

RAPPORT RAPPORT

Livshistorien som en metode til å skape gode relasjoner mellom pasient og pleiepersonell

Undervisning og veiledning om verdien av å bruke livshistorier i den daglige pleien ved et sykehjem

Linda Nilsen



**Rapporter fra Høgskolen i Buskerud,
Nr. 52**

**Livshistorien som en metode til å skape gode relasjoner
mellom pasient og pleiepersonell.**

Undervisning og veiledning om verdien av å bruke
livshistorier i den daglige pleien ved et sykehjem.

Av

Linda Nilsen

Avdeling for helsefag
Drammen 2004

HiBus publikasjoner kan kopieres fritt og videreformidles til andre interesserte uten avgift.

En forutsetning er at navn på utgiver og forfatter(e) angis- og angis korrekt. Det må ikke foretas endringer i verket.

ISBN 82-91116-70-9

ISSN 0807-4488



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap
Boks 1120, Blindern

Navn: Linda Nilsen	Dato: 08.juni 2004
Tittel: Livshistorien som en metode til å skape gode relasjoner mellom pasient og pleiepersonell.	
Undertittel: Undervisning og veiledning om verdien av å bruke livshistorier i den daglige pleien ved et sykehjem.	
Hensikt: Studiens hensikt var å utvikle kunnskap om det å innhente pasienters livshistorier vil bidra til gode relasjoner mellom pleiepersonell og pasienter.	
Teoretisk rammeverk: Studien bygger på humanismen, hvor menneskets verdighet, frihet og ansvar står i sentrum. I pasientomsorg er humanistiske verdier, omsorgsteori og nærhetsetikk viktige. Humanistiske prinsipper for læring og som en guide for undervisning og veiledning er vektlagt. Mulige etiske problemer som kan komme frem i forbindelse med å bruke pasienters livshistorier i det daglige arbeidet, blir også diskutert.	
Metode: Studien har et kvasi-eksperimentelt design med en intervensjon (variabel), som var undervisning og veiledning av pleiepersonalet (sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og assistenter). Basert på en åpen invitasjon var 12 kvinner villige til å delta. Det ble gitt undervisning om betydningen av å kjenne til pasientenes livshistorie, og et tilbud om å delta i tre gruppeveiledninger. Deltakerne samlet samtidig inn deler av livshistorien til en valgt pasient i det daglige arbeidet. I etterkant av intervensjonen ble kvalitative intervjuer med deltakerne brukt som metode for å samle data om deres erfaringer. Data ble tolket etter prinsipper for hermeneutikk (del-helhet), og gjennom en deduktiv analyse.	
Resultater: Studien viser at et kort læringsprosjekt, gjennomførbart i en travel hverdag, ga mange positive resultater. Undervisning og veiledning i gruppe var en god arena for læring og informasjonsutveksling. Pleiepersonalet med ulik bakgrunn kunne tilføre hverandre kunnskaper. Alle deltakerne sa at innsamling og utveksling av pasientenes livshistorier bidro til at ble bedre kjent med pasientene. "Pasientene ble til personer med en historie". Pasientenes fortellinger rørte ved mange av pleiepersonalets følelser, og de tenkte mer på pasienten enn tidligere. Noen nye opplysninger kom frem, og nye individuelle behov ble oppdaget. I enkelte tilfeller unngikk personalet å snakke om ting som de syntes var vanskelig for pasienten og seg selv. De sa at veiledningsgruppene inspirerte arbeidet med livshistoriene. Pleiepersonellet ønsket mer tilbud om opplæring og oppfølging i det daglige arbeidet.	
Konklusjon: Studiens resultater indikerer at aktiv bruk av pasientenes livshistorier kan utvikle gode relasjoner mellom pasienter og pleiepersonalet. Pasientens identitet synes å komme tydeligere frem, og individuelle behov bedre forstått. Veiledningsgrupper er nyttige for å utveksle informasjon og øke kunnskap om pasientene. Gruppediskusjoner bør kunne brukes som intern-opplæring, og til oppfølging av personalet.	
Nøkkelord: livshistorie, sykehjem, eldre, pleiepersonale, veiledning, relasjoner	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap
Boks 1120, Blindern

Name: Linda Nilsen	Date: 08.juni 2004
Title: Life history as a method to create good relations between the patients and the nursing staff.	
Subtitle: Education and supervision about the value of using the life history during daily care in a nursing home for the elderly.	
Purpose: The aim was to develop knowledge about whether collection of the patients' life history will improve the relationship between nursing staff and patients.	
Theoretical framework: The study is based on humanism where a person's dignity, responsibility, and freedom are in focus. In patient care, humanistic values, theories of caring and ethics of care are important. Humanistic principles of learning as guide for education and supervision are argued. The possible ethical problems that can emerge by using the patients' life history in the daily work are also discussed.	
Method: The study has a quasi-experimental design with the intervention variable being education and supervision of the nursing personnel (RNs, nursing assistants, unqualified aids). Based on an open invitation 12 women agreed to participate. One lesson about the importance of knowing parts of the patients' life history was given as well as supervision in three groups. At the same time each participant collected parts of one patient's life history. Following the intervention, qualitative interviews with the participants were used to gather data on their experiences. Data were interpreted after principles of hermeneutics and through a deductive analysis.	
Results: The study shows that a short teaching project was possible to perform in a busy day, and gave many positive results. Education and supervision in a group was a good arena for teaching and sharing information. Nursing staff with different backgrounds contributed to expand knowledge. All the participants said that the collection and exchanges of the patients' life history contributed to better knowledge of the patients. "The patients became persons with a history". The histories touched the nursing staff, and they thought more about the patients than before. Some new information came forth and some new individual needs were discovered. In some situations the nursing staff avoided to talk about things they felt were difficult for the patient and themselves. They said that the supervision group inspired their work with the life histories. The nursing staff wanted more education and supervision in their daily work.	
Conclusion: The results in this study indicate that to actively use the patients' life histories may create good relations between patients and nursing staff. The patient's identity seems to evolve and individual demands to be better understood. Supervision groups are useful to exchange information and increased knowledge about the patients. Group discussions may also be used as internal education of the nursing staff..	
Key words: life history, nursing home, elderly, nursing staff, supervision, relations	

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn og hensikt med studien	2
1.2 Legitimering av læringsprosjektet	3
1.3 Legitimering av forskningen	3
1.4 Livshistorien som et middel	4
1.5 Begrepsavklaringer, avgrensninger og problemstilling	5
1.6 Litteraturgjennomgang	6
2.0 TENKNINGSGRUNNLAG	8
2.1 Humanistisk verdigrunnlag	8
2.2 Menneskesyn	9
2.3 Verdier	11
2.3.1 Respekt	11
2.3.2 Ansvar.....	12
2.3.3 Empati.....	12
2.4 Omsorgsteori	13
2.5 Nærhetsetikk	14
3.0 LIVSHISTORIEN	16
3.1 Livshistorieforskning	16
3.2 Livshistorie i sykepleiefaglig sammenheng	18
3.3 Livshistoriens betydning for pasienten	19
3.4 Livshistoriens betydning for pleiepersonell	20
3.5 Etske aspekter ved å kjenne en pasients livshistorie	21
3.5.1 Glemte følelser.....	21
3.5.2 Subjektiv sannhet.....	21
3.5.3 Overinvolvering.....	22
3.5.4 Pårørendes rolle	22
3.5.6 Taushetsplikt.....	22

4.0 LÆRING, UNDERVISNING OG VEILEDNING.....	24
4.1 Læring	24
4.2.Læring og miljø.....	26
4.3 Læring ved hjelp av narrativer	28
4.4 Læring i hverdagen	30
4.5 Veiledning.....	30
4.6 Forskning innen veiledning	33
4.7 Didaktikk.....	34
4.8 Presentasjon av ”læringsprosjektet”	35
4.8.1 Læreforutsetninger.....	35
4.8.2 Rammefaktorer	36
4.8.3 Mål.....	36
4.8.4 Innholdet.....	37
4.8.5 Læreprosessen.....	38
4.8.6 Vurdering.....	39
5.0 METODEKAPITTEL	40
5.1 Design.....	40
5.2 Metodevalg	43
5.2.1 Innpass i feltet.....	44
5.2.2 Deltagere og respondenter	45
5.2.3 Kort beskrivelse av prosjektet	46
5.2.4 Gjennomføring av prosjektet	47
5.2.5 Rolleskifte: Fra veileder til forsker.....	48
5.2.6 Tilrettelegging av intervju	49
5.2.7 Gjennomføring av intervjuer	49
5.3 Validitet og reliabilitet	51
5.3.1 Etske overveielser.....	52
5.3.2 Presentasjon av stimuli og kontekst.....	54
5.4 Analyse.....	55
5.5 Kritikk av design og metode.....	57
6.0 PRESENTASJON AV DATA	59
6.1 Avgrensinger i analysen	60

6.2 Kategorier.....	61
I. UNDERVISNINGEN.....	61
II. INNSAMLING AV LIVSHISTORIEN.....	65
III. VEILEDNING.....	69
IV. GJENNOMFØRING AV PROSJEKTET.....	72
7.0 TOLKNING OG DRØFTING.....	76
7.1 Undervisningen.....	76
7.1.1 Engasjement, motivasjon og læring i små grupper.....	76
7.1.2 Undervisningsmateriale: Narrativer og ”redskapet”.....	79
7.2 Innsamling av pasientenes livshistorier.....	80
7.2.1 Respekt, tillit, og tillatelse.....	80
7.2.2 Personalets reaksjoner: Empati, unngåelse, opplevelse og berørthet.....	82
7.2.3 Pasientene ønsket å fortelle.....	85
7.2.4 Tid og ekstraarbeid.....	86
7.3 Veiledningene.....	87
7.3.1 Utveksling av informasjon, inspirasjon, motivasjon, stress.....	87
7.3.2 Refleksjon, tanker om pasienten, visualisering.....	89
7.3.3 Bedre kjent, nye opplysninger.....	91
7.3.4 Pasienten blir til en person.....	92
7.4 Prosjektets gjennomførbarhet.....	93
7.4.1 Tilbud om opplæring og oppfølging.....	94
7.5 Kritikk av oppgaven.....	94
LITTERATURLISTE.....	96

Tabeller, figurer og vedlegg

Tabell 1, Litteratursøk, s. 7

Tabell 2: Analyse av undervisningen s.61

Tabell 3: Analyse av innsamlingen, s.65

Tabell 4: Analyse av gjennomføringen, s.72

Figur 1, Tenkningsgrunnlag. S.13

Figur 2, Viktige faktorer i pleie, omsorg og relasjoner, s.15

Figur 3, momenter for et godt læringsmiljø i praksis, s.28

Figur 4, Den didaktiske relasjonsmodellen, s.35

Figur 5, Intervensjon og en datainnsamling, s.41

Figur 6, Illustrasjon over prosjektet; s.47

Figur 7, Illustrasjon av prosjektet og hovedfunn, s.75.

Vedlegg 1. Kvittering fra Personvernombudet (NSD)

Vedlegg 2. Søknad til institusjon

Vedlegg 3. Svar fra institusjon

Vedlegg 4. Invitasjon og informasjon om prosjektet til deltakere

Vedlegg 5. Skriftlig informert samtykke

Vedlegg 6. ”Redskapet”, hjelpemiddel til innsamling av pasienters livshistorie.

Vedlegg 7. Intervjuguide

1.0 INNLEDNING

Mange av landets gamle og syke tilbringer den siste tiden av sitt liv på et sykehjem. Der er det pleiepersonellet som blir de som bistår med hjelp til den daglige pleie, og de som tilbringer mest tid med de eldre. Relasjonen mellom pasient og pleier er derfor av stor betydning for de eldres hverdag. Denne oppgaven er et bidrag til hvordan pleiepersonell kan skape gode relasjoner med pasientene ved hjelp av pasientenes livshistorier.

I Pasientrettighetsloven (Ot.prop.nr.12), §2-5, står det at pasienter har rett til en individuell plan i samsvar med bestemmelsene for helsehjelp. Det vil si at pleie og stell skal være individuelt tilpasset hver enkelt pasient. Loven tar utgangspunkt i et tillitsforhold mellom pasienten og helsevesenet, og skal ivareta respekten for den enkeltes pasients liv, integritet og menneskeverd.

I min forståelse av pasientrettighetsloven er det en implisitt tanke at for å kunne gi individuelt tilpasset pleie, må man kjenne til noe av pasientens tidligere liv. Hvordan skal man ivareta pasientens ønsker og behov, dersom man ikke vet hva ønskene og behovene er? På denne bakgrunn har betydningen av å se mennesket bak pasienten vokst frem for meg. Ikke for at det skal overta plassen for det medisinske, men fordi begge perspektivene kan, og bør, utfylle hverandre.

Pleiepersonell som arbeider på sykehjem har ulik bakgrunn, og er alt fra sykepleiere med spesialutdannelse til assistenter uten formell utdannelse, de aller fleste er kvinner. Felles for denne gruppen er den pleie og omsorg som de utøver. Pleien av pasientene ledes i stor grad av sykepleiere, og pleiepersonalet er et sykepleiefaglig ansvar. I følge helsepersonelloven (Ot.prp. nr.13 (1998-99)) er offentlig godkjente sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere forpliktet til å utøve sitt fag på en forsvarlig måte, praktisk og etisk. Samfunnet stiller stadig nye og strengere krav til kvalitet ved sykehjem, både til bygninger, og av den pleien som gis. Kommunen plikter å følge forskrifter om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten som en garanti for å sikre pleiekvaliteten for pasienter som bor på sykehjem (Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, Rundskriv I-13. Sosial og helsedepartementet, 1997).

Fra Stortinget stilles det krav til en kontinuerlig opplæring og utvikling, en politikk for livslang læring. En 4-årig handlingsplan for kompetansereformen ble utviklet av Utdannings- og forskningsdepartementet i 1999. Denne tar spesielt sikte på

voksne, og vil via etter- og videreutdanning gi muligheter til kompetanseutvikling. Faglærte har dessuten et ansvar for å holde seg oppdatert og videreutvikle egen kompetanse (Kompetansereformen, Handlingsplan 2000-2003, Sosial- og helsedepartementet 1997, kapittel 7). Dette vil si at det er krav om, og behov for, kontinuerlig opplæring av personell innen pleie og omsorgsarbeid.

1.1 Bakgrunn og hensikt med studien

Min egen arbeidserfaring er hovedsakelig fra kommunehelsetjenesten, både i hjemmetjenesten og ved sykehjem. Det var formodentlig sammenlikningen mellom arbeidet i hjemmetjenesten og inne på institusjon som vakte min interesse for temaet ”pasientenes livshistorier”. I hjemmesykepleien arbeider en i huset eller i leiligheten hvor personene bor, og en ser bilder, møbler og pyntegjenstander som ofte er samlet gjennom et langt liv. Gjennom sansene skapes et inntrykk av personen, og om det livet han eller hun har levd. Personene hjemme kan ofte fortelle om sitt liv og om sine behov. På sykehjem har pasientene kun noen få personlige eiendeler med seg, og det er vanskeligere å få et umiddelbart inntrykk av livet de har levd. Personene har ofte blitt til pasienter med kompliserte sykdomsbilder og et stort behov for hjelp til stell og pleie, og den fysiske pleien er i sentrum.

Hverdagen er hektisk i kommunehelsetjenesten og det er lite med ressurser til opplæring og oppfølging av personalet. Min ide var derfor å lage et ”læringsprosjekt” som kunne gjennomføres i hverdagen, over en periode på 4-5 uker. Prosjektet omfattet 12 av pleiepersonalet, og besto av en undervisning på ca. to timer, tre ukentlige gruppeveiledninger og innsamling av en pasients livshistorie i hverdagen.

Teoridelen i oppgaven beskriver tankene bak ”læringsprogrammet”. Undersøkelsen i oppgaven er en studie av hvordan deltakerne opplevde og erfarte det å være med på opplæring i, innsamling av og veiledning om å samle inn deler av en pasients livshistorie. Vil dette bidra til å påvirke relasjonen mellom personell og pasienter?

1.2 Legitimering av læringsprosjektet

Sykepleiefaglig er det ikke vanskelig å legitimere et prosjekt som setter det helhetlige menneskesynet i fokus og ønsker å fremme verdier som respekt, forståelse og toleranse. Fra et kunnskapsmessig synspunkt er det spesielle i dette prosjektet at ulike yrkesgrupper er representert, og at alle får samme undervisning og veiledning uansett bakgrunn. Det kan argumenteres med at deres ulike forutsetninger gir ulikt utbytte av prosjektet. Temaet er uansett like viktig for en assistent som for en sykepleier, og det sentrale er å skape en god relasjon til pasienten. Prosjektet legitimeres også gjennom å være et bidrag til intern opplæring av ansatte. Pasientenes livshistorier øker personalets bakgrunnskunnskaper om den enkelte pasient. Undervisning og veiledning er oppfølging og videreutvikling av personalet. Dette er både av personlig og av samfunnsmessig interesse.

Faktorer som taler for læringsprosjektets gjennomførbarhet er blant annet følgende:

- Krever ikke forkunnskaper hos personalet
- Lite ressurskrevende
- Krever lite ekstra tid og rom
- Mulig å gjennomføre i en travel hverdag
- Personlige relasjoner sikrer utbytte/resultater
- Er en måte å tenke på/ jobbe på/ filosofi/ ontologi/ ideologi i hverdagen
- Kan bygges ut med både undervisning og veiledninger

1.3 Legitimering av forskningen

Innen sykepleie er det behov for forskning når det er ting vi vet lite om, når det er resultater som skal forklares, forutsies eller kontrolleres og når det skal iverksettes tiltak for å oppnå et bedre resultat (Polit and Hungler, 1999). Denne studien er gjort i den hensikt å utvikle kunnskap om hvordan innhenting av deler av pasienters livshistorie bidrar til gode relasjoner mellom pleiepersonell og pasienter.

Det kan synes som om det er en ”blomstring” i bruken av livshistorier i forskning innen ulike fagområder som sosiologi, pedagogikk og samfunnsmedisin.

Innen sykepleie har bruken av historier eller narrativer økt spesielt innenfor undervisning og formidling. Min ide er å bruke livshistorien som en fremgangsmåte i relasjonen mellom pleiepersonell og pasienter.

I Sverige har Hansebo og Kihlgren (2000) utført et noe liknende prosjekt, over et år, men med ulik hensikt for forskningen. De ønsket å se på kvaliteten av pleie til pasientene, gjennom personalets fortellinger om pasientene. Jeg ønsket å se om læringen ga resultater via personalet. Mitt prosjekt kan ikke sammenliknes med deres, men det sier noe om viktigheten av temaet i eldreomsorgen.

Av forskning innen didaktikk er det ofte fokusert på sykepleiestudenters læring, og det finnes lite norsk sykepleieforskning som omhandler pleiepersonell generelt. Jeg mener at det er et viktig ansvar for sykepleievitenskapen å bidra med forskning slik at relasjonen mellom pasient og pleiepersonell blir best mulig for pasienten, uansett helsefaglig bakgrunn.

Av samfunnsmessig betydning vil resultatet av denne forskningen kunne indikere om dette er en måte å påvirke relasjonen mellom personell og pasienter, og ved videre forskning om en slik tilnæringsmåte til pasientene også kan påvirke pleiepersonellens syn på eldre.

1.4 Livshistorien som et middel

Det kan høres ut som en selvfølge å møte pasienter på et sykehjem via deres livshistorier. Fra tid til annen kommer det forskning, litteratur og medieoppslag med eksempler på at pasienter blir tingliggjort og behandlet på lite verdige måter. Dette viser at det er viktig å beholde fokus på sykehjemspasienten som et menneske med like stor verdighet som alle andre. Ved å lytte til pasientenes fortellinger vil det unike ved hver enkelt komme frem. Små historier og episoder vil gi et innblikk i livet deres, og si noe om hva som har vært viktig og betydningsfullt for dem i tidligere år.

1.5 Begrepsavklaringer, avgrensninger og problemstilling

Med **prosjektet** mener jeg den undervisning, veiledning og innsamling av en pasients livshistorie som ble utført på et sykehjem. Begrepet **oppgave** dekker hovedoppgaven i sykepleievitenskap. Undersøkelsen i oppgaven refereres som **studien**, og ”forskeren” i studien vil bli beskrevet i **jeg-form**.

Jeg valgte å fokusere på **personalet** som arbeider på en institusjon. Prosjektet omfatter helsepersonell med ulik bakgrunn; sykepleiere, hjelpepleiere omsorgsarbeidere og assistenter. Derfor betegnes deltagerne som **pleiepersonell**, og noen ganger bare som **personell**. I dette prosjektet var det 12 **deltakere**, men bare 10 som ble intervjuet. Dataanalysen er basert på 8 intervjuer, disse vil bli kalt **respondenter**.

Det personalet som har deltatt i prosjektet arbeidet ved ”vanlige” sykehjemsavdelinger. Personalet valgte selv ut de pasienter de ville samtale med. Selv om undersøkelser viser at det er mange demente på en ”vanlig” avdeling, er det ikke skilt mellom pasienter med og uten demens. Prosjektet fordret frivillig deltagelse til dialog mellom pasienter og personell.

Jeg har valgt å bruke både begrepet opplevelse og erfaring i oppgavens problemstilling. Opplevelse er en temporær hendelse som kan gripes umiddelbart av den som er i situasjonen, den kan gjenfortelles, og deles med andre som beskrivelse av fortid (Vetlesen og Stänicke, 1999). Ricoeur (1988) definerer erfaring forskjellig fra opplevelse. Han hevder at erfaring får man først når man har bearbeidet en opplevelse, dvs ”når man er stanset opp, har trådt et skritt tilbake, og har lært av de umiddelbare opplevelser man har hatt”. Ved å benytte begge begrepene ønsker jeg å nå både det umiddelbare, og det bearbeidede ved en opplevelse.

På denne bakgrunn ble følgende problemstilling for undersøkelsen dannet;

Problemstilling for oppgaven

Hvordan opplever og erfarer personalet på et sykehjem undervisning, veiledning og innsamling av en pasientenes livshistorie?

Undersøkelsen fokuserte på deltagernes egne opplevelser og erfaringer, og erfaringer ved å være medlem av en gruppe. Forskningsspørsmålene ble laget for å gjenspeile undervisningen og veiledningsgruppens formål, nemlig hvordan man kan skape relasjoner til pasientene via deres livshistorier. Jeg var også opptatt av om pasientenes livshistorier gjorde inntrykk på personalet, og om prosjektet lot seg gjennomføre i hverdagen.

Forskningsspørsmål

- Undervisningen:** Hvordan opplevde deltakerne undervisningen ?
- Innsamling av livshistorie:** Hvordan samlet deltagerne inn pasientens livshistorie?
- Gruppeveiledning:** Hvilke refleksjoner/tanker/følelser vil livshistoriene skape?
- Prosjektet i konteksten:** Hvordan passer et slikt prosjekt inn i personalets hverdag?
Hvilke tilbud har personalet til opplæring?

1.6 Litteraturgjennomgang

Jeg har i tidligere oppgaver ved Institutt for Sykepleievitenskap skrevet om både veiledning og livshistorier. I løpet av denne tiden har jeg lest og samlet mye litteratur om emnene, og det var naturlig å bruke noe av dette i hovedoppgaven. Litteraturen er i hovedsak samlet gjennom UiO sitt bibliotek.

Jeg har også søkt etter forskningsartikler i Universitetets databaser. Ulike databaser har vært brukt. Følgende tabell viser en oversikt over baser og antall treff på det aktuelle tidspunkt.

Tabell 1: Søking i databaser:

Database	Life history	* nursing	* education	* elderly	*supervision
Bibsys	1188 livshistorier;113	7 sykepleie; 3	utdanning; 3	eldre; 18	veiledning;
Cinahl	190 (bredt søk)	31	17	40	1
Eric	345 (research; 143)	7 (research; 3)	225 (research; 89)	7 (research; 4)	0
Norart	17	0		3	
Sociological Abstracts	1602	21		135	
Bibliotek.dk	livshistorie; 107				
SweMed	36				

Første kolonne angir antall treff på søkeordet "life history" som hovedord, og i de påfølgende kolonnene er det krysset med andre søkeord. Det viser at det er mange treff på begrepet livshistorier i de ulike databaser, men når det krysses med de andre søkeordene, faller mange treff fra. Jeg har lest gjennom mange artikler for å komme frem til de som er brukt i oppgaven. Ingen av forskningsartiklene hadde nøyaktig samme vinkling som denne studien. Det finnes mye forskning på personers livshistorier, og dette ble viktig bakgrunnsmateriale, og bekreftet viktigheten av ideen til prosjektet.

Andre separate søk er gjort på begrepene "veiledning/supervisjon", og på "læring/education". Et utvalg av disse artiklene er brukt i sammenheng med de aktuelle temaene.

2.0 TENKNINGSGRUNNLAG

Olsen (2003) hevder at allerede under den innledende tematiseringen har kvalitative forskere mulighet til å yte vesentlige bidrag til sikring av analyseresultatets kvalitet. Ved teoretisk eller annen forforståelse og om forholdet mellom problemstillinger og forforståelse, viser forskeren gangen i studien (ibid). Tematiseringen understøtter også den metodologiske formgivning, og via refleksjoner over tema og problemstilling trer valg av design frem.

Teorien i denne oppgaven vil legitimere mitt eget ståsted, og den viser på hvilken bakgrunn analysen er utført. Mitt utgangspunkt er at tidligere opplevelser og erfaringer preger nye møter og tolkningen av nye opplevelser, slik hermeneutikken beskriver at mennesket forstår den mening og de intensjoner som andre mennesker uttrykker gjennom handlinger, ord og i relasjonelle sammenhenger (Vetlesen og Stänicke, 1999).

2.1 Humanistisk verdigrunnlag

Et humanistisk verdigrunnlag er valgt som utgangspunkt for utviklingen av den undervisningen og veiledningen som ble gitt i prosjektet, og er brukt som et overordnet verdigrunnlag i denne oppgaven. Med et verdigrunnlag mener jeg de tanker, meninger og holdninger som ligger til grunn for de valg som tas.

Opprinnelsen til de humanistiske grunntanker er ikke tidfestet, men kan finnes igjen i skrifter helt tilbake til antikken. Det finnes blant annet mye humanistisk tankegang i Sokrates sine dialoger som ble nedtegnet av hans elev Platon. I renessansen (som en historisk periode, 1350-1600) ble grunnantagelsene og holdningene beskrevet. Begrepet humanisme kom først på tysk på 1800-tallet, men ble utbredt først lang tid senere (Wackerhausen, 2002).

Humanismen forfekter et optimistisk og positivt syn på mennesket og dets muligheter, og fremmer tanken om menneskers verdighet, egenverd og autonomi. Humanismen bygger på tanken om at mennesket kan være stolt av sin natur, og at det

må gis mulighet til fri utfoldelse av sine naturlige evner (Wackerhausen, 2002). På bakgrunn av dette blir mennesket tillagt selvstendig ansvar for sitt liv og sin skjebne (Stigen, 1983). Menneskets verdighet er det sentrale i humanismen. Ut fra et slikt syn har mennesket et egenverd i seg selv, er unikt og ukrenkelig. (Lamont, 1988, Wackerhausen, 2002). I takt med samfunnsutviklingen, og de rådende forhold, er humanismen hele tiden i forandring. Den er hele tiden en normativ og reflekterende prosess, med både konstruktive og kritiske tiltak. Uansett tid og sted, er en aktiv solidaritet med mennesket og det humane perspektivet, og en avvisning av menneskers underkuelse, tingliggjøring eller ”forglemmelse” et hovedpunkt. Humanismen fordrer en synliggjøring av det ”usynlige”, være seg fysiske eller psykiske forhold (Wackerhausen, 2002). I verdigrunnlaget er det fornuften som er dommer, samtidig som det finnes en anerkjennelse av menneskers følelsesliv (Lamont, 1988). ”Etisk og sosialt ser humanismen tjeneste for medmennesker som det høyeste moralske ideal. Den hevder at individet fremmer sitt eget beste ved arbeid for alles beste” (Lamont, 1988).

Det humanistiske verdigrunnlaget er trukket inn i oppgaven av flere grunner. Det gir et perspektiv til hvordan mennesker selv har ansvar og mulighet til å utvikle seg som selvstendige individer. Videre gir det føringer for hvordan mennesker bør behandle sine medmennesker. Dette grunnlaget er sammenfallende med et normativt syn på hvordan pleie av syke bør utføres, og på hvilket grunnlag pasienter bør få den hjelpen de trenger. Som likeverdige parter i et forhold der den ene parten yter og den andre parten har behov for hjelp.

2.2 Menneskesyn

Det som karakteriserer ens menneskesyn er de eksistensielle spørsmålene om menneskets plass i verden og i samfunnet. For å kunne forstå andre mennesker er det viktig å være seg bevisst sitt eget menneskesyn (Eriksson, 1999). Hvordan man ser på andre avspeiler seg i hvordan man ser på seg selv, noe som viser seg gjennom kommunikasjon, handling og samhandling.

Henriksen og Vetlesen (1997) beskriver grovt sett menneskesynet i to livssynstradisjoner, den kristne og klassisk-humanistiske på den ene siden, og den teknisk-økonomiske på den andre. I den kristne og klassisk-humanistiske er menneskets

ukrenkelige verdi og frihet sterkt betonet. I den teknisk-økonomiske blir mennesket derimot sett på som et produktivt vesen. I denne tradisjonen spiller menneskeverdet mindre rolle. Kunnskaper om livssynstradisjoner kan hjelpe oss til å forstå og møte våre egne og andres holdninger. Hvordan vi forstår oss selv har betydning for hvordan vi forstår andre (Henriksen og Vetlesen, 1997). I følge Hammerlin og Larsen (1997) går et humanistisk menneskesyn ut på at mennesket er et subjekt, et unikt jeg, som har frihet, ansvar og verdighet.

Med humanismen som det ontologiske utgangspunkt vil jeg beskrive det menneskesynet som følger en slik verdensanskuelse i et sykepleieperspektiv. Sykepleiens menneskesyn har forandret seg i takt med annen utvikling. I den første delen av forrige århundre var sykepleien preget av et naturvitenskapelig menneskesyn, mens det i dag er et humanistisk menneskesyn som er rådende. Humanismen representerer de grunnleggende verdiene i sykepleien. Den står for et helhetlig menneskesyn, hvor man ser på mennesket som en helhet med både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjoner. Mennesket er en enhet av kropp, sjel og ånd. Dette er et individualistisk og optimistisk menneskesyn, der frihetstanken og troen på menneskets grunnleggende godhet står sentralt (Hiim og Hippe, 1993). Kun ved en humanistisk tilnærming til pasienten kommer helheten i menneskesynet fram (Nåden og Braute, 1992).

I følge Da Silva (2000) er det vårt menneskesyn og våre moralske holdninger som motiverer oss til å gjøre godt mot andre, og til å følge de etiske regler, prinsipper og teorier som vi kjenner. Kunnskapene om reglene, prinsippene og teoriene er ikke tilstrekkelige for vår moralske atferd. For at vi skal ”bevege oss mot en pasient og hjelpe er det nødvendig at vi har kunnskap, men også sympati og medfølelse” (ibid). Han hevder videre at denne holdningen bygger på vårt menneskesyn, som igjen bygger på et bestemt livssyn. Ved at pleiepersonalet retter sin oppmerksomhet mot en pasients livshistorie, vises respekt, sympati og medfølelse. Via ens handlinger vises holdninger og verdier.

2.3 Verdier

Til grunn for ethvert menneskesyn ligger det verdier, for eksempel om hva som er riktig og galt, godt eller ondt (Hammerlin og Larsen, 1997). Det er de historiske og kulturelle forholdene vi lever under som skaper et menneskets verdi. Våre handlinger sier noe om vårt menneskesyn og om våre verdier. Indirekte eller direkte sier de noe om hvordan vi verdsetter ting, natur, relasjoner og mennesker (ibid). Aadland (1998) deler verdiene inn i åpne og skjulte verdier. De åpne er de som vi ønsker å ha, gjerne gode og klare mål og idealer. Skjulte verdier er de som vi ikke ønsker å vise frem, og som vi ofte ikke engang er klar over selv. Det er disse verdiene vi bør prøve å komme i kontakt med, for å få større innsikt i oss selv. Humanismens kritiske forpliktelse fordrer en synliggjørelse av det ”usynlige” (Wackerhausen, 2002). I dette ligger det at mennesker bør bli kjent med sine skjulte verdier, for de sidene kommer frem i kontakt med andre mennesker.

Verdier i sykepleien har skiftet i takt med ontologiske forutsetninger, men omsorg for mennesket har alltid vært tilstede, om enn i forskjellige uttrykksformer. Sykepleiefaget har i samsvar med humanismen, et normativt fundament. Gjennom sin praksis har sykepleien et mandat om å tjene menneskeverdet (Nortvedt, 1998). Fagermoen (1997) har forsket på hva sykepleiere finner meningsfullt i utøvelsen av sykepleie. Ivaretagelse av pasientens verdighet, individualitet og integritet var viktige mål, likeså trygghet, håp og rom for privatliv. Alle verdiene var til det gode for pasientene, og understøttet teorien om sykepleiere som moralske aktører.

Via refleksjon kan man bli kjent med sine egne verdier og sitt livssyn og menneskesyn. Til dette kreves det mot og styrke til å møte seg selv i en selvransakelsesprosess. Jeg vil trekke frem tre viktige verdier; respekt, ansvar og empati. Disse verdiene mener jeg er spesielt viktige i arbeidet med syke og hjelpetrengende mennesker.

2.3.1 Respekt

Respekt er en sykepleiers utgangspunkt for alt arbeid (jfr. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere). Selv om ikke alt pleiepersonell ved sykehjem er

sykepleiere, er deres oppgaver ledet av en sykepleier og jeg bruker derfor dette som et utgangspunkt.

Å respektere en persons egenverd vil si å møte personen som en enestående person med egen fortid, med en egen opplevelse av situasjonen her og nå og med en egen fremtid. Respekt uttrykkes gjennom berøring, blick og stemme, det vil si vår holdning og handlinger. Ved å vise noen respekt, viser en oppmerksomhet overfor den andre, og er med på å bygge opp den andres selvspekt. Krav til å bli behandlet med respekt er ytterligere understreket i Pasientrettighetsloven (Ot.prop.nr.12), som har som formål å ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd.

Ved å være lydhør og villig til å høre på hva pasienten har opplevd, viser helsepersonell respekt for pasienten. Det er en inngangsport til å bli bedre kjent med hver enkelt og til å se pasienten som et helt og unikt menneske. Ut fra dette kan individuell pleie tilrettelegges for den enkelte.

2.3.2 Ansvar

Levinas (1991) hevder at etikk er ansvar. "Ansvaret er den ubedte appell om deltakelse i et annet menneskes liv, og dette ansvar er ikke-valgt" mener Nortvedt (Vetlesen og Nortvedt, 1996), som støtter seg til Levinas i sin beskrivelse av ansvar. "Det etiske ansvaret for pasientens velbefinnende springer ut av møtet med pasientens erfaringsverden", "ansvaret er der før ansvarligheten" hevder Nortvedt (ibid.) videre. Dette tolker jeg som en plikt til å møte de mennesker du står ovenfor på deres premisser, og gjøre hva som er til det beste for hver enkelt.

I relasjon til problemstillingen mener jeg at alt helsepersonell har et ansvar for å vise interesse for pasientenes levde liv. Som omsorgsytere blir vi automatisk en del av deres pågående livshistorie.

2.3.3 Empati

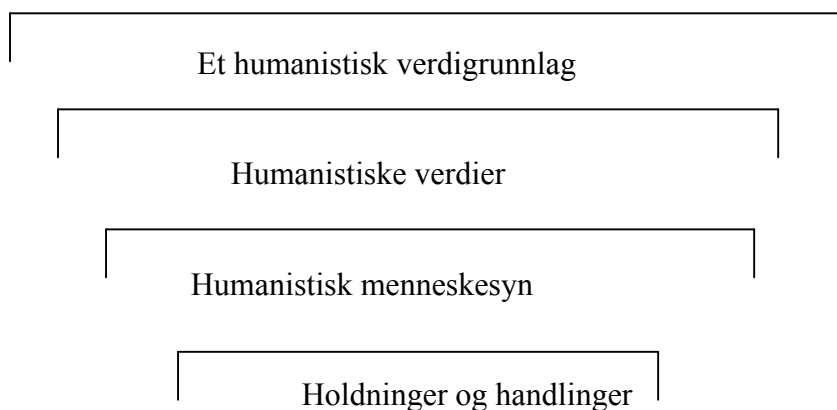
Vetlesen definerer empati som menneskets grunnleggende følelsesmessige evne (Vetlesen og Nortvedt, 1996). Han konstaterer at empatievenen er orientert mot noen andre, og muliggjør å bli berørt av den andres berørthet. Den etablerer et emosjonelt bånd mellom de involverte partene. Empati er den evnen som muliggjør omsorg for andre og spiller derfor også en avgjørende betydning for moralske avgjørelser (ibid.)

Ved å lytte til en pasients livshistorie vil det kunne knyttes bånd og skapes følelser mellom pasienter og personalet. Dette krever innlevelse og engasjement i det man arbeider med i nuet. Det øker tillit og nærhet i et mellommenneskelig forhold, og kan bli av betydning for handlingsvalg i helsepersonellens hverdag. Empati er viktig i sykepleie generelt, men kanskje spesielt innen eldreomsorg hvor pasientene har behov for helhetlig og ofte langvarig pleie.

Da Silva (2000) påpeker en klar sammenheng mellom moral/etikk, menneskesyn og livssyn, og dette kommer til syne i utøvelsen i omsorgsykker. Den ”omsorgsideologi” som er gjeldende, viser seg blant annet i synet på pasienten og i forholdet mellom pleier og pasient.

Figur 1 : Tenkningsgrunnlag.

Illustrerer sammenhengen mellom verdigrunnlag, livssyn/menneskesyn, verdier, holdninger og handlinger



2.4 Omsorgsteori

Omsorgsteorien tar utgangspunkt i omsorgsbegrepet og omsorgsrelasjonen. Ulike sykepleieteoretikere som Noddings (1984) og Benner (1998) har skrevet om dette. Omsorgsbegrepet innbefatter en integrasjon av fornuft og følelse (Scheel, 2001), og dreier seg om moral og relasjon mellom mennesker (Noddings, 1984). Martinsen (1993, 1996) er også en budbærer av denne feminine etikk som bygger på nestekjærlighet, og har omsorg som et mål i seg selv. Begreper som følsomhet, gjensidighet og ansvarlighet

står i sentrum. Martinsen beskriver hvordan helsearbeideren på en personorientert profesjonell måte presenterer seg for pasienten som en person med følelser. På denne måten trer pasienten frem som en som vedkommer helsearbeideren (Austgard, 2002). Ethvert menneske blir unikt, og helsearbeideren har et moralsk ansvar for den andre og seg selv. Evne til innlevelse er sentralt, for nærvær er grunnleggende for ekte omsorg, det å være tilstede i situasjonen (Austgard, 2002).

I omsorgsteori er det å ”bry seg om” sin neste en forutsetning for vårt liv (Nortvedt, i Vetlesen og Nortvedt, 1996). Ved å være oppmerksom, lyttende og interessert i en pasient viser pleiepersonell omsorg. Dette kan gjøres samtidig med å utføre praktiske oppgaver, og ved å fremme muligheter for at pasienter kan fortelle om ulike episoder fra sitt levde liv.

Selv om Martinsen har et mer kollektivistisk og fenomenologisk utgangspunkt enn hva som er grunnlaget for denne oppgaven, ser jeg ingen grunn til ikke å kunne benytte omsorgsteorien innen humanistisk tenkning, og i vektleggingen av pleiepersonalets ansvar i pleien av pasienter.

2.5 Nærhetsetikk

Henriksen og Vetlesen (1997) hevder at den moralske fordring møter oss straks vi møter et annet menneske. Det er gjennom det mellommenneskelige møtet og innenfor relasjoner at det er mulig å styrke en pasients selvrespekt, lindre hans plager og beskytte hans fysiske så vel som psykiske integritet. Nærhetsetikere hevder at ansvaret er noe absolutt, betingelsesløst og ofte ugjengjeldt. (Vetlesen og Nortvedt, 1996).

Nærhetsetikken ser jeg-du forholdet som det grunnleggende etiske forholdet. Mennesket er selv et etisk subjekt, deltakende, i situasjonen. Ved ikke å delta som et subjekt i situasjonen objektiviseres den andre, og gjøres til noe istedenfor noen. Hvordan vi betrakter den andre er avgjørende for hvordan vi vil handle overfor ham, det legger føringer på vår interaksjon med den andre (Vetlesen og Nortvedt, 1996). I dette legger jeg at ved ens holdninger vises ens menneskesyn, som igjen kommer til uttrykk i de handlinger en velger og i måten de utføres på.

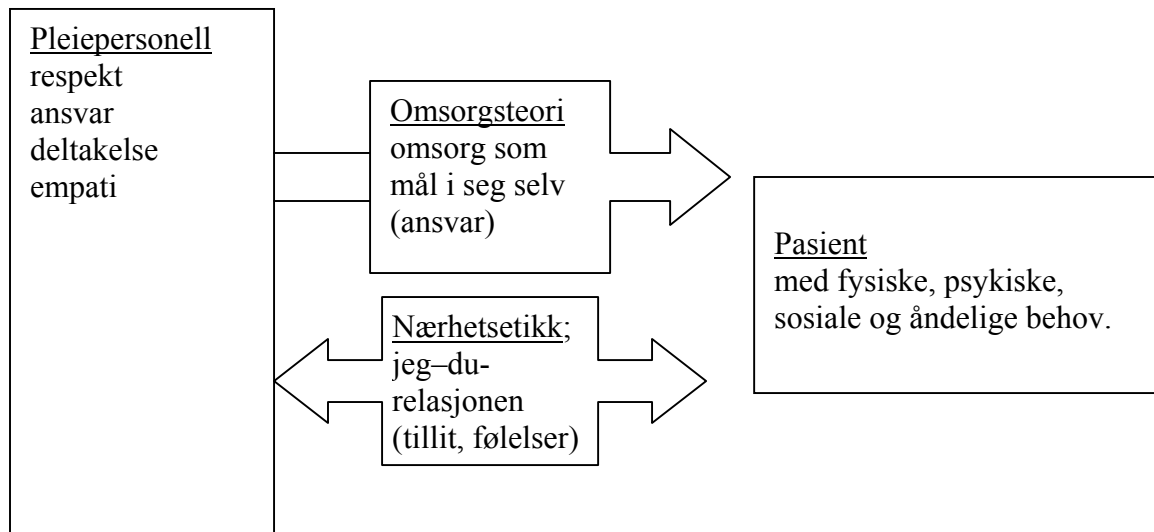
Da Silva, (2000) formulerer seg på følgende måte; ”Nærhetsetikken vektlegger den nære og gode relasjonen som alltid bør finnes mellom pleiepersonell og pasienter”.

I denne nærheten hevder han det bør ligge en følelsesmessig positiv holdning eller innstilling som muliggjør en toveiskommunikasjon og en jeg-du relasjon, i motsetning til en jeg-det relasjon, mellom helsepersonell og pasient. Dette stiller krav til pleiepersonellet, som Da Silva (ibid) mener bør være ”et godt menneske” for å kunne gjøre det gode og handle rett i relasjon til andre menneskers interesse.

Jeg har valgt å legge vekt på omsorgsteori og nærhetsetikk fordi ved å innhente pasienter sin livshistorie utfordres relasjonen mellom personell og pasient. Dersom personalet ikke har evnen og viljen til å bygge opp en god relasjon, vil det være vanskelig å få frem annet enn objektive opplysninger. Det kreves tillit til et menneske for å ville utlevere sine innerste tanker og følelser. Tillit og sannferdighet gjør den andre åpen, og skaper rom omkring oss, rom der vi er trygge (Martinsen, 1993).

Felles for omsorgsteorier og nærhetsetikk er en sterk vektlegging på kommunikasjonens betydning. I forbindelse med å innhente de gamles livshistorier er kunnskaper om kommunikasjon viktig. Det kunne ha vært skrevet mye om kommunikasjon, men av plassmessige årsaker vil det ikke bli utdypet i denne oppgaven.

Figur 2: Viktige faktorer i pleie, omsorg og relasjoner



Pilen i omsorgsteorien er ensrettet fra pleiepersonell til pasienten. I dette ligger det en forpliktelse og et ansvar om å gi pasienten den omsorg som trengs. I nærhetsetikken er det pleiers ansvar å legge til rette for en god relasjon i de mellommenneskelige møtene, men relasjonene er også avhengig av at pasienten ønsker, og er i stand til å skape en relasjon.

3.0 LIVSHISTORIEN

Lundby (1998) hevder at historien om våre liv gir rammen for erfaringen vår, den organiserer og gir mønster til erfaringen. En mer dagligdags definisjon karakteriserer et menneskes livshistorie som et stort ”mosaikkbilde”, hvor alle biter har sin bestemte plass, og er av like stor betydning, både alene og i sammenhengen. Piaget (1965) konstaterer at barndommen og oppveksten er av betydning for hvordan vi har blitt som mennesker. Utdannelse, yrke og våre sosiale roller merker oss, og har gjort oss til de personene vi er i dag. En livshistorie kan si mye om det kulturelle og historiske liv hver og en har opplevd, om likheter og forskjeller hos mennesker. Ved å bli kjent med hele, eller bruddstykker av en livshistorie, vil man lettere forstå hvorfor personen har blitt som den er. Via historier konstituerer vi oss selv, vi skaper mening i livet vårt (Andrews, Sclater, Squire, Treacher, (red.), 2000).

Goodson (2000) skiller mellom livsskildringen og livshistorien. Livsskildringen inneholder personens beretning om eget liv (oftest fortalt muntlig) på et bestemt tidspunkt. Livshistorien supplerer dette med data hentet fra andre menneskers beretninger, offisielle registre og historisk dokumentasjon av forskjellig art.

3.1 Livshistorieforskning

Det foregår mye livshistorieforskning innen mange ulike fag. Jeg har valgt å presentere et utdrag av det som har vært betydningsfullt for denne studien.

Bjerrum og Ramhøj (1995) hevder at forskere ser livshistorien som en forskningstradisjon som fokuserer på det unike individ, men samtidig tar med og avdekker den samfunnsmessige og sosiokulturelle virkelighet som individet inngår i.

I følge Schwartz (2002) kan livshistoriefortellinger fremme en åpen dialog mellom pasienter, leger og sykepleiere og medvirke til et helhetssyn på mennesker, samfunn og sykdommer.

Hansebo og Kihlgren (2000) har utført et prosjekt på sykehjem i Sverige om bruk av pasientenes livshistorier, og har målt kvaliteten på pleien samtidig. De hevder at

å lære om en pasients livshistorie kan gjøre det mulig for pleiepersonalet å forstå pasienten, og hva som er hans/hennes meninger. Denne forskningen viste at dersom personalet visste mer om pasientens bakgrunn, fokuserte de på pasientene som unike individer, med ressurser og muligheter, til tross for pasientens begrensninger.

Hagemaster (1992) har brukt livshistorier som en kvalitativ metode i forskning, og konkluderte med at informasjonen som en sykepleier samlet inn, utfordret til å forstå pasientens holdninger og oppførsel, og pekte på at holdningene ofte var influert av tidligere hendelser i livet. Hagemaster (1992) hevder også at sykepleiere ser på mennesker som et fysio-psyko-sosialt-kulturelt individ. Dette tolker jeg dit hen at sykepleiere evner å se individet fra forskjellige vitenskapsmessige ståsted. Videre mener Hagemaster (1992) at livshistorieforskning kan få frem adferds- og trosmønstre på tvers av kulturer, og samtidig sette fokus på individuelle forskjeller i en gruppe eller kultur. Forskningen kan dessuten muliggjøre ekspansjon av sykepleiens rekkevidde av teoribygging. Dette vitner om at livshistorieforskning har sin berettigelse innenfor sykepleievitenskap.

Innen ergoterapi benyttes livshistorier som metode til å bygge terapeutiske relasjoner. Larson og Fanchiang (1996) har forsket på dette, og de hevder at livshistorier og en hermenautisk tilnærming kan hjelpe til å forstå klientenes/pasientenes kompleksitet og kontekst, effektivisere behandlingen og gjøre klienten fornøyd.

Thorsen (1998), psykolog og gerontolog, har forsket mye på livsløp og alderdom. Hun hevder at ”beretninger om det gitte og levde livet har selvforklarende og selvdefinerende kraft-, det er fortellinger om en selv, slik en nå engang ble”. Videre sier hun at fortellingen om livet må helst bekrefte det hele, og gi verdighet til alderdommen.

Jeg har valgt ut en rekke sitater fra Thorsen (1998) sin bok ”*Kjønn, livsløp og alderdom*”. De danner et godt bakgrunnsmateriale for den studien.

Uten fortid glir personene mer friksjonsfritt inn i den store gruppen som vi med en smule skjønning kaller eldre. s.13. Et fortidsperspektiv kaster lys over de referanser og målestokker den enkelte legger på sitt liv og alderdom. Hva man håper, ønsker, trenger og krever i eldre år er vokst ut fra et langt livs erfaringer. s.14. Livshistoriene har vist oss at det ikke finnes noe gjennomsnittsliv., s.16. Vi kunne lære av de gamles verdier og mestringsstrategier, av den vekt de legger på ærlighet, nøysomhet, utholdenhet, stabilitet, arbeidsomhet, beskjedenhet, på tålmodighet og evne til å gjøre det beste ut av det, også når det røyner på. s. 413.

Skal man forstå eldre ønsker, behov og vurderinger, må man også kjenne til deres tidligere liv. Vi må ta oss tid til å lytte til deres livshistorie, som også blir en del av vår egen historie. s. 415.

Disse utsagnene sier noe om hvor viktig livshistorien er for den enkelte person, og i en større sammenheng. De fremhever det unike hos hver enkelt individ, og viser respekt for det enkelte mennesket.

3.2 Livshistorie i sykepleiefaglig sammenheng

Så tidlig som i 1860 poengterer Florence Nightingale i sin Håndbok i sykepleie, at den syke skulle møtes som et menneske og ikke bare som en diagnose. Hun tar alltid utgangspunkt i pasientens synsvinkel, og hva som er til det beste for den enkelte. Fra dette tolker jeg at Nightingale så det særegne i hvert menneske, noe som også kommer frem via et menneskets livshistorie.

Jeg har et behov for å sette begrepet livshistorie inn i en spesifikk sykepleiefaglig sammenheng. I pleien av syke ønsker vi å ta utgangspunkt i individet som unikt, og gi hver enkelt pasient tilrettelagt og individuell pleie. Sykepleien tar i bruk kunnskap fra mange fagfelt i det daglige arbeidet. I den medisinske tradisjon har det vært vanlig å nærme seg pasienter ut fra deres sykehistorier. Dette har vært tilfelle for mange helsearbeidere, og det er denne tilnærmingen jeg nå vil utfordre, ikke fordi jeg mener at den er gal, men fordi den kan komplimenteres.

Med livshistorie i et sykepleiefaglig perspektiv mener jeg de beretninger som pasienten selv deler med personalet, pluss det som finnes i offentlige registre, og det som blir skrevet ned i journalen. I dette ligger det de medisinske opplysningene som kommer frem via legejournaler og andre journaler, men også de opplysningene som pasientene og pårørende kan bringe inn. Pasienter kan fremstille sine sykdommer på en annen måte enn hvordan de er beskrevet i medisinske uttrykk, og ikke alle pasienter opplever sine sykdommer på lik måte.

Pasientenes fortellinger om sitt liv angir ofte noe om hva som er, eller har vært, viktig for vedkommende. Noen pasienter ønsker å fortelle om sin helse, andre om sin oppvekst eller bakgrunn. Sandelowski (1994) uttrykker det slik: "We are the stories we tell". Disse fortellingene vil hjelpe pleiepersonalet til å forstå det unike ved pasienten.

Satt sammen, og tolket på hermeneutisk måte, vil disse opplysningene gi et innblikk i pasientens levde liv og om hvordan han eller hun ønsker hjelp til pleie og omsorg. Dette er i overensstemmelse med hva Severinsson (Severinsson og Lindström, 1993) hevder at med et hermeneutisk vitenskapssyn som utgangspunktet for sykepleien, kan vi få innblikk i det andre menneskets verden og verdensbilde.

Et slikt syn på pasienter og sykepleie finner jeg igjen hos Bondevik (2002). Her hevder hun at kvalitet i sykepleie på et sykehjem bygger på en grunnleggende forutsetning, om erkjennelsen av at det er et menneske vi har foran oss. Dette krever en innsikt i den Eldres livshistorie, samt opplysninger fra dem som står nær. I tillegg kreves det forståelse for den gamles situasjon og livserfaringer som påvirker den gamles håp, bekymringer og forhold til fremtiden.

Bergem (1998) understreker også viktigheten av å kjenne til eldre menneskers verdier og kulturelle eller religiøse bakgrunn for å forstå personen. Dette kan være styrende for de hjelpetiltak som iverksettes.

3.3 Livshistoriens betydning for pasienten

De pasientene som bor på et pleiehjem har stedet som sitt hjem i den siste delen av sitt liv. Mange av pasientene bor der i flere år, og personalet som arbeider der er ofte de menneskene som de ser mest til i hverdagen. For disse pasientene er livshistorien viktig for å skaffe seg en identitet og integritet. Jeg ser det som pleiepersonellens individuelle ansvar å bli kjent med de pasientene de pleier daglig.

Andersson (1996) hevder at kjennetegnet på respekt for pasientens integritet vises gjennom respekt for pasienten som person, lydhørhet for menneskers ulikheter og lydhørhet for menneskers sårbarhet. Identitet er å ha en klar forståelse av hvem vi er, eller hvem vi ønsker å være. Identiteten har sterke følelsesmessige og ikke bevisste faktorer som også virker styrende på vår adferd (Vetlesen og Henriksen, 1997). Integritet kan forklares som menneskelig verdighet, og å ha en klar og sterk identitet gir trygghet til å vise hvem du er (ibid). Ved å la pasientene fortelle om små og store episoder fra eget liv, vil det vises respekt, og pasientenes identitet vil komme frem.

Mattiasson og Andersson (1997) viser i sin studie om sykehjemskvalitet at pasientene opplevde manglende muligheter til å delta i sosiale relasjoner. Ensomhet på

sykehjem er et stort problem som pleiepersonell kan forsøke å gjøre noe med i det daglige arbeidet.

Brataas (2002) henviser til Bruner (1990,1997) som hevder at det er gjennom våre fortellinger at vi konstituerer oss selv i verden, og det er gjennom fortellinger at en kultur gir sine medlemmer modeller for identitet og handlemønstre. Gjennom våre fortellinger begriper vi oss selv i menneskelig sammenheng.

Overgaard (2003) understreker betydningen av livshistoriens rolle i den åndelige omsorgen for pasienten. Når mennesker nærmer seg livets avslutning, har mange behov for å fortelle sin livshistorie til andre. Dette kan være en oppsummering av livets gleder eller sorger. Da er det viktig at helsepersonellet er lydhøre og tar seg tid.

I følge Bondevik (2003) er mange gerontologer opptatt av om samfunnets bilde av alderdom påvirker selvbildet til et gammelt menneske. Et essensielt, men vanskelig spørsmål, som det er viktig å tenke på i arbeid med eldre.

3.4 Livshistoriens betydning for pleiepersonell

Dagens samfunn er preget av fokus på produksjon og resultater, effektivitet er det som verdsettes. De eldre er ikke lenger produktive og blir ofte ikke verdsatt på lik linje med yngre. Det å være eldre og hjelpetrengende blir i enkelte sammenhenger fremstilt som negativt og ressurskrevende, og i mange år har vi hørt om en eldreomsorg som er i en ”evig krise”. Hva gjør dette med pleiepersonalet sitt syn på de eldre?

Som bakgrunn for all pasientkontakt vil jeg henviser til de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, hvor det står at man skal i sin tjeneste ta utgangspunkt i respekt for liv og det enkelte menneskets egenverd. I Pasientrettighetsloven (Ot.prop.nr.12), § 2-5, står det at pasienter har rett til en individuell plan i samsvar med bestemmelsene for helsehjelp. I dette ligger det at pleie og stell skal være individuelt tilpasset hver enkelt pasient. Loven tar utgangspunkt i et tillitsforhold mellom pasienten og helsevesenet, og skal bidra til å ivareta respekten for den enkeltes pasients liv, integritet og menneskeverd. For å gjennomføre dette på en tilfredstillende måte må man kjenner til pasientens bakgrunn.

Med utgangspunkt i disse lovtekstene, og med henvisning til de foregående kapitlene om hvor mye livshistoriene betyr for pasientene, vil jeg ansvarliggjøre pleiepersonell til å rette sitt fokus mot å vise interesse for pasientenes tidligere liv og erfaringer. Det som kreves fra pleiepersonalet er å finne en rett anledning, å kunne lytte mer enn å kommentere, og respektere pasienten som person. Ved å lytte oppmerksomt vil pleiepersonell kunne lære både om pasienten og samfunnshistorie, og vil kunne utvikle sin egen evne til empati.

3.5 Etiske aspekter ved å kjenne en pasients livshistorie

Ved å lytte til andre menneskers fortellinger blir man også moralske aktører i kraft av den nye kunnskapen som fortellingene har gitt. Det moralske aspektet viser seg i hvordan man håndterer denne nye kunnskapen. Jeg trekker frem mulige konsekvenser som kan komme frem i møtet mellom pasient og pleier.

3.5.1 Glemte følelser

Det kan være at det å fortelle deler av egen livshistorie vil vekke til live gamle følelser som var gjemt og glemt. Dette kan dreie seg om gode minner og opplevelser, men også triste minner fra et langt liv. Pasienter kan bli deprimert av å fortelle om triste opplevelser (Overgaard, 2003), og for helsepersonalet kan det i enkelte tilfelle føles som om det er deres skyld at pasienten blir trist og lei. Negative følelser og oppfatninger av en pasient kan bli forsterket ved å høre om tidligere hendelser. Det er ikke alle hendelser det er hyggelig å høre om, selv om disse er erfaringer fra pasientens levde liv. Dette kan hende påvirke personalet.

3.5.2 Subjektiv sannhet

Som helsepersonell bør vi huske på at en selvfortalt livshistorie er den subjektive sannhet, ens egen oppfattelse om hvordan og hvorfor livet ble som det ble. I følge Sandelowski (1994) er ”historiene om livet mindre enn livet selv”, og hun refererer til Bruner (1984) som hevder at den fortalte historien alltid er noe forskjellig fra hva som

skjedde. Historien er ofte normativ, den forteller om hva personen vil eller ønsker å være. I denne sammenheng er det mange filosofer som hevder at mennesket bare kan forstås i lys av hvordan det forstår seg selv (Henriksen og Vetlesen, 1997). Historien vil forandre seg avhengig av hvem man forteller den til, og avhengig av hva man ønsker å fortelle om seg selv til den andre (Henriksen og Vetlesen, 1997). Avhengig av hva som er viktig for en i gitte deler av livet, vil livshistorien endre seg hele livet. For eldre vil livshistorien ofte være en oppsummering av de begivenhetene som i ettertid ble de viktigste for personen.

3.5.3 Overinvolvering

Det kan være en fare for at personell blir overinvolvert i enkelte pasienter dersom de får høre om pasientens liv og hendelser. En for sterk fokusering på den følelsesmessige dimensjonen kan føre til at en mister perspektivet og blir for engasjert (Bondevik, 2002). Det kan forekomme tilfeller der noe personell føler en forpliktelse til å fortelle mye om seg selv, som en slags ”tilbakebetaling” for at pasienten har fortalt sin historie. Martinsen (1993) ville ikke ansett dette for ekte omsorg, med den følsomhet og ansvarlighet som omsorgsetikken står for. Martinsen (1993) er heller ikke begeistret for det hun kaller overdrevent føleri med pasientene. Dette er ikke ekte omsorg. Scheel (2001) diskuterer hvordan en sykepleier ved en sentimental og omklamrende omsorg for pasienten fullstendig tar over og dermed griper inn i et annet menneskes situasjon og liv ut fra egne ubevisste eller bevisste behov.

3.5.4 Pårørendes rolle

Pårørende er en viktig ressurs i arbeidet for pasientens beste. De kan bidra med opplysninger, observasjoner og historier. Det er viktig at dette gjøres i samråd med pasienten, og ikke bak pasientens rygg. Pårørende kan ha ulike tolkninger av pasientens liv, noe pleiepersonale må være bevisste på.

3.5.6 Taushetsplikt

I arbeidet med pasienter får pleiepersonalet opplysninger av fortrolig karakter. Disse opplysningene er gitt i tillit, og skal ikke brukes mot pasienten, eller spres til

uvedkommende. Bestemmelser om dette er lovfestet i helsepersonelloven av 2.juli, nr 64, 1999: § 21. Hovedregelen om taushetsplikt sier: Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold, eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell. Det vil si at ikke alle opplysninger som pasienten gir, for eksempel om sitt tidligere liv, skal og bør fortelles videre til kolleger. Det er opp til pasienten selv om han eller hun vil fortelle dette til en eller flere av personalet. Kun dersom det er opplysninger som vil innvirke på behandling av pasienten må helsearbeideren rapportere videre (Slettebø, 2001).

Det finnes ulike måter og innfallsvinkler til å spørre om livshistorien til en pasient, og ingen fasit på hvordan det bør gjøres. Det må være opp til pasienten selv hva han eller hun ønsker å fortelle om, og til hvem de vil fortelle. Hovedsaken er at pleiepersonalet viser interesse og gir mulighet for pasienten til å fortelle om små og store episoder og hendelser.

4.0 LÆRING, UNDERVISNING OG VEILEDNING

Jeg har gått veien fra en humanistisk tankegang med respekt for det unike mennesket, via betydningen av pasienters individuelle livshistorier, og til undervisning og veiledning av personalet på et sykehjem. Tilrettelegging av læring i hverdagen, en bevisstgjøring av personalets ansvar for egen påvirkning og utvikling, og å skape gode relasjoner til pasientene er hovedessensen. For meg har det blitt en naturlig og innlysende sammenheng i disse temaene, som jeg via undervisning og veiledning har forsøkt å formidle.

4.1 Læring

Min inspirasjonskilde for læring var Paulo Freire (1993) og hans frigjørende pedagogikk. Grunntanken i denne pedagogikken gir støtte til selvrespekt, og respekt for medmennesker. Freire ønsket å fremme en bevisstgjøring av mennesker til å bli subjekter, og å ta ansvar for eget liv og læring. Hans pedagogikk ble utviklet for å bevisstgjøre folket i Brasil om den undertrykte posisjon de hadde i samfunnet. Han mente at gjennom dialog skapes kommunikasjon og kritisk tenkning, og dette er kjernen i det Freire kaller sann undervisning. Frigjørende pedagogikk preges av humanistiske prinsipper hvor frihet og verdighet står sentralt (Loeng, Torgersen, Melby og Lodgard, 2001).

Psykologene Maslow (1968) og Rodgers (1963,1993) og pedagogen Knowles (1980,1984,1985) er noen av de fremste representanter for voksenpedagogikken eller andragogikken som den kalles. Alle tre har et humanistisk perspektiv på læring (Loeng, Torgersen, Melby og Lodgard, 2001). Den pedagogiske humanismen fremhever det spesifikt menneskelige, både hos individet og fellesskapet som noe enestående og verdifullt. Med et utgangspunkt i menneskets behov, interesser og muligheter, blir mennesket forstått som et helstøpt og målrettet vesen, og erfaringer og opplevelser settes i sentrum (Teslo, 2000).

Knowles (1980,1984,1985) har skrevet mye om læringsprosessen hos voksne. Han støtter seg til Rodgers i hvordan mennesker lærer. Etter Knowles mening er det

deltakeren som er hovedaktøren, læreren skal legge forholdene til rette for læring. Fra deltagerens side skal læringen være selvstyrt, hver enkelt deltaker tar selv initiativet og klarlegger sitt læringsbehov. På denne måten blir læringen indre dirigert, og motivert ut fra egne behov. Slik læring ivaretar deltagerens selvstendighet og gir rom for kritisk tenkning, kreativitet og engasjement. Alle mennesker har et behov for, men ikke alltid evnen til selvstyrt læring, derfor blir det å bidra til å fylle dette behovet et overordnet mål for voksenopplæring.

Kort sagt søker den humanistiske pedagogikk å utvikle mennesket gjennom dannelse, ved å medvirke til at mennesket blir en reflektert, handlende person. Selvstendighet, frihet og ansvar er viktig i prosessen som preges av elevsentrert læring. I Maslow (1968) sin velkjente behovspyramide, beskrives de fysiologiske behovene og behovene for trygghet og sikkerhet, for kjærlighet og sosial tilknytning som mangelbehov. Behovet for anerkjennelse og selvrealisering kan karakteriseres som vekstbehov eller selvaktualisering. Vekstbehovene består av en prosess som pågår hele livet, fordi vekst motiverer for mer vekst. Det er viktig å være oppmerksom på at dersom ikke mangelbehovene er tilstrekkelig tilfredsstillt, vil ikke vekstbehovene utvikles. Dette danner grunnlaget for de epistemologiske valg i prosjektet.

Lyngnes og Rismark (1999) beskriver to ulike grunnsyn innen pedagogikk, tradisjonisme og progressivisme. I den tradisjonelle retningen står kunnskapen i fokus, og undervisning er overføring av kunnskap fra en (ofte) autoritær lærer. I den progressive retningen er læringen en aktiv, dynamisk og elevsentrert prosess, og læreren er den som tilrettelegger, motiverer og veileder. Nyere forskning støtter den progressive form for læring (ibid), og det er den som samsvarer med de humanistiske prinsipper om læring.

Dewey (1938) konstaterer med sitt kjente sitat "learning by doing", at menneskes tenkning og utvikling av ny kunnskap er knyttet til handling. Veien til ny kunnskap går gjennom løsning av konkrete problem, gjennom handling. I følge Nordland (1997) er å lære evnen til å ta imot inntrykk, og å bruke inntrykkene. Ved læring forandrer man seg med de erfaringene man gjør. På denne måten vil læring føre til ny viten og nye ferdigheter. Personalet vil kunne få nye tanker og ideer i undervisning og veiledning, og fra pasientene via deres fortellinger. Ved å reflektere over tankene og bruke ideene i det daglige arbeidet vil de få nye erfaringer, ny viten og nye ferdigheter. Wisløff (1998) benytter ordtakene "Å lære er å oppdage". Hun mener at å oppdage er en

helt subjektiv prosess, ettersom det bare er jeg som kan oppdage for meg. Bjørke (1996) utvider dette ved å hevde at "den lærande må gjere sine egne oppdagingar, og desse må ha betydning for han eller henne, om læring skal skje". Dette sier meg at uansett bakgrunn, vil læring kunne skje dersom det er noe som den lærende synes er viktig og interessant. Ved i størst mulig grad å selv utføre det som kan føre til læring ("learning by doing"), er veien til ny kunnskap åpen. Alle disse utdragene av teori viser at det er i interaksjonen læring skjer, dersom personen selv er åpen for læring. Gjennom læring skjer forandring, en forandring som i dette tilfelle forhåpentligvis kan komme både pasienter og personell til gode.

4.2.Læring og miljø

Rodgers (1963, 1993) står for en personsentrert, ikke-dirigerende, tilnærming til læring. Ved å bli møtt med en aksepterende holdning vil mennesker føle seg verdifulle, og først da blir de motivert til å lære. Å bli forstått er det mest vesentlige for mennesket, hevder Rodgers. For læreren er det viktigste å gå inn i relasjoner som et ekte menneske og møte den lærende med anerkjennelse, tillit og verdsetting. Med en empatisk forståelse skal læreren forsøke å se læringsprosessen fra deltakernes side. Ved å vise den andre respekt vil det fremmes et positivt forhold mellom lærer og deltager.

Bevis og Watson (1989) beskriver viktigheten av å lage en allianse med studenten. Sammen bør lærer og elev søke innholdet, dette skaper en felles trivsel og et godt miljø for læring. Ved å stille gode spørsmål kan læreren være strateg og åpne veien for elevens utvikling. Lærerens hovedoppgave er å skape et klima, en struktur og en dialog som skal fremme tilegnelse av kunnskap (Wisløff, 1998). Dialogen mellom student og lærer er viktig og består først og fremst av gjensidig tillit i form av kjærlighet, ydmykhet, tro, håp, kreativitet, engasjement og kritisk tenkning. En gjensidig tro på hverandres skapende evner er avgjørende. Dette følger det som ofte blir betegnet som en "Sokratisk metode", hvor spørsmålene er de som skaper veien for videre utvikling. Det fremmer vår evne til å lære at vi er aktive og engasjerte i læringsprosessen (Dietrichs, og Gjerstad, 1995). Rodgers (1951) har gjort studier som viser at studenter lærer mest når læreren er studentorientert og empatisk. Videre må

læreren være ekte i sin interaksjon med studentene, og vise at han/hun respekterer dem (Wisløff, 1998). Forskning viser at selvtillit er basis for læring og utvikling (Young, 1996), og den understreker betydning av selvaktelsen for læring. Med aktelse for seg selv kommer pågangsmot og initiativ (Young, 1996).

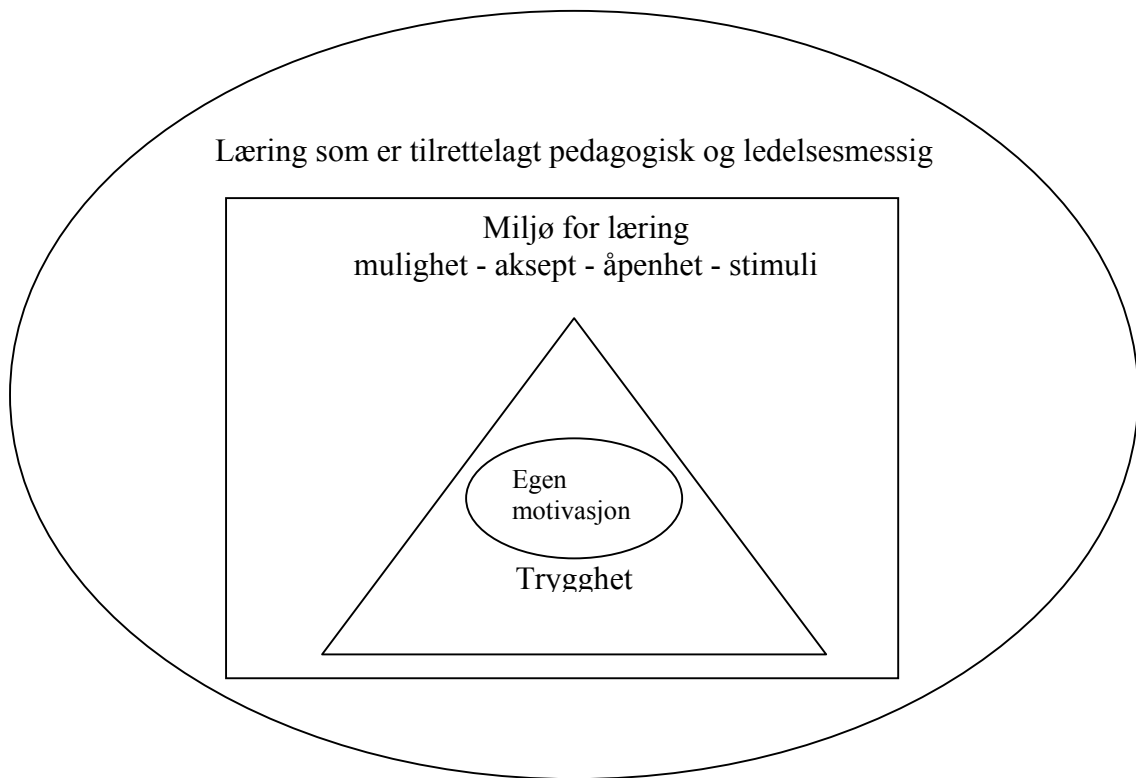
Andre forskningsresultater peker dessuten på et avgjørende krav til organisering av miljøet for læring. Det er behov for å legge til rette for undervisning tilpasset den individuelle lærerstil og utvikling på ulike områder for læring. (Nordland, 1997). Læring skjer optimalt når en får lære ut fra sin egen utrustning. (ibid.)

På bakgrunn av denne teorien ble undervisningen til personalet ved et sykehjem utformet. Med en aksepterende holdning til deltakerne ble læringen lagt opp til å være selvstyrt. Selvstendighet, frihet og ansvar skulle prege læringsprosessen. Resultatene av læringen var avhengig av den enkelte. Som underviser og veileder var min oppgave å inspirere, og legge til rette for at læring kunne skje, men utviklingen var personlig og opp til hver enkelt av deltakerne.

Et trygt og åpent miljø, hvor alle kan komme frem med sine meninger, erfaringer og synspunkter er viktig. Det krever et miljø hvor alle deltakerne føler seg trygge, blir sett, hørt og respektert, både av leder og i gruppene. Undervisningen utført i grupper på fire og fem personer, og veiledningen i grupper på tre og fire personer, er ideelt for å skape et trygt miljø (Nordland, 1997). Holdninger til læring og utvikling har sammenheng med syn på mennesket. Humanistisk pedagogikk og psykologi betrakter mennesket som fritt og ansvarlig. Derfor er et likeverdig forhold mellom lærer og deltaker en viktig forutsetning for læring (Hiim og Hippe, 1993).

Oppsummering av hovedpunktene i kapitlet kan illustreres med en tegning

Figur 3, Viktige momenter for et godt læringsmiljø i praksis:



Mangel på en eller flere av disse faktorene vil vanskeliggjøre læring for den enkelte, og i større grupper.

4.3 Læring ved hjelp av narrativer

Det er ulike måter å formidle et budskap på, en av måtene er å bruke fortellinger eller narrativer. Innen sykepleie har dette blitt en velkjent metode, og Kirkevold (1993) hevder at fortellinger skaper en umiddelbar kontakt mellom budskapet og tilhøreren. Narrativer er fortellinger som utvikler seg mellom den som forteller og den som hører på. Den samme fortellingen kan skifte karakter alt etter hvem som lytter (Kirkevold, 1993, Thorsen, 1998, Goodson, 2000). Det vil si at personer kan forstå og tolke den samme fortellingen på ulike måter. Dette kan være et utgangspunkt for å snakke om ulike menneskesyn og våre holdninger til det som fortelles i en veiledningssituasjon.

I følge Fagermoen (2001) er fortellinger meningsfulle og meningsbærende, og gir ”adgang til personers forståelse av eget liv og erfaringer”. En fortelling er en rekonstruksjon over ting som har hendt, og fortelleren forteller den videre slik han eller hun ønsker at andre skal forstå den. Dette vil kunne hjelpe pasienten til å forstå og bearbeide egne opplevelser, og presentere seg selv slik pasienten ønsker det. Hun påpeker videre at narrativer er subjektive og relative, og egner seg spesielt godt til å utvikle og opprettholde identitet (ibid). Ut fra dette mener jeg at pasientenes identitet kan utvikles og opprettholdes ved at de blir oppmuntret til å fortelle sine livshistorier.

Kirkevold (1993) hevder at ”narrativ forståelse er en vesentlig tilgang til menneskelig forståelse og innsikt”. Narrativ forståelse brukes for å skape mening i, og av ens eget liv, og for å formidle egne erfaringer på en meningsfull måte til andre og for å forstå andres erfaringer (Polkinghorne, 1988). Han understreker at i fortellinger er kjensgjerninger og verdier viklet inn i hverandre fordi fortellingen er en måte å forstå og erkjenne verden på gjennom erfaring. Dette er fundamentalt i selve utøvelsen av et fag som sykepleie (Kleinmann, 1988).

Benner (1991) beskriver narrativer som konstituerende, korrigerende og frigjørende. Det er ulike narrativer til ulike formål, men alle muliggjør for leseren å delta i vurdering av hva som er skrevet, og gir mulighet for refleksjon over praksis. I følge Benner forbinder narrativer teori og praksis. Narrativer forbinder også fornuft og følelser, moralsk resonnement med praktisk handling (ibid). Her er det en sammenheng mellom bruk av narrativer og nærhetsetikk.

Martinsen (1993) hevder at fortellingen får sin kraft fra livsmorale, og at en god fortelling må reise og besvare det grunnleggende spørsmålet om godt og ondt. Hun trekker frem fire momenter som er viktige for å kunne fortelle en moralsk fortelling;

- Den setter personens livshistorie i sentrum
- Den har et hendelses eller tidsforløp
- Den kan aldri fortelles nøytralt
- Den har en moral vi må ta stilling til

Martinsen (1993) hevder at fortellingen skaper en levende sammenheng mellom den som forteller og den som lytter. I dette tolker jeg at livshistorier er narrativer som kan føre pasienter og helsepersonell nærmere hverandre.

4.4 Læring i hverdagen

Helsearbeidere er nesten alltid en del av en større sammenheng, enten kommunehelsetjenesten eller på sykehus. De arbeider ofte i team eller grupper, hvor samarbeid er viktig del av hverdagen. I dette ligger det en mulighet til å videreutvikle "teamtanken" til også å innebefatte et miljø for læring og utvikling. Et faglig miljø på arbeidsplassen er viktig for både pasienter og ansatte. Læring kan være miljøskapende, sosialt og faglig og være en faktor til å beholde og rekruttere nytt personell til arbeidsplassen. Kurs og videreutdanning vil tilføre og vedlikeholde kunnskap som kan føre til å opprettholde kvalitet i den daglige pleien av pasienter.

Mange andre faktorer er også viktig for læring i grupper, slik som gruppesammensetning, gruppeprosesser og intensjonene med læringen i gruppene. Dette går jeg ikke nærmere inn på i denne oppgaven.

4.5 Veiledning

Sykepleiefaglig veiledning startet i Norge på midten av 60-tallet, etter mønster av veiledningstradisjonen fra engelsk psykiatri. Selve veiledningen var ikke ny, men da ble det satt i system, i tid og rom (Teslo, 2000).

I følge Tveiten (1998) er veiledning en betydningsfull og profesjonell assistanse i individers og gruppers læring og utvikling. Handal og Lauås (1990) definerer veiledningens oppgave til å hjelpe deltakeren i å trekke forbindelseslinjene mellom verdier, teoretisk kunnskap og egne erfaringer til den praktiske hverdagen. Dette må settes i tilknytning til den enkeltes tenkning om, og handling i, en konkret situasjon.

Det finnes ulike teorier og modeller for veiledning. Mitt utgangspunkt er humanistisk, med et holistisk syn på mennesket. I problemløsning kombineres åndevitenskapelige og naturvitenskapelige kunnskaper. Dette kaller Teslo (2000) for en eklektisk veiledningsmodell.

Veiledning er en systematisk læringsprosess som foregår over tid, til avtalt klokkeslett og med de samme personene til stede (Teslo, 2000). Dette er de ytre rammer for veiledningen, og det er viktig at slikt er avklart før veiledningene begynner. Skriftlige kontrakter kan være en hjelp til å overholde disse avtalene. De indre rammene bestemmer veiledningens innhold og formål. Jeg har tatt utgangspunkt i det Teslo (2000) kaller temaveiledning, hvor pasientenes livshistorier er det gjennomgående tema. Hensikten med veiledningene er å øke medlemmenes kunnskaper om pasientene, og reflektere over egne og andres reaksjoner og meninger i møte med pasientenes livshistorier.

I veiledning er det ikke formidlingsaspektet som står sentralt (Handal og Lauås, 1990), men deltakernes egne synspunkter og meninger. Det er deltagerne selv som er avgjørende for utviklingen og fremdriften. Hver enkelt deltagers ulike bakgrunn gir ulike resultater, slik er veiledningen i sin filosofi. Veileders oppgave er å være til hjelp til å se ressurser og evner hos de som blir veiledet, og å lede og strukturere læringsprosessen.

Veiledning er bygget opp etter faser. I startfasen skal man bli kjent og trygg på hverandre, arbeidsfasen inneholder det substansielle innholdet, og i avslutningsfasen kan veileder oppsummere, og gruppa evaluere veiledningen. Hver veiledningstime kan også bygges opp på liknende måte, med først å definere et problem eller tema, reflektere rundt dette for så til slutt å oppsummere ulike forslag til løsninger.

Refleksjon er prosessen i veiledningen. Å reflektere betyr å vende tilbake til noe (Tveiten, 1998). Refleksjon aktiverer alle sider ved personligheten, både tanker og følelser (Burnard 1987, Grenstad 1986). Refleksjon er en mental prosess, en indre aktivitet som forbindes med å tenke grundig og rolig gjennom et saksforhold uten ytre forstyrrelser. Det omfatter en klargjøring av egne tanker og eventuelle følelser overfor den situasjonen en har vært i. Ricoeur (1988) hevder at refleksjon er en tanke som bøyer seg og vender tilbake til seg selv, i motsetning til en observasjon. Ved aktiv og bevisst bruk av refleksjon har læringen fått en fornyet form. Kunnskap og forståelse utvides ved å gjøre bruk av tidligere erfaringer, og det frembringes et nytt perspektiv slik at nye tanker og handlingsmønstre kan skapes. Målet med refleksjon er å lære av tidligere

erfaringer, og å gjøre dem om til kunnskap og et utgangspunkt for nye handlingsvalg. På denne måten kan man knytte sammen teori og praksis, og få en større forståelse for at de er utfyllende deler i faget. Fordi det er vanskelig å erfare alle episoder, kan refleksjoner over andres erfaringer hjelpe en å finne handlingsalternativer som man kan benytte seg av. Ved å reflektere over andres erfaringer vil man kunne være bedre forberedt dersom en kommer opp i en liknende situasjon. Refleksjon i grupper er derfor en metode til både å lære av egne erfaringer, og samtidig utvide sitt handlingsrepertoar ut i fra andres erfaringer.

Evne til refleksjon er noe alle har, men hvor dyktig man er til å reflektere over egne erfaringer er individuelt. Det kreves trening for å bli god til å reflektere. En viktig forutsetning for å reflektere i en veiledningsgruppe er gjensidig trygghet og respekt mellom alle gruppemedlemmene. At taushetsplikten overholdes er et annet krav. For bevisst å kunne bruke seg selv i denne prosessen mener jeg det er viktig å kjenne seg selv som menneske. Det kreves mot, vilje og ærlighet for å reflektere. Det kreves mot til å gå i gang med denne prosessen. En må ha vilje til å se nærmere på tidligere erfaringer og på sine egne reaksjoner, og vilje til å holde ut i den smerte og motgang som måtte komme. Ærlighet er en betingelse, og sammen danner de en basis for egenutvikling og selvaktelse. Dette viktiggjør frivillig deltakelse, da motstand ikke fremmer noen utvikling.

En viktig faktor for å fremme læring i en veiledningsgruppe er et trygt og anerkjennende miljø, slik at deltakerne tør å komme frem med egne meninger og hvor konstruktiv kritikk kan være en kilde til vekst og utvikling (se tidligere figur om læring i praksis: figur 3, side 28.).

Kirkevold (1996) hevder at sammenhengen mellom vitenskapelig kunnskap og anvendelsen av den i praktisk utøvelse av sykepleiefaget går gjennom personlig kompetanse. Personlig kompetanse består av etisk kunnskap, praktisk kunnskap og teoretisk kunnskap. Disse integreres gradvis i hverandre mens erfaring, refleksjon og intuisjon inngår som samtidige komponenter. Personlig kompetanse er en forutsetning for kunnskapskompetanse. Undervisning og veiledning kan være en måte å fremme den personlige kompetanse hos personalet på sykehjem. Veilederen kan hjelpe til å knytte den personlige kunnskapen til vitenskapelig kunnskap.

4.6 Forskning innen veiledning

Det finnes mye forskning om ulike emner innen veiledning (eng. supervision) i ulike databaser. Jeg har valgt å konsentrere meg om effekter av veiledning, til nytte for sykepleiere i pleie av pasienter. Forskningsartiklene er plukket ut i den hensikt å gi verdifull informasjon til oppgavens problemstilling. Det meste av forskningen er gjort i veiledningsgrupper med kun sykepleiere, men jeg antar at funnene også er gjeldende for annet helsepersonell som arbeider i direkte pasientkontakt.

Berg og Welander (2000) har studert 13 sykepleieres erfaringer av systematisk gruppeveiledning ved en dementavdeling. Denne studien indikerte at veiledning gjorde sykepleierne mer bevisst på at pasientene var unike, med ulike behov, og i den forstand påvirket forståelsen og holdningen til pasienten. Pleien til pasientene ble mer individuell. Veiledningen bekreftet likeså sykepleieren som person og profesjonell, noe som ga dem økt selvspekt, og gjorde at de reflekterte mer over pleien og forholdet til pasientene. Studien viste at sykepleierne gjennom veiledningen fikk et bedre samarbeid, og respekt og aksept for hverandre som personer og som profesjonelle økte. Deres kjennskap og trygghet til hverandre økte likeså, og arbeidssituasjonen ble roligere og ikke så stresset som tidligere. Ut fra dette ble avdelingens rutiner lagt om fra å være oppgavesentrert til mer personorientert pleie.

I den tidligere omtalte studien hvor Hansebo og Kihlgren (2000) gjennomførte veiledning i en ett års periode for 30 av pleiepersonalet på tre sykehjem i Sverige, var noen av funnene som følger: Etter veiledningsperioden fokuserte personalet mer på pasientene som unike, individuelle personer. Det var et større fokus på de demente pasientenes ressurser og muligheter til tross for deres begrensninger. Pleierne var også blitt mer bevisst sin profesjonelle tilnærming til pasientene, og noen av pleierne ble mer opptatt av pasientenes sikkerhet og interesser enn tidligere. Pleierne ga også uttrykk for større forståelse for de pårørendes situasjon etter intervensjonen.

Severinsson og Kamaker (1999) hevder at veiledning av pleiepersonell kan forebygge utbrenthet. Denne studien indikerer en sammenheng mellom moralsk innlevelse og veiledning. I veiledning får sykepleiere satt ord på ulike moralske og etiske problemer, noe som er forebyggende for utbrenthet. En senere studie bekrefter viktigheten av å sette ord på moralske problemer, og peker spesielt på at sykepleiere gjennom veiledning får økt selvsikkerhet i sin evne til å ta beslutninger, spesielt i etiske

vanskelige situasjoner (Berggren og Severinsson, 2000). Videre viser studien at veiledning støtter sykepleiernes evne til å støtte pasienter og å ta ansvar for den pleien som gis.

En annen studie viser at sykepleiere føler at veiledning gir dem respons og bekreftelse på sine følelser. Økt deltakelse og påvirkningskraft via veiledningen var liknende funn, og til sammen var dette viktig for deres yrkesglede og tilfredsstillelse i arbeidet, og for deres faglige og menneskelige utvikling (Bogat, Severinsson, Berggren, 1997)

4.7 Didaktikk

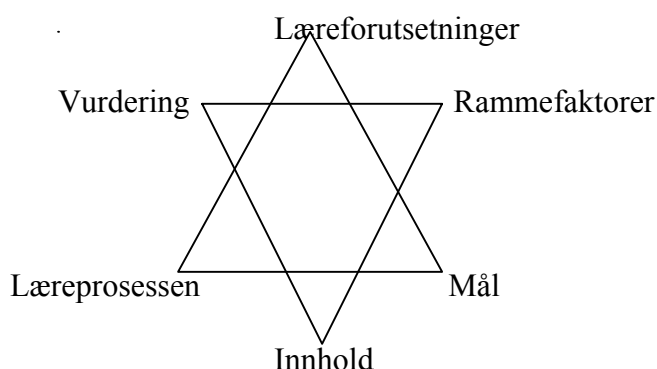
Lyngnes og Rismark (1999) hevder at didaktikk favner de teoretiske og praktiske spørsmål som er relevante for undervisning og læring. Hiim og Hippe (1993) sin definisjon er mer inngående og sier at ”didaktikk er praktisk-teoretisk planlegging, gjennomføring, vurdering og kritisk analyse av undervisning og læring”. Didaktikk er en prosess som skjer i vekselvirkning mellom praktisk undervisningsarbeid og refleksjon og teoriutvikling over slikt arbeid. Et utvidet syn på didaktikk omfatter sentrale betingelser for undervisning og læring: av læreforutsetninger, av fysiske, organisatoriske og institusjonelle rammebetingelser, utformet som didaktisk relasjonstenkning (ibid).

Undervisningen og veiledningen i prosjektet er lagt opp etter prinsipper fra Hiim og Hippe (1993) sin didaktiske relasjonsmodell. Den vises i figur 4., s.35. Denne illustrasjonen synliggjør den gjensidige avhengigheten i en lærings- og undervisningssituasjon. Slik var det også i dette prosjektet, og i hverdagen til de ansatte på sykehjemmet. Rammebetingelsene var avgjørende for at prosjektet kunne gjennomføres. I presentasjonen av læringsprogrammet trekkes det frem noen av de viktigste faktorene for planleggingen og gjennomføringen av prosjektet i praksis.

4.8 Presentasjon av ”læringsprosjektet”

Jeg har valgt å kalle intervensjonen i studien for et ”læringsprosjekt” fordi det bestod av en undervisningssesjon på 2 timer, og 3 veiledninger á 45 minutter.

For å lage læringsprogrammet ble det tatt utgangspunkt i den didaktiske relasjonsmodellen. Den ble brukt som et hjelpemiddel, sikret at det ble tatt hensyn til alle faktorer i prosessen, og hindret at viktige sider ble glemt. (Hiim og Hippe, 1993).



Figur 4. Den didaktiske relasjonsmodellen, hentet fra Hiim og Hippe, 1993

4.8.1 Læreforutsetninger

Læreforutsetninger er ”de psykiske, fysiske, sosiale og faglige muligheter og problemer eleven har på ulike områder i forhold til den aktuelle undervisningen.” (Hiim og Hippe, 1993).

Pleiepersonalet hadde ulike læreforutsetninger fordi deres bakgrunn er sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og assistenter. Undervisningen ble derfor lagt opp slik at alle kunne være med uansett tidligere utdanning. Det ble tatt utgangspunkt i dagligdagse situasjoner som alle hadde erfaringer fra og kunne kjenne seg igjen i. Det ble oppfordret til delaktighet i undervisningen, både i form av å fortelle om egne eksempler og erfaringer, og ved å stille spørsmål.

I veiledningen fikk alle deltakerne på tur fortelle om hva de hadde snakket med pasienten sin om siden siste veiledning. Det var opp til hver enkelt hva de la frem, og hvor lang tid de brukte. Ulike lærerforutsetninger gir ulik motivasjon og innstilling

(Hofset, 1992). Siden deltagelsen i dette prosjektet er basert på frivillig deltagelse ser jeg ikke at mangel på motivasjon vil være av betydning.

4.8.2 Rammefaktorer

Rammefaktorene er de forhold som kan fremme eller hemme undervisning og læring på mange forskjellige måter. De er ofte gitte forhold, men må forstås og vurderes i forhold til målene for undervisningen/utdanningen, målgruppens forutsetninger, undervisningens innhold, arbeidsmåter, metoder og vurdering (Hiim og Hippe, 1993).

På den institusjonen hvor prosjektet ble gjennomført finnes det en stor undervisningssal med mye undervisningsutstyr, noen møterom og flere små grupperom, så de fysiske faktorene er gode. En viktig forutsetning for gjennomførbarhet er at personalet får anledning til å stille opp. Deltagerne ble gitt tids- og/eller lønnskompensasjon slik at det ikke var noe som hindret dem i å delta. Dette var klarert med ledelsen før prosjektet ble satt i verk. Veiledningene ble holdt i vaktskiftet, på vaktrommet eller i et grupperom på avdelingen. På denne måten kunne deltakerne være med, samtidig som de kunne følge med hva som hendte på avdelingen. Jeg hadde organisert det slik at det var en annen i personalet til stede hos pasientene.

4.8.3 Mål

Mål står i forhold til, og er dels avhengig av, de andre ulike didaktiske faktorene. Målene har en viss styringsfaktor, men må også hele tiden vurderes i sammenheng med de andre kategoriene. (Hiim og Hippe, 1993).

Undervisningens overordnede mål var å presentere viktigheten av å kjenne til pasientenes livshistorie. Intensjonen var å ”tenne” en interesse hos personalet på sykehjemmet om at pasientene er individuelle og spennende personer. På denne måten kunne gode relasjoner mellom pleiepersonalet og pasienter etableres.

I veiledningene var målet at personalet skulle gjenfortelle og reflektere over de livshistoriene som ble fortalt. På denne måten får flere ta del i de informasjonene som har kommet frem, og ved å få innspill fra de andre deltakerne, kan egne oppfatninger og meninger bekreftes, eller endres. Gjennom å lære andre å kjenne lærer man også seg selv å kjenne, og kan reflektere over hvordan andres fortellinger kan påvirke egne tanker og holdninger.

Det må nevnes at den åndsvitenskapelige tradisjonen, representert ved Stenhouse og Eisner, er kritisk til krav til målformulering. Stenhouse mener at undervisning og læring må være en målrettet prosess, men at resultatene av ”kvalitativ kunnskap”, dvs kompliserte kunnskaper og følelsesmessige eller estetiske og kreative forhold, ikke kan måles. Eisner (1969) fremhever betydningen av det uforutsette og individuelle møtet med undervisningen, og hevder at presise mål og felles standarder er uegnet. På tross av dette har jeg beskrevet mål i undervisning og veiledning, men det var opp til deltakerne selv å fylle dem.

4.8.4 Innholdet

Innholdet uttrykker hva undervisningen dreier seg om. Innen åndsvitenskap gjenspeiler kunnskap om mennesket, om kultur og ånd, og i tillegg til det objektive og verdimesig nøytrale blir følelsesmessige, sosiale, etiske og estetiske dimensjoner vektlagt (Hiim og Hippe, 1993).

Innholdet i undervisningen tar utgangspunkt i en pasients livshistorie og betydningen av livshistorien i den daglige pleien. Deltakerne skulle få noen ideer og tips om hvordan de kunne samtale med pasienter om deres livshistorier, og vite noe om mulige konsekvenser av å hente frem gamle minner.

Stikkord for undervisningen var;

- **definisjon** av livshistorien i denne sammenheng
 - ”lappeteppe”
 - den subjektiv sannhet
 - forandrer seg over tid og i forhold til lytter
- **hvorfor** er livshistorien viktig i stell og omsorg av eldre
 - identitet, integritet og egenverd
 - tillitskapende
 - nye ting kommer frem
- **uheldige konsekvenser**, eks.
 - depresjoner
 - traumatiske hendelser som ”dukker ” opp

- **personale** som føler seg forpliktet til å fortelle om seg selv og sitt liv
 - overinvolvering
 - hvor går egne grenser
- **hvordan** å samle biter av livshistorien i det daglige stell
 - en mal kan være til hjelp for dette (ble delt ut, vedlegg 6)
 - foreslå metoder, som for eksempel å bruke fotografier, sanger eller bilder fra
 - en historiebok for å innlede samtalene med
 - fange stemningen i fortellingene (hvordan har fortelleren opplevd livet?)

For å formidle mitt budskap, og skape engasjement i undervisningen laget jeg noen små narrativer om fiktive personers livshistorier. Narrativene handlet om hendelser i livet som hadde fått betydning for hvordan personene hadde det som eldre på sykehjem. Disse narrativene ble lest høyt og var utgangspunkt for felles refleksjon i undervisningen. Fortellingene var også laget i den hensikt å eksemplifisere hvordan man kunne tolke/ha ulike meninger om en persons livshistorie.

I veiledningene var det opp til deltakerne selv å komme med innhold. De gjenfortalte hva pasientene hadde fortalt av episoder fra sitt liv, og i fellesskap reflekterte og snakket vi om dette. Som veileder lot jeg deltakerne fortelle, og i etterkant stilte jeg spørsmål om hvordan de tenkte, følte og oppfattet historiene.

4.8.5 Læreprosessen

Lærerprosessen sier noe om hvordan selve læringen skal foregå. Undervisningen ble utført i en liten gruppe på 5-6 personer. Det ble lagt opp til aktiv læring hvor alle kunne delta. Ved å kombinere bruk av stikkord i utdelt materiell og samtidig knytte det opp til narrativer og eksempler fra hverdagen, kunne alle delta med egne erfaringer. Læreprosessen tok sikte på å ”røre ved” følelser, for at de hver og en kunne erkjenne at dette er en viktig tilnærming til pasientene, og for å bli motivert til å arbeide videre med innsamlingen av en pasients livshistorie i det daglige arbeidet på avdelingen.

I veiledningen var jeg bevisst på å skape et godt miljø, ved å vise respekt for det som kom frem. Jeg stilte spørsmål der det syntes nødvendig, men forsøkte i størst mulig grad å være aksepterende og støttende.

I hverdagen var det opp til personalet selv å lære, ved selvstendighet, frihet og ”learning by doing”. I den daglige pleien på avdelingen skulle personalet gjennom samtale med en pasient samle inn ”biter” av livshistorien. Personalet ble oppfordret til å samtale med pasienten som en del av de daglige gjøremål, og hver og en måtte finne den tiden og det stedet de syntes passet best. Dette pågikk fra fellesundervisningen ble holdt og frem til siste veiledning. Det ble undervist om ideer til hvordan dette kunne gjøres.

4.8.6 Vurdering

Vurderingen forstås i forhold til selve undervisningsprosessen og til elevenes læring (Hiim og Hippe, 1993). Som en innledning til undervisningen ble det spurt om hvor mye deltagerne visste om pasientenes livshistorie, og hvor stor betydning de tror det har for pasientene. Dette var en vurdering av deltageres læreforutsetninger, og sa meg noe om utgangspunktet deres. I intervjuet som var planlagt i etterkant av læringsopplegget kunne deltakerne svare på om de har hatt utbytte av undervisningen og veiledningen, og dette vil danne grunnlaget for min vurdering av læreprogrammet.

5.0 METODEKAPITTEL

Denne studien kan karakteriseres som en pilotstudie, eller en delstudie, av et større arbeide med utarbeiding og utprøving av et læringsprogram. Studiens hensikten var å sette ord på deltakernes opplevelse og erfaring ved å delta i et lite, frivillig prosjekt med undervisning og veiledning. De innsamlede data sier kun noe om deltakernes opplevelser og erfaringer ved å delta i dette prosjektet. Resultatene vil bli beskrevet og sammenliknet innad i deltakergruppen, men ikke generalisert ut over dette.

Studien er beskrivende, men har også en eksplorerende karakter, da det ikke fantes andre liknende forskningsprosjekter som den direkte kunne sammenliknes den med. De forskningsmetoder som er brukt har derfor ikke hatt bakgrunn i liknende prosjekter, men er valgt for å forsøke å besvare studiens problemstilling.

5.1 Design

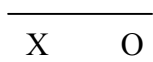
Et forskningsdesign inkluderer en generell plan for gjennomføringen av studien (Nord, 1997). Denne definisjonen sier noe om den struktur og strategi som er brukt i undersøkelsen. Via refleksjoner over tema og problemstilling trer valg av design frem, hevder Olsen (2003).

Det var intervensjonen som avgjorde designet på studiet, og intervensjonen var i denne sammenheng undervisningen, innsamlingen av en pasients livshistorie og veiledningene i prosjektet. En slik intervensjon bærer mer preg av en prosess enn en prosedyre, noe som kan være avgjørende for resultatet.

Studier med en eller flere intervensjonsvariabler betegnes som eksperimentelle design. Et sant eksperimentelt design kjennetegnes ved stringent kontroll av alle variabler. Dersom kontrollen ikke er tilstede vil studien bli referert til som et kvasi- eller preekperimentelt design (Campbell og Stanley, 1963). Et kvasi-eksperimentelt design er enklere å gjennomføre i praksis, og spesielt når det gjelder subjektive meninger, fordi det ikke settes så sterke krav til kontroll (Polit og Hungler, 1999). Kvasi-eksperimentelle design avhenger mer av menneskelige dømmekraft enn av objektive

kriterier (Polit og Hungler, 1999). Det har derfor vært viktig å beskrive intervensjonen og innhenting av data detaljert slik at man kunne følge hvert skritt i prosessen systematisk.

Studien passer inn i et pre-eksperimentelt design. Et slikt design kjennetegnes ved at det mangler randomisering av utvalg, og at det mangler en kontrollgruppe. Cook og Campbell (1979) bruker betegnelsen ”The One-Group Post-test-Only” på designet som kan illustreres på denne måten.



Figur 5 viser en intervensjon (X) og en datainnsamling (O) i etterkant.

Fordi det ikke var noen form for test forut for intervensjonen, eller noen kontrollgrupper å sammenligne med, hevder Cook og Campbell (1979) at dette forskningsmessig er et svakt design. Kontroll og sammenlikning avgjør ifølge Cook og Campbell (1979) designets styrke.

Studier med eksperimentelle design blir som oftest utført med innhenting av kvantitative data, det vil si talldata, og i et naturvitenskapelig paradigme (Polit og Hungler, 1999). Siden jeg var interessert i deltagerens opplevelser og erfaringer, valgte jeg å innhente kvalitative data, dvs. tekstdata i form av intervjuer. En survey undersøkelse ville ikke kunne få frem like mange ulike nyanser fra respondentenes opplevelser og erfaringer. Dette utfordrer det klassiske skillet mellom kvantitativ og kvalitativ forskning, en diskusjon som pågår i mange ulike vitenskapelige miljøer (Brannen, 1992, Kirkevold, 1998, Foss og Ellefsen, 2002, Polit and Beck, 2004). Polit og Hungler (1999) kaller metoden for ”mixed-method research”, og hevder at en kvalitativ datainnsamlings metode kan være spesielt nyttig for å evaluere og vurdere komplekse intervensjoner, og de kompletterer ofte kvantitative data. Brannen (1992), Polit og Hungler (1999) og Foss og Ellefsen (2002) hevder likedan, at det å kombinere kvalitative og kvantitative tilnærminger vil i mange tilfeller kunne komplimentere hverandres svakheter i en undersøkelse.

Ved å se studien som første trinn i en større sammenheng, vil en forskningstriangulering kunne ivareta et strengere krav til kontroll, validitet og generalisering.

En større studie av samme karakter vil kunne gjennomføre en pre-test og post-test av personalets kunnskaper om tema, både fra deltakerne, og i kontrollgrupper (Polit og Hungler, 1999). Forskning rundt de eldres opplevelser og erfaringer ved å delta i prosjektet vil ytterligere kunne berike temaet. Forskningsmetoder som surveyundersøkelser og observasjoner kunne vært mulige strategier til å utdype dette. Til sammen ville det blitt en triangulering over emnet, noe som muliggjør bruk av både kvalitativ og kvantitativ forskning.

For å vise at andre forskningsstrategier har vært vurdert, presenteres to andre strategier;

Det kunne vært nærliggende å tenke på evalueringsforskning, men av flere årsaker kvalifiserer ikke studien til å kunne kalles evalueringsforskning.

Definisjon av evalueringsforskning: Patton, (1985);

Å bruke evaluering vil seie at ein systematisk samlar inn informasjon om aktivitetane til, kjenneteikna ved og resultata av tiltak, personell og produkt for at særskilt utpeika personar skal kunne minske uvissa, forbetre effektiviteten og treffe vedtak om kva desse tiltaka, dette personellet eller desse produkta skal gjera eller virke inn på.

Denne definisjon legg vekt på

- 1) den systematiske innsamlingen av informasjon om
- 2) fleire ulike emne
- 3) med sikte på særskilt utpeika personar
- 4) skal nytte informasjonen til ulike føremål

Hentet fra Almås (1990)

I evalueringsforskning er endringen et kjernepunkt, og datainnsamlingen vil bekrefte eller avkrefte om forandring har skjedd. I min studie var det ikke endringen som var det essensielle, men selve opplevelsen og erfaringen med å ha deltatt i en opplæring og veiledning. Læringsprogrammet var laget av meg, og vil etter evalueringsforskningens krav ikke kunne bli evaluert av samme person. Data ble dessuten hentet inn etter intervensjonen, ikke systematisk under hele prosessen. Det kreves også at en evalueringsforsker skal ha avstand til oppdragsgiver (Almås, 1990). Dette var ikke tilfelle i min studie, da oppdragsgiver, den som gjennomførte intervensjonen og forsker var en og samme person.

Aksjonsforskning er en annen type forskning som også benytter intervensjon og måler effekten av den. Axelsen og Finset (1973) definerer aksjonsforskning som en virksomhet som samtidig forsøker å nå to mål. Det ene målet i praktisk handling, og det andre på en systematisk måte å forstå virkeligheten gjennom evaluering av aksjonen. Aksjonsforskningsprosjekter er vanligvis relativt store og innebærer et langvarig samarbeid med feltet, både med tema som skal studeres og med ledere. De data som innhentes i et aksjonsforskningsprosjekt vil korrigere den videre fremgangsmåten i prosjektet (ibid). Mitt prosjekt var kortvarig, og jeg samlet data etter intervensjonen. Studien kan ikke karakteriseres som et aksjonsforskningsprosjekt.

Planen for denne studien ble vurdert og godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (vedlegg 1).

5.2 Metodevalg

Olsen (2003) understreker betydningen av en sammenheng mellom tema, problemstillinger, for forståelse og valg av verktøy i den metodologiske ”verktøykasse”. Han anbefaler at den valgte metodologiske prosedyren er så gjennomiktig som mulig da dette sikrer kontroll av analyseresultater og dermed en kvalitetssikring av kvalitativ intervjuforskning.

I denne studien var det ingen muligheter for randomisering av utvalget, og dette gir et kvasi eksperimentelt undersøkelsesopplegg (Polit og Hungler, 1999). Deltagerne måtte rekrutteres som frivillige til å delta, etter betingelser som gjorde prosjektet gjennomførbart i praksis. En frivillig deltakelse kan påvirke resultatene i en undersøkelse ved at respondentene i utgangspunktet var positive til å stille opp i prosjektet. Siden denne undersøkelsen ikke har som mål å generalisere utover gruppen av deltakere, vil det ikke være av betydning her, men bør tas i betraktning ved sammenlikning av resultater med andre, liknende studier.

På bakgrunn av at det er deltakernes opplevelser og erfaringer med gjennomført undervisning og veiledning som jeg undersøkte, ville ikke en kontrollgruppe kunne svart på de samme spørsmålene som deltagerne ble stilt. Det ble derfor ikke laget noen

kontrollgruppe. For å svare på problemstilling og forskningsspørsmål benyttet jeg individuelle intervjuer slik at både bredde og dybde i respondentenes svar kunne komme frem.

Fagermoen (1996) hevder at ved bruk av begrepet kvalitative metoder refereres det til metoder for datainnsamling som søker å favne respondentenes perspektiv, oppfatninger og forståelse, minst mulig påvirket av forskers perspektiv og kontroll. På denne bakgrunnen velger jeg å kalle studien for kvalitativ forskning og bruker de føringene dette gir. Jeg utformet en intervjuguide som i kronologisk rekkefølge tok for seg undervisningen og veiledningen slik det var gjennomført i prosjektet.

Jeg vurderte å benytte fokusgruppeintervjuer som metode for datainnsamling, men da det var hver enkelts personlige mening jeg ønsket, ble det gjennomført personlige intervjuer. Personalet på en avdeling er ofte preget av sine roller, og siden det i gruppene var både sykepleiere, hjelpepleiere og assistenter ville dette utgjort en fare for at de personlige meningene ikke kom frem.

5.2.1 Innpass i feltet

Med feltet menes det stedet hvor en studie blir foretatt, og det var i dette tilfellet et sykehjem. Sykehjemmet var kjent for forsker fra tidligere. Dette gjorde det enkelt å få tilgang, og de formelle søknadene ble hurtig og positivt besvart (vedlegg 2 og 3). Institusjonsleder godkjente forespørselen om å bruke sykehjemmet og personalet i en studie. Planlegging av tid og sted for undervisning og veiledning foregikk i samarbeid med en avdelingsleder. Det har tidligere vært studier på liknende og høyere nivå ved sykehjemmet, så for de ansatte var prosjekter av denne art ikke en ukjent situasjon.

Sykehjemmet hadde fem avdelinger hvor to av avdelingene var skjermede enheter for senil demente, to avdelinger for langtidspasienter og en avdeling hadde en blanding av langtidspasienter og korttidspasienter. Avdelingene hadde i snitt ti pasienter. På hver av avdelingene arbeidet mellom ti og femten personer, med ulike utdannelser og bakgrunn, og i ulike stillingsbrøker.

Kommunen var inne i en omorganiseringsprosess, noe som innebar at mange pasienter og deler av personalet skulle flyttes til andre steder innen kommunen. På dette sykehjemmet skulle de to dementavdelingene flyttes. Det var derfor naturlig for meg å velge ut de avdelingene som skulle bli værende på sykehjemmet, slik at flytting og

tankene rundt dette ikke skulle forstyrre prosjektet i for stor grad. To av de valgte avdelingene var langtidsavdelinger, mens den tredje var en blanding av langtids og korttidsavdeling. De tre avdelingene hadde i prosjektperioden også samme avdelingsleder, noe som gjorde administreringen av prosjektet enklere.

Informasjon om prosjektet ble først utdelt i skriftlig form, hvor jeg spurte om personalet ville delta i et undervisningsprosjekt. Der sto det at prosjektet skulle handle om hvordan de kunne bli bedre kjent med pasientene på avdelingen og den betydningen dette har for pasienten. De ville få lære noen metoder for hvordan det kunne gjøres, via undervisning og veiledning. Tidsrammen for prosjektet var skissert, og det var lagt vekt på at alt skulle foregå på dagtid. Jeg skrev at jeg ville intervju deltakerne i etterkant, og at alle opplysninger som kom frem ville være anonyme (vedlegg 4).

Etter avtale med avdelingsleder presenterte jeg også prosjektet muntlig på avdelingenes respektive vaktrom. Jeg benyttet vaktskiftet om ettermiddagen, da det er den tiden på dagen hvor flest i personalet er til stede. Dersom noen ønsket å høre mer om prosjektet, eller hadde spørsmål å stille, informerte jeg også enkeltvis.

5.2.2 Deltagere og respondenter

Pleiepersonalet på sykehjemmet hadde forskjellig bakgrunn, fra sykepleiere med tilleggstudning til hjelpepleiere, og ufaglærte assistenter. Studien ønsket å avspeile et naturlig snitt av arbeidsstokken, men det var av betydning for gjennomføringen av prosjektet at deltagerne ikke arbeidet mindre enn 50 % stilling, og at de ikke kun arbeidet kveldsvakter og i helgene. Undervisningen og veiledningen skulle gjennomføres i løpet av en fem til seks ukers periode. Det var viktig for gjennomføringen at deltakerne i prosjektet jobbet mest mulig i denne perioden. Dette ble derfor kriteriene for deltagelse. Det var kun kvinnelig personale som oppfylte disse kriteriene, så alle deltakerne er kvinner.

Det var avdelingsleder som spurte personalet, om de ville delta i prosjektet, og satte sammen grupper med fire frivillige på hver av de tre avdelingene. På denne måten var det avdelingsleder, og ikke jeg, som valgte ut deltakerne. Jeg innhentet skriftlig informert samtykke fra de som sa seg villige til å delta (Tranøy, 1992), og understreket at de når som helst kunne trekke seg fra prosjektet (Helsinkideklarasjonen, 1964) (vedlegg 5).

Av deltakerne i prosjektet var tre sykepleiere, fem hjelpepleiere eller omsorgsarbeidere og to assistenter, i alt 12 stykker. Gjennomsnittsalder på deltakerne var 42,4 år. De hadde gjennomsnittlig arbeidet 9,8 år ved dette sykehjemmet, og 11,5 år i helsevesenet totalt.

For deltakerne besto prosjektet av en undervisning, tre gruppeveiledninger og et intervju. Det ble før oppstart ikke stilt noe krav om at de måtte være med på alle veiledningene. Dersom det var blitt stilt krav om deltakelse på alle veiledningene antar jeg at noen hadde vegret seg mot å delta. En av de forespurte deltagerne deltok ikke på undervisningen, og en annen deltok ikke på noen av veiledningsgruppene. Det var en forutsetning for intervjuene at deltakerne hadde vært med på undervisningen og noen av veiledningene, og det var derfor ti av deltagerne som kunne være respondenter i datainnsamlingen. For å ivareta deltakernes anonymitet ble ingen utsagn eller data knyttet opp til respondentenes bakgrunn.

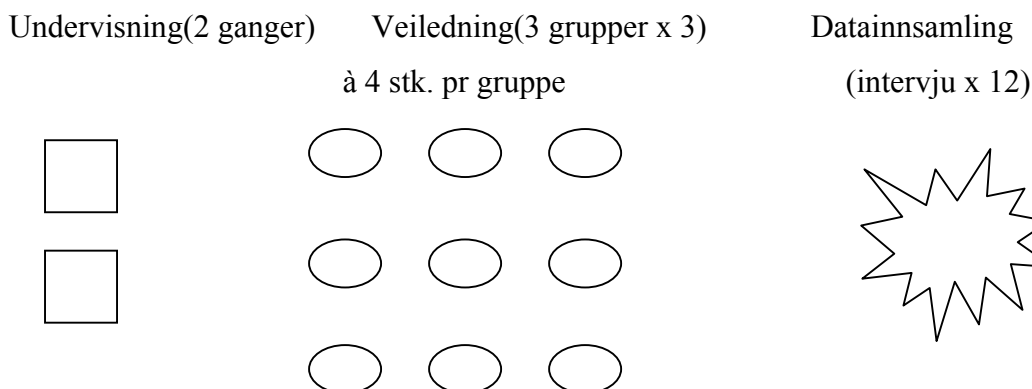
5.2.3 Kort beskrivelse av prosjektet

Undervisningen varte i to skoletimer og omhandlet viktigheten av å kjenne til pasienters livshistorie. Det ble undervist i forslag til metoder om hvordan personalet kunne innhente pasienters livshistorie. Undervisningsmaterialet, deriblant et ”redskap” til hjelp for innsamlingen, ble utdelt. ”Redskapet” var noen stikkord, til hjelp for innsamling av pasientenes livshistorier (vedlegg 6).

Undervisningen var planlagt avholdt for alle de 12 deltakerne samtidig, men på grunn av uforutsette hendelser ble undervisningen holdt to ganger, slik at alle deltakerne kunne få mulighet til å delta. På slutten av undervisningen ble deltakerne delt inn i grupper med tilhørighet på sine respektive avdelinger. Deltakerne valgte seg ut hver sin pasient på sin avdeling. Disse pasientene skulle de samle inn livshistoriene til, og avdelingsvis skulle vi møtes til tre gruppe-veiledninger. I gruppene skulle medlemmene dele sine kunnskaper om de valgte pasientene, og sammen reflektere over det som ble fortalt.

Jeg var selv veileder for alle gruppene, og medvirket på alle ni veiledningene. Etter veiledningene ble det utført individuelle intervjuer med deltakerne.

Figur 6: Illustrasjon over prosjektet; (12 deltakere).

Planlagt tidsramme:

Uke 12 og 13

uke 13, 14, og 15

uke 17 til og med 23

5.2.4 Gjennomføring av prosjektet

Undervisningene ble holdt en torsdag og påfølgende mandag, og veiledningsgruppene ble startet opp uken etter. Hver gruppe hadde veiledning en gang i uken, tilrettelagt på den dagen som de fleste av deltakerne var på jobb. Veiledningene ble holdt på vaktrommet eller et annet rom på avdelingen, mens en annen i personalet hadde ansvaret for pasientene. Deltagerne deltok gjennomsnittlig på to av veiledningene. Som regel hadde vi veiledningene i skiftet mellom dagvakt og kveldsvakt. Det var på forhånd avklart med ledelsen at de som kom på jobb en time før vekten begynte, kunne få avspasere dette ved en senere anledning. Påsken kom inn i mellom andre og tredje veiledning, og var en av grunnene til at prosjektet trakk litt ut i tid. To ganger måtte veiledninger utsettes på grunn av uforutsette hendelser med pasienter på avdelingene.

Gjennomføring:

Undervisning(2 ganger)

Uke 12 og 13

Veiledning(3 grupper x 3)

uke 13, 14, og 17

Datainnsamling(intervju x 10)

uke 18 til og med 23

Det var planlagt å gjennomføre to intervjuer per uke med direkte påfølgende transkribering. Det viste seg vanskeligere enn antatt å få avtalt tid til de individuelle intervjuene. Enkelte ganger skjedde det uforutsette hendelser på avdelingen, og andre

ganger måtte personalet bytte vakter. Intervjuene ble utført innen den fastsatte tidsplanen, takket være at noen av respondentene stilte opp på fritiden for å gjennomføre intervjuet.

5.2.5 Rolleskifte: Fra veileder til forsker

En av de store utfordringene i den empiriske delen av studien, var skifte av rollen fra å være veileder til å være forsker. I en veiledning skal veileder støtte og oppmuntre deltakerne til å komme frem med og begrunne, sine løsninger. Her er ledende spørsmål brukt som en metode til å lede veilanden på vei. Som intervjuer forsøkte jeg å spille en mer passiv rolle, og la vekt på å stille korte og enkle spørsmål (Kvale, 1997). Selv om Kvale (1997) hevder at ledende spørsmål ikke er noe trussel, heller en fordel i intervjusituasjoner, ville jeg forsøke å skape intervjusituasjonen ved innledningsvis ikke å stille ledende spørsmål.

Det kan argumenteres for at det å være både underviser, veileder og forsker i samme studien svekker studiens pålitelighet, men det var i dette tilfellet eneste mulighet for å få gjennomført prosjektet. Det at jeg hadde vært underviser og veileder gjorde muligens intervjusituasjonen enklere for respondentene. Selv om noen av dem sa at de var litt spente før intervjuene startet, virket det som om de fort ble trygge, og de var åpne for å besvare spørsmålene som ble stilt. Det kan tenkes at de allikevel ikke ønsket å si noe negativt om det de hadde vært med på, og at dette kan være med på å svekke dataenes pålitelighet.

Jeg forsøkte hele tiden å være meg bevisst de tre etiske sidene ved forskerens rolle, som Kvale (1997) hevder å være det vitenskapelige ansvar, forholdet til intervjupersonene og forskeruavhengigheten.

Det viste seg at det vanskeligste i dette rolleskiftet ble å stille korte og åpne spørsmål, og å ikke være ledende i hvordan spørsmålene ble stilt. Ledende spørsmål ble brukt spesielt i oppklarende grad. Jeg hadde også vanskeligheter med å ikke være bekreftende i måten jeg stilte oppfølgingsspørsmål på. De to første intervjuene bar spesielt stort preg av dette, og ble av den grunn ikke brukt i dataanalysen. Åtte intervjuer er grunnlag for analyse av data.

5.2.6 Tilrettelegging av intervju

Det ble særdeles viktig å sette rammene for intervjuene på en konkret måte, for å markere forskjellen fra en veiledning. Jeg benyttet et kontor borte fra avdelingen til å gjennomføre intervjuene på. Den intervjuede ble henvist i kontorstolen som var plassert mot et vindu, og jeg satt foran vinduet i en besøkstol. Dette var fordi kontorets datamaskin, bøker og bilder ikke skulle ta oppmerksomheten vekk fra intervjuet, og fordi det kunne være godt å la øynene hvile på naturen utenfor dersom man trengte en pause for å samle tankene. Kontorstolen var også litt høyere enn besøkstolen, slik at jeg satt lavest. Et hjørne av et bord sto i mellom meg og den som ble intervjuet. Det kan føles trygt å ha noe å sitte ved, men jeg ville ikke gi den som ble intervjuet anledning til å ”gjemme seg” bak et stort bord. En liten båndopptaker med innebygget mikrofon ble brukt til å ta opp intervjuet, og denne var også med på å markere den visuelle forskjellen mellom et intervju og en veiledning.

5.2.7 Gjennomføring av intervjuer

Som metode for datainnsamlingen ble det benyttet et semistrukturert intervju. En intervjuguide var utarbeidet for å sikre at de fire hovedtemaene ble stilt alle deltakerne (vedlegg 7):

- Undervisningsmetoder
- Innsamling av livshistorien og reaksjoner i den forbindelse
- Veiledningene og refleksjoner/tanker som kom frem
- Gjennomføring av prosjektet, opplæringstilbud og råd og tips

Jeg hadde organisert temaene i den rekkefølgen de ble gjennomført i prosjektet, og fulgte intervjuguiden i intervjuene.

Jeg la vekt på å lage en god stemning, slik at respondenten følte seg ivaretatt. De ble tilbudt te eller kaffe, og vi småpratet litt før intervjuene startet. Før intervjuene ble det gjort klart for respondenten at det var deres opplevelser og erfaringer ved å ha deltatt i prosjektet som var fokus for intervjuet, og ikke de innsamlede livshistoriene fra pasientene. Det var viktig å presisere dette for å holde fokuset på egne opplevelser og erfaringer, og ikke på pasientene som det ofte er lettere å snakke om. Respondentene ble

påminnet om at det de fortalte ville bli anonymisert, i samsvar med innhenting av det informerte samtykket som var innhentet. Dersom det var noe de ikke ønsket å svare på var det helt greit. Intervjuet begynte med at jeg spurte dem om alder, bakgrunn og praksistid før jeg startet opp med hovedtemaene. Alt ble snakket inn på båndet og jeg noterte ikke underveis, slik at hele min oppmerksomhet var viet den som ble intervjuet.

Jeg bestrebet meg på å la den intervjuede i størst mulig grad få snakke fritt, og stilte åpne spørsmål (Kvale, 1997). Etter noen intervjuer kunne jeg se hvilke spørsmål som fikk størst respons, og hvilke som kunne stilles på en annen måte. Gjennomgående var det de mest konkrete spørsmålene som ga mest utfyllende svar, og spesielt når respondentene fikk anledning til å bruke eksempler for å illustrere. Etter de to første intervjuene kom det frem at personalet savnet mulighet for å delta på kurs, opplæring og annen oppfølging, og jeg laget spørsmål om dette på de åtte intervjuene som analysen er foretatt ut fra.

Det var en klar utvikling i intervjuprosessen, både i spørsmålene, måten jeg stilte dem, og på de oppfølgingsspørsmål jeg kom med. Jeg erfarte viktigheten av å vente noen øyeblikk slik at respondenten kunne få tenke seg om før hun svarte. Dersom respondentene helst ville fortelle om pasientene, lot jeg dem gjøre dette en stund før jeg igjen stilte spørsmål om deres erfaring og opplevelse av prosjektet.

Alle respondentene hadde på forhånd tenkt over at de skulle i et intervju, og at det der ville bli gjort opptak med båndspiller. Noen syntes dette var litt skummelt og uvant, men når vi kom i gang var det ikke noe problem, de fleste glemte at båndopptakeren sto der. Båndopptakeren hadde bånd med 120 minutters varighet, 60 minutter på hver side. Ingen av intervjuene varte mer enn 60 minutter. Kun en gang under intervjuene skjedde det at båndopptakeren ikke tok opp, men dette oppdaget jeg etter 2-3 minutter, og vi startet forfra igjen.

Intervjuene transkriberte jeg selv, ord for ord. De fire første intervjuene ble transkribert etter hvert intervju, noe som lærte meg mye om min egen rolle som intervjuer. På grunn av at flere enn to intervjuer ble avtalt i samme uke, ble de seks siste intervjuene transkribert etter at alle intervjuene var foretatt. Samtidig med transkriberingen laget jeg sammendrag av intervjuene, hvor jeg også skrev inn noen egne inntrykk av intervjuene. Samlet gir dette et bredere bilde av intervjusituasjonene (Widerberg, 2001).

Prosjektet startet opp med 12 deltakere. Av disse ble 10 stykker respondenter i intervjuene, og 8 av intervjuene dannet grunnlaget for analysen av data. Fra deltakerne

sa seg villige til å være med, til undervisningen, veiledningen og intervjuene ble gjennomført og transkriberingen foretatt, gikk det cirka 15 uker. På tross av noen få praktiske problemer, mener jeg at prosjektet ble gjennomført innen rimelig tid.

5.3 Validitet og reliabilitet

Validitet kan oversettes med gyldighet, og handler om hvorvidt undersøkelsen måler det den skal måle, og validitet er knyttet til alle ledd i forskningsprosessen. Valideringen avhenger derfor av forskerens håndverksmessige dyktighet; gjennom kontrollering, utspørring og teoretisering (Kvale, 1997). Jeg hevder å ha lest intervjuene med et kritisk blikk, og søkt om det var andre tolkninger enn den jeg hadde som var plausible. I en hermeneutisk tolkning er det av avgjørende betydning for gyldigheten hva forskningsspørsmålene spør om (Kvale, 1997).

Kvale (1997) knytter også validiteten til praksisfeltets mulighet til gjenkjennelse og relevans. En stigende interesse for historier og narrativer både i praksis og innen forskning viser at temaet er relevant. Samfunnets krav om kvalitet, og individuelt tilpasset pleie, vil også tilsi at personalets måte å møte pasientene på er et viktig punkt både for pasienten, de pårørende og personalet selv. Jeg mener at både tema og prosjektets læringsprogram, er relevant for den daglige praksis ved mange av landets sykehjem.

Reliabilitet kan oversettes med pålitelighet og sannferdighet, og forklares med om data er til å stole på. Kvale (1997) kaller reliabilitet for forskningsfunnenes konsistens, og beskriver det som nøyaktighet i de ulike operasjoner i forskningsprosessen. Ved innsamling av kvantitative data tilsier dette måleinstrumentenes nøyaktighet. Når flere ulike målinger gir like resultater, er det høy reliabilitet. Dette kan ikke direkte overføres til innsamling av kvalitative data, hvor forskeren selv er instrumentet, og bruker seg selv for å samle inn data. Påliteligheten blir vedrørende det som skjer i intervjusituasjonen, nærmere bestemt hva skjer mellom forsker og den som blir intervjuet. I de foregående kapitler er det beskrevet hvordan datainnsamlingen var planlagt og gjennomført. Etter beste evne er regler og tips for intervju fulgt, og veiledningene fra Kvale (1997) og Widerberg (2001) ble nøye studert. Utenfor forskers kontroll ligger muligheten for at respondentene snakket sammen om

intervjuene, slik at de siste som ble intervjuet var forberedt på spørsmålene. Dette kan ha påvirket studiens reliabilitet.

Kvale (1997) hevder også at dersom data i en kvalitativ studie skal kunne anses for å være pålitelige, må de kunne føres tilbake til det innsamlede datamaterialet, og andre må også kunne følge forskerens tolkninger. Dette gir føringer for både transkriberingen og tolkning av data. Transkriberingen utførte jeg selv, og var nøye med å spole båndet frem og tilbake for å få en ordrett avskrivning. Et kort sammendrag ble laget samtidig for å få med mer av egne inntrykk. Hammersley og Atkinson (1987) sier om forskerpåvirkning at man ikke har noen garanti for å få gyldige data uansett hvilken rolle forskeren tar. Reliabilitet anses for å være en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse for validitet (Polit og Hungler, 1999). Validitet og reliabilitet kan betraktes som evalueringskriterier av datainnsamlingen, og utgjør til sammen datas kvalitet, hevder Abdellah og Levine, (1986).

5.3.1 Etske overveielser

Kvale (1997) beskriver tre etiske sider ved forskerens rolle; det vitenskapelige ansvar, forholdet til intervjupersonene og forskeruavhengigheten. Det vitenskapelige ansvar skulle ivaretas gjennom prosjektet og intervjuene, slik at dersom det kommer frem ny kunnskap, er denne kontrollert og verifisert i den grad det er mulig. Forholdet til respondentene må balanseres mot forskeruavhengigheten slik at de begge blir ivaretatt. Forsker var ikke tilknyttet arbeidsstedet, verken økonomisk eller på noen annen måte, og satt ikke i nær kontakt med ledelsen. Dette kunne vært av betydning for respondentenes svar i intervjusituasjonen.

Kvale (1997) beskriver også de tre etiske reglene for forskning; det informerte samtykke, konfidensialitet og konsekvenser. I denne studien ble det gitt informasjon om undersøkelsens overordnede mål. Alle har underskrevet et skriftlig samtykke, og visste at de når som helst kunne trekke seg fra prosjektet. I det skriftlige samtykke sto det også at deltagerens navn vil bli anonymisert, og data vil bli skrevet om slik at de ikke kan spores tilbake til respondentene. I veiledningene ble det understreket at det var taushetsplikt innen gruppa, og det som foregikk der skulle ikke deles med andre, enten det var pasientenes historier eller deltakernes refleksjoner og reaksjoner. På en liten institusjon visste alle hvem som var deltakere i prosjektet, men jeg arbeidet bevisst for å ivareta deres konfidensialitet.

Et intervju skal ikke være en terapeutisk samtale (Kvale, 1997), og ikke en veiledningstime hvor veileder stiller spørsmål for at veilanden selv skal bli bevisst sine valg. Intervjuet skal få frem respondentens tanker og følelser rundt tema, og fokusere på deltakernes egne opplevelser.

I intervjusituasjonen sa jeg at de hadde rett til ikke å svare på spørsmål, og dersom det var noe jeg følte at det var vanskelig for dem å svare på, stilte jeg ikke oppfølgingsspørsmål. Ingenting av det informantene sa skal kunne spores tilbake til den enkelte person og av denne grunn har jeg ikke laget noen fremstilling over deltakerne i prosjektet. Prosjektet var i seg selv et frivillig tilbud til deltakerne, noe som ofte fremmer en positiv holdning.

Gjennom hele prosjektet har jeg overveid om noe kunne skade pasientene eller deltakerne i prosjektet. I undervisningen la jeg vekt på at pasientene kun skulle spørres dersom de var villige til å svare, og ikke presses på noen måte. Det skulle avklares med pasienten om det som ble fortalt kunne fortelles videre. Det ble undervist i mulige konsekvenser av å samle inn pasientens historie, som for eksempel depresjoner og overinvolvering i pasientens liv. Konsekvenser for de som deltok i prosjektet er forhåpentligvis økt kunnskap om pasientenes tidligere liv og erfaringer fra å ha deltatt i et læringsprogram. Forhåpentligvis har deltakerne i prosjektet lært noe nytt, og fått noen nye redskaper til bruk i det daglige arbeidet. Deltakerne har kanskje blitt bedre kjent med pasientene de spurte, noe som kan komme begge grupper til gode. Hva deltakerne i etterkant har fortalt til kollegaer og pasienter har jeg ikke hatt noen muligheter til å påvirke.

Blanding av roller som underviser, veileder og forsker kan også sees som etisk betenkelig. Vil respondentene svare positivt for å tilfredstille forsker, og vil forsker kun spørre om de tingene som gikk greit i undervisning og veiledning? Dette er overveielser det er tenkt gjennom, og forsøkt tatt hensyn til i intervjusituasjonen. Jeg unnlot å spørre om hvordan de opplevde meg som underviser og veileder, da dette ville bli vanskelig og uetisk. Blanding av roller kunne også føre til at respondentene følte seg presset til å delta, og å svare positivt på intervju spørsmål. Det var frivillig deltakelse i prosjektet, men det kan hende at noen av deltakerne syntes de måtte stille opp på grunn av sitt tidligere bekjentskap til meg. På den andre siden så var alle som deltok positive og entusiastiske i gruppeveiledningene. Jeg behandlet alle på samme måte. I intervjusituasjonen svarte noen av respondentene i starten med få ord og korte setninger, utover i intervjuet snakket de ”friere”. En intervjusituasjon er uvant for de fleste, og det

kan antas at forsiktigheten skyltes dette. Samtlige som ble intervjuet sa at de var positive til læringsprosjektet, noe som styrker studiens reliabilitet. Dette bekrefter det Kvale (1997) sier om viktigheten av at praksisfeltets mulighet til gjenkjennelse og relevans

5.3.2 Presentasjon av stimuli og kontekst

Med stimuli mener jeg de impulsene som respondentene i studien mottar fra forskeren under innsamlingen av data (Hellevik, 1999). Jeg har tidligere beskrevet skifte fra veileder til forsker, dette er helt klart et stimulus man må være bevisst på. Det at jeg fra tidligere var kjent med sykehjemmet og noen i personalet er også en faktor som kan ha påvirket resultatene. Noen av de kjente i personalet var villige til å delta, og var muligens positive til prosjektet på grunn av meg. Alle som deltok ble behandlet på lik linje, uten at det ble tatt hensyn til tidligere bekjentskap.

I konteksten rundt prosjektet vil jeg trekke frem den omorganiseringen som pågikk på sykehjemmet. Selv om de valgte avdelingene ikke var involvert i denne, påvirket det miljøet og stemningen på avdelingene. Det var tydelig å merke at personalet var urolig og usikker på egen fremtid. Personalet hadde fått lite oppfølging i omorganiseringsperioden, og var ivrige etter å samles og snakke om det som pågikk rundt dem.

Det kan stilles et spørsmål til om utvelgelsen av deltakerne var godt nok forberedt, fordi to av de tolv som sa seg villige til å delta ikke kvalifiserte til å bli intervjuet. Om dette var av praktiske eller personlige grunner, vites ikke.

De som ble deltakere i prosjektet var alle positive og villige til å delta, og derfor ble det en fornøyelse å være lærer og veileder.

5.4 Analyse

Hensikten med både kvalitativ og kvantitativ analyse er å organisere og strukturere, og ”trekke ut” mening i forskningsmaterialet (Polit og Beck, 2004).

De transkriberte intervjuene ble skrevet ut på papir, og lest gjentatte ganger for å bli kjent med innholdet. Jeg skrev sammendrag fra hvert intervju for å bli ytterligere kjent med innholdet. I analysen ble det ble naturlig å bruke de fire inndelingene i forskningsspørsmålene brukt som hovedkategorier. Dette er en deduktiv tilnærming til materialet ut fra forhåndsbestemte kategorier. Underkategorier kom frem fra datamaterialet ut fra spørsmål i intervjuguiden. Noen underkategorier kom også frem fra respondentenes svar, i en induktiv prosess.

Teknisk ble analysen foretatt på følgende måte:

I. trinn

De transkriberte intervjuene ble lagt inn i hvert sitt dokument med tre kolonner. Intervjuene var nummerert fra Nr.3 til Nr.10. Hvert av intervjuene bestod da av mellom 12 og 22 sider med tekst, i enkel linjeavstand. Første kolonne var rådata, i andre kolonne ble hovedpunktene av materialet trukket ut, og i tredje kolonne kom det første steget mot fellestrekk i materialet.

Hvert enkelt intervju:

Rådata(ordrett transkripsjon fra intervjuene)	Hovedpunkter av materialet, utdrag (kopierte fra rådata)	Hovedkategorier styrt fra forskningsspørsmål. (Utsagnene ble bearbeidet med stor forsiktighet)
---	--	--

II. trinn

Hovedkategoriene fra alle intervjuene ble samlet. De ulike kategoriene ble lagt inn i et dokument med to kolonner hvor en ytterligere bearbeiding ble foretatt. Underkategoriene kom frem fra intervju spørsmål, noen fra respondentenes svar. Bearbeiding av data ble utført med forsiktighet, slik at tolkingen i størst mulig grad lignet den opprinnelige teksten.

Alle intervjuene:

Ulike hovedkategorier ble samlet sammen fra alle intervjuene.	<u>Underkategorier</u> kom frem i materialet ut fra intervju spørsmål, og noen fra respondentenes svar (forsiktig bearbeiding av utsagn).
---	---

Ved å bruke kolonner fikk jeg en god oversikt over datamaterialet, og unngikk å bla frem og tilbake i papir eller på datamaskin, noe som lettet analyseprosessen. All analyse ble foretatt på datamaskin.

III. trinn

For å kontrollere analysens systematikk ble det laget matriser til hver kategori og underkategori, og krysset av for om respondentene hadde besvart de ulike tema som kom frem. Dette ble en kontroll for om svarene var avgitt, eller om spørsmålet var stilt (se Presentasjon av data, kapittel 6.). Der hvor svar manglet måtte intervjuet undersøkes ytterligere etter mulige uttalelser.

Et eksempel viser kategorisering av data:

Intervju spørsmål: Hva tenkte/følte du da du satt og spurte pasienten? Hvilke reaksjoner hadde du? Hovedtema: INNSAMLING AV LIVSHISTORIEN; hvert enkelt intervju;

RÅDATA	HOVEDPUNKTER	OMSKREVET
Det er litt rart å tenke på, for du tenker så mye på at hun er en pasient som du steller liksom, men du, det er ikke alltid du tenker på at hun har faktisk hatt et liv hun også liksom. Så det er litt artig å høre på hva hun har opplevd og, for du tenker ikke noe særlig over, for det går så fort at du bare steller dem og får dem opp og får mat og blir ferdig. Så det er lett å glemme at dem faktisk har hatt et liv, og at dem er like mye menneske som du er.	du tenker så mye på at hun er en pasient, det er ikke alltid du tenker på at hun har faktisk hatt et liv hun også, artig å høre på hva hun har opplevd, det går så fort at du bare steller dem og får dem opp og får mat og blir ferdig, lett å glemme at dem faktisk har hatt et liv, og at dem er like mye menneske som du er.	Tenker ofte kun på henne som en pasient, ikke på at hun har hatt et liv hun også. Det er artig å høre hva pasienten har opplevd Det er lett å glemme at pasientene har hatt et liv, og at de er like mye menneske som du.

Alle intervjuenes hovedkategori ble samlet til videre analyse, dette utsagnet ble plassert inn i underkategorien, og noe bearbeidet.

<p>Hovedtema: INNSAMLING AV PAS. LIVSHISTORIE (kopierte over fra 3. kolonne)</p>	<p>Underkategori: Respondentens reaksjoner</p>
<p>Tenker ofte kun på henne som en pasient, ikke på at hun har hatt et liv hun også.</p> <p>Det er artig å høre hva pasienten har opplevd</p> <p>Det er lett å glemme at pasientene har hatt et liv, og at de er like mye menneske som du.</p>	<p>I. Tenker ofte på henne kun som en pasient, og glemmer at hun har hatt et liv, og er like mye menneske som alle andre.</p> <p>II. Det var artig å høre på at pasienten fortalte om livet sitt.</p>

I presentasjon og diskusjon av funn er svarene fra ulike informanter beskrevet og sammenliknet for å få en mer dyptgående forståelse av hvert enkelt tema. Hver underkategori er presentert med sine likheter og ulikheter innen respondentgruppen.

5.5 Kritikk av design og metode

Cook og Campbell (1979) hevder at dette forskningsmessig er et svakt design siden det ikke er noen form for test forut for intervusjonen og lite å kontrollere og sammenlikne resultatene med. Denne kritikken må sees ut fra hvem som har skrevet det, og tiden det er skrevet i. Under dominansen av et naturvitenskapelig paradigme, ble alt som ikke kunne måle seg med gullstandarden, nemlig et ekte eksperiment, sett på som svake design. Foss og Ellefsen (2002) fremholder at kombinerings av kvalitative og kvantitative metoder er økende innen sykepleieforskning. De hevder at ulike ontologiske og epistemologiske utgangspunkt ikke skal rangeres, men sees på som like valide, fordi de sammen kan fremskaffe et rikere og mer fullverdig bilde av hva som utforskes. Dette har jeg forsøkt å utfordre.

Undervisningene og veiledningene var lærerike, både å forberede og å utføre. Intervjuene og transkriberingene var intense, men også lærerike. Selvsagt er det en forskningsmessig svakhet at det er første gang forsker intervjuer, og ved en ny

intervjustudie ville noen av feilene muligens kunne unngås. Igjen vil jeg trekke frem det at det var samme person som utførte både undervisning, veiledning og intervjuer. I etterpåklokskapens lys ser jeg at det burde kanskje ha vært en annen person som utførte intervjuene.

Intervjuene ble utført i entusiastisk optimisme, noe som muligens kan ha påvirket resultatene. En større ro over intervjuene kunne ha gitt bedre klarhet i resultater. Flere oppfølgingsspørsmål ville ha validert respondentenes svar. En annen svakhet ved studien er at analysen er utført meg alene, uten kontroll og diskusjon med andre.

Oppgaven har lært meg hvor viktig det er å ha tenkt igjennom hvilke føringer design og metode gir for et prosjekt. Intervjuguiden har styrt analysen av intervjuene, noe som har ført til en noe stringent analyse, som har fått frem den eksplisitte meningene til informantene. En annen type analyse ville muligens fått mer frem de implisitte meningene.

6.0 PRESENTASJON AV DATA

Resultatene fra datainnsamlingen presenteres i kronologisk rekkefølge, slik de ble utført i prosjektet. Dette er på tilsvarende måte som forskningsspørsmålene og intervjuguiden er bygget opp. Respondentenes svar presenteres tilnærmet slik de ble sagt i intervjuet.

De hoved- og undertema som kom frem var:

I. UNDERVISNINGEN

- Undervisningen generelt
- Undervisningsmaterialet
 - Narrativer i undervisningen
 - ”Redskapet”
 - Gjenbruk av materialet
- Liten gruppe
- Mangler i undervisningen

II. INNSAMLING AV LIVSHISTORIEN

- Innsamlingen
 - Tillatelse
 - Hvor og når
- Nedtegning
- Vanskeligheter
- Respondentens reaksjoner
 - Egen historie
- Pasientens reaksjoner (fortalt av respondent)
- Tidsbruk
- Ekstraarbeid

III. VEILEDNING

- Utvexling av informasjon
- Tenkt på/reflektert over pasientens liv
- Felles refleksjon
 - Bedre kjent med pasientene
- Erfaringer med gruppen
- Forandringer under prosjektet

IV. GJENNOMFØRING AV PROSJEKTET

- Gjennomførbarhet
 - Tid i hverdagen
 - Deltagelse
 - Inkludere alle pasientene
- Opplæring og oppfølging
- Råd og tips
 - Flere veiledninger
 - Utvelgelse av pasienter
 - Undervisning kontra veiledning
 - Ta litt av gangen

6.1 Avgrensinger i analysen

Jeg har valgt å ikke trekke frem respondentenes alder, bakgrunn eller antall år i praksis. Sykehjemmet prosjektet ble gjennomført på er lite, 10 av deltakerne ble intervjuet, og jeg fant ut at det kunne bli lett å koble uttalelser med alder eller bakgrunn hos deltakerne. Dette er gjort for å beskytte respondentenes anonymitet.

6.2 Kategorier

I. UNDERVISNINGEN

Første tema omhandler deltakernes opplevelser og erfaringer med undervisningen. Undervisningen fokuserte på viktigheten av å kjenne til pasienters livshistorie, og den betydningen det kunne ha for pasientene. Undervisningsmateriale som var stikkord rundt tema og tre narrativer, ble delt ut, og jeg presenterte teori og praktiske eksempler. Det var lagt opp til en aktiv deltakelse med samtale og diskusjon. Deltakerne ble oppfordret til å delta med egne eksempler.

Følgende matrise viser en oversikt over tema og kategorier i tema. Matrisen viser kun om det finnes svar i intervjumaterialet. Der hvor det ikke er krysset av for svar, har spørsmålet enten ikke blitt stilt, eller respondenten har ikke svart på spørsmålet. Antall svar innen kategoriene gir en oversikt over representativiteten i datamaterialet.

Tabell 2: Analyse av undervisningen

Respondenter	Nr. 3	Nr. 4	Nr.5	Nr.6	Nr.7	Nr.8	Nr.9	Nr.10
UNDERVISNINGEN, generelt	x	x	x	x	x	x	x	x
UNDERVISNINGSMATERIALET	x	x	x	x	x	x	x	x
NARRATIVER i undervisningen	x	x	x	x	x	x	x	x
”REDSKAPET”	x	x	x	x	x	x	x	x
GJENBRUK		x	x	x		x	x	x
LITEN GRUPPE					x	x	x	x
MANGLER (i undervisningen)	x	x	x	x	x			x

Undervisningen generelt

På spørsmål om hva de generelt syntes om undervisningen, var alle respondentene positive i sine svar, og adjektiver som ”fint”, ”interessant” og ”lærerikt” ble brukt. Fire av respondentene trakk frem at det var nyttig å snakke med de andre i

personalet, og at de kunne lære ting av hverandre, fordi de reflekterte og tenkte ulikt, og løste problemer på forskjellige måter. ”Det er forskjellige opplevelser av samme situasjon”. ”Det er bra å høre hva andre tenker”, var to utsagn. En tredje svarte: ”Det er ok å høre om situasjoner du kan kjenne deg igjen i og de ulike reaksjonene”. En respondent sa at undervisningen var ”positiv og tankevekkende”, og at ”det er mye en gjør uten å være så reflektert som en bør”. En annen sa at ”den ga en helt ny vinkling til å bli kjent med pasientene.” En svarte at hun ikke hadde ikke tenkt på undervisningen i ettertid.

Undervisningsmaterialet

Materialet som ble brukt i undervisningen ble forevist respondentene, og jeg spurte hva de syntes om det. Materialet bestod av stikkord til undervisningen, tre historier/narrativer som omhandlet temaet, og et ”redskap” (vedlegg 6) for innsamling av en pasients livshistorie. ”Redskapet” var stikkord til hjelp for innsamlingen av livshistorien.

Respondentene ga i første omgang få konkrete svar på hva de mente om materialet. Jeg måtte stille utdypende spørsmål om materialet var vanskelig skrevet eller kunne misforstås på noen måte. Ingen av respondentene syntes materialet var vanskelig skrevet eller kunne misforstås. Tre av respondentene uttalte at materialet var til hjelp for undervisningen. De kunne se ”i hvilken rekkefølge ting skulle komme”, de kunne ”vite hva de kunne spørre om”, og det ”hjalp en til å ikke miste tråden”.

Narrativer/historier i undervisningen

Tre små historier/narrativer ble lest høyt i undervisningen, og sammen reflekterte vi høyt over disse. Det var oppdiktete historier om deler av fiktive personers livshistorie.

På spørsmål om hva de syntes om å bruke historier i undervisningen, svarte samtlige positivt. En respondent svarte at ”historier setter fokus på ting”, en annen at ”en historie gjør det lettere å forstå”. De siste sa videre: ”Jeg har ikke tenkt over hva det kan bety for andre. Du tenker ikke over hva du sier i stell, og hvilken innvirkning det kan ha på pasientene”. Det var et gjennomgående svar at historiene satte i gang tankene.

Utsagn som ”historier er lærerikt, de gir deg tanker av enkle ting”, og ”det gjør at man tenker på en annen måte, dypere”, bekrefter dette.

At historiene skaper et bilde av de personene som de forteller om, viser disse svarene; ”med historier ser man mennesket”, og ”pasienten blir til en person som har og har hatt et liv”. En sa: ”jeg klarer ikke alltid å se livet som det har vært. Alle har sin ballast, det er ikke rart at vi blir forskjellige. Jeg ser personen, men ikke ballasten”. En av respondentene svarte: ”Jeg husker historiene, men ikke stikkordene fra undervisningen”. Kun en av respondentene sa at hun ikke husket historiene, men hun var positiv til å bruke historier i undervisning for; ”via historier kan du jobbe med en person”. Alle utsagnene viser en positiv holdning til bruk av historier. Ingen hadde noe negativt å si om historiene som ble brukt. En av respondentene sa at hun hadde lest historiene flere ganger hjemme.

”Redskapet ”

I undervisningsmaterialet som ble utdelt, var det laget to sider med stikkord som kunne brukes til å samle inn en pasients livshistorie. Dette ble kalt et ”redskap”. Redskapet var en liste med kronologiske stikkord fra en tenkt persons livshistorie, og noen spørsmål om livshistoriens høydepunkter (vedlegg 6). Det ble poengtert i undervisningen at det var frivillig å bruke redskapet, og om de ville skrive ned pasientens svar eller ikke.

På spørsmål om de hadde sett noe på dette ”redskapet”, svarte alle åtte respondentene at de hadde kikket på stikkordene enten i forkant, eller under innsamling av pasientens livshistorie. Tre av svarene var følgende: ”Det er kjekt å ha stikkord for å komme i gang med å spørre”, ”det gjorde det lettere å spørre om ting jeg ikke tenkte å spørre om”, og ”jeg brukte det for å vite hva, hvordan og hvorfor, men brukte det ikke under innsamlingen”. En svarte at hun ikke ville sitte med arket foran pasienten, for det ville virke unaturlig, men hun kikket på det før hun gikk inn. To stykker svarte at det var for liten plass til å skrive på arket.

Gjenbruk av materialet

Jeg ønsket å finne ut om respondentene hadde brukt eller lest noe i det utdelte materialet i etterkant av undervisningen.

Seks av respondentene svarte på dette spørsmålet. Av de seks er det kun en som sier at hun har lest materialet i ettertid, og en annen som har kikket litt på det rett etterpå. Den tredje sier at hun ikke har sett noe på det de tre siste ukene. Tre av respondentene svarer ”nei”, de har ikke sett på materialet i etterkant av undervisningen. Svarene var korte og konkrete. De respondentene som sa at de hadde sett på materialet, kom heller ikke med noen utfyllende detaljer om hva de mente om det. Spørsmålet gjaldt undervisningsmaterialet generelt, ikke noen spesielle deler av det. Dette var også et kontrollspørsmål for å undersøke om de hadde brukt ”redskapet”, noe samtlige sa at de hadde gjort.

Undervisning i gruppe

Undervisningen var planlagt som en gruppeundervisning med alle 12 deltakerne. På grunn av uforutsette hendelser, måtte den gjøres to ganger. Deltakerne ble derfor delt i to mindre grupper. Det var fem og seks deltakere i gruppene.

I intervjuene vektla tre av de fire siste respondentene betydningen av at det ble undervist i en liten gruppe. Uttalelsene var: ”Det er best med små grupper, jeg snakker ikke i store grupper”, ”det er greit med en liten gruppe, da har man mulighet til å si det du mener”, og ”er det mange deltakere er mange stille. En liten gruppe er en fordel, der kan alle få sagt noe.” Disse svarene er lite representative for hele gruppen, men var av stor betydning for de tre som selv brakte temaet på banen.

Mangler i undervisningen

Respondentene ble spurt om det var noe de savnet eller de syntes manglet i undervisningen. Av de seks som svarte, er det ingen som konkret sier at de savnet eller manglet noe. Utsagn var: ”Følte ingen mangler i undervisningen, den satte i gang en prosess og vi satte ord på tankene underveis”. En respondent svarte: ”Det er begrenset hva det er plass til på to timer”. En annen sa: ”Nei, jeg stiller ingen krav”.

Tillatelse

Tre av respondentene sa at de hadde spurt om pasientens tillatelse til å spørre om livshistorien. To av disse hadde fortalt om prosjektet de deltok i, og den ene sa at hun hadde informert pasienten om retten til taushetsplikt. Tre respondenter sa at de ikke hadde fortalt pasientene om prosjektet. En annen av respondentene sa at hun fikk ingen nye svar av pasienten, utenom de opplysningene hun kjente fra før. Hun svarte ikke på om hun hadde spurt om pasientens tillatelse til å spørre om livshistorien. Av de syv respondentene som svarte på dette spørsmålet, var det fire som ikke hadde spurt sine pasienter om tillatelse til å spørre om deres livshistorie.

Hvor og når

Jeg var interessert i å vite hvor og når respondentene fant anledning til å samtale med ”sin” pasient. Fem av respondentene svarte at de benyttet stellet til å samtale med pasienten om livshistorien. Tre av respondentene svarer eksplisitt at de spurte pasienten på enerom, eller når de var alene, slik at andre ikke skulle høre eller blande seg inn i samtalen. En av dem som spurte pasienten under stellet, sier at ”under stellet har jeg god tid, og det gir en naturlig nærhet”. En annen svarte at hun spurte når pasienten var i godlune. Ved fire anledninger sa respondentene at de satte seg ned med en kaffekopp når de spurte pasienten. Av de som samtalte med pasientene på stua, sier en at hun gjorde det når det ikke var så mange andre til stede, og en annen at pasienten trives ikke inne på rommet sitt derfor samtalte de ute på stua.

Nedtegning

På det utdelte arket (”redskapet”) var det mulig å skrive ned noen stikkord fra samtaler med pasientene. Dette spørsmålet gjorde det, var det mulig å sjekke ut om de hadde brukt det utdelte materialet. Fem av respondentene svarte at de ikke skrev ned noe av det pasientene fortalte. En sier at hun ikke ville sitte inne hos pasienten og skrive, men gjorde det på vaktrommet etterpå. En annen sa at hun ikke ville uroe med skriving, slik at pasienten ikke ville fortelle. To av respondentene skrev ned på arket mens pasientene fortalte, og mente at pasienten ikke reagerte på nedtegningen. Til sammen tre respondenter skrev ned stikkord, eller små historier.

Vanskeligheter (ved å spørre/samtale)

Jeg ønsket svar på om det oppsto vanskeligheter rundt det å spørre og samtale med pasientene. En av respondentene svarte at det var vanskelig å komme i gang. Hun mente at temaet burde komme naturlig inn i en samtale. En annen respondent sluttet helt å spørre da pasienten fortalte om en vanskelig opplevelse. Denne pleieren sa at hun ikke taklet å se at pasienten gråte da hun fortalte om den traumatiske hendelsen. Tre av respondentene unngikk å spørre om ting de fra før visste var vanskelig å snakke om for pasienten. En sier ”pasienten hadde noen ømme punkter”. ”Det var for privat og sårt, og ville føles som å trække over en grense”. Tre av respondentene sier at det var enkelte ting som pasientene deres ikke ønsket å svare på. En forteller at det var vanskelig, både for henne og pasienten når pasienten ikke husket noe, på spørsmål om enkle ting som familie og oppvekst.

Respondentens reaksjoner (ved å spørre/samtale med pasienten)

Hvilke reaksjoner kom frem hos respondentene under innsamlingen? Reaksjonene var mange og ulike. En respondent svarte: ”Det føltes som om jeg gravde i ting. Det var vondt å se at pasienten gråt”. Hun stoppet å spørre pasienten etter dette. En annen svarte: ”Det var vanskelig å spørre på grunn av pasientens reaksjon, men det var fint at pasienten ville fortelle det, og nå går det lettere å snakke om”. Kun en av pleierne svarte at hun ikke hadde noen egne reaksjoner på hva pasienten fortalte. Pasientens fortelling gjorde en av respondentene nysgjerrig på å få vite mer, og hun syntes også at pasienten hadde fortjent et bedre liv. Dette var sagt på grunnlag av pleiers egne livserfaringer. En av pleierne sa: ”Det var artig å høre på henne fortelle. Jeg tenker ofte på henne kun som en pasient, og glemmer at hun har hatt et liv, og er like mye menneske som alle andre”. To av pleierne svarte at innsamlingen fra deres pasient ikke var vellykket. I det ene tilfellet ønsket ikke pasienten å fortelle noe fra livet sitt. I det andre tilfellet følte pleier at hun ikke innfridde egne forventninger til prosjektet, hun følte at hun ikke hadde utført ”jobben sin” (innsamlingen) ordentlig.

Egen historie

Under et av de første intervjuene kom det frem at respondenten hadde tenkt på sin egen livshistorie mens hun spurte pasienten. Jeg ønsket å se om det var slik for flere av respondentene, og stilte derfor spørsmål om dette i de påfølgende intervjuene. Av de syv som besvarte dette, var det tre som sa at de ikke hadde tenkt på egen livshistorie, mens fire stykker hadde i større eller mindre grad tenkt på sin egen livshistorie. En respondent tenkte på liknende tilfeller, som turer i skog og mark, mens en annen tenkte på sine erfaringer i eget samliv.

Pasientens reaksjoner (sett med respondentens øyne)

Hvordan var pasientens generelle reaksjon på at en av personalet spurte dem ut om deres levde liv? Det var kun en av pasientene som ikke ønsket å fortelle noe fra livet sitt. Alle de andre pasientene ”ville” og ”likte” å fortelle om sitt tidligere liv. Tre av pleierne fortalte at pasientene gråt litt når de fortalte, men pasientene var allikevel positive, de smilte og takket for at pleierne hadde samtalt med dem. Noen av respondentene uttrykte det slik: ”pasienten syntes det var spennende og ville gjerne starte med en gang”. ”Hun liker å fortelle om opplevelser og synes det var hyggelig”. ”Pasienten liker å prate. Han liker oppmerksomhet og er ikke vanskelig å få til å fortelle.” ”Jeg tror han syntes det var trivelig. Han likte å fortelle, og pratet mye.”

Tid som ble brukt

Da jeg spurte om hvor mye tid respondentene hadde brukt på å samtale med pasientene, varierte svarene fra 15 minutter til 2 timer eller mer. Det var kun en respondent som ikke anslo tiden fordi hun ikke hadde fått noe respons hos sin pasient. Dette er kun et overslag over tid som ble brukt, og det er uklart om respondentene svarte på per gang, eller til sammen. Dette var ikke et viktig spørsmål, men vil bli sett i sammenheng med neste kategori som er ekstraarbeid.

Ekstraarbeid

Da jeg spurte om innsamlingen av livshistorien hadde medført ekstraarbeid for pleierne i hverdagen, svarte samtlige åtte respondentene avkreftende. De hadde ”tatt det

når det passet”, og ”det er kun snakk om prioritering, vi har alltid tid”, eller ”nei, det var bare hyggelig, brukte smutthull i løpet av dagen, men spesielt under stell”. Det ble også svart at det ikke tar mer tid, men man har mer fokus på innholdet i samtalene. To av respondentene sa i samme anledning at veiledningsmøtene ”stresset” dem. ”Jeg fikk litt panikk når jeg kun fikk den samme historien, veiledningsgruppen måtte ha noe mer.” Den andre sa: ”Det var som å komme på skolen igjen. Det har ikke gått ut over noe annet, men møtene stresset. Jeg fikk dårlig samvittighet dersom jeg ikke hadde prata så mye med henne den uka”.

III. VEILEDNING

I dette avsnittet presenteres respondentenes opplevelser og erfaringer om utveksling av de innsamlede data, og fortellingene om pasientene i sine. I veiledningsgruppene på avdelingene kom vi sammen og reflekterte over hva pasientene hadde fortalt fra sine liv. Hver deltaker fikk fortelle om sin pasient, og etter hvert innlegg var det åpent for spørsmål og refleksjoner over det som ble fortalt. Begrepet refleksjon ble brukt i undervisningen, i gruppesammenheng og i intervjusituasjon. Det var ikke alt i intervjuet som var refleksjoner. Jeg har valgt å ikke skille mellom tanker om en pasient på den ene siden, og refleksjon over en pasient på den andre. En grunn til dette er at ikke alle respondentene har hatt undervisning om, eller erfaring fra refleksjon og veiledning. En annen grunn kan være at jeg som intervjuer ikke stilte spørsmålene på en slik måte at refleksjoner kom frem. Skillet mellom tanker og refleksjoner blir drøftet mer inngående i oppgavens diskusjonsdel.

I dette avsnittet er det ikke vist noen tabell over hvor mange svar som er angitt fordi alle respondentene har gitt svar på de temaene det er stilt spørsmål om.

Utveksling av informasjon

I intervjuet ble de spurt om de kunne bidra med nye opplysninger om sin pasient til veiledningsgruppa, og om de fikk vite noe nytt om sin pasient fra noen av de andre i gruppa. Kun en sa direkte at hun kunne bidra med noe nytt om sin pasient til de andre deltakerne i gruppa. Tre av respondentene svarte at de fikk nye opplysninger om sin pasient fra de andre medlemmene i veiledningsgruppa. Alle åtte respondentene svarte at

det kom frem nye opplysninger om en eller flere av pasientene under utvekslingen av informasjon. Fire av åtte respondenter uttrykker eksplisitt at de syntes det var positivt å utveksle informasjon om pasientene. ”Det var ok å få vite mer”, ”jeg lærte mye nytt om enkelte pasienter” var utsagn som ble brukt.

Tenkt på/reflektert over pasientenes liv

Under intervjuet spurte jeg om informantene hadde reflektert noe over det pasienten hadde fortalt? Hadde de tenkt på pasienten hjemme også? Jeg ønsket ikke å begrense dette spørsmålet til kun når de var på jobben, fordi jeg av egen erfaring vet at tanker/refleksjoner kan dukke opp til alle døgnets tider. Kun en av informantene sa at hun tenker mest på pasientene når hun er på jobben. En annen svarte at hun tenker på pasientene hvis det er noe morsomt. To av informantene sa at de ofte tenker på pasienter hjemme: ”Tenker mye på jobben hjemme, sorterer inntrykk”. Tre av informantene fortalte at de visualiserte og lagde seg bilder av hvordan pasienten hadde hatt det. Et av utsagnene var: ”Jeg lager meg bilder av huset, og biter av livet til pasienten som lita jente. Jeg tenker at pasienten har levd et langt og innholdsrikt liv”. En svarte: ”Innsamlingen har ført til at jeg har tenkt mer på pasienten enn tidligere, både på jobb og hjemme”. En annen av respondentene sa: ”Jeg greier ikke gjengi det, men jeg har tenkt mer på pasienten”.

Felles refleksjon

På spørsmål om hvordan veiledningsgruppene kunne bidra i refleksjonen rundt pasientenes livshistorier, svarte en respondent: ”Felles refleksjon er viktig, flere ser mer enn en”. To av respondentene sa at ikke alle i gruppa reflekterer like godt. Den ene uttalte: ”Man må lære å reflektere, det er ikke like lett for alle, vi reflekterer forskjellig”. To av respondentene sa at det var ulike meninger i gruppen, og at de var ikke alltid enige. To andre svarte derimot at alle i gruppen var enige, og at ingen hadde noen annen tolkning av pasientene.

Bedre kjent med pasientene

Jeg spurte om respondentene hadde blitt bedre kjent med pasientene gjennom dette prosjektet. Noen av respondentene sier eksplisitt at veiledningsgruppen har bidratt til at de har blitt bedre kjent med pasientene. Utsagnet: ”Vi kjenner pas bedre enn vi noen gang har gjort, så det har hjulpet å jobbe med det”, viser dette. En av respondentene uttrykte: ”Vi har blitt flinkere og jobber mer med det nå, vi tenker på en annen måte”. Flere av respondentene kom med eksempler på at de hadde blitt bedre kjent med pasientene. Disse historiene vil ikke bli referert.

Erfaring med gruppen

Det var av betydning for meg å få svar på hva deltagerne syntes om det å jobbe i gruppe, for det var en viktig del av prosjektet. Samtlige respondenter svarte at det var fint og spennende å jobbe i gruppe. Alle respondentene var positive til gruppearbeidet. Tre av respondentene sa at de syntes gruppen var til inspirerte og motiverte til å samle inn pasientens livshistorie. Tre stykker trakk frem at i gruppa kunne de dele kunnskaper og videreformidle viktig informasjon. To sa at det å jobbe i gruppe gjør arbeidet lettere: ”Det er lettere å løse problemer sammen i gruppa”, ”i gruppe kan man dele historier, og det gjør arbeidet lettere”. To av respondentene sa at de lærte mye av hverandre i gruppen: ”Der kan vi dele kunnskaper og lære mye”. En annen sa: ”Jeg har alltid likt grupper, der kan man utveksle ideer”.

Forandringer under prosjektet

Jeg ønsket å vite om det som kom frem i prosjektet hadde forandret noe mellom pleier og pasient, eller om det var blitt noen forandringer i stedet av pasienten. To av respondentene svarte at det ikke var noen forandringer mellom dem og pasientene. En respondent fortalte at pasienten hadde bedt henne om å begynne å bruke hennes fornavn. Hun hadde også fått vite at pasienten hadde svelgproblemer, og var redd for smerte. Denne pleieren sa at nå vet hun mer om hva pasienten liker. En annen sa at hun hadde snakket mer med pasientene enn hva hun pleide å gjøre på grunn av prosjektet. Hun hadde også reflektert mer, og sa at hun tenkte annerledes nå: ”Jeg ser mer hele mennesket i stedet”. Et annet utsagn var: ”Pasienten har blitt til en person for meg”. Hun påpekte også viktigheten av å opprettholde det individuelle på institusjon. En

svarte at hun ser pasientens behov mer enn før. Hun fortalte også at en av pasientene hadde tenkt på nye hendelser som han kunne fortelle om når hun kom på jobb: ”Vi kjenner pasientene bedre enn vi noen gang har gjort, så det har hjulpet å jobbe med det”. ”Før har jeg bare sett pasienten her og nå, og glemt hvordan hun var tidligere,” var en annen uttalelse. En fortalte at hun hadde blitt nysgjerrig på pasientens fortid, hun hadde oppdaget at pasienten hadde levd et langt og innholdsrikt liv. Hun hadde lært noe fra pasientens fortelling. En respondent sa: ”Det å høre pasienten fortelle har vært fantastisk, mye bedre enn forventet” og ”det gjør noe med forholdet til pasienten”. Hun sa hun hadde blitt enda mer positiv, og likte pasienten enda bedre enn før. Hun opplevde at pasienten viste glede når han ser henne komme på vakt.

IV. GJENNOMFØRING AV PROSJEKTET

Under dette punktet innhentet jeg data om prosjektets praktiske gjennomføring. Jeg ønsket tilbakemelding på om et slikt prosjekt passet inn i hverdagen, og om de hadde noen råd og tips til hvordan prosjektet kunne forbedres dersom det skulle gjentas en annen gang.

Matrisen viser kun en oversikt over tema, og hos hvilke av respondentene det er funnet svar på spørsmålene. Antall svar innen kategoriene sier noe om representativiteten i datamaterialet.

Tabell 4: Analyse av gjennomføringen

Respondenter	Nr.3	Nr.4	Nr.5	Nr.6	Nr.7	Nr.8	Nr.9	Nr.10
GJENNOMFØRBARHET	x	x		x	x	x	x	x
TIPS OG RÅD	x	x	x	x	x	x	x	x
OPPLÆRING OG OPPFØLGING	x	x	x	x	x	x	x	

Gjennomførbarhet

Jeg spurte respondentene om de mente at et slikt, eller liknende prosjekt var mulig å gjennomføre i deres hverdag. Svarene som kom frem er delt inn i følgende undertema: tid, deltakelse og inkludere alle pasienter.

Tid

Fire av svarene sa noe om at det måtte settes av tid dersom det skulle gjennomføres. Det synes som viktig at det er fastsatt tid i den daglige timeplanen for å få et slikt prosjekt gjennomført. Et av svarene sier: ”Det må avsettes tid, det er ikke så mye som skal til, men prioritering”.

Deltagelse

To respondenter svarte at alle på avdelingen burde få være med, for da tenkte alle likt og kunne lettere samarbeide. En tredje respondent svarte det er viktig at avdelingsleder er med, og ”det må tas et tak for å få løftet kvaliteten”.

Utvalg

To andre trakk frem at prosjektet burde omhandle alle pasientene (på avdelingen): ”Som en naturlig del i læreprosessen”. En sa: ”Det ville være fint å gjennomføre kontinuerlig, slik at vi blir bedre kjent med pasientene og deres behov”.

Opplæring og oppfølging

For å kunne sette prosjektet inn i et større perspektiv, ble det i samme anledning viktig for meg å spørre om hva de enkelte hadde tilbud om, av opplæring og oppfølging.

Seks av respondentene svarte at tilbudet om opplæring var dårlig. Det var et ønske om mer opplæring. Utsagn som bekrefter dette er: ” Opplæringen og oppfølgingen er veldig dårlig, det er lite tilbud. Ønsker mer, for det er mye å lære. Ønsker input, jeg er nysgjerrig og vil videre”. Samt: ”Det er dårlig med opplæring og oppfølging, nesten ingen ting. Vi må betale selv. Arbeidsmoralen blir dårlig, man blir snever i tankegangen av for lite input. Man trenger nye tanker for å komme seg videre”. Og til slutt: ”Det er dårlig, helt forferdelig, vi har ikke noe tilbud i det hele tatt.” En av respondentene hadde tatt initiativ selv og fått lov til å melde seg på et kurs, som institusjonen dekket. Dette tok hun i fritiden. En av respondentene hadde ikke fast ansettelse, og ble derfor ikke stilt om dette spørsmålet.

Råd og tips

Til slutt spurte jeg om de hadde noen råd og tips til meg dersom jeg skulle gjennomføre et tilsvarende prosjekt et annet sted. Svarene jeg fikk er delt inn i fire undertema: Flere veiledninger, utvelgelse av pasienter, undervisning kontra veiledning og ”ta litt av gangen”

Flere veiledninger

Det kom innspill om at det kunne vært flere veiledninger; ”vi kunne utvidet det med alle pasientene på avdelingen, det hadde vi lært mye av”.

Utvelgelse av pasienter

En av respondentene følte hun måtte velge en pasient hun egentlig ikke ønsket. Hun mente at deltakerne hadde plukket ut de pasientene de hadde best forhold til, og da måtte hun velge en av de andre.

Undervisning kontra veiledning

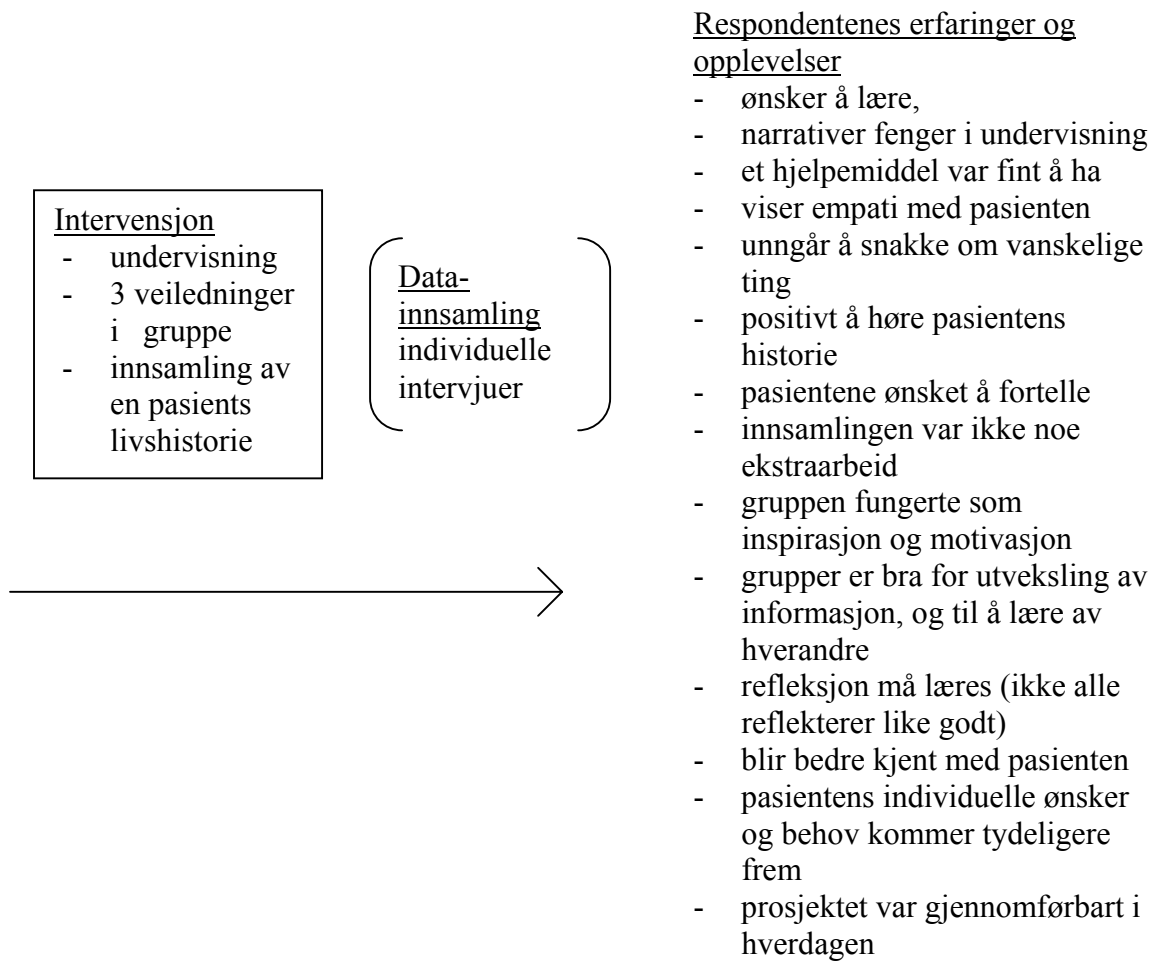
En annen syntes at undervisning hjalp mer enn grupper: ”Undervisning vekker tankene våre”. Et annet utsagn bekrefter dette: ”Undervisningen vekker følelsene våre slik at vi tenker annerledes, og nytt”.

”Ta litt av gangen”

Det mest konkrete rådet jeg fikk var følgende: ”Du kan jo i hvertfall oppmuntre dem til å bruke litt tid hele veien, eller ta det over flere dager, men det sa du vel kanskje til oss og. Det kan jo tas litt nå og litt da. Og så snakk med dem i stell, det er jo en gylden anledning til å få fokuset vekk fra det du driver med, som ikke alltid er så hyggelig. Tenke på noe annet.”

En respondent svarte: ”Ingenting behøver forandres”.

Figur 7, Illustrasjon av prosjektet og hovedfunn:



Tilpasset andre tema:

Læring

- ønsker å lære,
- narrativer fenger i undervisning
- et hjelpemiddel var fint å ha
- grupper er bra for utveksling av informasjon, og til å lære av hverandre
- refleksjon må læres
- gruppen var til inspirasjon og motivasjon
- innsamlingen var ikke noe ekstraarbeide

I relasjon med pasienten

- viser empati med pasienten
- unngår å snakke om vanskelige ting
- positivt å høre pasientens historie
- pasientene ønsket å fortelle
- blir bedre kjent med pasienten
- pasientens individuelle ønsker og behov kommer tydeligere frem

Gjennomførbarhet

- prosjektet var gjennomførbart i hverdagen

7.0 TOLKNING OG DRØFTING

Studien hadde til hensikt å undersøke hvordan deltakerne opplevde og erfarte det å være med på opplæring i, innsamling av og veiledning om å samle inn deler av en pasients livshistorie.

Tolkning av data er foretatt i en kombinasjon av det eksplisitte og det implisitte innholdet i datainnsamlingen. Med det mener jeg at tekstens gitte innhold er tolket med en hermeneutisk tilnærming, for å få frem den dypere meningen i teksten, og for å besvare problemstilling og forskningsspørsmål.

Det ble nødvendig å velge ut punkter til diskusjon. Jeg har tatt utgangspunkt i de fire forskningsspørsmålene; om undervisningen, innsamlingen av livshistoriene, veiledningene og gjennomføringen av prosjektet. Det er hovedpunktene i analysen som er diskutert, og det er dannet nye tema på tvers av temaene fra analysen.

Sitater fra respondentene er brukt for belyse og ”fargelegge” diskusjonen, og er gjengitt slik respondentene uttalte dem. I så stor grad som mulig er funn drøftet mot teori eller forskning. På denne måten har jeg forsøkt å få en dypere innsikt i temaet.

7.1 Undervisningen

Undervisning om betydningen av pasientenes livshistorie varte i cirka 2 timer og ble avholdt i to omganger med 5 og 6 personer i hver gruppe.

7.1.1 Engasjement, motivasjon og læring i små grupper.

Flere av respondentene erfarte undervisningen som positiv og trakk spesielt frem at det var fint å kunne snakke sammen. En av respondentene utdypet undervisningen slik:

Jeg synes den var kjempefin, jeg synes den var veldig, veldig interessant. Jeg synes det er veldig ålreit når det er flere stykker som sitter sammen. Vi er jo forskjellige mennesker, ikke sant, og du hører om hvordan de opplever forskjellige situasjoner, og særlig der hvor du kan kjenne deg igjen. Det viser

seg at en faktisk kan reagere på litt forskjellige måter, det synes jeg var litt ålreit.

Hverdagen på en avdeling er hektisk, og personalet er opptatt av å utføre praktiske oppgaver. Det er lite tid, utenom den daglige rapporten, til faglige samtaler og refleksjoner. I humanistisk tankegang er samtalen et viktig middel til læring, slik Sokrates sine samtaler var med borgerne i det gamle Hellas. Noen av respondentene sa at de hadde mye å lære av hverandre, dette vitner om respekt for andres kunnskaper. Troen på menneskets muligheter, og verdighet for andre, er vektlagt i humanismen. Ulike måter å reagere på ble vektlagt som noe positivt. Det kan tyde på at viljen til å lytte og lære fra andre er til stede. Dette kan settes i sammenheng med hva Nordland (1997) sier om at læring skjer optimalt når en får lære ut fra sin egen utrustning.

Respondentene var villige til å lære, dette viste de via interesse og deltakelse. Dersom respondentene hadde ment at undervisningen var lite interessant, kunne de også svart positivt for høflighets skyld, men det er lite trolig at de hadde utdypet det med kommentarer som; ”det er mye du gjør uten å være så reflektert som du bør”. Når undervisning skaper interesse hos deltakerne kan det ofte settes i sammenheng med aktivitet og engasjement. Aktivitet i undervisningen bidrar positivt i læringsmiljøet. Dette samstemte med hva flere av respondentene svarte. I følge Dietrichs, (1995) fremmer aktivitet og engasjement vår evne til å lære. En av respondentene sa at undervisningen hadde gitt henne en helt ny vinkling til å bli bedre kjent med pasientene. Det viste at undervisningen hadde tilført noe nytt for denne respondenten.

Det faktum at alle respondentene var positive til undervisningen kan skyldes min blanding av roller som både underviser og intervjuer. Muligens var det av betydning for deres positive innstilling at jeg kjente noen av respondentene fra tidligere. På den andre siden var de respondentene jeg ikke hadde noe tidligere bekjentskap med, like positive som de andre. Mitt kjennskap til stedet og noen av respondentene, kan også ha bidratt til å skape en trygghet i undervisningssituasjonen. De var trygge nok til å delta med egne erfaringer i undervisningen, og det påvirket alle respondentene.

Datamaterialet viser ikke eksplisitt om prinsippene for humanistisk pedagogikk er fulgt, men respondentenes positive innstilling til undervisningen generelt, kan tyde på at de følte seg respektert. I følge Rodgers (1963, 1993) vil det å vise den lærende

respekt fremme et positivt forhold mellom lærer og deltager. Dette ble fulgt ved blant annet å ta alle på alvor, og ikke avvise noen eksempler som mindre viktige enn andre.

I de fire siste intervjuene kom det frem som en fordel at undervisningen ble holdt i små grupper. Respondentene sa at i store grupper var det mye vanskeligere å komme frem med sine synspunkter. Undervisning i små grupper viser seg i følge forskning å være mer trygghetsskapende enn undervisning i større klasser (Nordland, 1997). Ved at deltakere føler trygghet, kommer de mer ”på banen”, og deltar med egne refleksjoner og eller eksempler. Dette bekrefter datamaterialet.

En sa:

Jo, jeg synes egentlig det er veldig greit med grupper. Da har vi alle sammen mulighet til å si det vi mener. Når vi er altfor mange, så er det veldig mange som sitter og tier stille og ikke sier noe. Så jeg synes faktisk det var veldig greit å ha en liten gruppe.

I planleggingen av prosjektet var planen å holde undervisningen for alle deltakerne, 12 stykker, kun en gang. På grunn av uforutsette hendelser måtte undervisningen avholdes i to omganger. Undervisningen ble organisert til dagvakt. De som ikke var på arbeid og deltok i undervisningen, kunne avspasere denne tiden senere. Dette kan ha påvirket deres innstilling til undervisningen på en positiv måte. Avdelingsleder var også positiv til deres deltakelse i prosjektet, og hadde tilrettelagt slik at undervisningen kunne gjennomføres. Mange av momentene i figur 3 side 29 var oppfylt. Det var opp til den enkelte å bidra med egen motivasjon for å skape et godt læringsmiljø. Det var overraskende for meg at flere av respondentene synes at 12 stykker var en stor gruppe, og at det ville hindre aktivitet og samtale. Respondentene jobber på et relativt lite sykehjem, og med en gjennomsnittlig arbeidserfaring på 6,5 år, antok jeg at de fleste var kjent med hverandre. Det syntes imidlertid klart, at alle de fire som uttalte seg om dette, var positive til undervisning i små grupper. Min oppsummering er at grupper med 5-6 personer i undervisning var tillitskapende. Alle deltakerne fikk mulighet til å bidra med egne eksempler og erfaringer.

7.1.2 Undervisningsmateriale: Narrativer og ”redskapet”

Undervisningsmaterialet besto av stikkord til undervisningen og noen oppdiktete historier/narrativer om pasienters liv samt noen stikkord og spørsmål til hjelp for å samle inn en pasients livshistorie (”et redskap”) (vedlegg 6).

De oppdiktete narrativene ble godt mottatt av respondentene. Det overordnede temaene i narrativene var å få frem betydningen av en persons livshistorie. Det ser ut til at narrativene fikk i gang tanker og refleksjoner. De gjorde det lettere å forstå hva kjernen i undervisningen handlet om. Det ble sagt;

En sånn historie gjør det litt lettere å skjønne hva du er ute etter også liksom. Jeg synes den var veldig fin. Det får oss til å begynne å tenke, det at alle har si ballast, og det er vel kanskje ikke så rart i at vi blir forskjellige.

Det var helt tydelig at narrativene var engasjerende, og de fylte derfor sin intensjon. Benner (1991) sier at narrativer forbinder teori og praksis. En av respondentene uttalte at ved å bruke narrativene blir ”pasienter til mennesker som har hatt et liv”. Via fortellinger får pasienter identitet, hevder Fagermoen (2001). Narrativene fenget alle respondentene, uansett bakgrunn og lengde på praksis. Dette viser at narrativer egner seg godt til undervisning i en gruppe hvor deltakerne har ulik bakgrunn. Respondentene var kjent med at historiene var oppdiktet, men en av dem uttalte: ”Tenk slik kan jo faktisk skje”. Ved hjelp av historiene ble fokus for undervisningen tydelig og levende. Ved å få frem følelser rundt en pasientfortelling, ser det ut til at respondentene lot seg engasjere, og viste innlevelse. Mitt spørsmål i denne anledning ble hvorfor trengte de en historie for å se mennesket i pasienten? Kan dette tyde på en ”tingliggjøring” av pasienter de ikke vet noe personlig om? Dette strider imot humanistisk tankegangs tidløse krav om respekt for menneskets egenverd og autonomi.

Det var ingen overraskelse at det ikke var mye gjenbruk av det utdelte materialet. Respondentene svarte at de ikke hadde sett på det utdelte materialet i ettertid. Ved nærmere spørsmål viste det seg at alle, på ulike måter, hadde brukt ”redskapet” til å spørre pasientene om livshistorien. De sa at redskapet var fint å ha for å komme i gang og til å huske hva man skulle spørre om.

En av respondentene uttalte:

Det syntes jeg også var veldig fint, for da, det er ikke alltid du husker sånn, tenker på sånn. Ting du kan spørre om. Da er det kanskje greit at du har skrevet opp at det kan jeg spørre om, og det har jeg jo ikke tenkt på å spørre om.

Stikkordene var anvendelige som hjelp til å samtale med pasientene. Dette viste også at de tok oppgaven med innsamlingen alvorlig og at de ønsket å utføre innsamlingen på en tilfredstillende måte. ”Redskapet” ble et hjelpemiddel i prosessen med å innhente pasientens livshistorie.

7.2 Innsamling av pasientenes livshistorier

Deltakerne i prosjektet bestemte selv hvor, hvordan og på hvilken måte de skulle samle inn pasientens livshistorie. Dette oppfylte kravene fra humanistiske pedagogikk om at læringen blir indre dirigert, og motivert ut fra egne behov. Selvstendighet, frihet og ansvar er viktig i prosessen som preges av elevsentrert læring (Knowles, 1980,1984,1985 og Rodgers, 1963,1993). Innsamlingen var lagt opp til å være frivillig og uten forpliktelser til å notere, lese eller pugge, men ved aktivt å ta i bruk det man hadde lært. Det var opp til respondentene selv å skape og oppfylle sine mål for innsamlingen. I følge de humanistiske pedagogers prinsipper, og Dewey (1974) sin tanke om ”learning by doing”, er menneskets tenkning og utvikling av ny kunnskap knyttet til handling. Funn viste at respondentene tok innsamling av pasientenes livshistorie på alvor, de utførte innsamlingen på hver sin måte, og de ønsket å ha noe nytt å bidra med til hver veiledningsgruppe. Med dette viste de ansvar og selvstendighet i frihet til selv å utføre sin oppgave.

7.2.1 Respekt, tillit, og tillatelse

Respondentene fortalte at de tenkte gjennom og planla når de skulle spørre pasientene om deres livshistorie. Mange benyttet stellet til å spørre pasientene, for da fant de tid og anledning. De var også bevisste på at pasienten var skjermet, slik at ikke andre i personalet, eller noen av beboerne, var til stede.

En respondent sa:

Ja, jeg var på rommet. For det er masse der som hun kanskje ville fortelle som hun ikke ville ha fortalt, hvis det hadde siddet mange andre der. Selv om de hører dårlig, så var det ikke dem hun ville dele det med. Og så blir det misoppfatta og så blir de, nei, det var på rommet.

Jeg tolker dette dit hen at respondenten ville gi pasienten mulighet til å fortelle om hva han/hun selv ønsket og til den pasienten selv ønsket å fortelle til. Pasienten kunne få være alene i sentrum for pleiers oppmerksomhet og ikke bli avbrutt av andre pasienter eller annet personale. Respondenten viser respekt for pasientens integritet (Andersson, 1996). Ved å respektere pasientens integritet, styrkes identiteten (Rustøen, 1991). Hansebo og Kihlgren (2004) hevder i sin studie at ved å ta del i pasientens bakgrunn og levde liv, kan pasientens identitet styrkes.

En respondent svarte at ”stellet gir en naturlig nærhet”, noe som kan sees på som et tillitsforhold mellom pasient og respondent. Ved å skjerme pasienten blir det også åpnet for å skape et tillitsforhold og ved å vise respekt, ansvar og deltakelse. Tillit mellom partene er avgjørende for å ville utlevere seg til den andre (Martinsen, 1993). Nærhetsetikken vektlegger den nære og gode relasjonen som alltid bør finnes mellom pleiepersonell og pasienter. Den fokuserer på en følelsesmessig positiv holdning eller innstilling som muliggjør toveiskommunikasjon og en jeg-du relasjon mellom helsepersonell og pasient (Da Silva, 2000).

Andre svarte at de satte seg ned med en kopp kaffe når de spurte pasienten. En sa at hun satte seg ”tett inn til pasienten”. På den måten viste respondenten at hun hadde tid og var lydhør for pasientens historier. Ved handlinger vises holdninger, og det gjorde respondentene ved å lage en hyggelig stund for pasienten og ved å vise interesse og deltagelse i den andres liv. Dette er et annet eksempel på å ivareta humanistiske verdier som respekt for menneskets verdighet.

Det ble undervist om viktigheten av å overfor taushetsplikten mellom pasient og pleier. Dersom pasienten ikke ønsket at alle skulle høre historiene, måtte de ikke fortelles videre. Det er viktig å vise respekt ovenfor pasientenes egne avgjørelser. I intervjuet fortalte en av respondentene noe som skildrer dette;

Ja, jeg tenkte faktisk på hvor mye jeg skulle grave, kanskje det ikke er riktig heller å drive og mase og grave. Og det gjorde jeg faktisk heller ikke. Jeg

kjenner pasienten så godt at jeg respekterer at hun skal bestemme selv om hun vil fortelle ting eller ikke.

Respondenten viste respekt ved ikke å presse pasienten til noe han/hun ikke ønsket. Argumentene for hvorfor respondenten ikke gjorde det, virker gjennomtenkte og viser at hun tar pasientenes avgjørelser på alvor. Ved å vise respekt, ivaretas den andres selvrespekt, og kravet fra Pasientrettighetsloven (Ot.prop.nr. 12) om respekt for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd ivaretas. Respondenten viste respekt for de humanistiske verdier.

Tre av respondentene hadde spurt pasientene om tillatelse til å samle inn, eller spørre om, deres livshistorie. Av disse var det to som hadde fortalt at de var med i et prosjekt om innsamling av pasienters livshistorie. Det kan diskuteres om hvorfor respondentene ikke spurte alle sine pasienter om tillatelse til å samle inn deres livshistorier. Burde respondentene innhentet skriftlig tillatelse til å spørre pasientene, eller er det å spørre om pasientenes liv en dagligdags oppgave i avdelingen? Alle i personalet har underskrevet en erklæring om taushetsplikt, og opplysninger om pasientene kommer forhåpentligvis ikke utenfor avdelingen. Det er uvisst om personalet ville fått de samme opplysningene om de hadde fortalt om prosjektet. På den andre siden er det å snakke med pasientene om deres levde liv dagligdags, og det er opp til pasientene selv hva de forteller.

For innsamling av data i prosjektet var det ikke pasientenes livshistorier som var i fokus, men respondentenes opplevelser og erfaringer ved å ha deltatt i prosjektet. Derfor ble ikke pasientenes navn nevnt, eller deres historier brukt i dataanalysen, og det utgjør derfor ikke noe etisk problem i oppgaven.

7.2.2 Personalets reaksjoner: Empati, unngåelse, opplevelse og berørthet.

Funn viste at respondentene ikke ønsket å snakke om det som var triste minner for pasientene. De fortalte at de unngikk å spørre om hendelser som var vanskelig for pasientene, noe som viser empati og innlevelse i pasientenes situasjon.

To av respondentene sa følgende:

Det var noe hun ikke var så veldig villig til å fortelle om, og det ”touchet” jeg ikke noe mer. Hun er så villig til å fortelle ellers, så det skjønnte jeg var et punkt som var litt ømt.

Jeg turte ikke å spørre hvorfor de ikke hadde barn, for eksempel. For det mener jeg og er veldig privat, og å trække litt over. Jeg visste at de var barnløs, og at det var sårt, men da mener jeg at da måtte jeg stoppe der.

Dette kan settes i forbindelse med det Andersson (1996) sier at kjennetegnet på respekt for pasientens integritet, vises gjennom respekt for pasienten som person, lydhørhet for menneskers ulikheter og lydhørhet for menneskers sårbarhet. Ved å være lydhør for pasientens sårbarhet, og ved å unnlate å spørre pasienten om ting som var vonde, viste de respekt for pasientens integritet.

En respondent fortalte:

Jeg kom ikke så mye innpå, jeg visste jo det med mannen hennes som døde litt tragisk, så jeg gikk ikke så veldig mye inn på det. Men, det var vel kanskje noen småting, som jeg tror det var vanskelig for henne. Det følte jeg litt sånn, når ikke hu huska ting, så ja, hu ble litt forlegen liksom, for at hu ikke huska det, huff, nå surrer jeg og, nå husker jeg ikke på det og det, så hu blei litt sånn... Hu blir jo lei seg da. Så blir det en situasjon som jeg ikke kan takle, hvis hu blir lei seg, og synes det er veldig tragisk og, ripper opp i gamle minner.

Bondevik (2000) bekrefter at det å fortelle egen livshistorie, kan vekke til live gamle følelser som var gjemt og glemt. Det var muligens det denne respondenten ville forsøke og unngå. Det kan tyde på at flere av respondentene finner det vanskelig å se at pasientene blir lei seg, at de gråter. Dette gjør at de i noen tilfeller unngår å spørre om det de vet vil fremkalle triste følelser hos pasienten. En annen respondent sluttet også å spørre etter at pasienten begynte å gråte. Hun følte det som om hun ”gravde i ting” hun ikke burde gjøre. Det kan tolkes som at respondentenes egne reaksjoner var avgjørende for om de fortsatte utspørringen av pasienten, etter å ha sett pasienten vise triste følelser.

I hovedsak var det pasientenes følelsesmessige utbrudd respondentene refererte til som vanskelig å takle. I følge Overgaard (2003) kan pasienter bli deprimert av å fortelle om triste opplevelser, og for helsepersonalet kan det i enkelte tilfelle føles som om det er deres skyld at pasienten blir trist og lei. Det kan se ut til at noen av pleiepersonalet distanserte seg fra pasientene dersom det kom til syne følelsesutbrudd

som gråt. Vil det si at pleiepersonell ikke takler å se at pasienter har opplevd triste ting? De fleste av oss har både positive og negative minner fra tidligere hendelser, og vi har triste og glade stunder når vi tenker tilbake og snakker om disse minnene. Både gode og triste minner er en del av livet for oss alle.

En respondent svarte at når hun først hadde bestemt seg for å spørre om litt vanskelige ting, måtte hun tåle å se at det var vanskelig for pasienten. Dette utsagnet illustrerer at denne respondenten taklet å se pasientens triste følelser. Hun sa også at ”nå går det lettere å snakke om”, noe som kunne tyde på at pasienten fikk bearbeidet opplevelsen gjennom å fortelle om den. Denne respondenten demonstrerte at ikke alle i pleiepersonalet reagerer likt på pasientenes følelsesutbrudd. Hun tok også med livets triste opplevelser i samtalen, og bygde et tillitsforhold til pasienten gjennom flere av pasientens minner.

Ulike måter å takle situasjoner på hadde vært et fint utgangspunkt for å gå videre inn på menneskesyn, holdninger og handlinger. Da Silva, (2000) hevder at det er vårt menneskesyn og våre moralske holdninger som motiverer oss til å gjøre godt mot andre, og til å følge de etiske regler, prinsipper og teorier vi kjenner.

Flere av respondentene svarte også at det var ”fantastisk” og ”artig” å høre på hva pasientene hadde å fortelle. En sier at hun ble nysgjerrig etter å høre mer. Dette vitner om at de syntes det var positivt å høre pasientene fortelle, og det økte interessen for å lytte til pasienten. En respondent fortalte:

Det er litt rart å tenke på , for du tenker så mye på at hun er en pasient som du steller liksom. Det er ikke alltid du tenker på at hu har faktisk hatt et liv hu også liksom. Så det er litt artig å høre på hva hu har opplevd og. For du tenker ikke noe særlig over det, for det går så fort at du bare steller dem og får dem opp og får mat og blir ferdig. Så det er lett å glemme at dem faktisk har hatt et liv, og at dem er like mye menneske som du er.

Det kan se ut som at der hvor pasientene fortalte om ting som berørte pleiepersonalets følelser, har det skjedd en forandring, enten fortellingen var trist eller artig. Vetlesen (1996) hevder at evnen til empati er tilstede hos de som har blitt berørt av pasientenes fortellinger. Alle respondentene viste tegn på å ha blitt berørt av pasientenes fortellinger. Flere av respondentene erfarte noen av de mulige ”uheldige konsekvensene” som det var blitt undervist om.

Vanskelige temaer kan være forbundet med egne følelser hos respondenten, med berørthet. Det er menneskets sårbarhet som gjør at man berøres av den andres berørthet

(Vetlesen og Nortvedt, 1996). En appell fra den andre er avhengig av å møte resonans, reseptivitet hos adressaten, hevder Vetlesen og Nortvedt (1996). Ved å unngå et tema, kan det tolkes som ikke å møte en annens appell. Ved å forbigå en annens appell, unngår en møte med den annens sårbarhet, og berørtheten avverges. Det kan tolkes som at noen i personalet i enkelte tilfeller unngikk pasientens appell.

Muligens var det ikke fokusert nok på pleiepersonalets egne følelser i undervisningen. En videre utvikling av læringsprosjektet kunne være å undervise om hvordan pleiepersonalet kunne takle både pasientenes og sine egne følelser når de fikk høre pasientenes historier.

7.2.3 Pasientene ønsket å fortelle

Alle respondentene svarte at pasientene likte å fortelle fra livet sitt. Det kan tolkes som om dette var en positiv overraskelse for de fleste i pleiepersonalet. To stykker sa det slik:

Jeg tror hun synes at det var ganske koselig. Hu sa ikke noe på det, men hu prata mye sjøl, uten at jeg trengte å spørre. Hu smilte jo, og jeg tror hu synes det var trivelig.

Ja, at jeg kan spørre deg litt og at du kan fortelle meg litt om livshistorien. Ja, men det syntes hun jo var flott! Ja, ja, ja. Så hun lurte på om vi ikke kunne drikke kaffe og så kunne vi ta en sjokolade, for da kunne hun begynne å fortelle med en gang. For det syntes hun var veldig spennende.

Utsagnene viser at pasientene fortalte villig om tidligere hendelser fra livet. Det kan også tolkes dit hen at pasientene syntes det var hyggelig å fortelle og ville gjøre det til en koselig opplevelse for begge. Via historier konstituerer vi oss selv, vi skaper mening i livet vårt, hevder Andrews (2000). Sandelowski (1994) uttrykker det slik: "We are the stories we tell", hun mener at å fortelle sin historie i seg selv er terapeutisk, det kan både redusere depresjon og øke selvtillit.

Det å fortelle fra livet sitt var antakelig ikke noe pasientene ble bedt om å gjøre hver dag, siden reaksjonene var så positive. Mange av pasientene hadde bodd på sykehjemmet i flere år. Thoresen (1998) bekrefter at å fortelle sin livshistorie er en positiv opplevelse for de fleste. I følge Schwartz (2002) kan livshistoriefortellinger

fremme en åpen dialog mellom pasienter, leger og sykepleiere og medvirke til et helhetssyn på mennesker, samfunn og sykdommer.

Tre av de spurte pasientene gråt mens de fortalte, men var likevel positive til å fortelle. Å vise triste følelser syntes altså ikke å være til hinder for at pasientene ønsket å fortelle fra livet sitt. Pasientene taklet det å vise triste følelser, selv om noen i pleiepersonalet syntes det var vanskelig å se at pasientene gråt.

En sammenfatning er at de fleste av pasientene ønsket å fortelle. Respondentene syntes det var positivt og spennende å høre på hva de fortalte, selv om det var vanskelig å se at pasientene gråt.

7.2.4 Tid og ekstraarbeid

Respondentene fikk i oppgave å samle inn deler av en pasients livshistorie. Dette kom i tillegg til det daglige arbeidet, men det var det ingen av respondentene som syntes at innsamlingen medførte noe ekstraarbeid. Begrunnelsene for dette var at de hadde gjort det når det passet, og at det kun var snakk om prioritering. En sa; ”Det har jo med prioritering da, vi har bestandig tid. Du kan prioritere å gjøre det, istedenfor at du skal fly og rydde i skap.”

Ingen sa noe om at det hadde gått utover noe av alt det andre de skulle ha gjort. Innsamling av en pasients livshistorie var selvstyrt og utført i fra indre motivasjon (Knowles 1980,1984,1985). Dataene viser at det ikke behøves ekstra tid, men et klart fokus for å samle inn deler av pasientenes livshistorier. Respondentenes positive innstilling viser at dette var noe de likte, synes var spennende og derfor motivert for. I møtet med pasientenes villighet til å fortelle, ble arbeidet spennende isteden for en ekstrabelastning.

7.3 Veiledningene

Hver veiledningsgruppe hadde tre veiledninger av en times varighet, og i gjennomsnitt deltok respondentene på to av veiledningene.

7.3.1 Utveksling av informasjon, inspirasjon, motivasjon, stress

I veiledningsgruppene fikk hver deltaker anledning til å fortelle hva hennes pasient hadde fortalt siden siste møte. Alle de åtte respondentene svarte at det kom frem nye opplysninger om en eller flere av pasientene, men det var bare en av respondentene som eksplisitt sa at hun hadde bidratt med nye opplysninger om sin pasient. Dette viser at det kom frem nye opplysninger om pasientene i veiledningene, selv om få av respondentene var bevisste på at det var de selv som brakte ny informasjon til gruppen. Personalet kan bidra med informasjon og kunnskaper til hverandre. Veiledningsgruppene var en god arena for utveksling av informasjon og læring, og muligens også et supplement til den daglige rapporten. Mye annen forskning viser at personalet har et faglig utbytte av å være med i en veiledningsgruppe (Berg og Hallberg, 2000, Jones, 2003, Hansebo og Kihlgren, 2004), både med utveksling av informasjon og med personlig utvikling.

Alle respondentene var positive til det å jobbe i gruppe. En av respondentene kom med følgende utsagn om erfaringen med gruppene:

Først og fremst synes jeg vi lærer veldig mye av hverandre. Vi er så forskjellige som mennesker. Vi har gode sider, og vi har dårlige sider, og det kan være to personer som kommer i en og samme situasjon, og da hvordan reagerer vi på den, og da kan vi lære av hverandre.

Det er helt klart at hun ser på samarbeid i gruppen som noe positivt, og at deltakerne har mye å lære av hverandre. Det kan se ut til at gruppenes sammensetning av personell med ulike bakgrunn, er av positiv betydning. Respondentene er bevisste på at alle har kunnskaper og informasjon det er viktig å dele med andre.

Den ene respondenten sier at de har ulike måter å reagere på, og at de kan lære av å høre på hvordan andre reagerer på situasjoner. Eriksson (1987) hevder at hvordan

man ser på andre, avspeiler seg i hvordan man ser på seg selv, noe som viser seg gjennom kommunikasjon, handling og samhandling. Våre handlinger og holdninger sier noe om vårt menneskesyn og om våre verdier. I relasjoner med andre mennesker kommer ens skjulte sider frem, og derfor bør en bli kjent med disse sidene ved seg selv (Wackerhausen, 2002). Denne respondenten var oppmerksom på andres reaksjoner. Ved å reflektere over egne og andres refleksjoner, vil hun kunne komme i kontakt med egne verdier og holdninger. Dette kan et videre arbeid i veiledningsgrupper jobbe med.

Tre av respondentene sa at de syntes gruppen var til inspirasjon og motivasjon til å samle inn pasientens livshistorie. Her sagt på en fargerik måte;

Det at vi møttes hver uke, ja, det var jo en inspirasjon. Og det var jo spennende å høre på de andre og. Ja, det var en pådriver. At det ikke kokte bort i kål'n, for det var jo veldig greit at du var på oss hele tida, at det ikke bare kokte bort i kål'n, for det kan jo ting gjøre fort.

Utsagnet viser et engasjement, men sier også noe om at selv om intensjonene er aldri så gode, trengs det noe eller noen til å følge opp, og inspirere til at arbeidet blir utført. Her sier respondenten at hun hadde utbytte av å høre de andre fortelle om sine pasienter, og at jeg som veileder strukturerte innsamlingen via veiledningene. Flere av intensjonene ved prosjektet, som det å lære av hverandre og gruppen som en strukturerende enhet, bekreftes i dette utsagnet.

Veiledningene ble av to av respondentene karakterisert som stressende Det kan tyde på at disse mente de måtte ha noe nytt å levere på hver veiledning. Dette fortonte seg som et krav de måtte innfri, og at de fikk dårlig samvittighet dersom de ikke greide det.

Du var litt sånn småstressa når vi skulle ha de småmøtene oppe. Da tenkte jeg, nå har jeg ikke gjort det jeg skulle, du fikk litt sånn dårlig samvittighet hvis du ikke har. Nei nå har jeg ikke prata så mye med hu denne uka her liksom.

Det var ikke noe krav om å fortelle noe nytt til hver veiledning, men det kan synes som om denne respondenten hadde satt sine egne krav. Når hun da ikke tilfredstilte disse forventningene til seg selv, følte hun det som et stress. Det som noen av respondentene kalte en pådriver, kan to av respondentene ha følt som stress. Dette kan settes i

sammenheng med hva Selye (1974) definerer som distress og eustress, det ubehagelige og det behagelige stress. Den subjektive opplevelsen av stress er ulik fra person til person, uavhengig av krav eller hendelser (Mirdal, 1993). Et visst press er i noen sammenhenger det som skal til for å utføre noe som kan være både lærerikt og utviklende for arbeidet. I denne sammenheng var det veileder og veiledningsgruppene som sto for presset.

7.3.2 Refleksjon, tanker om pasienten, visualisering

Som tidligere beskrevet kom vi sammen i veiledningsgrupper på avdelingene. Deltakerne gjenfortalte deler av pasientenes livshistorier, og sammen reflekterte vi over fortellingene. Ikke alle respondentene hadde deltatt i veiledningsgrupper tidligere, mens for andre var veiledning kjent fra både utdanning og arbeid. Dette gjorde at refleksjonen, som er prosessen i gruppen, ble ulik fra person til person. Som beskrevet i kapittel 4 må refleksjon læres, og det trengs tid og øvelse for å bli god til å reflektere. I dette prosjektet foregikk refleksjonene kun over en tre ukers periode. Respondentenes evne til refleksjon var ikke avgjørende for å svare på oppgavens problemstilling. Jeg valgte derfor å ikke skille mellom hva jeg har kalt respondentenes tanker om pasientene, og en refleksjon over pasientene. Med tanker om en pasient mener jeg de intuitive tanker som en respondent kommer med når det spørres om pasienten. Refleksjon er en tanke som bøyer seg og vender tilbake til seg selv, i motsetning til en observasjon (Ricoeur 1970). Refleksjoner over en pasients livshistorie er veloverveide og bevisste meninger som er gjennomtenkte og gjerne sett fra flere synsvinkler. To av respondentene syntes ikke nivået på refleksjonen er tilfredsstillende. Den ene sier det slik;

Det tror jeg alle trenger å lære å reflektere, det er ikke så lett det. Det er viktig, måte å lære å reflektere, det er kanskje ikke så lett å få tak i for alle. Ja, hva refleksjon er egentlig. Det er veldig lett å henge seg opp, si at det er en god historie, men man reflekterer ikke noe mer over den for det. At det bare blir en historie på en måte, ikke noe mer.

Sett i lys av respondentenes ulike opplæring og erfaring i å reflektere var ikke dette et overraskende utsagn. Det var på den andre siden ikke alltid respondentenes bakgrunn som avgjorde deres refleksjoner. Dette viser at et slikt læringsprosjekt bør legge vekt på undervisning og opplæring i hvordan å reflektere.

Alle de åtte respondentene svarte at de hadde reflektert over, eller tenkt mer på, pasienten enn det de tidligere gjorde. En sa: ”Jeg tenkte mange ganger faktisk. Og uansett, du tenker selv om du er på jobb eller ikke, så det kommer opp i tankene.” Det kan synes som om prosjektet satte i gang tanker hos respondentene på en ny måte.

Refleksjon aktiverer alle sider ved personligheten, både tanker og følelser, og kan bidra til en klargjøring av egne tanker og eventuelle følelser overfor den situasjonen en har vært i (Burnard 1987, Grenstad 1986). Prosjektet og veiledningene pågikk over for kort til å kunne oppnå et slikt mål. Det at alle respondentene hadde tenkt mer på pasientene under prosjektet, var et positivt funn, og et godt utgangspunkt å bygge videre på.

Flere av respondentene fortalte også at de visualiserte hva pasientene hadde fortalt dem. En sa;

Jeg ser for meg de plassene han har vært. Han fortalte så levende, at jeg ser for meg de plassene han har vært og vokst opp, så det var veldig interessant å snakke med han. Å høre det, ja, eg synes det har vært helt fantastisk, mye bedre enn jeg trodde, på forhånd.

En annen fortalte;

Jeg har tenkt litt over det, har tenkt litt på at hu fortalte at hu var jo ..., hu fortalte at broren hennes pleide å stå opp tidlig om morgenen for å dra og fiske så dem hadde mat. Og det har jeg sittet og tenkt på liksom, gjort meg et eget bilde da, hvordan det så ut der hu gikk og fiska da, og hu lå hjemme og venta liksom. Så jeg har tenkt på det, lurt på det, åssen dem har hatt det. Jeg har gjort meg et eget bilde av huset og ...hu som lita og.

Det er tydelig at det pasientene fortalte respondentene har gjort inntrykk på dem. De tok ansvaret om den ubedte appell, om deltakelse i et annet menneskes liv, som Nortvedt (1998) beskriver. Vetlesen (1996) hevder at når er empatievnen er orientert mot noen andre, muliggjør det å bli berørt av den andres berørthet. Et emosjonelt bånd mellom de involverte partene blir etablert, noe som kan sies å være tilfelle i disse utsagnene. Martinsen (1996) uttrykker at mennesker berøres av stemte inntrykk fra medmennesker, som en del av et større fellesskap. I denne sammenheng kan dette tolkes dit hen at respondentene ble påvirket av pasientenes fortellinger, de ble berørt, noe som påvirket deres følelser overfor pasienten. Det at noen av respondentene visualiserte pasientenes historier, var en spennende oppdagelse, som muligens kan settes i forbindelse med

tenking i bilder og læring via narrativer. Dette hadde vært en spennende start for et nytt forskningsprosjekt.

7.3.3 Bedre kjent, nye opplysninger

Alle respondenter sier at de har blitt bedre kjent med pasientene via prosjektet. I uttrykket ”bedre kjent” menes i denne sammenheng å vite mer om pasientens fortid:

Ja, mye, mye, bedre kjent. Ja, enkelte pasienter var veldig ivrige. Så der har vi hørt historier som vi aldri har hørt før. Pasienter som har vært her i flere år, men nå har de egentlig kommet i gang liksom, og da tenker de at nå har jeg noe jeg kan fortelle, og de er interessert i å høre hvordan jeg hadde det. Så det var veldig positivt, synes jeg.

Det var enkelte ting som du ikke visste, som de andre fortalte, det var godt å vite. Jo mer du vet om en pasient, jo mer vet du at du skal gjøre videre med. Så det er godt å... selvfølgelig, alle kan ikke høre alt, så når vi er flere og jobber i gruppe, så hører du fra den ene og du hører fra den andre, så er det mye enklere å jobbe. Så da kjenner du pasienter mye bedre.

Utsagnene viser at det har kommet frem historier og opplysninger som personalet ikke hadde hørt tidligere. Det virker som om respondentene ser den faglige nytten av å bli bedre kjent med pasientene. Pasientenes historier kan hjelpe pleiepersonalet til å forstå det unike ved pasienten. Ved å kjenne pasientene bedre, vil de individuelle ønsker og behov komme sterkere frem, og det muliggjør tilrettelegging av individuell pleie for den enkelte pasient, slik pasientrettighetsloven tilsier. I følge Thoresen (1998) er hva den eldre håper, ønsker, trenger og krever i eldre år, vokst ut fra et langt livs erfaringer. Dersom man skal forstå Eldres ønsker, behov og vurderinger, må man også kjenne til deres tidligere liv. En av respondentene sa:

I hvert fall så vet jeg litt mer om hva hun liker og ikke liker. Det var mange ting som kom frem, blant annet det at hun hadde svelgeproblemer, det tenkte jeg ikke noe særlig over før. Det at hun ikke greide å spise vanlig, tygge kjøtt, det kom fram, så jeg har lært at jeg må mose kjøttet. Det kom fram etter hvert som hun torde å fortelle ”at du vet du hva, jeg er ikke noe særlig glad i sånn kjøtt jeg, for jeg greier ikke å tygge”. Og tablettene hennes, hun vil helst at de skal deles i to. De som kan deles, det er sånne ting som har kommet frem etter hvert. Det er ikke noe som, hadde ikke detta vært, så hadde vel ikke detta kommet frem, og det kan vel jeg bringe videre. Så det kom masse frem her. Og at hun er litt redd for smerte, har litt lav smerteterskel, kom også fram; ”at jeg er redd for smerte”.

Dette er et konkret eksempel på at respondentene sa det kom frem nye opplysninger via prosjektet. Samtalene hadde bidratt til at pasienten både fortalte om tidligere hendelser i livet, men også om livet her og nå. Den samme respondenten sa videre at pasienten i samme anledning hadde bedt om å bli tiltalt ved fornavn, og det var ikke noe hun gjorde med mange. Det er et tegn på tillit, og kan tyde på at respondenten og pasienten hadde fått et nærmere forhold ved at pasienten fortalte om seg selv.

Bondevik (2002) hevder at kvalitet i sykepleie på et sykehjem bygger på en grunnleggende forutsetning, nemlig erkjennelsen av at det er et menneske vi har foran oss. Ved å ha innsikt i den eldre livshistorie, er det mulig å opparbeide seg forståelse for den gamles situasjon som påvirker den gamles håp, bekymringer og forhold til fremtiden.

Hansebo og Kihlgrens (2000) forskning viste at det å lære om en pasients livshistorie åpner mulighet for pleiepersonalet til å forstå pasienten og hva som er hans/hennes meninger. Dersom personalet visste mer om pasientens bakgrunn, fokuserte de mer på pasientene som unike individer, med ressurser og muligheter, til tross for pasientens begrensninger. Mine funn bekrefter dette; via pasientens livshistorie, utvikles relasjonen til pasienten, og nye opplysninger kom frem. I noen tilfeller var de nye opplysningene til hjelp for pasientene i hverdagen.

7.3.4 Pasienten blir til en person

Tre av respondentene sa i intervjuet at det å høre pasientens historie hadde forandret deres syn på pasienten. De sa:

Pasienten forandrer seg for meg til et menneske som har et liv og som har hatt et liv, og det blir liksom litt annerledes. Du forholder deg til den tidligere pasienten, som da plutselig har blitt et menneske, den blir litt annerledes. Jeg er faktisk sikker på at det betyr veldig mye for den personen, og det betyr veldig mye for oss som jobber med det.

Ja, faktisk, pasienten blir en person for deg. Det er ikke bare noe du jobber med. Når du setter deg ned og snakker med et menneske, og hun begynner å fortelle om livet sitt, du kjenner mennesket mer og mer. Du knytter bånd, sånn sikkert ubevisst, der og da, og det er liksom en person som du tar litt med deg i hverdagen, ja.

Ja, eg så jo at når jeg holdt på å snakke med ham, så såg eg jo at han var et medmenneske mer enn en pasient, altså på en annen måte. Pasientstempelet ble borte for meg. Jeg følte at han var en hvem som helst, en hvilken som helst, og

jeg føler jo at jeg har blitt veldig glad i ham etterpå. Så det gjorde jo noe med... og jeg føler jo at han er glad i meg og.

Tre uavhengige respondenter uttrykker at de via pasientenes livshistorier ser pasienten på en annen måte. Ved å høre om pasientens tidligere liv, så de pasienten som et menneske og medmenneske. Dette er i samsvar med hva Hansebo og Kihlgren (2004) fant i sin studie av hvordan veiledning rundt bruk av pasientenes livshistorie påvirket personalet. Det ser ut til at via livshistoriene så respondentene mennesket i pasienten. De tok dette mennesket med seg i hverdagen og knyttet sterkere bånd til pasienten. Det er også en bekreftelse av at via fortellinger får pasienter identitet (Fagermoen, 2001). En god relasjon er preget av personlig tilknytning mellom pleier og pasient (Kirkevold, 2001), noe pasientenes livshistorier ser ut til å kunne bidra med. Det er også i tråd med intensjonen i prosjektet, at det å lære å kjenne deler av pasientenes levde liv ville knytte sterkere bånd mellom pasienter og personalet. I nærhetsetikken innebærer en jeg-du relasjon både tillit og følelser. Det er hva disse respondentene har oppnådd og det viser seg også i responsen fra pasient til pleier (figur 2, s.15). Ved å vise interesse og ”bry seg om” pasienten, har respondentene vist omsorg og deltatt i pasientenes liv. Pasientene og personalet har med dette fått felles historier som Thoresen (1998) beskriver. I følge Martinsen (1993, 1996) handler omsorg om vår relasjon til den andre og er basert på forståelse og innlevelse i den andres situasjon.

7.4 Prosjektets gjennomførbarhet

En forutsetning for ethvert læringsprosjekt er at det er forankret og godkjent av ledelsen ved en institusjon. Det er også av stor betydning at avdelingsledere er positive og legger til rette for prosjektet i det daglige arbeidet. Dette prosjektet var godkjent og møtte positiv mottakelse hos ledelsen.

Figur 6 i kapittel 5, viser at prosjektet ble gjennomført i rimelig tid i forhold til planleggingen. Det synes som om det viktigste var at undervisning og veiledning ble fastsatt på den daglige timeplanen, og var akseptert som en del av planene for dagen. Svarene respondentene ga var at det finnes tid, man må bare prioritere. Ikke all læring og utvikling behøver mye ekstra tid, men et klart fokus. Små utfordringer i hverdagen kan bidra til ny læring.

7.4.1 Tilbud om opplæring og oppfølging

Tilbudet om opplæringen og oppfølgingen var etter respondentenes svar veldig dårlig. En respondent sa: ”Det er nesten ikke noe tilbud i det hele tatt, vi lærer faktisk ikke noe nytt. Det er jeg veldig skuffa for, rett og slett. ”Alle ønsket alle mer opplæring, for det er mye å lære. Dette viser at personalet stiller seg positivt og er villig til å lære. Dette er et bra utgangspunkt for Stortingets plan for ”livslang læring”.

Det kan diskuteres om hvem som har ansvar for tilbud om læring. Er det arbeidsgivers plikt, de enkelte fagforbunds, eller er det personalets ansvar å orientere seg om og delta på de tilbud som finnes? Skal videreutdanning betales av arbeidsgiver, fagforbundene eller den enkelte? Ut fra datamaterialet kan det synes som at personalet venter på tilbud fra arbeidsgiver. Kan det forlanges at personalet skal videreutdanne seg i fritiden etter en strevsom arbeidsdag?

Personalets vilje og motivasjon er et godt utgangspunkt for videre opplæring, som vil komme både personalet og pasienter til gode. Et læringsprogram med undervisning og veiledning kan være en tilfredstillende løsning i en travel hverdag.

7.5 Kritikk av oppgaven

Oppgavens teoridel har muligens lagt større vekt på humanismes verdier, holdninger og handlinger enn hva studien gjenspeiler. Respondentene ble ikke undervist eller intervjuet om sine menneskesyn. Teorien om et humanistisk menneskesyn er tatt med som en bakgrunn for oppgaven. Denne delen er av den grunn trukket lite inn i den foregående diskusjonen. Sett på bakgrunn av at det kun ble avholdt tre veiledninger med hver gruppe, hvor temaet var pasientenes livshistorier, ble det liten anledning til å gå inn på hvordan vårt menneskesyn påvirker våre relasjoner (Eriksson, 1987). Opplæring i refleksjon og flere veiledninger hadde vært nødvendig for å gå nærmere inn på temaet.

Teorien om viktigheten av pasientenes livshistorier var laget som utgangspunkt i undervisningen og gjenspeiles i liten grad i intervjuene. Respondentene er i stor grad intervjuet om sine opplevelser og reaksjoner på å delta i prosjektet. Dette er i samsvar med problemstillingen og forskningsspørsmålene. I intervjuet spurte jeg om hva som hadde gjort mest inntrykk på respondentene av det som pasientene fortalte. Disse historiene er ikke tatt med i analysen av intervjuene. En analyse av dette materialet ville muligens også kunne si noe mer om respondentenes menneskesyn.

I teoridelen av oppgaven er det gjort rede for de store trekk i undervisning og veiledning. Detaljer i undervisning er ikke omtalt i teorien. Dette kan sees på som en svakhet, men er i overensstemmelse med problemstillingen og forskningsspørsmålene.

Prosjektet og oppgaven er utført med entusiasme, noe som muligens har påvirket analyse og tolkning av materialet. Det er brukt forskning som bekrefter positive funn i materialet. Negative funn var det få av, og de trekkes lite frem, noe som kan svekke undersøkelsens troverdighet.

Det kan diskuteres om funnene i undersøkelsen er av vitenskapelig art. Resultatene er basert på kvalitative intervjuer og kan ikke generaliseres ut over de subjektive meninger. Respondentenes erfaringer og opplevelser er diskutert mot andre vitenskapelige funn, men det kan ikke trekkes noen generelle slutninger. Analyse og funn er ikke diskutert med andre forskere. Metodologiske fremgangsmåter er forsøkt tydeliggjort, men mangel på erfaring innen alle typer forskningsprosedyrer kan muligens svekke studiens gyldighet (Olsen, 2003).

Som en sluttreplikk vil jeg befeste min tro på viktighet av tema. Det er behov for mer kunnskap og forskning innen området, både fra pasientenes og fra personalet sitt ståsted. Slike kunnskaper vil komme både pasienter, pårørende og personalet til gode, men mest av alt være til det beste for pasientene.

LITTERATURLISTE

- Aadland, E. (1998). *Etikk for helse- og sosialarbeidarar*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Aasheim, I. (1997). *Hva betyr holdninger?* Oslo: Tano Aschehoug AS.
- Abdellah F.G. og Levine, E. (1986). *Better patient care through nursing research, 3rd ed.* New York: Macmillan.
- Almås, R. (1990). *Evaluering på norsk: Ei innføring i vurdering av prosjektarbeid og handlingsretta forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Andersson, M. (1996). *Integritet som begrepp och prinsip*. Institusjonen för vårdvetenskap, Vasa. Finland: Åbo Akademis förlag.
- Andrews, M., Sclater, S.D., Squire, C., Treacher, A. (red.) (2000). *Lines of narrative*. London: University Press, Cambridge.
- Axelsen, T. og Finset, A.(red), (1973). *Aksjonsforskning i teori og praksis*. Oslo: Cappelens forlag.
- Austgard, K.(2002). *Omsorgsfilosofi i praksis*. Oslo: Cappelens forlag.
- Begat, I.B.E., Severinsson, E., Berggren, I.B. (1997). Implementation of clinical supervision in a medical department: nurses' views of the effects. *Journal of Clinical Nursing*, (6), 389-394.
- Benner, P. (1991). The role of experience, narrative and community skilled ethical comportment. *Advances in Nursing Science*, 14 (2), 1-21.
- Benner, P., Wrubel J. (1998). *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness*. America: Addison-Wesley Publishing Company.
- Berg, A. and Wellander Hansson, U. (2000). Dementia care nurses' experiences of systematic clinical group supervision and supervised planned nursing care. *Journal of Nursing Management*, (8), 357-368.
- Bergem, A. (1998). *Kristen tro og profesjonell omsorg*. Oslo: Luther forlag.
- Berggren, I. and Severinsson, E. (2000). The Influence of Clinical Supervision on Nurses' Moral Decision Making, *Nursing Ethics*, 7 (2), 124-133.
- Bevis E.O. and Watson, J.(1989,c) *Towards a caring curriculum: a new pedagogy for nursing*. New York: National League for Nursing.
- Bjerrum, M. og Ramhøj, P.(1995). Livshistorier og narrativer som kildemateriale, I: Lunde, I.M., og Ramhøj, P. (red.). *Humanistisk forskning inden sundhedsvidenskab*, s.201-215.

- Bjørke, G. (1996). Problembasert læring – ein praksisnær studiemodell. Oslo: Tano Aschehoug AS.
- Bondevik, M. (2000). *De eldste eldre*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brannen, J. (1992). "Combining Qualitative and quantitative Approaches: An Overview, I: Brannen, J. (red.). *Mixing methods: Qualitative and quantitative research*, (p.3-37). Avebury.
- Brataas, H.V. (2002). Pasientfortellinger i klinisk praksis. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, (1), 90-105.
- Bruner, E.M. (1984). Introduction: The opening up of anthropology. In S. Platter and E.M. Bruner (eds.). *Text play and story: The construction and reconstruction of self and society* (p.1-16). Washington, DC: American Ethnological Society.
- Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, London: Harvard University Press.
- Bruner, J. (1997). *Utdanningskultur og læring*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Burnard, P. (1987), *Learning human skills: an experiential and reflective guide for nurses*. Butterworth – Heinemann, Oxford.
- Cook, T.D., and Campbell, D.T. (1979). *Quasi experimentation*. Chicago: Rand McNally.
- Campbell, D.T. and Stanley, J. (1963). *Experimental and Quasi-experimental Designs for Research*. Chicago: Rand McNally
- Da Silva, A.B. (2000). *Etikk i helsetjenesten*. Stavanger: Misjonsskolens forlag.
- Dewey, J. (1938-1981). *Erfaring og oppdragelse*. København: Christian Eilers' Forlag.
- Dietrichs, E. og Gjerstad, L. (1995). *Vår fantastiske hjerne*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eisner, E.W. (1969). Instructional Objectives. Help or Hindrance? I R.W. Tyler m.fl. Educational evaluation. New York.
- Eriksson, K. (1999) *Omsorgens ide*. København: Munksgaard.
- Espe, K.I.K. (2000). *Kommunikasjon og sykepleie*. Hovedoppgave ved Institutt for sykepleie, Oslo: Universitetet i Oslo.
- Fagermoen, M.S. (1996). Kvalitativ forskning – en opprydding i begrepsbruk. *Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning*, (1),15-24.
- Fagermoen, M.S. (1997). Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. *Advanced Nursing*, 25 (3), 434-441.

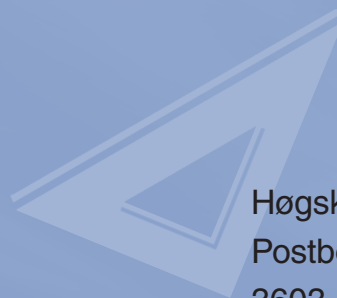
- Fagermoen, M.S. (2001). Fortellinger som datakilde i forskning. *Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning*, 3(2),68-80.
- Foss, C., Ellefsen, B. (2002). Methodical issues in nursing research. *Journal of Advanced nursing*, 40 (2), 242-248.
- Freire, P. (1993). *De undertryktes Pædagogik*. København: Cristian Ejler.
- Fuglestad, O. L. (1997). *Pedagogiske prosessar*. Bergen: Fagboklaget.
- Goodson, Ivor F. (2000). *Livshistorier – kilde til forståelse av utdanning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Grenstad, N.M. (1986). *Å lære er å oppdage*. Oslo: Didaktika.
- Hagemaster, J.N. (1992). Life history: a qualitative method of research. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1122-1128.
- Hammersley og Atkinson (1987). *Feltmetodikk: grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*. Oslo: Gyldendal.
- Handal, G. og Lauås, P. (1990). *Veiledning og praktisk yrkesteori*. Oslo: Cappelen akademisk.
- Hansebo, G. and Kihlgren, M. (2000). Patient Life Stories and Current Situations as Told by Carers in Nursing Home Wards. *Clinical Nursing Research*, 9 (3), 260-279.
- Hansebo, G. and Kihlgren, M. (2004). Nursing home care: changes after supervision. *Journal of Advanced Nursing*, 45 (3), 269-279.
- Henriksen, J.O. og Vetlesen, A.J. (1997). *Nærhet og distanse*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hammerlin, Y. og Larsen, E. (1997). *Menneskesyn – i teorier om mennesket*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hellevik, O. (1999). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Helsinkideklarasjonen, (1964-2000). Etske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesket. Vedtatt av den 18. generalforsamling i Verdens legeforening (World Medical Association) Helsingfors, Finland , i juni 1964, revidert av den 52. generalforsamling i Edinburgh, Skottland, i oktober 2000.
- Hiim, H., Hippe, E. (1993). *Læring gjennom opplevelse, forståelse og handling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hofset, A. (1992). *Å undervise studenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Jones, A. (2003). Some benefits experienced by hospice nurses from group clinical supervision. *European Journal of Cancer Care*, 12, 224-232.
- Kirkevold, M. (1993). Fortellingens plass i sykepleiefaget., I: Kirkevold M., Nortvedt F., og Alsvåg, H. (red.). *Klokskap og kyndighet* (s.59-70). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis ?* Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kirkevold, M. (2001). Relasjon mellom pasient og personale - en forutsetning for verdig omsorg i sykehjem. *Omsorg*, 4, 36-40.
- Kleinmann, A. (1988). *The illness Narratives. Suffering, Healing & the Human Condition*. New York: Basic books.
- Knowles, M.S. (1970). *The modern practice of adult education: Andragogy versus pedagogy*. Chicago: Association Press.
- Knowles, M.S. (1973). *The adult learner: A neglected species*. Houston: Gulf Publishing Company.
- Knowles, M.S. (1980). *The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy*. Chicago: Association Press.
- Knowles, M.S. (1984). *Andragogy in action: Applying modern principles of adult learning*. San Francisco – Washington – London: Jossey-Bass.
- Knowles, M.S. (1985). *Andragogy in action. Applying modern principles of adult learning*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Kompetansereformen, Handlingsplan 2000-2003, 3.utgave, Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lamont, C. (1988). *Det humanistiske livssyn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Levinas, E. (1991). *Otherwise than Being or beyond Essence*. Dordrecht: Kluwer.
- Loeng, S., Torgersen, G-E., Melby, P.E., Lodgaard, E. (2001). *Voksenpedagogikk i kompetansesamfunnet*. Stjørdal: Læringsforlaget DA.
- Lundby, G. (1998). *Historier og terapi*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Lyngnes, K. og Rismark, M. (1999). *Didaktisk arbeid..* Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Larson, E.A., Fanchiang, S-P. (1996) Life History and Narrative Research: Generating a Humanistic Knowledge Base for Occupational Therapy *The American Journal of Occupational Therapy*, 50 (4), 247-250.

- Mattiasson, A-C. and Andersson, L. (1997). Quality of nursing home care assessed by competent nursing home patients. *Journal of Advanced Nursing*, (26), 1117-1124.
- Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup*. Oslo: Tano AS.
- Martinsen, K. (1996). *Fenomenologi og omsorg*. Oslo: Tano Aschehoug AS.
- Maslow, A.H., 1968. Some educational implications of the humanistic psychology. I: *Harvard Educational Review*, (38), no 4.
- Miles, M.B. & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative Data Analysis. An Expand Sourcebook*. California: Sage Thousand Oaks.
- Mirdal, G. M. (1993) *Psykosomatik*. København: Munksgaard.
- Nightingale, F. (1984). *Håndbok i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Nord, R. (1997). Ulike typer design. I: M.S. Fagermoen, R. Nord, B. R. Hanestad, E. Bjørnsborg (red.). *Fra kunst til kolikk* (s.24-38). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nortvedt, P.(1998). *Sykepleiens grunnlag*. Oslo: Tano Aschehoug AS.
- Nyeng, F.(1999). *Etiske teorier*. Bergen: Fagboklaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Noddings, N. (1984). *Caring: a feminine approach to ethics & moral education*. California: University of California Press.
- Nordland, E.(1997). *Gruppen som redskap for læring*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Nåden, D. og Braute, E. (1992). *Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget, AS.
- Odelstingsproposisjon nr. 12 (1998-99) Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Odelstingsproposisjon nr.13 (1998-99). Lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven). Oslo: Sosial- og helsedepartementet
- Olsson, A. (1998). Caring for demented people in their homes or in sheltered accommodation as reflected on by home-care staff during clinical supervision sessions. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 241-252.
- Olsen, H. (2003). Veje til kvalitativ kvalitet? Oslo: *Nordisk Pedagogikk*, (23), 1-20.
- Overgaard, A.E. (2003). *Åndelig omsorg*. Viborg: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S.
- Patton, M.Q. (1985). *Six Honest Men for Evaluation*. St. Paul: University of Minnesota, Caribbean Agricultural Extension Project.

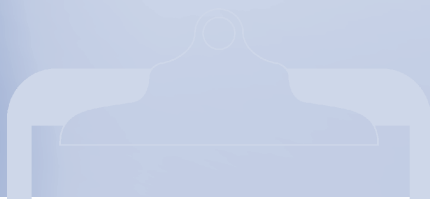
- Piaget, J. (1965). *The moral Judgement of the Child, 1932*. New York: The free press.
- Polit, D.F. and Hungler B.P. (1999). *Nursing Research, Principles and Methods. 6th Edition*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- Polit D.F. and Beck, C.T. (2004). *Nursing Research, Principles and Methods. 7th Edition*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- Polkinghorne, D.E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. Albany: State University of New York Press.
- Ricoeur, P. (1988). Kemp P. och Kristensson B. (red.). *Från text till handling*. Stockholm: Brutus Östlings bokförlag Symposium.
- Rodgers, C.R. (1969). *Freedom to learn*. Ohio: C.E. Merrill, Columbus.
- Rodgers, C.R. (1993). *The interpersonal relationship in the facilitation of learning*. Thorpe, Routledge: London and New York in association with The Open University.
- Rundquist, E.M. and Severinsson, E. (1999). Caring relationship with patients suffering from dementia – an interview study. *Journal of Advanced Nursing* (29), 800-807.
- Rustøen, T. (1991). *Livskvalitet- en sykepleieutfordring*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Sandelowski, M. (1994) We are the stories we tell. *Journal of Holistic Nursing* 12, (1), 23-33.
- Scheel, M.E. (2001). *Interaktionell sygeplejepraksis*. København: Munksgaard.
- Schwartz, B. (2001). *Livshistorien*. Danmark: Aschehoug Dansk Forlag.
- Schwartz, B. (2002). Fortæl din historie. Danmark: *Sygepleiersken*, (23), 24-28.
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia: Lippincot.
- Slettebø, Å.(2001). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Severinsson, E. og Hummelvoll, J.K. (2001). Factors influencing job satisfaction and ethical dilemmas in acute psychiatric care. *Nursing and Health Sciences*, (3), 81-90.
- Severinsson, E. og Kamaker, D. (1999). Clinical supervision in the workplace effects on moral stress and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 7, 81-90.
- Severinsson E. og Lindström, J. (1993). *Handledning i vårdarbete*. Sweden: Lund, Studentlitteratur.
- Sosial og helsedepartementet (1997): Kvalitet i pleie og omsorgstjenestene. Rundskriv I-13. Oslo: Sosial og helsedepartementet.

- Stigen, A. (1983). *Tenkningens historie 1*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Teslo, A-L. (red.).(2000). *Mangfold i faglig veiledning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thorsen, K. (1998). *Kjønn livsløp og alderdom*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tranøy, K.E. (1999). *Medisinsk etikk i vår tid*. Bergen: Fagboklaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Tveiten, S.(1998). *Veiledning – mer enn ord*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Vetlesen, A.J.(red.).(1996). *Nærhetsetikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Vetlesen, A.J. og Nortvedt, P. (1996). *Følelser og moral*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Vetlesen, A.J. og Stänicke, E. (1999). *Fra hermeneutikk til psykoanalyse*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Widerberg, K. (2001). *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wisløff, E.M.S.(1998). *Det handler om å lære*. Aurskog: Tano Aschehoug.
- Wackerhausen, S.(2002). *Humanisme, professionsidentitet og utdanning – I sundhedsområdet*. Danmark: Hans Reitzels forlag, København.
- Youngs, B.B. (1996). *The six Ingredients of Self-Esteem: How They Are Developed Or Eroded in Your Child*. Torrance C. A. Jalmor Press.
- Yrkesetiske retningslinjer og ICNs kodeks, Fagserie 2.92. Norsk Sykepleierforbund.



Høgskolen i Buskerud
Postboks 235
3603 Kongsberg
Telefon: 32 86 95 00
Telefaks: 32 86 98 83
www.hibu.no

ISSN 0807-4488



HØGSKOLEN
i Buskerud