og det er omstilling, på omstilling, på omstilling (D4).

I Arbeidsmiljøloven (2006) § 3.1 stilles det krav til systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid. I § 4.1 stilles krav til at arbeidsmiljøet skal være forsvarlig ut fra enkeltvis og samlet vurdering av faktorer som kan innvirke på arbeidstakers fysiske og psykiske helse og velferd. Arbeidsgiver skal legge vekt på å forebygge skader og sykdom. Eksempelene overfor viser at i oppfatningen til denne deltakeren, så fyller ikke arbeidsgiver sine forpliktelser overfor arbeidstakerne.

I utførelsen av personsentrert omsorg er pleierne nøkkelredskapet og en forutsetning for at slik omsorg i det hele tatt skal finne sted (McCormack & McCance, 2010). Deres helse og velvære bør derfor være høyt verdsatt. Statens arbeidsmiljøinstitutt (2021) skriver at det er et stort potensial for forebygging av psykiske helseplager ved å redusere eksponering for ulike arbeidsmiljøbelastninger. Det er ikke sikkert alle belastninger som følger med jobben på sykehjem kan tas bort, som f.eks. å møte død eller utfordrende atferd. Det at pleierne har opplæring i hvordan de kan forebygge og mestre utfordrende atferd hos beboerne, kan likevel gjøre at jobben blir mer håndterbar og mindre belastende. Det å snakke om og dele følelser forbundet med beboeres død kan gjøre dette mindre belastende over tid.

Opplevelsen av sosial støtte kan forebygge negative helseeffekter (Backman et al., 2018). I mitt datamateriale har jeg imidlertid indikasjoner for at flere av mine deltakere føler fravær av støtte bl.a. som konsekvens av manglende overskudd til å ta vare på hverandre:

I den hverdagen du har, så har du kanskje nok med å komme igjennom de syv timene og lande. At du da i tillegg skal ha med personalet sine problemer og gjøre, det blir jo litt vanskelig. Og når det blir ofte så kan det fort bli irritasjon og frustrasjon på personalet, og da vet vi jo alle at det forplanter seg i avdelingen. Det er bare å se hjemme, hvis du kommer irritert, ungene reagerer fort på det (D4).

Irritasjon og frustrasjon mot kollegaer og beboere kan være tegn på at de ansatte føler seg overveldet eller maktesløse til å gjøre noe med situasjonen (Freshwater, 2000). Frustrasjonen blir heller rettet mot kollegaer eller nedover mot beboerne. Dette har igjen innvirkning på trivsel hos både ansatte og beboere. Sosial støtte mellom kollegaer kan gis på ulike måter, som følelsesmessig, feedbackorientert, faglig eller praktisk støtte ifølge Høgsted (2023). Hun fremhever at kollegaer kan gi hverandre en type støtte som ingen andre kan, fordi de ofte deler de samme opplevelsene. Gode konflikthåndteringsstrukturer er et tiltak i å bygge støttende omsorgsmiljø og gode teamrelasjoner i McCormack og McCance (2010) sin modell,

under dimensjonen å bygge støttende psykososiale omsorgsmiljø. De gir samtidig ingen oppskrift på hvordan god konflikthåndtering, veiledning eller refleksjon kan gjennomføres. Høgsted (2023) betrakter slikt arbeid som en lagsport, der alle aktører må bidra aktivt for å bygge slike strukturer. Det kan være mye å tjene for arbeidsgiver å jobbe systematisk med å lage støttende strukturer for ansatte, men også mye å tjene for ansatte å involvere seg i slikt arbeid.

Ut fra mitt datamateriale har jeg indikasjoner på at hvis organisasjonen som helhet mislykkes med å bygge støttende strukturer, så medfører det flere uheldige konsekvenser.

### **5.3.2 Hva er konsekvensene av manglende ivaretagende strukturer?**

Et tema som kom opp flere ganger i datamaterialet var at manglende ivaretagende strukturer hadde en rekke uheldige konsekvenser. En deltaker beskriver hva som skjer når pleiere over tid står i situasjoner med etiske dilemma, prioriteringer og få ressurser:

Det blir jo mye frustrasjon, ikke sant. Du får jo gjerne, du får gjerne fram en veldig kynisme i arbeidsmetodikken, og kanskje pleierne som jobber der, vil jeg si. Man kan jo fort se de som kanskje har jobbet der lenge nok, og på en måte er vant med å bare gjøre ting effektivt, men ikke personlig (D5).

Denne deltakeren beskriver kynisme i pleierne og hvordan de utøver arbeidet. Kynisme kan innebære å bry seg mer om egen vinning fremfor andres velvære eller kjenne medfølelse for andre. Det som kanskje tidligere rørte ved følelsene, gjør det ikke lenger. Det kan gjøre at motivasjonen for arbeid blir redusert til kun å ha inntekt, slik jeg også diskuterer senere i pkt. 5.4.1. Og kan ha innvirkning på kvaliteten av omsorgen som gis. En vanlig reaksjon ved utbrenthet og omsorgstrøtthet er økt kynisme til arbeidet (Coetzee & Klopper, 2010; World Health Organization, 2019). Å lykkes med å forebygge disse tilstandene vil derfor også kunne gi bedre omsorg.

Andre konsekvenser er at belastningene kan resultere i psykosomatiske skader blant personalet. En deltaker sier: «Du sliter noen ut veldig psykisk også. Så det er klart det her med sykefravær og sånn, det er ikke så veldig rart da, det henger jo i hop» (D5). En annen deltaker sier: «Det handler om at man bruker seg opp. Noen møter den der veggen som vi snakker om. Man kan få mye smerter og mye, mye vondt. Absolutt. Det kan gå litt på psyken løs. Det blir sykemeldinger. Man kan begynne å grue seg til å gå på jobb» (D3).

Disse eksemplene kan tolkes som at pleierne ser en tett sammenheng mellom belastningene de står i og sykefravær. Med tanke på at økt effektivitet verdsettes i styringsstrukturene (Christensen & Christensen, 2021), kan en tenke at det er noe å hente både kostands- og effektivitetsmessig med å redusere eksponering for forhold som skaper sykefravær. Det er rekrutteringsutfordringer i tjenesten (Helsedirektoratet, 2021). Det å forebygge sykefravær hos ansatte kan gjøre at tjenesten har en stabil personalgruppe med god kompetanse. Ved å drifte en tjeneste med høy forekomst av vikarer, har tjenesten ikke nødvendigvis den rette kompetansen for å yte personsentrert omsorg.

En siste konsekvens som jeg identifiserte i datamaterialet var at manglende ivaretagelse innebærer at pleierne slutter i jobben og i yrket. En deltaker forteller at manglende ivaretagelse er en av årsakene til at hun velger å pensjonere seg snart, selv om hun kunne stått i yrket enda mange år til. Hun beskriver videre sin arbeidshverdag på følgende måte: «Vi går liksom i den samme tralten hele tiden. Til der liksom er en dag, og det bare er sånn; «nå nei, nå orker jeg ikke mer». Plutselig får man mer enn nok ja» (D3).

En annen deltaker forteller at pleierne ofte snakker sammen om å skifte yrke:

Vi lever i et samfunn i dag der det er lett å skifte fullstendig karrierevei. I perioder er det snakk om det i pleiergruppa. Kanskje på tide å gjøre noe annet. Noe helt annet. Så du mister folk med erfaring, som er fabelaktig god i jobben de gjør, fordi de ikke blir ivaretatt (D6).

Eksemplene overfor viser hvor viktig det er å etablere strukturer i arbeidshverdagen der de ansatte føler seg ivaretatt. Dette på sin side kan forebygge og hindre slitasje og utbrenthet. I et arbeidsmiljø der det har etablert seg en dårlig og lite motivert stemning kan en tenke seg at det i stor grad påvirker omsorgen beboerne får. I rammeverket til McCormack og McCance (2010) blir systematisk veiledning og refleksjon trukket frem som viktig. Målet med veiledningen er faglig utvikling, men også å snakke om vanskelige følelser forbundet med jobben. Det kan synes som om rammene for tjenesten er så marginale at de ikke prioriteres tid til veiledning og felles refleksjon, selv om organisasjonen har det juridiske ansvaret for å ivareta slike personalforhold (Høgsted, 2023). Det er derfor en oppgave, og en forpliktelse for ledelsen å sette av tid til dette. Siden mange ansatte er ufaglærte, er kanskje ikke faglig refleksjon og veiledning en metode de er kjente og trygge på. Å bruke tid på at pleiepersonalet skal bli kjent med, og trygg på denne metoden kan derfor være nødvendig. Å

utdanne ansatte eller ledere til å lede veilednings- eller refleksjonsgrupper er også en premiss for at slikt arbeid kan foregå.

En deltaker fortalte at på hennes arbeidsplass hadde forsøk med etiske refleksjonsgrupper vært mislykket:

Det har blitt organisert etiske refleksjonsgrupper, men tror ikke at det er så mange som har møtt opp på disse heller, så det har også falt av. Så det handler ikke om at det ikke blir tilrettelagt for det, men det handler kanskje om hvordan arbeidsmiljøet er i de ulike gruppene og avdelingene, så kan du få ulike resultat (D6).

Eksemplet over kan tolkes som at en ikke kan starte en refleksjonsgruppe uten at en også har sørget for å kartlegge andre barrierer i miljøet som for eksempel det sosiale miljøet, relasjonene og grad av trygghet mellom ansatte. I en studie av Lauridsen (2021) finner hun at utrygghet kan være en barriere for å delta på veilednings- og kompetansehevingstiltak. Studiet viste også at deltakelse i veilednings- og refleksjonsgrupper i seg selv skape større trygghet hos hjelperen.

Sykehjem kan ha rykte på seg for å være et sted der det er lett å få jobb. Det kan tiltrekke seg mennesker som ikke burde jobbe med omsorg. De belastningene pleierne utsettes for, og manglende systematisk støttestrukturer, kan også føre til at pleiere viser holdninger til arbeidet som står langt fra verdiene om god omsorg.

## **5.4 Pleiepersonalets egnethet til jobben**

Et tema som også gjentok seg i datamaterialet er en oppfatning av at det jobber pleiere på sykehjem som ikke er nødvendig egnet for å gi god omsorg og pleie. Dette ble imidlertid begrunnet ulikt, bl.a. med motivasjonen de har for jobben, med verdier og holdninger, modenhet, men også med manglende fag- og språkkunnskap. Uansett begrunnelse var det en klar opplevelse av at beboerne reagerte negativt. De ble utrygge, sinte eller aggressive, mens andre ga opp å tale sin sak i møte med disse pleierne.

En deltaker beskriver hva som kjennetegner kollegaer som ikke eger seg i jobben på grunn av deres holdninger til de eldre og til arbeidet:

De bruker mye tid på mobiltelefonene sine. Det kjennetegner at de bruker minimal tid med beboere, altså nesten ingenting. Og det kjennetegner at de finner alle muligheter

til å trekke seg unna resten av arbeidsgruppa, eller hvis de er med resten av arbeidsgruppa, så snakker de om private ting (D6).

Deltakeren fortsetter sin beskrivelse med at disse kollegaene bevisst utsetter pleien, og snakker gjerne om hvor vanskelig beboerne er uten hensyn til at andre beboere hører på: «Selv om klokken ringte på og vedkommende beboer trengte hjelp, så utsatte de det for å snakke dritt om vedkommende beboer» (D6). Dette er et tydelig eksempel på pleiere som viser en atferd som ikke er i tråd med verdier i god omsorg. En slik atferd kan ha mange årsaksforklaringer. Det kan f.eks. være belastninger over tid som har resultert i utbrenthet eller omsorgstrøtthet. Høgsted (2023) skriver at når hjelpere tøyser sine grenser over tid, kan en komme i en situasjon der en bagatelliserer brukerens behov for hjelp, og tenker at de overdriver. Pleiernes generelle holdninger til eldre og til arbeidet kan også være faktorer som gir slik atferd.

#### **5.4.1 Pleiernes verdier, holdning og motivasjon**

Deltakerne i studiet beskrev ulike faktorer som gjorde at disse pleierne ikke egnet seg i jobben. En deltaker begrunnet kollegaenes atferd i gale verdier: «Da har du ikke de rette verdiene, da bryr du deg egentlig ikke om pleie. Du blir der for å tjene penger og fordi du ikke har fått tak i noe annet» (D6).

Hun sier at noen jobber der fordi de ikke har fått annen jobb. Dette kan tolkes som at personer som er ekskludert fra andre yrker har mulighet for å få innpass, og bli værende, i pleie- og omsorgsyket, og kan bekrefte at yrket har lav status. Ved å ansette pleiere som ikke får andre jobber, og som viser dårlige holdninger kan den lave statusen reproduseres. At motivasjonen deres for arbeidet er å tjene penger, nevnes av flere: «Du har jo forskjellige motivasjonsgrunner til de som jobber der også, ikke sant? Om du kommer på jobb for at du skal tjene penger, du skal nå gjøre noe» (D1). Å ha en inntekt er viktig for de aller fleste arbeidstakere, og er i seg selv en motivasjon for å jobbe. Å ha en dypere mening med jobben har likevel noe å si for trivselen for mange arbeidstakere (Høgsted, 2023). Det å være til hjelp for sårbare mennesker, gjøre hverdagen bedre for beboerne, få lov til å skape glede eller utgjøre en forskjell ble trukket frem som meningsbærende med arbeidet for flere av mine deltakere. Ut fra eksemplene overfor kan det tolkes at de pleierne som er omtalt ikke deler disse motivasjonsgrunnene for arbeidet med deltakerne i studien. Ansatte som føler at de har en meningsfull jobb og som mestrer oppgavene har mindre sjanse til utvikle belastningsskader av jobben ifølge Høgsted (2023). Lombardero-Posada et al. (2023) knytter

både lavt og høyt score på engasjement til høy score på utbrenthet. Dette viser at lavt engasjement kan være tegn på utbrenthet, men også et høyt engasjement, men ikke muligheter til å utføre oppgavene kan være risikofaktor for utbrenthet, slik at de med denne profilen etter hvert kan gå over i profilen med lav score på engasjement og høy score på utbrenthet.

Andre ganger handler det om pleierens holdninger til omsorg og manglende respekt overfor beboeren.

Av og til får man motstand, og da får man kanskje kommentarer som at; «Ja, men kunne ikke du bare ha...», «Altså den personen skriker bare uansett hele tiden». «Kunne du ikke bare ha gått fem minutter før og gjort den jobben der?» «Ja, den personen vil jo aldri dusje seg, hvorfor kunne du ikke bare dusja han med tvang?». Ikke sant, sånne ting. Du får alltid en eller annen kommentar fra enkeltindivider om disse tingene der (D6).

Manglende empati og forståelse for beboerne ble også trukket frem som et tegn på lite egnethet.

Det er klart at du har jo folk som man på en måte tenker at kanskje ikke passer i dette yrket ikke sant og sånn (...) Det er jo det med den empatien jeg snakket om. Det å ha forståelse for mennesker i en sårbar situasjon. Og den måten dem behandler mennesker. Ikke det at de trenger å være stygg, men du ser det på et vis (D1).

Manglende empati og forståelse er også trukket frem i tilfeller der pleiere bruker humor på en måte som ikke respekterer beboeren:

Også det å gå opp i øynene på dem og skal klype de i nesa, for det skjønner ikke de. Pleierne tror de bare skal være morsom, «tåler du ikke?». Beboerne blir jo bare irritert. Ja, klart de blir irritert når du kommer og gjør noe sånt. Det er jo det samme som om jeg plutselig, når du sitter stille og i ro, så kommer jeg og klyper deg i nesen eller på øret. Du blir jo forbannet. (...) og når du snakker til pleierne om dette, så blir de slik: «Nei, nå må du slutte og tulle, de må tåle det» (D4).

Noen kollegaer ble også beskrevet som uegnet fordi de ikke har nødvendig modenhet for arbeidet.



Helsesektoren blir på en måte åpen dør for alle nye, unge folk som skal ut i sommerjobb og sånt, og det er gjerne mennesker som både, ja, veldig 50-50, men de aller fleste er kanskje litt for ung til å jobbe. Kanskje mentalt da til å jobbe med det. Hvordan de klarer... Altså den modenheten mangler kanskje (D5).

Felles for disse eksemplene er at pleiere viser holdninger eller atferd som ikke er i tråd med verdiene i personsentrert omsorg. Den omsorgen som utøves i eksemplene ovenfor har potensiale til å skade og dehumanisere mennesker, og er det Kitwood (1999) kaller dårlig omsorg. I dimensjonen forutsetninger for implementering av personsentrert omsorg etter McCormack og McCance (2010) sin modell er pleiernes kvaliteter viktig. Det pekes på deres mellommenneskelige kompetanse, dedikasjon til jobben, bevissthet om egne verdier og holdninger, og hvordan disse påvirker praksis. Kitwood (1999) var opptatt av at pleierne ofte ikke gjør dette fordi de er dårlige mennesker, men at slik atferd kan være et resultat av vår kulturelle arv. Kulturell arv kan beskrives som de tenkemåtene vi er sosialisert inn i, og gjør at vi handler uten bevissthet om hvorfor vi gjør det. Våre holdninger vil være påvirket av hvordan vårt samfunn ser på eldre mennesker og hva vi tenker om mennesker med demenssykdom. Det er knyttet stigma til mennesker med demenssykdom i vårt samfunn, og mange opplever å bli snakket over hodet på (Helse og omsorgsdepartementet, 2020). Disse devaluerende holdningene til mennesker med demenssykdom som mennesker med mindre verdi, vil også pleiere kunne ta med inn i utøvelsen av omsorg. Det kan gi seg utslag i atferd beskrevet ovenfor. Samfunnets tanker om eldre og alderdom kan påvirke hvordan behandling vi gir eldre.

I en kartleggingsoversikt av Kidholm og Pedersen (2021) finner de at eldre mennesker noen ganger opplever at behandlingen de får i helsevesenet er påvirket av deres alder. Blaakilde (2005) skriver at vår kultur har en forestilling om at alderdommen er preget av forfall eller stagnasjon. Om pleierne har med seg slike ubevisste forestillinger vil det også kunne påvirke verdien de gir beboerne, og hva de tenker om beboernes behov, og hvordan de møter beboerne. Dette peker på organisasjonens ansvar for å legge til rette for refleksjon over praksis som kan gi bevissthet om hvorfor en handler som en gjør. Hvis en ny assistent kommer inn i et miljø med utpreget personsentrert tenking, kan det påvirke hvordan personen selv tenker om beboeren. Hvis personen kommer inn i et system som ikke korrigerer, men heller bekrefter og forsterker pleiernes egne ubevisste tanker og holdninger til eldre, vil dette neppe endre personens atferd.

Man kan spørre seg hvorfor pleiere med slike holdninger og verdier ikke blir korrigert, eller får fortsette i jobben. Med utgangspunkt i mitt datamateriale bidrar minst tre ulike faktorer til det. Den første faktoren er at deltakerne selv synes det er vanskelig å ta slike ting opp med en kollega. Dette ble beskrevet i det følgende sitat:

Det er vel fordi at det i bunn og grunn er ubehagelig å ta opp sånne menneskelige trekk. Det er ubehagelig å snakke med noen andre om noe som du kanskje har en mening om. Det er det jeg opplever er... At det er der det skorter på en måte (D2).

Dette kan tolkes som at pleiere kan undertrykke egne faglige verdier for å ikke skape uro eller konflikt i arbeidsgruppen. Det å si ifra kan kreve stort mot, og pleierne kan frykte negative reaksjoner i kollegiet. Om det er enkelt eller vanskelig å si ifra kan være avhengig av om dette innbefatter enkeltpleiere eller om det er en kultur som har etablert seg i avdelingen. Høgsted (2023) mener at man kan komme opp i en situasjon der en finner unnskyldninger eller andre forklaringer som ligger utenfor ens eget ansvar eller handlingsrom.

En faktor som bygger videre på eksempelet overfor, er at ikke alle er trygg nok til å si ifra. En deltaker påpeker at det krever erfaring og trygghet i sin rolle for å gjøre det: «Nå har jeg jobbet såpass mange år at jeg er for så vidt trygg i min jobb og trygg i min rolle, så jeg kan godt snakke med folk på en.. på en ok måte. Og hvis ikke det går, så må man jo gi beskjed til leder» (D1).

Dette viser viktigheten av at ansatte er trygge på hva som er akseptabel oppførsel, og enighet om at det er lov å si ifra. Når McCormack og McCance (2010) fremmer konfliktløsningsstrategier som en grunnpilar i å bygge støttende psykososiale omsorgsmiljø, så kan en tenke at det innebærer å ha en diskusjon i personalgruppa om hva som er akseptabel oppførsel, og komme frem til en felles og omforent enighet om dette.

En tredje faktor gjelder tilfeller der deltakere i min studie mener at ledelsen er ute av stand til å gjøre noe med det. Det kan handle både om at ledelsen ikke evner å ta tak i det, om forståelse av stillingsvern, og at det ikke er andre pleiere å ta av. Den vanskelige situasjonen for avdelingsledere i slike tilfeller beskriver en av deltakerne på følgende måte:

Hvis ledelsen ikke klarer å ha kontroll på situasjonen, så er det vanskelig. Jeg har merket at det er frustrasjon blant enkelte pleiere om at, ja, lederen vår er altfor svak og klarer ikke å gjøre noe med den saken. Men så begynte jeg å tenke: hva er lederen sine

alternativ? Hun kan jo ikke gi sparken til vedkommende. Så når personen har fått tilsnakk x antall ganger, og ingenting endrer seg. Hva gjør man da? Som leder så har du ikke så mange andre muligheter. Det eneste er jo hvis de ikke har en fast stilling, så gir du de kanskje færre vakter eller lar noen andre få vakter. Men av og til så er det krise, og vi må bare velge dem. Det nytter ikke. Vi må jo ha folk som faktisk gjør ting (D6).

Eksemplene overfor kan tolkes som at det ut fra deltakernes ståsted er vanskelig å få gjort noe med kollegaer som ikke behandler beboerne på en god måte. Det er vanskelig å selv skulle ta det opp med en kollega, da det krever en viss trygghet. Videre kan mangel på ressurser gjøre det vanskelig å få vaktplanen til å gå opp. Sykehjemmet må ha noen på jobb. Dette stiller både kollegaer, ledere og organisasjonen i en skvis, og krever innsats på mange områder for å gjøre noe med problemet. Blant annet en bevissthet om at holdninger og verdier i omsorgen både er et individuelt og et kollektivt ansvar, som det fremkommer i praksismodellen hos McCormack og McCance (2010). Bevissthet i arbeidet anses som en forutsetning for personsentrert omsorg. I dimensjonen det psykososiale omsorgsmiljøet legger de vekt på at hele organisasjonen har felles verdier, og fremmer streke team og gode konfliktløsningsstrategier. Det synes viktig at ledelsen har kunnskap om det juridiske mulighetsrommet i slike saker, men også at de faktisk har reelle handlingsalternativ der en bl.a. har andre pleiere å sette inn i jobben. Når en ikke har andre alternativer enn den aktuelle pleieren, peker det igjen på viktigheten av å jobbe med å utvikle bevissthet om holdninger og verdier for omsorgen gjennom refleksjon og veiledning.

Uansett forklaring på hvorfor noen pleiere oppfattes av sine kollegaer som uegnet til yrket, er det åpenbart at slik atferd har konsekvenser for omsorgen beboerne får. En deltaker beskriver disse konsekvensene på denne måten:

Vi hadde en dame som var livredd når en sykepleier kom inn på grunn av hun ble så stresset. Hun følte at alt var feil fordi sykepleieren var veldig dårlig på den pasientkontakten, så hun fyrte opp situasjonen, skapte mer stress til en person som var ganske engstelig i utgangspunktet (D6).

En deltaker fortalte om en tidligere arbeidsplass med en spesielt dårlig kultur:

Et sted som jeg jobbet, da jobbet jeg også natt, og det er heller ikke så veldig lenge siden, så var det ofte at den andre nattevakten ikke tok alarmene som kom for

eksempel. Så der måtte jeg bare slutte for jeg kunne ikke ta det ansvaret. Det gikk ikke. Det var helt, ja, ja. Det går ikke an. Det er ikke er ikke greit. Jeg sendte alarmer videre fordi jeg hadde veldig mye å gjøre, så ble jeg ble dem ikke tatt. Ble det ikke gjort noen ting (...) Og når du er på jobb i 10 timer og du er på beina i 10 timer, så er det veldig slitsomt. Og så vet du at det er en ansatt som ligger på den andre siden av, og ligger på en sofa og snakker i telefonen, så tenker jeg... Det er ikke noen god følelse (D3).

Dette eksemplet beskriver åpenbart et forhold som truer pasientsikkerheten, og burde vært varslet om i henhold til helsepersonells varslingsplikt. Deltakeren fortalte at hun både hadde sagt ifra til vedkommende pleier og til ledelse, uten at det skjedde en forandring. Dette medførte at hun fant seg nytt arbeid.

Selv om slike tilfeller gjelder enkeltpleiere, og det finnes ulike årsaker til slik atferd, så representerer slike holdninger ikke den verdien eldre blir gitt i personsentrert omsorg. Hvor omsorgsprinsippene bygger på gode relasjoner og respekt, og et menneskesyn som gir den andre en verdi som et fullverdig menneske med en unik livshistorie. Personens ønsker, og behov skal stå i sentrum for omsorgen (Kitwood, 1999; McCormack & McCance, 2010). Praksismodellen bygger på Morse et al. (1991) sin konseptualisering av omsorg, der omsorgen blir forstått som noe som både ligger i menneskets natur, og et moralsk og emosjonelt anliggende. Men omsorg blir også forstått som en terapeutisk handling. Det innebærer at pleieren forsøker å imøtekomme beboerens behov uavhengig av hva pleieren føler. Omsorg med utgangspunkt i beboernes behov er betraktet som en del av jobben, dermed ikke noe valgfritt eller noe en kan la være å gi.

#### **5.4.2 Pleiepersonalet må ha kunnskap for å kunne utføre jobben**

Mange ansatte på sykehjem mangler nødvendig kompetanse til å utføre jobben, og mangler grunnleggende kunnskap som gjør at de ikke har det nødvendige faglige blikket. Dette tematiseres av flere deltakere i min studie. En deltaker formulerte det slik:

For det handler litt om det å ha det her faglige blikket, og ha forståelse av hva, hva er nødvendig og hva trenger man å se etter, og ha fokus på. Så ja og nei. Det er ikke alle som selvfølgelig klarer (D5).

Videreutdanning og kurs kan sikre det faglige blikket, men det er ikke et krav til det slik beskrevet i pkt. 5.2.3. Ansatte som mangler grunnleggende kunnskap i møte med mennesker

som har demens ble nevnt av flere deltakere, og kan tolkes som en kvalitetsmessig svakhet når over 80 % av beboerne på sykehjem har demens (Helse og omsorgsdepartementet, 2020) . Dette handler både om fagkunnskap om demens generelt, men også om spesielle omstendigheter som en pleier kan møte hos mennesker som lider av demens: «Sykepleiere har jo ikke den fagkompetansen i forhold til beboere med angst. I forhold til det her med angst så handler det jo om at vi blir kjent med den beboeren, og vet hva som trigger» (D4).

Dette viser ytterligere behovet for at organisasjonen stiller større krav til kompetanse, og tilrettelegger for kompetanseheving i arbeidet slik diskutert i pkt. 5.2. Pleiernes kompetanse er en avgjørende, og en forutsetning for personsentrert omsorg (McCormack & McCance, 2010). Manglende egnethet i jobben på grunn av lite kunnskap viser at organisasjonen har mye å tjene på å legge til rette for kunnskapsøkning. Det å kunne tilrettelegge for kunnskap i nær tilknytning til praksis bør inkludere at pleierne har forutsetninger for å gi best mulig omsorg til den brukergruppen de har på avdelingen. Hvis både fagutdannede og ufaglærte mangler grunnleggende kompetanse i møte med mennesker med demens, bør det være en hovedprioritet for arbeidsgiver å sørge for å tette slike kunnskapshull.

En deltaker hevder også at når pleierne ikke har nødvendig kunnskap, så mangler de også observasjonskompetanse: «Når du er alene med fag, så blir det ekstra jobb for deg. Når det bare er assistenter på, som ikke vet hva de skal observere eller som vet hva de skal se» (D4).

Hvis ansatte ikke har grunnleggende observasjonskompetanse, så kan de ikke observere forandringer hos beboerne, og heller ikke måle effekten av tiltak de setter inn. Observasjonskompetanse henger sammen med kunnskap, å knytte det en ser opp mot det en vet. Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester arrangerer kurs for helsepersonell i klinisk observasjonskompetanse (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, u.å. ). Dette gjør at sykehjem har mulighet til å melde ansatte på kurs for å øke deres kompetanse knyttet til å observere tegn på sykdom, smerte m.m. Dette er også tegn en må kunne for å observere psykisk og fysisk velvære hos beboerne. Å måle velvære hos mennesker med demens kan være utfordrende fordi de ikke alltid kan si hvordan de har det (Kitwood, 1999). Å tolke og forstå non-verbal kommunikasjon inngår derfor i den mellommenneskelige kompetansen til pleierne, som en forutsetning for å yte personsentrert omsorg i praksismodellen hos McCormack og McCance (2010).

### 5.4.3 Hvordan påvirker manglende språkkunnskap omsorgspraksisen?

Manglende språkkunnskap hos noen pleiere ble tematisert som et problem fordi deltakerne mener at det skaper kommunikasjonsutfordringer mellom beboerne og pleierne.

Det kan også være litt, altså de de eldste i dag, dem... Fordi det er veldig mange pleiere som kommer i fra andre land, og andre har, ja, som kanskje ikke snakker flytende norsk. Så beboere kan jo synes at det kan være litt vanskelig (D3).

Manglende språkkompetanse skaper frustrasjon hos beboerne, som gjør at det blir uro på avdelingen.

Det er jo også et problem fordi de blir jo satt på de dementavdelingene. Det blir uro, det er jo en trigger for de demente forstår ikke hva de sier, og de forstår heller ikke hva de demente vil. Og det er jo store språkbarrierer (D4).

Manglende språkkunnskap gjør også at pleiere ikke kan redegjøre for hva de observerer, eller dokumentere. En deltaker uttrykker: «Det er et kjempeproblem fordi de ikke kan skrive ordentlig, de kan ikke gjøre rede for hva de observerer» (D4).

Pleierne oppfatter at eventuelle språkkrav ikke følges. En deltaker sier: «Det må legges inn krav om at de må kunne forstå norsk, og til å snakke norsk slik at de gjør seg forstått. (...) Det er et krav, men det tas ikke hensyn [til kravet]. Altså de får komme inn, de får jobb, de får begynne som assistenter» (D4).

Ansatte med manglende språkkompetanse er ikke et ansvar som kun kan tilskrives den enkelte pleier, men er snarere et organisasjonsproblem. Det er vanskelig å rekruttere til yrket, noe som kan gjøre at arbeidsgiver senker terskelen for hvilken kompetanse ansatte må ha. Den korte og ofte mangelfulle opplæringen som jeg har beskrevet tidligere passer kanskje ikke behovet til mange fremmedspråklige. På denne måten kan språkutfordringene som oppstår også henge sammen med at opplæringen ikke er god nok. Siden deltakerne beskriver en hverdag med stort tidspress og mangel på ressurser, kan det føre til at andre ansatte ikke har tid til å vise og forklare hvordan og hvorfor arbeidsoppgaver skal utføres. Vi kan heller ikke se bort fra at holdninger til migrantarbeidere kan ligge til grunn for at de ikke oppleves som egnede.

En studie av migrantarbeideres erfaringer med opplæring i jobben på sykehjem, viser at de ofte opplever at det øvrige personalet ignorerte eller frøs de ut, i stedet for å vise hvordan de

skulle utføre oppgavene (Tingvold & Fagertun, 2020). Dette kan være et resultat av tidspress, men kan også bygge på frustrasjonen som pleierne bærer over arbeidssituasjonen. En deltaker uttrykker: «Belastningen blir jo på oss andre da. For vi må jo ta det, i tillegg til alt annet vi har. Så belastningen blir jo på oss i forhold til.... Og det er ikke noen kritikk til den som har fått jobb, som ikke har må-krav» (D4). Hvis pleierne er frustrert over at belastningen blir på dem, og har sagt fra om at noe må gjøres med situasjonen flere ganger, så kan dette føre til at frustrasjon går utover pleierne med dårlige språkkunnskaper, selv om hun sier at det ikke er en kritikk av dem. Blant pleiere eksisterer det et profesjonelt hierarki, der utenlandske ekstravakter kanskje har lavest verdi. Dette bekrefter studien til Tingvold og Fagertun (2020). Disse pleierne dette gjelder kan derfor bli ansett for å ha mindre verdi enn sykepleiere eller helsefagarbeidere i fulltidsstilling, og de fast ansatte kan være mindre villige til å vise og forklare hvordan de skal løse arbeidsoppgavene.

En annet perspektiv er at mange pleiere kan ha utbrenthetssymptomer på grunn av langvarig stressbelastninger. Det kan føre til at de har nok med seg selv, og mindre energi til å bry seg om andre (Lauridsen, 2021). I en arbeidshverdag preget av arbeidsoppgaver på løpende bånd, er det behov for at alle vet sin rolle og fungerer godt. Tingvold og Fagertun (2022) sin studie viser at omsorgen i sykehjem styres av tause språkbilder som migrantarbeidere ikke forstår, eller at idealene for omsorg kan gå på tvers av deres kulturelle normer. Å tilrettelegge for bedre tid til opplæring, slik at disse pleierne kan bli kjent med oppgavene, hva rollen innebærer og verdiene som omsorgspraksisen bygger på bør derfor være av høy prioritet. Det vil være vanskelig for fremmedspråklige med manglende norskferdigheter å bli kjent med beboerne fordi beboerne ikke forstår dem og de forstår ikke beboerne. God kjennskap til beboeren er sentralt i personsentrert omsorg, for å kunne tilpasse omsorgen til personens individuelle behov (Kitwood, 1999). Språkbarrierer vil kunne føre til at omsorgen i mindre grad kan tilpasses beboernes individuelle ønsker og behov, og gjør pleieren mindre i stand til støtte opp om beboerens personverd. I dimensjonen om den personsentrerte omsorgspraksisen i McCormack og McCance (2010) er det at pleieren blir kjent med personen, og vet hva personen verdsetter i livet og gir mening helt sentralt, og grunnlaget for alt annet. Personale med manglende språkkompetanse som ikke får god opplæring eller hjelp til å opparbeide seg den nødvendige kunnskapen, kan derfor være en barriere mot innføring av personsentrert omsorgspraksis.

## 5.5 Pleiernes opplevelse av involvering og medbestemmelse

McCormack og McCance (2010) skriver at organisasjonen må være i stand til å endre det tradisjonelle makthierarkiet i institusjonen slik at alle blir myndiggjort og kan ta beslutninger. I deres rammeverk under dimensjonen et støttende psykososialt omsorgsmiljø understrekes viktigheten av at organisasjonen må lykkes med å fremme en personsentrert tilnærming til alle aktører, fremme transparente beslutningstakingsprosesser, og utvikler en ledelsesstruktur som fremmer empowerment, utvikling og innovasjon.

Et gjentakende tema i datamaterialet er at pleierne oppfatter at de jobber i et makthierarki, og at de plasserer seg selv nederst i hierarkiet. En deltaker bruker uttrykket fra «øvre hold» (D6) når hun snakker om ledelsen og «virkelig øverste hold» (D6) når hun snakker om kommunal ledelse. En annen uttrykker «det som blir bestemt fra høyeste hold, fra lege og sånn» (D1) som et uttrykk for at legen er rangert over henne i makthierarkiet. En annen deltaker bruker uttrykket «de som er nede på gulvet» (D5) om pleierne som jobber på avdelingen. Det ble også brukt begrep som «dem» og «oss» når deltakerne snakket om ledelse og politikere. Dette er uttrykk som kan tolkes som at pleierne ikke tenker at de har delt makt eller beslutningsmyndighet sammenliknet med ledelsen og legen. Det var en tydelig oppfattelse om at de måtte ta imot ordre fra administrativ ledelse. En deltaker uttrykker: «Deres instruksjoner, og det kommer jo ned til oss da» (D4).

Dette kan også tolkes som at deltakerne i studien kjenner at de har begrenset innflytelse og medbestemmelse i avgjørelser som angår jobben. Avhengig av kommunestørrelse kan makthierarkiet ha mange ledd. Det kan være politisk ledelse og kommunedirektør på topp, så kommer leder for helse- og velferd, leder for sykehjemseksjonen, leder for det aktuelle sykehjemmet, avdelingsleder, og pleiere og beboere på bunn. Vi kan heller ikke se bort fra at det eksisterer et makthierarki innad på sykehjemmet mellom de ulike pleiegruppene. Det kan derfor være mange barrierer for kommunikasjon mellom de på gulvet og de som sitter med makt og beslutningsmyndighet. Farrell (1997) hevder at pleiere er dominert av et patriarkalsk system ledet av leger, administrative ledere og marginaliserte sykepleierledere. Wathne (2018) mener at ansatte i offentlig sektor har begrenset medvirkning fordi beslutningene ofte tas politisk.



### 5.5.1 Verdier på kollisjonskurs?

Et hierarki med mange aktører involvert, innebærer også at det er mange aktører som skal fremme personsentrert tilnærming. Et tydelig tema i mitt datamateriale var variasjon i verdiene som ligger til grunn for arbeidet blant alle involverte aktører. En deltaker sier:

Jeg må jo ærlig talt si at alle de menneskene som er involvert er jo flotte folk, omsorgsfulle. Men når du ikke har en samkjøring av de verdiene, og når du ikke har mulighet til å vite hva organisasjonen står for, og dermed kunne sette press mot enda øvre hold, for det er det det går på, så sitter du der som, egentlig, du blir splittet og hersket over. Det går utover de verdiene vi egentlig prøver og kjempe for, for å være helt ærlig (D6).

Man kan tolke dette slik at når det ikke er klarhet og samkjøring av verdier, hos pleiepersonalet og deres avdelingsledere, så kan de heller ikke kjempe en felles kamp om det de tror på. For pleiere som måtte gå inn for å realisere idealene i en personsentrert omsorgsideologi, kan dette verdigrunnet fort komme i konflikt med overordnede instanser i et kommunalt hierarki. Et gjentakende tema i datamaterialet var som nevnt en holdning om at de styrende verdiene i kommunens ledelse for omsorgen var å sikre beboerne grunnleggende fysiologiske behov, og ikke noe mer: «Det prioriteres mat og omsorg, altså at de får stell. Ja. Det er det som er prioritert fra kommunen og det, eller ikke bare kommunen, det er jo hele Norges land. Det er jo, det er jo at de får den mat og stell og medisin» (D4).

Det er også tydelig at kommunes faglige strategier på papiret ikke synes i prioriteringene, slik denne deltakeren gir uttrykk for: «I strategien deres så heter det at det er pasienten/beboer som er i fokus, men det ser man jo i hjemmetjenesten og, det er jo ikke det» (D4). Den samme deltakeren sier «Alt handler om penger. Absolutt alt handler om penger! Det er tråden gjennom hele helse» (D4).

Et syn om at det kun handler om penger deler flere. En annen deltaker forteller at selv ved livets slutt når det blir behov for å leie inn fastvakt blir det et spørsmål om penger:

Og da begynte det å komme litt grann motstand fra virkelig litt øvre i systemet, fra avdelingslederen om at vi må være... Vi ikke trenger å ha fastvakt hele tiden, og vi trenger ikke å... Vi må være flinkere til å vurdere når det går mot terminalfasen. Vi kan ikke gjette det 100%, men allikevel kan vi være flinke til å se når det skjer. Og jeg reagerte ganske mye på det (...) Instinktene mine sa jo det. Instinkt til sykepleier sa

det, at dette går mot slutten. Samtidig som vi vet at ting kan gå bedre. (...) I de fleste tilfeller så er det nesten umulig å bedømme når det går mot slutten for en beboer. Og da er det... Da var liksom mitt spørsmål til avdelingsleder: «Er det meningen at vi skal la folk få lov til å dø alene? Er det rett? For det føles ikke rett for meg». Da sa hun at vi blir å ta den debatten senere. Og at det er kanskje viktig å ta den debatten. Litt sånn avfeieende kommentar. Så jeg begynte å snakke med de andre sykepleierne, og da kom det også frem at i sykepleierfaget så er dette nettopp en av deres etoser, at ingen skal dø alene (D6).

Dette viser en sterk konflikt mellom to ulike verdier. På den ene siden står verdien om at ingen skal måtte dø alene. På den andre siden står verdien om kostnadskontroll. Disse verdiene kolliderer i slike situasjoner. McCormack og McCance (2010) mener det i dag er vanlig at verdien av en behandling vurderes ut fra et økonomiske perspektiv der en ser på kostander opp mot forventede resultat. Skal alle aktører jobbe mot felles mål bør en diskutere og bli enige hva som er viktige verdier og styringsprinsipper for omsorgen. I dette tilfellet gjelder det spørsmålet om det er økonomi eller beboeren som er i fokus. I dag kan det synes som om pleierne blir presset til en praksis der økonomi ligger til grunn for deres handlinger. Det er neppe noen politikere eller administrative ledere som vil si at omsorg av god kvalitet ikke er viktig, men disse visjonene synes ikke å henge sammen med prioriteringene. Omsorg kan da bli noe pleierne må selv finne ut av, med de begrensede ressursene de har. Det blir da satt press fra flere hold om at pleierne skal gi god omsorg. Rammebetingelsene bygger ikke alltid opp under det, men det kan bli redusert til et spørsmål om egenskapene eller viljen til pleierne. Deltakere forteller bl.a. at pårørende noen ganger er misfornøyd med omsorgen og hjelpen de gir, men at det aldri er noen som har hatt en forventningsavklaring med pårørende om realiteten i hva de kan forvente seg. Derfor retter pårørende sin misnøye mot pleierne.

Styringssystemets sterke fokus på innsparing og effektivisering kan gjøre det vanskelig å ivareta de faglige verdiene for omsorg (Wathne, 2018). Det fører til et urealistisk krav om at pleierne må være i stand til å kunne forutsi når noen skal dø, slik at ikke penger brukes «unødig». Med verdier om omsorg i sentrum så ville det være rart å tenke at en skrøpelig beboer som pleieren vurderer er døende, skal levnes alene, uavhengig av om personen er i terminalfase eller ikke

## 5.5.2 Administrasjonen og politikeres innsikt i livet på sykehjem

Sett fra deltakernes ståsted mangler de som styrer nødvendig innsikt og kunnskap om faktiske forhold i eldreomsorgen. Deres krav og forventninger samsvarer derfor ikke med virkeligheten slik pleierne ser den. Pleiepersonalet som møter brukerne og kjenner behovet på kroppen, blir rammet av det som bestemmes av overordnede instanser. En deltaker sier:

Ja, det er akkurat det som er. For hva er viktig for dem? Og da tenker jeg at dem som aldri har satt seg inn i hverdagen hos oss, eller en hverdag på noen plasser, skulle til å si, av helsesektoren. Er det noen som sitter og på en måte skal ha noe å si om noe under seg, men ikke har noe innsikt i hva det er, så blir det feil (D5).

Antall pleiere per beboer er et regnestykke som administrasjonen bestemmer. Regnestykket tar ikke hensyn til behov og utfordringer hver enkelt beboer har, og hva jobben med å imøtekomme beboernes behov krever av tid og ressurser. En deltaker sier i denne sammenhengen: «Hvem har bestemt ovenfra at to pleiere er nok? Fire hender er nok til å hjelpe åtte fullverdig hjelpetrengende pasienter? Da har du ikke innsikt i hva et menneskeliv krever og trenger» (D5). En annen deltaker uttrykker: «Men det er vel, er veldig lett å sitte på et kontor og tegne en situasjon når du ikke står i den situasjonen» (D4). Det kan forstås som et «Den som har skoen på, vet best hvor den trykker»-utsagn, et uttrykk for at det er vanskelig å forstå andres lidelse hvis du selv ikke kjenner den (Amundsen, 2020). Dette kan tolkes som en kontinuerlig kamp mot utnyttelse, der pleierne er underlagt et hierarkisk beslutningssystem som innebærer at de selv ikke får være med på å bestemme beslutninger som berører dem (Dong & Temple, 2011; Dubrosky, 2013).

En annen deltaker sier at administrasjonen styrer ut fra statistikk, og ikke hva som befinner seg bak tallene:

Fra kommunalt hold tror jeg det i større grad er fjernt fra virkeligheten. Det blir litt mer se på tallene, sammenlikne seg med andre byer, se på hvordan andre gjør det, og analysere på statistikkene, og glemmer at bak statistikkene så har du folk som faktisk sliter (D6)

Etter denne pleierens forståelse får ikke kommunen dybdekunnskap om hva omsorgen innebærer fordi deres kilde til kunnskap er tall og statistikk. Politikerne og administrasjonen er mindre opptatt av beskrivelsene fra de som kjenner fenomenet på kroppen. Det er en skjevfordeling av makt som gjør at informasjonen nedenfra ikke verdsettes i utforming av

omsorgstilbudet, mens føringene ovenfra blir styrende for arbeidet som pleierne skal utføre og kan tolkes som nok en bekreftelse på at pleiernes medbestemmelse er liten. Dette blir ekstra problematisk når avdelings- og sykehjemsledelsen heller ikke har kjennskap til omsorgspraksisen som nevnt tidligere.

Målinger av omsorg kan være problematisk, og en kan ende opp med å måle og ha fokus på det som kan telles, fremfor f.eks. kvalitet på omsorgen som gis (Christensen & Christensen, 2021; Wathne, 2018). Kommunens rapporteringskrav for sykehjem innebærer forhold som registrering av underernæring, diagnose, medisingjennomgang, når beboerne er vurdert av lege eller tannlege og venteliste på sykehjemsplass (Helsedirektoratet, u.å). Det er ikke usannsynlig at kommunal ledelse kunne fått mer dybdekunnskap ved også å kartlegge beboernes, pårørende og pleiernes erfaringer med omsorgen som gis. I forventet utfall, den siste dimensjonen av McCormack og McCance (2010) sin praksismodell fremmes måling av forventede resultat av vellykket implementering av personsentrert omsorg gjennom å få dybdekunnskap om beboerne tilfredshet med omsorgen, hvordan de er aktivt deltakende i egen omsorg, og hvordan pleierne er involvert i beslutningsprosessene for å sikre at beslutninger fattes av de som jobber direkte med beboerne. Man ønsker også å måle hvordan pasienter og pleiepersonalet føler seg verdsatt, og i hvilken grad miljøet støtter og opprettholder en personsentrert praksis. Målingene av overnevnte gjøres ved å kartlegge beboernes, pårørendes og pleiepersonalets erfaringer. Når en sammenlikner faktiske målinger i dag, og målinger som anbefales i praksismodellen, kan en tenke at dagens målinger er uegnet til å støtte opp under en personsentrert praksis. Vi har forskningsfunn som tyder på at innføring av personsentrert omsorg ikke er relatert til mer ressursbruk, og demper oppfattelsen av omsorgsbyrde hos pleierne (Sköldunger et al., 2020). Denne kunnskapen gjør at en kan vurdere at innføring av slik personsentrert omsorgspraksis også kunne gitt positive utslag i styringslinjens effektivitetsmålinger, men er kanskje et resultat som avhenger av hvordan en måler.

### **5.5.3 Pleierne føler seg maktesløse i å forbedre situasjonen**

Helsepersonell er pliktige til å varsle om forhold som kan medføre fare for pasienter jfr. § 17 i Helsepersonelloven (1999). En vanlig reaksjon på feil eller hendelser som truer pasientsikkerheten er å melde avvik i kommunes internkontrollsystem. Det har som mål å fremme kvalitetsforbedring. En deltaker sier: «og avvik er jo ikke for å promotere negativ ting, men det er jo på en måte få fram det som er avvikende, som skal kunne tas læring ut av»

(D5). Likevel opplever deltakerne i studien at lite eller ingenting gjøres med avvikene som meldes. De slutter da å tro at det er en nyttig kommunikasjonskanal: «Hvis du blir gående i en tralt, og du sier ifra mange nok ganger og det ikke skjer noe, så blir det hverdagen din til slutt, og det er det vi ser. Ja, men det er bare sånn han er. Det er bare slik det blir. Vi må bare gjøre det ut fra den gitte situasjonen» (D4). Dette kan tolkes som et klart uttrykk for maktesløshet (Dubrosky, 2013). Frustrasjonen med opplevelsen av å ikke bli hørt gjør at de prøver å akseptere situasjonen for å ha en levelig arbeidshverdag. Dette kan igjen bekrefte makten til de som styrer, og opprettholder status quo.

Noen av deltakerne opplever at det tar lang tid å få svar eller at avgjørelser tas:

For ting tar tid. Og ta en avgjørelse, vi skal se på ting, vi skal se på ting. Og hvor lenge skal dere se på før at ting skjer? Og det er klart, vi som står på gulvet, vi merker jo at alt stresset og kjenner på at de kan jo for faen svare. Mens de som sitter på kontoret de... (D4).

Det kan hende manglende svar ikke er en bevisst handling fra kommunal ledelse, men et uttrykk for et beslutningshierarki der en sak må igjennom flere kanaler for en beslutning kan tas. Uansett fremstår det ikke som transparente prosesser som pleierne har innsikt i. Det kan også være at ledelsen ikke ser på den aktuelle saken som like viktig som det pleierne gjør. Dette har jeg tidligere diskutert i pkt. 5.5.1 i sammenheng med at pleierne, og administrasjon og politikere ikke deler de samme verdier. For pleierne skaper dette stor frustrasjon.

En deltaker forteller at administrasjonen møter de med utsagn som at det er viktig å følge prosesser og prosedyrer: «Og jeg er så lei av ordet prosess. «Vi må følge prosesser». Jeg har sagt, ikke nevnt ordet prosess til meg for da skjer det noe inni meg som ikke er bra. For det at, det er prosesser i alle år, og vi må følge prosedyrene» (D4). Deltakeren beskriver en negativ kroppslig reaksjon ved å bli møtt med prosess og prosedyrer, noe som kan tyde på at det er mye negative følelser forbundet med begrepenes bruk. Det er ikke sikkert at alle involverte parter vet reglene for prosessen. Prosess kan bli noe abstrakt og uhandgripelig, og et skjold mot å ta på alvor pleiepersonalets frustrasjon. Pleierne vet kanskje ikke når i prosessen deres sak kan fremmes. Administrasjonens bruk av slike uttrykk kan bli et maktmiddel som holder pleierne nede. Hvis pleierne ikke følger «riktig» prosedyre for å melde en sak, kan de bli avvist.

En pleier reagerer på at de blir bedt om å komme med løsning selv når de melder avvik: «Det vi blir lurt på, er at vi må komme med en løsning selv. Du får ikke gå videre i skjemaet før du har kommet med en løsning selv. Jeg sier at der setter dere prikk, prikk, prikk. For der overlater dere ansvaret til lenger opp» (D4). Det tyder på at pleieren tenker at kvalitetsforbedring er ledelsens, og ikke et felles ansvar. Kanskje føler hun at hun ikke har makt til å finne løsning, eller opplever at de løsningene hun tenker er riktig, ikke når frem. Disse løsningene kan være begrunnet i f.eks. behov for flere ansatte på jobb, og at mangel på ansatte var årsak til avviket i utgangspunktet. En deltaker ser løsningen som det å ha en ekstra person på jobb: «Det å sitte, og bare klage på at sykefraværsprosenten øker, men aldri på en måte sette deg inn at det kanskje bare krever en ekstra person på» (D5). Dette er en enkel og selvfølgelig løsning fra pleiernes side. Med en ekstra person kan arbeidsoppgavene fordeles på flere. Det er kanskje et mye mer komplisert regnestykke for ledelsen som skal vurdere dette både opp mot tilgang på ressurser og kostnadskontroll. Uansett kan eksemplene overfor tolkes som at organisasjonen ikke har en felles forståelse, og en «vi»-følelse rundt arbeidet med arbeidsmiljø og pasientsikkerhet. Kanskje er det en naturlig konsekvens av sterke hierarkiske strukturer, ulik verdisetting, og muligens et uttrykk for at alle nivå kjenner på maktesløshet til å gjøre noe med situasjonen.

En oppgave som ofte blir utelatt i sykehjem er dokumentasjon (Olsen et al., 2023). Å melde avvik blir også utelatt, slik denne deltakeren påpeker: «Mange avvik blir ikke meldt inn fordi at man har rett og slett bare, man har ikke et rom til å få meldt det rett og slett» (D5). En delt oppfattelse blant flere deltakere er at mange pleiere ikke vet hva som inngår i avvik: «Det er bare alt ifra avvik, melder folk riktig avvik? Det tok meg mange år før jeg forsto hvor masse som egentlig var avvik, som skulle være et avvik» (D5). Hvis pleierne ikke vet hva som skal dokumenteres og ikke har tid til å gjøre det, kan det de formidler i andre kanaler bli tolket som støy uten innhold, eller som et utspring av deres følelser og ikke virkeligheten slik den dominerende part ser den. Pleiernes opplevelser står uansett langt unna verdier om transparente beslutningsprosesser, autonomi og delt beslutningsmyndighet som fremmes i dimensjonen om det psykososiale omsorgsmiljøet hos McCormack og McCance (2010). Dette til tross for at Arbeidsmiljøloven (2006) loven pålegger arbeidsgiver å gi informasjon og fremme medvirkning, og medarbeidere til å medvirke.

#### 5.5.4 Hvor ligger lojaliteten til avdelingsleder?

Det er en oppfatning hos enkelte deltakere av at avdelingsledelsen er opptatt av å følge instruksene til ledelsen over, i stedet for å kjempe for pleiernes og beboernes sak. En deltaker sier:

Jeg føler jo at ledelsen skal «please» den ledelsen over dem igjen. Ikke «please», det er helt feil ord, helt feil ord, men at de gjør det overfor dem som sitter over dem igjen. Deres instruksjoner, og det kommer jo ned til oss da, og da blir problemet i avdelingen med (deltaker sukker) ting blir ikke gjort, og vi ser at det blir mindre og mindre tid til beboerne som igjen gjør at vi drar hjem med litt dårlig samvittighet. Det er forferdelig. Og når det er ting du ikke rår med heller (D4).

Jeg tolker dette som et uttrykk for at avdelingsleder er i en marginal posisjon med begrenset autonomi og beslutningsmyndighet (Dubrosky, 2013). Dermed er hun kanskje ikke i posisjon til å endre på situasjonen. Det bidrar til at ansatte «på gulvet» kjenner maktesløshet fordi de ser at det som bestemmes går utover beboerne, og som igjen kan føre til utbrenthetssymptomer og sykefravær. Det kan også handle om at leder forsterker sin maktposisjon ved å handle på ordre fra egen leder. Det er en forventning hos pleierne om at avdelingslederen skal si ifra og være «ulydig», fordi det er en måte å synliggjøre at styringskravene ikke er mulig å imøtekomme.

Avdelingslederen sin søken etter å overholde budsjett blir også tolket som et uttrykk for at hun ikke kjemper kampen for beboerne og pleierne. Det er en forventning om at ledelsen skal stå imot kravet om å holde budsjett, og denne forventningen blir også realisert blant noen deltakere i studien, som i dette eksemplet:

Og vi ser jo dere som ledere, men dere må gå videre og si ifra. Dere må ikke ligge og skal holde på, og skal være under budsjett, for hvert enda år dere er i budsjett, så ser de, da kniper de mer ned. For da går det an å knipe mer ned. Så det der at det er deres jobb å sitte med det? Det er jo deres jobb å overskride budsjettet. Det er jo bare å kjøpe en blyant, så har du overskredet budsjettet for å si det slik. Så «tight» er det. Så det er tungt for de som sitter med ledelsen, men det er ikke lett for noen (D4).

Her er det å overholde budsjettet et eksempel på at avdelingsleder står i fare for å fremme den dominante partens synspunkter, fremfor pleiernes ønsker om å kunne gi god omsorg. Pleieren oppfatter at leder er opptatt av å holde budsjettet som ledelsen ovenfra har bestemt, fremfor å

synliggjøre det reelle ressursbehovet. Når avdelingslederen oppnår anerkjennelse ved at hun overholder budsjettet, så innebærer det også at administrasjonen ser at det er mulig å drifte enda mer kostnadseffektivt. Pleieren ønsker at leder protesterer ved å overskride budsjettet slik at de synliggjør at budsjettet ikke er realistisk. I denne oppgaven undersøkes ikke avdelingsleders tanker om dette. Men det kan tenkes at avdelingsleder det kan få sanksjoner rettet mot seg hvis hun ikke klarer å overholde budsjettet som hun forvalter.

Det er også en oppfatning om at ledelsen sjelden gjør noe med problemene som rettes til dem: «Til ledelsen kan vi jo si, men ledelsen hva? De gjør jo sjelden noe med det» (D6).

Hvorfor avdelingsleder ikke oppfattes av pleierne som en som er på deres lag, har sikkert mange årsaker. Det er uansett en kilde til konflikt, og kan føre til at pleierne føler at de står alene med å fremme omsorg av god kvalitet som en verdi og tale denne saken. Igjen er det grunn til å påpeke den viktige rollen avdelingsleder har i organisasjonen knyttet til kvaliteten på omsorgen og til å motivere medarbeiderne til å yte god omsorg (Kristiansen et al., 2016). Det synes å være behov for en forventningsavklaring mellom pleiepersonalet og avdelingsleder. Hva kan pleiepersonalet forvente, og hva kan avdelingsleder levere. McCormack og McCance (2010) hevder også at avdelingsleder må jobbe i et samarbeid med pleiepersonalet for å være en praksisutvikler. Manglende samarbeid mellom avdelingsleder og pleiepersonalet kan derfor være en barriere mot personsentrert omsorgspraksis.

### **5.5.5 Pleiernes opplevelse av lojalitetspress**

Et tema i mitt datamateriale var deltakernes oppfatning av en forventning om at de skal være lojale overfor kommunal ledelse og det som bestemmes, selv om det de bestemte hadde stor påvirkning på deres arbeidshverdag.

Vi kan ikke gå til avisa med det. Vi er taushetsbelagt på det. Vi hadde her i omstillingen, det skjedde. Da var det, det var så på bærtur det kommunen gjorde (...) Men vi kunne ikke gå i avisa med det heller, for da var vi illojal til vår arbeidsgiver som var [navngitt] kommune (D4).

En annen deltaker uttrykker mye av det samme:

Vi skulle gjerne ønske at livene våre var litt enklere, at det ikke bare ble press fra alle kreftene utenfra. At vi må hele tiden føle at vi er i forsvar. Og vi kan ikke engang si noe om hvordan hverdagen vår er (D6).



En annen deltaker forteller om at de ikke kan fortelle pårørende om hva de kan forvente av pleien. De må møte pårørende med en positiv innstilling som gjør at de opprettholder pårørendes forventninger om god omsorg, og samtidig gjør seg selv en bjørnetjeneste:

Man går aldri i dybden om noen problemstillinger. Og hva helsesektoren i dag, hvordan den er. Da er det en bjørnetjeneste i lengden, for vi har ikke lov til å sitte oss si at: «Nei, det kan vi ikke. Det, et eller annet». Vi må bare være positivt innstilt på en måte, og da legger du lista opp til å, ja, skyte deg selv (D5)

Deltakeren mener at de ikke har lov til å si til pårørende at de har begrensede ressurser til å yte hjelp på sykehjemmet. Dette er imidlertid en svært forkortet forståelse om innhold og grad av lojalitetsplikt som en pleier på et kommunalt sykehjem har overfor sin arbeidsgiver. Ansattes lojalitetsplikt overfor arbeidsgiver er ifølge informasjon på nettsiden til Altinn ikke lovfestet, men «arbeidstaker skal slutte opp om arbeidsgivers interesser så langt det er nødvendig for arbeidsforholdet». Enkelte brudd på lojalitetsplikten kan straffes, f.eks. hvis arbeidstaker utnytter forretningshemmeligheter i konkurrerende virksomhet. Lojalitetsplikten samvirker med ytringsfrihet, taushetsplikt og varslingsplikt. Helsepersonell er etter Helsepersonelloven (1999) § 17 pliktige til å varsle om forhold som kan være til fare for pasienter eller brukere. Arbeidstakere kan også varsle om kritikkverdige forhold i virksomheten etter Arbeidsmiljøloven (2006) § 2 A-1. Arbeidsgiver kan ikke generelt sanksjonere eller bestemme over ansattes ytringer. Dette er et felt med juridiske regler som kan være vanskelig å forstå. Det i seg selv kan gjøre at pleierne unnlater å varsle, i frykt for å gjøre noe de tenker kan være ulovlig eller straffbart. Det kan også virke som om de forstår taushetsplikten slik at forhold med organisering av arbeidet inngår i det som er regulert av taushetsbelagt informasjon, selv om taushetsplikten for helsepersonell er ment å dekke opplysninger om noens helseopplysninger og annen personlig informasjon (Helsedirektoratet, 2018). Å gå til avisa med en sak før den evt. er varslet til de som har myndighet til å gjøre noe med saken, slik som arbeidsgiver eller Statsforvalteren, kan nok oppfattes illojalt. Det kan være uheldig hvis dette gjøres uten at arbeidsgiver har fått mulighet til å forbedre situasjonen. Men hvis situasjonen gjentatte ganger er blitt varslet om, som datamaterialet kan antyde, og ingenting blir gjort, er kanskje oppslag i avisen til sist et nødvendig virkemiddel for å sette press på de som har myndighet til å gjøre noe med saken. Å konstruere en gitt forståelse av ansattes lojalitetsplikt kan være ønskelig fra den dominerende parten. Det kan være en effektiv måte å dempe uro eller opprør. Den individuelle arbeidstaker kan frykte sanksjoner, og føler seg forpliktet til å være lydige. Et eksempel på mulige sanksjoner er at pleierne har

hørt hva som har skjedd med varslere i andre saker. Et slikt eksempel beskriver denne deltakeren:

Og det ser du på mange varselsaker, for en belastning det er på den som har varslet. Og da, da, tenker du deg jo ti ganger om før du gjør noe. (...) Det står jo i det her skrivet at vi skal være lojale (...)

I: Ja, hva skjer om man ikke er lojal?

D: Nei, altså, det som skjer er at du på et vis bli frosset ut, eller utestengt av en del ting. Nå er det slik, vi er en liten kommune. De som jobber, det er mye venner og venninner innenfor det kollegiale, og i ledelse så er det veldig mange av disse som deltar i festligheter i lag, kanskje har unger i felles arena (D4).

Det å bo på et lite sted gjør at frykten for utfrysning eller utestengelse er et ekstra sterkt maktmiddel. Varsling kan berøre pleierens sosiale relasjoner på fritiden. Gjennom å ansette venner, eller sørge for å bli venner med ansatte i støttefunksjoner, kan administrativ ledelse beholde eller styrke sin posisjon.

Et interessant eksempel er en deltaker som sier at hun ikke er redd for å si ifra til kommunen, men samtidig er kritikken forkledd som et spørsmål.

Altså, jeg er jo ikke redd for å si ifra til kommunen. Altså vi har sittet med kommunestyret, og vi har sittet med alle de på helse som skulle informere. Og jeg har ikke noe problem, og jeg bruker å si at når jeg rekker opp handa: «Du må være snill og hjelpe meg å forstå. Forklar meg slik at jeg forstår det. Forklar det, som om det er en fullstendig komplett idiot du har fremfor deg, hva er det dere holder på med?». Da blir de helt sånn der... Og jeg sier: «Jeg må forstå det, jeg må forstå hva dere tenker». Så jeg har ikke problemer sånn, men i forhold til...( lang pause). Jeg har så lyst, og ha fått opp at man kan være fri til å si hvordan vi ser situasjonen (D4).

Jeg tolker at hun inntar en underlegen posisjon ved å fordumme seg selv i måten hun fremsetter kritikken. Det virker som hun prøver å forkle kritikk ved å ta en ikke-truende posisjon. På et vis sier hun ifra, men hun tør heller ikke å utfordre den andre parten med å si at hun mener de gjør feil. Jeg tolker det slik at hun styres hun av frykt for represalier. Samtidig som hun sier at hun ikke er redd for å si ifra, så gir hun uttrykk for at hun ikke føler seg fri til

å si hvordan hun ser situasjonen. Det å opprettholde et bilde av seg selv som en som sier ifra kan også være viktig for henne, og gjør at hun unnslipper følelsen av maktesløshet.

Det var også gjentakende i intervjuene at når deltakerne fortalte ting som kanskje satte arbeidsgiver i et dårlig lys, så var de også veldig opptatt av at dette måtte anonymiseres. Dette kan tolkes som en forståelse av lojalitetsplikt og redsel for sanksjoner hvis de kunne identifiseres.

En slik oppfattelse av lojalitetsplikt som datamaterialet viser at deltakerne har, kan være uheldig for både pasientsikkerhet og kvalitet på omsorgen som gis. Hvis pleiepersonalet bare tilpasser seg situasjonen, og jobber under stadig strammere rammebetingelser så vil det direkte påvirke muligheten for å gi god omsorg. Økt kunnskap hos helsepersonell om deres plikter og ansvar for å varsle om forhold som kan være til fare for pasienter og beboere synes å være nødvendig. I grunnlaget til personsentrert omsorg gis pasientenes interesser høyest verdi (Kitwood, 1999), og slik sett kan det å unnlate varsling også tolkes som at andre hensyn gis høyere prioritet hos pleierne. Det er også et forbud mot gjengjeldelse mot arbeidstakere som varsler (Arbeidsmiljøloven, 2006). Man kan likevel skjønne at dette oppleves ubehagelig for pleiepersonalet. Det stiller både krav til kunnskap og mot for å gjøre dette. Når andre virkemidler er prøvd, eller oppleves nytteløst, er kanskje økt bruk av varsling likevel et virkemiddel som på sikt kan presse frem endringer i praksisbetingelsene.

### **5.5.6 «Vi er de heldige»**

Et interessant tema i datamaterialet var en «vi er de heldige»- holdning. Flere deltakere fremstilte arbeidshverdagen sin på en måte som kan tolkes som elendighetsfortellinger, så var det likevel en forståelse hos flere deltakere om at de var mye bedre stilt og heldigere enn mange av kollegaene andre plasser i landet:

Ting kan bli mye, mye bedre. Som sagt vi er en gruppe på åtte på hver avdeling da, så er jo vi en av de heldige, når vi ser ellers i Norges land.

I: Ja, for du tenker noen har enda flere beboere?

D: Ja, det er jo slik «sørafor» at det er, jeg vet jo at det er en del som kommer og jobber hos oss som har jobbet «sørafor» på, der hvor de har store avdelinger, hvor det rett og slett er helt forferdelig. Hvor det er veldig mye utenlandsk, ikke norsktalende, som... Det er helt forferdelig. Så vi er jo av de kjempeheldige! Det må jeg jo si (D4)

Det var også en forståelse av at norsk eldreomsorg utpeker seg med høyere kvalitet sammenliknet med andre land:

Og så kan du si at, hvis du sammenlikner med verden utenfor så er jo Norge helt fantastisk og i toppklasse vil jeg si. Hvis du sammenlikner med mange andre land (D1).

Sett utenfra kan en stille spørsmål om empirien bak pleiernes forståelse. Uansett kan det bli tolket som et uttrykk for at de har internalisert en rådende fremstilling av eldreomsorgen i gitt kommunen eller i Norge, og den måten verden forstås på blir den objektive sannheten som de får bevis på gjennom andres fortellinger. En kan også tenke at noen tjener på at de har en slik forståelse. Hvis pleierne tenker at andre har det verre, er det lite sannsynlig at de skal gjøre opprør med de forhold som de jobber under.

## 6 Konklusjoner

For å svare på problemstillingen *Hvilke forhold er til hinder for å realisere faglige anbefalinger for personsentrert omsorg for eldre i det praktiske omsorgsarbeidet på sykehjem?* har jeg fremlagt og analysert intervjuer med seks pleiere på seks ulike sykehjem om deres erfaringer med å yte omsorg, og om forhold som påvirker deres omsorgspraksis. I analysen har jeg avgrenset fem overordnede tema med relevans for problemstillingen: 1) rammebetingelser for omsorgspraksisen, 2) pleiernes oppfatning av det faglige arbeidet, 3) ivaretagende strukturer rundt pleierne, 4) pleiepersonalets egnethet til jobben, og 5) hvordan styringsstrukturen påvirker pleiernes praksis. Disse tema har jeg drøftet opp mot McCormack og McCance (2010) sin praksismodell for personsentrert omsorg og Kitwoods (1999) personsentrerte omsorgsfilosofi.

Når det gjelder det overordnede tema *rammebetingelser for omsorgspraksisen* har deltakerne spesielt fremhevet mangel på tid og ressurser som et hinder for å leve opp til et personsentrert omsorgsideal. Mangel på tid har direkte innvirkning på pleiernes omsorgspraksis. Det fører til at de må prioritere hva de rekker over, og omsorgen dreier seg derfor i all hovedsak om å dekke grunnleggende fysiologiske behov. Dette kan bli ansett som god nok omsorg under de rådende omstendigheter. Mangel på tid og ressurser er derfor et hinder i å oppfylle faglige anbefalinger om personsentrert omsorg som bygger på å dekke psykologiske behov, og et helhetlig fokus der stell og pleie bare er en del av å gi omsorg. Praksismodellen til McCormack og McCance (2010) underkjenner ikke at omsorgstjenestene er presset på minutter. Forfatterne hevder at pleierne derfor må benytte den tiden de har til rådighet for å

være personsentrert i de arbeidsoppgaven de allerede utfører. Dette løfter også betydningen av pleiernes kompetanse og kunnskap som gjør at de forstår dette som en viktig faglig tilnærming i omsorgen. Pleiernes initiativ til, og trygghet i utførelse av psykososiale oppgaver ble trukket frem av noen deltakere som en hindring for at slike oppgaver ble utelatt. Siden det er et sterkt fokus på manglende tid i eldreomsorgen, kan forhold som angår pleiernes kompetanse være oversett når en vurderer hvorfor omsorgen ikke samsvarer med de faglige anbefalinger. Pleiernes egenskaper og kompetanse er den viktigste forutsetningen for at personsentrert omsorg i det hele tatt skal finne sted, og er derfor satt som den første dimensjonen i McCormack og McCance (2010) sin praksismodell. Dette legger også sterke føringer på at organisasjonen bl.a. må tilrettelegge for kompetanse og kunnskapsutvikling i praksis, og er forhold som omtales i den andre dimensjonen av praksismodellen. McCormack og McCance (2010) hevder videre at konteksten der omsorg utøves besitter de største barrierene eller tilretteleggingsmuligheter for praksisutvikling.

Et annet overordnede tema som jeg avdekket i mitt datamateriale relatert til problemstillingen var *pleiernes oppfattelse av det faglige arbeidet*. Deltakernes fortellinger tyder på at pleierne ikke er gjort kjent med gjeldende faglige anbefalinger. Det er sterke indikasjoner på at faglige anbefalinger drukner i styringskrav om effektivisering og kostnadsbesparelser. Deltakerne beskriver en ofte fraværende avdelingsledelse som ikke fremmer faglige målsettinger i møte med dem. Flere deltakere opplever at avdelingsledelsen ikke kjenner til hva som rører seg på avdelingen, eller vet hvem som er faglig dyktige pleiere. Dette står i sterk kontrast til den viktige rollen som tilskrives avdelingslederen om å være rollemodell og kulturbærer for personsentrert omsorg (Backman et al., 2022; Rokstad, 2021). I dagens praksis er det mangel på kunnskap og kompetanse hos pleierne i personsentrert omsorgsfilosofi. Organisasjonens tilnærming til kurs og kunnskapsutvikling synes å være for dårlig og basert på tilfeldigheter. Deltakerne savner krav fra arbeidsgivers side om at alle ansatte skal ta tilgjengelige kurs. Ansatte må i stor grad ta kurs og kompetanseheving på fritiden, selv om de blir kompensert med avspasering, synes ikke det å være motiverende for å delta. Det er tilfeldigheter og den ansattes egeninteresse som i stor grad styrer om de tar tilgjengelige kurs. Deltakernes fortellinger tyder også på at opplæringen av nyansatte er mangelfull og preges av tilfeldigheter. Da avdelingsleder ofte ikke vet hvem som er gode pleiere, og det er de som bestemmer hvem som skal ha opplæring, er det ikke alltid at den som har ansvar for opplæringen egner seg til dette. Siden det jobber mange ufaglærte på sykehjem vil opplæringen derfor ha stor betydning for sosialiseringen inn i yrket. Det vil påvirke hvordan

den ufaglærte tenker om sin rolle og forståelse av arbeidsoppgavene. Manglende oppfølging av faglige mål, tilrettelegging for kompetanseheving og mangelfull opplæring kolliderer med praksismodellens fokus på at organisasjonen må tilrettelegge for kunnskapsutvikling i praksis (McCormack & McCance, 2010). Organisasjonen må ha et helhetlig fokus på kompetanse. All nødvendig kompetanse læres ikke gjennom teoretiske kurs. Mellommenneskelig kompetanse er ferdigheter som utvikles ved øvelse, og bevissthet om egne verdier og holdninger utvikles gjennom veiledning og refleksjon (Høgsted, 2023; Lauridsen & Munkejord, 2022).

Et tredje tema som ble identifisert til å ha sammenheng med problemstillingen var *ivaretagende strukturer rundt pleierne*. Deltakerne beskrev manglende HMS-arbeid, manglende kunnskap om hvordan de skal snakke om vanskelige hendelser og mangel på overskudd til å ivareta hverandre. Dette resulterte i uttrykk for utbrenthetssymptomer som irritasjon, økt kynisme til arbeidet, at pleierne møtte veggen, ble sykmeldt eller sluttet i arbeidet. Fra tidligere er det også slått fast at sykehjemsansatte er utsatt for en rekke belastningsforhold (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2021). Ansattes helse, miljø og sikkerhet er noe arbeidsgiver er pliktig til å jobbe systematisk med ifølge Arbeidsmiljøloven (2006). Det er fare for at mangelfulle ivaretagende strukturer påvirker muligheten til å realisere faglige anbefalinger fordi mange pleiere ikke har overskudd til å ta til seg ny kunnskap, eller har mistet evne til å ha empati for beboerne. I et personsentrert perspektiv ser en på omsorg som både et moralsk anliggende og en emosjon (McCormack & McCance, 2010; Morse et al., 1991). Utbrenthet og omsorgstrøtthet hos pleierne vil påvirke evnen til å føle med, og skape en større avstand til beboerne. Ved manglende ivaretagende strukturer står tjenesten også i fare for å miste dyktige pleiere som har nødvendig kunnskap for å jobbe i tråd med faglige anbefalinger. En tjeneste som drives med tilfeldige vikarer vil ikke være i stand til å opprettholde et kontinuerlig arbeid i tråd med faglige anbefalinger.

Det fjerde tema som ble identifisert å sammenheng med problemstillingen er at *pleiepersonalets egnethet til jobben*. Deltakerne beskrev kollegaer som viste uforsvarlige pleiefaglige holdninger mot de eldre og arbeidet, som snakket stygt om de dem skulle hjelpe og som bevisst utsatte pleie. Dette kan anses som et direkte hinder for å gi omsorg av god kvalitet. Hvis pleierne ikke behandler beboerne som fullverdige mennesker med unik verdi, som er det grunnleggende menneskesynet i personsentrert omsorgsfilosofi (Kitwood, 1999) er det kanskje også vanskelig å følge dens omsorgsprinsipper. Deltakerne beskrev også eksempler som direkte truer pasientsikkerheten, f.eks. å unnlate å handle når en beboer ber

om hjelp, eller gjennom å bruke tvang der det ikke er gjort vurderinger om tvangsbruk. Det var også en forståelse hos deltakerne om at det er vanskelig å gjøre noe med kollegaer som ikke behandler beboerne bra. Dette handlet om at det er vanskelig å selv si ifra, men også en oppfattelse av at avdelingsledelsen ikke evnet eller hadde handlingsrom til å ta tak i dette fordi ressursutfordringene i tjenesten gjør det vanskelig å få tak andre pleiere. Når en ikke kan si opp, eller ikke gi vakter til pleiere som viser slike holdninger, understreker det viktigheten av at organisasjonen tilrettelegger for økt bevissthet om egne verdier og holdninger i pleiergruppa. Dette kan bl.a. gjøres gjennom systematisk veiledning og refleksjon over praksis.

Deltakerne beskrev også manglende fag- og språkkunnskap som eksempler på at kollegaer ikke egnert seg til jobben. Manglende kunnskap om f.eks. hvordan en møter mennesker med demens førte til at enkelte pleiere ikke kunne utføre arbeidet ordentlig. Hvis de ikke har kunnskap om hva omsorgen i de faglige anbefalingene bygger på, så kan de heller ikke utføre den. Manglende språkkunnskap skapte store kommunikasjonsutfordringer mellom pleier og beboer, og gjorde det vanskelig for disse pleierne å utføre arbeidet på en tilfredsstillende måte. Å arbeide i tråd med personsentrert omsorg-prinsipper handler om å kjenne beboer i detalj for å tilpasse omsorgen ut fra personens behov (McCormack & McCance, 2010). For å øke pleiernes egnethet når det gjelder kunnskap og kompetanse må organisasjonen jobbe systematisk med forbedring av kompetanseheving og opplæring. Det må også sees opp mot tidspress som begrenser omsorgspraksisen. Å løfte frem at det kreves tid å bygge relasjoner og bli kjent med beboernes unike behov er derfor også viktig.

Et siste tema jeg identifiserte i datamaterialet er *pleiernes opplevelse av involvering og medbestemmelse*. Pleierne opplever å ha lite medbestemmelse og påvirkningskraft i utforming av arbeidet. De plasserer seg selv nede i hierarkiet, og administrasjon, politikere og leger på toppen. De opplever å være dominert at styringslinjens fokus på effektivisering, med stadige omstillinger for å øke effektivitet og redusere kostnader. Pleiepersonalet deler ikke samme verdier som de som utformer arbeidsinstruksen, og mener at administrasjonen og politikere mangler innsikt i hva omsorgen egentlig innebærer og i konsekvenser av det de bestemmer. Pleierne føler seg maktesløse i å adressere sine faglige vurderinger, og sin frustrasjon, oppover. Deltakerne hadde en opplevelse av at avdelingsleder følger instruksene fra ledelsen over, samtidig som de rapporterte om et sterkt lojalitetspress til å støtte administrasjonens styringsinstrukser. Ved å ikke gjøre det, frykter de negative konsekvenser eller sanksjoner. Deres underlegne posisjon gjør at de tilpasser sine forståelse av muligheter i arbeidet til

styringens føringer, og dermed forsterker de den dominante posisjonen til administrasjonen. På tross av alt dette ser de seg selv som heldige, fordi det har etablert seg en forståelse av at situasjonen er verre andre steder.

Innføring av personsentrert omsorg tufter på at organisasjonen er i stand til å endre det tradisjonelle makthierarkiet. Det har blitt påpekt gjentatte ganger at hele organisasjonen må fronte en felles verdi om personsentrert omsorg, hvis dette skal realiseres i praksis (Backman et al., 2022; van Stenis et al., 2017). Praksismodellen hevder at organisasjonen må fremme delt makt og beslutningsmyndighet for å innføre personsentrert omsorg (McCormack & McCance, 2010). Beslutninger i denne omsorgsmodellen bør tas av de som jobber nærmest beboeren. Opplevelsen av hverdagen som deltakerne i studien rapporterte om, er et stort hinder for muligheten til å realisere faglige anbefalinger om personsentrert omsorg i sykehjem. Dagens praksis tar i større grad hensyn til administrative enn faglige verdier, og administrasjonen har større beslutningsmyndighet enn de som jobber nært beboerne. Ansatte opplever å ha liten medbestemmelse, og innsikt i beslutningsprosesser. Det er derfor utfordrende å se hvordan faglige verdier om god omsorg kan samvirke med måten organisasjonen styres på.

Arbeidshverdagen som deltakerne i studien beskriver åpner for spørsmålet om det i det hele tatt er mulig å innføre en slik helhetlig faglig modell som har innvirkning på alle deler av organisasjonen, og som krever at alle aktører drar i samme retning. Det reiser spørsmålet om personsentrert omsorg etter McCormack og McCance (2010) sin modell er et utopisk ideal. Hvis omsorgsidealet gjennom denne praksismodellen skal fungere må først alle aktører bli kjent med de faglige føringene og hva disse innebærer. Videre må hver enkelt aktør fremme dens verdier i beslutning, styring, ledelse og i praktisk omsorgsutøvelse. Forskningsfunn om effekter av innføring av personsentrert har blant vist at slik praksis ikke er relatert til mer ressursbruk (Sköldunger et al., 2020). Skal en ta denne forskningen i betraktning er derfor ikke den rådende ressursituasjonen til hinder for innføring av personsentrert omsorg. McCormack og McCance (2010) fremmer i sin praksismodell pleiernes egenskaper som den viktigste forutsetningen for personsentrert praksis, selv om de ikke kan ta ut sitt fulle potensiale uten at også miljøet rundt støtter opp om en slik praksis. Forfatterne fremmer også at pleierne må benytte den tilmålte tiden til å være personsentrete. Dette viser at det fortsatt er mulig å ha en personsentrert praksis, innenfor et gitt mulighetsrom. Dette forutsetter imidlertid at organisasjonen legger til rette for at pleierne øker sin kunnskap, kompetanse og bevissthet på dette området. Faren ved en slik tilnærming er imidlertid at pleierne får pålagt



all ansvaret for «faglighet», da det er deres jobb å utøve omsorg i praksis. Det kan bli et søkelys på deres egenskaper, holdninger og kunnskap som årsak til at omsorgen ikke alltid er helhetlig og av god kvalitet. Et slikt fokus må suppleres med søkelys på andre barrierer på alle nivå i organisasjonen.

Det er interessant å bemerke at de overordnede myndighetene både gir faglige anbefalinger og føringer på styringsparameter til kommunen, uten at disse nødvendigvis drar i samme retning. Dette tyder på at fag og styring er løsrevet fra hverandre også på dette nivået. Det enkelte sykehjem og den enkelte kommune har begrensede muligheter til å velge andre styringsformer da de fortsatt må imøtekomme kravene fra styrende- og bevilgende myndigheter. Et interessant tema for videre forskning er å undersøke hvordan politikere og administrasjonen forholder seg til faglige føringer om personsentrert omsorg i utforming av politiske vedtak og administrative beslutninger, og hvordan de vurderer sin rolle i oppnåelse av disse faglige målene i praksis.

## Referanseliste

- Aldring og helse. (u.å.). *TID- Tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens og andre psykiske tilstander*. Nasjonalt senter for aldring og helse,. Hentet 11.04.23 fra <https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/personsentret-omsorg/tid-tverrfaglig-intervensjonsmodell-ved-utfordrende-atferd-ved-demens-og-andre-psykiske-tilstander/>
- Altinn. (10.12.2021). *Arbeidstakers yringsfrihet, varslingsrett og lojalitetsplikt*. Digitaliseringsdirektoratet. <https://www.altinn.no/starte-og-drive/arbeidsforhold/ansettelse/arbeidstakers-yringsfrihet-varslingsrett-og-lojalitetsplikt/>
- Amundsen, L. (2020). Den vet best hvor skoen trykker, som har den på. I *Store norske leksikon*. Hentet 25.04.23 fra [https://snl.no/Den\\_vet\\_best\\_hvor\\_skoen\\_trykker\\_som\\_har\\_den\\_p%C3%A5](https://snl.no/Den_vet_best_hvor_skoen_trykker_som_har_den_p%C3%A5)
- Andfossen, N., Devik, S. A., Obstfelder, A. & Olsen, R. M. (2021). *Kapasitets- og kvalitetsutfordringer i kommunale helse- og omsorgstjenester: oppgaver som blir satt på vent, oversett, glemt eller utelatt. En hurtigoversikt over forskningslitteratur*. . Senter for omsorgsforskning,. <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmllui/bitstream/handle/11250/2827814/Kapasitets-%20og%20kvalitetsutfordringer-final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Arbeidsmiljøloven. (2006). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (§ 2 A-1.). Arbeids- og inkluderingsdepartementet,. <https://lovdata.no/lov/2005-06-17-62>
- Backman, A., Lövheim, H., Lindkvist, M., Sjögren, K. & Edvardsson, D. (2022). The significance of nursing home managers' leadership—longitudinal changes, characteristics and qualifications for perceived leadership, person - centredness and climate. *J Clin Nurs*, 31(9-10), 1377-1388. <https://doi.org/10.1111/jocn.15999>
- Backman, A., Sjögren, K., Lindkvist, M., Lövheim, H. & Edvardsson, D. (2016). Towards person-centredness in aged care - exploring the impact of leadership. *J Nurs Manag*, 24(6), 766-774. <https://doi.org/10.1111/jonm.12380>
- Backman, A., Sjögren, K., Lövheim, H. & Edvardsson, D. (2018). Job strain in nursing homes—Exploring the impact of leadership. *J Clin Nurs*, 27(7-8), 1552-1560. <https://doi.org/10.1111/jocn.14180>
- Backman, A., Sjögren, K., Lövheim, H., Lindkvist, M. & Edvardsson, D. (2021). The influence of nursing home managers' leadership on person-centred care and stress of conscience: A cross-sectional study. *BMC nursing*, 20(1), 1-200. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00718-9>
- Ballard, C., Corbett, A., Orrell, M., Williams, G., Moniz-Cook, E., Romeo, R., Woods, B., Garrod, L., Testad, I., Woodward-Carlton, B., Wenborn, J., Knapp, M. & Fossey, J. (2018). Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial. *PLoS Med*, 15(2), e1002500. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002500>
- Blaakilde, A. L. (2005). Ord skaper alder. I H. Tuntland (Red.), *Aldring og livsvilkår* (Bd. 3. opplag 2013). N.W. Damm & Søn.
- Botngård, A., Eide, A. H., Mosqueda, L. & Malmedal, W. (2020). Elder abuse in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study. *BMC Health Serv Res*, 20(1), 9-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4861-z>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2012). *Kvalitative metoder : empiri og teoriutvikling* (W. Hansen, Overs.). Gyldendal akademisk.
- Bryhn, R. & Sæle, O. O. (2022, 27. april 2022). Ekstremспорт. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/ekstremспорт>
- Christensen, T., Læg Reid, Per og Rørvik, Arne & Christensen, T., Læg Reid, Per og Rørvik, Arne. (2021). Effekter, læring og implikasjoner. I P. Læg Reid, K. A. Rørvik & T. Christensen (Red.), *Organisasjonsteori for offentlig sektor* (4. utgave. utg., s. 256 sider). Universitetsforlaget.
- Cleland, J., Hutchinson, C., Khadka, J., Milte, R. & Ratcliffe, J. (2021). What defines quality of care for older people in aged care? A comprehensive literature review. *Geriatrics & gerontology international*, 21(9), 765-778. <https://doi.org/10.1111/ggi.14231>
- Coetsee, S. K. & Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nurs Health Sci*, 12(2), 235-243. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x>
- Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora. (2016). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. Hentet 2016, fra [https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/60125\\_fek\\_retningslinjer\\_nesh\\_digital.pdf](https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/60125_fek_retningslinjer_nesh_digital.pdf)
- Dong, D. & Temple, B. (2011). Oppression: A Concept Analysis and Implications for Nurses and Nursing. *Nurs Forum*, 46(3), 169-176. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2011.00228.x>
- Dubrosky, R. (2013). Iris Young's Five Faces of Oppression Applied to Nursing. *Nurs Forum*, 48(3), 205-210. <https://doi.org/10.1111/nuf.12027>
- Edvardsson, D., Sandman, P. O. & Borell, L. (2014). Implementing national guidelines for person-centered care of people with dementia in residential aged care: effects on perceived person-centeredness, staff strain, and stress of conscience. *Int. Psychogeriatr*, 26(7), 1171-1179. <https://doi.org/10.1017/S1041610214000258>
- Farrell, G. A. (1997). Aggression in clinical settings: nurses' views. *J Adv Nurs*, 25(3), 501-508. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025501.x>
- Forskningsetikkløven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid* Kunnskapsdepartementet. <https://lovdata.no/lov/2017-04-28-23>
- Forskrift for sykehjem m.v. (1988). *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie*, (§§ 4-4., 4-6.,). Helse og omsorgsdepartementet,. <https://lovdata.no/forskrift/1988-11-14-932>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sosionomutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sosionomutdanning* (§§ 7, 8, 9). Kunnskapsdepartementet. <https://lovdata.no/forskrift/2019-03-15-409>
- Fossey, J., Masson, S., Stafford, J., Lawrence, V., Corbett, A. & Ballard, C. (2014). The disconnect between evidence and practice: a systematic review of person-centred interventions and training manuals for care home staff working with people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 29(8), 797-807. <https://doi.org/10.1002/gps.4072>
- Freshwater, D. (2000). Crosscurrents: against cultural narration in nursing. *J Adv Nurs*, 32(2), 481-484. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01499.x>
- Førland, O. & Rostad, H. M. (2019). *Variasjon og uønsket variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene. En kunnskapsoppsummering* (04/2019). Senter for omsorgsforskning.
- Haukelien, H. (2021). Aldring, eldreomsorg og den nye velferdsstaten. *Norsk antropologisk tidsskrift*, 32(3-4), 179-195. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-2898-2021-03-04-06>

- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (§§ 1, 3-2., 3-3., 4-1.,). Helse- og omsorgsdepartementet,. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2020). *Demensplan 2025*. Helse og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>
- Helsedirektoratet. (2018). § 21. *Hovedregel om taushetsplikt*. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/taushetsplikt-og-opplysningsrett/-21.hovedregel-om-taushetsplikt>
- Helsedirektoratet. (2019a). *Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens 2018 [nettdokument]*. . Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonal-kartlegging-av-tilbudet-til-personer-med-demens>
- Helsedirektoratet. (2019b). *Trygghetsstandard i sykehjem*. <https://www.ressursportal.no/trygghetsstandard>
- Helsedirektoratet. (2021). *Kompetanseløft 2025. Regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten for perioden 2021–2025*. Helse og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d9861c8a33dc4b2291a8a41d1ecfdc78/kompetanseloft-2025-2.pdf>
- Helsedirektoratet. (2022, april, 27. 2022). *Nasjonal faglig retningslinje om demens*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
- Helsedirektoratet. (u.å). *Registrering av helse- og omsorgsdata i kommunen*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen>
- Helsedirektoratet, Botngård, A. & Malmedal, W. (2021). *Vold, overgrep og forsømmelser i norske sykehjem. Om omfang og pågående forebyggende arbeid*. Helsedirektoratet. Helsedirektoratet. [https://www.regjeringen.no/contentassets/ad319c93e4e1475799ed607af3dfd711/20\\_9704-20rapportering-pa-voldshendelser-i-sykehjem-med-vedlegg-1958684.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/ad319c93e4e1475799ed607af3dfd711/20_9704-20rapportering-pa-voldshendelser-i-sykehjem-med-vedlegg-1958684.pdf)
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (§ 3). Helse- og omsorgsdepartementet, . <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Høgsted, R. (2023). *Grunnbok i belastningspsykologi : forebygging av primær og sekundær traumatisering ved psykisk krevende arbeid* (T. Holter, Overs.). Fagbokforlaget.
- Jacobsen, F. F. (2016). Continuity and Change in Norwegian Nursing Homes, in the Context of Norwegian Welfare State Ambitions. *Ageing international*, 41(1), 79-88. <https://doi.org/10.1007/s12126-015-9231-5>
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? : nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Universitetsforl.
- Kidholm, M. L. & Pedersen, K. S. E. (2021). Når eldre pasienter (+60 år) oplever, at alder har betydning for sygeplejen – et scoping reivew. *Nordisk sygeplejeforskning*, 11(1), 35-52. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2021-01-04>
- Kirkevold, Ø. (2023). Hvem bor på sykehjem- og hva kvalifiserer for innleggelse? I A. M. M. Rokstad, C. H. Anvik & A. Ødegård (Red.), *Sykehjemmet. Hjem, helseinstitusjon og arbeidsplass*. Fagbokforlaget.
- Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens : personen kommer i første række* (N. Johnsen, Overs.). Dafolo.
- Kitwood, T. & Bredin, K. (1992). Towards a Theory of Dementia Care: Personhood and Well-Being. *Aging and society*, 12(3), 269-287.

- Kristiansen, M., Western, K. I., Obstfelder, A. & Lotherington, A. T. (2016). Coping with increased managerial tasks: tensions and dilemmas in nursing leadership. *Journal of research in nursing*, 21(7), 492-502. <https://doi.org/10.1177/1744987116668940>
- KS. (2019). *Dette er Gode pasientforløp*. KS. <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/eldreomsorg/gode-pasientforlop/om-satsingen/gode-pasientforlop/>
- KS. (2021). *Organisering, kompetanse og heltidskultur – i kommunale helse- og omsorgstjenester. En kunnskapsoppsummering* (1021452). <https://www.ks.no/contentassets/9a94c1f1545543ae8f2ac39b291092bd/Kunnskapsoppsummering-Agenda-Kaupang-FAFO-19-04-2021-endelig-versjon.pdf>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.*, (§§ 1., 3.,). Helse- og omsorgsdepartementet, <https://lovdata.no/forskrift/2003-06-27-792>
- Larsen, A. K. (2007). *En enklere metode : veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode*. Fagbokforl.
- Lauridsen, M. B. (2021). Individuell og kollektiv sårbarhet i hjelperollen. I A.-L. Thoresen & B. Norbye (Red.), *Forskning og kunnskapsutvikling i helsefaglig profesjonsutdanning*. Orkana Forlag. <https://doi.org/10.33673/OOA20211/14>
- Lauridsen, M. B. & Munkejord, M. C. (2022). Creating conditions for professional development through a trauma-informed and restorative practice. *Soc Work*, 67(2), 135-144. <https://doi.org/10.1093/sw/swac005>
- Lewis, J., Ritchie, J., Ormston, R. & Morell, G. (2014). Generalising from qualitative research. I J. Ritchie, J. Lewis, C. M. Nicholls & R. Ormston (Red.), *Qualitative research practice. A guide for social science students and researchers*. Sage
- Livingston, G., Kelly, L., Lewis-Holmes, E., Baio, G., Morris, S., Patel, N. & Cooper, C. (2014). Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: Systematic review of randomised controlled trials. *The British journal of Psychiatry*, 205(6), 436-442. <https://doi.org/doi:10.1192/bjp.bp.113.141119>
- Livsglede for eldre. (u.å. ). <https://livsgledeforeldre.no/>
- Lombardero-Posada, X. M., Murcia-Álvarez, E., Aguiar-Fernández, F. J., Méndez-Fernández, A. B. & González-Fernández, A. (2023). Burned Out, Engaged, Both, or Neither? Exploring Engagement and Burnout Profiles among Social Workers in Spain. *Soc Work*, 68(2), 131. <https://doi.org/10.1093/sw/swad002>
- Malmedal, W. (2018). Omsorg på vranga. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3), 307-316. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-13>
- McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing: Theory and Practice*. Hoboken: John Wiley & Sons, Incorporated. <https://doi.org/10.1002/9781444390506>
- Meld. St. 15 (2017–2018). *Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet, . <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?ch=1>
- Mjørud, M. & Røsvik, J. (2021). *Demens og grunnleggende psykologiske behov : personsentrert omsorg* (1. utgave. utg.). Fagbokforlaget.
- Mjørud, M. & Røsvik, J. (2022). You can tell it works – Experiences from using the VIPS practice model in primary healthcare. *Dementia (London)*, 21(2), 579-594. <https://doi.org/10.1177/14713012211053979>
- Mohr, W., Raedke, A., Afi, A., Edvardsson, D., Muehlichen, F., Platen, M., Roes, M., Michalowsky, B. & Hoffmann, W. (2021). Key Intervention Categories to Provide

- Person-Centered Dementia Care: A Systematic Review of Person-Centered Interventions. *J Alzheimers Dis*, 84(1), 343-366. <https://doi.org/10.3233/JAD-210647>
- Morse, J., Bottorff, J., Neander, W. & Solberg, S. (1991). Comparative Analysis of Conceptualizations and Theories of Caring. *Journal og Nursing Scholarship*, 23(2). <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1991.tb00655.x>
- NRK Brennpunkt. (2023). Borte bra? *Brennpunkt: Omsorg bak lukkede dører*. <https://tv.nrk.no/serie/brennpunkt-omsorg-bak-lukkede-doerer/sesong/1/episode/2/avspiller>
- Nygaard, A., Halvorsrud, L., Grov, E. K. & Bergland, A. (2022). What matters to you?—a qualitative study on the views of nursing home residents with dementia regarding the health care they receive. *Journal of clinical nursing*, 31(1-2), 262-274. <https://doi.org/10.1111/jocn.15904>
- Næss, A., Havik, A. K. & Vabø, M. (2013). Contested Spaces- the Perpetual Quest for Change i Norwegian nursing homes. I A. Hujala, S. Rissanen & S. Vihma (Red.), *Designing Wellbeing in Elderly Care Homes* (s. 68-83). Aalto University. <https://aaltodoc.aalto.fi/bitstream/handle/123456789/11819/isbn9789526049670.pdf?sequence=1#page=70>
- Olsen, R. M., Andfossen, N., Devik, S. A., Fredwall, T. E., Førland, O. & Moholt, J.-M. (2023). *Ufullstendig helse- og omsorgshjelp og kompetansebehov i sykehjem* (Rapportserie nr. 1/2023). Senter for omsorgsforskning. [http://omsorgsforskning.no/utgivelser/rapportserie/2023/rapport\\_01\\_2023](http://omsorgsforskning.no/utgivelser/rapportserie/2023/rapport_01_2023)
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (2-1 e.). Helse- og omsorgsdepartementet,. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Pendleton, D. & King, J. (2002). Values and leadership. *BMJ*, 325(1352-1355). <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7376.1352>
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse : kvalitative metoder i samfunnsfag* (4. rev. utg. utg.). Universitetsforl.
- Riksrevisjonen. (2018). *Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen. Dokument 3:5 (2018–2019)*. <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2018-2019/dok-3-5-2018-2019.pdf>
- Ritchie, J., Lewis, J., Elam, G., Tennant, R. & Rahim, N. (2014). Designing and selecting samples. I J. Ritchie, J. Lewis, C. M. Nicholls & R. Ormston (Red.), *Qualitative research practice : a guide for social science students and researchers* (2nd. utg.). SAGE.
- Rizzo, V. M. & Rowe, J. M. (2016). Cost-Effectiveness of Social Work Services in Aging: An Updated Systematic Review. *Research on social work practice*, 26(6), 653-667. <https://doi.org/10.1177/1049731514563578>
- Rokstad, A. M. M. (2021). *Se hvem jeg er! : personsentrert omsorg ved demens* (2. utgave. utg.). Universitetsforlaget.
- Rokstad, A. M. M. (2023). Livskvalitet i sykehjem. I A. M. M. Rokstad, C. H. Anvik & A. Ødegård (Red.), *Sykehjemmet. Hjem, helseinstitusjon og arbeidsplass*. Fagbokforlaget.
- Rokstad, A. M. M., Anvik, C. H. & Ødegård, A. (2023). Sykehjemmet som instituasjon og hverdagsliv. I A. M. M. Rokstad, C. H. Anvik & A. Ødegård (Red.), *Sykehjemmet. Hjem, helseinstitusjon og arbeidsplass* (1. utg.). Fagbokforlaget.
- Røen, I., Selbæk, G., Kirkevold, Ø., Engedal, K., Testad, I. & Bergh, S. (2017). Resource Use and Disease Course in dementia - Nursing Home (REDIC-NH), a longitudinal cohort study; design and patient characteristics at admission to Norwegian nursing homes. *BMC health services research*, 17(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2289-x>

- Røsvik, J., Kirkevold, M., Engedal, K., Brooker, D. & Kirkevold, Ø. (2011). A model for using the VIPS framework for person-centred care for persons with dementia in nursing homes: a qualitative evaluative study. *Int J Older People Nurs*, 6(3), 227-236. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2011.00290.x>
- Sandmoe, A., Myhre, J., Iversen, M. H., Eriksen, S. & Lichtwarck, B. (2022). Vold, overgrep, utelatt helsehjelp, forsømmelser og aggresjon: Begrepsbruk i en norsk sykehjemskontekst. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, (3), 1-15. <https://doi.org/10.18261/tfo.8.3.7>
- Schwendimann, R., Dhaini, S., Ausserhofer, D., Engberg, S. & Zúñiga, F. (2016). Factors associated with high job satisfaction among care workers in Swiss nursing homes - a cross sectional survey study. *BMC Nurs*, 15(1), 37-37. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0160-8>
- Schönfelder, W., Eggebø, H. & Munkejord, M. C. (2020). Social care for older people – a blind spot in the Norwegian care system. <https://doi.org/10.1080/00981389.2020.1847747>
- Sköldunger, A., Sandman, P.-O. & Backman, A. (2020). Exploring person-centred care in relation to resource utilization, resident quality of life and staff job strain - findings from the SWENIS study. *BMC Geriatr*, 20(1), 465-465. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01855-7>
- Stanley, D. (2006). In command of care: Toward the theory of congruent leadership. *Journal of research in nursing*, 11(2), 132-144. <https://doi.org/10.1177/1744987106059459>
- Statens arbeidsmiljøinstitutt. (2021). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse* (STAMI-rapport, årgang 22, nr. 4). Statens arbeidsmiljøinstitutt,. <https://stami.no/content/uploads/2021/06/Faktabok-om-arbeidsmilj%C3%B8-og-helse-2021.pdf>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg. utg.). Fagbokforl.
- Tingvold, L. & Fagertun, A. (2020). Between Privileged and Oppressed? Immigrant Labor Trajectories in Norwegian Long-Term Care. *Sustainability (Basel, Switzerland)*, 12(11), 4777. <https://doi.org/10.3390/su12114777>
- Tingvold, L. & Fagertun, A. (2022). Bilder av omsorg: tause normer for arbeid i flerkulturelle stabsfellesskap i norske sykehjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 8(2), 75-89. <https://doi.org/10.18261/tfo.8.2.6>
- Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. (u.å. ). *KlinObsKommune*. Hentet 09.05.23 fra <https://www.utviklingssenter.no/klinisk-observasjonskompetanse>
- van Stenis, A. R., van Wingerden, J. & Kolkhuis Tanke, I. (2017). The Changing Role of Health Care Professionals in Nursing Homes: A Systematic Literature Review of a Decade of Change. *Front Psychol*, 8, 2008-2008. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02008>
- Verdighetsgarantiforskriften. (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)* (§§ 1., 2., 3.). Helse- og omsorgsdepartementet,. <https://lovdata.no/forskrift/2010-11-12-1426>
- Wathne, C. T. (2018). Styringens usynlige og uhyggelige (h)ånd. I H. Heen & R. H. Solomon (Red.), *Varme konflikter i arbeidslivet. Organisatoriske perspektiver og håndteringsmetoder*. Gyldendal Akademiske Forlag AS.
- Woods, B. (2012). Well-being and dementia - how can it be achieved? *Quality in ageing*, 13(3), 205-211. <https://doi.org/10.1108/14717791211264214>
- World Health Organization. (2019, 28.05.2019). *Burn-out an "occupational phenomenon"*: *International Classification of Diseases*. World Health Organization, .

<https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

Yeo, A., Legard, R., Keegan, J., Ward, K., Nicholls, C. M. & Ritchie, J. (2014). In-depth Interviews. I J. Ritchie, L. J., C. M. Nicholls & R. Ormston (Red.), *Qualitative research practice : a guide for social science students and researchers* (2nd. utg., s. 177-210). SAGE.

Zhang, Y.-Y., Zhang, C., Han, X.-R., Li, W. & Wang, Y.-L. (2018). Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing: A correlative meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 97(26), e11086.

<https://doi.org/10.1097/MD.0000000000011086>



## Vedlegg

# Vedlegg 1

## Intervjuguide:

### Praktisk info til deltaker:

- Formål med prosjektet/intervju- hva intervjuet skal brukes til
- Varighet 45-90 min
- Samtykkeerklæringen- skrive under samtykkeskjema
- Opptak- Transkriberer lydopptakene, slette opptak etter prosjektslutt
- Sitatsjekk
- Viktig: Husk å anonymisere beboerne

### Innledning:

- Utdanningsbakgrunn
- Hvor lenge har du jobbet som pleier på sykehjem?
- Hvilke beboere har du på din avdeling?

### Generelt om omsorg:

- Hva er god omsorg for deg?
- Beskriv behovene til de eldre på din avdeling

### Den enkeltes beste og personens interesser:

- Samarbeid med beboer
- Interesser- Kunnskap om den eldre sitt liv, hva de liker, livshistorie m.m.

### Å leve meningsfulle liv:

- Hvilke aktiviteter kan beboerne delta på?
- Støtte til sosiale relasjoner

### Øvrig:

- Hva kjennetegner en god pleier på din avdeling
- Har du snakket med din familie og dine venner om jobben din? Ha sier du om å være beboer her? Hadde du sendt dine foreldre på din avdeling?
- Avslutningsvis; Er det noe du tenker er viktig som du ikke har fått fortalt om?

## Vedlegg 2

# Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt om

«Hvordan pleiere forstår og praktiserer omsorg overfor eldre på sykehjem»

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### Formål

Formål med dette prosjektet er å undersøke hvordan pleiere i norske sykehjem forstår og praktiserer omsorg overfor eldre beboere.

### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Dette prosjektet er en masteroppgave i sosialt arbeid ved UIT- Norges arktiske universitet.

Ansvarlig for prosjektet er professor Walter Schönfelder. Student Anna Gundersen gjennomfører studien.

### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i studien fordi du jobber på et sykehjem.

Det er ønskelig å rekruttere pleiere med ulik utdanning og erfaring, og fra ulike sykehjem.

Vi har henvendt oss til ledere på ulike sykehjem, og bedt dem om å fordele denne forespørselen blant sine ansatte, samt via snøballmetoden, dvs. at vi får anbefalinger om hvem som kan være relevante deltakere.

### Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det et intervju på 45-90 minutter, enten fysisk eller via videokonferanse.

Spørsmålene kommer til å handle om dine erfaringer og tanker om å gi omsorg til eldre på sykehjem.

### Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i prosjektet. Opplysninger om deg behandles på bakgrunn av ditt samtykke. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi

noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern, hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene som er beskrevet i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det gjøres lyd- eller videoopptak av intervjuet som senere transkriberes til skriftlig tekst før det analyseres. Videoopptak gjøres bare der intervju på videokonferanse er aktuelt.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med et prosjektnummer som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Dette innebærer at deltakerne vil anonymiseres, og derfor ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner.
- Det er kun masterstudent og veileder som har tilgang til opplysningene.

### **Helsepersonell sin taushetsplikt**

Helsepersonell har taushetsplikt. Det er derfor viktig at det ikke fremkommer opplysninger i intervjuet som kan identifisere enkeltpasienter eller annen taushetsbelagt informasjon. Bakgrunnsopplysninger om pasienter, navn og andre opplysninger, som kan identifisere personen under intervjuet må utelates. Det er et felles ansvar for forsker og deltaker å påse at det ikke fremkommer taushetsbelagte opplysninger under intervjuet.

### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes i juni 2023. Datamaterialet med dine personopplysninger anonymiseres ved transkribering. Lydopptak av intervju slettes ved prosjektslutt. Du vil få beskjed om sluttdato for prosjektet må endres.

På oppdrag fra UIT Norges arktiske universitet har NSD- Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Student: Anna Gundersen, tlf. 95166617, epost [agu079@uit.no](mailto:agu079@uit.no)
- Veileder: Professor Walter Schönfelder, tlf. 77620828, epost [walter.schonfelder@uit.no](mailto:walter.schonfelder@uit.no)
- Personvernombud ved UiT Norges arktiske universitet: Joakim Bakkevold, tlf.77646322, epost [personvernombud@uit.no](mailto:personvernombud@uit.no)

Med vennlig hilsen

Anna Gundersen

Walter Schönfelder

(Student)

(Veileder)

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet om *Hvordan pleiere forstår og praktiserer omsorg overfor eldre på sykehjem* og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

