

Noen som ikke passer inn

Sykepleieres erfaringer med psykiatriske pasienter i somatiske sykehjem

Britt Mari Olsen



Masteroppgave ved Medisinsk Fakultet

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

UNIVERSITETET I OSLO

18. August 2007

1. Forord

Med innlevering av denne oppgaven markeres avslutningen av to års interessante og ressurskrevende studier. Det er ikke mulig å gjennomføre slike studier uten velvilje og støtte fra mine nærmeste.

Det siste halve året har vært i ”masteroppgavens tegn”.

Familie og kollegaer har vært til støtte og oppmuntring.

Veileder Eli Haugen Bunch har vært ved min side under hele prosessen og vist en unik evne til å gi positive kommentarer når jeg har trengt det som mest. Du har hjulpet meg til å beholde troen på meg selv og oppgaven, og gitt meg ny giv.

En spesiell takk også til kollega Trude Fløystad Eines for konstruktive tilbakemeldinger, og for at du har tatt deg tid til å høre på alle mine frustrasjoner.

Takk til ledelsene ved sykehjemmene for at dere ga meg tilgang til feltet. En takk fortjener dere også for positive tilbakemeldinger i forhold til temaets aktualitet. Disse var viktige for meg.

Uten respondenter ingen intervju. Verbale roser til sykepleierne som stilte opp og ga personlige og interessante beskrivelser av sine erfaringer.

Uten en forståelsesfull familie hadde jeg aldri klart dette. Jeg føler meg privilegert som har dere. Dere er spesielle.

Jan Christian, dine konstruktive kritikker og positive innstilling har i stor grad bidratt til at oppgaven nå endelig er ferdig. Trine og Lars-Henrik, dere er tålmodige! Takk for oppmuntrende ord og diverse servering ved arbeidsbordet.

Kristiansund

Britt Mari Olsen



UNIVERSITETET I OSLO
 DET MEDISINSKE FAKULTETET
 Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
 Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Britt Mari Olsen	Dato: 18.08.07
<p>Tittel og undertittel:</p> <p>Noen som ikke passer inn Sykepleieres erfaringer med psykiatriske pasienter i somatiske sykehjem</p>	
<p>Hensikt: Studiens overordnede hensikt er å utforske hva sykepleiere erfarer som utfordrende med psykiatriske pasienter i en somatisk sykehjemsavdeling, og hvorfor.</p> <p>Teoretisk forankring: I tillegg til tidligere norsk forskning på somatiske pasienter i sykehjem, og utenlandsk forskning på psykiatriske pasienter i sykehjem, brukes Valsets sykepleieteori, offentlige utredninger og lover.</p> <p>Metode: Kvalitativ studie med utforskende design. Syv sykepleiere ansatt i somatiske sykehjem er intervjuet med utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide. Analyse av tekstdata er gjennomført ved hjelp av innholdsanalyse.</p> <p>Resultater: Psykiatriske pasienter representerer en relativt ny pasientgruppe i kommunale sykehjem. Sykehjemmenes pleiekultur synes å være preget av rigide rutiner og forutsigbarhet, hvor sykepleierne opplever at psykiatriske pasienter ikke passer inn. Sykehjemmene har tradisjonelt hatt fokus på det Valset kaller for overlevelsesbehov. Sykepleierne gir uttrykk for at psykiatriske pasienter har behov som bryter med et slikt tradisjonelt fokus. Det kan se ut som om manglende kunnskap om pasientgruppen, behandlingsformer og tilnæringsmåter er de viktigste årsakene til at disse pasientene ofte oppleves som fremmede og skremmende.</p> <p>Konklusjon: I tråd med forskning fra USA, viser studien at forutsetningene for at psykiatriske pasienter skal få tilpasset omsorg i kommunale sykehjem ligger i at pleiernes ønsker om økt kompetanse blir tatt på alvor. Tiltak for kompetanseheving skisseres.</p>	
<p>Nøkkelord</p>	

Eldre pasienter med kroniske psykiske lidelser, sykehjem, sykepleie



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTETET

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Britt Mari Olsen	Date: 18.08.07
Title and subtitle: Some who do not fit in An interview of nurses who also must work with cronic psychiatric patients who have different careneeds from the traditional elderly persons in nursing homes	
Abstract: Purpose: The main purpose of this study is to explore what nurses find challenging with psychiatric patients in a nursing home ward, and why they do so. Theoretical basis: In addition to earlier Norwegian research on traditional nursing home residents and foreign research on residents with psychiatric diagnosis in nursing homes, Valset's nursing theory and government documents and laws will be used in this study. Method: A qualitative study with an explorative design. Seven nurses employed in nursing homes were interviewed using a semistructured interviewguide. The data was analysed using content analysis. Results: Psychiatric patients represent a relatively new group of patients in local nursing homes. The nursing home culture seems to be characterised by rigid routines and predictability. Nurses experience that psychiatric patients do not fit in. Nursing homes' nursing traditions have focus on what Valset calls "need for survival." Nurses express the feeling that psychiatric patients challenge this traditional focus. It looks as if lack of knowledge about this group of patients, treatments and approaching methods are the main reasons why these patients often are experienced as strangers and frightening. Conclusion: In accordance with international research this study shows that nurses must to be heard when they say they need to upgrade their competence. This is to ensure these patients' needs are met. Actions required on how to increase nurses' competence are outlined.	

Key words

Nursing homes, nursing, psychiatric patients

Innhold

KAPITTEL 1	INNLEDNING.....	9
1.1	Presentasjon av tema og problemstilling.....	13
1.2	Studiens hensikt.....	13
1.3	Studiens relevans.....	14
1.4	Oppgavens oppbygging.....	15
KAPITTEL 2	GJENNOMGANG AV AKTUELLE BEGREPER	17
2.1	Psykiatriske pasienter.....	17
2.2	Sykehjem.....	18
2.3	Kultur	19
KAPITTEL 3	AKTUELL TEORI.....	21
3.1	Juridisk grunnlag	21
3.2	Sykepleie og omsorg i somatiske sykehjem.....	23
3.3	Stigmatisering av psykiatriske pasienter.....	28
KAPITTEL 4	DESIGN OG METODE.....	33
4.1	Forforståelse.....	34
4.2	Kvalitativt forskningsintervju.....	35
4.2.1	Intervjuguide.....	35
4.2.2	Gjennomføring av kvalitativt forskningsintervju.....	36
4.3	Utvalg.....	38
4.3.1	Sykehjem.....	38
4.3.2	Sykepleiere	39
4.4	Tilgang til forskningsfeltet.....	39
4.5	Forskningsetiske overveielser.....	40
4.6	Dataanalyse.....	41
4.7	Kvalitetssikring av studien	45

KAPITTEL 5	SENTRALE FUNN	47
5.1	Pleiekultur i somatiske sykehjem.....	48
5.2	Psykiatriske pasienter i somatiske sykehjem	54
5.3	Manglende kunnskaper om psykiatriske pasienter.....	59
KAPITTEL 6	DISKUSJON AV FUNN.....	65
6.1	Pleiekultur i somatiske sykehjem.....	65
6.2	Psykiatriske pasienter i somatiske sykehjem	76
6.3	Manglende kunnskaper om psykiatriske pasienter i somatiske sykehjem	80
KAPITTEL 7	KONKLUSJON	91
7.1	Evaluering av studien	93
7.2	Studiens betydning for videre forskning og tiltak.....	94
REFERANSELISTE.....		95

VEDLEGG:

- Vedlegg 1: Søknad til forskningsfeltet
- Vedlegg 2: Godkjenning fra forskningsfeltet
- Vedlegg 3: Informasjonsskriv med samtykkeerklæring
- Vedlegg 4: Intervjuguide

TABELLER OG FIGURER:

Tabell 1:	Utvikling av antall døgnplasser innen psykisk helse etter institusjonstype.....	9
Tabell 2:	Analysetabell	44
Figur 1:	Cycle of stigmatization for the individual	31

1 INNLEDNING

Studien fokuserer på sykepleieres erfaring med psykiatriske pasienter innlagt i somatiske sykehjem.

Med bakgrunn i sentrale føringer, har nedbyggingen av psykiatriske sentralinstitusjoner- og sykehjem skjedd raskt de siste 15-20 årene. Omsorg i det psykiske helsevern har tradisjonelt vært utført i store sentralinstitusjoner på ”bygda”, og godt skjermet fra omverden. Sosiologen E. Goffmann (1967) definerte sentralinstitusjoner som totalinstitusjoner. Totalinstitusjonene hadde i følge Goffmann flere negative konsekvenser for pasientene; lite medbestemmelse, krav om å tilpasse seg, og liten kontakt med samfunnet utenfor (ibid.). Pasientene levde sine liv på slike institusjoner (Gunnes, 1985). Manglende omsorg- og behandlingstilbud i kommunene har ført til at sentralinstitusjoner helt fram til i dag har fungert som ”oppbevaring” for mange ferdigbehandlede pasienter. Uten eksisterende tilbud i nærmiljøet kunne ikke pasienter skrives ut.

Politiske vedtak om desentraliseringer i norsk helsevesen på 1980-tallet, har medført radikale endringer for en del psykiatriske pasienter. Endringer i omsorgsideologi har ført til nedbygging av institusjoner. Dagens ideologi vektlegger kortest mulig liggetid i institusjon, og tilrettelegging av bo- og behandlingstilbud i pasientenes hjemmemiljø (Helsetilsynet, 2003). I tråd med denne har det de senere år vært økt satsing på distriktpspsykiatriske senter og poliklinisk virksomhet. På landsbasis er antall døgnplasser innen psykisk helsevern redusert med 1086 fra 1996-2004.

TABELL 1

Tabell 8: Utvikling i antall døgnplasser innen psykisk helse etter institusjonstype. 1996-2004.

Antallet døgnplasser etter institusjonstype	1996	1998	2001	2003	2004	Endring 1996-2004
Sykehus	2 938	3 070	2 920	2 940	2 814	-124
Distripyskiatriak sentre	1 014	1 487	1 782	1 801	2 091	1 077
Sykehjem	2 058	1 298	735	481	208	-1 850
Andre døgninstitusj.	245	120	80	74	56	-189
Totalt	6 255	5 975	5 517	5 296	5 169	-1 086

Kilde: Marit Trommald (Trommald, 2005)

I tråd med endring i omsorgsideologien førte nedbyggingen av psykiatriske sentralinstitusjoner til utskrivning av pasienter. Tall fra sentralinstitusjonen i eget fylke er i tråd med tallene fra Trommald (2005). På begynnelsen av 1970-tallet hadde institusjonen 400 pasienter. Etter planen skal tallet i løpet av 2007/2008 reduseres til ca. 40 (Upublisert rapport fra Helse Midt Norge 02.05.07).

For psykiatriens del ble det fremmet forslag til omorganisering allerede i 1981. Da ble landets kommuner for første gang kontaktet vedrørende tilbakeføring av pasienter fra sentralinstitusjonene. Det skulle gå flere år etter dette før noe skjedde (Rønbeck, Førde, Andreassen, & Nilsen, 1981). Tanken bak endringen i omsorgsideologien, også kalt normaliseringsideologien, var at pasienter ville ha utbytte av tilrettelagte helsetjenester i sitt hjemmemiljø, og at det kunne føre til større åpenhet om psykiske lidelser (St.meld.25, 2005-2006; St.prp.nr.63, 1997-1998). Negative konsekvenser for pasienter i innlagt i totalinstitusjoner, var medvirkende til tilbakeføringer til pasientenes hjemkommuner. Målet var best mulig helse for pasienten.

De eldste kronisk syke pasientene ble overført til fylkeskommunale psykiatriske sykehjem. I 1985 kom Helsedirektoratet med utredningen ” Nye alternativer i psykiatrien. Her ble det foreslått endringer av de psykiatriske sykehjemmenes funksjon. De skulle nå ha en mer aktiv behandlingsrolle, og samtidig endre navn til distriktpsikiatriske sentra. Kravet om aktive behandlingsplasser, førte til at ”ferdigbehandlede” pasienter med langvarige og sammensatte tjenestebehov ble overført til kommunalt nivå (Gunnes, 1985).

På landsbasis ble antall plasser i psykiatriske sykehjem redusert fra 2058 i 1996 til 208 i 2004 (Trommald, 2005). Det er grunn til å tro at dette tallet er ytterligere redusert pr. mai 2007. Tilbakeføring av pasienter til kommunene har vært en lang prosess som pågår fremdeles. Noen av de mer ressurskrevende pasientene bor fremdeles på sentralinstitusjon eller psykiatriske bo- og behandlingssenter i påvente av et tilfredsstillende kommunalt bo- og behandlingstilbud (ibid.).

Psykiatireformen har vært omtalt som en taus reform. De psykiatriske pasientene har ikke deltatt aktivt, og har ikke blitt hørt i tilstrekkelig grad (NOU, 1995:14). Taust har det også vært rundt de psykiatriske pasientene som har fått plass i sykehjem. Til tross for at pasientgruppen har vært nevnt i rapporter og stortingsmeldinger kan det sies at de har vært

usynlige. Psykiatriske pasienter har tradisjonelt ikke vært en pasientgruppe som har stått fram og hevdet sine rettigheter og krav, og mange har dessuten manglet nettverk etter mange år i institusjon. Sherell, Anderson & Buckwalter (1998) har en tittel på sin studie som er beskrivende: ” *Invisible Residents: The Chronically Mentally Ill Elderly in Nursing Homes* ”.

Tradisjonelt har ansvaret for psykiatriske langtidspasienter vært på fylkeskommunalt nivå. I forbindelse med den somatiske sykehjemsreformen i 1988, ble det på ny diskutert om også psykiatriske langtidspasienter skulle overføres til kommunalt omsorgsnivå. Til tross for sterke politiske føringer om overføring av pleie- og omsorgsoppgaver til kommunene, ble det heller ikke på dette tidspunkt tatt konkrete avgjørelser i forhold til psykiatrien. Sykehjemsreformen i 1988 innebar at ansvar for somatiske sykehjem ble overført fra fylkeskommunene til kommunene. Alle innbyggerne i en kommune skulle uavhengig av blant annet både alder, økonomi og diagnose ha krav på et tilrettelagt tjenestetilbud på kommunalt nivå (NOU, 1995:14; St.meld.25, 2005-2006).

Med ”nye alternativer i psykiatrien” i 1985, startet for alvor omorganiseringen av norsk psykisk helsevern (Gunnes, 1985). Deinstitutionalisering i psykiatrien skjøt fart mot slutten av 1990-tallet. I USA startet en liknende prosess så tidlig som i 1955, og hadde på 1970- og tidlig 1980-tallet allerede funnet sted i mange stater. Utviklingen er beskrevet av flere forskere som har vært opptatte av de psykiatriske pasientenes ”nye” liv i sykehjem (Bootzin, William R. Shadish, & McSweeney, 1989; Phillips, 1978; Stotsky, 1966). Problemstillingene som ble beskrevet av blant annet Stotsky (1967) er sammenlignbar med egne erfaringer og pilotstudie (Olsen, 2006).

Kartlegging foretatt av Norsk Institutt for sykehusforskning på vegne av Helse og sosialdepartementet så sent som i 1989, viste at det fortsatt ble drevet mye ”ren” pleie- og omsorgsvirksomhet i psykiatriske langtidsinstitusjoner. Pleie- og omsorgsoppgaver skal primært være et kommunalt ansvar (NOU, 1995:14). I denne NOU-rapporten hevdes det at en av årsakene til at tilbakeføringsprosessene har tatt lang tid, er at psykiatrien tradisjonelt har vært en ”tung” institusjonssektor. Institusjonene har som Goffmann (1967) viser til, gitt total og ofte livslang omsorg og behandling til sine pasienter (ibid). I forhold til enkelte pasienter har det vært utfordrende å etablere egnede bo- og behandlingstilbud i kommunene.

I 1990 foretok Helsedirektoratet en henvendelse til landets fylkeskommuner med spørsmål om progresjon i den pågående omstruktureringen av psykiatrien. Undersøkelsen viste at bare 12,7 % av landets psykiatriske sykehjem hadde gjennomført planer for omstrukturering, 54% hadde lagt planer, mens de resterende 32,8 % ikke hadde omstrukturingsplaner (NOU, 1995:14).

I 1993 la Helse- og sosialdepartementet fram forslag om at kommunene skulle overta ansvaret for 2.606 psykiatriske pasienter med langvarige og sammensatte hjelpebehov (NOU, 1995:14). Beregninger foretatt i 1993, viste at 875 av disse på landsbasis skulle overføres til kommunale somatiske sykehjem (ibid.) Manglende oversikter ved de tre sykehjemmene i studien, har gjort at det ikke har vært mulig å innhente spesifikke tall fra dem. For å finne aktuelle tall på pasienter tilbakeført fra sentralinstitusjonene, måtte det søkes etter diagnoser i pasientjournaler. Sykehjemmene hadde ikke oversikter over pasientenes diagnoser. En prosess med å søke i pasientjournaler ble vurdert til å være for tidkrevende for denne oppgaven.

I 2003 gjennomførte SINTEF på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund, en nasjonal kartlegging av brukere og tjenestetilbud i kommunene. Resultatene viste at psykiatriske pasienter er den gruppen som i minst grad får den hjelpen de egentlig har behov for. Dette gjelder både i og utenfor institusjon (Hofseth & Norvoll, 2003).

Utskrevne pasienter fra psykiatriske institusjoner til kommunale sykehjem har en psykisk lidelse i tillegg til somatisk lidelse. Den psykiske lidelsen krever noe spesiell behandling og tilnærming. For at disse skal bli møtt på sine særegne behov forutsettes relevant faglig kunnskap og ferdigheter hos sykepleierne som har ansvaret for dem. Psykiatriske pasienter representerer nye utfordringer som kan være vanskelige å møte (Gjerberg, 1995; NOU, 1995:14). Det hersker stor enighet om at alle pasienter har krav på tilrettelagt hjelp for sine spesielle behov (Daatland, Nordhus, Romøren, & Sletvold, 2000; *Forskrift om pleie- og omsorgstjenester*, 2003; NOU, 1995:14). I følge NOU, 1995:14 vil psykiatriske pasienter med spesielt avvikende atferd og /eller mangelfull kontaktevne, ha behov for, og krav på et tilrettelagt tilbud i sykehjem. For å imøtekomme aktuelle utfordringer er det utarbeidet offentlige forskrifter og retningslinjer. Slike forskrifter og retningslinjer skal sikre at alle som mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester får den omsorg og behandling de har behov for (*Forskrift om pleie- og omsorgstjenester*, 2003; Syse, 2000-2001). Forskrifter og rapporter

om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, og pasientrettighetsloven legger vekt på respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett (Sosial- og helsedepartementet, 1997; St.meld.25, 2005-2006; Syse, 2000-2001). Pasienter på sykehjem har med pasientrettighetsloven fått stadfestet rett til å bestemme over sitt eget liv, og også rett til å delta i forhold til egen behandling (ibid.). Rundskriv om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene slår fast at brukerne i framtiden skal være sikret et godt omsorgstilbud basert på deres premisser og ønsker. Tjenestene skal så langt det er mulig skape trygghet for de som trenger det, og ha utgangspunkt i individuelle ønsker og behov uavhengig av sosial status. Det presiseres også at det skal legges til rette for pasientmedvirkning. (Hofseth & Norvoll, 2003; NOU, 1995:14; St.meld.25, 2005-2006).

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Tema for oppgaven er: ”Noen som ikke passer inn”.

”Noen som ikke passer inn” henspeiler på psykiatriske pasienter innlagt i somatiske sykehjemsavdelinger, og problemstillingen er *”Hva erfarer sykepleiere som utfordrende med psykiatriske pasienter i en somatisk sykehjemsavdeling?”*

For å besvare problemstillingen er kvalitative forskningsintervju med semistrukturert intervjuguide valgt.

1.2 Studiens hensikt

Studiens overordnede hensikt var å utforske hva sykepleierne erfarer som utfordrende med psykiatriske pasienter i en somatisk sykehjemsavdeling.

Forskningsspørsmål som dannet utgangspunktet for intervjuguiden var:

1. Hvordan blir sykepleierrollen i avdelingen utfordret av de psykiatriske pasientene?
2. Hva mener sykepleierne er den største utfordringen?

Kunnskap om sykepleieres erfaringer med denne pasientgruppen i sykehjem søkes fordi dette er ”nye” utfordringer i somatiske sykehjem. Kanskje kan det også bidra til å heve kvaliteten på sykepleien som denne gruppen mottar. Tilbakemeldinger fra praksis og egne erfaringer,

tyder på et reelt behov for å belyse problemstillingen. Kontakten med de tre sykehjemmene i studien ga positive tilbakemeldinger på temaets relevans.

1.3 Studiens relevans

En norsk undersøkelse fra 2003 foretatt av SINTEF, konkluderer med at over 30 % av sykehjems- pasientene ved et utvalg av norske sykehjem hadde psykiske lidelser, mens 82 % hadde psykiske eller sosiale problemer (Hofseth & Norvoll, 2003). I samme undersøkelse svarer sykepleiere ansatt på sykehjem at de har for lite kunnskap om pasientenes psykososiale behov, og at atferdsproblemer blant psykiatriske pasienter kan være vanskelig å takle (ibid.). Det kommenteres at psykiatriske pasienter er en pasientgruppe som ikke mottar tilrettelagt pleie og omsorg i forhold til behovene.

Prognoser tilsier økt levealder i befolkningen. Økning i psykiske lidelser antas også å samsvare med økende levealder (Nordhus, 2001). Nordhus (2001) hevder i sin artikkel ”Utfordringer i møtet med den eldre pasienten” at 20 % av befolkningen over 60 år opplever psykiske lidelser og problemer, depresjoner er nevnt spesielt. Eldre pasienter har generelt større behov for psykiatriske hjelpetjenester enn befolkningen som helhet. Mange av disse pasientene vil ha behov for innleggelse i sykehjem (Ahart, 1982; Dahle & Thorsen, 2004; Wyller & Nygaard, 2005).

I en forundersøkelse til denne studien ble det foretatt tre intervjuer av sykepleiere i samme sykehjemsavdeling (Olsen, 2006). Til tross for et begrenset antall respondenter ble det klart at utfordringer med psykiatriske pasienter i stor grad var et ”problemområde”. Egen erfaring som psykiatrisk sykepleier i kommunehelsetjenesten støtter funnene fra 2006 som gir grunn til bekymring for kvaliteten på sykepleien som utøves i forhold til eldre psykiatriske pasienter. Bergland (2006) sier at kunnskapsnivået i sykehjem er avgjørende for om sykepleierne kan gi god omsorg og pleie til sine pasienter.

Rapporten ”Status og framtid for norsk aldersforskning” (Daatland et al., 2000) sier det er gjort lite forskning i Norge på eldre med store hjelpebehov. Forskerne konkluderer med at det er et aktuelt forskningsområde. De psykiatriske pasientene i denne studien er ”mentalt klare”. Denne gruppen utgjør mindretallet i norske sykehjem i dag, og har i liten grad vært i fokus for forskning (Bergland, 2006; Selbæk, Kirkevold, & Engedal, 2006). Som vist til i oppgavens

inndeling er psykiatriske pasienter lite synlige som gruppe (Sherrell et al., 1998). Psykiatriske pasienter i sykehjem ser ut til å ha behov for hjelp til å bli sett og hørt. Studien kan være et viktig bidrag i dette.

Søk etter tidligere forskning på temaet i Norge har generert få funn. Dette kan forstås på flere måter; Eksisterer ikke problemstillingen i den grad at den er interessant å studere, eller er problemstillingen ny, med behov for mer kunnskap. I samråd med veileder begrunnes nødvendigheten av studiet med behovet for mer kunnskap. I en liten notis i en rapport som omhandlet kvalitet i sykehjem, fant jeg at forfatteren hadde kommentert utfordringer for sykehjemspersonalet med psykiatriske pasienter (Gjerberg, 1995). Kommunale sykehjem vil være den institusjonen som etter reformene har et definert ansvar for psykiatriske pasienter med store hjelpebehov (NOU, 1995:14) .

1.4 Oppgavens oppbygging

Kapittel 2 og 3 utgjør oppgavens teoridel.

Kapittel 2 inneholder gjennomgang av studiens to mest sentrale begreper. Hva som menes med psykiatriske pasienter i denne studien blir beskrevet. Her presenteres også en avklaring på et sentralt dilemma med bruken av begrepet. Deretter beskrives sykehjemmet som tradisjonell institusjon.

Kapittel 3 omhandler først relevant litteratur og forskning, deretter studiens berettigelse og betydning for sykepleie. Her synliggjøres også et av forskerens dilemma i startfasen av studien; manglende foreliggende norsk forskning.

Kapittel 4 er oppgavens metodedel hvor det redegjøres for det kvalitative forskningsintervju som datainnsamlingsmetode, etiske overveielser ved studien og for kvalitetssikring av kvalitative studier. Et eksempel på analysens trinn fram til presenterte funn presenteres også. Til slutt i dette kapitlet drøftes studiens reliabilitet og validitet.

Kapittel 5 og 6 omhandler funn og diskusjon av disse opp mot eksisterende litteratur og forskning. Sykepleiernes erfaringer og utfordringer med psykiatriske pasienter beskrives og diskuteres. Direkte sitater fra sykepleierne vil være en del av funnpresentasjonene. Arbeidet

med dataanalysen krevde utvidet søk på aktuell litteratur og forskning. Resultatene inngår i diskusjonen.

Oppgavens siste kapittel, kapittel 7, starter med studiens konklusjon. Deretter evalueres studien og egen forskerrolle. Videre presenteres forslag til videre forskning og tiltak basert på studiens funn.

2. GJENNOMGANG AV AKTUELLE BEGREPER

2.1 Psykiatriske pasienter

Bruk av begrepet psykiatriske pasienter som gruppe, er gjennomtenkt og problematisert. Psykiatriske pasienter utgjør ikke en ensartet gruppe. Psykiatriske pasienter er like forskjellige som resten av befolkningen. Egne erfaringer tilsier at det til en viss grad er mulig å se enkelte fellesstrekk i symptomer og atferd hos pasienter med ulike diagnoser.

Som et forsøk på å definere pasientgruppen er det tatt utgangspunkt i en beskrivelse gjengitt i en rapport om fylkeskommunale langtidsinstitusjoner:

”Psykiatriske langtidspasienter er de som på tross av behandling ikke gjenvinner evnen til å mestre livet uten vedvarende behandling, omsorg og støtte” (NOU, 1995:14, s.10).

Alder i seg selv var ikke tenkt som inklusjonskriterium, bare at pasientene hadde en diagnostisert psykisk lidelse, og at de hadde vært pasienter i psykiske helsevern i mange år. Psykiatriske pasienter i denne studien er personer med kronisk psykisk lidelse med et hjelpebehov som gir dem rett til pleie- og omsorg i somatiske sykehjemsavdelinger. Alle har en diagnostisert psykisk lidelse og er mentalt klare. De har vært innlagt i psykiatriske sentralinstitusjoner og/eller psykiatriske sykehjem før de kom til det kommunale sykehjemmet.

Selbæk, Kirkevold og Engdal (2006) har undersøkt forekomst av demens på norske sykehjem. De hadde et utvalg på 1163 sykehjemspasienter og fant at 82 % av pasientene hadde en form for demens og 72 % hadde psykiske og atferdmessige symptomer. Pasienter med demens kan ha symptomer som samsvarer med hva psykiatriske pasienter har, mens pasienter med en kronisk psykisk lidelse kan utvikle demens (ibid.). Spørsmålet jeg har måttet stille, er om jeg i denne studien har fått sykepleiernes erfaringer med psykiatriske pasienter, og ikke med demente pasienter. Alle pasientene det henvises til i intervjuene hadde en primær diagnostisert psykisk lidelse. Til tross for den høye forekomsten av pasienter i sykehjem med demens, mener jeg likevel at erfaringene som sykepleierne beskriver i denne studien, er hentet fra deres møter med pasienter i den aktuelle pasientgruppen.

Pasientene som sykepleierne referer til har et hjelpebehov som krever kontinuerlig oppfølging og behandling fra kvalifisert personell. Av denne grunn legitimeres bruk av begrepet pasienter.

Pasientene som er omtalt i intervjuene er av forskjellig kjønn, men vil av anonymitetshensyn benevnes som han. Sykepleier vil av samme årsak benevnes som hun.

2.2 Sykehjem

I følge Ot.prop. 48 (1985-1986) skal sykehjemmet være et hjem for de sykeste og mest hjelpetrengende. I følge St.melding 50 (1996-1997) skal sykehjem fylle funksjoner både som hjem og behandlingsinstitusjon. Sykehjemmene utgjør en viktig del av kommunenes pleie- og omsorgs tjenester. I rapporten Pleie og omsorgstjenester i kommunene vises det til at 12 % av eldre over 80 år er innlagt i sykehjem (Helsetilsynet, 2003).

Betegnelsen somatisk sykehjem kan være misvisende idet kommunale sykehjem også skal gi et tilbud til psykiatriske pasienter som er pleietrengende. Begrepet somatisk sykehjem henspiller på hvilken pasientgruppe som tradisjonelt har vært pasienter ved slike institusjoner (Hofseth & Norvoll, 2003).

”Sykehjemmene bør betraktes som allmenne helseinstitusjoner som kan gi tilbud til alle pasientgrupper som kommunene har ansvaret for. Mange psykiatriske pasienter vil ha pleiebehov som er svært like med det de vanlige sykehjemspasientene har” (NOU, 1995:14, s.62).

Tall hentet fra en undersøkelse foretatt av Romøren (2003) viser at eldre som tildeles plass i sykehjem har mange diagnoser og et stort og sammensatt hjelpebehov. I henhold til dagens omsorgsideologi behandles pasienter utenfor institusjon når dette kan forsvares av både pasient -personal- og organisatoriske hensyn. Tall fra samme undersøkelse tyder på at de fleste som legges inn i langtidsavdelinger ikke opplever å bli skrevet ut (Romøren, 2003).

Norske sykehjem kan i dag tilby et differensiert tilbud til de sykeste eldre. Sykehjemmene har avdelinger for rehabilitering/korttidsopphold, langtidsavdelinger og spesialavdelinger for pasienter med demens. Pleie- og omsorgsoppgaver i forhold til grunnleggende behov som mat og personlig hygiene har tradisjonelt vært høyt prioriterte oppgaver i sykehjem (Bergland, 2006; Foss & Wahl, 2002).

2.3 Kulturbegrepet

Respondentene brukte gjennom intervjuene ordet kultur i ulike sammenhenger. Det ble brukt begrep som pleiekultur og sykehjemskultur. Siden dette viste seg å bli et av studiens hovedfunn, er det på sin plass med det en avklaring i denne sammenhengen.

Ordet "kultur" gir assosiasjoner, og blir benyttet i ulike kombinasjoner. Schein (1998) og Weiner & Ronch (2003) snakker om organisasjonskultur, Thorsen (1999) bruker begrepet institusjonskultur, mens Hamran (1998) bruker begrepet pleiekultur. I følge Schein (1998) er kultur et komplekst begrep som er vanskelig å forstå og som kan ha betydninger som; regelmessigheter i atferd, avdelingens normer og verdier, filosofi, spilleregler og stemning. Schein (1998) sier videre at kultur er et dynamisk begrep. Betydningen av begrepet "kultur" innebærer i følge Schein (1998) ubevisste antakelser og oppfatninger som deles av alle medlemmene. Antakelsene integreres i handlingsmønster fordi de gjentatte ganger viser seg effektive. Handlingsmønstrene manifesteres, og blir til uskrevne normer og regler for en "rett og sann" måte å tenke, oppfatte og føle på (Gunderssen, 2004; Hamran, 1992). Schein (1998) sier videre at dersom antakelser blir sterke nok, vil gruppe-medlemmer etter hvert ha vanskeligheter med å tenke seg alternative løsningsmuligheter.

Ved å se det generelle kulturbegrepet, beskrevet av Schein (1998), i sammenheng med sykehjem, får begrepet en mer spesiell betydning. Begrepet pleiekultur refererer til hvordan personalet utfører sine pleie- omsorgsoppgaver i avdelingen (Hamran, 1992). Kulturen kan om og når den blir belyst, si noe om hvem som er i sentrum for omsorgshandlingene, pasientene eller personalet (Hamran, 1992; Weiner & Ronch, 2003). I følge Thorsen og Wærness (1999) kan ordet pleiekultur oppfattes som negativt ladd, og et motstykke til pasientsentrert pleie. Forfatterne sier slike oppfatninger baseres på tradisjoner for at personalets, og ikke pasientenes meninger er styrende i sykehjemmene. På lik linje med hva som skjer i USA er det i Norge sterkt fokus på individuell pleie- og omsorg (Hofseth & Norvoll, 2003; Sosial- og helsedepartementet, 1997). Individuell pleie- og omsorg er ikke noe nytt begrep i sykehjem. Stort arbeidspress og mange alvorlig syke pasienter med sammensatte behov, gjør at et slikt fokus stadig utgjør store utfordringer for personalet. På sett og vis kan dette kalles en pågående kulturendringsprosess. Slike endringsprosesser blir beskrevet som ressurskrevende fordi det handler om å se den enkelte pasient i større grad (Gibson & Barsade, 2003; Hamran, 1992; Schein, 1998).

Hamran (1992) mener pleiekultur er et sentralt begrep for å vurdere kvalitet på omsorgen. For å benytte begrepet til dette må det foreligge visshet om hva kultur er, på hvilken måte den påvirker hvordan pleien, og også visshet om hva som er prioriterte oppgaver (Hamran, 1992). Etablerte handlingsmønstre i en sykehjemsavdeling kan være av taus, uforståelig og irrasjonell karakter (St.meld.50, 1996-1997; Syse, 2000-2001). Innarbeidede rutiner er ofte krevende å endre fordi det ofte ikke stilles spørsmål ved dem, eller fordi de ikke er åpenbare. I tråd med Schein (1998) blir tradisjonelle rutiner beskrevet av Hamran(1992) som vanepregede og rituelle, og ikke alltid bevisste. Hamran (1987) beskriver dette som en del av den ”tause”, men samtidig aksepterte kunnskapen som eksisterer i helsevesenet.

3. AKTUELL TEORI

Kapittelet omhandler innledningsvis juridisk grunnlag, med aktuelle lover og forskrifter, for sykepleie og omsorg i sykehjem, deretter presenteres teori som omhandler omsorg og sykepleie i sykehjem. Spesiell vekt legges på teorien til Valset (2005). Martinsen (2003) omtales også.

For å finne forskning på det aktuelle området, psykiatriske pasienter i sykehjem, er det søkt i databaser som CINAHL, OVID, Proquest og BIBSYS-ASK. Søkeord, var; nursing homes, aged patients, psychiatric patients, expectations, nursing og stigma. Flere aktuelle treff ble generert, flest fra USA. Søk genererte lite norsk forskning rundt studiens tema. Fokus i sykehjemsforskning i Norge har vært, og er fremdeles på demens, pasienters livskvalitet og grunnleggende fysiske behov. Artiklene fra USA 1960, 1970- og 1980-tallet omhandler deinstitutionalisering i psykiatrien og konsekvenser for pasientene. Deinstitutionalisering som for alvor startet i Norge fra midten av 1980-tallet, hadde funnet sted i USA fra tidlig på 1960-tallet.

I tillegg til artikler benyttes bøker og publisert forskningsarbeid.

3.1 Juridisk grunnlag

Pasienter innlagt i somatiske sykehjem har rettigheter nedfelt i pasientrettighetsloven og kommunehelsetjenesteloven (Slettebø, 2005; Syse, 2000-2001). Kommunehelsetjenesteloven slår fast at har enhver kommune har plikt til å yte nødvendig helsehjelp til alle som bor eller oppholder seg i kommunen (ibid.). Hva begrepet nødvendig helsehjelp innebærer, eller hvor mye hjelp pasientene har krav på, utdypes ikke. I følge Skaug (2001) skal helsehjelpen gis etter en forsvarlig minstestandard, som skal vurderes på bakgrunn av individuelle behov. Det er pasientenes individuelle behov som skal være styrende. Faglig vurdering av behov for tjenester skal være overordnet økonomiske hensyn (St.meld.50, 1996-1997).

Helse- og sosialdepartementet kom i 1996-1997 med Handlingsplan for eldreomsorgen. Denne var starten på arbeidet med en kvalitetsheving av eldreomsorgen med en vektlegging av individuelle behov (Slettebø, 2005; Syse, 2000-2001). Siden de psykiatriske pasientene er

en ny og fremmed pasientgruppe i kommunale sykehjem, kreves det ekstra innsats for å møte og ivareta deres behov. Videreføringen av St.meld.nr 50 (1996-1997), stortingsmelding nr.50 fra 2002 sier at det bør være en selvfølge at alle pasienter møtes med respekt både for hva han er og hvordan han vil leve sitt liv. Krav om tilrettelegging av individuell pleie og omsorg er fastsatt i pasientrettighetsloven (Syse, 2000-2001). Ansvar for individuell omsorg hviler på flere aktører; kommunene, det enkelte sykehjem og på de ansatte i sykehjemmene.

Sykepleiere har i tillegg egne yrkesetiske retningslinjer, som sier at enhver sykepleier har plikt til å utføre sykepleie på en faglig forsvarlig måte. Med faglig forsvarlig i denne sammenheng menes å pleie pasientene ut fra relevant fagkunnskap og med en individuell tilnærming (Sykepleierforbundet, 2001).

God kvalitet er et mål for pleie og omsorgstjenestene. Egne forskrifter er utarbeidet for å imøtekomme et slikt mål og samtidig bidra til at pasienter i sykehjem får ivaretatt grunnleggende behov. *”For pleie- og omsorgstjenesten vil kvalitet på tjenesten først og fremst være knyttet til brukerens livskvalitet - opplevelse av trygghet, god omsorg og forsvarlig pleie”* (Sosial- og helsedepartementet, 1997, s. 8). Meldingen sier at tjenestene skal organiseres med utgangspunkt i pasientens individuelle behov og ressurser. Personalets kunnskaper, ferdigheter, atferd og holdninger beskrives som avgjørende for at pasientene skal få kvalitetsmessig god omsorg og pleie (ibid). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten sier at kommuner skal etablere system som sikrer at pleie- og omsorgsyterne kontinuerlig tilstreber at pasienter får tjenestene de har behov for, og lovefestet rett til (Paulsen, Harsvik, Halvorsen, & Nygård, 2004).

St.melding nr. 25(2005-2006) sier at det til enhver tid skal være en ansvarlig sykepleier tilgjengelig på norske sykehjem. Mangel på sykepleiere ansatt i sykehjem fører til utfordringer i forhold til kvaliteten på sykepleien. Sykepleierne utgjør bare ca 7 % av ansatte i norske sykehjem (Høyland, 2001). Det faglige miljøet i sykehjem preges av få sykepleiere, flertall hjelpepleiere, pleie- og omsorgsarbeidere og ufaglærte. Sykepleiere ansatt i sykehjem har et faglig ansvar for å gi pasienter kvalifisert omsorg og pleie når de er på vakt. Overordnet medisinskfaglig ansvar innehas av tilsynslegene.

3.2 Sykepleie og omsorg i somatiske sykehjem

Reformene i helsevesenet på 1980- og 1990 tallet førte til at kommunale sykehjem fikk nye pasientgrupper. Funn fra amerikanske studier viser at tilbakeføring av psykiatriske pasienter har medført økte krav og økt arbeidsbyrde for sykehjemmenes personale (Phillips, 1978; Stotsky, 1966).

For å utøve sykepleie i en sykehjemsavdeling kreves kunnskaper på mange områder, deriblant psykiatri og psykiatriske sykepleie (Vickery, 2003). Å ha tilstrekkelig og relevant kunnskap henger nøye sammen med kvaliteten på sykepleien som utføres. Kommunene har et overordnet ansvar for å sikre at sykepleien som utøves i sykehjemmene er forsvarlig, og gir et kvalitativt godt pleie- og omsorgstilbud (Gunderssen, 2004; Næss, 2005).

Martinsen (2003) klassifiserer omsorg i tre kategorier; vekstomsorg, vedlikeholdsomsorg og tilbakegangsomsorg. En slik klassifisering kan bidra til bevisstgjøring av målrettet og individuell omsorg. Omsorgskategoriene innebærer ulike tilnærminger til pasientene og en differensiering av hjelpebehovet. I følge Martinsen preges sykepleien som ytes i sykehjem, enten av vedlikeholdsomsorg eller tilbakegangsomsorg. I dette legger hun at omsorg i sykehjem består i å gi pasientene trygghet og et godt liv. Målet er at pasientene skal fungere optimalt for å kunne ha det godt i sykehjem (Martinsen, 2003). Målrettet sykepleie samsvarer med hva Valset (2005) benevner instrumentell sykepleie.

Alle involverte avdelinger er langtidsavdelinger, og utfører det som Martinsen (2003) kaller vedlikeholdsomsorg. Vedlikeholdsomsorg er i følge Martinsen den omsorg som oftest utføres i sykehjem, og som har som mål å vedlikeholde eller å hindre tilbakegang i pasientens helsesituasjon. Styrking av hjemmebaserte tjenester har ført til at det er de sykeste og mest hjelpetrengende som får sykehjems plass. Belastningen med å jobbe med alvorlig syke pasienter med sammensatte hjelpebehov er stor (Hofseth & Norvoll, 2003; Paulsen et al., 2004).

Det at sykehjempasientene er sykere enn tidligere, og at sykehjemmene har fått en ny pasientgruppe å forholde seg til gjør at arbeidet i sykehjem beskrives som både fysisk og psykisk krevende. Lignende utvikling er beskrevet i USA på 1980-tallet (Benedict, 1983; Shadish & Bootzin, 1981). Ønske om å gi god omsorg til alle pasienter fører til at personale i

sykehjem daglig sliter med følelse av utilstrekkelighet (Gunderssen, 2004; Hofseth & Norvoll, 2003; Slettebø, 2004).

Paulsen, Harsvik, Halvorsen & Nygård gjennomførte i 2004 en studie som omhandlet kvalitet og bemanningssituasjonen i sykehjem. Studien involverte 29 sykehjem. Studien viste at i sykehjem var så stor at arbeidsbyrden opplevdes som meget belastende. 30 % av de ansatte mente de ikke hadde tid til å utføre jobben slik de mente de burde for å opprettholde faglig standard. Forfatterne konkluderer likevel med at kvalitet ikke nødvendigvis bare er avhengig av antall pleiere på jobb. Kompetanseutvikling ble her beskrevet som like viktig som økt bemanning (ibid.).

Funn fra relevante studier i USA som omhandler psykiatriske pasienter på sykehjem, konkluderer også med stor mangel på kunnskap om psykiske lidelser blant sykehjemspersonalet (Shadish & Bootzin, 1984; Stotsky, 1966). Sentrale funn fra studiene til Shadish & Bootzin (1981) viser mangelfull kunnskap hos personalet om psykiatriske lidelser og behandlingen av dem. Forskerne viser til at manglende kunnskaper i noen grad kan balanseres med etablering av positive holdninger til pasientene. Studien viser også at mange av personalet hadde negativ innstilling til psykiatriske pasienter i sine sykehjemsavdelinger (ibid.).

Benedict (1983) beskriver situasjonen med psykiatriske og somatiske pasienter på samme sykehjemsavdeling som så krevende for personalet at ledelsen burde vurdere å opprette egne psykiatriske enheter i sykehjem. En av årsakene var at pasienter med utagerende atferd oppleves som en vanskelig utfordring både for personalet og medpasienter (ibid.). Benedict argumenterer videre med å si at ved å ha psykiatriske pasienter på en avdeling, samles også mer kunnskap og erfaring med de psykiatriske pasientene. Dittmar & Franklin (1980) viser i sin artikkel til at det tidlig på 1970-tallet ble det foretatt en studie i USA som stilte seg kritisk til utskrivning fra psykiatriske institusjoner til kommunale sykehjem. Dette var en komparativ studie med pasienter som ble skrevet ut av sentralinstitusjoner og de som beholdt institusjonsplassen i psykiatrien. Resultatene fra studien avkreftet forfatterens mistanke, om at pasientene ikke fikk god pleie og omsorg i somatiske sykehjem. Tvert om, beskrev de funn som tydet på at pasienter som ble overført til kommunale sykehjem fungerte tilfredsstillende, og til og med bedre enn de som fremdeles var innlagt i psykiatrisk sykehus. I en oppfølgingsstudie tre år etter ble funnene bekreftet (ibid.). I 1999 satte Mc. Crew (1999) på

ny fokus på sykehjemmenes egnethet for psykiatriske pasienter, og på kvaliteten på omsorgen de mottok. Forskeren uttrykte bekymring, og påpekte fremdeles manglende kompetanse i forhold til psykiske lidelser. Funnene viste at psykiatriske pasienter ikke ble møtt på sine spesielle behov. Her var psykososiale behov fremhevet. Forskeren påpekte viktigheten av kompetanseheving ved økt forskningsaktivitet for bedre å imøtekomme de psykiatriske pasientenes behov (ibid).

I følge NOU (1005:14) og St.meld. 50 (1996-1997), har personalet ansatt i somatiske sykehjem behov for mer kunnskap om psykiske lidelser. Egen pilotstudie fra 2006 samsvarer med dette (Olsen, 2006). Det vises til at personalet i somatiske sykehjemsavdelinger har liten eller ingen kunnskap om psykiske lidelser generelt, eller hos eldre spesielt. Utfordringene til personalet på sykehjemsavdelinger med psykiatriske pasienter er store. I følge Vickery (2003) må personalet være i stand til å forstå og takle komplekse interaksjoner med psykiatriske pasienter. Interaksjoner må baseres på eksisterende kunnskaper i tillegg til kunnskaper fra: geriatri, alderspsykiatri og psykologi. Kunnskaper om eventuelle sosiale, kulturelle eller økonomiske faktorer i omgivelsene som kan tenkes å påvirke helsen, er også sentrale (ibid.).

Omsorg er sentralt for sykepleie i sykehjem. Omsorgsbegrepet beskrives i kommunehelsetjenesteloven og av Valset (2005) som både holdning og handling. Omsorg skal utøves med faglighet og kyndighet, og inkludere pasientens rett til medbestemmelse (Høyland, 2001). Overordnet mål for all sykepleie er god kvalitet på omsorg som gis. En avklaring av hva som menes med god kvalitet i denne konteksten er på sin plass. Kvalitet er vanskelig å definere, men jeg har valgt å knytte det til Redfern & Normann (1990) som sier at kvalitet er noe vi hele tiden strever mot, og som samtidig betyr best mulig omsorg for pasienten. Parson (1983) sier i tillegg at det er pasientenes rett å få, og samtidig sykepleiernes ansvar å gi kvalitetsmessig god omsorg. Dette betyr høye krav til sykepleierne om å holde seg faglig oppdatert for å kunne møte pasientens individuelle behov med de beste kvalifikasjoner (ibid.).

Psykiatriske pasienter som er en relativt ny pasientgruppe i somatiske sykehjem har til nå ikke vært i fokus i norsk sykehjemsforskning. Fokus er på demens og somatiske lidelser (Hofseth & Norvoll, 2003). Flere sykehjemsavdelinger er i dag spesielt tilrettelagt for pasienter med demens, med små enheter og et oversiktlig og tilrettelagt miljø. Alle tre avdelinger som var involvert i studien var store enheter med både psykiatriske og somatiske pasienter.

Undersøkelse foretatt av SINTEF (2001) på oppdrag fra Bergen kommune, viste at framtidens sykehjem kanskje bør organiseres som mindre boenheter med større mulighet for nærhet mellom beboer og personalet på den enkelte avdeling (Høyland, 2001). Dette har bred støtte i internasjonal forskning, spesielt Benedict (1983) som er opptatt mindre spesialtilpassede enheter for psykiatriske pasienter.

I følge en undersøkelse av Goplerud (1979) er det en klar sammenheng mellom deinstitutionalisering og antall psykiatriske pasienter på somatiske sykehjem. Goplerud (1979) uttrykker at somatiske sykehjem er blitt den plassen i USA som har ansvar for flest psykiatriske pasienter (ibid). Lignende undersøkelser er ikke foretatt i Norge. En undersøkelse foretatt blant sykehjemspasienter i 2003, viste at så mye som ca 20 % hadde en form for psykisk lidelse (NOU, 1995:14). Gjeldende omsorgsideologi i Norge bidrar til at mange psykiatriske pasienter tilbys pleie og omsorg utenfor institusjon. Omsorgsideologien bygger på en normaliseringsideologi. Mange kommuner har i tråd med Opptappingsplanen for Psykisk Helse bygget omsorgsboliger, og bygget opp hjemmetjenester for personer med psykiske lidelser, og mange pasienter er gitt slike tilbud (-. St.meld.25, 1996-1997; St.prp.nr.63, 1997-1998). Pasienter som har et større omsorgsbehov enn hva som er forenlig med det å bo i egen eller tilrettelagt bolig, forsvarer en plass i somatiske sykehjem (NOU, 1995:14). Etter nedleggelsen av psykiatriske sykehjem er dette eneste alternativet for de psykiatriske pasientene.

Sykepleie på sykehjem har omsorg og pleie som primærfokus. Ett av sykepleiens sentrale formål i sykehjem er å bidra til at grunnleggende egenomsorgsbehov blir tilfredsstilt (Foss, 2002; Valset, 2005). Valset (2005) går så langt som å si at grunnleggende behov må betraktes som det opprinnelige formålet for sykepleie. Grunnleggende egenomsorgsbehov som luft, væske og ernæring beskrives av Valset som ”overlevelseshov”, og er begrepet som benyttes videre i denne oppgaven. Et annet formål for sykepleie, dekning av sosiale behov, behov for en positiv selvoppfatning og behovet for aktivitet blir ofte nedprioritert til fordel for overlevelseshovene. Alle disse formålene inngår i følge Valset (2005) i sykepleiens ansvarsområde. Overlevelseshovene er vanskelige å nedprioritere fordi disse er fundamentale for pasientenes liv og helse (Valset, 2005). Valset (2005) poengterer viktigheten av et sykepleier- pasient- samarbeid.

Valset (2005) sier at sykepleiere i fellesskap med pasientene må avklare pasientens verdier på variabler som inngår i sykepleiens ansvarsområde. Verdiavklaringer legges til grunn for individuell tilpasset omsorg og pleie, og innebærer det Valset (2005) kaller for "sam-vet".

Slettebø (2005) betegner i likhet med Valset (2005) omsorg som en relasjon mellom to eller flere personer. Forfatterne er av den mening at omsorg skal utføres med tanke på å gjøre det beste for pasienter, og uten å forvente å få noe tilbake, en altruistisk holdning. God omsorg forutsetter også at sykepleieren ut fra kunnskaper, ferdigheter og holdninger har evne og motivasjon til å sette seg inn i pasientens situasjon (Valset, 2005).

Valset (2005) beskriver den profesjonelle sykepleierrollen som bestående av to funksjoner; instrumentell og ekspressiv. Med instrumentell funksjon mener Valset (2005) målrettet og bevisst sykepleie. Med ekspressiv funksjon mener ubevisste holdninger og motiver som styrer sykepleien. Valset definerer motiv som: "*det som gir drivkraft og retning til atferd*" (Valset, 2005, s. 146). Sammen med personlige egenskaper utgjør motiver og holdninger viktige faktorer i hva som kommuniseres. 75 % av kommunikasjonen er non-verbal, og holdninger og motiver preger denne. I følge Slettebø (2005) og Valset (2005) utvikles kommunikasjonsferdigheter i relasjoner. Spesielt fremheves betydningen av kommunikasjonsferdigheter i forhold til psykososiale og sosiale (Gunderssen, 2004; Slettebø, 2005; Valset, 2005).

Omsorg innebærer relasjon. Både Martinsen (2003) og Valset (2005) hevder omsorg er en asymmetrisk relasjon. Pasienter i sykehjem befinner seg i en situasjon der de er avhengige av personalet for å få tilfredsstilt sine behov. Sykepleierne motiver og holdninger er avgjørende for hvordan de søker å balansere asymmetrien. Omsorgsmotiver som bygger på indre motiver, desentriske motiver, har som mål å hjelpe pasienten på en altruistisk måte. Motsatt har ytre motiver, egosentriske motiver, som mål å oppnå anerkjennelse, ros eller takknemlighet fra pasientene, noe som ikke er forenlig med en altruistisk holdning (Valset, 2005). Pleiere som styres av et ytre omsorgsmotiv, vil i følge Valset ha en tendens til å utnytte asymmetrien i omsorgsforholdet til manipulering eller styring av pasienter. Bruk av det Orem (1993) kaller for et overtakende hjelpesystem, vil kunne benyttes i stor grad ved slike omsorgsmotiver. I følge Gunderssen (2004) kan lite fleksible rutiner føre til lite medbestemmelse for pasientene. Hvordan sykepleierne møter sine pasienter, hvilke omsorgsmotiver de har, påvirker kvaliteten på den omsorg og pleie som ytes. Antakelser om at pasienter er passive omsorgsmottakere er

et eksempel på en kultur som i stor grad tar i bruk det overtakende hjelpesystemet (Foss, 2002; Orem, 1993; Valset, 2005). Orem (1993) sier at et slikt system bidrar til en ignorering pasientenes ønsker og ressurser. I følge både Thorsen (1992), Hamran (1992) og Foss (2002) er en slik holdning godt forankret i sykehjemmenes pleiekultur, og bidrar til opprettholdelse av avdelingenes rutiner, og fører til lært hjelpeløshet hos pasientene. Valset (2005) beskriver lært hjelpeløshet som en av konsekvensene av den ekspressive sykepleiefunksjonen i den asymmetriske sykepleier-pasient-relasjonen. I en kultur med en slik tilnærming forholder personalet seg til pasientene som om de ikke har medbestemmelsesrett (Foss, 2002; Foss & Wahl, 2002).

Relasjonstanken er sentral i sykepleie, og spesielt i psykiatrisk sykepleie (Hummelvoll, 2004). For å gi kvalitetsmessig god pleie- og omsorg til psykiatriske pasienter er det vesentlig at det etableres en god relasjon med pasienten. Å lytte til pasientene er en måte å oppnå en god relasjon på som i følge Simpson-Jonas, Mitchell, Fisher & Linscot (2006). Deres studie bygger på intervjuer med pasienter. Pasientene beskrev det at personalet tok seg tid til å være til stede og lytte til dem, som noe av det de verdsatte mest. Det var i slike situasjoner pasientene virkelig følte seg sett som person. Valset (2005) sier dette er en form for ”psykiatisering” av sykepleien som fører til endrede kunnskapskrav til sykepleiernes yrkesutøvelse.

3.3 Stigmatisering av psykiatriske pasienter

Institusjoner for personer med psykiske lidelser har tradisjonelt ligget langt ute på landet, godt skjermet fra resten av samfunnet. Dette var store sentralinstitusjoner med flere hundre pasienter. Pasientene levde sine liv på disse institusjonene som Goffmann (1967) kalte for totalinstitusjoner. Pasientene herfra deltok i liten grad i samfunnslivet utenfor. Folk flest visste lite eller ingenting om hva som foregikk i de psykiatriske institusjonene (-. St.meld.25, 1996-1997). Isolerte behandlingsinstitusjoner har bidratt til myter og uriktige forestillinger om psykiatriske pasienter. Slike forestillinger har festet seg i befolkningen. Slike myter og forestillinger har bidratt til utvikling av holdninger som skaper problemer for psykiatriske pasienter helt fram også i dag (Byrne, 1997; Lyngstad, 2000; Thornicroft, 2006). En holdning forutsetter at en oppfattelse av noe, blir til en grunnleggende del av personligheten for en person eller en gruppe (Thornicroft, 2006). Sykepleien preges av utøvernes holdninger. I

følge Valset (2005) utgjør holdninger en sentral del av den ekspressive sykepleierfunksjon. Holdninger er ofte ubevisste og integrerte i personlig kunnskap, men kan komme til syne i væremåte og i motiver for omsorgsutøvelsen (*ibid.*). Å endre en holdning er mulig, men krever bevisst innsats over tid (Schein, 1998; Thornicroft, 2006).

Positive holdninger til pasienter kan skape fellesskapsfølelse og god kvalitet på omsorg- og pleie. Negative holdninger basert på uvitenhet og uriktige forestillinger, er til hinder for god kvalitet på pleie og omsorg. Det blir hevdet at dette har vist seg i sykepleieres relasjoner med psykiatriske pasienter (Sartorius & Schulze, 2005; Sayce, 1999). I følge Sartorius & Schulze (2005) kan negative holdninger gi seg utslag i form av stigmatisering av personer eller grupper. I følge Goffmann (1967) eksisterer ulike grader av stigmatisering overalt i samfunnet der det finnes identitetsnormer.

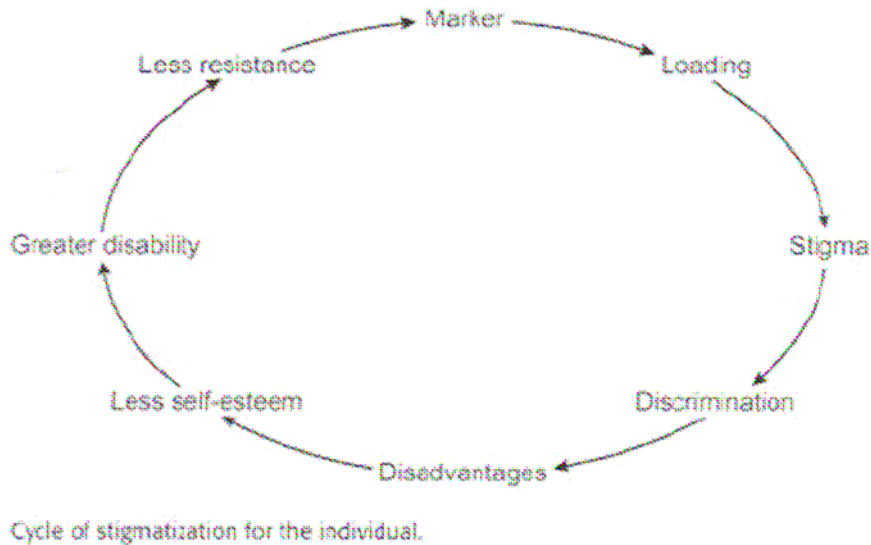
Den som først satte ordet stigma på dagsorden var i følge Thornicroft (2006) den amerikanske sosiologen Goffmann (1975). Stigma betyr i utgangspunktet brennemerking. Betydningen ble etter hvert brukt på alle synlige tegn på at enkelte personer falt utenfor. Stigma kan forstås som den negative holdningen som preger møtet med personer som er annerledes (*ibid.*). Mange grupper i samfunnet er utsatt for stigmatisering. I forskning og litteratur beskrives ofte stigma i forhold til psykiatriske pasienter som gruppe. Nye studier viser at det er pasienter med diagnosen schizofreni som oftest blir stigmatisert (Brunton, 1997; Sartorius & Schulze, 2005; Sayce, 1999). Goffmann (1975) sier at stigmatisering er en sosial handling som ofte skyldes fordommer, mangel på kunnskap, og manglende respekt for personer som av en eller annen grunn skiller seg ut. Thornicroft (2006) beskriver et fenomen fra England kalt NIMBY(not in my back-yard). Fenomenet betegner folks negative holdninger til opprettelse av boliger for psykiatriske pasienter i sitt nærmiljø. Psykiatriske pasienter var uønsket i boligområder og tettbebygde strøk. I følge forskerne ses fenomenet i sammenheng med begrensede kunnskaper, og myter om personer med psykiske lidelser (*ibid.*).

Thornicroft (2006) mener fordommer og diskriminering er mer dekkende enn ordet stigma i forhold til personer med psykiske lidelser. Diskriminering er mer dekkende i følge forskeren fordi det inkluderer konsekvenser av fordommer og stigmatisering. Thornicroft (2006) mener pasientgruppens behandling og rettigheter utsettes for diskriminering (*ibid.*).

Negative holdninger kan være basert på selve sykdommen, som schizofreni eller bipolar lidelse, eller behandlingen av disse som gir synlige tegn på ”avvik”. I behandling av psykiske lidelser ble det tidligere benyttet medikamenter med alvorlige bivirkninger som førte til at pasienter fikk særpreg. Som eksempel kan nevnes pasienter med schizofreni som fikk ekstrapyramidale bivirkninger (Sartorius & Schulze, 2005). Utvikling innen psykofarmakologi har ført til at det i dag finnes medikamenter på markedet som i liten grad gir slike bivirkninger. Til tross for mindre synlige avvik og nedbygging av sentralinstitusjoner, viser forskning at stigmatisering fremdeles eksisterer i forhold til personer med psykiske lidelser. Forskning viser til at stigmatiseringen har negativ effekt på pasienters helsetilstand og mulighet for aksept (Dybvik, Johannesen, Kjær, Lyngstad, & Thorsen, 2004; Thornicroft, 2006).

I Norge har det de siste årene vært flere oppslag i media om volds- og drapsepisoder hvor gjerningsmennene har vært eller er psykiatriske pasienter. Negative omtakler som dette, har bidratt til at forekomsten av negative holdninger til pasientgruppen har økt de siste 10 årene (Dybvik et al., 2004; Lyngstad, 2000). Repper et al. (1997) har i sin studie i England, kartlagt hvordan motstand mot psykiatriske pasienter arter seg. Funn herfra tyder på at frykt forårsaket av oppslag i media er dominerende, noe som støttes av flere nyere studier (Dybvik et al., 2004; Sayce, 1999; Thornicroft, 2006).

Sartorius & Schulze (2005) har avsluttet et globalt forskningsprosjekt i forhold til stigmatisering, og personer med schizofreni. Pasienter med schizofreni ble valgt fordi de kan ha synlige symptomer som ofte oppleves fremmede. Forskeren sier det er grunn til å tro at resultatene til en viss grad kan generaliseres til andre psykiske lidelser. Forskerne fant at stigmatisering forekommer hyppig og med ulik alvorlighetsgrad. Sartorius har i etterkant av forskningsprosjektet utviklet en modell som beskriver en ”ond” sirkel for individuell stigmatisering(*ibid.*).



(Sartorius & Schulze, 2005, xii)

Utgangspunktet for modellen er hva Sartorius & Schulze nevner som markør. Markøren identifiserer personen med psykiske lidelser. Personen kan ”lades” med synlige symptomer, negativ omtale i media, fordommer eller rykter i nærmiljø. Dette vil kunne føre til stigmatisering som følges av lav selvtillit, større negative konsekvenser for pasienten, og dårligere kvalitet og tilgjengelighet på behandling og pleie (ibid.).

”The stigma attached to mental illness and all that is related to it – patients who suffer from mental disorders, their families, psychiatric institutions, psychotropic medications – is the main obstacle to better mental health care for people who have the illness” (Sartorius & Schulze, 2005, s. 2).

Bedre kunnskap om årsaker og faktorer, kan i følge forskeren bidra til å redusere forekomsten av stigmatisering samtidig som det kan bidra til å redusere stigmatiseringen og gi pasienten bedre helse. Sartorius & Schulze (2005) hevder at intervensjon i forhold til hver enkelt av punktene i sirkelen vil kunne ha en positiv effekt for pasienten.

St.meld 50 (1996-1997) sier pasientenes opplevelse av kvalitet på helsetjenestene i stor grad avhenger av personalets holdninger til dem. I Opptrappingsplanen for psykiske helse, ”Åpenhet og helhet” understrekes det at nedbyggingen av sentralinstitusjoner med tilbakeføring av pasienter til hjemkommuner, er ment å bidra til å forebygge, eller redusere mulighetene for stigmatisering av psykiatriske pasienter. I samme melding sies det at tilbakeføringene ikke skal føre til en ny særomsorg (-. St.meld.25, 1996-1997).

En undersøkelse foretatt av Teeter et.al (1976) viste at ca 50 % av personalet i de involverte sykehjemsavdelingene viste tegn på negative holdninger til psykiatriske pasienter. Spesielt var dette synlig på sykehjem der personalet ikke hadde spesialkompetanse på psykiatri (ibid.). På bakgrunn av nevnte funn fra USA er det relevant å stille spørsmål om slike forhold påvirker den pleie og omsorg som ytes ved de sykehjem som er involvert i denne studien. Det er ikke funnet statistikk på antall psykiatriske sykepleiere, eller på sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid ansatt ved norske sykehjem, men egenerfaring tilsier at disse er få. Gallop (1987) hentyder at sykepleiernes negative holdninger til psykiatriske pasienter ofte er grunnet i ubalanse mellom pasientenes behov og sykepleiernes tilbud om hjelp. Pasientene ønsker en annen form for hjelp enn hva sykepleierne har kompetanse til å gi. I sykehjemmene tilbys, og prioriteres i stor grad, hjelp til personlig hygiene og ernæring, mens det reelle behovet til de psykiatriske sykehjemspasientene kan være hjelp til å få dekket sine psykososiale behov (ibid.).

Flere forskere har i sine studier funnet at personale, og spesielt de som ikke var spesialutdannet innen psykiatri, finner det vanskelig å møte psykiatriske pasienter med empati. Flere av de psykiatriske pasientene var vanskelig å like. En av årsakene var pasientenes oppmerksomhetskrevende oppførsel. I følge Dybvik et al. (Kvale, 1997; Malterud, 2003; Nord, 1998) er dette fortsatt en aktuell problemstilling i norsk helsevesen. Sykepleieres holdninger til psykiatriske pasienter på sykehjem er ikke funnet beskrevet, men funn fra pilotstudien samsvarer med dette (Olsen, 2006).

En engelsk studie fra 1996 viser at 28 % av en gruppe medisinerstudenter hadde vanskelig for å like psykiatriske pasienter (Byrne, 1997, 1999). En oppfølgingsstudie ble gjennomført 2 år etter, da var studentene ferdigutdannet. Funn herfra viste det motsatte av hva som var forventet; den prosentvise andelen som mente de psykiatriske pasientene var vanskelig å like hadde økt til 56 % (ibid.). Dette er en begrenset engelsk studie som ikke uten videre kan overføres til norske sykepleiere og deres forhold til psykiatriske pasienter, men er like fullt et ”tankekors”.

4. DESIGN OG METODE

En studies design består av en generell plan for studien med beskrivelser av struktur og oppbygging (Thagaard, 1998). Kvale (1997) beskriver designet som planleggingen av, og forberedelser til de metodiske prosedyrer, som forskeren vil benytte for å oppnå studiens hensikt. Hensikten med denne studien er å undersøke hva sykepleiere erfarer som utfordrende med psykiatriske pasienter i en somatisk sykehjemsavdeling.

Overordnet design for studien er kvalitativt. Nord (1998) kaller dette utforskende design. Utforskende forskningsdesign brukes for å oppdage et problem, eller dersom litteraturen er svært mangelfull (Thagaard, 1998). Utforskende design er valgt for denne studien av to grunner. For det første fordi utforskende design er hensiktsmessig for få beskrivelser av sykepleiernes subjektive erfaringer med psykiatriske pasienter. For det andre foreligger det lite relevant norsk forskning på området. Utforskende design innebærer fleksibilitet i datainnsamlingsprosedyren. Med kontinuerlig evaluering i forskningsprosessen, gir forskeren mulighet til å skaffe ny innsikt underveis. Kvalitativ forskning beskrives som induktiv. Med dette forstås at ny kunnskap utvikles med datamaterialet som utgangspunkt (Thagaard, 1998).

Datamaterialet i kvalitative studier består i hovedsak av tekst fra intervjuer eller observasjoner. Til å besvare studiens problemstilling er semistrukturert intervju valgt som datainnsamlingsmetode. Syv intervju med sykepleiere ansatt i tre ulike sykehjem er gjennomført. Til intervjuene ble det benyttet intervjuguide.

For å åpne for generering av ny kunnskap er det viktig med begrenset forskerkontroll. I denne studien er det respondentenes og ikke forskerens egne erfaringer med psykiatriske pasienter som har vært styrende i intervjusituasjonene. Forskeren skal stille seg åpen for det som fremkommer i intervjusituasjonene. En slik forskertilnærming poengteres av Fagermoen (2005), Kvale (1997) og Thagaard (1998) som avgjørende for funnenes kvalitet i en kvalitativ studie. Liten grad av forskerkontroll er i følge Nord (1998) en forutsetning for å utforske nye sider ved et fenomen, og samtidig en utfordring i intervjusituasjoner med stor grad av nærhet mellom forsker og respondent.

4.1 Forforståelse

Eget ståsted i forhold til studien, er erfaring som psykiatrisk sykepleier i kommunehelsetjenesten og interesse for kvaliteten på omsorgen til psykiatriske pasienter. Det å bli bevisst eget ståsted med muligheter og begrensninger, var for egen del en krevende, men også en viktig og grunnleggende prosess. Refleksjon sammen med veileder var avgjørende i denne prosessen.

Egen erfaring og tilegnelse av teori som forberedelse til studien, kan komme i konflikt med det genererte datamaterialet dersom ikke forskeren i tilstrekkelig grad har reflektert over betydningen av forforståelse. For å redusere muligheten for at forsker overser slike momenter, er det i følge Malterud (2003) er det avgjørende at forsker har et bevisst forhold til egen forforståelse eller bias i det studien starter. Bias kan være både en fordel og ulempe i forskning. I følge Polit & Beck (2004) kan bias være en trussel for studiens validitet og reliabilitet. En fare er at forskeren går inn i studier med ”skylapper” og derved hindrer generering av verdifulle data. Dette hadde stort fokus i planleggingen av studien. Veileder bidro med hjelp til å innse at min forforståelse, som bygger på praksis og videreutdanning som psykiatrisk sykepleier, kunne være en styrke i intervjusituasjonen. Dette støttes av Malterud (2003) som poengterer fordelene av bias for å gi studien ”næring og styrke”.

I følge både Malterud (2003) og Polit & Beck (2004) er forskers refleksjoner underveis i prosessen avgjørende for resultatet av forskningen. Solvoll et al. (2005) og Fagermoen (2005) poengterer betydningen av forskers reflekterende holdning til seg selv og den situasjon han er en del av. Solvoll, Engelsrud, & Heggen (2005) henviser i sin artikkel til den norske psykologen Anne-Lise Løvlie Schibbye som beskriver ”dialektisk relasjonsteori”. Refleksjon slik den forstås av Schibbye handler i følge Solvoll et al. om en persons evne til å ha tanker om egne tanker, eget materiale og også evnen til å lese den andre.

I overensstemmelse med hva Nord (1998) beskriver som hensikt med utforskende forskningsdesign, vil denne studien generere ny kunnskap fordi sykepleiernes erfaringer med disse psykiatriske pasientene ikke er beskrevet tidligere.

4.2 Kvalitativt forskningsintervju

Som innledning til denne delen har jeg valgt å gjengi Fog (2004) som siterer Krag Jakobsens innspill om det å intervju: ”Hvis man kort skal sige noget om, hvordan man laver et godt interview, så må det blive noget i retningen af: ”*Opfør deg ordentlig og hør efter! Alle de efterfølgende sider er omskrivninger af denne enkle regel*” (Fog, 2004, s. 89). Sitatet har for egen del fungert som en tankevekker og påminnelse siden det ble lest første gang.

For å få fram sykepleiernes erfaringer med de psykiatriske pasientene i sykehjemmene var intervju det mest hensiktsmessige metodevalg for datainnsamling. Kvalitativt forskningsintervju med semistrukturerte intervju ble benyttet. Dette er hva Thagård (1998) kaller en delvis strukturert tilnærming, og Kvale (1997) for det kvalitative forskningsintervju. Intervjuene ble gjennomført individuelt, noe som i følge Kvale (1997) er den mest vanlige formen på kvalitative forskningsintervjuer. Individuelle intervju ble valgt fordi det gir mulighet til å gå i dybden på den enkeltes forståelse og mening (ibid.). Egen bias åpnet for å følge opp respondentenes erfaringsbeskrivelser. I en kvalitativ intervjusituasjon stilles krav til forskeren om kunnskaper både på temaet og på kommunikasjon (Thagaard, 1998).

4.2.1 Intervjuguide

Intervjuguide (vedlegg.) ble utarbeidet på bakgrunn av studiens problemstilling og forskningsspørsmål, egne erfaringer og eget pilotprosjekt. Intervjuguiden inneholdt temaer som skulle tas opp, mens rekkefølgen var uvesentlig. I følge Thagaard (1998) gir bruk av tematisert intervjuguide forskeren mulighet til å følge opp informasjonen fra informantene underveis, til å utdype enkelte temaer og til å ha en viss kontroll over datamaterialet.

Thagaard (1998) kaller dette for fleksibilitet i intervjusituasjonen. Denne fleksibiliteten åpnet for at informantene kunne komme med temaer eller problemstillinger som ikke var tenkt på i forkant, men som likevel var verdifulle data. Pilotstudien ga verdifull erfaring i så måte (Olsen, 2006). Intensjonen var at respondentene skulle snakke mest mulig fritt om egne erfaringer med psykiatriske pasienter. Hensikten med dette var å unngå fragmentering av intervjuet med fare for at verdifulle data kunne gå tapt.

Intervjuguiden var tenkt benyttet som hjelp dersom respondentene ikke snakket fritt, eller ved behov for å følge opp deres beskrivelser med enkelte detaljer. Samtidig fungerte

intervjuguiden som hjelp til å holde fokus på problemstillingen. I to av intervjuene ble intervjuguiden benyttet i stor grad, mens i de fem andre var respondentene selv innom de aktuelle temaene i intervjuguiden.

Intervjuguiden startet med en generell del med ”ufarlige” spørsmål for å komme i gang med samtalen og for å opparbeide tillit mellom forsker og informant, noe som beskrives som vesentlig i kvalitative studier (Thagaard, 1998). Herunder var spørsmål om erfaring med psykiatriske pasienter i avdelingen, antall psykiatriske pasienter innlagt i avdelingen på intervjutidspunktet, og spørsmål om pasientenes diagnoser. Det var vesentlig at pasientene som ble omtalt hadde en diagnostisert psykisk lidelse.

Intervjuguidens hoveddel ble innledet med oppgavens hovedtema ” Noen som ikke passer inn”, noe som viste seg å bli en god start. Alle informantene hadde mange spennende tanker rundt oppgavens tema. Temaene var valgt for å kunne gi svar på problemstillingen og forskningsspørsmålene; særtrekk både ved de somatiske og de psykiatriske pasientene, erfaringer fra situasjoner med de psykiatriske pasientene, og respondentenes opplevelse av samarbeidet med de psykiatriske pasientene i avdelingen.

4.2.2 Gjennomføring av kvalitativt forskningsintervju

Syv intervju ble gjennomført, alle på informantenes arbeidsplasser. Intervjuene varte fra 50-70 minutter. Tillatelse til å intervju i sykepleiernes arbeidstid ble gitt av den enkelte avdelingsledelse. Alle intervjuusekvenser startet med en kort repetisjon av innholdet i informasjonsskrivet med vekt på frivillighet og dataanonymisering. Samtlige hadde mottatt og underskrevet samtykkeerklæring før intervjuene startet. Ingen hadde motforestillinger til at intervjuene ble tatt opp på bånd, men alle hadde behov for bekreftelse på at det de fortalte ikke skulle kunne spores tilbake til dem. De syv respondentene ble informert om at båndene ville bli oppbevart nedlåst etter transkribering og slettet etter sensur høsten 2007. De transkriberte intervjuene ville bli anonymisert, lagret på egen PC, med tilgang kun for veileder og forsker.

I de tre første intervjuene var det lite heldig at de ble utført i selve avdelingen. Det var gjentatte avbrudd på grunn av henvendelser fra pasienter og personalet. En av informantene måtte forlate intervjusituasjonen en kort periode for å hjelpe til ved uro i korridoren. Forsker

og respondent mistet fokus, og intervjuguiden var til stor hjelp for å komme ”på sporet”. De fire siste intervjuene forgikk mer skjermet fra avdelingene, og uten avbrytelser.

Alle informantene synes temaet var aktuelt og spennende, og møtte forberedt til intervjuene. Samtlige ga uttrykk for bekymring for om de skulle ha nok interessant å komme med, og ønsket å bli stilt spørsmål dersom de stoppet opp.

Underveis i intervjuene ble det skrevet ned stikkord om stemning og non-verbale uttrykk hos respondentene. Dette var tenkt som hjelp ved transkribering og dataanalyse.

Intervjuene ble gjennomført og transkribert i løpet av en 4-ukers periode høsten 2006.

Ivaretagelse av fleksibilitet i kvalitative studier var en vesentlig årsak til at jeg valgte å foreta transkriberingen selv. Underveis i denne var det mulighet til fortløpende refleksjon både over egen rolle, datamateriale og eventuelt metningspunkt.

Fortolkning av tekstmaterialet starter med transkribering, men i følge Kvale (1997 b) er det vesentlig å ikke glemme det opprinnelige datamateriale, intervjuene, i den videre analyseprosessen. Til tross for at transkriberingen var en ressurskrevende prosess, ble det klart at bearbeidingen av datamaterialet for alvor startet her. Det at jeg var utrent i å transkribere førte til at intervjuene ble spilt av utallige ganger. På den måten ble intervjuene gjenopplevd på en måte som ga et godt utgangspunkt for videre analyse. Denne grundige gjennomgangen bidro til en kvalitetssikring i forhold til å kunne oppfatte hva som virkelig ble sagt. I følge Kvale (1997) og utgjør transkribering en del av analysen, og er faktisk analysens første nivå. Transkribering ble foretatt etter to og to intervjuer. Gjennom transkriberingen ble det tydelig hva som kunne vært fulgt opp bedre, eller spørsmål som kunne vært stilt annerledes for å oppnå bedre data. Fleksibilitet som er en mulighet i kvalitativ forskningsprosess ble utnyttet ved at intervjuguiden ble noe justert før kommende intervju. Mindre endringer ble foretatt.

Båndopptakeren ble raskt glemt, og intervjuene ble gjennomført som samtaler mellom ”likeverdige” deltakere, noe som i følge Fog (2004) er en forutsetning for det kvalitative forskningsintervju. Fog sier videre at forskeren skal opptre som aktiv deltaker ved å involvere seg i temaet sammen med informantene (ibid.). Et bevisst forhold til egen bias er en forutsetning for forskerens rolle for å i møtekomme forutsetningene som beskrevet av Fog

(2004). Nord (1998) sier at det er ønskelig at forskeren lar seg styre av situasjonen og av data som genereres.

4.3 Utvalg

4.3.1 Sykehjem

Tre kommunale somatiske sykehjem er inkludert i studien med en avdeling fra hvert. Alle tre involverte sykehjemsavdelinger er langtidsavdelinger med både psykiatiske og somatiske pasienter.

Sykehjem 1 har plass til 55 pasienter fordelt på fire avdelinger, hvorav tre er langtidsavdelinger og en er korttidsavdeling. En avdeling er tilrettelagt for pasienter med demens. Alle avdelinger har erfaring med psykiatiske pasienter. Avdelingen som inngår i studien har 16 plasser.

Sykehjem 2 har plass til 56 pasienter fordelt på 5 avdelinger. Her er to avdelinger tilrettelagt for pasienter med demens, en korttidsavdeling og to langtidsavdelinger. Begge langtidsavdelingene har erfaring med psykiatiske pasienter. Avdelingen som inngår i studien har 12 plasser.

Sykehjem 3 har plass til 70 pasienter fordelt på fire avdelinger. En avdeling for aldersdemente og tre langtidsavdelinger. Her er det spesielt en avdeling som har hatt psykiatiske pasienter, uten at dette er en spesialavdeling. Avdelingen har 19 plasser.

I de tre avdelingene som er involvert i studien utføres det som Martinsen (2003) kaller vedlikeholdsomsorg. Langtidspasienter innlagt i norske sykehjem er en pasientgruppe som i svært liten grad kan tenkes å bli selvhjulpne (Hofseth & Norvoll, 2003). I tråd med undersøkelsen fra Helsedirektoratet (2003) var det ingen av de psykiatiske pasientene som ble omtalt i studien som hadde blitt, eller skulle til å bli utskrevet fra sykehjemmet.

4.3.2 Sykepleiere

Utvalget bestod av syv sykepleiere ansatt i tre kommunale sykehjem. For å sikre at respondentene hadde erfaring med den aktuelle pasientgruppen, måtte aktuelle sykepleiere ha vært ansatt på avdelinger med både psykiatriske og somatiske pasienter i minimum ett år.

Etter syv intervjuer begynte det å bli gjentakelser, noen kaller dette metning. . Et metningspunkt oppnås i følge (Thagaard, 1998) når intervjuene ikke synes å gi en utvidet forståelse for det fenomenet som studeres. I følge Fagermoen (2005) kan dette føre til at verdifulle data kan gå tapt. For å kvalitetssikre dette, ble veileder ble konsultert, og antall respondenter ble vurdert til å være tilstrekkelig.

4.4 Tilgang til forskningsfeltet

Prosessen med tilgang til forskningsfeltet startet sommeren 2006 med telefonkontakt med ledere ved fire sykehjem. Sykehjemmene ble valgt på bakgrunn av egen kjennskap til at alle hadde avdelinger med opptil flere psykiatriske pasienter. Alle var positive til at studien kunne gjennomføres ved deres institusjon og ga et muntlig samtykke. Deretter ble det sendt ut skriftlig informasjon om studien med ønske om skriftlig samtykke fra det enkelte sykehjem (vedlegg).

Strategisk utvalg ble benyttet både når det gjaldt sykehjem og sykepleiere. Strategisk utvalg vil si å benytte respondenter som er hensiktsmessig i forhold til studiens hensikt og problemstilling (Fagermoen, 2005; Malterud, 2003). Avdelingssykepleier eller sykepleier 1, rekrutterte den enkelte sykepleier ved sin avdeling. Hun distribuerte informasjonsskrivet med samtykkeerklæring til de av sykepleierne som hadde svart ja til deltakelse (vedlegg). Alle som ble forespurt måtte fylle inklusjonskriteriene. Samtlige som ble forespurt, takket ja til deltakelse.

Studien ble sommeren 2006 meldt til NSD. Etter deres vurdering var ikke denne studien meldepliktig.

4.5 Forskningsetiske overveielser

Når det gjelder etiske overveielser er all forskning underlagt strenge etiske standarder. Slike standarder skal bidra til respekt for mennesket og sørge for at forsøkspersonenes rettigheter ivaretas i en forskningsprosess (Fagermoen, 2005; Malterud, 2003). I følge Tranøy (1999) kan forskning bare legitimeres dersom det er til ”nytte” for samfunnet. Nytt i denne studien er synliggjøring av en ”glemt” pasientgruppe i kommunehelsetjenesten. Samfunnet er brukt som betegnelse på andre enn bare forskningsdeltakere (ibid.).

Miles & Huberman (1994) nevner i sin artikkel viktigheten av at forsker og veileder innehar tilstrekkelig kompetanse til å utføre studien i henhold til gitte retningslinjer og krav til god forskningsetikk. Egen kompetanse som psykiatrisk sykepleier og masterstudent, i tillegg til kontinuerlig veiledning fra professor ved universitet, forsvaret kravet framsatt av Miles & Huberman (1994) om tilstrekkelig og adekvat forskerkompetanse.

Forsker har en forpliktelse overfor informantene om at det de forteller blir rett gjengitt. Forskerens ansvar er å håndtere informasjonen på en måte som er i overensstemmelse med opprinnelige hensikter. I følge Fagermoen (2005) skal studien reflektere sannheten. Til tross for nærhet mellom forsker og informant i kvalitative studier som denne, skal forskeren ikke være styrende. Forskerens evne til å lytte til hva som blir sagt og til å gjengi dette i overensstemmelse med informantenes beskrivelser er et viktig etisk prinsipp i kvalitativ forskning (Malterud, 2003). Ved transkribering skjer en fortolkning, men informantenes beskrivelser skal gjengis uten tilføyelser eller fradrag. For å tilstrebe dette ble transkribering foretatt av forsker. For å redusere risiko for gjenkjennelse ble samtlige intervju språkvasket og transkribert på bokmål uten å miste opprinnelig mening.

Funn skal presenteres på en slik måte at ingenting er gjenkjennbart, og på en slik måte at informantene ytes rettferdighet (Malterud, 2003). Ved tvil om ironi, ble intervjuene lyttet til gjentatte ganger gjennom dataanalyseprosessen, samtidig som notatene fra intervjuene ble hentet fram.

Informasjon til informantene om frivillighet og anonymitet ble gitt både muntlig og skriftlig. Skriftlig informasjon ble gitt hver enkelt deltaker i forkant av selve intervjusituasjonen slik at de kunne lese gjennom og finne ut av om de var villige til å delta. Informasjonsskrivet inneholdt samtykkeerklæring, informasjon om studien og hva den skulle brukes til, og

informasjon om frivillighet og anonymisering. Ingen ble presset til å delta. Sykepleierne ble informert om at de når som helst i prosessen kunne trekke seg ut. I følge Helsinkideklarasjonen fra 1964 (rev.2000) står hensynet til enkeltmennesker over hensynet til samfunnet og forskningen. Når mennesker benyttes som informanter stilles strenge krav til ivaretagelse av deres rettigheter. I denne studien som involverte sykepleiere hersket det ingen tvil om samtykkekompetansen. Kravet om informert samtykke og frivillig deltakelse basert på skriftlig informasjon er et ufravikelig krav i forskningen (Malterud, 2003; Nord, 2001).

4.6 Dataanalyse

Malteruds forslag til dataanalyse ble benyttet. Transkribering av syv intervjuer genererte 170 tekstsider til analyse som nødvendiggjorde en form for datareduksjon. I følge Kvale (1997) innebærer analyse å dele noe opp i mindre biter og å organisere intervjuteksten. Polit & Beck (2004) benevner dette reduksjonisme og står sentralt i kvalitativ forskning.

Analyseprosessen starter i intervjusituasjonen. Allerede der gjør forskeren seg de første fortolkninger (Kvale, 1997; Malterud, 2003). For egen del mener jeg dette kan være tilfellet først fra og med andre intervju. Første intervju bar preg av usikkerhet og spenning. Fra andre intervju føltes intervjusituasjonen etter hvert tryggere, og det var ”overskudd” til å reflektere underveis. Ved fortløpende validering, ble egne tolkninger og oppfatninger bekreftet eller avkreftet. I intervjusituasjonen har forskeren mulighet til å validere sine tolkninger med informantene, denne ble benyttet i stor grad. I den videre analyseprosessen er det opp til forskerens etikk å fortolke i henhold til det som ble uttrykt i intervjuene (ibid.).

Dataanalysen startet for alvor direkte etter gjennomførte intervju. Intervjuene ble avspilt i sin helhet, og lyttet til gjentatte ganger før transkriberingen startet. Ved transkribering er et nytt nivå i analysen nådd. Her blir datamaterialet forskerens (Fagermoen, 2005; Kvale, 1997; Malterud, 2003). Etter at alle intervjuene var transkribert ble hvert enkelt lest gjennom med spørsmålet om ” hva forteller dette meg om hva sykepleierne erfarer som utfordrende med psykiatriske pasienter i en somatisk sykehjemsavdeling?”. Dette ble gjort for å få en samlet oversikt. Ved gjennomlesning var søken etter meninger sentralt. Kvale (1997) kaller dette for meningskondensering.

Analysen ble foretatt uten foreliggende kategoriseringer, noe som åpner for en aktiv og nysgjerrig søken i datamaterialet. Bevisst søken etter nye fenomen krevde mye refleksjon over egen bias. Dette var en krevende prosess. Uten bevisst innsats her ville det i stedet for en induktiv tilnærming, blitt en deduktiv tilnærming som ville ha redusert, om ikke sperret muligheten for å oppdage noe nytt. Også i analyseprosessen er det vesentlig å motvirke negativ effekt av forskerens bias ved å åpne opp for nye momenter (Kvale, 1997; Malterud, 2003).

Trinnene i analyseprosessen slik Malterud (2003) beskriver disse, ble oppfattet som retningsgivende. I kvalitativ forskning er det mulig å finne sin egen vei gjennom analysen, men for en novice føles det trygt å følge en ”sti som andre har gått tidligere”.

Trinn en skal gi et helhetsinntrykk:

Samtlige intervjuer ble spilt gjennom i sin helhet før transkriberingen startet. I løpet av den tiden det tok å transkribere var det også rikelig med tid til refleksjon over datamaterialet, og det ble gjort notater ved gjennomlesingen. Gjennomlesing av tekstene ble gjort for å få personlig oppfatning av hele materialet. Det ble spesielt søkt etter hvilke erfaringer respondentene hadde med de psykiatriske pasientene.

Trinn to innebærer søken etter meningsbærende enheter:

Meningsbærende enheter er fortsatt på informantnivå. Meningsbærende enheter ble avdekket etter å ha fått et helhetsinntrykk. Prosessen ble innledet med søk etter mening ut fra studiens fokus; utfordringene sykepleierne blir stilt overfor i samarbeidet med psykiatriske pasienter. Spørsmålet som ble stilt var:

Hva var det informantene egentlig sa om utfordringene de ble stilt overfor?

Allerede her ble det mulig å se mønstre eller temaer i materialet. De enkelte meningsbærende enhetene ble merket før de ble fjernet fra den opprinnelige sammenhengen. Noen av de første temaene som kom fram var ” *dette er et somatisk sykehjem*”, ” *dette har vi ikke kapasitet til*”, ” *de psykiatriske pasientene krever noe som vi føler vi ikke kan gi*” og ” *psykiatriske pasienter er fremmede og litt skremmende*”.

Ti meningsbærende enheter ble opprinnelig generert i forhold til problemstillingen. Disse klart skilte seg ut; annerledes atferd, fremmede pasienter som skaper usikkerhet rundt egen funksjon og kapasitet, hører ikke hjemme i sykehjemmet, psykiatriske pasienter var uønsket, ressurskrevende, lar seg ikke styre, nye pasienter som utfordret sykehjemstradisjonen, kan ikke nok om psykiatri, egne forventninger til pasienter og at de krevde noe de ikke kunne gi. Flere av disse var sammenfallende. For å unngå gjentakelser var det nødvendig med en reduksjon til seks enheter.

Trinn tre og fire overlapper hverandre.

Her foretas en abstrahering av innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene til overordnede begreper.

På disse trinnene fjernet jeg meg fra intervjuene og opp på et mer abstrakt nivå.

Som eksempel ble sitater som: ”*de psykiatriske pasientene krever noe som vi ikke føler vi kan gi*”, og ”*dette er jo ikke en vanlig sykehjemspasient med slike problemstillinger*” abstrahert til psykiatriske pasienter i somatiske sykehjem.

De ti meningsbærende enheter ble abstrahert til tre kategorier: Pleiekultur, psykiatriske pasienter på sykehjem og manglende kunnskaper. Kategoriene er framkommet gjennom egne tolkninger av funnene, og danner overskrifter i funnpresentasjonen i kapittel 5, og i diskusjonene i kapittel 6. De seks enhetene fra trinn to blir underpunkter under de tre kategoriene.

Tabell 1 viser eksempel på hvordan tekstbiter fra to ulike intervju ble analysert via meningsbærende enheter til kategorier. Tekstbitene er valgt ut fordi de gir svar på studiens forskningsspørsmål, og er sentral for besvarelsen av problemstillingen.

TABELL 2: Eksempel på trinnene i analysen:

(1) TEKSTBITER FRA INTERVJUET	(2) MENINGSBÆRENDE ENHETER	(3/4) KATEGORISERING/ SAMMENFATNING
<p><i>”Det er nå ofte sånn at stell og medisiner og alt det andre blir først, og kanskje litt også at vi mangler litt kunnskap også, hvertfall føler jeg at jeg gjør det! ”</i></p> <p><i>”At jeg er vant til å jobbe innenfor somatikken, og vet ikke alltid hva man skal stille opp med i forhold til den psykiatriske pasienten som utfordrer oss på en annen måte”.</i></p> <p><i>”Vi er så vant til at hvis det er noen som er våkne skal vi inn og ta og ordne med en gang, men det var liksom det som var vanskelig, og jeg tenkte på det med tradisjonen på et sykehjem”</i></p> <p><i>”Det er jo det som er, at vi er vant til å jobbe på en måte, og forventer at pasientene skal innfinne seg med deg, og gjøre slik vi er vant til”.</i></p>	<p>Fremmede pasienter skaper usikkerhet rundt egen funksjon og kapasitet</p> <p>Usikre på egne kommunikasjonsferdigheter</p> <p>Nye utfordringer sykepleierne på sykehjemmet ikke har vært vant til å bli stilt overfor</p> <p>Ny pasientgruppe utfordret sykehjemstradisjonen</p> <p>Styrt av forventninger til pasientene om alle følge rutinene</p>	<p>Fremlinger</p> <p>Kunnskapsmangel</p> <p>Psykiatriske pasienter har ”nye” behov</p> <p>Pleiekultur</p> <p>Manglende tilpasningsevne</p>

4.7 Kvalitetsikring av studien

I kvalitativ og kvantitativ forskning stilles strenge krav til forskningens gyldighet og pålitelighet, eller validitet og reliabilitet. Tradisjonelt har disse begrepene først og fremst vært knyttet til kvantitativ forskning. Begrepene slik de er anvendt i kvantitativ forskning er ikke direkte overførbare til kvalitativ forskning, av den grunn er de gitt et noe annet meningsinnhold i kvalitativ forskning (Kvale, 1997; Malterud, 2003).

Denne kvalitative studien har et utforskende design med semistrukturerte intervju og benytter innholdsanalyse som dataanalysemetode. Fagermoen (2005) beskriver sammenhengen mellom problemstilling, metode, analyse og det som faktisk gjøres, som intern validitet (ibid). Det er vesentlig for å vurdere om metodevalget har resultert i relevante data, og om studien har målt det som den var ment å måle. Denne studien hadde til hensikt å utforske hvilke utfordringer sykepleierne hadde med psykiatriske pasienter på sykehjem. Etter gjennomgåelse av tidligere norsk forskning, var det klart at det ikke er gjort studier i forhold til temaet i Norge. Det ble funnet utenlandsk forskning, spesielt fra USA. I følge Malterud (1998) kan manglende treff skyldes forskers søkekompetanse. For å kvalitetssikre denne delen ble veileder kontaktet. Etter rådføring med kollegaer kunne hun melde tilbake at det nok stemte at temaet var ”upløyd mark” her i Norge. I tråd med Nord (1998), ble problemstillingen da bestemmende for design og metodevalg.

Validitet i kvantitativ forskning gjelder hvor godt forsker har klart å måle det han ønsker å måle. Dette kan kontrolleres ved hjelp av konkrete tall (Polit. & Beck, 2004). I kvalitativ forskning som denne, vil det å tydeliggjøre alle metodologiske disposisjoner, også kalt transparens, være sentralt i valideringen (Fagermoen, 2005; Kvale, 1997). Alle deler av forskningsprosessen skal fortløpende vurderes og evalueres og synliggjøres for leseren. For å i møtekomme slike kvalitetskrav er synliggjøring av framgangsmåte vist under kapittelet som heter analyseprosessen. Fordelen med kvalitative forskningsintervju som her er benyttet, kontra for eksempel survey, er at nærheten mellom forsker og informant gjør det mulig å validere i intervjusituasjonen: ”*har jeg forstått deg rett når du sier at.....?* Her utnyttet muligheten for fleksibilitet i kvalitativ forskning, til justeringer og eventuelle oppklaringer underveis.

Et opplevd problem når det gjelder dataenes gyldighet er informanter som tydelig syntes det var vanskelig å svare ærlig. Kommunikasjonen under dette intervjuet ble opplevd utfordrende.

Uten direkte bevis satt jeg med en av følelse av at respondenten ”pyntet” på virkeligheten. Det ble var diskrepans mellom verbale- og nonverbale signaler. Dette ble tatt opp og diskutert med respondenten, som sa hun fant det vanskelig å svare på situasjoner rundt en spesiell pasient. I følge Kvale (1997) kan respondentene i slike tilfeller være feilkilder og deres bidrag kan redusere gyldigheten til dataene på akkurat det temaet. Situasjonen ble nedskrevet under intervjuet, og ble senere tatt hensyn til i analysen.

Det er ikke hensiktsmessig å snakke om sannheter i kvalitative studier. Det er forståelse og tolkninger av fenomenene som undersøkes som er sentralt, ikke om det som framkommer kan regnes for sant eller ikke. I den situasjonen det gjelder er dataene sanne. følge Fagermoen (2005) og Malterud (2003) bygger kvalitative metoder på en kunnskapsteoretisk erkjennelse av at virkeligheten består av mange gyldige versjoner.

I en kvalitativ studie som denne er utvalget lite, og erfaringene som beskrives kan ikke sies å være representativt for alle norske sykepleiere ansatt i somatiske sykehjem. Dataenes gyldighet utover utvalget er begrenset, men ikke uten verdi. Gyldigheten av studien og dens ervervede kunnskap avhenger av at den er nyttig, at den bidrar til ny viten. Studien fokuserer gjennom intervjuene med sykepleierne på en pasientgruppe som i liten grad har vært forsket på i sykehjem tidligere. Nytteverdien ble bekreftet av sykepleierne som var intervjuet, og av lederne ved sykehjemmene. Funnene har gitt ny viten om mangfoldet i utfordringer som sykepleierne møter i samarbeidet med psykiatriske pasienter. Dette er utfordringer som ikke tidligere er forsket på og satt i en sammenheng.

5. SENTRALE FUNN

Under intervjuene ble det klart at disse kommunale sykehjemmene ikke har tradisjon på å gi omsorg til psykiatriske pasienter. Respondentene ga interessante og nyanserte beskrivelser av sine erfaringer med psykiatriske pasienter, og introduserte selv begrepet pleiekultur. Til tross for mange sammenfallende funn er det to sykepleiere som skiller seg fra de andre. En med sin oppfatning av egen kompetanse, og den andre med sin positive innstilling til de psykiatriske pasientene.

Under dataanalysen var det ti meningsbærende enheter som skilte seg ut. Disse ti ble integrert i seks underpunkter under tre abstraherte kategorier. Kategoriene ble: pleiekultur i somatiske sykehjem, psykiatriske pasienter i somatiske sykehjem og manglende kunnskaper i forhold til psykiatriske pasienter. Kategoriene med underpunkter danner utgangspunktet for presentasjonen. Underpunktene har glidende overganger opp mot hovedfunnene og i forhold til hverandre. Oppsummert kan det vises på følgende måte:

- Pleiekultur i somatiske sykehjem:
 - Rigide rutiner og forutsigbarhet
 - Holdninger/stigmatisering
- Psykiatriske pasienter i somatiske sykehjem:
 - har utfordrende atferd som gir uforutsigbarhet
 - har manglende tilpasningsevne
 - har andre behov
 - viser manglende takknemlighet
- Manglende kunnskaper i forhold til psykiatriske pasienter i sykehjem:
 - Psykiatri
 - Psykiatrisk sykepleie
 - Kommunikasjonsferdigheter
 - Psykofarmakologi

Hovedfunnene er egendefinerte gjennom innholdsanalysen, og bidrar til å besvare forskningsspørsmål og problemstilling. Kategoriene med underpunkter blir presentert som sammendrag, utfylt med belysende sitater fra respondentene.

5.1 Pleiekultur i somatiske sykehjem

Denne kategorien har to underpunkt. Ett av disse er rigide rutiner som gir forutsigbarhet.

”Ja, i forhold til dem, pasientene, vi har her nå så gir det jo andre utfordringer enn den vanlige sykehjemspasienten, Synes det var ei god setning, noen som ikke passer inn, den passet godt synes jeg, det er vel slik jeg har tenkt mange ganger! At de egentlig ikke skulle ha vært her”.(Nr. 1)

Respondentene ga informative beskrivelser av hvordan de psykiatriske pasientene utfordret roller og rutiner i sine avdelinger. I samtlige intervju kom det fram at sykepleierne mente avdelingene hadde manglende nyansering av pleie og omsorgstilbudet, og at dagsrytmen ble styrt av eksisterende rutiner bygget rundt den ”vanlige” sykehjemspasienten. Pleie- og omsorgsoppgavene i alle sykehjemmene ble beskrevet som tilrettelagt for somatiske pasienter med fokus på grunnleggende behov, det som Valset (2005) beskriver som overlevelsesbehov (kap.3.2).

”Nei, de er veldig greie og sånn, de andre folkene. Men de begynner å bli veldig gamle og glemske og er pleietrengende, så vanlige pasienter de bruker rullator eller rullestol, så det er ganske tungt på en langtidsavdeling egentlig. De trenger hjelp til alt, og mange pasienter trenger hjelp til mat også ikke bare til stell og sånn. Vi er veldig obs! på sånne somatiske ting, det KAN vi vet du!! Det er vi vant til.” (Nr.7)

Dagens pasientsammensetning i avdelingene krever en differensiering av pleien de ikke var fortrolige med. Dette ble begrunnet med at somatiske pasienter var oppfattet som en ensartet og enklere pasientgruppe å forholde seg til. Flertallet av disse pasientene fant seg raskt til rette og var for det meste fornøyde og takknemlige. De var oftere tilfredse med å ha fått plass i sykehjem.

”Det er ikke så mye egentlig og si om de somatiske pasientene, fordi at tradisjonen, den tradisjonelle sykehjemspasienten han er mer fornøyd når han får dekket dem på en måte de grunnleggende behovene, når dem er fornøyd når du bare prater med dem , og så at de er direkte misfornøyd det er ikke ofte, ikke alle i hvertfall (Nr.2).

Samtlige påpekte hvor viktig det var for flertallet av pleierne i de ulike avdelingene at alle pasienter ble stelt og vasket hver formiddag. De var vant med pasienter som ble vasket og stelt uten for mange innsigelser, og som i tillegg var takknemlige for den hjelpen som ble gitt. De ”vanlige” sykehjemspasientene aksepterte raskt avdelingenes rutiner, og stilte sjelden spørsmål ved etablerte rutiner. De fant seg raskt til rette i pasientrollen og ønsket ofte at

personalet gjorde mest mulig for dem. Dette var i følge flertallet av respondentene en forutsetning for dem for å få arbeidet unna. Dessuten gikk det mye raskere når pleierne fikk utføre oppgavene i eget tempo. Effektivitet ble høyt prioritert på grunn av mange pasienter med sammensatte behov og problemstillinger.

” Her er det også forskjeller på oss pleierne. Noen mener vi ikke skal mase eller tvinge pasienten, mens andre mener pasienten skal ha vasket seg før han går ut av rommet. Ja jeg vet dette er vanskelig og det sliter vi litt med. Det ligger nok litt i sykehjemskulturen, at man er vant til det. Ja, fordi at vi føler at vi har ansvaret for dem, at, det er vår plikt å påse at de er stelt, at de får mat, at de får dekket alle grunnleggende behov. Da er det sikkert en del av sykehjemskulturen at sånn er det ja!”(Nr. 6)

Samtlige informanter beskrev arbeidet på sykehjemmet som sterkt rutinepreget. Pleien synes hovedsaklig å være styrt av etablerte rutiner framfor individuelle behov. Respondentene mente likevel det hadde skjedd en positiv utvikling mot mer fleksibilitet i pleie- og omsorgstilbudet i avdelingene.

”Stelle dem!, opp til frokost, opp og spis frokost, opp og drikk kaffe på formiddagen, middag, hvile seg, opp på ettermiddag, spise kvelds og legge seg, liksom du har de der ”toppene” og det var ikke rom for å vike utenom det, nei.”(Nr. 4)

Slik oppsummerte en av sykepleierne det som tradisjonelt var døgnrytmen i sykehjem. Det kan se ut som om dette var overordnet i alle avdelinger. Avdelingene hadde veletablerte rutiner spesielt i forhold til personlig hygiene og rundt måltider som de nå ble utfordret på. En sykepleier kalte rutinene for ”inngrodde vaner”, en annen kalte det ”stygge uvaner”

Alle avdelingene hadde pasienter med store og sammensatte hjelpebehov, og samtlige informanter var opptatt av viktigheten av planer for gjennomføring av daglige arbeidsoppgaver. I følge flere av informantene mente flertallet av personalet i deres avdelinger at oppsatte planer måtte følges for at de skulle få arbeidet unna. Det var viktig å gjøre seg ferdig med tildelte oppgaver før arbeidstidens slutt. Det å overlate ugjorte oppgaver til neste vakt var noe de fleste for enhver pris ønsket å unngå. Dette ”lå” i kulturen. Tilfredshet med egen innsats var i følge flere av informantene ofte avhengig av antall ferdigstelte pasienter i løpet av vekten. Flere hadde opplevd kollegaer som ”skjente” dersom pasienter ikke var stelt når de kom på seinvakt.

”Det er bare slik det er, det er noe vi alle vet, at når hun eller hun kommer på jobb, blir det bråk om ikke pasientene er stelt ferdig”(Nr. 6)

To av sykepleierne var spesielt opptatt av hvem rutinene i avdelingen var til for. En hadde erfart at respekt for sterke kollegaer, som ikke ønsket forandringer, var en viktig årsak til opprettholdelse av rutiner.

”Rutinene som vi har på sykehjem, hvem er det de er for, er det for beboeren eller er det for oss som jobber her?”. (Nr. 4)

Uten å tenke over hva pasientene faktisk kunne være i stand til å utføre selv, tok sykepleierne ofte over. Flere mente deler av sykepleieutøvelsen var blitt så rutinepreget at pasientens egne ressurser ofte ble neglisjert. Samtlige presiserte at de innerst inne visste at dette ikke var faglig forsvarlig sykepleie, men rettferdiggjorde handlingene med at det ville være for ressurskrevende, og lite effektivt, å la pasientene bestemme tempoet.

”Så er det systemet vårt som er sånn at vi skal hjelpe dem med alt, og da gjør vi det også. Vi stiller ingen krav til dem om at dem skal gjøre noe selv. Fordi jeg vil være sikker på at det blir gjort! At de er ordentlig stelt og ren og pen og ikke lukter og alt det der! Vi vet jo at dem noen av dem hadde greid og gjort ting selv, men det blir så strevsomt for oss å prøve å få det til at det blir til at vi gjør det. Fordi det er det letteste og enkleste, det går fortest. Og den tiden har ikke vi bestandig å vente på at de skal gjøre det selv”.(Nr.5)

To av respondentene presiserte at de ofte oppfattet rutinene som hinder for individuell omsorg og pleie, og for pasientenes medbestemmelse. Ambivalens forhold til eksisterende rutiner ble tydeliggjort. Samtlige mente rutinene var med på å skape trygghet og forutsigbarhet i hverdagen både for pasienter og dem selv. De innså samtidig at eksisterende rutiner ikke var egnet for alle pasientgrupper. Rutinene ble oppfattet som rigide og vanskelige å endre på. Spesielt ved to av avdelingene var de opptatte av at det var nødvendig med en endring i pleiekulturen. Respondentene som kom fra disse avdelingene var mer positive til nye utfordringer enn de andre. Her var sykepleierne mer løsningsorientert enn problemfokuset. Å få en ny pasientgruppe i avdelingene utfordret tradisjonelle sykepleieoppgaver og roller, og langt fra alle syntes å ha en positiv innstilling til dette. Enkelte respondenter mente det var trist at de psykiatriske sykehjemmene var nedlagt. Det var der psykiatriske pasienter passet inn. Samtlige opplevde at de psykiatriske pasientene ikke passet inn i den rutinepregede pleiekultur i sykehjemmene.

Andre tok under intervjuene selvkritikk på at de ikke var offensive nok i forhold til den endring de mente var nødvendig etter å ha fått en ny pasientgruppe i avdelingene. En mente det krevde både mot, erfaring og kunnskap for å endre eksisterende rutiner fordi det var for

”tøft” å kjempe mot de av kollegaene som neglisjerte behovet for forandring. Hun mente og beklaget, at det var enklere som nyansatt å bli sosialisert inn i avdelingens pleiekultur, enn å utfordre den. Slik hadde det vært for henne. Først i dag tre år etter, mente hun at hun hadde fått den ”tyngde” som skulle til for å fronte nødvendige endringer. Det var viktig å bli en av personalet, noe som betydde at de måtte tilpasse seg. Denne sykepleieren sa videre at det først og fremst var de som hadde jobbet lengst i avdelingen som ikke ønsket endringer. To av sykepleierne mente intervjuene skapte en nødvendig bevisstgjøring. De hadde tidligere ikke tenkt over i hvilken grad de var styrt av rutiner. Fire av informantene mente at dette var ”kjernen” i eksisterende pleiekultur. Uttalte og uskrevne regler bidro sterkt til å vedlikeholde avdelingenes pleiekultur. Lav bemanning og periodevis mye innleie av vikarer ble også brukt til å legitimere opprettholdelse av rutiner.

Intervjuene ga rom for refleksjon over egen praksis. En sykepleier måtte motvillig medgi at i enkelte situasjoner stod respekten for en spesiell kollega over respekten for pasienten og hans medbestemmelsesrett. To sykepleiere ved samme avdeling var spesielt opptatt av å formidle at rutiner ikke var dominerende i dag. De hadde erfaring med at pasientenes medbestemmelsesrett ble tatt på alvor. Var det slik at enkelte pasienter ikke ønsket å vaske seg en dag så fikk de slippe, ønsket de frokost på sengen kunne de få det. I de to andre avdelingene fortalte respondentene at rutinene fremdeles stod sterkt. På disse avdelingene var det høyt prioritert at pasientene tilpasset seg rutinene og ikke motsatt. Det kan se ut som om dette skjedde gjennom aktiv påvirkning av pasientene.

” Vi har jo psykiatriske pasienter her som også blir presset inn for å fungere inn i den rytmen og rutinen vi har her, selv om de kunne tenke seg noe annet! Men det er ikke like enkelt med mange av de. De gjør det, men enkelte ganger så er det jo litt sånn hvorfor skal han stå opp? Er det fordi at tidligvakta bestemmer det slik, eller er det for at pasienten har behov for det? ”(Nr. 5)

En av sykepleierne ønsket å illustrere dette med pleiekultur og rutiner ved å fortelle en episode som hadde gått sterkt inn på henne. Hun fortalte om en deprimert pasient som hadde nektet å stå opp og kle på seg til tross for at det var hans fødselsdag. Personalet hadde overprøvd pasientens vilje. Sykepleieren syntes pasienten så ut som ”et dyr i bur” etter at personalet hadde overtalt ham til å pynte seg. Pasienten viste tydelige tegn på mistrivsel,

samtidig som personalet ga inntrykk av å være stolte over at pasienten hadde fått på” finklærne” til frokost.

”Hun ville ingenting, ville ikke opp den dagen jeg kom inn, og jeg hadde da stelt de andre jeg skulle stelle, og det var bare henne igjen! Og hun ville ingenting, bare ligge sengen og ikke ha noe. Og jeg synes det var min plikt at hun ble stelt og påkledd og sånt, og det gjorde jeg. Men det var ikke noen god opplevelse!” (Nr. 5)

Holdninger til de psykiatriske pasientene er det andre underpunktet i pleiekulturen

Behandlingstilbudet til de psykiatriske pasientene var i følge informantene ikke optimalt. De fleste mente disse pasientene burde hatt et tilbud på lik linje med hva senil demente har; små enheter tilpasset pasientgruppens særskilte behov. Aller helst skulle informantene sett at psykiatriske sykehjem fremdeles besto.

”Men med slike psykiatriske pasienter er det annerledes, det eksisterer egentlig fagfolk som bruker å ta seg av disse.” (Nr.6)

Psykiatriske pasienter ble oppfattet som skremmende. Ord som farlig, fremmede, skremmende og vanskelige ble brukt når psykiatriske pasienter ble omtalt. Flere pleiere nektet å ha noe med disse pasientene å gjøre fordi de var redde da pasientene for første gang kom til avdelingen. En av respondentene hadde erfart at det bare handlet om å bli kjent med pasienten som person, og ikke bare pasienten med den psykiske lidelsen. For henne spilte ikke diagnose noen rolle. Andre sykepleiere hadde fått bekreftet sine tanker om at de psykiatriske pasientene var både skremmende og vanskelige.

” Ja det er liksom noe som er , er litt skremmende, eller veldig skremmende. og de skulle vært på psykiatriske sykehjem.” (Nr.1)

Det ble sagt at det var vanlig å snakke om den ”vanskelige” pasienten. Flere reflekterte over bruken av dette ordet som de egentlig mente var med på å stigmatisere pasientgruppen. To prøvde bevisst å bruke ordet utfordrende i stedet for vanskelige. En av de syv hadde i sine forberedelser til intervjuet reflektert over at det kanskje kunne være personalet med sine rutiner som var vanskelige og ikke pasienten.

Redselen for enkelte psykiatriske pasienter ble begrunnet med at de representerte noe fremmed. Det var mye de ikke visste om psykiatri, og om sykdommene de psykiatriske

pasientene som kom til avdelingene hadde. Ofte var det begrenset med informasjon de mottok før pasientene kom til avdelingene. En av sykepleierne hadde opplevd at den psykiatriske institusjonen som pasienten hadde vært innlagt ved i en årrekke, hadde tatt kontakt for å informere før pasienten ble innlagt. Avdelingen fikk da nødvendig informasjon om pasientens sykdomstilstand. Denne pasienten ble møtt med en mer aksepterende holdning enn pasienter de ikke hadde fått informasjon om. Samtlige presenterte tanker om at informasjon kunne redusere forutinntatthet, og med det gi en mer positiv innstilling til de psykiatriske pasientene. De mente sannsynligheten var stor for at forutinntatthet handlet om manglende kunnskap, og negative ”bilder” av psykiatriske pasienter fra tidligere tider.

”Vi må ta oss sammen og tenke at hun er syk, det er bare en måte sykdommen hennes viser seg på.”(Nr. 4)

Alle respondentene hadde negative erfaringer med pasientgruppen. Samtlige hadde opplevd fysisk utagerende pasienter. Under et intervju kom dette med negative holdninger klart fram. En respondent uttrykte at personalet følte seg tvunget til å ta i mot pasienter som de verken hadde lyst eller kompetanse til å ha i avdelingen. Her ble det brukt uttrykk som *”vi må bare ta det vi får”* (Nr.4). Hun sa også at det var en grunn til at hun og flere andre bevisst hadde valgt å jobbe i somatisk sykehjem, og det var ønsket om å ikke jobbe med psykiatriske pasienter. Samtidig ble det av flere sagt at de prøvde å gjøre det beste ut av situasjonen fordi pasientene ”uforskyldt” var plassert i deres avdeling. Dette ble begrunnet med etikk. En respondent sa at hun og flere andre ønsket seg bort fra avdelingen på grunn av de psykiatriske pasientene.

Det ble kommentert av samtlige at de trodde de ville få flere psykiatriske pasienter i framtiden. Dersom forholdene ikke ble lagt bedre til rette både for pasienter og personale, fryktet de at den antatte utviklingen kunne føre til store utfordringer i rekruttering av pleiepersonell til sykehjemsavdelinger.

”Og så for oss finnes det sånne folk som ikke tåler psykiatriske pasienter ikke sant? Ikke ”tåler” er ikke rette ordet kanskje men, de klarer ikke å jobbe med dem, blant annet fordi kanskje at vi ikke har nok kunnskap tror jeg. De er veldig utfordrende å være sammen med” (Nr.5)

Flere av sykepleierne mente psykiatriske pasienter var en lite prioritert gruppe i de somatiske sykehjemmene. Dersom de fortsatt skulle være der måtte det settes mer fokus på pasientgruppen også fra ledelsens side. Respondentene sa de savnet støtte fra ledelsen ved

sykehjemmet til å sette psykiatri på dagsorden. De mente de hadde forsøkt, men at de ikke hadde nådd fram.

5.2 Psykiatriske pasienter i somatiske sykehjem

”De er litt annerledes, klart de er, de svinger mer, stemningene, ikke stabile” (Nr.5)

Denne kategoriens første underpunkt består av funn som viser at psykiatriske pasienter har en atferd som gir uforutsigbarhet.

Alle respondentene var klar over den nedbygging av psykiatrien som hadde funnet sted de siste 20 årene, og reflekterte over at denne hadde ført til at gamle psykiatriske pasienter kanskje fikk dårligere behandling i dag. De mente kommunene ikke var rustet til å ta i mot disse pasientene. De siste 10 årene hadde de involverte avdelingene til enhver tid hatt psykiatriske pasienter i avdelingene. En hadde til enhver tid hatt mellom 2 og 5 psykiatriske pasienter.

”De er litt annerledes, klart de er, de svinger mer, stemningene, ikke stabile og de trenger litt mer tilsyn, eller mye mer tilsyn i forhold til vanlige beboere”. og ikke alle greier å jobbe med slike pasienter” (Nr. 5)

Det var enighet om at pleiekulturen i samtlige avdelinger ble utfordret av de psykiatriske pasientenes atferd. En var klart mer positiv til utfordringene enn de andre. Hun mente det burde være mulig å yte god omsorg bare ved å vise interesse for den enkelte uansett diagnose. Flere mente temaet i studien skapte bevisstgjøring omkring egen rolle og funksjon, men at de savnet tid til refleksjon i hverdagen.

”Når jeg tenker tilbake på de siste årene nå da, så er det faktisk ofte den setningen som går igjen blant personalet, det at hun /han passer ikke inn her, hun eller han skulle vært en annen plass.”

De psykiatriske pasientene ble som gruppe opplevd å bevege seg utover vanlige rammer, noe som ble tolket som et klart brudd med den tradisjonelle pasientrollen i disse sykehjemmene.

”Det er jo det som er altså, at vi er vant til å jobbe på en måte, og forventer at pasientene skal innfinne seg med deg, og gjøre slik vi er vant til. Og det er ikke alltid like lett med den psykiatriske pasienten, det sier kanskje mer om oss som sykehjem enn om pasientene fordi at

når du kommer på et sykehjem må du tilpasse deg. .De somatiske pasientene, de er lettere å "forme" slik vi vil .(Nr. 4)

Eksisterende rutiner i forhold til personlig hygiene ble daglig utfordret. Mange av de psykiatriske pasientene ønsket selv å bestemme når og om de skulle vaske seg. I enkelte situasjoner kunne de bli utagerende, uten at personalet forstod hvorfor. For de fleste opplevdes dette vanskelig og skremmende. Andre var vant til å takle slike situasjoner i sitt arbeide med de demente pasientene.

Uforutsigbarhet var nevnt av samtlige sykepleiere som særtrekk ved de psykiatriske pasientene. De psykiatriske pasientenes atferd og behov utfordret rutinene. En av informantene beskrev erfaringer med en pasient med bipolar lidelse som ga avdelingen mange nye utfordringer. Pasienten kunne i manisk fase plutselig forlate avdelingen og bli borte flere timer, til og med over natten.

"De er veldig aktive de oppturene, en venter ikke sånt av en sykehjemspasient." (Nr.5)

Verbal og fysisk utagering ble av samtlige beskrevet som uforutsigbar, og krevde i perioder mye av personalets ressurser. Dette kunne være mekling mellom pasienter, pasienter som måtte tas ut av situasjoner, pasienter som gjentatte ganger måtte ledsages inn på eget rom, episoder med kasting av gjenstander, og lugging av medpasienter. Pasienter som var paranoide tolket og reagerte på situasjoner på en slik måte at det kunne gå ut over medpasienter. Slike episoder skjedde oftest uten at personalet hadde mulighet til å forutse dem. Sykepleierne sa de ofte var usikre på hva som framprovoserte fysisk eller verbal utagering, og trodde de selv hadde forårsaket utageringen. Ulike former for grensesetting var i slike situasjoner ofte nødvendig, men opplevdes som vanskelig. Dette var spesielt fordi de psykiatriske pasientene de hadde erfaring med, var mentalt klare. De var vant med å sette grenser for pasienter som var demente, noe de opplevde som mer legitimt. Enkelte pleiere nektet i perioder å gå inn til sterkt utagerende pasienter fordi de var utrygge på deres atferd.

Vi vet jo aldri når det skjer, nei, uforutsigbart. Det vil jo si noen ganger kan du jo se det på personen at de er i et lune der du ikke vet helt hvor du har de hen Da må du være litt føre var da, du må passe deg litt, hvor du holder hendene dine og sånne ting." (Nr. 6)

Avdelingene hadde ikke egnede rom for skjerming. Eneste mulighet var pasientens eget rom, men på grunn av små ressurser hadde ikke personalet mulighet til å oppholde seg der sammen med pasienten. Pasientene som var i stand til å gå ved egen hjelp, ble overlatt til seg selv, men

gikk ut av rommet så snart pleierne hadde forlatt dem. Slike situasjoner skapte dilemma for personalet som da måtte ta andre enn den urolige pasienten ut av situasjonen. Erfaringsmessig var det enklere å skjerme en pasient som var immobil, til tross for at det kanskje ikke var han som hadde forårsaket uroen.

”Vi har jo mange å ta hensyn til da så, så det blir jo en balanse; hvem skal jeg skjerme og ikke?” (Nr.6)

Flere hadde tanker om, eller erfaring med at deres egen utrygghet hadde bidratt til fysisk eller verbal utagering. Kommunikasjon med psykiatriske pasienter opplevdes utfordrende. Respondentene erfarte at det var vanskelig å ordlegge seg, og var redde for å si noe ”galt”. Alle hadde i perioder vært usikre på hvilken reaksjon de kunne forvente seg av de psykiatriske pasientene. Tre sykepleiere hadde opplevd å bli både sparket, slått eller spyttet på.

”For det første så kan vi ikke med sånne pasienter. Vi er ikke opplært, til å takle skal jeg si, utagering, vanskelig å sette grenser, hvor går grensen? For de krever en helt annen opplæring, og oppfølging! For det er vel der veldig mange sliter, det er vel et av de største problemene vi noen gang har hatt, men hvor vi skal sette grenser hen?”. (Nr. 6)

Innleie av ekstra personell var ønskelig, men nærmest uoppnåelig selv i perioder med mye uro i avdelingen. En sykepleier hadde opplevd at det ble leid inn ekstra personell i slike situasjoner. De andre seks hadde aldri opplevd at dette hadde skjedd. De var opptatt av at de ønsket mer støtte fra ledelsen når de uttrykte slike behov. Her ønsket alle bortsett fra den ene mer støtte fra avdelingsledelsen.

Andre underpunkt er i følge respondentene at psykiatriske pasienter har andre behov enn de tradisjonelle sykehjemspasientene

Sykepleierne skal yte omsorg og pleie til en pasientgruppe som har andre behov enn hva de er vant med. En gjenganger i intervjuene var at de psykiatriske pasientene hadde behov for ”noe” mer enn bare stell og fysisk omsorg. Ordet ”noe” ble benyttet av samtlige, og ble forkart med at det ikke lenger ”bare” handlet om behov i forhold til personlig hygiene og ernæring, men ”noe” utover disse. ”Noe” viste seg å være psykososiale eller sosiale behov. Flere av sykepleierne mente de nå måtte ”bruke hjernen” mer. De kunne ikke lenger bare gå inn og stelle en pasient og tro at de var ferdig med det. De psykiatriske pasientene krevde noe

utover det å få vasket seg. Det å vaske seg var heller ikke det viktigste for dem. Ofte hadde pasientene først og fremst behov for at noen tok seg tid til å prate med dem:

”Det er ikke nok å stille dem, de har behov for noe mer ikke sant? Folk som er psykisk syke gir oss andre utfordringer; de har behov for å komme ut, de har behov for å få en samtale. Du er ikke nødt til å overta alt fra dem, du er bare nødt til å veilede.”

Mange hadde erfart at de psykiatriske pasientene ikke var tilfredse med det tilbudet de fikk i avdelingene. En av respondentene tenkte pasientene hadde vært vant med aktiviteter som de av ulike årsaker ikke kunne tilby i sykehjemmet. Eneste mulighet pasientene hadde til å komme ut av avdelingene med følge, var når de skulle på sykehus eller bruke andre helsetjenester. De hadde lite eller ingen erfaring med pasienter som i så stor grad hadde behov for ”noe” også utenfor avdelingene. Respondentene ga uttrykk for at dette var et dilemma for dem;

”Hvordan skulle de prioritere tid til psykososiale behov? Var det nødvendig?” (Nr.2) ”Om bare disse pasientene også kunne vise litt takknemlighet!” (Nr.1)

Den trygge sykepleierollen ble utfordret av disse ”nye” behovene. Hvordan skulle de prioritere tid til psykososiale behov innenfor trange rammer og eksisterende kultur? Mange følte seg ukomfortable med de nye utfordringene, *”det var enklere før!”(Nr.3)* De så at pasientene hadde behov som de visste var like viktige som Valsets overlevelsesbehov, men uten at de hadde mulighet til å tilfredsstille dem. Dette medførte daglig en følelse av å ikke strekke til. *”Samme hva jeg gjør blir det på en måte aldri bra nok”(Nr. 4).*

Respondentene var samstemt når det gjaldt endringer i kravene til deres sykepleiefaglige vurderinger. To sa de syntes det var spennende med en ”ny” pasientgruppe som stilte andre krav. De mente dette ga personlige utfordringer samtidig som det var positivt for miljøet i avdelingen. En sa hun syntes de psykiatriske pasientene ”krydret” arbeidsdagen hennes, og ønsket dem velkommen. *”Uten dem hadde det blitt ”kjedelig” på jobb”(Nr.4).*

”Nå kan det faktisk være flere som tenker at det kan være litt positivt å få inn noen med litt, ja nettopp egne meninger, det er vi ikke så vant til her! JA! De godtar ofte ikke bare det at ”bare kom igjen! Nå skal vi det eller det! Nei sier de, det vil ikke jeg. En kjempeutfordring. Plutselig så må vi kanskje begynne å bruke hjernen littegranne”

I tillegg til utfordrende atferd, og det at de har andre behov, kom det fram at psykiatriske pasienter viste manglende tilpasningsevne

Alle opplevde at mange av de psykiatriske pasientene raskt markerte seg negativt i forhold til pleiernes forventninger. De fleste hadde erfart at de fleste psykiatriske pasientene ønsket mer medbestemmelse. Sykepleiene mente dette krevde mer ressurser både i form av tid og personell. Samtidig ble pasientene oppfattet som utakknemlige og med reduserte tilpasningsevner:

” Vi har jo psykiatriske pasienter her som også blir presset inn for å fungere inn i den rytmen og rutinen vi har her, selv om de kunne tenke seg noe annet! Men det er ikke like enkelt med mange av de. De gjør det, men enkelte ganger så er det jo litt sånn hvorfor” (Nr. 5).

Flere av de psykiatriske pasientene nektet å stå opp når de fikk beskjed om å stå opp, vaske seg, eller å ta i mot tilbud om hjelp. De var ofte ikke interessert i å gjøre ting ”i rett rekkefølge”. De ønsket å gjøre ting på sin måte. Dette var egenskaper som i følge samtlige informanter utfordret den tradisjonelle arbeidsformen på sykehjemmet. I enkelte situasjoner hadde sykepleierne tydd til ”makt” for å få utført oppgaver i ”riktig” rekkefølge. De kunne for eksempel føre pasienten med seg på badet, eller benytte verbal overtalelse.

” De kan nekte å ta i mot hjelp , den hjelpen de trenger. Vanligvis blir jo sykehjemspasienten fornøyd med det meste; kommer inn her, tilpasser seg institusjonen, blir kjent blir tilfreds. De fleste sklir lett inni våre rutiner. Det er ikke alltid slik med de psykiatriske pasientene, og det er ei skikkelig utfordring, for personalet i perioder kan de holde senga, nekte å stå opp, nekte å spise, og så har vi jo utfordringer i forhold til stell. Der har vi slitt en del, hva som er viktig og hva er ikke så viktig”. (Nr. 6)

De psykiatriske pasientene var i følge de fleste respondentene mer tidkrevende. Det var frustrerende å måtte bruke tid på å overtale pasientene til det de mente var nødvendige gjøremål. For sykepleierne opplevdes det å skulle sette seg ned for å en samtale midt i morgenstellet som unyttig og lite effektiv bruk av tid når andre pasienter venter på hjelp. Stell og pleie hadde førsteprioritet i deres kultur, og var samtidig det som var akseptert som ”skikkelig” arbeid. Dessuten var da synlig for kollegaer at de hadde gjort jobben sin.

”Nå kan det faktisk være flere som tenker at det kan være litt positivt å få inn noen med litt, ja nettopp egne meninger, det er vi ikke så vant til her! JA! De godtar ofte ikke bare det at ”

bare kom igjen! Nå skal vi det eller det! Nei sier de, det vil ikke jeg. En kjempeutfordring. Plutselig så må vi kanskje begynne å bruke hjernen littegrann”

5.3 Manglende kunnskaper om psykiatiske pasienter

Tredje kategori har fire underpunkter: manglende kunnskaper om psykiatri, psykiatrisk sykepleie, generell kommunikasjon og psykofarmaka. På grunn av glidende overganger mellom manglende kunnskaper om psykiatri og psykiatrisk sykepleie blir disse presentert samlet.

Sykepleierne på sykehjemmene hadde basiskunnskap om sykepleie til eldre. Dataanalysen viste samsvarende funn når det gjaldt behovet for mer kunnskap om psykiatri og psykiatrisk sykepleie. Ingen hadde noen form for videreutdanning, verken i geriatrisk eller psykiatrisk sykepleie. Samtlige hadde klinisk erfaring fra sykepleie til pasienter med somatiske lidelser.

”Så er det jo også at en skulle ha kunnet mer. Jeg har i hvert fall kunnet tenkt meg å kunne mer om psykiske lidelser. Jeg har kun det jeg har med meg fra grunnutdanningen”. (nr. 2)

I følge en av respondentene var det ikke bare spesifikk fagkunnskap som var vesentlig, men det å forsøke å ”se bak” både diagnose og symptomer og prøve å se pasienten. Hun mente bestemt at hun etter hvert mestret de psykiatiske pasientene like godt som de somatiske; det handlet om å ta seg tid, ha interesse for den enkelte pasient og å ha en positiv innstilling.

” Nei, i utgangspunktet tenker vi vel sånn at vi er egentlig ikke rustet til å ta i mot sånne pasienter. Men når han har vært her en stund ikke sant, det er rart hva du venner deg til å takle altså !”Det finnes jo ikke den pasient du ikke greier å takle til slutt når du har fått hatt han her en stund!”. (Nr. 5)

De andre respondentene mente at teoretisk kunnskap var avgjørende for oppnåelse av en god relasjon med pasientene. Uten oppfordring sa alle respondentene at de ikke hadde nok å bidra med i forhold til de psykiatiske pasientene. Det ble sagt at de ofte satt med en følelse av at de burde ha gjort ting annerledes, men at de ikke visste hvordan. Flertallet ønsket seg sykepleiefaglig veiledning, og større mulighet for å snakke sammen i løpet av dagen.

” Det føles for eksempel som om at jeg ikke strekker til....at jeg ikke kan gi dem den hjelpen de trenger”. (nr. 4)

Seks av syv respondenter uttrykte at de hadde begrenset eller ingen kunnskap om psykiske lidelser. Kunnskap om sykdomslære og psykiatrisk sykepleie var ønsket. Opplevelsen av å ikke strekke til ble relatert til dette. Spesielt var manglende kunnskaper om kommunikasjon nevnt.

”Men vi har aldri vært sånn i direkte kontakt med psykiatrien, vi mangler regelrett erfaring og utdanning!”(nr.4)

En mente hun var den eneste på sin avdeling som hadde tilstrekkelig kompetanse for å ivareta de psykiatriske pasientene, og veiledet ofte sine kollegaer. Hun hadde ingen formell utdanning innen psykiatrien, men vektla og stolte på sine kliniske erfaringer.

Alle respondentene ga uttrykk for at mangelen på relevant kunnskap påvirket kvaliteten på pleien. Faglig begrunnede bekymringer kom fra samtlige. Tre av sykepleierne sa de var skuffet over at det ikke var lagt til rette for kompetanseheving før de psykiatriske pasientene kom til avdelingen. Personalet ble ikke gitt tid og mulighet til å forberede seg. I et av tilfellene hadde pasienten, som hadde en alvorlig psykisk lidelse, blitt overført fra psykiatrisk sykehjem og til avdelingen uten noen form planlegging. Plutselig var han der bare. Flere av respondentene hadde opplevd liknende tilfeller.

” Og da var det veldig forskjellig hvordan pleierne taklet akkurat det der, nei, det var vel litt sånn, åssen skal dette gå? Det tror jeg nå vi tenkte alle sammen da hun kom til avdelingen sånn helt plutselig” Det stod jo litt på hodet på avdelingen da tror jeg –de første par døgnene . Vi var livredde for å gjøre noe galt”. (Nr. 6)

Til tross for at alle respondentene var klare over at de hadde ”huller” i sin kompetanse, mente fem av syv at det tross alt hadde gått seg til, selv om det hadde krevd mye tid og energi. To følte fremdeles sterkt på sin manglende teoretiske kunnskap, og mente dette hindret dem i å gi de psykiatriske pasientene adekvat omsorg. Respondentene etterlyste kunnskap om hvordan de skulle foreta relevante sykepleiefaglige vurderinger og observasjoner av pasientenes symptomer. Respondentene mente ledelsen måtte satse på faglig oppdatering av personalet for å øke kvaliteten på pleien, og for å hindre frafall av pleiere. Til tross for etterspørsel etter psykiatrirelaterte kurstilbud, var kurstilbudet kun relatert til somatikk. En respondent fortalte at i løpet av det siste året hadde de blitt tilbudt internundervisning en gang pr. uke, men ikke noe var relatert til psykiske lidelser.

Ved en avdelingen hadde de opplevd å få veiledning fra alderspsykiatrisk avdeling. De andre to hadde ønsket veiledning, men av ulike årsaker ikke fått. En av respondentene viste til følgende hendelse: Ansatte ved avdelingen hadde i lengre tid strevd med en pasient som var søkt inn til vurdering på alderspsykiatrisk avdeling. Pasienten ble opplevd som alvorlig syk uten at sykepleierne var i stand til å gi tilstrekkelig behandling og pleie. Til tross for gjentatte purringer fra sykehjemmet, døde pasienten mens han ventet på plass. Slike situasjoner var med på å underbygge sykepleiernes følelse av utilstrekkelighet i forhold til psykiatriske pasienter. Respondenten ga sterke beretninger fra pasientsituasjonen. Tanken på hva pasienten gjennomlevde før han døde var tung å bære så hun, og selv flere måneder etter at pasienten døde var hun preget av hendelsen.

Andre underpunkt var at sykepleierne mente de hadde manglende kunnskaper og ferdigheter i kommunikasjon.

Samtlige, bortsett fra en, nevnte spesielt at de manglet kunnskap og ferdigheter i kommunikasjon. Manglende kommunikasjonsferdigheter var nevnt som en årsak til problemer med å takle situasjoner med fysisk eller psykisk utagering. Flere mente dessuten at de på grunn av sin usikkerhet, hadde provosert fram uønsket atferd ved flere anledninger. En av respondentene uttrykte bekymring for manglende kommunikasjonsferdigheter blant personalet. Dette gjaldt også nyutdannende sykepleiere. Hun mente hun selv hadde disse ferdighetene, men refererte til kollegaer som ofte ga uttrykk for at de ikke visste hva de skulle snakke om, dersom de tok seg tid til å sette seg ned med pasientene. Samtlige respondenter mente psykiatriske pasienter hadde større behov for samtaler med personalet enn de somatiske pasientene. Samtidig var de klar over at dette egentlig var viktig for alle pasientene. En respondent mente at de trengte større fokus på det å tilbringe tid med pasientene uten å ha praktiske gjøremål. Det å sette seg ned sammen med pasientene ble nedprioritert både på grunn av manglende kommunikasjonsferdigheter, og på grunn av mange andre pasienter som krevde hjelp. De sa det var lettere å velge praktiske arbeidsoppgaver de var kjent med og følte seg trygge på.

” For jeg vet vi er flere sammen som kunne tenkt oss litt mer kunnskap om hvordan de er og hvordan vi forholder oss til dem. Om ting kanskje kunne vært annerledes hvis vi hadde hatt mer kunnskap og erfaring om det, ja det mener jeg. Ja, jeg tenker bare på sånn hvordan vi

opptrer, hvordan vi ordlegger oss for eksempel, kanskje ting kunne vært annerledes i enkelte situasjoner om vi hadde ordlagt oss på en annen måte? Forholdt oss på en annen, spurt spørsmålene annerledes, ja, jeg vet ikke, men det kan være viktig tror jeg”

De fleste respondentene ga uttrykk for at det tok lang tid å bli kjent med de psykiatriske pasientene. Det tok også lang tid for pasientene å bli trygge på dem. Det var nytt for sykepleierne å måtte jobbe for å oppnå kontakt. De fleste tradisjonelle sykehjemspasienter var lettere ”å komme inn på” og å bli kjent med. Tre av sykepleierne fortalte at psykiatriske pasienter ofte ønsket seg tilbake til den institusjonen de kom fra. Pasientene hadde gitt uttrykk for at de ikke følte seg hjemme på den somatiske sykehjemsavdelingen. En av sykepleierne mente dette kunne ha sammenheng med at få av de ”vanlige” sykehjemspasientene var mentalt klare og umulig å føre samtaler med. Dette gjorde at de psykiatriske pasientene i stor grad var avhengig av at personalet prioriterte, og så deres behov for en samtale.

Fjerde underpunkt omhandler sykepleiernes manglende kunnskaper om psykofarmaka

Samtlige respondenter mente de manglet kunnskap om psykofarmaka for å kunne gi optimal medisinsk behandling. På bakgrunn av hva de hadde lært og erfart under utdannelsen svarte de at de hadde stor respekt for psykofarmaka. Enkelte fortalte om pasienter som hadde vært sterkt preget av bivirkninger. En av respondentene sa hun var preget av sin skepsis til psykofarmaka, og at det gjorde at hun var spesielt restriktiv med å gi for eksempel ”beroligende” som eventuelt medisin. Flere hadde tanker om at de på grunn av manglende bakgrunnskunnskap hadde gitt pasienter for mye av slike medikamenter.

Respondentene ved en av avdelingene sa de var privilegerte. Deres tilsynslege hadde lang erfaring fra psykiatrien. Dette lettet deres arbeid. Ved de to andre avdelingene hadde de tilsynsleger som ikke hadde spesiell kompetanse innen psykiatri. Somatiske pasienter og deres medisinerer følte samtlige seg trygge på. Her var også oppfølgingen tilfredsstillende. Alle tilsynslegene hadde lang erfaring med somatiske sykehjemspasienter.

”Vi prøver vel å bytte preparat for å se om det er noe som kan virke bedre, ja det har vel vært prøvd noen nye også da, det har han vel gjort, men når vi ser at de ikke virker så har vi prøvd å bytte igjen, og tatt bort noe og starte med noe nytt, for eksempel”(Nr. 2).

Tilsynslegen var den som oftest ordinerte medikamenter til sykehjemspasientene. Kun i spesielle tilfeller hadde pasientene oppfølging fra spesialist. Sykepleierne hadde oppfølgingsansvar. Det synes som at det var enighet blant respondentene om manglende kunnskap og veiledning for å utføre dette faglig forsvarlig. Samtlige uttrykte at slike oppgaver førte til at de periodevis følte seg ekstra hjelpeløse i forhold til psykiatriske pasienter.

Fem av respondentene mente de var lite skikket til å vurdere virkninger og bivirkninger av forordnet medikament. Samtlige hadde ønsker om å være like oppdatert på psykofarmaka som på andre medikamentgrupper, men var aldri blitt tilbudt kurs eller annen opplæring i bruk av psykofarmaka. De manglet referanserammer når det gjaldt slike medikamenter. I mangel på tilbud om teoretisk opplæring i forhold til slike medikamenter, håpet de mer erfaring med psykiatriske pasienter delvis kunne være en kompensasjon, og samtidig bidra til å forbedre vurderingsgrunnlaget. De mente pasientene burde vært under tilsyn av en spesialist som kunne bidra med kvalifisert støtte og veiledning. Enkelte hadde tanker om at bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten kunne ha fylt "kunnskapshullet". Ved en av avdelingene hadde samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, ved psykiater og psykiatrisk sykepleier, fungert tilfredsstillende. Da hadde de fått god veiledning i medikamentspørsmål, og også fått veiledning i hvordan de best kunne samarbeide med de psykiatriske pasientene. Ved de to andre avdelingene hadde de ikke erfart å få spesialisthjelp. Respondentene ved disse avdelingene uttrykte dette som et stort savn. Flere sa de erfarte at medikamenthåndteringen til tider virket tilfeldig og "uten mål og mening" (Nr.1). Dette gjaldt spesielt for de avdelingene som ikke fikk ekstern veiledning.

"Nå har vi faktisk bedt dem fra alderspsykiatrien om å komme og se om han ikke skal gå tilbake på et eller annet, fordi jeg tror ikke han heller har det særlig godt nå. Det er ikke godt å være sint heller! En må prøve seg fram, jeg regner med han har jo vært syke hele livet sitt eller i hvertfall store deler av livet sitt, da er det ikke bare enkelt å medisinere." (Nr. 6)

Respondentene var skeptiske til bruken av psykofarmaka som kompensasjon for manglende kunnskap, ferdigheter og ressurser. Spesielt i perioder med mye uro i avdelingen opplevde de en betydelig øking i administrering av anxiolytika, neuroleptika og antipsykotika. Selv uten sikre indikasjoner fikk pasientene slike medikamenter. Det spesielle ved slike situasjoner, var opplevelsen av å ikke hadde annet valg; Uro "smittet" over på medpasienter, og personalet hadde ikke mulighet til å sitte sammen med pasientene i den grad det var behov for det.

” vi har ikke kapasitet til å bruke så mye tid på en pasient til at vi får roet ham. Jeg vet jeg skulle ha satt meg ned hos pasienten, men det er så mange andre som også trenger meg”(Nr. 2)

”Du ser at han står på de medisinene han står på, myehusker jeg at han gjør....Flere ganger daglig med beroligende , da tenker jeg liksom på hvorfor står han på så mye sånn medisin? Er han slik at det er fare for at han kan ta livet sitt nå? Du går litt sånn og kjenner på den, usikkerheten.”

Noe annet de fleste bemerket var at flere av de psykiatriske pasientene ikke ønsket å ta medisin fordi de ikke så på seg selv som syke. Ved en avdeling hadde de en pasient med alvorlig depresjon som ikke under noen omstendigheter ville ta medisin. Alvorlig depresjon som dette, var en sykdomstilstand de vanligvis ikke måtte forholde seg til. Slike situasjoner skapte frustrasjoner. De måtte respektere pasientens valg. De presiserte at de ikke hadde lovhjemmel for tvangsmedisinering. Situasjoner som dette var en utfordring for dem i forhold til deres manglende kunnskaper i psykiatri. Manglende kunnskaper gjorde det vanskelig å vurdere symptomenes alvorlighetsgrad. Respondentene sa at de ofte satt med mange ubesvarte spørsmål i slike situasjoner,. Sykepleierne var vant til at de fleste pasientene tok sine tabletter frivillig. Flere nevnte at de hadde erfaring med at demente pasienter nektet å ta medisiner. Deres tabletter ble ofte knust i syltetøy, noe de mente ikke var etisk overfor mentalt klare pasienter.

6. DISKUSJON AV FUNN

I dette kapittelet diskuteres studiens tre hovedfunn, kategorier, opp mot presentert teori, og annen forskning. De tre kategoriene, pleiekultur i somatiske sykehjem, psykiatriske pasienter i somatiske sykehjem og manglende kunnskaper om psykiatriske pasienter, vil bli diskutert med tilhørende underpunkter.

Innledningsvis oppsummeres svarene på forskningsspørsmålene.

- *Hvordan blir sykepleierrollen i avdelingen utfordret av de psykiatriske pasientene?*
Sykepleierrollen i somatiske sykehjem har vært preget av forutsigbarhet og med fokus på tilfredsstillelse av pasientenes fysiske behov. Funntilstanden i studien kan forstås slik at sykepleierrollen er i endring. De psykiatriske pasientene stiller andre krav til sykepleierne som med dette blir utfordret i å ”bruke seg selv” i større grad enn tidligere. Utsagnet ” nå må vi bruke hjernen mer” kom fra en av respondentene og er dekkende for dette.
- *Hva mener sykepleierne er den største utfordringen?*
Det er vanskelig å peke ut en enkelt utfordring. I sykehjemmene har de hatt en pleiekultur og en arbeidsbelastning som i liten grad har gitt rom for fleksibilitet og det å prioritere tid til samtaler. Andre behov, krav om økt medbestemmelse fra de psykiatriske pasientene, og ”kunnskapshullet” er andre utfordringer.

Studiens hensikt var å undersøke sykepleieres erfaringer med psykiatriske pasienter i somatiske sykehjem. Respondentene ga personlige og informative beskrivelser av samarbeid med psykiatriske pasienter. I beskrivelsene fra respondentene ble den ”vanlige” sykehjemspasienten ofte brukt som referanseramme. Tidligere forskning i sykehjem beskriver sykepleien i sykehjemmene som rutinepreget og tilpasset sykehjemspasienter med somatiske lidelser (Hamran, 1992; Schein, 1998). Denne studien er intet unntak.

6.1 Pleiekultur i somatiske sykehjem

”Det er jo det som er altså, at vi er vant til å jobbe på en måte, og forventer at pasientene skal innfinne seg med deg, og gjøre slik vi er vant til. Og det er ikke alltid like lett med den psykiatriske pasienten, det sier kanskje mer om oss som sykehjem enn om pasientene fordi at når du kommer på et sykehjem må du tilpasse deg. De somatiske pasientene, de er lettere å ”forme” slik vi vil. (Nr. 4)

Det første kategorien, pleiekulturen i somatiske sykehjem, består av to underpunkter: Rigide rutiner som gir forutsigbarhet, og personalets holdninger til de psykiatriske pasientene. Underpunktene representerer særpreg ved pleiekulturen som gjør at psykiatriske pasienter ikke passer inn. Det er glidende overganger mellom underpunktene.

Rigide rutiner og forutsigbarhet tolkes som særpreg ved kulturen i sykehjemmene.

Respondentene opplevde at de nye pasientene utfordret pleiekulturen og med den også den profesjonelle sykepleierrollen. Hamran (1992) mener pleiekultur er et sentralt begrep for å vurdere kvaliteten på omsorgen. Kunnskap om kulturen og hvordan den påvirker hva som utføres kreves for å benytte begrepet til et slikt formål. Slik kunnskap viser seg å være vanskelig tilgjengelig fordi den ofte er uuttalt (Hamran, 1987, 1992). Forfatteren beskriver videre tradisjonelle rutiner som vanepregede, rituelle og ikke alltid bevisste. Hamran (1987, 1992) hevder disse er en del av den ”tause” kunnskapen som eksisterer i helsevesenet, og at de kan komplisere nødvendige omstillingsprosesser. Ubevisste antakelser, holdninger og oppfatninger preget i stor grad pleiernes relasjoner med pasientene. Ubevisst eller taus kunnskap bidrar til opprettholdelse av eksisterende kultur fordi det er vanskelig å stille spørsmål ved noe som ikke åpenbart (Gibson & Barsade, 2003; Schein, 1998; Weiner & Ronch, 2003) Respondentene ga uttrykk for at de ofte handlet uten å tenke fordi arbeidsdagene var preget av forutsigbare rutiner. Slike rutiner var mulig fordi disse langtidsavdelingene hadde et stabilt pasientgrunnlag, noe som ga personalet god tid til å bli kjent med deres ønsker og behov.

Respondentene brukte begrepet pleiekultur når de refererte til hvordan pleie- og omsorgsoppgaver var organisert i avdelingen. Utsagn som at ”*det ligger i kulturen vår at alle helst skal være stelt til frokost*” er beskrivende. En slik forklaring på begrepet brukes også av Hamran (1992) som i tillegg sier at dette handler om samspill mellom personer og grupper i avdelingene. To av respondentene uttrykte at de i enkelte situasjoner var redde for reaksjonene til kollegaer dersom de gikk utover disse ”tause” normene.

Etablerte rutiner integreres som handlingsmønster fordi de gjentatte ganger viser seg effektive, og handlingene etter hvert blir tatt for gitt (Hamran, 1992). Effektivitet var viktig i kulturen, og etablerte handlingsmønster var opplevd som en forutsetning for å oppnå dette. Mange arbeidsoppgaver forutsatte effektivitet. Handlingsmønstre gir medlemmene i en kultur felles erfaringer som manifesteres, skaper identitetsfølelse, og gir forutsigbarhet. Disse

momentene er alle opplevd som viktige for arbeidssituasjonen. Når handlingsmønstre manifesteres, blir de etter en tid til uskrevne normer og regler for en ”rett og sann” måte å tenke, oppfatte og føle på (Foss & Wahl, 2002; Gunderssen, 2004; Hamran, 1992). Flere respondenter ga uttrykk for at intervjuene skapte en bevisstgjøring av pleiekulturen, noe de mente kunne danne grunnlag for videre faglige diskusjoner i avdelingene. Utsagn som; ”*det har jeg ikke tenkt på før*” og ”*forberedelsene til intervjuet gjorde at jeg måtte sette meg ned å tenke over hva og hvordan*” belyser viktigheten av refleksjon. Pleiekulturen og hva den består av, beskrives i intervjuene som ”taus” og noe som ”er”, uten at de fleste har et bevisst forhold til hvorfor. For at ønskede endringer i pleiekulturen skal bli mulig, er det i følge Hamran (1992) avgjørende at det legges til rette for diskusjon og refleksjon. Etablerte handlingsmønstre i en sykehjemskultur kan være både uforståelige, irrasjonelle og uskrevne (Hamran, 1992; Weiner & Ronch, 2003). Schein (1998) sier at dersom antakelser blir sterke nok, vil gruppelemmer etter hvert ha vanskeligheter med å tenke seg alternative løsningsmuligheter. Å tenke endring i forhold til egen rolle opplevdes ulikt. Dette kan være en mulig forklaring på at enkelte respondenter fant det vanskelig å tilpasse etablerte rutiner til de nye pasientenes noe annerledes krav og behov. Det at de nye pasientene stilte seg kritiske til rutinene, og viste seg å være vanskelige å forme, ble en stor utfordring for personalet.

Flertallet av respondentene hadde erfart at det var vanskelig å få en samlet personalgruppe til å tenke nytt i forhold til eksisterende rutiner. Funn tyder på at det var vanskelig å være den som stiller seg kritisk til den eksisterende kulturen. Det ble uttrykt at det derfor var enklest å la seg sosialisere inn i kulturen. Slik ble pleiekulturen og dens verdier opprettholdt, og fortsatt uuttalt. Respondentene mente det ”lå i kulturen” at ikke bare pasientene, men også nyansatte måtte tilpasse seg. Å innføre endringer var opplevd som ressurskrevende. Hamran (1992) og Weiner & Ronch (2003) påpeker at omstillinger i pleiekulturer forutsetter et nært samarbeid, og en positiv holdning i personalgruppen. En av respondentene uttrykte at det å være kritisk til kulturen krevde både erfaring og ”ryggrad”. Hun savnet støtte fra kollegaer og ledelse når det gjaldt ideer om nødvendig omstilling i pleiekulturen. I følge Weiner & Ronch (2003) er ledelsen en sentral aktør når det gjelder nødvendige omstillinger i kulturen, og presiserer at dette er et ledelsesansvar.

I følge Hamran (1992) synliggjøres pleiekultur i et spenningsfelt mellom nytt og gammelt. Spenningsfeltet i sykehjemmene utgjøres av de nye psykiatriske pasientene og de vanlige

sykehjemspasientene. Ifølge Weiner og Ronch (2003) er kulturendring avhengig av at det kommer noen utenfra som stiller spørsmål ved den etablerte kulturen. Funnene viser at psykiatriske pasienter med sine behov og krav representerer det ”nye” som utfordrer og synliggjør den etablerte pleiekulturen. Respondentene beskrev en kultur i overensstemmelse med Scheins definisjon (Schein, 1998). Pleiekulturen var preget av regelmessigheter i atferd hos personale og pasienter. Beskrivelsene av avdelingenes normer, verdier og ”spilleregler” tolkes som lite fleksible og med et statisk preg. Respondentene forklarte særpregene i kulturen med at sykehjemmene tradisjonelt hadde hatt en mer ensartet pasientgruppe å forholde seg til. Den tradisjonelle pasientgruppen hadde vært enkel å forme. Å ha faste rutiner ble oppfattet som verdifullt og essensielt for å kunne ivareta kulturelle særpreg ved kulturen de trivdes i, og for å ”få flyt i arbeidet”. Forutsigbarhet og det å få flyt i arbeidet er noe som er en utfordring i samarbeid med psykiatriske pasienter. Morgenstell hos en deprimert eller en utagerende pasient er ofte mer ressurskrevende enn hos en tradisjonell sykehjemspasient, som tillater pleierne å utføre morgenstellet uten innsigelser og avbrytelser, og i sitt planlagte tempo. Uforutsigbare situasjoner skaper frustrasjoner fordi andre pasienter må vente lenger på hjelp, og uskrevne tidsnormeringer ”sprekker”.

Funnene har støtte i Foss & Wahl (2002) som i sin studie fant at sykepleierne i sykehjem har store utfordringer i å prioritere pasientenes individuelle behov framfor rigide rutiner. Disse forskerne begrunner utfordringene med den store arbeidsbelastningen i flere norske sykehjem (ibid.).

Respondentene hadde gjentatte ganger erfart at kulturen i avdelingene burde endres for at den bedre skulle kunne møte de nye pasientenes behov. Det var interessant at respondentene også overfor dette temaet fortalte at intervjuene hadde skapt bevisstgjøring. Ved hjelp av refleksjon over egen rolle i forhold til de psykiatriske pasientene, hadde de gjenkjent og satt ord på ulike verdier og holdninger som var dominerende i deres pleiekultur. Langt fra alle, men samtidig et stort antall av eksisterende verdier og holdninger ble vurdert til å være uforenlige med utfordringer sykepleierne møter i samarbeidet med psykiatriske pasienter. En ting var for respondentene å innse dette over for seg selv, noe annet fryktet de det ville bli når de skulle forsøke å få en samlet personalgruppe til å se viktigheten av refleksjon. I følge Hamran (1992) er gjenkjennelse og bevisstgjøring alene ikke tilstrekkelig for å skape endring, men må etterfølges av konkret handling. Medlemmene i kulturen må som en del av bevisstgjøringen

synliggjøre og ta vare på det som har fungert bra, for deretter å bygge videre på dette (ibid.). Uten en slik tilnærming mente respondentene det ville være umulig å tenke endring. Deres kollegaer ville etter all sannsynlighet ha behov for støtte på at det meste av det de gjør fungerer tilfredsstillende. Funn viser at mye av det som gjøres i sykehjemmene er bra for pasientene, men at det er behov for større grad av nytenkning framkommer også. Ut i fra denne studien kan funnet som beskriver at de vil pasientenes beste være et godt utgangspunkt for en slik prosess.

Hamran (1992) sier videre at fleksibilitet er en viktig forutsetning som viser seg å være fraværende i en del pleiekulturer. Funn i studien tyder på at fleksibiliteten er varierende, og med det lite dynamisk. Hamran (1992) støttes her av Schein (1998) som hevder at kultur er dynamisk og ikke statisk. Slik intervjuene tolkes i denne sammenhengen, ses en diskrepans mellom teorien og praksis. Pleiekulturene i studien ble oppfattet som styrt av rutiner som sykepleierne synes det er vanskelig å endre. Arbeidet med pasientene styres også til en viss grad av tjenester utenfor den enkelte avdeling. Ytre rammer som kjøkkentjenester er en annen årsak til at det var vanskelig å endre rutiner. Slike eksterne tjenester ble brukt som argumentasjon for at rutiner måtte opprettholdes. Det ble fortalt at dette la begrensninger på hvor fleksible de kunne være i forhold til tidspunkt for måltider. En respondent uttrykte seg slik: ” *Det handler ikke bare om at vi er lite fleksible, vi har mye annet å ta hensyn til*”.

Hamran (1992) sier faste rutiner og handlingsmønstre også kan handle om personalets ansvarsfølelse, og en form for kvalitetssikring av sykepleien. Ordet ansvar ble også brukt av to av respondentene når de refererte til enkelte situasjoner der de forventet at pasientene aksepterte avdelingens rutiner. Dette gjaldt spesielt situasjoner rundt personlig hygiene og måltider. Hamran (1992) beskriver ansvar som en grunnleggende verdi i pleiekulturen, og sier at å passe på, overvåke eller å følge med, er nedfelt i kulturen. Rutiner slik de framstilles i studien bærer preg av pleiernes behov for kontroll over egen arbeidssituasjon og over pasientene. Dette skaper i følge respondentene den forutsigbarhet de ønsker, både for egen del og for pasientene.

Pleierne følte ansvar for at pasientene var ”*velstelte og fine i tøyet*”, og forventet at pasientene var takknemlige for slike holdninger. Ansvar uttrykt på denne måten kan tyde på at ansvarsfølelsen overfor eksisterende rutiner er overordnet ansvarsfølelsen for pasientene. I følge Valset (2005) viser dette et egosentrisk omsorgsmotiv og et smalt syn på sykepleie. Et

relevant spørsmål å stille i denne sammenheng er om egosentrisk sykepleie er en del av den ”tause” og styrende kunnskapen i pleiekulturen. Slik intervjuene tolkes er svaret på dette dessverre et klart ja. Bekreftelsen understrekes av funnet som viser at sykepleierne er redde for kollegaers reaksjoner dersom de lar pasienter få vente med å stå opp og stelle seg til etter seinvaktene har kommet på jobb. Også eksempelet med pasienten som på fødselsdagen sin ble påkledd mot sin vilje kan beskrive utøvelsen av egosentrisk sykepleie.

Et overordnet mål for samtlige respondenter, var å yte profesjonell sykepleie til alle uansett diagnose. Et sentralt trekk ved profesjonell sykepleie er i følge Valset (2005) og Martinsen (1998) et helhetlig menneskesyn og en altruistisk holdning. Hva som menes med helhetlig er diskutert. I denne framstillingen støtter jeg meg til Valset (2005) som sier at helhetlig sykepleie innebærer å bli kjent med pasienten, hans ønsker og behov, og hans tanker om sin situasjon. Med dette mener Valset (2005) det blir mulig å se pasientens problemstillinger i sammenheng samtidig som det blir mulig å integrere både psyke og soma (ibid.). Dette er spesielt viktig, men også vanskelig, i dagens sykehjem med pasientenes komplekse problemstillinger (Bergland, 2006; *Forskrift om pleie- og omsorgstjenester*, 2003; St.meld.25, 2005-2006). Studier viser at helhetlig sykepleie er en utfordring i sykehjemskulturene der fokus er på tilfredsstillelse av grunnleggende fysiske behov (Foss & Wahl, 2002; Slettebø, 2005). Studiens funn samsvarer med dette. Respondentene mente de hadde tilstrekkelig relevant kunnskap og erfaring til å møte den tradisjonelle sykehjemspasientens sykepleiebehov. Respondentene uttalte at de var ”gode på” å tilfredsstille det Valset (2005) kaller overlevelsesbehov. I forhold til disse behovene, mente samtlige at de utøvde god sykepleie, dette kunne de! Andre behov utover dette mente de at de hadde vanskelig for å tilfredsstille. Valset (2005) sier: ”Sykepleiere har alltid erkjent ansvar for å gi psykososial omsorg. Problemet er at det har vært lite konkretisert og handlingsorientert” (Valset, 2005, s. 29).

Tilrettelegging av individuell pleie- og omsorg har i Norge fått økt fokus (*Forskrift om pleie- og omsorgstjenester*, 2003; Slettebø, 2005; St.meld.25, 2005-2006). I denne sammenhengen ses en diskrepans i funnene. Respondentene mente de ga pasientene individuell behandling inkludert mer medbestemmelse, og at rutiner var styrende i mindre grad enn for få år tilbake. Enkelte viste til at de lot pasienten få vente med frokost, eller til og med å få frokost på sengen enkelte dager. En positiv måte å tolke diskrepansen på, er at respondentene er klar

over viktigheten av individuell tilrettelegging, men at det er ulike momenter som bidrar til at de likevel ikke alltid får gjennomført det de tenker. Det synes som at de har gode intensjoner. Her ble det fortalt om motstand i personalgruppen fra enkelte som mente dette var å skjemme bort pasientene. Rutinene skulle følges. I samme intervju beskrev de samme respondentene situasjoner fra praksis hvor pasientenes ønsker og behov ble underordnet avdelingens rutiner. Beskrivelser av hvor viktig det var i deres kultur at alle pasienter var stelt i løpet av formiddagen og i alle fall før seinvakten startet viser dette. En av sykepleierne uttalte at hun var redd for å bli opplevd som illojal dersom hun lot pasienter få slippe å stelle seg en dag. I tråd med Gibson og Barsade (2003) kan dette forklares med kulturen kan bestå av sterke personligheter som i stor grad virker hemmende på en nødvendig, men positiv endring. I teorien er det enighet om at hensynet til pasientenes individuelle behov skal ha førsteprioritet (s.66). Funnene viser at dette kan være vanskelig i en travel sykehjemsavdeling. Hva skulle veie tyngst, hensynet til pasientens integritet eller hensynet til verdier og normer i kulturen? En av respondentene refererte til situasjonen med pasienten som hadde fødselsdag og som personalet hadde kledd opp mot pasientens vilje. Personalet mente han måtte være ”pent” kledd på fødselsdagen. I følge respondenten var pasienten preget av mistriivsel, og så ut som et ”dyr i bur”.

Kulturen kan om den blir belyst, si noe om hvem som er i sentrum for omsorgshandlingene (Hamran, 1992). I følge Thorsen & Wærness (1999) kan ordet pleiekultur oppfattes negativt, og som et motstykke til pasientsentrert pleie. I følge forfatterne baseres slike oppfatninger på en tradisjon hvor personalets, og ikke pasientenes meninger er styrende (ibid.).

Respondentene hadde tanker om at de psykiatriske pasientenes krav om medbestemmelse, og det faktum at de var mindre tilpassningsvillige, hadde ”tvunget” dem til å ha større fokus på individuelle behov. Funnene viser at individuell pleie- og omsorg ikke representerer nye tanker, men at deltakelse i studien har fungert som en påminnelse av viktigheten av dette i forhold til alle pasienter. Funnene samsvarer med Berglands (2006), som sier at det er en utfordring for pleiere i sykehjem å vektlegge individuell tenkning framfor kollektiv.

Prioritering av individuelle behov på bekostning av kollektive vil være en viktig del av den kulturendringsprosess som etterspørres av enkelte respondenter. En slik prosess beskrives som ressurskrevende fordi den inkluderer personalets befestede verdier og holdninger (Gunderssen, 2004; Hamran, 1992; Weiner & Ronch, 2003).

Prioriteringer viser seg å være nødvendige i dagens sykehjem. Sykepleierne som ble intervjuet i Foss & Wahl's studie svarte at mange og komplekse arbeidsoppgaver tilsa vektlegging på behov som ernæring og fysisk pleie (Foss & Wahl, 2002). Psykososiale behov var nedprioritert. Begrunnelsen for slike prioriteringer var tradisjoner, og ressurs- og kunnskapsmangel. Dette samsvarer med presenterte funn. Mangel på ressurser og stor arbeidsbelastning blir ofte brukt som legitimering av eksisterende rutiner. Travle dager førte til at de ikke kunne forstå hvordan de skulle få tid til å sette seg ned for å ha en lengre samtale med pasientene. Slike samtaler var uforutsigbare med hensyn til tidsperspektivet. For å få arbeidet unna, er de avhengige av forutsigbarhet. Stillesituasjoner innebar større grad av forutsigbarhet enn samtalsituasjoner. Samtalsituasjoner kunne de sjelden planlegge i detalj. Pleie- og omsorgsoppgavene går raskest om premissene legges av pleierne og ikke av pasientene. En slik holdning vil i følge Orem (1993) og Valset (2005) vanskeliggjøre krav om individuell pleie, medbestemmelse for pasientene og mulighetene for dekning av psykososiale behov. Funntyder dessverre på at denne holdningen er dominerende i avdelingenes kulturer. Kjennskap til reell tidsbruk knyttet til ulike arbeidsoppgaver er i følge Hamran (1992) en del av den "tause" kunnskapen som er med på å skape forutsigbarhet og følelse av kontroll. Til tross for at det ikke eksisterte skrevne normer for tidsbruk, visste pleierne hvor lang tid de hadde til rådighet i et morgenstell, eller hvor lang tid det tok å hjelpe en pasient å spise. Denne erfaringskunnskapen "lå i kulturen" og ble beskrevet som viktig for å få arbeidsoppgavene unna med en viss flyt. Av og til kunne den også være en kilde til frustrasjon, spesielt i forhold til de psykiatriske pasientene og deres nye behov.

Ut fra respondentenes beskrivelser av arbeidsoppgaver er det forståelig at manglende ressurser ble brukt som argument for opprettholdelse av rigide rutiner. Etablerte rutiner ga i liten grad rom for å ta hensyn til pasientenes medbestemmelsesrett. Lignende tilstander blir beskrevet av Gundersen (2004) og Hoseth & Norvoll (2003). De fikk arbeidet unna, pasientene ble velstelte, og fikk sine måltider servert. Respondentene opplevde at dagens rutiner var effektive for å tilfredsstille pasientenes overlevelsesbehov. For å oppnå dette var de avhengige av at pasienter uforbeholdent tilpasset seg slik at personalet fikk arbeidet "unna". I tråd med hva Hamran (1992) og Weiner og Ronch (2003) sier om trekk ved pleiekultur, handler dette i praksis om at prosedyrer over tid, og uten at noen har stilt seg kritiske til den, blir styrende i en kultur. Weiner og Ronch (2003) sier at sykehjemmene styres av "unspoken rules" og en "taken-for-granted" holdning.

Holdninger til de psykiatriske pasientene er andre underpunkt under pleiekulturen i sykehjem.

St.meld. nr. 50 (1996-1997) sier pasientenes opplevelse av kvalitet på helsetjenestene i stor grad avhenger av personalets holdninger til dem (ibid). Funn i studien tyder på at dette kan forklare en av grunnene til at psykiatriske pasienter ikke alltid får dekket sine behov. Respondentenes beskrivelser tyder på at negative holdninger blant personale påvirker kvaliteten på pleien.

Negative holdninger inkluderes i kulturen og forårsaker motstand mot endringer (Gibson & Barsade, 2003; Hamran, 1992; Weiner & Ronch, 2003). Det kan synes som om det er respondentens opplevelse av at psykiatriske pasienter preges av uforutsigbarhet og manglende tilpasningsevne som i størst grad vedlikeholder negative holdninger. Dette ser ut til å gjelde for samtlige sykehjemsavdelinger i studien. Uttalelser som at de psykiatriske pasientene er skremmende, farlige eller uønsket støtter opp om synet på at de ikke passer inn.

Utfordringer til etablerte holdninger og verdier i en kultur skaper utrygghet (Hamran, 1992). De psykiatriske pasientene ble opplevd som en trussel mot pleiekulturens trygghet og forutsigbarhet, noe som til tider førte til frustrasjon med påfølgende forsterking av negative holdninger. Personalets frustrasjoner kan vendes mot de nye pasientene, påvirke kvaliteten på omsorgen og bidra til at negative holdninger mot pasientgruppen blir opprettholdt. Funn tyder på at personalets kriterier for hva som er viktig og riktig i ulike situasjoner baseres blant annet på deres nedføyte holdninger, kunnskaper og ferdigheter. ” *Vi må ta oss sammen og tenke at han er syk* ” . Utsagnet er beskrivende for holdninger som baseres på manglende kunnskaper. Samtidig påvirker disse hvordan personalet møter sine pasienter. I følge Hamran (1992), Sartorius & Schulze (2005) og Weiner & Ronch (2003) er det viktig med bevisstgjøring av hvilken betydning egne holdninger har for den omsorg- og pleie som blir gitt. Sayce (1999) sier at kunnskap om egne holdninger er avgjørende for hvordan pasientene møtes.

Respondentene fortalte om kollegaer som ønsket å slutte i avdelingen i stedet for å omstille seg i møte med psykiatriske pasienter. De sa de hadde valgt å ikke jobbe med psykiatriske pasienter, og at det var en av grunnene til at de ønsket å jobbe i sykehjem. I tillegg viser studien at enkelte ikke ønsker å fortsette å jobbe i en sykehjemsavdeling med økt fokus på psykiatriske pasienter, deres sykdommer og behov. En av respondentene hadde på

intervjutidspunktet søkt annen stilling fordi hun ønsket å jobbe med pasienter med somatiske lidelser.

Bevisstgjøring av hva som skaper eller vedlikeholder negative holdninger vil i følge Sartorius & Schulzes (2005) ”stigmatiseringssyklus” kunne bety en redusert forekomst av stigmatisering, som igjen kan heve kvaliteten på omsorgen til disse pasientene. Å kjenne til konsekvenser av stigmatisering er sentralt for å sette inn tiltak som kan bedre situasjonen for pasientene. Dette kan også ses i sammenheng med Hamran (1992) som sier at holdninger som skapes i kulturer krever bevisstgjøring gjennom refleksjon før eventuelle endringer kan forventes. Avdelingenes kulturer var sjelden gjenstand for refleksjon. En av avdelingene forsøkte å avvikle felles lunch hver fredag slik at personalet kunne få tid til å snakke sammen. I perioder var ikke tiltaket gjennomførbart på grunn av travle dager. Avdelingssykepleieren var her en av pådriverne.

Gallop (1987) hentyder at sykepleiernes negative holdninger til psykiatriske pasienter ofte er grunnet i ubalanse mellom pasientenes behov og sykepleiernes tilbud om hjelp. Pasientene ønsker en annen form for hjelp enn det de blir tilbudt. Pleiekulturen i sykehjem og sykepleiernes kunnskaper skaper ubalansen i denne sammenhengen. I sykehjemmene tilbys, og prioriteres i stor grad, hjelp til personlig hygiene og ernæring, mens det primære behovet til de psykiatriske sykehjemspasientene kan være å få dekket sine psykososiale behov. Dette er i tråd med studiens mest sentral funn. Mange beskrevne funn omhandler denne ubalansen som etter min mening kan gjenopprettes med noen grep som beskrives nærmere i oppgavens konklusjon (kap.7).

I opptrappingsplanen for psykiske helse, ”Åpenhet og helhet” (-. St.meld.25, 1996-1997) understrekes det at integrerende tiltak, som tilbakeføring av pasienter til hjemkommunene, er ment å bidra til å forebygge eller redusere mulighetene for stigmatisering av psykiatriske pasienter. Funn tyder på at dette ikke skjer automatisk og at det tar tid å redusere forekomsten av negative holdninger og stigmatisering. Heldigvis er ikke dette entydige funn. Selv om de var i mindretall, var det enkelte av respondentene som ga uttrykk for at de syntes det var spennende med de nye pasientene, og at de betydde variasjon i arbeidet. Ved å prioritere tid til felles refleksjon kan slike positive holdninger bli mer synlig. Samtidig kan disse bli til inspirasjon og motivasjon for kollegaer som har problemer med å tenke positivt i arbeidet med psykiatriske pasienter. Sartorius & Schulze (2005) sier at en viktig årsak til

negative holdninger til psykiatriske pasienter, er mangel på kunnskap. Refleksjonsgrupper i avdelingene kan bidra til økt kunnskapsnivå.

Oppfatninger av pasientgruppen baseres ofte på hva folk tror, har hørt fra andre, eller fra media (Dybvik et al., 2004; Lyngstad, 2000; Thornicroft, 2006). De siste tiårs nedbygging av psykiatriske sentralinstitusjoner har medført at antall døgnplasser er kraftig redusert. Pasienter er nå ofte sykere ved innleggelse eller de skrives ut før de er ”ferdigbehandlet”. En slik utvikling kan ha vært medvirkende til gjentatte oppslag med negativ omtale i media, noe som igjen har bidratt til økt stigmatisering av psykiatriske pasienter (ibid.). Fire av respondentene oppga slike årsaker til at de i utgangspunktet var negativt innstilt overfor psykiatriske pasienter. Motstanden mot dem var etablert allerede før de kom til avdelingene.

De engelske studiene som ble gjennomført av Byrne (1997, 1999), viste at den prosentvise andelen medisinerstudenter som hadde vanskelig for å like psykiatriske pasienter, hadde økt med økende utdanning. Funnene er interessante fordi de viser det motsatte av funn i denne og andre studier, som klart viser en positiv sammenheng mellom utdanning og innstilling til det å jobbe med psykiatriske pasienter (Robbins, Beck, & al, 1988). Dette viser at økte kunnskaper alene ikke nødvendigvis reduserer negative holdninger til psykiatriske pasienter, men at individuelle variasjoner forekommer.

En undersøkelse foretatt av Teeter et al. 1976 viste at så mye som ca 50 % av sykehjemspersonalet hadde negative holdninger til psykiatriske pasienter. Den høyeste forekomsten var i sykehjem hvor personalet hadde manglende eller ingen kompetanse i psykiatri eller psykiatrisk sykepleie. Forskerne konkluderer med at satsing på kompetanseheving blant ansatte antas å være effektivt.

Sykepleierne i studien hadde klare oppfatninger av at økt kunnskap og ansettelse av psykiatriske sykepleiere ville redusere de negative holdningene til pasientgruppen. I følge studien til Robbins et al. (1998) fant personale, som ikke var spesialutdannet innen psykiatri, det spesielt vanskelig å møte de psykiatriske pasientene med empati. Flere mente de var ”vanskelig å like”, og begrunnet dette med disse pasientenes oppmerksomhetskrevende atferd. I følge Hofseth & Norvoll (2003) strever enkelte sykepleiere i sykehjem med å like alle pasienter som ikke tilpasser seg i den grad det blir forventet av dem. Sykepleieres holdninger til psykiatriske pasienter i norske sykehjem er som nevnt ikke beskrevet tidligere.

Egen praksiserfaring, pilotstudie og funn i denne studien tilsier at mange pleiere opplever psykiatriske pasienter som ”vanskelig å like” (Olsen, 2006).

Funnene viser at negative holdninger til psykiatriske pasienter preger tilnærmingene. Likevel er det viktig å presisere at de fleste respondentene tross alt, viser en profesjonell holdning til de psykiatriske pasientene. Holdningen uttrykkes gjennom et ønske om å gjøre sitt beste for pasientene, selv om det ofte var vanskelig å vite hvordan. Som en av respondentene sa det: ”*Jeg er udannet sykepleier og da er jeg forpliktet til å behandle alle pasienter likt. Det prøver jeg etter beste evne å leve opp til*”. Å ville det beste for pasienten kan forstås som en motivasjonsfaktor som til en viss grad kan kompensere for manglende kompetanse og ferdigheter. Dette er i tråd med Slettebø (2004) som i sin studie av etisk vanskelige situasjoner ved tre sykehjem har funnet at ”strebing mot pasientens beste” utgjør en sentral drivkraft i situasjoner som var vanskelige for pleierne (ibid.).

6.2 Psykiatriske pasienter i somatiske sykehjem

”Men med slike psykiatriske pasienter er det annerledes, det eksisterer egentlig fagfolk som bruker å ta seg av disse.” (Nr.6)

Andre kategori består av fire underpunkter som beskriver hvilke utfordringer sykepleierne mener at psykiatriske pasienter representerer; psykiatriske pasienter har utfordrende atferd som gir uforutsigbarhet, de viser manglende tilpasningsevne, har andre/nye behov og de viser manglende takknemlighet. Glidende overganger gjør det naturlig å diskutere underpunktene uten videre inndeling.

Med nye pasienter kom etablerte rutiner i fokus. De psykiatriske pasientene utfordret pleiekulturen og sykepleiernes egne verdier og holdninger. De psykiatriske pasientene trengte mer tid enn de ”vanlige” sykehjemspasientene til å bli trygge i avdelingene. Vanlige sykehjemspasienter derimot, fant seg raskt til rette i pasientrollen og tilpasset seg kulturen i sykehjemmet uten å stille for mange spørsmål. I følge Weiner og Ronch (2003) opprettholdes kulturelle verdier ved at pasienter med atferd som passer inn ”applauderes”, mens det motsatte skjer med pasienter som har uønsket eller fremmed atferd. Dette er i overensstemmelse med respondentenes beskrivelser. De somatiske pasientene var tilpasningsdyktige, ga i liten grad uttrykk for egne meninger, og aksepterte ting som de ”var”.

Det motsatte var tilfellet med de nye pasientene. Det viste seg at disse ikke tilpasset seg like godt som de ”vanlige” pasientene, noe som forsterket holdningen om at de ikke passet inn.

Nytenking rundt eksisterende kultur opplevdes skremmende og ressurskrevende. En del av problemet var kollegaer som heller ønsket å slutte i avdelingen enn å tilpasse seg til de nye pasientenes behov. De fleste hadde vært vant med at pasientene tilpasset seg slik det ble forventet av dem. Det kan synes som om denne holdningen var mest dominerende blant sykepleiere som har jobbet lengst i sykehjem. Det var de som ga uttrykk for at det var bedre før, da de kunne utføre sine gjøremål uten nevneverdige avbrytelser. Sykepleierne som hadde jobbet kort tid i sykehjem, var mest positive til å samarbeide med de psykiatriske pasientene. Det var også de som mente at intervjuene hadde skapt bevisstgjøring.

Alle avdelingene i studien er store, og har mellom 16-19 pasienter med store og sammensatte hjelpebehov. Mange sykehjemsavdelinger er av en slik størrelse, med unntak av avdelinger som er tilpasset pasienter med aldersdemens. Disse avdelingene er mindre enheter med mellom 6-10 pasienter (Paulsen et al., 2004). Sykepleiernes arbeidsbyrde i avdelingene var stor, og hadde i følge samtlige økt etter at de psykiatriske pasientene kom. Avdelingene hadde ikke fått tilført ekstra ressurser i forbindelse med overføringene. Tidspress betyr at det blir liten tid til hver pasient, og også liten tid til samtaler med kollegaer. To av respondentene presiserte i tråd med Hamran (1992) og Schein (1998) viktigheten av refleksjon. De ønsket de hadde mer tid til å snakke sammen, enten det var uformelt som i en fredagslunch, eller formelt, der det var satt av og prioritert tid. Ønsket var nevnt spesielt i forbindelse med at de nå hadde psykiatriske pasienter som ikke tilpasset seg kulturen som forventet, og slik de var vant med. Refleksjonsgrupper, enten uformell eller formelle kan på sikt føre til bedre kvalitet på sykepleien (Hamran, 1992; Kirkevold, 1996).

Psykiatriske pasienter har i følge funnene behov som utfordrer tradisjonell og helhetlig sykepleie i sykehjemmene. Psykiatriske pasienters behov for at personalet tar seg tid til å samtale med dem utfordrer pleiekulturens uskrevne normer som sier at dette ikke er effektiv bruk av tid (Foss & Wahl, 2002; Gunderssen, 2004). De tre involverte sykehjemmene ser ut til å ha vanskeligheter med å prioritere sosiale- og psykososiale behov. Slagsvold (1998) har i sin avhandling funnet at ulike sykehjem har ulik kultur for slike prioriteringer, og viser til kulturer som var opptatt av, og mestret utfordringer i forhold til det å gi pasienter tid til

samtaler. Denne studien er liten, kanskje ville funnene ha vist større variasjon dersom utvalget hadde vært større.

Flere av de psykiatriske pasientene var i stand til å ivareta sin personlige hygiene. Ofte ønsket de selv å velge om de ønsket å stelle seg, eller om de ville la være. Respondentene ga beskrivelser av stellesituasjoner der psykiatriske pasienter nektet å vaske seg eller å bli vasket. Dette var opplevd som utfordrende situasjoner. En sa ” *Jeg har jo et ansvar for ham den dagen, og da må jeg jo passe på at han blir stelt før jeg går hjem* ”. De psykiatriske pasientenes representerer med dette et brudd med den tradisjonelle sykehjemskulturen. De fant ikke alltid etablerte rutiner nyttige i forhold til sine behov og var i stand til å si fra om dette. Lignende situasjoner beskrives også i studier fra USA (McGrew, 1999). I stedet for at pasienter som var i stand til å stelle seg uten hjelp ble verdsatt, ble de opplevd som en byrde. Pasientenes behov for å bestemme over sin egen situasjon ble ikke godt mottatt av pleierne som med dette mente de mistet kontrollen. De var ikke vant med at pasientene ønsket å gjøre mest mulig, eller alt selv. I St.meld.nr.25 (2005-2006) og i pasientrettighetsloven (Syse, 2000-2001)) uttrykkes det at pasientene har rett til å være med på å ta avgjørelser som gjelder egen behandling. Slettebø (2005) henviser til filosofen Vetlesen når hun poengterer: ” Sykepleieren må i sin praksis gi omsorg på en slik måte at mottakeren står fritt til å akseptere, men også å avvise både omsorgen og omsorgsgiveren” (Slettebø, 2005, s. 76). Kontrollbehovet kan forklares med funnet om at personalet ønsket å opprettholde forutsigbarhet fordi det ga dem trygghet på at de fikk gjennomført sine arbeidsoppgaver.

Mc.Gilton et al. (2003) hevder alle pasienter har behov for tid til samtaler med personalet. En god dialog kan bidra til et meningsfullt sykepleier- pasient fellesskap, og gi bedre dekning av psykososiale og sosiale behov. Valset (2005) sier at dette er en forutsetning for holistisk sykepleie. Valset (2005) viser til at større sykehus nå har ansatt psykiatere i somatiske avdelinger for bedre å ivareta pasientenes psykososiale behov og øke mulighet for en holistisk tilnærming. Sykehjemsavdelingene i studien hadde ikke fast tilgang på slike tjenester.

Til tross for travle arbeidsdager skal sykepleiere tilstrebe å prioritere tid til å bli kjent med pasienten. Slettebø (2004,2005), Valset (2005) og Hauge (2004) fremhever alle viktigheten at personalet tar seg til hver enkelt pasient. Hauge (2004) viser i sin studie til situasjoner hvor det var tydelig å se på pasientene at de satte pris på at personalet satte seg ned med dem. I følge Simpson-Jones et al.(2006) er det å lytte til pasientene avgjørende for et godt

sykepleier-pasient-fellesskap, og også godt for pasientenes opplevelse av å bli sett som person. Flertallet av pasientene i den studien nevnte det at personalet tok seg tid til å høre på dem, som viktigere enn å bli vasket og stelt.

Prioriteringer innenfor stramme tidsrammer var et kjent dilemma for respondentene, og en av årsakene til at de følte at de aldri strakk til i forhold til de psykiatriske pasientenes og deres ”nye” behov. Slettebø (2004,2005) nevner også dette med at stort arbeidspress som medfører vanskelige prioriteringer. Samtlige respondenter mente at individuelle samtaler var ressurskrevende. Det var lettere å forsvare å sette seg ned sammen med flere pasienter på dagligstuen, men selv dette var sterkt nedprioritert. De visste de burde ha gjort det, men fant slik prioritering vanskelig. Slagsvold (1998) sier at dette avhenger av kulturen i det enkelte sykehjem og i den enkelte avdeling, og viser til sykehjem hvor slike prioriteringer var blitt en naturlig del av pleiekulturen. Det er positivt å se at slike prioriteringer er gjennomførbare, og funnene kan være motiverende for andre avdelinger. I denne studien viste det seg at dette var personavhengig. McGilton et al. (2003) hevder at dersom personale tar seg tid og prioriterer en god samtale” kan dette totalt sett redusere ressursbruken. Respondentene mente at en ekstra barriere var at pleiekulturen tradisjonelt var styrt av rutiner i forhold til fysiske behov, noe som hadde ført til at ”synlige ”praktiske gjøremål var verdsatt høyere. Her ses en diskrepans i beskrivelsene; Samtidig som respondentene sier at dette er nye behov, sier de at alle andre pasienter også har behov for at noen setter seg ned med dem bare for å ”slå av en prat”. Det kan synes som de psykiatriske pasientene har bidratt til å gi personalet en bedret forståelse av de psykiske og psykososiale behovene. I et lengre perspektiv kan dette kanskje bidra til en konkretisering av slik omsorg som etterlyses av Valset (2005). Respondentene opplevde at de ikke hadde tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter til å møte de psykiatriske pasientenes behov. Egen utilstrekkelighet førte til at de psykiatriske pasientene ofte ble oppfattet som vanskelige å tilfredsstille. Samme hva som ble gjort, virket det som om det aldri var bra nok. En av respondentene sa det slik:” *Vil han ha saft, og jeg kommer med gul saft, vil han ha rød*”. Den ”vanlige ”sykehjemspasienten var oftest glad all hjelp, og uttrykte også ofte sin takknemlighet. De psykiatriske pasientene derimot, ble av enkelte omtalt som utakknemlige og vanskelige. En studie av Tyler et.al (2006) konkluderer med at sykepleiere i sykehjem er avhengige av positive tilbakemeldinger på seg selv og den jobben de utfører for å oppnå motivasjon og jobbtilfredshet. Psykiatriske pasienter ga i følge respondentene sjelden eller aldri positive tilbakemeldinger til personalet, noe som er i tråd med flere utenlandske

studier (Burns et al., 1988; Fitzpatric, While, & Roberts, 1992; McGrew, 1999). Valset (2005) beskriver sykepleiens overordnede mål som altruistisk, å være god, og å gjøre godt. I tillegg skal sykepleien utøves uten forventninger om å få noe tilbake. Indre motiv som altruisme skal være tilstrekkelig i følge Valset for å yte god desentrisk omsorg. Kanskje er dette en utfordring som oppleves vanskelig og som forsterker negative holdninger til psykiatriske pasienter? Funn i studien tyder på at dette er tilfelle. Problematikken er et kjent fenomen også blant de som jobber med denne pasientgruppen innenfor spesialisthelsetjenesten (Vatne, 2006). Også blant spesialutdannede sykepleiere oppleves dette med manglende takknemlighet både som faglig og personlig utfordring (ibid.). Forskjellen er at i sykehjem er dette nye utfordringer. Med manglende tid til felles refleksjoner, og på bakgrunn av manglende kunnskaper, er det forståelig at sykepleierne opplever dette som belastende.

I tillegg til at de ”vanlige” pasientene i avdelingene er mer fysisk redusert sammenliknet med få år tilbake, har pleierne fått en ny pasientgruppe å forholde seg til (Næss, 2005; Slettebø, 2005; Wyller & Nygaard, 2005). Samtlige respondenter mente bestemt økt arbeidsbyrde reduserte kvaliteten på omsorgen til samtlige pasienter ved at de fikk mindre tid til hver enkelt. Flere ansatte var ønsket, noe de mente bestemt ville bidra til kvalitetsheving på pleien- og omsorgen til den enkelte pasient. Studien til Paulsen et.al (2004) synes ikke automatisk å støtte opp under et slikt argument. De fant at andre organisatoriske forhold som kompetanseheving og bedre tilrettelegging var vel så viktig som mer personell. Studien viste at kvaliteten på, og kvantiteten i pasientbehandlingen ikke automatisk ble bedre med flere pleiere. Det handlet også om å ha relevant kompetanse (ibid.). En studie av Dellefield (2000) bekrefter at ikke antall pleiere i seg selv bidrar til høyere kvalitet, men konkluderer i tillegg med at kompetente sykepleiere bidrar til økt fokus på individuell pleie og et lavere forbruk av ulike typer medikamenter (ibid.).

6.3 Manglende kunnskaper om psykiatriske pasienter i somatiske sykehjem

”Så er det jo også at en skulle kunnet mer. Jeg har i hvert fall kunne tenkt meg å kunnet mer. Jeg har bare med meg det jeg har fra grunnutdanningen” (Nr.1)

Tredje kategori har fire undergrupper, manglende kunnskaper om psykiatri, psykiatrisk sykepleie, generell kommunikasjon og psykofarmakologi. Disse utgjør til sammen

”kunnskapshullet” som i følge respondentene hindrer dem i å gi god profesjonell sykepleie til pasienter med psykiske lidelser. Det blir naturlig å starte denne diskusjonen med funnene som viser manglende kunnskaper om psykiatri og psykiatrisk sykepleie.

Hvilke arbeidsoppgaver som skal utføres i norske sykehjem bestemmes av offentlige myndigheter (*Forskrift om pleie- og omsorgstjenester*, 2003; NOU, 1995:14; Sosial- og helsedepartementet, 1997). Pleie – og omsorg til personer med somatiske lidelser er tradisjonelle arbeidsoppgaver for sykehjemmene, og utgjør med dette en naturlig og sentral del av deres kultur. Dette er i tråd med studiens funn som viser at samtlige respondenter sier de har kunnskap og ferdigheter til å yte kvalitetsmessig god omsorg til den ”vanlige” sykehjemspasienten.

I forbindelse med nedleggelsen av psykiatriske sykehjem og overføring av pasienter til kommunale sykehjem foreligger det et dokumentert behov for økt kompetanse på psykiske lidelser blant ansatte i norske kommunale sykehjem (NOU, 1995:14; St.meld.25, 2005-2006; St.meld.50, 1996-1997). Til tross for tydelige signaler og ”løfter” om kunnskapsheving, er det ingen av respondentene som er tilbudt kurs eller annen form for videreutdanning innen fagområdet psykisk helse. Respondentene ga uttrykk for at de hadde ønsket å være bedre forberedt på å få ansvaret for en ny og helt fremmed pasientgruppe. Manglende faglig oppdatering forut for overføringene hadde gjort at personalet var lite positivt innstilt. Noe som også var en medvirkende årsak til at psykiatriske pasienter ikke hadde fått tilfredsstilt sine behov i tilstrekkelig grad. Det var i forhold til dette at enkelte respondenter mente det likevel hadde ”gått seg til”. Respondentenes uttalelser om manglende samsvar mellom faktiske oppgaver og forutsetninger for å kunne utføre disse, bekreftes i flere studier (Gallop & Wynn, 1987; Shadish & Bootzin, 1984; Stotsky, 1966). I følge studiene til Stotsky (1967) og Shadish & Bootzin (1984) har overføringen av psykiatriske pasienter til kommunale sykehjem også synliggjort store ”kunnskapshull” blant sykehjemsansatte blant i USA. Egne funn viser at seks av syv respondenter mente de hadde for lite kompetanse til å samarbeide med, og til å gi de nye pasientene et tilfredsstillende omsorgstilbud. Slike beskrivelser gir grunn til å være bekymret for kvaliteten på sykepleien til de psykiatriske pasientene. Disse studiene fra USA har undersøkt kvaliteten på den omsorg og behandling som gis til psykiatriske pasienter, og funnet at kvaliteten avhenger av at behovet for økt kompetanse i forhold til kommunikasjon og medisinerer følges opp med konkrete tiltak.

Samtlige er også opptatt av at kommunikasjonsferdigheter må trenes i møte med pasienter som de mener de har problemer i forhold til. Med dette synes jeg funnene som omhandler manglende kommunikasjonsferdigheter i forhold til psykiatriske pasienter får støtte i tidligere forskning. Det er også vesentlig i denne sammenheng at det vises forståelse for at dette er vanskelige utfordringer for sykepleierne. Få av respondentene hadde erfaring fra samarbeid med psykiatriske pasienter, og manglet derfor også trening i å kommunisere disse.

Respondentene mente de ofte hadde problemer i samtaler med psykiatriske pasienter, fordi de følte seg utrygge på egne ferdigheter, og var redde for å utløse uønsket atferd. Det er likevel positivt at enkelte sier de har gått seg til, og bekrefter med det at erfaringskunnskap er viktig.

Sentrale myndigheter, kommuneadministrasjon, det enkelte sykehjem, den enkelte sykehjemsavdeling og sykepleieren er alle sentrale når premissene legges for hvordan pleie og omsorg skal utøves. Samtlige aktører må være seg sitt ansvar bevisst for at alle pasienter skal få optimal pleie- og omsorg. God kvalitet forutsetter kompetente omsorgsutøvere. I følge Slagsvold (1998) utøves god profesjonell sykepleie på sykehjem når fire sentrale målsettinger er oppfylt. Disse målsettingene er: å behandle og pleie, å rehabilitere, å ivareta pasientenes sosiale behov, og å gi dem selvbestemmelse. Dette antas å gjelde for alle pasienter uansett diagnose. Ut fra slike målsettinger, og funn i studien, kan det forstås at det er et stykke igjen før psykiatriske pasienter blir gitt god og profesjonell sykepleie i sykehjem. Ankepunktet er de psykososiale behovene, men også her mener jeg å kunne se positive tendenser.

Under intervjuene kom det ved flere anledninger fram at respondentene savnet støtte fra ledelsen når de fremmet behov for økt kunnskap om pasienter med psykiske lidelser. Det tolkes positivt når seks av syv respondenter reflekterer over eget behov for, og ønsker om kunnskapsheving. Funnene tyder på at lederne har et godt utgangspunkt for igangsetting av kompetansehevingstiltak blant sine ansatte som ser ut til å være motivert for læring. En av respondentene hevdet at det ikke var arrangert interne eller lokale kurs innen psykisk helse i de fem årene hun hadde vært ansatt. Til tross for forskning som påpeker behovet for faglig oppdatering av personell i sykehjem blir kurssøknader avslått og begrunnet med dårlig økonomi. Dette til tross for at det ikke eksisterer interne tilbud om liknende tiltak, og på tross av offentlige retningslinjer som sier at faglighet skal prioriteres. Slettebø (2005) refererer til kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven når hun presiserer at økonomi skal være underordnet faglige hensyn. Slettebø sier videre til at kommunene ikke er gitt anledning til å prioritere annerledes (ibid.). Respondentene hadde alle erfaringer med at økonomi var

avgjørende i mange situasjoner. Mange kurssøknader var avslått med en økonomisk begrunnelse.

Respondentene mente kurs i somatiske lidelser var lettere tilgjengelige. Dette reiser spørsmål om ledelsene ved sykehjemmene også omfattes av pleiekulturenes verdier og holdninger også inkluderer, noe funnene tyder på. Ledelsenes tradisjoner bygger på å sørge for etablering av gode tjenester til pasienter med somatiske lidelser. Denne pasientgruppen utgjør sammen med demente fortsatt flertallet i norske sykehjem (Hofseth & Norvoll, 2003). På bakgrunn av dette blir det naturlig å gi disse gruppene stor ”plass”. Dette rettferdiggjør likevel ikke at psykiatriske pasienter over tid blir ”glemt” eller nedprioritert slik det kan synes i denne studien.

I henhold til retningslinjer for kvalitet i pleie og omsorgstjenesten skal det legges til rette for kompetanseheving. Denne kompetanseheving skal gjøre personalet i sykehjem i stand til å yte adekvat omsorg også til pasienter med psykiske lidelser (*Forskrift om pleie- og omsorgstjenester*, 2003; Helsetilsynet, 2003; St.meld.25, 2005-2006). I forbindelse med nedbyggingen av psykiatriske sentralinstitusjoner ble det gitt øremerkede midler til kommunene for at de skulle rustes til å ta i mot nye pasienter (Gunnes, 1985; -. St.meld.25, 1996-1997). Egen erfaring fra psykiatrisk hjemmetjeneste tilsier at det fra midt på 1990-tallet foregikk omfattende planlegging både når det gjaldt personell og kompetanseutvikling. Kommunale tjenester til pasienter med psykiske lidelser ble bygget opp for å møte nye behov. Det er et tankekors når funn i studien ser ut til at kommunale sykehjem, og deres personale, ikke har vært inkludert i disse planene.

Faglig oppdatering er ikke bare et ledelsesansvar. I henhold til Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere har hver enkelt sykepleier et selvstendig ansvar for å holde seg faglig oppdatert (Sykepleierforbundet, 2001). En stolte på sine praksiserfaringer når hun mente at hun på bakgrunn av slike var i stand til å veilede sine kollegaer. To viste i sine erfaringer til at det ”hadde gått seg til”, og mente de hadde lært etter som tiden hadde gått, eller ”learning by doing” som en av respondentene uttrykte det. En respondent reflekterte over at pasientene kanskje hadde ”lidt” underveis i prosessen, og mente det kunne vært unngått om hun hadde hatt mer spesiell teoretisk bakgrunn. Økt kompetanse erverves også i følge Kirkevold (1996) gjennom praksiserfaringer. Et mindretall av respondentene var bevisst dette; de fleste hadde et ensidig fokus på teoretisk kunnskap.

Gjeldende lovverk, offentlige utredninger og etiske retningslinjer for sykepleiere sier det skal legges til rette for at alle pasienter, uansett diagnose, skal få den hjelpen de har behov for (St.meld.25, 2005-2006; Sykepleierforbundet, 2001; Syse, 2000-2001). Sykepleierne har med dette også et personlig ansvar for å yte faglig forsvarlig hjelp til alle pasientgrupper. Et ansvar som inkluderer en kontinuerlig oppdatering kunnskap i tråd med det som til enhver tid er pasientenes behov.

Bruk av forskningsbasert kunnskap i praksis er et aktuelt tema. Ingen av respondentene hadde noen tanker om denne muligheten for faglig oppdatering, noe som ikke er spesielt for respondentene i denne studien. Nyere forskning viser at sykepleiere i altfor liten grad benytter nyere forskning i sin praksis (Billings & Kowalski, 2006; Brazil, Royle, Meontemuro, Jennifer, & Church, 2004; Hommelstad & Ruland, 2004). I følge Hommelstad & Ruland (2000) og Kirkevold (1996) kan dette forstås ut fra at forskningsbasert praksis er relativt nytt i Norge. Tradisjonelt har sykepleiere ervervet ny teoretisk kunnskap fra deltakelse på kurs og ved bruk av lærebøker (Kirkevold, 1996). I sin studie fant Hommelstad & Ruland (2004) at den største barrieren for å ta dette i bruk i praksis, var liten kjennskap til denne form for kunnskapsutvikling, og at mulighetene til å prioriterere tid til datasøk i arbeidstiden var små. Ut fra respondentenes beskrivelser av sine prioriteringer, er det forståelig at dette til nå ikke er viet oppmerksomhet i deres avdelinger. Like fullt er dette en form for kunnskapsutvikling som er aktuell også i sykehjem, og som i følge Kirkevold (1996) og Brazil et al. (2004), har til hensikt å forbedre kvaliteten på pasientbehandling. Forfatterne hevder at bruk av evidensbasert praksis vil kunne gi ansatte muligheter til å holde seg faglig oppdatert til tross for manglende kompetansehevingstiltak. Etter min mening kan dette med tiden bli et viktig supplement til det en av respondentene kalte "learning-by doing". Slik jeg ser det, er det mange brikker som skal på plass før denne metoden for kompetanseheving blir utbredt i sykehjem. Likevel er det etter min mening, en effektiv metode for kompetanseheving som sykepleiere bør lære seg, og benytte seg av. Dette kan øke mulighetene til å holde seg faglig oppdaterte, og til å overholde krav i henhold til etiske retningslinjer og faglig forsvarlig sykepleie.

Økt kompetanse kan i følge respondentene være mer enn bare kurstilbud. Noe som ikke har kommet tydelig fram i utenlandske studier er behovet for faglig veiledning. En av grunnene til at flere nå følte behov for å snakke sammen var at de psykiatriske pasientene brøt med

kulturen på en slik måte, at de nå ble tvunget til å ”begynne å tenke”. Tidspress, mange praktiske gjøremål og det at ikke alle i personalgruppen så betydningen av dette, førte til at det sjelden ble avsatt tid til faglig veiledning. En mulig tolkning av dette kan være at slike prioriteringer også må vike plassen for praktiske gjøremål, og det å få arbeidet unna. Faglig veiledning eller refleksjonsgrupper kan i følge Kirkevold (1996) være et viktig bidrag til kunnskapsutvikling i praksis.

En studie av Schmidt et al. (1977) konkluderte med at det var av avgjørende betydning for tilfredsstillelsen av pasientenes behov, at sykepleiere spesielt i en overgangsperiode hadde kontinuerlig faglig veiledning. Schmidt et al (1977) uttrykte det slik: ” *This necessitates a reasonably close working relationship with skilled clinicians who visit the nursing home at frequent and regular intervals*” (L. Schmidt et al., 1977, s. 691). Dersom et lignende tilbud hadde eksistert i de involverte sykehjemmene i denne studien, ville det ha gitt sykepleierne økt kunnskap om den enkelte pasients situasjon og sykdomsbilde. Veiledning ville samtidig ha åpnet for muligheten til å bevisstgjøre seg egne holdninger og verdier som kan være avgjørende i møte med de nye pasientene. Spesialisthelsetjenesten har et stadfestet veiledningsansvar overfor 1.linjetjenestene (-. St.meld.25, 1996-1997). Samtlige respondenter mente det var stort forbedringspotensiale i samarbeidet mellom 1. og 2. linjetjenesten. Etter intervjuene kan det se ut som om dette fungerer ulikt i praksis, og at det ikke ligger noen form for automatikk i dette. En av avdelingene hadde ikke opplevd å få den hjelpen de hadde hatt behov for, en annen hadde fått hjelp, men hadde måttet vente lenge. Den tredje hadde bare positive erfaringer med veiledning i forhold til alle sine pasienter. Respondentene fra denne avdelingen mente denne formen for kunnskapsheving hadde bidratt til en mer positiv innstilling til pasienten blant hele personalgruppen.

I tillegg til manglende kunnskaper i psykiatri og psykiatriske sykepleie viser funnene at det er behov for økt kompetanse og ferdigheter i kommunikasjon.

Samtlige respondenter mente at en av deres største utfordringer med de psykiatriske pasientene var kommunikasjon. Manglende kommunikasjonsferdigheter kan ses i sammenheng med manglende kunnskaper om psykiatrisk sykepleie. Hummelvoll (2003) sier kommunikasjon med bruk av seg selv som det viktigste arbeidsredskap står sentralt i samarbeidet med psykiatriske pasienter. Fire sykepleiere mente de hadde vansker med å

kommunisere med pasientene fordi de manglet generell kunnskap om kommunikasjon i tillegg til erfaring med å samarbeide med psykiatriske pasienter. I følge Hummelvoll (2004) er det vesentlig med spesiell kommunikasjonskunnskap som det fokuseres på i psykiatrisk sykepleie. Samarbeid med psykiatriske pasienter forutsetter terapeutisk bruk av seg selv. Det handler om mer enn "bare" å utføre praktiske prosedyrer. Gjennom målrettet kommunikasjon er målet å skape gode relasjoner med pasientene med seg selv som det viktigste hjelpemiddel (ibid.). Som studien til Schmidt-Jonas et al (2006) viste, er dette med å lytte til pasientene noe som oppleves som essensielt for alle pasienter, uansett diagnose.

Respondentene var redde for å si noe som kunne "utløse" utagerende atferd, som de mente de ikke var i stand til å mestre. De fleste hadde erfaring med at psykiatriske pasienter hadde vært fysisk utagerende, og flere hadde opplevd å bli både lugget og slått. Det er forståelig når sykepleierne sier de frykter slike situasjoner. Kommunikasjon med utagerende pasienter er en utfordring selv for spesialutdannet personale (Vatne, 2006). Hem & Heggen (2004) har i sin artikkel: "Rejection – a neglected phenomenon in psychiatric nursing" beskrevet at spesialutdannende sykepleiere på psykiatriske institusjoner finner kommunikasjon problematisk. I deres studie kommer det også fram at disse sykepleierne ikke bestandig vet hva de skal si, noe som også oppleves av sykepleierne i denne studien. Dette var en av flere grunner til at det å prioritere tid til samtale var utfordrende. På bakgrunn av funn om manglende kunnskaper om kommunikasjon, psykiatri og psykiatrisk sykepleie har jeg forståelse for respondentenes bekymringer for dette temaet. Funn tyder på at ansvaret som legges på sykepleierne på sykehjemmene kanskje er for stort, tatt i betraktning deres manglende kunnskaper om psykiske lidelser og psykiatriske pasienter. En slik ubalanse blir også beskrevet av Gallopp, Lancee & Sugar (1993).

I følge Peplau (1992) er god kommunikasjon avhengig av en relasjon som preges av "jeg-du" holdning til pasientene og som skapes ved å fokusere på pasienten som person. En slik holdning er et godt utgangspunkt for god kommunikasjon både med somatiske og psykiatriske pasienter. Hummelvoll (2004) understreker betydningen av et jeg-du-forhold i alle pasientrelasjoner. Hummelvoll (2004) støttes av Dickson et al. (1993) som sier det ikke er tilstrekkelig med generell kunnskap om kommunikasjon for å kommunisere med mange psykiatriske pasienter. Forfatterne mener det kreves kunnskap som tar hensyn til disse pasientenes særskilte behov. Med dette gir forfatterne støtte til respondentenes tanker om at økte kunnskaper om psykiatri vil påvirke kommunikasjon med de psykiatriske pasientene i

positiv retning. Forfatterne nevner kommunikasjon med alvorlig deprimerte, og pasienter med utagerende atferd som spesielt utfordrende. Dette støtter respondentenes opplevelser av vanskelige utfordringer. En av respondentene refererte til hvor vanskelig hun syntes det var å samtale med en kronisk deprimert pasient med suicidale tanker. Her følte hun seg ofte utilstrekkelig, og fant det vanskelig å ordlegge seg. Hun kunne grue seg for å gå inn til denne pasienten både fordi hun manglet kompetanse, og fordi hun visste at en samtale med denne pasienten ville kreve at hun tok seg tid. Tid som hun egentlig ikke hadde.

En av sykepleierne mente at kommunikasjon med psykiatriske pasienter ikke var spesielt vanskelig. Ved å ta seg tid til å bli kjent med pasienten som person og ikke ha for stort fokus på diagnosen, gikk dette greit. Dette er i tråd med Valset (2005) som skriver om hvordan en kan legge til rette for en holistisk tilnærming. Respondenten var uenig med de seks andre som sa løsningen var å få spesialopplæring i kommunikasjon med psykiatriske pasienter. Hun presiserte at psykiatriske pasienter var like forskjellige som somatiske, og at det handler om å våge å gå inn i en relasjon med bare seg selv som verktøy, og å prøve å bli kjent med personen bak symptomene. I følge Thornicroft (2006) virker negative holdninger til en pasient negativt på kommunikasjonen. Dette signaliseres for en stor del gjennom den non-verbale kommunikasjonen.

Slik funnene som omhandler opplevelsen av manglende kommunikasjonsferdigheter kan tolkes, synes det som om respondentene lett glemmer basiskunnskaper fra grunnutdanningen når de møter en psykiatrisk pasient. I stedet for å stole på ervervede ferdigheter, ser det ut til at de lar seg styre av forutinntatthet om at psykiatriske pasienter til enhver tid krever ekstraordinære tilnæringsmetoder. Kanskje kan dette også handle om det faktum at ferdigheter må vedlikeholdes og trenes for å utvikles. Ingen av respondentene hadde jobbet med psykiatriske pasienter siden praksis i grunnutdanningen, som var for 3-35 år siden. Kritiske spørsmål om utdanningens relevans når det gjelder utvikling av kommunikasjonsferdigheter stilles i en artikkel av Kennedy et al.(2000) hvor de konkluderer med at utdanningen ikke gir studenter det de trenger for å møte komplekse pasientsituasjoner på en tilstrekkelig hensiktsmessig måte. Ingen av respondentene antydte noe slikt, men forklarte enkelte kommunikasjonsproblemer ut fra mangel på erfaring med pasientgruppen.

Sykepleiernes manglende kunnskaper om psykofarmaka er fjerde underpunkt i denne kategorien

Utfordringer i sykehjem i forhold til medikamenthåndtering, og da spesielt psykofarmaka er beskrevet i flere studier og over lengre tid. Høyt forbruk av psykofarmaka, og spesielt antipsykotika er veldokumentert (Barnes et al., 2006; Nilsson & Petersson, 2001; I. Schmidt & Svarstad, 2002; Wyller & Nygaard, 2005). Studiene viser til at sykepleiere i sykehjem har store utfordringer, spesielt i medikamenthåndtering til urolige og deprimerte pasienter. Burns et al (1988) har gjennomført studier i sykehjem, som avdekket at 2/3 av pasientene med psykiske problem, og 1/5 av de uten psykiske problem fikk psykofarmaka. Det blir hevdet at mange sykehjemspasienter er overmedisinerte i forhold til antipsykotika. En studie av Selbæk et al. (2006) støtter dette, og viser at til hovedindikasjoner for bruk av antipsykotika i sykehjem er uro eller uønsket atferd. Dette til tross for manglende dokumentert effekt ved slike tilstander.

Respondentene refererer til behovet for mer kunnskap om psykiatri for å kunne vite mer om indikasjoner for behandling, virkning og bivirkning av psykofarmaka. De uttrykker i samsvar med de yrkesetiske retningslinjene, at dette må til for at medikamenthåndteringen skal utføres faglig forsvarlig. Respondentene ga uttrykk for usikkerhet når det gjaldt administrering av alle typer psykofarmaka. Barnes et al. (2006) konkluderer med at usikkerhet generelt handler om hvorvidt pasientene mottar rett dose, og om hvorvidt det oppnås effekt.

Medikamenthåndtering er en sentral oppgave som inngår i sykehjemmenes behandlingsfunksjon. Manglende kunnskaper vanskeliggjør god profesjonell sykepleie som er en overordnet målsetting for all sykepleie.

En studie av Nilsson & Petersson (2001) som omhandler psykofarmakaforbruk blant sykehjemspasienter i Sverige, viste at sykepleiernes faglige vurderinger var avgjørende for kvalitetsnivået på den medikamentelle behandling pasientene fikk. Sett i sammenheng med respondentens opplevelse av manglende kunnskaper på området, er det lett å forstå at de er bekymret for kvaliteten på sykepleien de utøver. Nilsson & Petersson (2001) konkluderer med overforbruk av neuroleptika i forhold til indikasjoner, og etterlyser samtidig bedre samarbeidsrutiner mellom sykepleiere, ansvarlige tilsynsleger og spesialister. Respondentenes uttalelser om dette temaet samsvarer med funn fra den nevnte svenske studien. Forskerne fant at kvaliteten var avhengig av et godt samarbeid bygget på god kommunikasjon mellom leger, farmasøyter og sykepleiere. På sykehjem hvor dette fungerte hadde foreskrivninger med psykofarmaka gått ned, og sykepleierne mente de hadde fått økt kunnskap som ga større grad

av trygghet (ibid.). Sellæg (2005) beskriver områdegeriatriske team som en måte å organisere tjenester til eldre på. I dette legges også vekt på samarbeid, noe som respondentene etterlyste for å kunne gi bedre pleie og omsorg spesielt til deres psykiatriske pasienter. En slik organisering søker å ivareta både pasienten og de som er involvert i behandlingen. Sælleg (2005) viser til at et nært samarbeid mellom de som har ansvar for pasientene er avgjørende for å yte optimal behandling og pleie.

Respondentene har som nevnt meldt kunnskapsbehov til ledelsen, men foreløpig ikke blitt hørt. Inntil videre utfører de daglig sine arbeidsoppgaver til tross for ”kunnskapshullet”. Administrering av medikamenter inkluderer oppgaver som: observasjon av pasienter, vurdering av behov for medikasjon, og videreformidling av observasjoner til tilsynslegen. Ruths & Strand (2005) og Barnes et al. (2006) fremhever behovet for sykepleieres kompetanse i forhold til observasjoner. Tilsynslegen, som ofte er spesialist i almenmedisin, er medisinsk-faglig ansvarlig i avdelingene og har ukentlige konsultasjoner. Til tross for disse, uttrykte respondentene at de savnet kontinuerlig oppfølging og støtte fra spesialisthelsetjenesten. De hadde tanker om at spesialister hadde mer spesifikk og oppdatert kunnskap både om psykiske lidelser og behandlingen av disse. Legen som er ansvarlig for initiering, er avhengig av et nært samarbeid med sykepleieren som kjenner pasienten for å kunne gi den beste behandling. Respondentene mener at de kunnskapsmessig ikke er i stand til å forvalte ansvaret legene delegerer i forbindelse med medikamenthåndtering av psykofarmaka. Dette skaper vanskelige etiske dilemma for sykepleierne. De vet at dette er en sykepleieoppgave, og utfører den, men føler seg ofte inkompetente. En slik følelse skaper usikkerhet og frustrasjon som lett overføres på pasientene.

En kartlegging av norske sykehjemspasienter foretatt av Hofseth & Norvoll på oppdrag fra Helsetilsynet (2003) viste at 28 % av pasientene med psykiske lidelser har behov for spesialisert hjelp i forhold til atferdsavvik. Herunder kommer både hjelp til medikasjon og miljøtiltak (ibid.). Dette er høye tall som viser viktigheten av at sykepleiere i sykehjem oppdateres slik at de kan gi psykiatriske pasienter den hjelpen de har krav på og behov for.

Interessant er det videre når Burns et al (1988) i sin studie viste til at personalets mangel på kunnskap om psykiske lidelser ble erstattet med psykofarmaka. Voyer & Martin (2003) uttrykker bekymring over sykepleieres manglende kunnskaper og ferdigheter når de i sin artikkel viser at psykofarmaka er førstevalg i behandlingen av atferdsavvik i sykehjem.

Forfatterne mener dette er å velge ”enkleste” vei til målet. Respondentene i studien mente også at det av og til ble startet med psykofarmaka på ”tynt” grunnlag, men forklarte dette med at de prøvde å gjøre det de mente var best for pasientene i situasjonen. Flere fortalte om at de hadde gitt medikamenter på usikker indikasjon og som erstatning for personlig oppfølging. Flertallet påpekte at dette var en av de vanskelige utfordringene med de psykiatriske pasientene. Det følte ikke rett, men de opplevde at de ikke hadde annet valg. Funnene kan tyde på at de er uenige med Voyer & Martin (2003) når de hevder, at det å gi psykofarmaka er ”letteste vei til målet”. For respondentene var dette helt tydelig et vanskelig etisk dilemma som de løste etter beste evne. Mangel på ansatte sykepleiere i avdelingene gjorde at de ofte, spesielt på kveld og helg, ikke alltid hadde kollegaer å diskutere med. Voyer & Martin (2003) mener sykepleierne ikke utnytter sine kunnskaper om alternative sykepleietiltak. Forfatterne hevder sykepleierne har slik kompetanse, men at den ikke utnyttes i tilstrekkelig grad. Mulige årsaker til at de ikke utnyttes presenteres ikke i studien til Voyer & Martin (2003). I denne studien er det ikke fokusert spesielt på situasjoner hvor det ble gitt psykofarmaka som erstatning for andre relevante sykepleietiltak. Det som funnene viser, er at sykepleiernes faglige vurderinger av pasientenes behov gjøres etter beste evne, og med de beste hensikter. Vurderingene som foretas er sammensatte og inkluderer ved siden av pasienten, momenter som ressurser og pleiekultur. Respondentene presiserte i denne sammenhengen sterkt dette med ressurser.

7. KONKLUSJON

Hensikten med studien var å utforske hva sykepleiere erfarer som utfordrende med psykiatriske pasienter i en somatisk sykehjemsavdeling. Sykepleierne ga interessante og berikende beskrivelser som ga svar på forskningsspørsmål og problemstilling. I studien har jeg synliggjort syv sykepleieres erfaringer med psykiatriske pasienter i tre ulike sykehjemsavdelinger. Pasienter har ikke vært direkte involvert, men via sykepleiernes erfaringsbeskrivelser gis et bilde av deres situasjon.

På bakgrunn av interesse for psykiatri, egne erfaringer, egen pilotstudie, og det faktum at det er gjort lite forskning på området, var det viktig å rette oppmerksomheten mot temaet. Funnene støtter dette.

Til tross for at respondentene kommer fra tre sykehjem er erfaringene i stor grad samsvarende. Funnene viser at psykiatriske pasienter på flere måter bryter med tradisjonell pleiekultur, og at sykepleierne mangler relevant kunnskap for å imøtekomme pasientgruppens særskilte behov. Studiens funn samsvarer med internasjonal forskning som viser at manglende kunnskap om psykiatriske pasienter og deres behandling er en av de store utfordringene for sykepleiere i somatiske sykehjem. Pleiekulturen, negative holdninger til psykiatriske pasienter, manglende kunnskap og manglende ferdigheter i kommunikasjon var andre sentrale utfordringer. Utfordringer i forhold til kommunikasjon handlet i tillegg om begrensninger som den etablerte pleiekulturens somatiske fokus representerte. Det er viktig å se dette i sammenheng med tradisjonelle pleie- og omsorgsoppgaver i sykehjem. Psykiatriske pasienter er en ny gruppe i denne sammenhengen, og erfaringene til sykepleierne må ses i forhold til dette. Funnene samsvarer med forskning som viser at omstillingsprosesser i sykehjem er krevende og noe som tar tid.

Sentrale myndigheter har med psykiatireformen overført pasienter til sykehjemmet uten at det er sørget for de nødvendige kompetansehevingstiltak en slik reform representerer. Det er interessant at det allerede i 1995, var dokumentert økt kunnskapsbehov blant sykehjemspersonalet i forhold til å kunne møte de nye pasientenes behov. Funnene viser at sykepleierne fremdeles etterspør relevante kompetansehevingstiltak. Respondentenes tålmodighet har vært stor, og funnene tyder på at de fortjener ros for ikke å ha resignert. Til tross for stor arbeidsbelastning og manglende teoretiske kunnskaper har de stått på for sine

pasienter. Ønske om å gjøre sitt beste for pasientene viser seg å være en viktig motivasjonsfaktor for å holde ut. En av respondentene påpekte at det ikke var pasientens feil at han var i hennes avdeling. Av etiske grunner, og av hensyn til pasienten følte hun seg forpliktet til å gjøre sitt beste. Sykepleierne beskriver sterke ønsker om faglig oppdatering, noe som lover godt for videre arbeid med å heve kvaliteten på sykepleien til de psykiatriske pasientene. Med deltakelsen i studien ble det uttrykt ny giv i ”kampen” for økt teoretisk kompetanse på psykiske lidelser, og samtlige håpet studien ville generere funn som kunne gi dem støtte i denne prosessen. Oppmerksomheten temaet har fått i de involverte avdelingene, er en positiv konsekvens som jeg håper skal bli nyttig både for personale og pasienter. I min kontakt med ledelsene ved sykehjemmene opplevde jeg engasjement og interesse for temaet som jeg håper skal gi sykepleierne en etterlengtet støtte.

Kommunale sykehjem er etter nedleggelse av psykiatriske sykehjem den institusjonen som i framtiden skal ivareta denne pasientgruppens pleie- og omsorgsbehov. Framskrivninger av forekomst av psykiske lidelser i befolkningen, kan tyde på at sykehjemmene vil få flere pasienter med psykiske lidelser framover. En slik utvikling krever i følge funnene, økt innsats i forhold til omstilling og nytenkning i sykehjemskulturene.

Studien viste at det Valset (2005) kaller overlevelseshov ble godt i varetatt. Dette var noe samtlige sykepleiere følte de mestret og hadde en positiv holdning til. Dette var samtidig aksepterte og prioriterte oppgaver i avdelingenes eksisterende pleiekultur. Pleiekulturen ble beskrevet som sterkt preget av veletablerte rutiner som opplevdes som hinder for tilrettelegging av individuell pleie. I denne sammenheng er det viktig å løfte fram flertallet av sykepleierne som til tross for manglende ressurser i form av kunnskaper og tid, viste vilje og en positiv holdning til å gjøre sitt beste for pasientene. Refleksjon i forbindelse med intervjuene har skapt en bevisstgjøring, noe som er vesentlig for at de bedre skal mestre utfordringene psykiatriske pasienter gir dem. I tråd med Hamran (1992) og Schein (1998) er bevisstgjøring nødvendig i en endringsprosess.

Jeg har vist at internasjonal forskning gjennom tiår har synliggjort manglende kunnskaper om psykiatriske pasienter i sykehjem. Nasjonale utredninger og rapporter fra 1980- og 1990 tallet har vist til det samme. Funnene i studien tyder på at lite er gjort med dette i praksis. Samtlige sykepleiere sa de i flere år hadde ønsket seg mer kunnskap om deres psykiatriske pasienter,

men at kompetansehevingstiltak blant sykepleiere i sykehjem i dag fremdeles er mest rettet mot somatiske sykdommer.

7.1 Evaluering av studien

For å besvare studiens problemstilling var det valgt kvalitative forskningsintervju. Metoden viste seg å være hensiktsmessig for å få beskrivelser av sykepleieres erfaringer med psykiatriske pasienter. Mange funn ble generert. Sykepleierne hadde mange tanker rundt temaet. Intervjuguiden ble benyttet i varierende grad. En utfordring i intervjusituasjonene var å holde fokus på temaet. Opprinnelig tidsramme på 45 minutter ble ikke overholdt. Samtlige intervjusamtaler tok ca 50-70 minutter. Dette kan handle om egen evne til å sette grenser, og om lite erfaring med slike situasjoner. Egen interesse og engasjement for temaet var nok også en medvirkende årsak til at det ble lange samtaler og mye data.

I etterkant ser jeg at det kunne vært spennende med et utvidet utvalg av respondenter. Hjelpepleiere og omsorgsarbeidere som utgjør store yrkesgrupper i sykehjem, ville trolig ha tilført studien andre perspektiver. Som vist til under diskusjonen av funnene som omhandlet pleiekulturen og prioritering av psykososiale behov, ville kanskje flere involverte sykehjemsavdelinger også ha gitt et mer nyansert bilde av sykehjemskulturer. Andre perspektiver ville jeg nok også ha fått dersom pasientene hadde vært direkte involvert. For denne studien ble dette vurdert til å bli for omfattende.

Overførbarhet handler i denne sammenhengen om funn fra en enkelt studie som denne kan sies å gjelde for sykepleiere ansatt i andre sykehjem. I følge Kvale (1997) og Malterud (2003) er generaliseringer ikke hensikten med kvalitative studier (ibid.). Generalisering av funn er heller ikke hensikten med denne studien. Jeg vil likevel si at jeg finner det overveiende sannsynlig at funnene kan være relevante også for andre enn de involverte sykehjemmene. Dette begrunnes med at funn i stor grad samsvarer med internasjonale studier, og at interne funn også for en stor del var sammenfallende. Tilbakemeldinger fra annet helsepersonell enn de som har vært involvert, støtter opp om sannsynligheten.

7.2 Studiens betydning for videre forskning og tiltak

Jeg velger å innlede med ei kjent strofe fra Andrew L. Webbers "Phantom of the Opera: "I've reached the point of no return". Denne er beskrivende for mitt ståsted etter denne studien. Ny og mer detaljert innsikt har gitt motivasjon til videre arbeid med temaet. Studien genererte flere funn det kan være interessant å følge opp. Uten videre oppfølging av funnene mener jeg at studien har redusert verdi, og mener disse må nyttes til pasientenes beste.

Pleiekulturens stilling i sykehjemmene, og hvordan den påvirker mulighetene for å dekke de psykiatriske pasientenes behov, er ett interessant funn. Her kunne det vært spennende med en utforskende studie som inkluderer pasienter og deres opplevelser av å være i somatiske sykehjem.

Manglende kunnskap i forhold til psykiatriske pasienter, er et annet interessant funn. Konkrete planer foreligger om en større komparativ studie. Her tenkes at enkelte sykehjemsavdelinger tilbys et undervisningsopplegg med temaer i henhold til de fire underpunktene i denne kategorien. Andre sykehjemsavdelinger fortsetter som i dag, uten tilbud om undervisning. Effekten av undervisning skal vurderes og danne grunnlaget for sammenligningene. Undervisningsopplegget er tenkt ordnet som tematiske moduler med mulighet for oppdateringer etter som ny kunnskap genereres.

Mange funn nødvendiggjorde en utvelgelse i forhold til oppgavens omfang. Enkelte komponenter ble tatt ut i diskusjonen. En av disse er funnet som hentyder sammenheng mellom utdanning og kunnskaper om generell kommunikasjon. I følge studien til Kennedy et al.(2000) gir ikke kommunikasjonsundervisningen i grunnutdanningen studentene tilstrekkelige kunnskaper til å møte pasienter med komplekse hjelpebehov. Ut fra eget ståsted som ansatt ved en høyskole som utdanner sykepleiere, er dette interessant å se nærmere på.

Andre funn som ikke diskuteres inngående, er funnene som omhandler fysisk og verbal utagering, og dette med sykepleiemetoder og autonomi. Dette er aktuelle tema i kommende studie.

Referanseliste

- Ahart, G. J. 1982. U.S. general Accounting Office. *The Elderly Remain In Need Of Mental Health services*
- Barnes, L., Cheek, J., Nation, R. L., Gilbert, A., Paradiso, L., & Ballantyne, A. (2006). making sure the residents get their tablets: medication administration in care homes for older people. *Journal of Advanced Nursing*, 56(2), 190-199.
- Benedict, S. P. (1983). The decision to establish a closed psychiatric unit: Some Ethical and Administrative Considerations. *The journal of long-term care administration*.
- Bergland, Å. (2006). *Trivsel i sykehjem. En kvalitativ studie med utgangspunkt i mentalt klare beboeres perspektiv*. Unpublished Avhandling for dr.polit graden, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Billings, D. M., & Kowalski, K. (2006). Bridging the Theory-Practice Gap With Evidence-Based Practice. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 37(6), 248-249.
- Bootzin, R. R., William R. Shadish, J., & McSweeney, A. J. (1989). Longitudinal outcomes of nursing home care for severe mentally ill patients. *The Journal of Social Issues*, 45(3), 31-48.
- Brazil, K., Royle, J. A., Meontemuro, M., Jennifer, B., & Church, A. (2004). Moving to Evidence-Based Practice in Long Term Care: The Role of a Best Practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(3), 14-19.
- Brunton, K. (1997). Stigma. *Advanced Nursing*, 26, 891-898.
- Burns, B. J., Larson, D. B., Goldstrøm, I. D., Johnson, W. E., Taube, C. A., Miller, N. E., et al. (1988). Mental disorder among nursing home patients: Preliminary findings from the national nursing home survey pretest. *International journal of geriatric psychiatry*, 3, 27-35.
- Byrne, P. (1997). Pshyciatric stigma: past, passing and to come. *R. Soc. Medicine*, 90, 618-621.
- Byrne, P. (1999). Stigma of mental illness. Changing minds, changing behaviour. *Br. journal of Psychiatry*, 174, 1-2.
- Dahle, R., & Thorsen, K. (2004). *Velferdstjenester i endring. Når politikk blir praksis* (1 ed.). Oslo: Fagbokforlaget.

-
- Dellefield, M. E. (2000). The Relationship Between Nurse Staffing In Nursing Homes and Quality Indicators. *Journal of Gerontological Nursing*, 26(6), 14-28.
- Dittmar, N. D., & Franklin, J. L. (1980). State Hospital Patients Discharged to Nursing homes: Are Hospital Dumping Their More Difficult Patients? *Journal of the Hospital and community psychiatry*, 31, 251-254.
- Dybvik, S., Johannesen, O., Kjær, R., Lyngstad, G., & Thorsen, G.-R. B. (2004). Stigma, antistigma Stigmatisering av mennesker med psykiake lidelser og hvordan stigma kan bekjempes.
- Daatland, S. o., Nordhus, I. H., Romøren, T. I., & Sletvold, O. (2000). *Status og forskning for norsk aldersforskning*. Oslo: Norges forskningsråd.
- Fagermoen, M. S. (2005). Kvalitative studier og kvalitetskriterier. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 7(2), 40-54.
- Fitzpatric, J. M., While, A. E., & Roberts, J. D. (1992). The role of the nurse in high-quality patient care: a review of the litterature. *Journal of Advanced Nursing*, 17(10), 1210-1219.
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt* (2. ed.). København: Akademisk forlag.
- Forskrift om pleie- og omsorgstjenester 2003.*
- Foss, B. (2002). Lært hjelpeløshet hos langtidspasienter i sykehjem. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 9.
- Foss, B., & Wahl, A. (2002). pasienters behov viktigere enn rutiner. *Sykepleien*(18).
- Gallop, R., & Wynn, F. (1987). The difficult inpatient: identification and Response by staff. *Can. Journal of psychiatry*, 32, 211-215.
- Gibson, D. e., & Barsade, S. G. (2003). Managing Organizational Culture Change: The Case of Long-Term Care. In A. S. Weiner & J. L. Ronch (Eds.), *Culture change in Long-Term Care*. Binghamton: The hartworth Socil Work Practice Press.
- Gjerberg, E. (1995). *Kvalitet i sykehjem?* . Arbeidsnotat, 2. Oslo: Folkehelsa.
- Goffman, E. (1975). *Stigma* (B. Gooseman, Trans.). Copenhagen: Nordisk Forlag A.S.
- Gunderssen, R. b. (2004). *Realisering av innsyns- og informasjonsrettigheter ved et sykehjem*. Universitetet i Oslo, Oslo.
- Gunnes, O. (1985). *Nye alternativer i psykiatrien*. Oslo: Helsedirektoratet.

-
- Hamran, T. (1987). *Den tause kunnskapen* Oslo: Universitetsforlaget.
- Hamran, T. (1992). *Pleiekulturen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.
- Helsetilsynet. (2003). *Pleie- og omsorgstjenester i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud*. Rapport fra Helsetilsynet, 10/2003.
- Hofseth, C., & Norvoll, R. (2003). *Kommunehelsetjenesten - gamle og nye utfordringer*. SINTEF rapport, SFT78 A 033501. Oslo: SINTEF.
- Hommelstad, J., & Ruland, C. M. (2004). Norwegian Nurse's Perceived barriers, and facilitators to Research Use. *AORN journal*, 79(3), 621-634.
- Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt- ikke stykkevis og delt* (6 ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Høyland, K. (2001). *Ny sykehjemmodell, et bedre tilbud*. Trondheim: SINTEF.
- Kennedy, B., Covington, K., Evans, T., & Williams, C. (2000). Mental health consultation in a nursing home. *Clinical Nurse Specialist*, 14(6), 261-266.
- Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis*. Oslo: Ad.Notam Gyldendal
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forakningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Lyngstad, G. (2000). Stigma og stigmatisering i psykiatrien - et område som krever innsats? *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 120, 2178-2181.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring* (2.opplag ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. oslo: Universitetsforlaget.
- McGrew, K. B. (1999). Residents with Severe Mental Illness: How Nursing homes Respond. *Journal of Gerontological Social Work*, 31(3/4), 149-168.
- Nilsson, L., & Petersson, C. (2001). psykofarmakaforbrukning hos pasienter i äldreboenden. utvärdering av omfattning, indikationer och effekt. *Läkartidningen*, 98(12), 1371-1373.
- Nord, R. (1998). Ulike typer design. In M. S. Fagermoen, Nord, R., Hanestad, B.R., Bjørnsgog, E (Ed.), *Fra kunst til kolikk- Norsk sykepleierforskning i fokus* (s. 24-38). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nord, R. (2001). Signaturjakten: Kognitiv svikt og informert samtykke i forskning. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*(1), 24-31.

-
- Nordhus, I. H. (2001). Utfordringer i møtet med den eldre pasienten. *Omsorg*, 18(4), 46-49.
- NOU 1995:14. *Fylkeskommunale langtisinstitusjoner*
- Næss, S. (2005). *Omsorgens vilkår i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene*. Bergen: Rokkansenteret.
- Olsen, B. (2006). Noen som ikke passer inn? Universitetet i Oslo.
- Orem, D. (1993). *Nursing cocepts og practice*.
- Paulsen, B., Harsvik, T., Halvorsen, T., & Nygård, L. (2004). Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem, A045006: SINTEF.
- Phillips, A. J. (1978). The role of the nursing homes in the deinstitutionalization. 39, 2154-2155.
- Polit., C. T., & Beck, D. F. (2004). *Nursing research, Principles og Methods* (7 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins.
- Redfern, S., & IJ, N. (1990). Measuring the quality of nursing care: a consideration of different approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 15(11), 1260-1271.
- Robbins, J., Beck, P., & al, e. (1988). Therapists`perceptions of difficult .. *Journal of nervous and mental disesease*, 176, 490-497.
- Romøren, T. I. (2003). Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud, 10: NOVA.
- Rønbeck, S., Førde, E., Andreassen, H., & Nilsen, T. (1981). *Tilbud i nærmiljøet for personer med psykiske lidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Sartorius, N., & Schulze, H. (2005). *Reducing the stigma of mental illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sayce, L. (1999). Stigma, discrimination and social exclusion: What`s in a word? *Mental health*, 7, 331-334.
- Schein, E. H. (1998). *Organisasjonskultur*. Oslo: Libro forlag
- Schmidt, I., & Svarstad, B. (2002). Nurse-physician communication and quality of drug use in Swedish nursing homes. *Social Science & Medicine*, 54, 1767-1777.
- Schmidt, L., Reinhard, A., Kane, R., & Olsen, D. (1977). The mentally ill in Nursing homes. *American journal of psychiatry*, 34, 687-691.

-
- Selbæk, G., Kirkevold, Ø., & Engedal, K. (2006). The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry (in press)*.
- Sellæg, W. F. (2005). Områdegeriatrisk team - en modell for forpliktende samhandling mellom sykehjem og sykehus. *Tidsskrift for den norske lægeforening*(125), 1019-1021.
- Shadish, W. R., & Bootzin, R. R. (1984). The social intergration of psychiatric patients in nursing homes. *Psychiatry*, 141(10).
- Shadish, W. R., & Bootzin, R. R. (1981). Nursing Homes and Chronic Mental Patients. *Schizophrenia bulletin*, 7(3488-498).
- Sherrell, K., Anderson, R., & Buckwalter, K. (1998). Invisible Residents: The Chronically Mentally Ill Elderly in Nursing Homes. *psychiatric Nursing*, xii(3), 131-139.
- Simpson-Jonas, C., Mitchell, G., Fisher, A., & Linscot, J. (2006). The Experience of Being Listened To. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(1), 46-53.
- Slettebø, Å. (2004). *Strebing mot pasientenes beste*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS - Norwegian Academic Press.
- Slettebø, Å. (2005). *Etiske utfordringer og kvalifikasjoner i helsetjenesten*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Sosial- og helsedepartementet. (1997). Rundskriv om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Oslo.
- St.meld.25, -. 1996-1997. Sosial og helsedepartementet. *Åpenhet og helhet Om psykiske lidelser og tjenestetilbud*nr.25 (1996-1997)).
- St.meld.25 2005-2006. Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement. *Mestring, muligheter og meninger. Framtidas omsorgsutfordringer*.(Stortingsmelding;
- St.meld.50 1996-1997. Sosial- og helsedepartementet. *Handlingsplan for eldreomsorgen*.(St.meld.; nr.50 (1996-1997)).
- St.prp.nr.63, S.-o. h. 1997-1998. *Opptrappingsplan for psykisk helse*
- Stotsky, B. (1966). The psychiatric patient in the nursing home. *Journal of The American Geriatric Society*, 14(7), 735-747.
- Sykepleierforbundet. (2001). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo.

- Syse, A. (2000-2001). *Norges lover: Lovsamling for helse og sosialsektoren*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thagaard, T. (1998). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned, discrimination against people with mental illness*. Oxford: University press.
- Trommald, M. (2005). Sosial og helsedirektoratet.
- Valset, S. (2005). *Veivalg i sykepleien* (1 ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne*.
- Vickery, K. (2003). The complex patient to managing. *Provider*, 18-35.
- Voyer, P., & Martin, L. S. (2003). Improving geriatric mental health nursing care: Making a case for going beyond psychotropic medications. *International Journal of Mental Health Nursing*(12), 11-21.
- Weiner, A. S., & Ronch, J. L. (Eds.). (2003). *Culture Change in Long term care*. New-York: The Haworth Press Inc.
- Wyller, T. B., & Nygaard, H. A. (2005). Sykehjemsmedisinen frem i lyset. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 125(8), 993.