

Ingrid Eilertsen

## **Selv om jeg ikke følte meg rolig inni**

En kvalitativ studie om hjemmesykepleieres følelsesmessige utfordringer

Masteroppgave i helsevitenskap

Trondheim, november 2013

# Forord

Å skrive denne masteroppgaven har vært et selvstendig arbeid og en svært lærerik prosess. Jeg ser likevel vanskelig for meg at prosjektet hadde blitt ferdig uten uvurderlige hjelp av andre mennesker. Først og fremst rettes en stor takk til de elleve informantene som deltok og bidro til at jeg fikk et spennende datamateriale å arbeide med. Det ville ikke blitt en masteroppgave uten dere. Deretter vil jeg takke Borgunn Ytterhus og Riina Kiik som har veiledet meg i ulike deler av prosessen, og alltid hatt troen på både meg og prosjektet mitt. Jeg vil også takke min kjæreste Jan Erik for støtte, omtanke og oppmuntring. En siste takk må bli gitt til familie og venner som har bidratt til korrekturlesning, motivasjon og glede. Dette har betydd mye for meg.

Ingrid Eilertsen

Trondheim, november 2013

## SAMMENDRAG

Sykepleieres følelser blir betegnet som viktig for omsorgsarbeidet. Følelser påvirker sykepleieres forståelse av pasienten og hans eller hennes opplevelse av egen sykdom, skade eller lyte. Sykepleieres følelser i omsorgsarbeidet er blitt forsket mindre på innenfor hjemmesykepleien i forhold til sykepleiere som arbeider i institusjoner som sykehjem og sykehus. Hjemmetjenesten har fått et økende ansvar for både flere eldre, og brukere med større behov for medisinsk behandling enn tidligere. En av årsakene til dette er at det har vært en økning i antall mottakere på mer enn seks prosent av pleie- og omsorgstjenester i perioden 2007-2011, der hjemmesykepleie har hatt den største økningen (Gabrielsen et al. 2012). Hjemmesykepleiere har et høyt krav til selvstendighet, da de ofte befinner seg alene i utfordrende situasjoner. Hensikten med prosjektet har vært å belyse hvilke følelsesmessige utfordringer hjemmesykepleiere opplever i omsorgsarbeidet. Datamaterialet er samlet inn ved hjelp av semistrukturerte individuelle intervjuer. Utvalget besto av 11 hjemmesykepleiere. Av disse kom syv informanter fra to mindre kommuner, og fire informanter fra en større kommune. Materialet er analysert med meningsfortetting. Funnene og fortolkningene viser at hjemmesykepleierne opplevde flere følelsesmessige utfordringer som kunne oppstå i en arbeidshverdag. Analysefunnene utpekte tre hovedkategorier hvor informantene opplevde å bli mest utfordret følelsesmessig, *tidspress*, *brukers provoserende atferd* og *døden*. Tidspress førte til en følelse av utilstrekkelighet og skam eller skyldfølelse av å utøve omsorg med redusert kvalitet. Videre valgte noen av informantene å kompensere for den dårlige tiden de hadde hatt en dag, med å utføre flere tiltak enn det en bruker hadde vedtak på en annen dag. Når informantene ble provosert av brukers atferd, opplevde informantene det utfordrende å opptre slik de anså var profesjonelt. Likevel kunne følelsen av å bli provosert være påvirket av at informanten verdsetter både seg selv og brukeren. Ved dødsfall kunne informantene oppleve en spesiell nærhet med brukere, ved at de følte for å arbeide sammen om en verdig død. Å stå nær en bruker var samtidig krevende og kunne føles overveldende når informantene opplevde å identifisere seg med brukeren, og skillet mellom bruker og informant kunne dermed bli utydelig. Prosjektet konkluderer med at følelsesmessige utfordringer oppstod ved at informantene møtte andre menneskers sårbarhet, og gjennom dette møtet de også møtte sin egen sårbarhet. Videre indikerer funnene og fortolkningene at hjemmesykepleieres håndtering av følelsesmessige utfordringer kan knyttes opp til hvorvidt brukere blir ivaretatt.

## ABSTRACT

Nurses' feelings are regarded as essential for care, since it has to do with the understanding of the patient and his or her experience of their own illness, injury or disability. Nurses' feelings within care have been studied less in homecare, than with nurses working in institutions like nursing homes and hospitals. Homecare has been given an increased responsibility for more elderly, and patient's with a greater need for medical care than in the past. One reason for this is that there has been an increase in the number of recipients, more than 6 percent, within health care in the period 2007-2011, where homecare has had the largest increase (Gabrielsen et al. 2012). Homecare nurses have high requirements of independence as they often find themselves alone in challenging situations. The purpose of this project was to illuminate the emotional challenges the nurse's experience in homecare. The data is collected using semi - structured individual interviews. The sample consisted of 11 homecare nurses. Of these were seven informants from two smaller municipalities, and four informants from a larger municipality. The material is analyzed by meaning condensation. Findings and interpretations show that homecare nurses experienced several emotional challenges that could arise throughout the workday. The findings outlined three main categories where informants felt most challenged emotionally, *time pressure*, *provoked by the patient's behavior* and *death*. Time pressure led to feelings of inadequacy and feelings of shame or guilt when care with reduced quality was exercised. Furthermore, some of the interviewees chose to compensate for the lack of time they had the previous day by performing several chores the user wasn't entitled to. When informants were provoked by patient's behavior, informants found it challenging to act according to their views of professionalism. Likewise the feeling of being provoked could include the informants' valuation for both herself and the patient. The deaths of patient could lead the informants to experience a special closeness with the users, in that they felt a common goal to work together for a dignified death. Being close to a patient was still demanding and could feel overwhelming when the informants identified with the user and the distinction between user and informant could become blurred. The project concludes that emotional challenges arise when informants meet other people's vulnerability, and through this meeting also experience their own vulnerability. Furthermore, the findings and interpretations indicate that homecare nurses handling of emotional challenges can be linked to whether or not users are safeguarded.

<b>1.0 Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn .....	1
1.2 Forskningsbehov .....	3
1.3 Problemstillingen.....	4
1.4 Avgrensninger .....	4
1.5 Begrepsavklaring.....	5
1.6 Oppgavens oppbygging .....	7
<b>2.0 Hjemmesykepleie.....</b>	<b>8</b>
2.1 Hjemmesykepleiens bakgrunn og rammer .....	8
2.2 Hjemmesykepleie samfunnsmessig organisering.....	9
2.2.1 Bestiller-leverandør-modellen og effektivisering.....	10
2.3 Hjemmesykepleier og bruker .....	11
2.3.1 Hjemmesykepleier og selvstendig rolle.....	11
2.3.2 Kontakten mellom hjemmesykepleiere og brukere .....	12
2.3.3 Å dø i eget hjem .....	14
<b>3.0 Perspektiv på følelser .....</b>	<b>16</b>
3.1 Følelser og fornuft .....	16
3.2 Føleri og registrering .....	17
3.3 Sansing .....	18
3.4 Sårbarhet og avhengighet .....	18
3.4.1 Suverene livsytringer.....	20
<b>4.0 Metode .....</b>	<b>22</b>
4.1 Kvalitativ metode .....	22
4.1.1 Semistrukturerte intervjuer .....	22
4.1.2 Intervjuguide .....	23
4.1.3 Gjennomføring av intervjuene.....	25
4.2 Utvalgsstrategi.....	26
4.2.1 Presentasjon av utvalget .....	27
4.3 Dataanalyse .....	28
4.3.1 Transkribering .....	28
4.3.2 Meningsfortetting .....	29
4.3.3 Forforståelse .....	31
4.4 Etske vurderinger .....	33
4.4.1 Informert samtykke .....	33
4.4.2 Konfidensialitet .....	34
4.5 Gyldighet og pålitelighet .....	35

4.5.1 Metodiske refleksjoner .....	36
<b>5.0 Funn og fortolkning.....</b>	<b>38</b>
5.1 Tidspress.....	38
5.1.1 Opplevelse av tidspress under ulik organisering av tid .....	38
5.1.2 Forventning og skuffelse .....	42
5.1.3 Skam.....	44
5.1.4 Utilstrekkelighet og kompensasjon .....	46
5.2 Brukeres provoserende adferd.....	50
5.2.1 Engasjert og provosert.....	50
5.2.2 Makt og verdsettelse.....	55
5.2.3 Profesjonalitet.....	58
5.3 Døden .....	62
5.3.1 Nærhet .....	62
5.3.2 Innlevelse.....	66
5.3.3 Ro .....	69
5.4 Oppsummering .....	71
<b>6.0 Avslutning .....</b>	<b>75</b>
6.1 Konklusjon .....	75
6.2 Gyldighet, overførbarhet og validitet .....	75
6.3 Videre forskning.....	76
<b>Kilder.....</b>	<b>78</b>

Vedlegg 1, Intervjuguide

Vedlegg 2, Vedtak fra NSD

Vedlegg 3, Informasjonsskriv / Forespørsel om til tillatelse til enhetsleder

Vedlegg 4, Informasjonsskriv og samtykkeerklæring til informantene

Vedlegg 5, Utdrag fra analysen steg 3 og steg 4

## 1.0 Innledning

Dette er en studie som har til hensikt å belyse hjemmesykepleieres opplevelse av følelsesmessige utfordringer. Både gjennom egen sykepleierutdanning og yrkesutøvelse har jeg vært opptatt av hvordan vi sanser gjennom følelser i arbeidet som offentlig omsorgsgiver. Hvordan jeg sanser gjennom følelser i yrkesrollen har jeg opplevd som både utfordrende og givende. Utfordrende fordi følelsene kan oppleves som både intense og skiftene, men også givende da følelsene for meg har med forståelse av situasjonen til den andre å gjøre. Jeg synes derfor det har vært veldig spennende og lærerikt å undersøke hensikten med masteroppgaven, som er å belyse følelsesmessige utfordringer i hjemmesykepleien. Jeg har valgt hjemmesykepleien fordi det er lite forskning på området, med tanke på at forskning om følelser knyttet til sykepleiere på sykehjem og sykehus. Hjemmesykepleien har vært et spennende område å undersøke med tanke på hvilke utfordringer som oppstår, når sykepleier i kraft av sin offentlige rolle trer inn i brukerens private hjem.

I dette kapittelet vil det først bli gitt en kort innføring i prosjektets bakgrunn og forskningsbehov på området. Deretter presenteres prosjektets problemstilling og avgrensninger, samt en begrepsavklaring. Kapittelet avslutter med en presentasjon av oppgavens oppbygning.

### 1.1 Bakgrunn

Sykepleie som fag og yrke, slik Nightingale grunnla det, har røtter i det kristne barmhjertigprinsippet om medlidenhet, hjelpsomhet og omsorg for den fremmede eller ukjente (Nortvedt, 1996). Vi kan spore Nightingale i dagens sykepleie gjennom yrkesetiske retningslinjer utgitt av Norsk Sykepleieforbund: *“Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert”* (NSF, 2011). Tidligere forskning fra 90-tallet hevdet at det var forsket utilfredsstillende på kunnskap om sykepleiers følelsesmessige evner (Benner, 1994; Lervåg, 1998; Nortvedt, 1996; Smith, 1992; Morse, 1996). Dette blir påpekt som et problem, da følelser blir betegnet som grunnleggende og viktig i omsorgsarbeidet til sykepleiere (ibid.). Martinsen (2000) hevder at en profesjonell sykepleier skal presentere seg med følelser. Følelser er viktig for at vi gjennom sansingen skal

bli oppmerksom på hvordan en pasient forstår sin egen sykdom, lidelse eller situasjon. En slik oppmerksomhet til pasienten knytter Martinsen opp mot en fagkunnskap som burde inngå i omsorgsarbeidet til sykepleiere (ibid.). Forskning på kunnskapsformer ble i en periode utover 1990-tallet forstummet til fordel for en nødvendig kompetanseheving i høgskolene (Alvsvåg, 2009). Det har nå kommet nyere forskning fra 2000-tallet som har tatt opp igjen tråden på forskning på følelser i sykepleien (Anker-Hansen, 2011; Alteren, 2010; Bolton, 2001; Collins & Long, 2003; Lundestad & Lillevik, 2011; Olsson, 2008; Sandvik 2011; Smith et al. 2009; Theodosius, 2006, 2008). Selv om både eldre og nyere forskning hevder at følelser er grunnleggende og viktige, mener de at det er et nedvurdert område i forskningen. Dette blir i hovedsak knyttet opp mot at følelsesmessige evner har en lavere status enn vitenskapelig tenkning og teknologisk kunnskap. Alteren (2010) hevder i sin avhandling at selv om følelser blir betegnet med lavere status, fremhever hun at sykepleierstudenters følelsesmessige utfordringer må få større plass i utdanningen for å fremme kunnskapsutviklingen. Dette for at sykepleierstudenter, spesielt innenfor praksisperiodene, skal lære hvordan å møte å stå i følelsesmessige utfordrende situasjoner, og å forholde seg til dem på en slik måte at de blir en rasjonell del av selve profesjonsutdanningen (ibid.).

Både eldre og nyere forskning om følelser i sykepleie, som nevnt over, er sentrert rundt sykepleier i institusjon, herunder hovedsakelig sykehjem og sykehus. Denne forskningen ble gjennomgått før intervjuene ble gjennomført, men brukt lite etterpå da den hadde liten relevans til prosjektets funn. Dette kan forklares med at hjemmesykepleiere skiller seg fra sykepleie som jobber i institusjon, ved at de i sin offentlige rolle trer inn i pasientens private hjem (Birkeland & Flovik, 2011; Fjørtoft, 2012). Når sykepleier jobber med hjemmebaserte tjenester, er ikke arbeidsarenaen lenger en institusjon med bestemte offentlige krav i henhold til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Dette medfører ulike utfordringer for de tjenestene som sykepleier skal utføre (Birkeland & Flovik, 2011; Fjørtoft, 2012). I det private hjem skal sykepleier tilrettelegge for pasienten i sitt hjem etter det som vurderes som faglig forsvarlig, samtidig som sykepleier skal ivareta pasientens rett til selvbestemmelse. Dette betyr at det er sykepleieren som må innrette seg til pasienten sitt hjem og behov, fremfor at pasienten må innrette seg til en sykehuskultur. Dette krever at sykepleier utøver en rolle som befinner seg i krysningsfeltet av å være profesjonell yrkesutøver og besøkende (Birkeland & Flovik, 2011; Lerø, 2006.). Michaelsen (1999) hevder at hjemmesykepleieres følelsesmessige opplevelser kan bli forsterket i kraft av sin rolle av å være alene med brukeren i hans eller hennes hjem.



## 1.2 Forskningsbehov

Hjemmesykepleien har gjennomgått flere endringsprosesser i helsevesenet og det har dermed vært et stort fokus på hvordan ressursene skal prioriteres med tanke på at det er flere eldre og sykere mennesker som har behov for økte ressurser (Gautun & Syse, 2013; Helse & omsorgsdepartementet, 2011; Tønnessen, 2011; Vike et al. 2002). Dette kan ha ført til utfordringer som hjemmesykepleiere opplever har blitt nedprioritert å forske på, til fordel for å sikre at brukere får den helsehjelpen de har krav på. Likevel kan det være relevant å studere hjemmesykepleieres følelsesmessige opplevelser da det er rapportert at sykepleiere kan bli følelsesmessig utmattet av omsorgsarbeidet (Chou et al. 2012; Koekkoek et al. 2011; Yoder, 2010). Denne utmattelsen kan være et forstadium til utbrenthet og har sammenheng med neglekt eller forsømming av pasienter (ibid.). I så måte kan det være relevant å belyse følelser i hjemmesykepleien for å møte kravet fra St.meld. nr. 26 (1999-2000) «Om verdier for den norske helsetenesta» at møtet mellom pasient og behandler skal “*byggje på respekt og nestekjærlyghet*” (Sosial- og omsorgsdepartementet, 1999).

Det er gjort lite forskning med et filosofisk utgangspunkt om hjemmesykepleiere og følelser, i motsetning til sykepleier i institusjon som eksempelvis Alteren (2011) og Nortvedt (2008). Den forskningen som er blitt utført om temaet hjemmesykepleie og følelser har hovedsakelig benyttet seg av det sosiologiske begrepet emosjonelt arbeid eller det psykologiske begrepet emosjonell intelligens. Begge disse begrepene har svakheter innenfor å studere følelsesmessige utfordringer som blir kort gjort rede for her. Et problem med å anvende begrepet emosjonelt arbeid innenfor sykepleie handler om makt. Emosjonelt arbeid går ut på at den som utfører arbeidet er den svakeste, noe som er det motsatte forhold i sykepleien. McClure & Murphy, (2007) hevder at teorien er ikke egnet til å belyse det komplekse asymmetriske forholdet mellom sykepleier og pasient. Eksempelvis har Michaelsen (1999) valgt å benytte begrepet emosjonelt arbeid til kun noen av sine funn i avhandlingen sin om hjemmesykepleien, og benytter andre begreper for å diskutere makt. Emosjonell intelligens er et begrep som ble lansert som et tilsvar på at ikke all intelligens er begrenset til det intellektuelle aspektet ved mennesket (Nyeng, 2006). Samtidig får begrepet emosjonell intelligens blitt kritisert ved at det lett får et instrumentalt preg ved at følelser først blir relevant i forskning hvor konkrete problemer er formulert og ikke har overføringsverdi til den generelle betegnelsen av menneske som problemløsende vesen. (ibid.). Andreassen og Nielsen (2004) undersøkte i deres masteroppgave hvilken grad av emosjonell intelligens

hjemmesykepleier hadde, der evnen til empati var en evne som ble målt. De konkluderte med at hjemmesykepleierne hadde middels til høy score av emosjonell intelligens. Målsetting med deres masteroppgavens kan forstås å gi assosiasjoner til at empati er noe som skal prestes, noe som i følge Martinsen (2012) er et høymoralskt krav som har med urealiserbare drømmer om det perfekte gode samfunn å gjøre.

Etter mitt syn er det et reelt forskningsbehov på følelser i hjemmesykepleien med et filosofisk utgangspunkt. Det blir forstått her at sansefilosofien som Martinsen er inspirert av, og som dette prosjektet benytter, kan bidra til å belyse følelsesmessige utfordringer i gjensidig avhengighet og sårbarhet som hun hevder er grunnvilkår i omsorgen. Dette er spesielt viktig da en NOVA-rapport i oppdrag fra Norsk sykepleierforbund, konkluderte med at tiden etter iverksettelsen av Samhandlingsreformen, har ført til et dårligere helsetilbud til hjemmeværende eldre og at hjemmesykepleiere opplever det som vanskelig at det følger for lite ressurser med de økte oppgavene (Gautun & Syse, 2013).

### *1.3 Problemstillingen*

Med utgangspunkt i en oppfattelse av at det er et forskningsbehov innen følelser i hjemmesykepleien ønsker dette prosjektet å belyse følgende problemstilling:

*«Hvilke følelsesmessige utfordringer opplever hjemmesykepleiere?»*

Problemstillingen har som formål å belyse hvilke følelsesmessige utfordringer som hjemmesykepleiere selv opplever som mest vesentlige i deres arbeidshverdag. Med tanke på at det er gjort lite forskning om temaet, er spørsmålsformen «hvilke» fremfor «hvordan» benyttet, da hensikten for problemstillingen er å belyse hva som oppleves som utfordrende.

### *1.4 Avgrensninger*

Det er kun sykepleiere som er inkludert i studien, selv om det er tverrfaglighet innenfor hjemmesykepleie (Birkeland & Flovik, 2011; Fjørtoft, 2012). Å begrense studien slik handler

om at sykepleiere har den totale oversikten over brukernes situasjon, og ofte koordinerer helsehjelpen og veileder annet personell (ibid.). Det ble vurdert at det ville være mest hensiktsmessig med kun sykepleiere for å få belyst problemstillingen best mulig. Dette selv om det er andre profesjoner og personell som har viktige arbeidsoppgaver innenfor hjemmesykepleien (Birkeland & Flovik, 2011).

En annen avgrensning gjort i dette prosjektet er at en diskusjon om faglig forsvarlighet er redusert. Dette handler om to ulike aspekt. For det første er det sentrale i dette prosjektet hjemmesykepleiers følelsesmessige opplevelser. Jeg har i dette prosjektet betraktet de opplevelsene informantene har fortalt meg som «reelle» uavhengig om brukerne skulle oppleve det samme. Eksempelvis vil de si at når en informant har beskrevet hvordan hun har følt nærhet med en pasient, er det i prosjektet blitt ansett som en faktisk opplevelse, uavhengig av om brukeren skulle føle en nærhet til hjemmesykepleier eller ikke. I og med at prosjektet ikke har datamateriale fra pasienter får dette som følge at en diskusjon om faglig forsvarlighet blir begrenset, da prosjektet ikke har direkte innsyn i brukernes situasjon. Det understekes her at det er hjemmesykepleiers opplevelse av egen praksis og utøvelse som er sentralt for prosjektets problemstilling. For det andre er det lagt vekt på sansefilosofi fremfor moralfilosofi. Verk av Martinsen (2006, 2003) er inspirert av moralfilosofien, likeså har Martinsen, spesielt i sitt nyeste verk «*Løgstrup og sykepleien*» (2012), blitt i økende grad inspirert av Løgstrup sin sansefilosofi. Selv om moralfilosofien er et viktig aspekt ved Martinsens filosofiske bidrag til omsorgstenkningen, er det i dette prosjektet fokusert i hovedsak på sansefilosofien da problemstillingen ønsker å belyse følelsesmessige utfordringer i hjemmesykepleien. Sett disse to aspektene i sammenheng har det vært naturlig ikke å ha fokus på faglig forsvarlighet i dette prosjektet, selv om tema makt blir tatt opp. Dette er fordi at sykepleie vanskelig lar seg betrakte uten maktaspektet i Martinsen sine verk (2003, 2006, 2012).

### *1.5 Begrepsavklaring*

Det blir her presentert en begrepsavklaring teksten som er vurdert som sentrale ut i fra prosjektets problemstilling. Følelser er en sentral del av prosjektet, derfor blir begreper som er knyttet til følelser definert i prosjektets teorikapittel. Her blir begrepene bruker, oppdrag,

vedtak samt omsorg og omsorgsarbeid definert.

Bruker er i hjemmesykepleien den vanligste betegnelsen om personen som mottar helsehjelp, selv om dette kan variere på ulike arbeidsplasser (Birkeland & Flovik, 2011). Brukerrollen assosieres ofte med en aktiv mottaker av offentlige tjenester som har rett til informasjon, innsyn, medbestemmelse, medvirkning, innflytelse og valgmuligheter (Slettvold, 2007). For å få variasjon av språket er også mottaker eller tjenestemottaker blitt benyttet som også ofte blir benyttet av offentlige dokumenter som eksempelvis St.meld. nr. 47 (2008–2009) «Samhandlingsreformen» (heretter Samhandlingsreformen) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). I omtalelse av forskning og litteratur som er blitt benyttet som tar for seg sykepleie generelt og ikke eksplisitt om hjemmesykepleie, er begrepet pasient blitt benyttet.

Oppdrag er en betegnelse på skriftlige instruksjoner hjemmesykepleiere har med seg når de drar til en bruker (Lerøy, 2006). For de hjemmesykepleierne som arbeidet under tidsestimering hadde de i tillegg til en skriftlig instruksjon. Denne inneholdt forhåndsbestemte klokkeslett når yrkesutøverne skulle være hos en bruker og hvor lenge den ansatte skulle være hos brukeren (ibid.).

Vedtak viser til en juridisk rettesnor for både brukere og ansatte i hjemmesykepleien (Birkeland & Flovik, 2011). Vedtak følger reglene i henhold til Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven). Et vedtak er veiledende for ansatte i hjemmesykepleien, fordi brukerens situasjon ofte kan endre seg raskt. Dermed har helsepersonell plikt til å yte nødvendig helsehjelp, uavhengig om det er fattet et vedtak eller ikke (Birkeland & Flovik, 2011).

Omsorg eller sykepleiers omsorgsarbeid blir i dette prosjektet forstått ut i fra omsorgsbegrepet definert av Martinsen (2003). For det første handler omsorg om et mellommenneskelig forhold, for eksempel mellom pasient og sykepleier, der avhengighet ikke står i kontrast med selvhjulpenhet, men inngår på ulike måter i alle menneskelige forhold. Videre betyr det at omsorgen har en praktisk side, at sykepleier har en konkret situasjonsforståelse som verken overtar for mye ansvar i formynderi eller overdriver pasientens selvbestemmelse i unnlatesssynder. Til sist betyr det at omsorgen har et moralsk aspekt at sykepleier skal utøve

med prinsipp for den svake, der makten i avhengighetsrelasjonen skal utøves i solidaritet med den svake (ibid.).

### *1.6 Oppgavens oppbygging*

Innledningsvis har en kort introduksjon til prosjektets tema blitt presenter. Kapittel 2 omfatter prosjektets teoretiske referanseramme om følelser i sykepleie. Kapittel 3 vil handle om dagens hjemmesykepleie i relevans til prosjektets rammer. Kapittel 4 handler om valg av metode og begrunnelse for metodevalg blir gjennomgått. I kapittel 5 presenteres resultatet fra analysearbeidet som blir diskutert opp mot tidligere gjennomgått litteratur og teori. Deretter følger en oppsummering av diskusjonskapittelet. Avslutningsvis vil prosjektets hovedfunn kort sammenfattes i kapitel 6.

## 2.0 Hjemmesykepleie

I dette kapitlet blir det gjennomgått eksisterende litteratur og forskning om hjemmesykepleien. Første underkapittel er en kort presentasjon av utviklingen av hjemmesykepleie og hvordan hjemmesykepleien ser ut i dagens samfunn. De påfølgende underkapitlene beskriver utfordringene i hjemmesykepleien som en bakgrunn til prosjektets funn.

### 2.1 Hjemmesykepleiens bakgrunn og rammer

Pleie av syke i hjemmet har foregått i uminnelige tider (Fjørtoft, 2012; Lund, 2012; Wyller, 1990). Først og fremst av husmor og hennes eventuelle hjelpere som tok seg av de syke enten de var eldre eller barn. Ledesnoren for behandling var naturmedisin, overtro og livserfaring som gikk i arv. I så måte kan vi forstå at sykepleie oppstod i hjemmet. Ut i fra dette synet kan vi si at hjemmesykepleie kan betraktes som det eldste arbeidsområdet innenfor sykepleie. Samtidig har hjemmesykepleien slik den er organisert i dag en forholdsvis kort historie (ibid.). Først i 1972 ble hjemmesykepleien en del av den offentlige helsetjenesten ifølge St.meld. nr.45 (1972-1973) «Midlertidige retningslinjer for opprettelse og drift av hjemmesykepleievirksomheten» (Sosialdepartementet, 1973). Disse retningslinjene anså hjemmesykepleien som et supplement til sykehusene. Etersom sykehusene utviklet seg, ble det klart at de ikke kunne ivareta behovet for langvarig helsehjelp. Siden dette har hjemmesykepleien hatt en parallell utvikling ved siden av sykehusene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

I dag er hjemmesykepleie en del av kommunens lovbestemte helsetjeneste ved Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste § 1 som omfatter *oppgaver innenfor forebyggende helsearbeid med spesiell vekt på opplysende og rådgivende virksomhet samt kurativ behandling og pleie, opptrening og rene pleiefunksjoner*. Forskning innenfor hjemmesykepleie kan tyde på at de fleste ønsker å bo hjemme fremfor på institusjon, til tross for nedsatt funksjonsevne og høy alder (Dale et al. 2012, Hinck, 2004; Haak et al. 2007; Tønnessen, 2011; Vik & Eide, 2012 ). Dette fordi å bo hjemme handler om å kunne bevare sine interesser og bevare sitt sosiale nettverk i kjente omgivelser. Å flytte til institusjon kan

medføre tap av dette og gi en opplevelse av avhengighet og sårbarhet (ibid.). Det overordnede målet for hjemmesykepleie er at tjenestemottakeren eller brukeren, skal mestre hverdagen i sitt eget hjem så lenge det er forsvarlig og ønskelig (Birkeland & Flovik, 2011; Tønnessen & Nortvedt, 2012). Sørbye (2009) omtaler at det er et viktig helsepolitisk mål i Norge å gi mulighet for å bo hjemme til de som ønsker det samt å sikre et trygt, verdig og selvstendig liv. Hjemmesykepleien har dermed endret posisjon, fra å være et alternativ helsetilbud til å få en sentral plass i helsetjenestetilbudet til befolkningen (Birkeland & Flovik, 2011, Fjørtoft 2012; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Hjemmesykepleien er sammen med hjemmehjelpen en del av hjemmetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Hjemmehjelp skiller seg fra hjemmesykepleien ved å være praktisk bistand som eksempelvis renhold, klesvask samt sengeskiift og er dermed ikke å betrakte som helsehjelp (Birkeland & Flovik, 2011). Tidligere utgjorde hjemmehjelpen en viktig sosial tilknytning til mottakeren av tjenesten. I dag dreier hjemmehjelpstjenesten hovedsakelig om praktisk bistand der det er fokus på renhold og de rent praktiske oppgavene i et hushold. Hjemmehjelpen har fått kritikk for å ha et mekanisk preg, der hjemmesykepleien har overtatt både den sosiale funksjonen og omsorgsfunksjonen (Birkeland & Natvig, 2008).

## *2.2 Hjemmesykepleie samfunnsmessig organisering*

### **2.2.1 Avinstitusjonalisering og desentralisering**

Det har vært en økning i antall mottakere på mer enn seks prosent av pleie- og omsorgstjenester i perioden 2007-2011, der hjemmesykepleie har hatt den største økningen (Gabrielsen et al. 2012). Denne økningen kan delvis forklares ut fra reformer og endringsprosesser i helsevesenet (Akselberg, 2012; Birkeland & Flovik, 2011; Fjørtoft, 2012; Helse og omsorgsdepartementet, 2011). Avinstitusjonalisering og desentralisering er to relevante begreper i denne sammenheng. Avinstitusjonalisering handler om nedbygging av de store institusjonene, i tråd med en ideologi at alle har krav på et eget hjem og anledning til å bo der så lenge som mulig. Desentralisering handler om at ansvaret for å drive helsetjenester er blitt forskjøvet til et lavere forvaltningsnivå, fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten (ibid.). Samhandlingsreformen og St.meld.nr 25 (2005-2006) «Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer» understreker

avinstitusjonalisering og desentralisering ved å beskrive at sykehusene skal bli mer spesialisert og kommunene skal få et større ansvar for helsehjelpen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006, 2009). Et eksempel på dette er kortere liggetid på sykehus. Med kortere liggetid kan det bety at pasienter er overflytningsklare til eget hjem, men ikke nødvendigvis ferdigbehandlet (ibid.). Det blir anslått at pasientene i sykehjem og hjemmesykepleie i snitt har mer enn fire aktive diagnoser som krever kompetent personell ved oppfølging og behandling (Arbeidstilsynet, 2008). Dette vil si at hjemmesykepleien har fått et økende ansvar for flere eldre og pasienter med større behov for behandling enn tidligere (Birkeland & Flovik, 2011, Fjørtoft 2012, Tønnessen et al. 2009).

Et viktig aspekt å påpeke om hjemmesykepleien er at den ikke er begrenset til eldreomsorgen. Den gruppen som har økt mest de siste 20 årene er tjenestemottakere under 67 år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Hjemmesykepleien har dermed også fått større ansvar for flere pasientgrupper enn før. Pasientgruppen av yngre brukere som har økt mest er mennesker med psykisk lidelse og mennesker med utviklingshemming (Brevik, 2010; Gautun & Hermansen, 2011).

### **2.2.1 Bestiller-leverandør-modellen og effektivisering**

Alle brukere i hjemmesykepleien har et vedtak som angir hvilken helsehjelp de skal få. Hvem som avgjør et vedtak og innholdet av dette vedtaket varierer fra kommune til kommune (Grostøl, 2009). Vanligvis er det lederen ved den enkelte hjemmesykepleieenheten som avgjør dette, men det er også blitt mer vanlig å benytte seg av bestiller-utfører-modellen. Denne modellen har ideologiske røtter rundt markedstenknings «new public management» og har til hensikt å effektiv utnytte tilgjengelige ressurer. Målet er at konkurranse om offentlige tjenester kan balansere et budsjett samtidig som kvaliteten på tjenesten øker og brukerens rettigheter styrkes (ibid.). Tønnessen et al. (2011) hevder i sin forskning at prioriteringer av tjenester til brukere, er basert på administrative avgjørelser utfra et trangt tidsskjema utfra bestiller-leverandør-modellen. Dette kan føre til en individuell omsorg som tar hensyn til brukerens omgivelser, ikke blir prioritert. Tjenestemottakerne av hjemmesykepleie omtaler tjenestene positivt, men påpeker at de må rette seg etter hjemmesykepleierens premisser (Tønnesen et al. 2009). I sin doktorgrad hevder Tønnesen (2011) at slik hjemmesykepleien drives i dag er den lovstridig. Dette begrunner hun med at mangel på tid og ressurser strekker



ikke til i forhold til oppgavene de er pålagt. Det oppstår en krenkende praksis der overordnede vedtak som ikke er satt av de i den direkte pleien er bestemmer omfanget av hjelpen og kvaliteten på tjenesten. Brukere opplever å måtte undertrykke og tilpasse sine behov etter hjemmesykepleierens sin rytme. Tønnesen hevder avstand mellom hva som er pasientenes behov for tjenester og de tjenestene pasientene faktisk får ivaretatt er økende (ibid.).

Kirchhoff (2010) hevder i sin doktorgrad at selv om det er viktig med effektiv utnyttelse, for å møte økningen av eldre tjenestemottagere med mer kompliserte sykdommer og lidelser, har det hatt uheldige konsekvenser på hjemmesykepleiere der tap av kontroll er sentralt. I avhandlingen blir tidspress og krav om effektivisering løftet frem som faktorer som bidro til at hjemmesykepleierne opplevde å måtte redusere kvaliteten i helsehjelpen. Kirchhoff fremhevet at dette har stor betydning for opplevelsen av yrkesrelatert stress som igjen påvirker arbeidstakernes betydning for arbeidsvilkår og helse. Videre viste avhandlingen at de ansatte kompenserte for følelsen av å utføre en utilfredsstillende kvalitet på pleien med å utføre tilleggstjenester som avviker fra arbeidskontrakten. Eksempel på slik tilleggstjeneste var å gjøre innkjøp for bruker. Kirchhoff er kritisk til slike tilleggstjenester som en privat avtale med brukerne om å utføre visse oppgaver som brøt med organisasjonens formelle normer. Dette argumenterer han med at brukerens rettigheter kan bli undergravet ved at asymmetri mellom arbeidstaker og bruker blir forsterket. Fordi brukeren får tjenester det ikke er krav på kan det skape en takknemlighetsgjeld hos bruker. En slik takknemlighetsgjeld kan føre til at bruker i neste omgang får vanskeligheter med å stille krav til de formelle tjenestene bruker faktisk har krav på (ibid.).

## *2.3 Hjemmesykepleier og bruker*

### **2.3.1 Hjemmesykepleier og selvstendig rolle**

I følge Rammeplanen for sykepleieutdanningen (2008) knyttes læringsmålet om handlingskompetanse til selvstendig yrkesutøvelse for å ivareta pasienter og pårørende. Med dette forstås det her at selvstendighet er en viktig innenfor alle områder av sykepleie. Samtidig hevder Birkeland og Flovik (2011) at å jobbe som hjemmesykepleier kan kreve en ytterligere selvstendighet av yrkesutøveren fremfor å jobbe i en institusjon. Dette fordi at det vanligvis kun er to aktører til stedet brukers hjem, hjemmesykepleier og bruker, samt at

kollegaene ikke alltid er tilgjengelig geografisk for å hjelpe til. Dette krever at en hjemmesykepleier er mer selvstendig og fleksibel til å takle uforutsette utfordringer i forhold til det som vil være naturlig å forvente av en sykepleier i en lignende situasjon på et sykehus eller sykehjem (ibid.). I studien foretatt av Hofseth og Norvoll (2003) fortalte hjemmesykepleiere at de trivdes bedre med å arbeide i brukerens hjem, der de hadde mulighet til å bli bedre kjent med brukeren enn de gjorde hvis de hadde arbeidet på en institusjon. Hjemmesykepleierne opplevde at de gjennom en mer selvstendig rolle ofte kunne fokusere på en bruker om gangen, uten å bli avbrutt av eksempelvis klokke som ringer og kollegaer som trenger assistanse eller andre forhold som er mer vanlig på institusjon (ibid.).

### **2.3.2 Kontakten mellom hjemmesykepleiere og brukere**

Birkeland og Natvig (2008) hevder i sin studie at eldre som mottar hjemmesykepleie, stort sett opplevde å ha god kontakt med de ansatte. For noen var ansatte i hjemmesykepleien deres mest betydningsfulle kontakter. Roe et al. (2001) rapporterte i sin studie at for noen brukere av hjemmesykepleie kan knytte seg spenning mot og får fremmede inn i deres private hus. Kvinner kunne synes det var vanskelig med innblandinger hjemmesykepleiere ville ha i de daglige praktiske gjøremålene, mens menn kunne se på hjemmesykepleier som en trussel mot sin egen uavhengighet (ibid.). For at pasienten skal oppleve en omsorgsfull relasjon må sykepleier være entfokusert og involvert, samt anerkjenne pasienten. Det er viktig at sykepleier utøver en kommunikasjon som er åpen og at det er vennlighet og omtanke for brukerens situasjon (Attree, 2001; Kvåle, 2006). Lillestø (1998) hevder i sin avhandling at brukere opplever krenkelse når ansatte i hjemmesykepleie tar seg til rette i hjemmet ved å rote i personlige eiendeler, være hardhendt under pleie eller har en nedlatende holdning til deres kropp. Selv om hjemmet til en bruker er hjemmesykepleieres arbeidsplass er det viktig at det ikke blir glemt hvem som eier hjemmet. Den offentlige utredningen «Trygghet, verdighet, omsorg» NOU 1992: understreker dette ved å påpeke at mennesker uansett alder, livssituasjon og livsfase har krav på et privatliv der personlig integritet og intimitet blir ivaretatt (Helse- og omsorgsdepartementet, 1992).

Kontinuitet i hjemmesykepleien handler om å sikre at hver enkelt pasient får en individuell tilpasset helsehjelp til rett tid og blir ofte assosiert med at brukere skal slippe å forholde seg til mange ulike ansatte i hjemmesykepleien, men heller et mindre antall (Birkeland & Flovik,

2011; Fjørtoft, 2012). Dette kan bli sett i lys av studie til Birkeland og Natvig (2008) som hevder at brukere i hjemmetjenesten føler seg godt ivaretatt av de fleste som besøker deres hjem, men at de har spesielt og kontakt med to til tre ansatte. Fjørtoft (2012) hevder at det kan oppstå en interessekonflikt mellom bruker og hjemmesykepleier når brukeren har behov som skal ivaretas, men hjemmesykepleier skal kunne utføre arbeidet på en trygg og sikker måte. Flere hevder det er utført for lite forskning på forholdet mellom sykepleier og pasient når kontakten blir vanskelig, herunder hvordan sykepleiere responderer på pasientens atferd (Michaelsen 2012; Chou et al. 2012; Yoder, 2010). Det er rapportert at sykepleiere kan oppleve interaksjonen med pasienten som følelsesmessig utmattende og utbrenthet i de mest alvorlige tilfellene når kontakten blir vanskelig (Chou et al. 2012; Yoder, 2010). Koekkoek et al. (2011) hevder at pasienter som oppfører seg «vanskelig» risikerer å bli behandlet med mindre respekt og å bli ekskludert fra helsevesenet da de ikke har en «passende» atferd for pasienter. Michaelsen (1999) skrev sin avhandling om begrepet den *vanskelige pasient* i hjemmesykepleien. Hun hevder at begrepet vanskelig pasient ikke er et uttrykk for at pasienten faktisk er vanskelig. Derimot handler begrepet om en vanskelig interaksjon i møte mellom pasienten og sykepleier. I denne interaksjonen oppfattes pasienten som vanskelig når sykepleier ikke håndterer disse problemene. Et eksempel hun viser til er en pasient med fedmeproblematikk og hvordan hjemmesykepleierne ikke ser en kompleks bakgrunn for pasienten sin situasjon, da hun har en selvforskyldt lidelse (ibid.). Oppfattelsen av vanskelige pasienter blir spesielt tydelig når pasienten ikke gjør eller motsetter seg det sykepleieren ber dem om (McDonald, 2007). Når pasientene ikke inntar en forventet pasientrolle, lever de dermed ikke opp til en norm om den «gode» eller «lette» pasienten. Et interessant aspekt ved denne problemstillingen er at forskeren McDonald hevder at pasienter som følte seg kontrollert av helsepersonell, ledet til en atferd som ble oppfattet som vanskelig. Derimot når pasienter følte at helsepersonell lyttet og respekterte dem, oppførte de seg mindre vanskelig (ibid.).

Utfordringer når kontakten mellom giver og mottager av helsetjenester blir vanskelig, er ikke bare å finne innenfor hjemmesykepleie, men også innen andre deler av helsevernet som sykehus og sykehjem så vel som andre helseprofesjoner med pasientkontakt (Michaelsen, 1999; Birkeland & Flovik, 2011). Det kan se ut som utfordringene øker innenfor hjemmesykepleien når brukeren er på sin egen arena i hjemmet fremfor på en institusjon (ibid.). Michaelsen (1999) hevder også at hjemmesykepleiere kan oppleve at nedsettende kommentarer eller holdninger av bruker som mer personlig krenkende på grunn av sin

selvstendige rolle, og at de ofte er alene med bruker sammenlignet med sykepleiere på institusjon.

### **2.3.3 Å dø i eget hjem**

I helsevesenet skilles det mellom kurativ og palliativ behandling (Kaasa, 2007). Behandling som er rettet mot å helbrede går under begrepet kurativ behandling. Palliasjon eller palliativ medisin er en betegnelse på lindrende behandling, pleie og omsorg ved livets slutt – døden. Samtidig er det ikke alltid at det kan settes et klart skille mellom kurativ og palliativ behandling da en behandling kan være livsforlengende for noen, mens behandling kan være symptom lindring for andre (ibid.). Verdens helseorganisasjon (WHO) sin definisjon av palliasjon sier at kartlegging og behandling skal ha en fysisk, psykososial og åndelig art der både pasienten og familien livskvalitet er sentral ved livstruende sykdom (WHO, 2002). Ut i fra denne definisjonen kan det forstås at omsorg som blir gitt under palliativ behandling ikke er grunnleggende ulik den omsorgen som blir gitt ved kurativ behandling. Likevel er tiden en tydelig begrensende faktor, for livsutfoldelse og mulighet til å skape mening i livet, for sykepleie til døende (Ilkjær, 2003).

Når en pasient nærmer seg døden blir dette ofte betegnet som at pasienten går inn i en terminal fase (Ilkjær, 2003). Rønningen et al. (2007) hevder at når arenaen for palliasjon er pasientens eget hjem, er forutsetningene for den palliative omsorgen annerledes enn i institusjon. De viser til definisjon av standard for palliasjon som for hjemmesykepleie som er: «Den palliative behandlingen, pleie omsorg som pasienten og pårørende trener når pasienten tilbringer hele eller deler av den siste tiden i hjemmet» (Rønningen et al. 2007:213). Herunder skal lege-, pleie- og omsorgstjenester til enhver tid bli organisert og korinert i henhold til dette. Å ha pasientens hjem som arbeidsplass kan her by på utfordringer. Det handler om å gi pasienten rom for privatliv med tanke på å få en verdig avslutning på livet og å få en nærhet til pasienten slik at det kan dannes et bilde av den helhetlige situasjonen i hjemmet. Det er lettere å få et slikt inntrykk av pasientens situasjon i institusjon. Luker et al. (2000) hever at å bli kjent med pasienten og pårørende krever større involvering av hjemmesykepleier enn sykepleier i institusjon, og er derfor også følelsesmessig mer krevende for hjemmesykepleier.

For rundt hundre år siden døde ca. 90 prosent hjemme (Birkeland & Flovik, 2011). I 2010 døde 35 prosent i sykehus, 44 prosent i sykehjem og 15 prosent hjemme i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013.). Det vil si at døden i dag er har flyttet inn på institusjoner (ibid.). Flertallet av pasienter ønsker å dø i eget hjem (Bostrøm & Disch, 2012; Donnelly & Dickson, 2013). Likevel er Norge en av de land i verden hvor færrest dør i eget hjem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Årsaken til dette blir knyttet til at hjemmetjenesten har begrensede ressurser samt utrygghet blant pårørende. Wallerstedt & Andershed (2007) hevder at hjemmesykepleiere har høye ambisjoner til kvaliteten av palliativ omsorg, selv om ressursene er begrenset. Likevel hevder Law (2009) at hovedfokus innenfor litteratur om palliativ omsorg har vært på fysiske intervensjoner eller tiltak som symptomlindring og sosial støtte, fremfor hvordan sykepleier møter pasientens følelsesmessige behov.

## 3.0 Perspektiv på følelser

### 3.1 Følelser og fornuft

Dette prosjektet har som formål å belyse hjemmesykepleiers følelsesmessig opplevelse. Ut i fra Martinsen (2000, 2012) er følelser og fornuft nært bundet sammen, der det ene ikke kan skilles fra det andre. Tradisjonelt har forholdet mellom fornuft og følelser blitt betraktet som å stå i et motsetningsforhold. Følelser blir ofte sett på som noe underordnet og annenrangs i forhold til fornuften (Alteren, 2010; Nortvedt, 2012; Nyeng, 2006; Vetlesen, 1996).

Vetlesen (1996) viser til et Descartes som eksempel på hvorfor følelser har blitt ansett diskutabile for å oppfatte verden rundt oss. Descartes hevdet at sansene villeder oss. Eksempelvis dersom vi stikker en rett kjepp ned i vannet, vil det se ut som den er bøyd i en annen vinkel i det punktet kjeppens nedre halvdel forsvinner ned i vannet. Sansen synsevnen forteller oss at kjeppen er bøyd på midten, men den objektive sannheten er at kjeppen er like rett som før vi stakk den i vannet. Slik synsevnen kan føre til at vi tar feil av den objektive virkeligheten, er følelser også en upålitelig kilde til erkjennelse. Dette viser seg igjennom hvordan en person sitt spontane raseri overfor en annen, kan skyldes en feilaktig forståelse av hva den andre har gjort eller ment i situasjonen. Vetlesen viser til språklige metaforer han hevder bygger opp under dette. «Overmannet av følelser», «sjalusi gjør at vi ser svart» er noen eksempler. I en slik sammenheng kan følelser også forbindes med det ikke å ha kontroll over seg selv og sine handlinger. Det blir her en slags mystisk kraft som «kommer over oss», kanskje helt uten vår viten og vilje. Sterke følelser kan derfor få oss ut av våre støe kurs, og forårsake at vi opptrer på en måte som ikke er sosialt passende eller moralsk forsvarlig. Vetlesen påpeker her at fornuften har blitt tildelt rollen som erkjennelsesevne til sansene og følelsene. Fornuften supplementerer eller korrigerer sansene som eksemplet ovenfor med kjeppen, og følelsene blir irttesatt av fornuften slik at vi bevarer kontroll i form av selvbeherskelse av sinnstilstand (ibid.).

Martinsen (2000) hevder at å holde følelser tilbake og ikke være for overinvolvert til pasientens situasjon, er den vanligste forståelsen av profesjonalitet. I så måte kan sykepleier være objektiv og saklig i sin tale. Martinsen kritiserer dette synet ved å hevde at

kommunikasjonen da blir enveis, ovenfra og ned, og mennesket blir oversett og redusert til et objekt. Martinsen advarer mot det hun kaller føleri og registrering (Martinsen 2000, 2003).

### *3.2 Føleri og registrering*

Når en sykepleier handler ut i fra føleri, mangler den nødvendige avstanden til situasjonen som forståelsen gir (Martinsen, 2000). Når følsomheten blir ufølsom kan det føre til at omtanken for pasienten blir en krenkende og sentimental omsorg. Martinsen hevder følelser trenger rammer i form av objektive fellesverdier. Hvis ikke blir sykepleierens deltagelse i den andre lidelse kun begrenset til sine egne følelser. Situasjonen blir da borte og hjelpen vil ikke lengre basere seg på tilstanden til den hjelpetrengende (Martinsen, 2003). Eksempelvis ønsker en pasient en sykepleier som bryr seg, men ikke en som er like engstelig for sykdommen som seg selv. Pasienten trenger en sykepleier som kan distansere seg da sykepleier ikke kan føle det samme som pasienten. Det er sykepleier som skal hjelpe pasienten, ikke omvendt (Nortvedt, 2012). Et problem Martinsen påpeker er dersom sykepleier distanserer seg for mye fra situasjonen og går over til å registrere.

Å registrere handler om å stille seg i en utenforposisjon til den andre (Martinsen, 2003). Å se med det registrerende øyet handler om å søke etter sammenhenger ved å systematisere, rangere, klassifisere. Målet er å sette alt i system. Martinsen (2000) påpeker at det registrerende øyet kan se individuelle forskjeller, med betingelsen at dette kan måles for å sette i en målrasjonell orden (ibid.). Slik jeg tolker det handler en sykepleier utfra en formålsrasjonell omsorg når hun ser med det registrerende øyet. En slik omsorg utelukker følelsene og tar ikke hensyn til det relasjonelle, men logiske resonnementer. Den som blir hjulpet blir her gjort til et objekt som ikke får komme til ordet, men blir utsatt for en grenseoverskridende overtalelse (Martinsen 2003, 2006). Problemet med en slik formålsrasjonell omsorg kan sees i sammenheng til makt. I en situasjon der sykepleier handler ut ifra en formålsrasjonell omsorg blir makten og handlingen lagt til sykepleiers logiske forståelse av situasjonen. Pasientens medbestemmelse som er en lovpålagt rett under Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) § 3-1, og denne rettigheten vil da falle bort i favør til sykepleierens overtalelse ved den formålsrasjonelle omsorgen.

### *3.3 Sansing*

Sansing åpner for følelsen for den andre, og kan således betraktes som seende. Følelser er seende ved å gi adgang til vår verden og tilværelse. Med følelser får vi anledning til å følge med i den andres verden og gå ham seende-lyttende i møte. Samtidig skriver Martinsen at følelser har ingen saklig og begrepsmessig forståelse (Martinsen, 2000). Til dette trenger vi forståelsen som kan gi avstand til sansene våre, for å skaper rom for tydning av våre inntrykk. På denne måten er vi avhengig av forståelsen for å gjøre mening ut av inntrykkene vi får i møte med andre mennesker samt verden (Martinsen, 2012).

Istedenfor at sykepleier handler ut i fra føleri eller ser med øyet som registrerer, vektlegger Martinsen (2000) å se med hjertelig deltagende øye. Dette blikket er hva Martinsen betegner som personorientert profesjonalitet. For at sykepleier kan se med hjertets deltagende øye må hun forene sansen og forståelsen i en vennlig veksling (ibid.). Med vennlig veksling forstår jeg den sammenhengen som sansen og forståelsen har til hverandre. Martinsen (2012) viser til Løgstrup som anser sansingen og forståelsen er tett sammenvevd og vi kan ikke sanse uten å forstå det. Samtidig som sansingen og forståelsen er atskilt og står i motsetning til hverandre, men er samtidig avhengig av hverandre. Å se med hjertets deltagende øye handler om en balanse mellom å se med de adgangsgivende følelsene gjennom sansen og faglig utforskende gjennom forståelsen (ibid.).

### *3.4 Sårbarhet og avhengighet*

Martinsen (2000, 2012) viser til fortellingen om den barmhjertige samaritanen, der hun hevder at de er hverandres neste. Selv om den forslåtte mannen er i en asymmetrisk relasjon til samaritanen, hevder hun at de beveger seg mot en symmetri eller gjensidighet ved at de er felles om at den hjelpetrengende skal finne livshåp igjen. På denne måten blir de den neste for hverandre. Martinsen hevder at det er av fundamental betydning at sykepleier makter å forholde seg til både pasientens og egen sårbarhet i helsevesenets rom. Dette begrunner hun med et grunnleggende trekk ved å være menneske, der vi er sårbare og avhengig av hverandre. Mennesket er ufullkomment og vi er utlevert til andres ivaretagelse. I denne tilværelse kan avhengighet og sårbarhet vendes mot oss for å ødelegge, men kan også være en oppfordring om ivaretagelse gjennom medlevelse i andres lidelse. I så måte er sårbarhet en styrke. For at en sykepleier kan bruke sårbarhet på en slik styrkende måte er det viktig å ha et



utgangspunkt som er sansende og oppmerksomt tilstede. Når sykepleieren er sansende er hun eller han også oppmerksom for å bli berørt eller beveget for en appell fra den andre om å bli møtt og tatt vare på (ibid.).

Martinsen (2006, 2012) er kritisk til at helsevernets hurtige rom, der effektivitet står høyt, gir lite rom for sårbarheten. Slike krav kan bidra til vanskelige kår for sansingen slik at sykepleieren kan miste grepet på seg selv ved ikke å være kontakt med berørtheten og sine egne følelser i situasjonen. Eksempel på dette er når fagligheten blir rutinert der sykepleier blir sanseløst distansert gjennom manualer og databaser. Martinsen (2012) betrakter tiden som et sosialt fenomen. Med konstruerte tidsmålere er uret symbolet på moderniseringsprosessen i Europa under industrialiseringen. Urverket ble en prestisjefylt ordensmetafor ved å «temme» tiden gjennom å gjøre en til en lydige tjener. Samtidig ble uret en maktfaktor ved å sikre seg kontroll med kollektive bevegelser i for eksempel sykehusene. Bevegelser eller handlinger ble dermed disiplinert og formet slik at de kunne måles ut fra et økonomisk nytteperspektiv. Målet med denne organiseringen av tiden var en idealtilstand med maksimal hurtighet skulle møte maksimal effektivitet. Martinsen hevder at i en slik tilnærming til tid, eller travelheten, er mennesket ulykkelig. Dette fordi mennesket i denne situasjonen er lukket for nærværenheten slik den oppleves i tiden eller det dagligdagse og opplever heller stemningsstagnasjon og sansetørke (ibid.).

Martinsen (2012) er kritisk til travelhetens hurtighet i helsevesenet. Travelhet kan handle om et ytre tempo, der en hektisk virkestrang er utpreget av gjøremålstravelhet. En slik travelhet hevder Martinsen er blitt en livsform styrt av et foretaksomhet og er ikke nærværende verken ovenfor seg selv eller den situasjonen det handles i. Slik travelhet fører til at vi glemmer å kjenne etter hvordan kroppen blir overveldet, da den griper om seg og okkuperer tanker og bevissthet. Faren med en slik travelhet er «sansetørke», der sykepleier konstaterer uten å vektlegge sin erfaring men handler utfra vaner, skjema og prosedyrer. Martinsen påpeker at det er situasjoner som kan fordre hurtighet i betydning av å være effektiv, det vil si få arbeidet gjort på bestemt tid. Eksempelvis kan rask smertelindring være betinget av sykepleiers effektivitet. Dette kan forstås som en annen type travelhet da den har utgangspunktet i kunsten fra å være langsomt tilstede i de korte pleiemøtene. Sykepleier har det travelt med å gjøre det bedre for pasienten og kan dermed være tillitsvekkende for pasienten. Travelhet kan dermed forstås på to svært ulike måter, en travelhet som livsform og en kulturform, men også en travelhet som fordret av pasientens lidelse om ivaretagelse. Dette er vanskelig og

stressende situasjoner for sykepleier som har muligheten til å gjøre pasienten godt eller vondt. Martinsen viser her til Løgstrup sine tekster og oppfordrer sykepleier til å gjøre oppstand mot tiden for å oppnå en tidsopplevelse i det nåværende øyeblikk. Med å gjøre oppstand mot tiden kan det forstås å være tilbakeholdt i nåværende øyeblikks rikdom av sanselighet, følelser, erfaringer og erindringer (ibid.).

### **3.4.1 Suverene livsytringer**

Martinsen (2000, 2012) viser til Lønstrup når hun beskriver suverene livsytringer som grunnvilkår for sårbarhet og avhengighet. Med livsytringer viser hun til før-etiske og ikke menneskeskapte fenomener som hører tilværelsene til. Det vil si fenomener som tillit, barmhjertighet, håp, talens åpenhet og medfølelse. Disse fenomenene er oversett i situasjonen da de oppleves som selvfølgelige eller tatt for gitt i den sammenheng som de opptrer i. De tilfører livet spontanitet, letthet og glede slik at vi opplever mot til å våge oss frem mot den andre i tillit. På denne måten fører livsytringene oss mot den andre, der vi er sans-følende tilstedte. Grunnstemthet som følelsene har med seg, åpner for en forutsetning til verden. Det vil si at følelser er ikke bare noe indre, da det ville bety at vi hadde vært ubehjelpelig lukket i oss selv (ibid.). Martinsen (2012) viser til hvordan tillit som suveren livsytring kan aktualiseres umiddelbart i en hendelse. Når en sykepleier står ved en pasient som har vanskeligheter for å puste, kan det skje at pasientens speiler sykepleierens regelmessige og dype pust. Pasienten makter å spille med i sykepleierens rytmiske pust, når sykepleier er kroppslig og sansende nær og formidler ro til pasienten (ibid.).

Martinsen (2012) hevder at vi trenger veiledning til livsytringene da vi ikke alltid handler spontant eller oppfyller den etiske fordring. Med den etiske fordring kan det forstås å ta vare på det liv som i tillit er utlevert til sykepleiers omsorg. Dersom livsytringene begrunnes utfra etikken vil det føre til konstruerte idealer som vil være umulig for sykepleier å innfri. Dette er et ideal som handler om krav til personen om at barmhjertighet er noe som skal presteres og vil i så måte være høymoralsk. Istedenfor etikken kan den gyldne regel fungere bedre som veiledning, da den er et universelt uttrykk for den etiske fordring. Den gyldne regel har en gyldighet om går utover normer gjennom en universalitet om vårt omsorgsansvar for hverandre. I denne sammenheng kan den gyldne regel handle om «meg i den andre» tankegangen der vi spør oss selv om: Hvordan vil jeg at den andre skal møte meg i en

situasjon? Løgstrup (Her i Martinsen, 2012) betegner den gyldne regel som den naturligste av alle moralske regler. Ved fantasi og et rollebytte gir det mulighet for sykepleier ikke å forme pasienten i sitt eget bilde, gjennom sykepleierens egne premisser. Gjennom «meg i den andre» tankegangen vekkes en spontan medfølelse. I denne medfølelsen merker sykepleier appellen fra pasienten. Forutsetning for at medfølelsen blir vekket er å bli berørt av de inntrykkene den andre gir og bli veiledet av egen sansing og sårbarhet.

## 4.0 Metode

Dette kapittelet inneholder en gjennomgang og begrunnelse av de metodologiske valgene som er tatt for å besvare oppgavens problemstilling. Everett & Furseth (2012) hevder at en masteroppgave er en svenneprøve som skal vise at studenten behersker det nødvendige håndverket for å gjennomføre en forskningsprosess. Derfor må også studenten redegjøre for metodiske valg ved å beskrive alle håndverksgrepene grundig. Først vil det her bli gjort rede for det generelle metodevalget. Deretter følger beskrivelsen av prosjektets innsamling, utvalg og analyse av datamaterialet. Til sist vil etiske forhold og metodiske refleksjoner bli belyst.

### 4.1 Kvalitativ metode

Både kvalitativ og kvantitativ metode er rettet mot å bidra til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, samt hvordan mennesker samhandler innenfor dette (Holme & Solvang, 1996; Malterud, 2011; Postholm, 2011; Kvale & Brinkmann, 2009). I en undersøkelse blir det gjort et strategisk valg til metodebruk ut i fra gjeldende problemstillingen. Prosjektet har en problemstilling som er rettet mot å forstå og beskrive følelsers betydning innenfor sykepleie, fremfor å forklare og predikere. I dette prosjektet er derfor kvalitativ metode vurdert som best egnet for å besvare følgende problemstilling: «Hvilke følelsesmessige utfordringer opplever hjemmesykepleiere?».

#### 4.1.1 Semistrukturerte intervjuer

Semistrukturerte individuelle intervju er valgt som datainnsamlingsteknikk for å få tilgang til informantenes livsverden. Med begrepet livsverden siktes det til en levende kunnskap som mennesket innehar, gjennom sin daglige opplevelse av verden (Malterud, 2011). Tilgang til informantenes livsverden ansees her som relevant for å belyse opplevelsen av følelsesmessig utfordring i det daglige arbeidslivet, og Kvale og Brinkmann (2009) hevder at semistrukturerte individuelle intervjuer er egnet for å få denne tilgangen. Under et semistrukturerte intervju kan intervjuer ha forhåndsbestemte spørsmål, og samtidig være fleksibel til endringer i rekkefølgen og formuleringen av spørsmål. På denne måten blir ikke intervjuer bundet til et rigid manus, men kan la seg bli ledet av spesifikke svar og historier som informanten forteller. Intervjuformen er dermed rettet mot å skape en situasjon der det er mulig for informanten å fortelle om hvilken betydning det vi snakker om har for ham eller

henne, noe som er sentralt for å få tilgang til informantens livsverden (Dalen, 2011; Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2011; Postholm, 2010; Johannessen, et al. 2010).

#### **4.1.2 Intervjuguide**

Intervjuguiden som ble anvendt i prosjektet var semistrukturerte. Spørsmålene som ble stilt i intervjuet omhandlet sykepleiers følelser i det daglige arbeidet. Spørsmålene ble laget på bakgrunn av tidligere forskning og litteratur, samt hva som var ønskelig å redegjøre og drøfte i studien. Intervjuguiden er vedlagt prosjektet (Vedlegg 1).

Intervjuguiden startet med bakgrunnsspørsmål om hvorfor informanten ble sykepleier, og hvorfor informanten hadde valgt å jobbe i hjemmetjenesten. Disse spørsmålene er ikke direkte relevant med tanke på problemstillingen, men ble stilt for å få informanten til å reflektere rundt egne opplevelser og tanker om å være sykepleier (Johannessen, et al. 2010). Deretter fulgte intervjuer opp med et erfarings og atferdsspørsmål om hvordan siste arbeidsdag var og hvilke arbeidsoppgaver sykepleieren hadde. Dette er gjort siden ukontroversielle spørsmål om atferd og erfaring i nåtiden er lettere å svare på og oppmuntrer til å svare deskriptivt (Patton, 2002; Postholm, 2010).

Hoveddelen i intervjuguiden bestod av introduksjonsspørsmål og nøkkelspørsmål. Johannessen et al. (2010) anbefaler å stille introduksjonsspørsmål som er åpne og assosiasjonsskapende. Det ble her spurt om hva informanten tenkte om følelsers rolle og engasjement i sykepleien. Det ble også spurt om hvilke positive og negative følelser som kunne oppstå i arbeidshverdagen. Johannessen et al. (2010) hevder at fordelene med å starte med assosiasjonsskapende spørsmål er at uforutsette tema kan bli belyst. Gjennom en kontinuerlig vurdering av intervjuguiden som Malterud (2011) anbefaler, oppdaget intervjuer ett uforutsett tema rundt følelsen av å være profesjonell. Det ble derfor lagt til spørsmålet «Hva betyr det å være profesjonell for deg?». Siden de fleste informantene hadde vært inne på temaet før spørsmålet ble lagt til, ble det vurdert at det ikke var behov for å re-intervjue deltagerne som allerede var intervjuet. Videre gikk intervjuguiden over til nøkkelspørsmål. Disse handlet om åpenhet om følelser, nærhet og distanse til bruker, reaksjon til vanskelige følelse, maktesløshet, utilstrekkelighet, medlidenhet, følelsers påvirkningskraft, avvisning og om skillet mellom jobb og privatliv. Hensikten med disse spørsmålene var å få kunnskap om hvilke og hvordan informantene opplevde følelsesmessig utfordringer. Flere av informantene

var inne på disse spørsmålene gjennom de tidligere assosiasjonsskapende spørsmålene. Intervjuer ventet imidlertid med å ta opp tråden til disse temaene ble belyst av nøkkelspørsmålene. Eksempelvis kunne intervjuer si: du nevnte at du har følt at du av og til ikke strekker til, i hva slags situasjoner har det vært? På denne måten begynte informanten å dele av konkret erfaring fra relevante hendelser og opplevelser knyttet til prosjektets problemstilling, som er i tråd med Malterud (2011) sin anbefaling for å få tak i den rikeste kunnskapen. Dette hjalp intervjuer til å skape en struktur over samtalen som kunne være mer styrende utfra informanten sin forståelse, enn intervjuer sin forforståelse.

Slik Johannessen et al. (2010) anbefaler, avsluttet intervjuguiden med mulighet for informanten til å gi avsluttende kommentarer eller utdype tidligere spørsmål. Flere av informantene delte sine refleksjoner over hvordan følelser var et viktig tema innenfor sykepleie. En av informantene hadde flere ganger under intervjuet vært kort innpå en hendelse som hadde opplevdes utfordrende for henne. Det var først når sykepleieren fikk dette siste spørsmålet at hun valgte å åpne seg opp for å beskrive hendelsen, og hva hun opplevde som utfordrende. Intervjuer opplevde at informanten hadde utviklet et tillitsforhold gjennom intervjuet og derfor valgte å fortelle utdypende om denne hendelsen på slutten av intervjuet.

Patton (2002) hevder det er viktig at intervjuer kan skille mellom menings- og verdispørsmål samt følelsesbetonte spørsmål i intervjuguiden. Slike spørsmål er viktig å skille da de ofte blir sammenblandet. Menings- og verdispørsmål kan knyttes til kognitive vurderinger, mens følelsesbetonte spørsmål kan knyttes til affektive opplevelser (ibid.). Eksempelvis svarte en sykepleier at hun opplevde at hun kunne snakke om sine følelser på jobb, men under intervjuet dukket det opp ulike følelsesmessige utfordringer som hun ikke snakket om med sine kollegaer. Dette begrunnet hun med frykt for at hun var den eneste som hadde opplevd en situasjon eller bruker som utfordrende.

I forkant av intervjuet ble det utført prøveintervju av to sykepleiere som ikke inngikk i utvalget. Kvale og Brinkmann (2009) hevder at dette er en god lærings situasjon, ved å gjøre intervjuer tryggere i sin rolle og gi nyttig informasjon som kan brukes til å forbedre intervjuguiden. En svakhet med prøveintervjuene var at de som ble intervjuet var yrkesaktive innenfor spesialisthelsetjenesten og ikke hjemmetjenesten. Erfaringen fra prøveintervju viste seg likevel å oppleves som en verdifull erfaring i øvelsen av rollen som intervjuer. Erfaringen

ble brukt til å forbedre intervjuguiden, ved å endre rekkefølgen på spørsmålene samt endre språklyden slik at spørsmålene ble mer tilgjengelig.

### **4.1.3 Gjennomføring av intervjuene**

Intervjuene ble gjennomført i august og september 2012, og varte fra 45 – 65 minutter. Klokkeslettet for intervjuene ble avtalt ut fra den enkeltes informants preferanser, som var i tidsrommet mellom 13.00 – 15.00. Dette var et gunstig tidspunkt for informantene, da det var på slutten av arbeidsdagen og de fleste av informantene hadde ingen, eller få arbeidsoppgaver de skulle gjøre etter intervjuet. Intervjuer opplevde at informantene hadde ro og var fokusert under intervjuet. Alle intervjuene ble gjennomført på arbeidsplassen med kun intervjuer og informant til stede i et lukket rom. Rommene var enten konferanserom eller grupperom, og var rolige rom uten gjennomstrømming av ansatte ved de aktuelle arbeidsplassene. Dette var viktig for å sikre informantens anonymitet. Alle intervjuene unntatt ett ble gjennomført uten noen form for avbrytelser. Dette intervjuet fikk en kort avbrytelse i form av at en kollega av informanten hadde et spørsmål relatert til en arbeidsoppgave. Intervjuet fortsatte etter avbrytelsen, men førte til at en fortelling som informanten var midt inni ble avbrutt. Intervjuet fortsatte deretter videre på neste spørsmål fra intervjuguiden. Bortsett fra dette, påvirket ikke denne avbrytelsen intervjuet nevneverdig hverken ut i fra egne observasjoner under intervjuet eller i gjennomgangen av transkripsjonen.

Før intervjuet startet ble informasjon som var vedlagt forespørsel om deltagelse, gjentatt muntlig. På oppfordring fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) ble det gjentatt at sykepleierne hadde taushetsplikt ovenfor intervjuer (Vedlegg 2). Det ble understreket at det ikke skulle hentes informasjon fra en eventuell tredjeperson, men om informantens egne opplevelser og meninger. Dette ble gjort for å sikre at informantene var klar over betydningen av deres deltagelse, og får å gi mulighet til spørsmål om eventuelle uklarheter. Flere informanter fortalte at de hadde vært med i forskningsprosjekter før og uttrykte at de derfor ikke hadde noen spørsmål. De som hadde spørsmål handlet om intervjuets varighet. Noen av informantene fortalte at de ikke hadde noen direkte spørsmål, men uttrykte at de var både spent og nysgjerrig på hva slags spørsmål som kom til å bli stilt. Intervjuer oppfordret alle informantene til å kun dele informasjon de selv var komfortabel med å dele, samt å si ifra hvis det var spørsmål de ikke ønsket å svare på.

Informantene ble spurt før intervjuet startet om tillatelse til å gjøre lydopptak slik det var opplyst i informasjonsskrivet. Det ble også spurt om intervjuer kunne gjøre notater under intervjuet slik Thagaard (2009) anbefaler. Ingen av informantene hadde noen innvendinger om å bli tatt opp på bånd eller intervjuers notering. Imidlertid opplevde intervjuer at å skrive notater som noe forstyrrende for egen konsentrasjon, og det ble derfor skrevet få notater. De stikkordene som ble skrevet ble brukt til vurdering av intervjuguiden som ble foretatt etter hvert enkelt intervju, og merknader om temaer som det var ønskelig at informanten kunne utdype nærmere under intervjuet.

#### *4.2 Utvalgsstrategi*

For å finne informanter til prosjektet ble en større kommune, og to mindre kommuner tilfeldig utvalgt. Dette ble gjort for å kunne oppnå en variasjonsbredde av ett og samme fenomen, slik Giorgi (2009) hevder er viktig i hans metode. Et eksempel på en relevant variasjonsbredde i henhold til prosjektets problemstilling, var at en kommune hadde tidsestimering og de to andre kommunene ikke hadde dette. Dette var med på å gi et nyansert bilde av følelsesmessige utfordringer knyttet til det å jobbe under tidspress, som er en av analysens hovedfunn.

For å komme i kontakt med informanter til prosjektet ble administrasjonen ved de aktuelle kommunene kontaktet skriftlig med epost. Dette ble gjort for å få tillatelse til å gjennomføre prosjektet i den aktuelle kommunen, samt få en kontaktperson ved de ulike hjemmetjenestene. Tillatelsen ble gitt skriftlig eller muntlig via epost eller telefon. De ulike hjemmetjenestene ble deretter kontaktet med forespørsel om deltagelse via brev som var adressert til enhetslederen (Vedlegg 3). En uke etter at enhetslederne hadde mottatt brevet, ble de kontaktet per telefon for å få tillatelse til å gjennomføre prosjektet. Samtlige enhetsledere samtykket. Det ble også spurt og godkjent at intervjuet kunne finne sted på et lukket rom på arbeidsplassen, og kunne foregå i arbeidstiden hvis deltagerne ønsket det. Videre informerte enhetslederne sykepleiere om studien og delte ut informasjonsskriv og samtykkeerklæring til de som var interesserte (Vedlegg 4). De sykepleierne som ønsket å delta signerte en samtykkeerklæring, skrev sin kontaktinformasjon og returnerte dette til universitetet i en frankert adressert konvolutt som fulgte med brevet til enhetsleder. Deltageren ble kontaktet fortløpende per telefon da svarbrevene ble mottatt. Alle sykepleierne ønsket å bli intervjuet på arbeidsplassen og uttrykte at de foretrakk at intervjuet skulle finne sted i arbeidstiden. En



sykepleier ble spurt av intervjuer om intervjuet kunne foretas på arbeidsplassen, men utenom arbeidstiden, grunnet logistikk for intervjuer. Dette aksepterte informantene. De andre deltagerne ble intervjuet på arbeidsplassen i arbeidstiden. Hensikten med den beskrevne fremgangsmåten til prosjektets utvalg, var at enhetsleder ikke skulle vite hvem som deltok. Intervjuer ble i midlertidig gjort oppmerksom på at flere av informantene hadde vært åpne om sin deltagelse til enhetsleder ved telefonkontakt og under intervjuet. At enhetslederne hadde oversikt over flere av sykepleierne som deltok i studien svekket informantenes anonymitet ovenfor ledelsen ved institusjonen. Dette ble imidlertid ikke vurdert som et problem for de aktuelle informantenes deltagelse.

#### **4.2.1 Presentasjon av utvalget**

Utvalget bestod av elleve sykepleiere, en mann og ti kvinner. Av disse kom to informanter fra én mindre kommune, fem fra en annen liten kommune og fire fra en større kommune. Malterud (2011) hevder at et tilfeldig utvalg kan svekke gyldigheten til kvalitative studier. Prosjektet hadde derfor bestemte kriterier til utvalget. Ved å avgrense utvalget gjennom bestemte kriterier kan muligheten for et homogent utvalg reduseres. En homogen gruppe informanter kan begrense datasamlingens variasjonsbredde, som er viktig for en nyanserte beskrivelse og et grunnlag for kunnskapsutvikling. For å begrense mulighetene for en homogen gruppe burde utvalgskriteriene bli bestemt med utgangspunkt i den aktuelle problemstillingen (ibid.). I prosjektet var utvalgskriteriene at informantene var sykepleiere som var fast ansatt eller vikariat i over ett år i hjemmesykepleien på det aktuelle arbeidsstedet. Videre skulle de ha en stillingsandel over 50 prosent. Alle informantene oppfylte disse kriteriene. Disse utvalgskriteriene ble satt med spesiell tanke på realitetssjokk innen for sykepleie. Orvik (2002) hevder at det første året som nyutdannet sykepleier er preget av et realitetssjokk som han knytter til følelsen av ikke å strekke til. Forskning viser imidlertid at denne følelsen avtar når sykepleieren får mer erfaring i sin rolle som yrkesutøver (Solli, 2009). Det kan dermed forstås at følelsesmessige utfordringer knyttet til realitetssjokk er et generelt fenomen i sykepleien, og ikke spesielt for hjemmetjenesten. Det ble vurdert som relevant å sette kriterier om yrkeserfaring da prosjektets problemstilling spør etter følelsesmessige utfordringer i hjemmetjenesten.

For å ha et konkret antall å forholde seg til i planleggingsprosessen, var prosjektets størrelse i utgangspunktet vurdert med ti og fem informanter som øvre og nedre grense. Sandelowski

(1995) hevder at et utvalg på ti informanter kan være tilstrekkelig når et komplekst fenomen skal belyses. Samtidig hevder Malterud (2011) at det er en god hovedregel ikke å bestemme seg for et nøyaktig antall i forkant av en studie. Eksempelvis vil et for stor utvalg vil føre en overfladisk analyse. Isteden anbefaler hun at det i et kvalitativt forskningsprosjekt må vurderes individuelt hva som er et adekvat størrelse på et utvalg (ibid.). I dette prosjektet var det gjennomført fire intervjuer og avtalt tre intervjuer. Det ble mottatt ytterligere fire henvendelser fra sykepleiere som ønsket å delta i studien. Videre ble det vurdert om elleve informanter var for mange, og om noen av de siste hjemmesykepleierne som meldte sin interesse for prosjektet måtte avvises. På samme tid var det også spennende og overraskende for intervjuer at så mange ønsket å delta i prosjektet. Det kan tolkes i den retningen at sykepleierne opplevde prosjektets tema som viktig å belyse. Etter at fire intervju var gjennomført ble det gjort en foreløpig vurdering av intervjuene. Det ble besluttet å inkludere alle som var interessert som hensiktsmessig for å oppnå et adekvat utvalg slik Malterud (2011) anbefaler.

Informantene i dette prosjektet blir omtalt som hunkjønn. Dette blir gjort siden utvalget har kun en mann, og hans anonymitet ville dermed blitt avslørt dersom han ble omtalt som hankjønn.

## *4.3 Dataanalyse*

### **4.3.1 Transkribering**

Alle intervjuene ble tatt opp med digital diktafon og deretter transkribert fortløpende. Ni av intervjuene ble transkribert innen en uke etter at intervjuene ble foretatt, mens de to siste intervjuene ble transkribert innen to uker. Intervjuene ble foretatt over fire uker og det ble gjennomført en til to intervju per dag. Det opplevdes som en fordel å ha intervjuene spredt over tid, da det gav rom for å transkribere fem av intervjuene ferdig før neste intervju fant sted. Dette gav også en fordel til intervjuer som fikk mulighet til å vurdere seg selv og utvikle egne intervjuferdigheter. Lydopptakene var av god kvalitet, og intervjuer hørte tydelig hva som ble sagt. Transkriberingen ble gjennomført av samme person som gjennomførte intervjuene. Dette ga fordeler som kan styrke kvaliteten til analysen (Malterud, 2011). Disse fordelene var at intervjuer fikk på et tidlig tidspunkt tilgang til materialet gjennom en detaljert gjennomgang. Intervjuer fikk også gjenopplevd sine erfaringer, samt sett datamaterialet fra en

ny side og analyseprosessen starter dermed allerede under transkriberingen (ibid.). En av de største fordelene intervjuer opplevde med å transkribere selv, var å få en nærhet til teksten. Dette ble synlig under analyseprosessen ved å huske hvilke ytringer som var gjort av hvilken informant. For intervjuer var dette hensiktsmessig for å kunne se sammenhenger mellom den enkelte informant sin mening og meninger på tvers av informantene.

Transkripsjonen ble gjennomført for å få frem informantenes ytringer og samtidig bevare anonymiteten (Kvale & Brinkmann, 2009). Derfor var transkripsjonene tilnærmet direkte nedskrivning av informantenes uttalelser, med noen få unntak. Intervjuene ble transkribert på bokmål, selv om alle informantene hadde dialekt. Dette kan ha påvirket formen som best mulig representerte informanten, men var nødvendig for å bevare informantenes anonymitet. I de transkriberte intervjuene ble alle informantene gitt et fiktivt navn som ikke hadde likhet med informantens faktiske navn i henhold til krav om anonymitet. Intervjuers spørsmål og kommentarer ble merket med bokstaven I. Pauser over fem sekunder ble merket med (...). Følelsesmessige uttrykk som eksempelvis latter, sukk eller stønn ble merket i transkripsjonen fordi det ble vurdert som relevant i henhold til prosjektets problemstilling og gav en finere nyanse i intervjuinteraksjonen (ibid.).

### **4.3.2 Meningsfortetting**

Analysen bruker meningsfortetting slik det er presentert i Kvale og Brinkmann (2009) og Giorgi (2009). Analyseprosessen besto av fem trinn som presenteres her:

- Helhetsinntrykk
- Naturlige meningsenheter
- Meningsfortetting
- Kritisk forståelse
- Teoretisk forståelse

Første steg i analysen handler om å få et helhetsinntrykk av datamaterialet. Med utgangspunkt i å være så fordomsfri som mulig, leses informantenes ytringer (Giorgi, 2009). Det ble satt av tid til å lese igjennom intervjuene flere ganger, uten å lete etter temaer i teksten eller sammenligne med tidligere gjennomgått litteratur.

I det andre steg av analysen skal forsker trekke ut de naturlige meningsenhetene fra datamaterialet (Giorgi, 2009). Først må teksten leses en gang til, men denne gangen med hensikt å være oppmerksom på spesifikke fenomener. Dette steget skal være preget av spontanitet, som et resultat av en eksperimentell betraktning fremfor intellektuelle vurderinger. Denne delen er preget av tilfeldighet, da det ikke finnes en «objektiv sannhet» (ibid.). Intervjuer forsøkte her å trekke ut meningsenhetene som beskrev de fenomenene i datamaterialet som var mest relevant for problemstillingen. Dette steget var utfordrende og preget av prøving og feiling. Etter ulike forsøk valgte intervjuer å sortere datamaterialet i tre kategorier: naturlige meningsenhetene, bakgrunnsinformasjon og mindre relevant data. Kategorien bakgrunnsinformasjon ble ikke analysert videre, men var nyttig for intervjuer da de støttet opp under de meningsenhetene som ble dannet og analysert. En meningsenhet besto av en samling av flere utdrag fra informanten som var hentet fra ulike steder i intervjuteksten. Dette hadde med hvordan en informant uttalte seg assosierende om et tema tidlig i intervjuet for senere å bli spurt om å reflektere rundt tema. Dette for å forklare mer bevisst rundt egne tanker, følelser og handling. Dette førte til at de endelige meningsenhetene besto av to til tre samlinger av uttalelser fra hver informant. Til sammen ble det skrevet 25 meningsenheter.

I analysens tredje steg skal forsker uttrykke temaer som dominerer de utvalgte naturlige meningsenhetene. Giorgi (2009) hevder at dette steget er kjernen i analysen. Her skal intervjueren tematisere meningsenhetene fra informantens synsvinkel på en kort og konsis måte (Kvale & Brinkmann 2009). Dette skal utføres på en så fordomsfri måte som mulig, men er samtidig intervjuerens fortolkning av informantens selvforståelse (ibid.). Med utgangspunkt i meningsenhetene som var laget i forrige trinn, ble det her skrevet en tilhørende sammenfatning. Utfordringen var å bryte ned teksten nok til å forstå essensen i den enkelte meningsenheten, uten å pulverisere teksten slik at den ble løsrevet fra meningen. De ulike sammenfatningene ble sett i sammenheng for å få en overordnet forståelse av hvilke situasjoner informantene hadde til felles. I løpet av arbeid med fikk intervjuer en ny forståelse av flere av fortellingene som informantene fortalte, sammenlignet med den forståelsen intervjuer oppnådde under selve intervjuene av informantene. Dette steget opplevdes derfor som analysens viktigste steg. Da sammenfatningene var ferdigskrevet og organisert, førte dette til følgende syv kategorier: *døden, konfrontasjon, grenser, motivasjon, profesjonalitet, nærhet og avstand*. Denne sammenfatningen utgjorde 19 dokumentsider.

I analysens fjerde steg skal forsker danne seg en kritisk forståelse basert på sunn fornuft. I

dette steget tar intervjuer for seg de temaene som ble utformet i forrige steg (Kvale & Brinkmann, 2009). Her går intervjuer lengre i sin fortolkning ved å ha en bredere forståelsesramme enn informantens selvforståelse, men fremdeles holder seg innenfor det som er allment fornuftig. Intervjuer kan stille seg kritisk til det som blir sagt og kan fokusere på uttalelsen eller personen som står bak. I denne sammenheng kan intervjuer stille spørsmål om innholdet ved informantens uttalelser (ibid.). Sammenfatningene fra forrige steg ble tatt for seg en etter en. Det ble skrevet en ny tekst som utgjorde intervjuerens egne kritiske forståelse. Eksempelvis ble det tolket at i den tematiserte meningsenheten «konfrontasjon» var makt et sentralt aspekt. Disse nye fortolkningene ble satt sammen på for å danne datamaterialets hovedfunn. Følgende hovedfunn ble utarbeidet: *tidspress, brukers provoserende atferd og døden*. Fortolkningen utgjorde 29 dokument sider. Utdrag en fortolkning er vedlagt (Vedlegg 5).

Analysens femte og siste steg ser intervjuers fortolkninger i lys av en teoretisk ramme for å validere analysen fra et forskningsperspektiv (Giorgi, 2009). Kvale og Brinkmann (2009) hevder at fortolkningen vil mest sannsynlig gå lenger enn informantens selvforståelse og intervjuers kritiske forståelse basert på sunn fornuft (ibid.). Resultatet fra dette steget er presentert i kapittelet 5.0 Funns og fortolkninger.

### **4.3.3 Forforståelse**

Meningsfortetting slik Giorgi (2009) beskriver det har som hensikt å undersøke strukturen av bevisstheten og den type objekter som presenterer seg selv for bevisstheten. Dette vil si å betrakte alle objekter fra perspektivet om hvordan de blir erfart, uavhengig av om erfaringen stemmer overens med virkeligheten. Det er her viktig at forsker inntar en fenomenologisk holdning, ved at forforståelsen blir satt i en parentessetting (ibid.). Forforståelse brukes her som et begrep for utgangspunkt for menneskelig forståelse, herunder antagelser, verdier, interesser og erfaringer (Brinkmann & Tanggaard, 2010). Gjennom denne holdningen har forskeren mulighet til å vie sin fulle oppmerksomhet til å studere et fenomen (Giorgi, 2009).

Dalen (2011), Johannessen et al. (2010) og Malterud (2011) hever at forskerens forforståelse vil alltid til en viss grad påvirke kvalitativ forskning både negativt og positivt. Ved at forsker stiller seg bevisst til egen forforståelse kan et prosjekt få styrket kvaliteten, gyldigheten og påliteligheten, ved å redusere mulighet for å undersøke datamaterialet med begrenset blikk,

men heller et utforskende og søkende blikk (ibid.).

Både før, under og etter datainnsamlingen reflekterte jeg rundt fordeler og ulemper ved å ha innsikt og utsikt til det som blir betraktet, slik beskrevet av Gilje og Grimen (1995). Hvordan en sykepleier betrakter sin aktivitet og hvordan en utenforstående betrakter samme aktiviteten vil være ulik. Hva som kreves av øvelse og praksis, disiplin og metode, strategi og fantasi for den fullkommne utøvelse av sykepleie kan bare den profesjonelle utøver forstå. Samtidig kan den utenforstående se aspekt ved en aktivitet som den på innsiden tar for gitt (ibid.). Som utdannet sykepleier opplevde jeg utfordring med manglende utsikt ved å forske på egen profesjon. Eksempel på dette var at under intervjuene gav informantene ulike eksempler på utfordringer når kontakten mellom dem selv og bruker ble vanskelig der seksuelle tilnærmelser var en av disse. Da dette var et tema jeg kjente igjen fra egen erfaring, opplevde jeg det ikke som et funn under intervjusituasjonen og stilte derfor ikke oppfølgingsspørsmål. I gjennomgang av intervjuene i ettertid ser jeg at jeg skulle ha vært mer kritisk til min egen forståelse. I dette tilfellet var min egen forforståelse et hinder for å oppnå nyanserte og dype beskrivelser av et fenomen fra informantene.

Likevel opplevde jeg en fordel ved å ha innsikt til å få nyanserte beskrivelser av informantenes fortellinger. Eksempel på dette var under intervju med en informant som fortalte hvordan hun gruet seg til å gå til en bruker. Spontant ut fra egen erfaring, spurte jeg informanten: «føler du deg tappet av energi når du ser brukerens navn på listen din?». Dette spørsmålene kan betegnes som et ledende spørsmål, som kan føre til at informantens uttalelser blir formet og bestemt deretter (Kvale & Brinkmann, 2009). Samtidig opplevde jeg at informanten kom med et spontant uttrykk både gjennom kroppsspråk og tonefall, at jeg hadde satt ord på hvordan hun følte det i denne situasjonen. Det opplevdes da at informant følte seg trygg nok til å utdype historien ytterligere og var med på å gi et intervju som var nyansert. Kvale og Brinkmann (2009) påpeker at i et kvalitativt forskningsintervju produseres kunnskap sosialt, det vil si gjennom interaksjon mellom intervjuer og intervjuperson. Det er derfor tenkelig at hvis jeg ikke hadde hatt min erfaring som sykepleier, ville ikke informanten åpnet seg i like stor grad. På denne måten bragte min egen forforståelse til å la informantens opplevelser og erfaringer i fokus.

#### *4.4 Etiske vurderinger*

For prosjektets etiske vurderinger vil informert samtykke, konfidensialitet, oppbevaring av data og forskerens rolle/forforståelse bli gjennomgått.

##### **4.4.1 Informert samtykke**

Prosjektet har fulgt forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi for informert og fritt samtykke (Forskningsetiske komiteer, 2006). Informantene ble informert om prosjektet skiftelig før forskningsarbeidet startet (Vedlegg 4). Dersom de ønsket å delta, ble de bedt om å signere samtykkeerklæring. Dette ble gjort for at informant skulle være tilstrekkelig informert før de møtte forsker og forskningsprosessen startet. Denne fremgangsmåten var bevisst valg i tråd med Postholm (2010) og Dalen (2011) sine anbefalinger. Før intervjuet startet ble den mest sentrale informasjonen gjengitt og mulighet gitt til spørsmål om eventuelle uklarheter om prosjektet. På denne måten var intervjuer sikker på at deltagerne var informert om hva som skulle foregå og dermed hva de hadde samtykket til (Postholm, 2010).

I studier med semistrukturerte intervju som datamaterialet, kan det være begrenset hvor mye informasjon forsker kan gi om det konkrete opplegget. Dette er fordi intervjuformen er karakterisert med en fleksibilitet som kan gjøre det vanskelig å forutsette eventuelle endringer underveis (Dalen, 2011). I dette prosjektet oppsto ikke denne utfordringen. Selv om intervjuer var fleksibel til spørsmålsformen, ble det ikke gjort noen endringer av opplegget. Det er derfor nærliggende å tro at informantene hadde tilstrekkelig innsikt i hva deres deltakelse i prosjektet innebar.

Postholm (2010) anbefaler at det som en del av informasjon om samtykke, bør opplyses om deltakerne får noe igjen for å delta i forskningsprosjektet. Det ble derfor informert i informasjonsskrivet at informantene fikk mulighet til å forbedre egen yrkespraksis gjennom deltagelse, da forskning har vist at bevissthet rundt egne følelser er hensiktsmessig innenfor sykepleie (Vedlegg 4).

#### 4.4.2 Konfidensialitet

Det i informasjonsskrivet informert om at alle opplysninger informantene bidro med i prosjektet ville bli behandlet anonymt. Det ble også informert om hvordan prosjektets datamateriale skulle bli oppbevart (Vedlegg 4). I tråd med Malterud (2011) ble dette gjentatt muntlig før intervjuet startet, for å sikre at deltagerne opplevde fortrolighet. Til de informantene som deltok i prosjektet, ble det ikke avslørt hvilke andre kommuner som hadde mottatt forespørsel for å bevare anonymiteten informantene innimellom. For å sikre den enkeltes anonymitet er det unnlatt å bruke personnavn, stedsnavn, organisasjonsnavn eller andre forhold som kan avsløre identitet. (Fangen, 2010; Forskningsetiske komiteer, 2006). Fangen (2010) påker at et vanlig etisk dilemma som kan oppstå, er hensynet mellom deltakernes anonymitet og det å oppfylle kravet til en studies pålitelighet. Dette dilemmaet er spesielt gjeldende i små og gjennomsluktige miljøer. På den ene siden er det metodisk rett å fremstille informanten så nøyaktig som en forsker oppfatter vedkommende. På den andre siden er det etisk rett å skjule informantens identitet (ibid.). Fordi de ulike enhetsleder viste hvem som deltok, ble det tatt et valgt vedrørende dette dilemmaet. Spesielt gjaldt det til den ene mannlige informanten, og de to informantene som kom fra den ene mindre kommunen. Det ble valgt slik Fangen (2010) anbefaler, å prioritere informantens anonymitet fremfor kravet om studiens pålitelighet. Dette betyr at informantenes fortellinger er noe omskrevet. En slik omskriving har for eksempel vært å utelate elementer fra en fortelling. Disse elementene opplevdes ikke som sentrale deler av de aktuelle fortellingene, men avgjørelsen kan på samme tid ha hatt som konsekvens å miste nyanser i analysen. Bakgrunnsinformasjon om informanten som eksempelvis tidligere yrkeserfaring eller bakgrunn for valg av å bli sykepleier og jobbe i hjemmetjenesten er ikke presentert eksplisitt i prosjektet med tanke på konfidensialiteten. Dette opplevdes imidlertid som nyttig bakgrunnsinformasjon i tolkning av ulike fortellinger til informantene. Informantene er i dette prosjektet blitt gitt synonyme navn som ikke ligner eller har sammenheng med deres faktiske navn.

All skriftlig materiale fra dette prosjektet har blitt oppbevart på personlig og passordbeskyttet pc. Kun undertegnende har adgang til pc og kjenner passordet. Intervjuene som ble tatt opp av den digitale diktafonen ble konvertert til en lydfil som ble lagret på en kryptert minnepinne. Minnepinnen ble under skriveprosessen oppbevart i et låst skap på adgangsbegrenset rom på NTNU. Kun undertegnede hadde tilgang til dette skapet. I informasjonsskrivet er det skrevet at all data skal være slettet senest 1.juni 2013. Ny frist for å slette all data vil være etter muntlig høring, senest 1. juni 2014. I kontakt med NSD bekreftet de at det ikke vil være



nødvendig å innhente bekreftelse fra informantene om utsatt frist med mindre det går utover et år fra den opprinnelige fristen.

#### *4.5 Gyldighet og pålitelighet*

Gyldighet eller validitet, kan i kvalitativ forskning vurderes ut i fra relevans og overførbarhet (Malterud, 2011). Med relevans kan det forstås i hvilken grad metoden undersøker det den er ment til å undersøke. Spørsmålet om en studies gyldighet kan bli sett i sammenheng med et krav om konsistent. Dette kravet handler om å ha en synlig rød tråd i form av logisk forbindelse mellom problemstilling, teori, metode og data som har ført frem til studiens kunnskap. Dette har vært bakteppe for beskrivelsen av fremgangsmåte for prosjektets utvalg, innsamlings- og bearbeidelse. Dette er i tråd med Malterud (2011) sine anbefalinger at både i planleggingsfasen og i alle ledd underveis i forskningsprosessen skal det foretas overveielser av en studies gyldighet. Å vurdere et forskningsprosjekt overførbarhet kan også benyttes til å vurdere gyldigheten til et prosjekt. Overførbarhet handler om funn kan ha gyldighet i andre sammenhenger og er dermed en forutsetning for at de kan deles eller anvendes av andre (Kvale & Brinkmann, 2009). Funnene i dette prosjektet kan være med på avdekke hvilke følelsesmessige utfordringer som preger en hjemmesykepleiers arbeidshverdag.

Pålitelighet eller reliabilitet har med et forskningsresultats troverdighet å gjøre. Den blir ofte satt i sammenheng med om resultatet er reproduserbart, det vil si muligheten for at andre forskere kan få samme resultat ved et senere tidspunkt (Kvale & Brinkmann, 2009). I kvalitativ forskning er ofte reproduserbarhet ikke et kriterium fordi forskeren bruker seg selv som instrument, og det er naturlig at ulike forskere fester seg ved ulike nyanser av en beskrivelse av et fenomen (Malterud, 2011; Johannessen et al. 2010). I stedet for å diskutere reproduserbarhet, kan det heller spørres om undersøkelsen er konsekvent gjennomført (Postholm, 2010). På den ene siden er det i forskningen ønskelig med en høy pålitelighet under intervju, transkribering og analyse for å motvirke en vilkårlig subjektivitet (Kvale & Brinkmann, 2009). På den andre siden kan nettopp et slikt krav redusere en kreativ tenkning og variasjon som er viktig for en kvalitativ intervjustudies troverdighet (ibid.).

Transkriberingen og analysen ble utført i favør av konfidensialitet, med mulighet for påfølgende konsekvenser for prosjektets pålitelighet. I kvalitative individuelle intervjuer vil forsker samhandle mye med informantene, en samhandling som kan påvirke forskningens pålitelighet (Thaggard, 2009; Malterud, 2011). Eksempelvis under intervjusammenheng

oppsto dette dilemmaet til spørsmålet: «Har du følt deg maktesløs?» Dette var et spørsmål som flere ikke umiddelbart hadde noen assosiasjoner til. I slike tilfeller spurte jeg «Har du følt på manglende kontroll i en situasjon?». Da assosierte flere informanter til ulike situasjoner de hadde vært i og konkluderte at de hadde følt seg maktesløse i den situasjonen. Dermed kunne et for høyt fokus på pålitelighet hatt negative konsekvenser på en hensiktsmessig intervjutill og improvisasjon som bringe frem viktige uttalelser fra informantene (Kvale & Brinkmann, 2009).

I lys av pålitelighet er det i diskusjonen valgt å omtale informantene med synonyme navn. Dette for å vise at prosjektets analyse ikke er basert på eksempelvis en informant, men at alle informantene er inkludert i prosjektets funn og fortolkninger. Undersøkelsens gyldighet, pålitelighet og overførbarhet belyses ytterligere i kapittel 6.2, under avslutningen til prosjektet.

#### **4.5.1 Metodiske refleksjoner**

I dette avsnittet blir det gjennomgått refleksjoner over aspekt ved prosjektets metode som kan ha påvirket prosjektets kvalitet.

Et aspekt handler om at informantenes anonymitet i prosjektet ble svekket ved at avdelingsleder hadde oversikt over de fleste som deltok. Anonymitetsprinsippet er tilstede for å skape en tillitssituasjon der informanter føler seg trygg til å dele sine meninger og synspunkter uten frykt for reprimande fra arbeidsplassen (Postholm, 2010). Ulempen med en svekket anonymitet kan derfor være at informantene tilbakeholdt informasjon om ledelsen eller forhold som er satt av ledelsen. Under intervjuet og etter nøye gjennomgang av transkripsjonene, ble det ikke blitt avdekket noe som skulle tilsi dette. Slik det ble oppfattet av intervjuer var åpenheten rundt informantenes deltakelse i prosjektet forårsaket av at den enkelte informant fikk tilrettelagt dagen sin slik at den daglige driften av hjemmetjenesten ikke ble forstyrret. I så måte kan det at enhetsleder visste om sykepleierens deltagelse vært med på å gi ro til intervjuet, da informantene ikke hadde arbeidsoppgaver som ventet på dem, og dermed medvirket til å heve kvaliteten til intervjuet.

Det er tidligere gjennomgått at relasjonen mellom intervjuer og informant ble vurdert som god. Dette er imidlertid basert på egne subjektive opplevelser. Under intervjuet var det en

informant som fortalte at hun ikke ønsket å svare på et oppfølgingsspørsmål. Hun opplevde at spørsmålet hadde med privatlivet å gjøre og ikke yrkeslivet. Intervjuer uttrykte at det var positivt at informanten var klar på sin egen grense for hva hun ønsket å fortelle. Både under intervjuet og i nærmere undersøkelser av transkripsjonen ble det forstått av intervjuer at informanten ikke opplevde spørsmålet som negativt. Intervjuer oppfattet ikke at hendelsen påvirket det resterende intervjuet på en negativ måte.

I dette prosjektet er meningskondensering som beskrevet av Kvale og Brinkmann (2009) og Giorgi (2009) blitt benyttet. Giorgi (2009) hevder at parentessetting av forskerens forforståelse er viktig for å kunne studere et fenomen. Ifølge Malterud (2011) er en slik fullstendig tilsidesettes umulig å oppnå. Gjennom å tidligere ha gjennomgått styrker og svakheter som egen forforståelse har hatt til dette prosjektet, håper jeg å ha vist en reflektert og bevisst holdning slik Malterud (2011) anbefaler. I så måte vil jeg hevde at dette prosjektet er inspirert av en fenomenologisk tilnærming, fremfor å være en fenomenologisk studie som i sin helhet er presentert av Giorgi (2009).

## 5.0 Funn og fortolkning

Dette kapittelet vil inneholde en presentasjon og diskusjon av prosjektets funn. Her blir analysen diskutert ut i fra tidligere gjennomgått litteratur. Målet med kapitelet er å belyse hvilke følelsesmessige utfordringer som informantene opplevde i omsorgsarbeidet. Hovedkategoriene i analysen er som følgende *tidspress*, *brukers provoserende atferd* og *døden*. Kapittelet avslutter med en oppsummering.

### 5.1 Tidspress

I dette kapittelet vil jeg belyse informantenes følelsesmessige utfordring til tidspress, som var et av analysens hovedfunn. Tidspress er verken en ny eller ukjent utfordring i hjemmesykepleien (Arbeidstilsynet, 2006, 2008; Nyland, 1998; Vike, et al. 2002; Gautun & Syse, 2013). Tidspress kan betraktes fra to vinkler, det reelle og det subjektive (Trygstad et al. 2003). Det reelle tidspresset er den målbare bruken av tid, når sykepleieren ikke har tid til å få fullføre sine arbeidsoppgaver. Det subjektive tidspresset er knyttet til hvordan den enkelte arbeidstaker erfarer tidspresset. Det som ligger i dette er den individuelle følelsen av mestring av arbeidsoppgaver i forhold til egne og andres forventninger, i tillegg til de ressursene som er til rådighet (ibid.). I dette kapittelet tar diskusjonen hovedsakelig utgangspunkt i det subjektive tidspresset, da prosjektets problemstilling er fokusert på sykepleiers opplevelse.

#### 5.1.1 Opplevelse av tidspress under ulik organisering av tid

Informanter fra én kommune hadde tidsestimerte oppdrag, mens to kommuner ikke hadde det. De som hadde tidsestimat hadde bestemte klokkeslett de skulle være hos en bruker, samt beregnet tid hvor lenge de skulle være hos brukeren. De som ikke hadde tidsestimering fikk utlevert lister over et bestemt antall brukere og arbeidsoppgaver de skulle følge opp eller utføre i løpet av arbeidsdagen. Informantene som ikke hadde tidsestimering var veldig fornøyd med dette, og utalte at de fryktet at tidsestimat var et for rigid system som ikke tok hensyn til brukerens individuell behov. Tønnessen (2011) hevder i sin avhandling at nettopp dette er konsekvensen av tidsestimering. Sitatet av Gunnvor kan illustrere dette. Hun sa:

«Nei, det har vi ikke [tidsestimering]. Vi er heldige sånn, for noen ganger det er jo innført visse plasser og da er det mye vanskeligere å stille spørsmål som åpner opp for følelser og da. For da kan du ikke gjøre det. Nei, da blir det litt mer sånn ... her har du det bra ser jeg?»

Sitatet av Gunnvor kan forstås at hun fryktet at tidsestimerte oppdrag ville være til hinder for å snakke med brukere om psykososiale spørsmål og heller bli fokusert på å nå de ulike tidspunktene. Informantens syn på tidsestimering, kan bli sett i lys av Martinsen (2012) sitt syn på begrepet tid. Martinsen hevder at måling av tid, gjør tiden trang og gjør oss opptatt av egne prestasjoner, av å bli vurdert, av å bli bedre og å være presis. Hun er kritisk til at en slik idealtilstand fjerner mennesket fra å oppleve og erfare tidsmangfoldet. Videre hevder hun at rytme og tid i sykdom har et særegent preg, som sykepleier må ta hensyn til (ibid.). Et eksempel på dette kan være Tønnessen et al. (2011) sin beskrivelse av utfordring når toalettbesøk blir organisert etter tidsestimering. Hjemmesykepleierne i deres studie sa at dette ofte var et problem, da brukerne ikke klarte å holde seg til de kom, og dermed måtte gjøre fra seg i inkontinensutstyret. Informantene i studien påpekte at dette var en uheldig situasjon, men samtidig at det fulgte rutiner og «*det er sånn det er*». En rigid disiplinering av tid slik Martinsen (2012) beskriver det, kan være problematisk med tanke på at faren for infeksjon ved å sitte i lengre tid i egen urin og avføring (Tjade, 2013). Det kan her være verdt å påpeke at i en studie av hjemmetjenesten hadde hele 45 prosent av mennene og 47 prosent av kvinnene urininkontinens (Sørbye et al. 2009b). En rigid disiplinering av tid kan også være et problem i forhold til opplevelsen av ikke å ha kontroll over kroppen ved å være inkontinent. En slik opplevelse kan bli knyttet til ydmykelsen av å bli redusert til et driftstyrt vesen som ikke lenger har status som et seriøst eller dannet menneske (Isaksen, 2002). I henhold av sykepleiers yrkesetiske retningslinjer om å ivareta pasientens verdighet (NSF, 2011), kan det forstås at hjemmesykepleiere har ansvar for ikke å legge til rette for slike forhold.

Selv om de informantene som ikke hadde tidsestimering var fornøyd med det, fortalte de om ulemper ved ikke å ha en slik organisering av tid i arbeidshverdagen. Når deres arbeidsdag startet fikk alle utlevert ulike lister med brukere de hadde ansvar for. Hjemmesykepleierne fikk i tillegg en liste over arbeidsoppgaver som de måtte utføre i løpet av dagen, som for eksempel å legge opp medisin. Å legge opp medisin var en såpass tidkrevende oppgave at informantene kunne fortelle at de måtte få noen av kollegaene som var hjelpepleiere eller

ufaglærte til å ta over oppdrag som ikke krevde sykepleiefaglig kompetanse. Karoline fortalte at hun følte at hun fikk lite forståelse av kollegaene for dette og fortalte:

«Men det blir litt misnøye hvis vi sier at vi skal inn på medisinopplegging og må bruke litt tid på det... Merkes det, og så der det den dårlige samvittigheten, det er jo typisk, situasjon for oss alle egentlig. Men det virker ikke som det er hjelpepleieren sitt problem, det er vårt problem det. Ja for da er det er vi som gjør en dårlig jobb eller jobber ikke fort nok eller... Men så enkelte ting kan ikke gå fort. For det skal være rett og.»

Sitatet av Karoline kan forstås som at hun opplever det som utfordrende at krav om effektivitet og krav om ansvarlighet kan føles motstridende under utførelse av enkelte arbeidsoppgaver. Sitatet kan bli sett i lys av funn av Kirchhoff (2011) som rapporterer at hjemmesykepleiere oppgav gjennomgående økt ansvar som en stressfaktor, i motsetning til hjelpepleiere. Dette var fordi de vurderingene som hjemmesykepleierne gjorde hadde mer alvorligere konsekvenser enn de vurderingene hjelpepleierne foretok. Dette stresset som hjemmesykepleierne opplevde i forhold til å ha større ansvar, ble forsterket når de fikk flere arbeidsoppgaver eksempelvis ved akutt hjelp og dermed fikk det mer travelt (ibid.).

Med tanke på at de informantene som ikke hadde tidsestimering var kritiske til denne organiseringen av tid, er det interessant at de informantene som hadde tidsestimering stort sett var fornøyd med det. Therese fortalte:

«Men jeg tror hvis du hadde hatt oppdrag som det ikke hadde vært noe bestemt tid på, så har du enkelte som gjerne hadde vasket ned husene til brukeren for de synes det er så skittent. Det går ikke. Så jeg tror det er bra jeg, for da blir det litt mere, en måte å sikre at brukerne får den hjelpen de skal ha.»

Slik det blir belyst i sitatet over, uttalte flere informanter at tidsestimering kunne være en fordel til å planlegge og strukturere arbeidsdagen. Flere av informantene fremhevet at de opplevde at tidsestimering var positivt for planlegging av arbeidsdagen spesielt til ufaglærte, vikarer og nyansatte. Dette handlet, slik i sitatet ovenfor, om at de fryktet tiden ville blitt brukt til å vaske hos en bruker som ikke hadde behov for hjelp til dette, mens andre brukere måtte

vente på sin hjelp. Samtidig fortalte også informantene om arbeidet med tidsestimerte oppdrag om ulemper når tiden på skjemaet ikke stemte overens med tiden på et faktisk oppdrag. Dette kunne være en fordel når de hadde mer tid enn estimert, men stressende når de hadde for lite tid slik Kari fortalte:

«Og så opplever du ofte at tiden ikke stemmer da etter det som er beregnet på oppdraget. Enkelte dager er bare ræva. Det er ofte stress, tidspress, veldig mye å gjøre. Det er positivt når du har ti minutter ekstra, men det er veldig lite positivt når du har 20 minutter for lite. Og det er oftere for lite».

Sitatet kan illustrere hvordan informanten følte seg utfordret av tidsestimering som et rigid system når tiden ble knapp. Ut fra dette kan den travelheten informanten opplevde betegnes som en livsform eller en kulturform satt av organisatoriske hensyn, istedenfor å være fordret av travelhet for ivareta brukeren (Martinsen, 2012).

Det er et interessant funn at informantene i denne studien uttalte at de var fornøyde med deres organisering av tid, uavhengig om de arbeidet under tidsestimerte oppdrag eller ikke. Samtidig uttaler informantene utfordringer i deres arbeidshverdag som kan tyde på at det er ressursmangel som er årsaken til tidspress, fremfor hvordan tiden er organisert. At informantene uttaler at de er fornøyd med hvordan tiden er organisert kan være begrunnet med en lojalitetsfølelse med at de er bærere av organisasjonens ansvar og mål i møte med sine brukere. Vike et al. (2002) er kritisk til at en slik lojalitetsfølelse er pålagt hjemmesykepleiere som en påført disiplineringssprosse gjennom en desentralisering av ansvaret for kommunehelsetjenestens manglende ressurser.

Analysefunnene belyser med dette at informantene opplevde tidspress uavhengig om hvordan tiden var organisert. Dette er imidlertid ikke et overraskende funn da Arbeidstilsynet i sin rapport «*Rett hjem*» (2006) avdekket at 7 av 10 enheter for hjemmesykepleie opplevde tidspress som et problem i perioden 2002-2004. Selv om de kunne rapportere i oppfølgingsrapporten «*Hjemmetjenesten – døgnåpen, tidløs og slitesterk*» (2008) at andel enheter som opplever tidspress som et problem var redusert fra 80 til 67 prosent, er det fremdeles mange som opplever tidspress som et problem på sin arbeidsplass. Fortsatt er tidspress i hjemmetjenesten et resultat av dårlig samsvar mellom oppgaver og ressurser på

grunn av trange økonomiske rammer (Arbeidstilsynet, 2008). Det blir hevdet at Samhandlingsreformen har hatt en dominoeffekt ved at eldre blir lenger hjemmeværende da de havner bakerst i køen av utskrivningsklare pasienter (Gautun & Syse, 2013; Grimsmo, 2013). Dette har gitt hjemmesykepleien flere og mer ressurskrevende brukere. Det er dermed grunn til å tro at tidspres i hjemmesykepleien er en økende utfordring (ibid.).

### 5.1.2 Forventning og skuffelse

Analysefunnene belyser at flere av informantene opplevde at tidspreset førte til at de måtte rette sin omsorgsutøvelse på å rekke alle arbeidsoppgavene, fremfor å ta utgangspunkt i brukerens behov. Martinsen (2012) betegner en slik travelhet for *gjøremålstravelhet*, der sykepleier er travel med å rekke alle *gjøremål* fremfor å være travel for å hjelpe eller bistå pasienten (ibid.). Flere informanter uttrykte at de opplevde negative følelser ved å være travel for å rekke alle sine *gjøremål*. Dette førte til en skuffelse ved at deres yrkesutøvelse ikke levde opp til egne forventninger til hvordan omsorgsarbeidet skulle utføres. Sitatet fra Hanna kan illustrere hvordan flere av informantene opplevde å måtte utføre en *gjøremålstravelhet* av tidspreset mot sine egne ønsker:

«Jeg har utført alle *gjøremålene* for å si det sånn. Men jeg har kanskje ikke vært helt som jeg hadde lyst til å være på en måte, hos alle brukerne. At jeg kjenner på at... jeg har lyst til å gjøre noe mer, jeg vil ha mer kvalitet over det jeg gjør, sånn helhetlig.»

Sitatet kan forstås som at informanten opplever en skuffelse over egen yrkesutøvelse når hun må rette seg etter en *gjøremålstravelhet* under tidspres, og dermed ikke tar nok hensyn til brukerne sine. Kirchhoff (2011) rapporterer i sin studie at hjemmesykepleiere opplever et yrkesrelatert stress når de opplever å redusere kvaliteten i helsehjelpen på grunn av tidspres. Denne opplevelsen knytter forskeren til at hjemmesykepleiere blir utsatt for et rollestress ved å befinne seg i spenningsfeltet mellom brukerens, organisasjonens og egne forventninger (ibid.). Følgende sitat av Frida kan belyse hvordan informantene opplevde et slikt rollestress:

«Men vi prøver å være veldig nøye på at vi skal følge oppdragene, for at vi skal følge



oppdragets art. Men når jeg har så dårlig tid, og når er jeg ute å kjører... Det er en greie jeg har funnet ut at ... det er uproft måten jeg gjør det på. Da går jeg ut av bilen, tar meg en røyk og så blåser jeg i alt som heter klokkeslett og tider og så tar jeg bare folk på rappen. (...) Og da tenker jeg som så, det bedre at jeg kommer for sent enn ikke i det hele tatt. Men rekker ikke lunsj, rapport, noen ting... Og du tar ikke lengre hensyn til brukerens ønsker. Klart da kan jeg få brukere som er sur på meg.»

Når informanten uttaler at hun opptrår «*uproft*», kan det speile en egen skuffelse eller misnøye over hvordan hun ønsker å utøve en individuelt rettet sykepleie, men ser ikke hvordan omstendighetene kan gi henne mulighet til det. Det kan forstås som at informanten uttrykker at hun befinner seg i et krysspress mellom å rekke alle oppdragene, utføre en omsorgsutøvelse som fyller brukerens behov og ønsker samt å leve opp til hennes egne forventninger av den profesjonelle omsorgen. Funnet kan sees i sammenheng med at Halvorsen (2010) advarer sykepleiere mot å være sterkt idealistisk motivert av å ha et bilde av seg selv som mennesker som kjemper for de svake i samfunnet. Dette fordi underbemanning og høyt arbeidspress som eksisterer i dagens omsorgsyrke kan føre til at sykepleiere får urealistiske forventninger til hva som er mulig å gi av hjelp og omsorg (ibid.). Når det under intervjuet var snakk om hva som kunne vekke et følelsesmessig engasjement, var det nettopp til de brukerne som var svakest, det vil si de som enten hadde redusert helse, eller som ikke hadde pårørende som kunne bistå dem. Therese forklaret dette slik:

«Jeg vil ikke si man yter det lille ekstra for man skal jo gi alt til alle. Jeg har lett for å gi mer til dem som ikke har noen. Dem du vet at enten ikke har, eller noe som gjør at de ikke har kontakt med familien. Hvertfall hvor det ikke er noen som kommer, ingen som hjelper dem, ingen som ordner opp for dem. Der har jeg lett for å bli litt engasjert. Og synes jo også at det blir feil at dem som har pårørende som roper høyt får mest.»

Det kan forstås som at sitatet av Therese handler om at hun har forventninger til seg selv for å ivareta de brukerne hun anser som svake, det vil si brukere uten pårørende. Martinsen (2012) hevder at det blir høymoralsk dersom de suverene livsytringene blir en norm som sykepleiere til enhver tid skal prestere. Samtidig argumenterer hun for at sykepleiere skal ha et omsorgsansvar til de svakeste i samfunnet (Martinsen 2003). Dette kan bli sett i sammenheng med funn av Tønnesen et al. (2009) at det er nettopp de svakeste brukerne, det

vil si de brukerne som er mest avhengig av hjelpeapparatet, som lider mest i tidspresset. For disse brukerne betyr venting på hjemmesykepleier en forverring av helsesituasjon som økte smerter og uverdige forhold til eliminasjon. Disse brukerne beskriver også at de tar travelheten til sykepleierne personlig ved at de opplever skyld ved å være i veien. Tønnessen et al. (2009) hevder at i tråd med grunnleggende retningslinjer i omsorgsarbeidet skal alltid sykepleiere prioritere disse brukerne for å ivareta hensynet til den svakeste stilte (ibid.). Når da informantene blir skuffet over egen yrkesutøvelse i gjøremålstravelheten, kan dette ha med å gjøre at de sanser brukerens sårbarhet og hvordan tidspresset påvirker dem med negative konsekvenser. I så måte opplever informantene et ansvar ved at brukerens lidelse angår dem. Ifølge Martinsen (2000, 2012) er følelser viktig for å gi adgang til den andres verden og gå ham seende-lyttende i møte. Samtidig påpeker Martinsen at selv om en sykepleier opplever å bli utfordret av sin egen sårbarhet, har han eller hun fremdeles et ansvar for å være den som skal make å stå i situasjonen.

### **5.1.3 Skam**

Analysefunnene belyser at flere av informantene opplevde at deres tidspres kunne ha negative konsekvenser for brukeren. Et sitat av Mari kan illustrere dette der en bruker ikke klarte å late vannet da han skulle skynde seg for informanten. Hun sa:

«Har opplevd at jeg skynda meg, og så skal brukeren skynde seg for å tisse for vi har det så travelt og... huff... ja da kommer det hvertfall ingenting.»

Sitatet kan bli sett i henhold til Martinsen (2012) som viser til at når tempoet til sykepleieren blir så høyt at hun ikke lar seg berøre av pasientinntrykket, lukker sykepleier seg for kjærligheten og det skjønsmessige viker for en effektiv bruk av tiden. Makten blir da løsrevet fra sin grunnleggende oppgave om å handle i favør til pasientens beste fordi sykepleier er i en sansetørke. I slike tilfeller er makten ikke lenger moralsk ansvarlig og sykepleieren kan opptre på en måte som er vond og undertrykkende for pasienten (ibid.). Følgende sitat belyser hvordan Susanne opplevde at en bruker ble påvirket av at hun var preget av en gjøremålstravelhet. Hun fortalte:

«Hvis pasienten føler seg ensom og er redd for å være for seg selv og det forteller pasienten kanskje dattera si, alt det der og vi ser ikke den biten der, for ikke ser vi det og ikke har hun sagt noe. Alt er greit og... Det kan være at hun ikke tørr å si det til hjemmesykepleien hvordan hun har det. (...) Så det har vi sett noen ganger at hun sier noe til oss, så sier hun noen annet til pårørende. Kan være kanskje vi har gitt uttrykk for at vi har det litt travelt kan hende at vi ikke har hatt tiden til å sette oss ned og... for at alt er så greit der. Så da kan en jo tenke... trenger ikke bruke så mye tid der.»

Sitatet av Susanne kan forstås som at hun opplevde at hun burde ha forstått at brukeren var ensom selv om brukeren hun forteller om ikke har turt å åpne seg opp for hjemmesykepleierne om hvordan hun egentlig har det. Sitatet kan bli sett i lys av Martinsen (2012) som viser til Foucault om hvordan både pasient og sykepleier blir utsatt av bekjennelse. Utrykket bekjennelse handler om at vi ikke er gode nok og strekker ikke til i alt vi skal prestere. Det er en innovervendt evaluering der vi kan skamme oss fordi vi ikke er gode nok i det medisinske rom. En pasient blir rammet av en slik bekjennelse i travelheten til sykepleier, gjennom en streben etter å være den gode, lydige tapre pasienten som bør klare seg mest mulig selv (ibid.). Med tanke på at brukerens selvstendighet oppstår det her et dilemma knyttet til eksemplet til Susanne. På den ene siden er det både nødvendig og ønskelig at brukeren har selvstendighet for å mestre hverdagen. At en bruker har evne til selvstendighet er viktig for at han eller hun skal kunne ivareta seg selv for å leve et trygt og verdig liv. Det overordnede målet for hjemmesykepleie er derfor at brukeren oppnår en viss form for selvstendighet for å ha mulighet til å mestre hverdagen i eget hjem. (Birkeland & Flovik, 2011; Tønnessen & Nortvedt, 2012). På en annen side blir det problematisk når selvstendigheten blir et forventet krav slik at brukeren blir rammet av bekjennelse for ikke å strekke til i rollen som bruker. I så måte kan brukeren i sitatet fra Susanne oppleve å bli mislykket i rollen som bruker når hun blir preget av sin ensomhet, og ønsker derfor heller ikke å uttrykke dette da dette vil være å kreve for mye av hjemmesykepleieren. Når Susanne fortalte dette eksemplet, ble det oppfattet av intervjuer at hun brukte et noe dempet toneleie. Dette, samt hvordan informanten på et vis verger eller forsvarer seg selv ved å uttale «for at alt er så greit der» kan indikere på at informanten følte på en skamfølelse over situasjonen, selv om hun ikke uttrykte dette eksplisitt. Det kan forstås som at hun opplevde denne skamfølelsen ved at hun ikke strakk til gjennom ikke å oppfatte eller få inntrykk av at brukeren var ensom. Dermed lukker både hjemmesykepleier og bruker seg, som kan gi en følelse av ulykkelighet og skamfullhet. Martinsen (2012) beskriver at det ikke å leve opp til rolleforventningene som samfunnet

stiller, kan gi en opplevelse av skam. Senere i intervjuet fortalte Susanne at hun var bevisst på hvilke signaler hun gav til brukeren når hun var travel. En ting hun bevisst gjorde var å ta av seg jakken når hun kom til en bruker uansett hvor travelt hun hadde det. Hun sa:

«Så nå... Jeg må ta av meg jakken. Hvis jeg har på meg jakken, da føler jeg at da er du stressa. Og da påvirker det brukeren og. Men at du tar av deg jakken og setter deg, om ikke noe annet, ned på en stol. For da kan du vise at du har tiden, selv om du kanskje bare sitter i to minutter.»

Sitatet av Susanne kan forstås som at hun har erfart tidligere at hun har vært ubevisst på hvilke signaler hun har gitt en bruker når hun har vært travel, og dette kan ha ført til at brukere har opplevd henne utilgjengelig. Martinsen (2012) hevder det ikke er nødvendigvis utelukkende negativt at sykepleiere opplever følelsen av skam. Hun peker på at den gode skammen er en sansevar aktelse som forteller oss når vi har opptrådt på en måte vi ikke burde (ibid.). Istedenfor at informanten går inn i en avmektighetsfølelse der hun kretser rundt egen sårbarhet, opptrår hun som den mektige i relasjonen til brukerne og tar ansvar for å endre sin atferd. I så måte kan det ha vært en god skam som Susanne opplever som forteller henne at hun burde ha sett hvordan brukeren hadde det.

#### **5.1.4 Utilstrekkelighet og kompensasjon**

Analysefunnene viser at når informantene arbeidet under tidspress, fortalte de sjeldent om hvordan tiden ikke strakk til, men heller hvordan de selv ikke strakk til i form at de kunne føle seg kraftløse som yrkesutøver. Sitatet av Sigrid kan belyse denne opplevelsen:

«Får litt den... Litt sånn matt på en måte på de dagene som er veldig travle. Har en følelse av at du ikke strekker til. Jeg kjenner på at jeg vil gi mer til den enkelte. (...) Hvordan i alle dager skal jeg få til dette her? Sånne dager er så tunge.»

Sitatet av Sigrid kan tolkes som at hun føler på en utilstrekkelig- og avmektighetsfølelse under tidspresset når hun ikke lever opp til sine forventninger i omsorgsarbeidet. Martinsen (2012) knytter utilstrekkelighetsfølelsen til avmektighet hos sykepleier til en opplevelse av å

mislykkes med å møte pasienten slik sykepleieren gjerne ville ha gjort det. Når vi lar oss berøre av inntrykket den andre gir oss, vekkes en ansvarsfølelse som utfordrer oss til å svare på den andres ytring. Å svikte vårt ansvar for den andres vel og ve er å svikte noe viktig i seg selv. Med dette *noe* mener Martinsen de suverene livsytringene, og hvordan de ikke blir gitt en rommelighet (ibid.). Norvoll (2009) påpeker også hvordan omsorgsutøvere kan oppleve å være avmektige selv om de er den mektige i relasjonen til pasienten. Når fokuset hos den enkelte yrkesutøver er på utilstrekkelighetsfølelsen fremfor rammebetingelsene for å gjøre en god jobb, kan situasjonen oppleves som uholdbar. Dette fordi ansvaret for velferdsstatens fungering blir i en slik situasjon lett individualisert. Flere av informantene uttalte også at de kompenserte med å gjøre tiltak en bruker ikke hadde vedtak på de dagene de hadde bedre tid og ikke jobbet under tidspress. Et sitat av Hanna kan belyse hvordan flere av informantene opplevde dette:

«Jeg prøver noen ganger å kompensere litt, hvis jeg har litt bedre tid så prøver jeg å bruke litt mer tid hos som jeg har skynda meg litt mere kvelden før. Gjøre litt sånn... Eller så har jeg kanskje utsatt noen ting, til dagen etter. Og de dagene med bedre tid bruker jeg den gjerne til å gjøre ting ekstra, som å trene med brukeren. Noe jeg skulle gjerne gjort hver dag, sånn for å forebygge, men som ikke er i vedtaket deres.»

Slik det blir belyst i sitatet ovenfor, uttalte flere informanter at de kompenserte for sin dårlige tid med tiltak de vurderte som hensiktsmessig for brukere. Frida var en informant som skilte seg ut fra denne oppfattelsen. Hun opplevde det problematisk at kollegaer utførte tiltak som gikk utenfor det brukeren hadde fått vedtak på. Hun sa:

«Skal en bruke følelser og la dem bestemme så tror jeg man ikke kommer gjennom dagen heller. For da strekker du ikke til. Du kommer ikke i mål fordi det er så uendelig mye å gjøre. Du kommer ikke rundt. Det er så mye du kan gjøre til hver enkelt at du må bare sette noen grenser. Sånn er det... Det har du dessverre ikke i vedtaket ditt. Det må du ordne med selv. (...) Mange som krever litt mer enn det de har fått vedtak på, og hvis du er snill hos en bruker så må du være slem til neste for du har ikke tiden.»

Sitatet av Frida kan forstås som at hun så det som problematisk å handle utover de vedtakene en bruker hadde med tanke på et rettferdighetsprinsipp at alle brukere skulle få tid til den hjelpen de hadde behov for. Sitatet står i kontrast til at flere av de andre informantene fortalte om at tidspress førte til at de følte på en utilstrekkelighetsfølelse. Sitatet kan bli sett i lys av Martinsen (2000, 2012) som påpeker at følelser alene har ingen begrepsmessig forståelse, og at vi derfor trenger forståelsen som kan skape avstand slik av vi kan tyde våre inntrykk. Et annet interessant aspekt ved Frida sine ytringer, var at hun var den eneste som påpekte at det var ressursene som ikke strakk til, fremfor å gi inntrykk at de opplevde at det var dem selv som person som ikke strakk til. Hun sa:

«Det at folk blir eldre, sykere og lever mye lengere og krever flere resurser. Samtidig som det ikke blir bevilga så mye mer offentlig. Det blir gjerne innsparinger og innsparinger. Og da... blir det strammere og strammere og mer prioritering og mindre til brukeren»

Sitatet til Frida kan forstås at hun opplever at det er på grunn av ytre ressurser som økonomi og bemanning som er årsaken til at tidspress, fremfor at det var hennes personlige egenskaper til effektivitet som var årsaken til tidspresset. Det kan forstås som at både sitatet av Hanna og Frida påpeker viktig aspekt ved hjemmesykepleien. På den ene siden forteller Hanna om et slikt viktig aspekt når hun kompenserer for sin dårlige tid ved å utføre tiltak som hjemmetrening, og med dette kan det forstås at hun handler i tråd med de yrkesetiske retningslinjer at sykepleiere har: *ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom* (NSF, 2011). Fysisk aktivitet kan være et helsefremmende tiltak for å styrke kroppen til å tåle påkjenning (Espnes & Smedslund, 2009) eller et forebyggende tiltak for å unngå sykdom, skade og lyte (Mæland, 2010). Markle-Reid et al. (2006) hevder at det er en gunstig investering at hjemmesykepleiere utfører helsefremmende tiltak som fysisk aktivitet for eldre med tanke på økt livskvalitet og samfunnsmessige kostnader. Videre kan det forstås at Hanna velger å utføre et tiltak som ikke brukeren har vedtak på, kan bli sett i sammenheng med profesjonsbegrepet som inneholder at en yrkesutøver kan gjøre vurderinger som er uavhengige, selvstendige og faglig begrunnet (Pettersen og Simonsen, 2010). På den andre siden kan sitatet til Frida knyttes opp mot å opprettholde en kontinuitet i helsetjenesten som brukere mottar som er et annet viktig aspekt ved hjemmesykepleien. I følge veilederen *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene* (2004) utgitt av Sosial- og helsedirektoratet, er kontinuitet og samordning av hjemmesykepleieres tjenester et kjennemerke på kvalitet.

Kirkhoff (2010) påpeker at hjemmesykepleiere som utfører skjulte tjenester, tjenester en bruker ikke har vedtak på og ikke blir dokumentert, er med på å svekke kontinuiteten i arbeidet. Dette fordi at ulike hjemmesykepleiere kan bli ansett i et motsetningsforhold av å være «snill» eller «slem». Dette motsetningsforholdet var en kime til konflikt der arbeidstakerne var uenige hva som var legitimt eller urimelig av tjenester å utøve for en bruker (ibid.). Frida påpeker i denne sammenheng et viktig aspekt når hun utaler at «*og hvis du er snill hos en bruker så må du være slem til neste for du har ikke tiden*». Det kan forstås som at hun er bevisst på hvordan tiden kan bli prioritert mest rettferdig etter brukernes behov. Dette er et viktig aspekt da Tønnessen et al. (2009) påpeker at når tiden er begrenset, prioriterer ikke hjemmesykepleiere den rettferdig for brukerne. I deres studie viser de til at hjemmesykepleier nedprioriterer de brukerne som er forståelsesfulle og har en ektefelle som kan hjelpe selv om han eller hun har en sykdom, redusert helse eller funksjon.

Både Hanna og Frida påpeker ulike aspekt ved hjemmesykepleien som er viktige for å sikre at brukere får ivaretatt deres behov samt at det er kvalitet over tjenesten de mottar, der det er vanskelig å påpeke hvem som har rett når de blir satt opp mot hverandre som øvrig. Likevel dersom vi fokuserer på det følelsesmessige aspektet kan det settes spørsmålstegn ved om Hanna beskriver en følelsesmessig utfordring av avmektighet i møte med brukere når hun uttrykker at hun kompenserer for tidspress. Martinsen (2012) hevder opplevelsen av å mislykkes er en vond skam, som sammen med uoverstigelig krav til foretaksomhetens travelhet gir lite rom for den gode skammen. Dette kan føre til en vond skam som fører til en opplevelse av avmektighet sykepleier borer seg ned i seg selv med kretsende tanker og følelser der det ikke er plass til å ta hensyn til pasienten lengre (ibid.). I så måte kan det forstås problematisk dersom Hanna handler ut fra en vond skam for å forsøke å kompensere for å arbeide under tidspress, siden dette ikke har utgangspunkt i brukerens beste på tross av at hun har gode intensjoner. Det kan settes spørsmålstegn om Frida ser med et registrerende blikk, der fornuften og følelser ikke lengre er i vennende vekslings når hun uttaler at hjemmesykepleiere må holde seg til brukernes vedtak. Dette er et blikk som ikke ser individuelle forskjeller og vil sette til side skjønn til fordel for logiske resonneringer. Martinsen (2005) hevder at travelheten kan fordre en livsform som tar avstand fra skjønn for tolkningsarbeid som er nødvendig for at sykepleiere kan være både nærværende og distansert i den situasjonen vi er i. Dette funnet kan bli sett i sammenheng med en studie om hjemmesykepleiere utført av Vike et al. (2002). De hevder at endringer i den kommunehelsetjenesten har skjedd for raskt og desentraliseringen har medført et økt ansvar til

kommunene som i praksis hjemmesykepleien utøver. Videre hevder Vike et al. (2002) at disse endringene har ført til en desentralisering av ansvaret til ansatte i hjemmesykepleien da de tar ansvaret for det organisasjonen har forpliktet seg til å gjøre, men ikke har råd til å gjøre. I den konkrete ansikt til ansikt relasjonen mellom tjenesteutøver og tjenestemottager oppstår det dermed et dilemma mellom misforhold av velferdens mål og begrenset kapasitet.

## *5.2 Brukeres provoserende adferd*

I dette kapittelet vil jeg belyse informantenes følelsesmessige utfordringer til brukernes provoserende atferd, som var et av analysens hovedfunn. Analysefunnene belyser at informantene var følelsesmessige engasjerte til brukerne, gjennom å utføre vedtakene på en omsorgsfull måte som tilfredstilte brukerens behov og ønsker. I de fleste møtene med bruker følte informantene nærhet eller en god kontakt, og opplevde at de var tilfreds med egen yrkesutøvelse. Det tilhørte dermed enkelttilfeller at brukerens adferd opplevdes som negativt for informantene. Når disse tilfellene oppstod, beskrev informantene følelsesmessige utfordringer som kunne være vanskelig å håndtere. Slike tilfeller handlet om å bli provosert av brukerens adferd, som blir belyst i dette kapittelet.

### **5.2.1 Engasjert og provosert**

Birkeland og Flovik (2011) hevder at hjemmesykepleiere ofte har krav om en mer selvstendig rolle enn sykepleiere som jobber på institusjon, da de oftere jobber alene. Samtlige av informantene fortalte at de trivdes godt med kravet til evne om å være selvstendig. Noen av informantene hadde forsøkt å jobbe på institusjon og gav uttrykk for at de trivdes bedre i rollen som hjemmesykepleier. Dette knyttet de til at den selvstendige rollen gav dem flere muligheter til å ta egne valg og å bli faglig utfordret, noe som de opplevde som spennende. Gunnvor var en informant som opplevde dette, og uttrykte:

«Du får et helhetlig bilde av pasienten i hjemmet i forhold til en institusjon. Og så får du veldig mange utfordringer det er... en veldig uforutsigbar dag da. Så du kan gjøre mye forskjellig fra smertepumpe til sårstell, morgenstell, dusj, og samtaler. Ja du får hele spekteret av sykepleie.»



Slik det fremstår i sitatet ovenfor opplevde informanten at hun trivdes med variasjon i arbeidsoppgaven, fra medisinske prosedyrer, pleie og brukerkontakt. Flere av informantene gav uttrykk for at de fikk en nærere kontakt med brukeren da de fikk innsyn i deres hjem og vaner, enn det de hadde fått tidligere med pasienter i institusjon. Dette kan ha med at brukere kan oppleve hjemmet som forsterkende på autonomien, det vil si selvbestemmelsen, og dermed blir mindre styrt av en institusjonskultur (Lerø, 2006). Informantene uttrykte at de opplevde det som viktig å utføre vedtakene på en omsorgsfull måte som tilfredsstilte både brukerens ønsker og behov. Flere av informantene gav også uttrykk for om hvordan brukeren var fornøyd med deres tjenester, hadde mye å gjøre med egen tilfredsstillelse av sin yrkesutøvelse. Informantene beskrev også at de engasjerte seg i å ha en god kontakt, og at det var viktig aspekt ved å være hjemmesykepleier. Therese fortalte:

«Og jeg blir jo veldig glad på mine brukere sine vegne når det er noe ... godt som har skjedd dem. Da blir jeg veldig glad. Som en dame med kreft som er ute å går ... som ikke har vært å gått på et år ... kjempeglad, ikke sant. Du må ha følelser, uten det ... vi jobber med mennesker. Det krever at du føler at det er mer enn bare en jobb, mer enn bare en lønnslipp.»

Sitatet kan illustrere hvordan informanten opplever at det er viktig å være følelsesmessig engasjert i brukeren. Sitatet kan dermed gjenspeile hvordan Martinsen (2012) hevder at sykepleiere må gjøre seg tilliten verdig hos pasienten for å etablere en samfølelse. I følge Manos & Braun (2006) betyr ofte at når sykepleiere føler det positivt å utøve omsorg, er det som regel tegn på at omsorgen som blir utøvet er av god kvalitet. Det kan forstås at det derfor opplevdes av informantene som utfordrende når de møtte brukere som de ikke klarte å tilfredsstille. I slike tilfeller følte informantene det frustrerende da de opplevde å ha strukket seg til de ytterste for å imøtekomme brukerens ønsker og behov, uten å lykkes. Mari utalte:

«Vi har brukere som det aldri blir bra nok, uansett hva vi gjør. Og de ser på oss at vi er tjenere som skal gjøre alt dem ber om.»

Sitatet kan tolkes at Mari følte seg frustrert når hun opplever at brukere er misfornøyd med hennes yrkesutøvelse, samt at hun er uenig med hvor mye enkelte brukere krever av henne. Funnet kan bli sett i relevans med tidligere funn av Sheldon & Ellington (2006) om

sykepleiere som jobber på sykehus. Sykepleierne i denne studien ble frustrert da pasienter uttrykte sinne ovenfor de ansatte når de «bare forsøkte å hjelpe». I følge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere fremheves sykepleieres plikt til å ivareta den «enkelte pasientens behov for helhetlig omsorg» (NSF, 2011:8). Det er derfor tenkelig at funnet om å oppleve frustrasjon over at bruker er misfornøyd med deres yrkesutøvelse, kan relateres til at yrkesstoltheten blir utfordret av å føle at deres omsorgsutøvelse ikke blir anerkjent av brukeren. Dette kan bli sett i sammenheng av Sørensen & Hall (2011) som i sin studie fant at yrkesstoltheten til sykepleiere er nært forbundet med et ønske om å gjøre godt. Når yrkesstoltheten ble truet opplevde sykepleierne at deres forestilling om å være en god sykepleier ble utfordret, og de følte seg usikre og sårbare (ibid.).

Informantene fortalte at i tilfeller der bruker uttrykte misnøye, kunne det skje gjennom nedsettende kommentarer eller holdninger. Denne adferden av brukeren opplevdes som provoserende av informantene da de følte den var urettmessig og utfordrende å bli ydmyket av brukeren. Michaelsen (1999) hevder i sin avhandling at brukeres provoserende adferd rammer ofte mer personlig og direkte for hjemmesykepleiere, enn sykepleiere som oftere samarbeider i institusjon. I så måte kan det forstås at hjemmesykepleiere opplever en større utfordringen å makte sin egen sårbarhet, slik beskrevet av Martinsen (2012), enn det sykepleiere i institusjon gjør. Følgende sitat er beskrivende for hvordan Hanna opplevde dette. Hun sa:

«Men når han liksom går sånn på person og begynte å si at «du vet ikke hva du holder på med» «du er jo helt dum i hodet» begynne litt sånn. Nei, da blir jeg så provosert, rett og slett.»

Sitatet av Hanna kan forstås at hun opplevde det som provoserende når hun følte brukeren kom med nedsettende kommentarer om henne som person og personlige egenskaper. Funnet kan også bli sett i sammenheng med de normative forventningene om brukerens adferd som ble avdekket under intervjuet. Med normative forventninger vises det her til et ideal om hva som var «riktig» adferd (Halvorsen et al. 2013) i møtet mellom bruker og informant. Kari utalte:

«Og de skjønner ikke helt hvordan systemet funker. Alt de forventer av meg, og det funker ikke sånn... Så det er så slitsomt å gå til sånne.»

Sitatet kan belyse hvordan informanten har en holdning om at brukeren må innrette seg etter helsevesenets mange rutiner og system, og kan i så måte utfordre synet om en individuell sykepleieutøvelse (Tønnessen et al. 2009). Å anse en bruker som vanskelig fordi hans adferd ikke følger hjemmesykepleiers normative forventninger kan være problematisk. Dette handler om at slike brukere kan ha en økt risiko for å bli behandlet mindre respektfullt og effektivt (Michaelsen, 1999; Koekkoek et al. 2011; Strandberg & Jansson, 2003 ). Samtidig hevder Martinsen (2007) at vi kommer oss ikke utenom normer fordi det er en del av det samlivet og kulturen mennesker lever i. Sykepleier må ha en distanse til normen slik at den ikke okkuperer rommet for tanken og refleksjonsrommet (ibid.). Flere av informantene fortalte om hvordan det var viktig for dem at å gi like god sykepleie til brukere de opplevde som vanskelig, som de brukerne de opplevde å ha en nærhet til. I så måte kan det forstås at de forsøkte ikke å la normen bli okkuperende i møte med en bruker de kunne oppleve som vanskelig. Følgende sitat av Sigrid kan illustrere dette:

«Du kan jo kjenne på at du blir skikkelig irritert på folk, men du skal ikke gjøre brukerne noe skadelidende for det på noen måte.»

Sitatet av Sigrid kan forstås at hun forsøkte å sette sitt omsorgsansvar høyere enn sin provokasjon i samhandling med brukere. Analysefunnene belyser at informantene ble provosert av brukernes adferd når de ikke oppfatter at det er en formildende eller forklarende årsak bak. Eksempelvis på en slik årsak kunne handle om når bruker har manglende orientering som følgende sitat av Gunn beskriver:

«Man skal være ydmyk og være tolerant, det skal man jo, men tenker at hvis det er en bruker som ikke er dement og som er klar og orientert og har hjelp til forskjellige ting og at de har en dårlig dag og lar det gå utover meg som hjelper, da synes jeg det ikke er greit, og da sier jeg ifra.»

I sitatet utaler informanten at brukeren har «en dårlig dag» og at hun dermed ikke oppfatter at brukeren har en legitim forklaring til sin provoserende adferd. Et problem med denne uttalelsen er at det kan eksistere ulike utfordringer i livet til brukeren som kan ha blitt oversett av informanten. Michaelsen (1999) hevder i sin avhandling at det kan utvikle seg problemer

når hjemmesykepleiere ikke oppfatter umiddelbart en forklaring til pasientens adferd. Hun fant i sin avhandling ut at hjemmesykepleiere som var provosert over fedme til en pasient, overså bakenforliggende årsaker til pasientens adferd. Hjemmesykepleierne utalte at pasienten var «doven» og «venter på å bli oppvartet» og derfor ikke var motivert til å gå ned i vekt. Hjemmesykepleierne sluttet dermed å engasjere seg i pasientens situasjon og forsøkte å bruke så lite tid som mulig da de følte at det var større behov for dem hos andre pasienter. Michaelsen avdekket imidlertid under intervju med pasienten at hun følte at hennes fedmeproblematikk var nært forbundet med tap av ektemannen og flere aborter på grunn av yrkesskade. Dette var forhold som hjemmesykepleier ikke hadde kjennskap til (ibid.). Funnene i dette prosjektet indikerer at selv om informantene ble provosert av brukerens adferd sluttet de ikke å engasjere seg i pasientens situasjon slik følgende sitat belyser. Kari uttrykte:

«Ja, hvis du føler at du må ta, hva skal jeg si, urettferdige verbale kommentarer kanskje så, jeg blir jo lei meg, jeg blir sint inni meg, jeg gjør jo det. Men det er ikke sånn at... hvis at det er en som jeg ikke liker så godt og at jeg ikke bryr meg... Det blir jo litt feil. Jeg vil jo det skal bli bra, og han bli fornøyd.»

Sitatet av Kari kan tolkes at hun opplever en forpliktelse til å bistå en bruker til at han eller henne skal leve et best mulig liv hjemme som overgår følelser av å bli provosert. Sitatet kan sees i lys av hvordan vi engasjerer oss. Skjervheim (1996) hevder at vi ikke kan velge om vi vil være engasjert eller ikke da det er et grunnleggende trekk ved mennesket. Det vi kan velge er hva vi engasjere oss i. Martinsen (2000, 2003) hevder at dette betyr at sykepleiere ikke er nøytrale. Videre påpeker hun at sykepleiere har et ansvar å bruke engasjementet sitt bevisst for å handle solidarisk med den svake, og ikke i en rasjonell måloppnåelse. Det dreier seg om å være engasjert og å ville investere noe av seg selv i møtet med den andre, og om å gjøre sitt ytterste for å hjelpe eller pleie. Uten dette engasjementet går vi fra å sanse til å registrere (ibid.). I så måte er det naturlig å tenke at dersom en av informantene hadde sluttet å engasjere seg i pasientens situasjon, hadde hun engasjerte seg i situasjonen til pasienten gjennom en formålsrasjonell omsorg slik fremstilt av Martinsen (2003). Hjemmesykepleier vil da undertrykke sanseintrykk av pasientens tilstand til fordel for logiske resonnement om hva som er best egnet til å få gjennomført vedtaket. Min tolkning er at dersom hjemmesykepleiere blir provosert av en brukers adferd, er det viktig at omsorgsansvaret ikke blir forsømt. Det kan

da oppstå en formålsrasjonell omsorg som er problematisk med tanke på pasienten medbestemmelse (pasient- og brukerrettighetsloven) og dermed utøvelse av makt.

### 5.2.2 Makt og verdsettelse

Hvordan de ulike informantene ble påvirket av å bli provosert av brukerens adferd, var noe forskjellig. Noen fortalte at selv om de ikke forstod eller aksepterte brukerens provoserende adferd, vektla informantene hvordan de forsøkte å tilrettelegge best mulig for den aktuelle brukeren. Følgende sitat av Therese kan illustrere dette. Hun sa:

«Man skal forstå pasienten sin situasjon og... selv om du ikke alltid skjønner hvorfor ting er et problem (...) Jeg tenkte at hvis han kan fortelle meg om hva det var som var vanskelig så kanskje jeg kan hjelpe han med det. «Kanskje jeg kan hjelpe deg, kanskje kan jeg ordne opp i noe av det som gjør det vanskelig» sa jeg. Men han nektet og ville ikke si hvorfor»

Sitatet av Therese kan forstås at hun forsøker å engasjere seg i brukerens situasjon ved å forsøke å hjelpe han selv om hun ikke oppfattet bakgrunnen til brukerens atferd. Å engasjere seg i pasientens situasjon kan vise seg å være hensiktsmessig for å forebygge at kontakten eller interaksjonen blir vanskelig (Michaelsen 1999; McDonald, 2007). Dette kan sees i sammenheng med at forskere hevder at når sykepleier kjenner pasienten eller forsøker å bli kjent, minsker det risikoen for at det oppstår vanskelige møter mellom pasient og sykepleier (ibid.). Michaelsen (1999) hevder i sin avhandling at i de tilfeller der hjemmesykepleierne opplevde brukere som vanskelige, hadde de ansatte lite innsikt i brukerens erfaringer både fra fortid og nåtid. Det viste seg imidlertid at i flere informanter opplevde at de ikke fikk løst en uoverensstemmelse med en bruker de opplevde å ha en provoserende adferd. Dette kunne skje selv om informantene hadde forsøkt å løse situasjonen på brukerens premisser. I slike tilfeller var noen informanter tydelige på at de hadde en indre grense for hva de tolererte av brukers adferd. Frida fortalte:

«Jeg tror det er viktig å ha grenser for sånne ting fordi noen tolererer alt for mye, og for når han sier sånt så går det sånn på person. Og, det tror jeg ikke er bra.»

Sitatet av Frida kan forstås at hun er bevisst på hva slags atferd hun har toleranse for av en bruker. Å ha en slik indre grense kan sees i sammenheng med at grensesetting av brukerens adferd, er en mye brukt miljøterapeutiske metoder innenfor psykiatrien. Grensesetting kan imidlertid by på mange medmenneskelige, faglige og etiske utfordringer (Snoek & Engedal, 2008). Grensesetting i dette prosjektet handler om to informanter, Hanna og Therese, som fortalte om at de dro fra brukeren uten å utføre vedtaket da de opplevde brukerens adferd som provoserende. Den ene informanten, Hanna, utalte:

«Og han var så ufin med meg. Da gav jeg han advarsel og han fortsatte. Og så sa jeg at «du vet du hva, nå går jeg, for det her kan ikke jeg hjelpe deg noe mer. For det her er ikke greit at du oppfører deg sånn mot meg.»

Sitatet kan tolkes å handler situasjonen informanten utaler seg om en bruker som kommer med nedsettende kommentarer til henne uten at hun oppfatter forklarende bakenforliggende årsaker til brukerens adferd. I så måte kan det forstås at hun opplever at brukeren ikke følger hennes normer for pasientadferd, og advare om å gå uten å utføre vedtaket dersom han ikke endrer adferd. Å true eller skremme pasienten slik, hevder Michaelsen (1999) er karakteristisk for å oppnå makt gjennom en sosial kontroll over pasienten adferden. Med begrepet sosial kontroll kan det forstås mekanismer som får mennesker til følge normer for passende oppførsel (Waitzkin, 1991). Halvorsen (2010) hevder sosial kontroll har både positive og negative aspekt. Eksempelvis kan sosial kontroll være hensiktsmessig med tanke på hvordan overvåkning kan hindre et menneske i å begå selvmord. En slik overvåkning er etisk forsvarlig i tråd med helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 som skadeavvergende tiltak, men kan oppleves som invaderende for det mennesket som blir utsatt for en slik sosial kontroll. En mindre hensiktsmessig sosial kontroll er når sykepleiers idealer om omsorg blir tilsidesatt for å rekke alle arbeidsoppgaver (ibid.). Norvoll (2009) hevder imidlertid at helsepersonell i praksis kommer ofte opp i situasjoner som er mer tvetydige, og som krever en grundig avveining mellom hensynet til den personlige frihet og personalets bruk av sosial kontroll. Hun advarer mot at sosial kontroll kan redusere brukermedvirkning, gjennom holdninger blant helsepersonell at pasienten skal underordne seg de profesjonelle og rette seg etter deres direktiver (ibid.). Avgjørelsen om å gå fra bruker kan være eksempel på en mer tvetydig situasjon, der det er uklart om det er bruker eller informant som gagnar av den sosiale kontrollen. Informantenes avgjørelse om å gå fra brukerne uten å ha utført sitt vedtak, kan

dermed sette spørsmål ved deres maktbruk. Det kan undres over om informantene legitimerer en uhensiktsmessig maktbruk ut fra deres følelsesmessige utfordring av å bli provosert. Den andre informanten, Therese, fortalte mer detaljert om hvorfor hun gikk fra brukeren hun opplevde å ha en provoserende adferd. Hun sa:

«Jeg har sittet på det soverommet og hatt så vondt i ryggen etter å ha vært å stelt såret hans i den senga. (...) Jeg spurte han om vi kunne ta sårstedet i stua, men det ville han ikke og ikke ville han si hvorfor han ikke ville det. (...) Og det har irritert meg noe så grenseløst for han har ikke vondt noen steder enn i viljen. Men han har veldig vondt i viljen sin. «Men jeg skal ordne til deg, så du vet jo det at vi ordner til og vi rydder opp. Nei, men han kunne ikke det. Og sånn holder vi på i 20 minutter. Så sa jeg tilslutt at jeg stiller ikke føttene dine i senga. Og da fikk jeg beskjed om å bare ha meg ut. Så jeg måtte da bare dra.»

I de to overnevnte sitatene bruker informantene sin makt som yrkesutøver til å bestemme hvilke forhold som makten skal bli gitt under, det vil si at de utøver paternalisme (Martinsen, 2005). I så måte kan det settes spørsmål ved om informantene utøver en paternalisme som tjener den svakeste slik Martinsen (2003) hevder sykepleier har ansvar for. Funn gjort av Hellzen et al. (2004) indikerer at det kan være hensiktsmessig av sykepleier ikke å akseptere provoserende adferd hos pasienten. I studien kom det frem at sykepleiere som hadde en forventning til adferd til pasienter som oppleves som vanskelige, hadde utgangspunkt i en verdsettelse av både seg selv og pasienten. I denne verdien lå et håp om at ingen burde få lov til å utøve en krenkende adferd og ingen burde være nødt til å motta en slik ydmykelse. Med utgangspunkt i denne forventningen brukte sykepleieren makt for å kontrollere eller begrense pasienters voldelige og ydmykende adferd. I motsetning til sykepleiere som ikke hadde slike forventninger, hadde de heller ikke et følelsesmessig engasjement og opptrådte likegyldig ovenfor pasienten. Disse sykepleierne neglisjerte pasientene da de bevisst ikke lot seg engasjere i pasienten men kun konkrete gjøremål, eksempelvis å late som de ikke hørte hva pasienten sa (ibid.). Ut i fra dette kan det tolkes at informantenes avgjørelse om å gå fra brukeren uten å utføre vedtaket, hadde med deres verdsettelse av brukeren å gjøre. Dette funnet kan bli sett i sammenheng med Martinsen (2012) oppfatning om at sykepleier og pasient begge er sårbart utlevert til hverandre. I rollebyttet i den gyldne regel finner sykepleier ut hvilke forventninger hun har til livet, og dermed hvilke forventninger hun anser den andre er tjent med (ibid.). Overført til de to siste sitatene, kan denne forventningen til livet

videreformidle en egenverdi hos informantene som også gjelder brukeren:

«Hjemmesykepleieren fortjener ikke ydmykelsen, og bruker fortjener ikke å være en person som er trakasserende». I en slik situasjon makter hjemmesykepleier å stå i egen sårbarhet, og forvalter makten med utgangspunkt i brukerens verdi som menneske. En informant uttalte hvordan hun opplevde at hun formidlet omsorg, at brukeren hadde en egenverdi, ved å tillate seg selv å bli følelsesmessig berørt. Susanne sa:

«Jeg tror at brukeren setter pris på at du blir både glad, oppgitt, lei deg, frustrert... Det viser at du bryr deg, og at det ikke er det samme for deg hva som skjer med brukeren.»

Til sist er det relevant å nevne at begge brukerne unnskyldte sin adferd ved neste møte med informanten som hadde dratt fra dem uten å fullføre vedtaket. De endret også adferden sin, og kontakten mellom den aktuelle bruker og informant ble ikke opplevd som vanskelig siden.

Therese uttalte:

«Da jeg kom neste gang var han veldig ydmyk mot meg igjen da, og ba om unnskyldning da. Han sa han skjønnte godt at jeg dro. Og etter det så var det ikke noe problem.»

Hanna fortalte at hun fikk støtte av pårørende om avgjørelsen av å gå fra brukeren uten å ha utført vedtaket, mens Therese fikk samme støtte av sine kollegaer om hennes avgjørelse. Dette kan i så måte være med på å bekrefte at makten som informantene benyttet ikke var urettmessig ovenfor bruker. Det kan også nevnes at Birkeland & Flovik (2011) heder at en ansatt i hjemmesykepleien kan unnlate å utføre innholdet i et vedtak dersom det er faglig forsvarlig og blir dokumentert. Begge informantene var tydelige på at de opplevde at fagligheten ikke ble truet ved at de ikke utførte vedtaket, og at de dokumenterte hendelsen skriftlig.

### **5.2.3 Profesjonalitet**

Analysefunnene viser at informantene opplevde at det var viktig å opptre profesjonelt i en konfrontasjon med en bruker de oppfattet hadde en provoserende adferd. I følge MacIntosh, (2003) er sykepleieres følelse av å være profesjonell nært knyttet til hvordan de blir møtt av



andre, og hvordan andre oppfatter dem (MacIntosh, 2003). Følgende sitat av Kari kan belyse hvordan en brukers adferd utfordrer informantens følelse av å opptre profesjonelt:

«Og da er det veldig viktig at du ikke lar deg rive med. Du kan ikke tillate deg selv å bli opphissa. Hold den profesjonelle standarden hele veien og ikke ned på et plan med munnhuggeri, men hele tiden være saklig i svarene dine. (...) Jeg er litt fornøyd og for jeg klarte å forholde meg rolig hele veien, selv om han ble ... han var ikke rolig.»

Analysefunnene viser at informantene var opptatt av å holde seg rolige når de ble provosert i møte med bruker slik beskrevet i sistnevnte sitat. Det handlet om ikke å la seg bli overmannet av egne følelser, og flere knyttet dette opp mot å være profesjonell sykepleier. Denne opplevelsen sammenfaller med Martinsens (2000) beskrivelse om hvordan de fleste sykepleiere oppfatter å være uprofesjonell. Samtidig skiller funnene i dette prosjektet seg fra denne oppfattelsen av å være profesjonell. Fremfor å følelsesmessig distansere seg for å bevare objektiviteten i blikket slik Martinsen (2000) beskriver er den vanligste oppfatningen, forteller informantene om at følelser må ha grenser. Følgende sitat kan illustrere hvordan informanten opplever egne følelser som utfordrende, men samtidig bruker tanken til å reflektere over hvordan hun skal håndtere situasjonen. Gunnvor sa:

«Så jeg har hatt noen tilfeller der jeg har hatt lyst til å rope tilbake. For da... men det blir jo galt å kjefta tilbake. Man må reflektere litt over sånne ting, hvordan man kan tillate seg å si i sånne situasjoner og det kan ofte ta litt tid.»

Sitatet kan belyse hvordan informanten tillater seg å være sansende til stede, men setter sine sanseintrykk i en vennlig vekslings mellom følelse og fornuft. Denne vekslingen er viktig siden den gir mulighet til å sette intense sanseintrykk på en slik avstand at vi kan undre oss over dem (Martinsen 2012). Å betrakte en bruker slik, er det Martinsen (2000) hevder er å se med hjertets deltagende øye. Disse funnene kan bli sett i sammenheng med det Martinsen (2000) betrakter som personorientert profesjonalitet. Når informanten uttrykker at hun synes «det blir jo galt å kjefta tilbake», kan det tenkes at hun har anvendt hjertets øye til å være mottakelig for sanseintrykk som setter i gang en refleksjon og motiverer til en omtanke for brukeren. Analysefunnene viser dermed at informantene ikke anså at det å være profesjonell som å være følelsesmessig distansert for å være objektiv. Funnene belyser snarere hvordan

informantene satte sine følelser i rammen av et reflektert tankeforhold for å holde seg profesjonell.

Informantene kunne fortelle at de kunne oppleve det som utfordrende å opptre profesjonelt, og at de ikke alltid følte at de klarte å være det. En informant fortalte om en situasjon der hun ble provosert av brukers atferd, og opptrådte slik hun anså å være uprofesjonell. Hun sa:

«ja, du er like egen du som slekta di, sa han da. Ja kan hende det, men du ligner da på din (...) Du blir jo litt provosert ikke sant, når enkelte drar inn forfedrene dine som er død, ikke sant? Og sånn som jeg har jo aldri hørt at far min har sagt et negativt ord om dem. Han sa ikke noe mer der og da, men han har jo, skal en si, slengt litt på det senere, så det var ikke så veldig klokt å gjøre det... Det bare datt ut... Men det var uproft».

Da informanten fortalte om denne situasjonen hadde hun et kroppsspråk og stemmeleie som ble forstått at hun var flau eller skammet seg over situasjonen. Det kan forstås som at det var en ubehagelig følelse. Martinsen (2012) hevder at skam kan både oppstå på grunn av krenkelse, samtidig som det er nødvendig å ha skam for ikke å krenke. Videre hevder hun at både pasient og sykepleier må gjøre seg verdig hverandres tillit, men det er sykepleier som har ansvaret da hun er den mektigste. Dette vil si at i situasjonen til informanten kan hun uttrykke at brukeren ikke oppfører seg på en verdig måte ovenfor henne, men det betyr også at informanten ikke kan svare brukeren tilbake med et krenkende svar. Informanten opplevde dermed det Martinsen (2012) beskriver som den gode skammen og som holder oss tilbake fra å krenke. Skammen som Sigrid opplevde kan betraktes som en seende følelse, ved at den førte til at informanten oppfattet at hun hadde opptrådt uprofesjonelt. Informanten fortalte at hun hadde tatt opp situasjonen med enhetsleder, og at hun ikke lengere møtte brukeren etter eget ønske. På en side kan det forstås at informanten tok ansvar for sin egen ufullkommenhet som hører mennesket til. Det ville vært høymoralsk å kreve at informantene til enhver tid skal være barmhjertig. Dette handler om at barmhjertighet ikke er et menneskeskapt fenomen men en suveren livsytring, og vil derfor være umulig å skape av en sykepleier i en gitt situasjon (ibid.). Samtidig kan det forstås at kanskje informantene opplevde å ha et slikt krav til seg selv. Dette fordi flere informanter gav uttrykk for at de ikke alltid snakket med sine medkollegaen om nedsettende kommentarer eller holdninger fra brukere. Rikke uttalte:

«Å være profesjonell sykepleier for meg er at jeg skal jo klare å takle den jobben min som jeg skal gjøre til hver enkelt. (...). Det er til enkelte som for eksempel, hvis man har hatt en dårlig opplevelse med en bruker eller... så... Dem kan være litt ekkel eller sint... så går man å tro at det er til bare meg, men så er det ganske ofte det skjer.»

Sitatet av Rikke viser at analysefunnene at informantene ofte tiet selv når de hadde opplevd en konfrontasjon med en bruker, eller opplevde det som skamfullt når de skulle fortelle om det til medkollegaen eller enhetsleder. For Rikke kan det forstås at hun var redd for at hun var den eneste som hadde opplevd nedsettende kommentarer av en bruker og at hun var redd for at andre kollegaer ville anse henne som mindre profesjonell eller dyktig sykepleier. Slik sitatet illustrer, opplevde flere av informantene at medkollegaen hadde hatt lignende opplevelser med samme bruker. Derimot når det eksempelvis var mistanke om vold i hjemmet til en bruker opplevde informantene at dette ble snakket mye om på arbeidsplassen, og at det derfor var enklere følelsesmessig å stå i situasjonen. Mari fortalte:

«Det er kjempeekelt å være der når begge er der. Du føler at... du skal jo ta vare på begge to... Så det blir litt. Jeg vet ikke. Det blir litt sånn... falsk noen ganger føler jeg. Men det går egentlig ganske greit, selv om det er litt vanskelig. Vi snakker mye om det og alle har det på samme måte.»

Slik sitatet illustrerer oppfattet informantene åpenhet rundt det å snakke om deres utfordrende opplevelser når det var mistanke om vold eller misbruk i hjemmet til en bruker. I så måte kan det forstås at informantene opplever det følelsesmessig lettere å håndtere en situasjon der det var mistanke om vold da den enkelte informant opplevde støtte fra sine kollegaer, fremfor en situasjon med en bruker som har nedsettende holdninger eller kommentarer som informanten ikke fortalte om til sine medkollegaen. Dette er et interessant funn i lys av tidligere forskning der det er rapportert om at å arbeide med ofre av mishandling kan oppleves bekymringsfullt og kan føre til sekundærtraumatisering, som handler om at ansatt overtar pasientens smerte (Lundestad & Lillevik, 2011; Sandmoe, 2011). Samtidig hevder Sandmoe & Kirkevold (2011) at selv om noen av de hjemmesykepleierne de intervjuet opplevde det som et tabu å snakke om mishandling av eldre, opplevde flesteparten det som uproblematisk å snakke åpent med kollegaer når mishandlingen var relativt åpenbar. I følge Manos & Braun (2006) snakker ikke sykepleiere så ofte om at de blir konfrontert av en pasient de opplever som vanskelig, da

sykepleieren kan oppleve at dette er en privatsak mellom de to. Funnet kan bli sett i relevans til St.meld. nr. 13 (2011 – 2012) «Utdanning for velferd» slår fast at den nye generasjonen sykepleiere har en fordel ved at de har kompetanse om hvordan aktiv søke ny kunnskap. Eksempelvis litteratursøk på anerkjente databaser, som kan tilføre arbeidsplassen kunnskap som kan være med på å utvikle helsetjenesten (Kunnskapsdepartementet, 2012). Samtidig har nyutdannede behov for å bedre forståelse, støtte og veiledning fra både arbeidsgivere, ledere og kolleger for å kunne utvikle sin profesjonelle yrkesutøvelse. Ut i fra dette kan funnet i dette prosjektet fremheve viktigheten av at hjemmesykepleierne snakker om det de opplever som følelsesmessig utfordrende, slik at de ikke føler seg alene om en utfordring når de er for seg selv med bruker.

### *5.3 Døden*

I dette kapittelet vil jeg belyse informantenes følelsesmessige utfordring til døden, som var et av analysens hovedfunn. Appeling & Berterö (2004) hevder i sin studie at å være døende eller å dø hjemme er knyttet til mye usikkerhet om når og hvordan døden inntreffer, som kan være vanskelig både for brukeren selv, men også for pårørende og helsepersonell å håndtere. Videre hevder forskerne at det er essensielt at hjemmesykepleiere er bevisst på sine handlinger og atferd, da dette har med brukerens egen konstruksjon av deres liv, sykdom og død å gjøre (ibid.). Slik det blir belyst i dette kapitelet kunne følelsesmessige utfordringer oppstå når informantene strebet etter at både brukere samt deres pårørende skulle oppleve å bli godt ivaretatt, både i den palliative fasen og etter at døden hadde inntruffet.

#### **5.3.1 Nærhet**

Analysefunnene belyser at informantene kunne oppleve en spesiell nærhet til den døende brukeren og dermed oppleve palliasjonsomsorgen som givende. Følgende sitat kan belyse hvordan Gunnvor opplevde dette:

«Terminalpleien liker jeg godt. Det med terminalomsorgen er så spesielt, og du kommer så nære på folk og du vil så gjerne at det skal bli så bra. Ubeskrivelig spesiell måte å jobbe på ...

dem er så prisgitt deg at det ... ja ... helt avhengig. Og det kjennes så... nært.»

Sitatet kan forstås som at informanten følte at hun hadde et viktig ansvar overfor den døende brukere, som er i en av livets ytterste sårbare faser når de var døende. Med tanke på de fysiologiske nedbrytningsprosesser som skjer når vi er døende samt en mulig uvisshet over veien videre etter at døden har inntruffet, kan det derfor forstås at en bruker er i en av livets mest sårbare faser når han eller hun er i den terminale fasen (Ilkjær, 2003). Å være døende er en sammensatt, komplisert og uforutsigbar situasjon. Det kreves at hjemmesykepleier har gode fagkunnskaper men også styrke til nærvær for den døende (Karlsson et al. 2012; Tømmerbakk, 2007). I så måte kan det forstås at den avstanden i den asymmetriske relasjonen mellom omsorgsgiver og omsorgsmottager er stor innenfor palliasjonsomsorgen, kanskje til og med en av de største innenfor omsorgsarbeidet generelt. Likevel, på tross av denne avstanden mellom den døende og hjemmesykepleier, kan de oppnå nærhet gjennom et felles mål. Martinsen (2012) viser til fortellingen om den barmhjertige samaritan, der hun hevder at de er hverandres neste og dermed beveger seg mot en gjensidighet med et felles om at den hjelpetrengende skal finne livshåp igjen. Sitatet ovenfor kan belyse en gjensidighet som informanten opplever å dele med terminale brukere, ved at de sammen jobber om et felles mål om at brukeren skal få en verdig død. Dette kan forstås å føre til en nærhet gjennom en samfølelse mellom informant og bruker selv om de står hverandre fjernt i den asymmetriske relasjonen.

Selv om nærhetsfølelsen informantene opplevde til brukere kunne være positivt, kunne det på samme tid også oppleves som følelsesmessig utfordrende. Analysefunnene belyser at informantene opplevde palliasjonsomsorgen som mer utfordrende når en bruker døde som de hadde hatt nær kontakt med over lengre tid, enn andre de hadde fulgt over kortere tid. Kari uttalte:

«Man har jo pasienter man følger opp... altså tettere enn andre... kanskje de som er mere alvorlig syk enn de eldste. Jeg hadde nettopp en bruker som døde, som jeg har gått til hver dag i over et år. Det er klart at når hun døde så gikk det innpå meg mer... enn andre.»

Selv om Kari i sitatet ovenfor trakk frem at det er mer tid eller hyppigere besøk med en bruker som er grunnen til at hun er preget av dødsfallet, er det tenkelig at det handler om en relasjon

som har utviklet seg. Luker et al. (2000) trekker frem at for hjemmesykepleiere er det essensielt å kjenner en bruker, det vil si at det er en følelse av nærhet mellom partene, for å oppnå en kontinuitet i palliasjonsomsorgen til terminale brukere. Samtidig hevder han at palliasjonsomsorgen stiller høye krav til at hjemmesykepleier involverer seg i brukeren for å oppnå en individuelt tilpasset omsorg, og at dette kan oppleves som følelsesmessig utfordrende (ibid.). Flere informanter uttalte at de opplevde at nærhet gjennom å ha vært involvert hos en bruker i lengre tid kunne bli svært krevende. Frida forteller at hun opplevde det som vanskelig å være like involvert til andre brukere samtidig. Hun sa:

«Og du blir jo lei deg når de forsvinner. Men du har jo gitt mye av deg selv så det kjenner jeg jo nå at det er veldig greit for meg som person og at... men sånn jobbmessigt så har jeg jo kjent på at på meg selv at det er litt greit å ha overskudd til de andre og for at det blir veldig sånn fokus på de som er mest syk og så kanskje litt mindre på de andre.»

Sitatet kan tolkes at informanten uttrykte en lettelse når en bruker døde, selv om hun også ble trist, fordi dette betydde at hun kunne vie mer av sin sansende oppmerksomhet til andre brukere hun følte var blitt oversett. Nyeng (2006) hevder at gode og vonde følelser kan oppleves motstridende. Dette betyr ikke nødvendigvis at følelser er motstridende, men at følelser kan være knyttet til ulike deler av en situasjon som vi står i. Sitatet til Frida kan bli sett i sammenheng med tidligere forskning som bekrefter at hjemmesykepleiere opplever det som utfordrende å arbeide med brukere i kurativ fase samtidig med brukere som er i den palliative fasen. Burt et al. (2008) hevder at å integrere palliasjonsomsorgen med andre omsorgsoppgaver i en arbeidshverdag oppleves som utfordrende for hjemmesykepleiere fordi de er under press av begrenset tid og ressurser. Wallerstedt & Andershed (2007) rapporterer at hjemmesykepleiere opplevde det som utfordrende på grunn av at de anså sitt ansvar som vesentlig viktigere ovenfor terminale brukere enn brukere som var stabile eller ikke inni i en kritisk sykdomsfase. Hjemmesykepleierne i deres studie opplevde rollebyttet mellom å utøve omsorg for en døende bruker og brukere som ikke var det, som følelsesmessige utfordrende i form av stress, mistrivsel og frustrasjon (ibid.). Dette kan bli sett i lys av Martinsen (2003) at omsorg som blir gitt til pasienter som opplever tilbakegang av tilstand kan oppleves som mer følelsesmessig utfordrende enn pasienter som opplever å bli selvhjulpne. Pasienter som ikke har som mål å bli selvhjulpne har behov for en omsorg som kan kreve nærkontakt over lengre tid. Betydningen av omsorgen er også ofte større for dem som opplever tilbakegang siden de

er mer avhengig av den. Dette kan bli så belastende for sykepleier at hun opplever å bli følelsesmessig overbelastet (ibid.). Det kan være at sitatet ovenfor av Frida uttrykker at hun har opplevet det som følelsesmessig utfordrende å arbeide innenfor palliasjonsomsorgen, fordi hun opplever at hun ikke makter å være like sansende oppmerksom til andre brukere som ikke var i palliativ fase. I så måte opplever hun en lettelse av at en bruker dør, fordi hun har hatt skyldfølelse for at andre brukere ikke har fått den omsorgen som hun har ønsket å gi.

Informanten Sigrid var en informant som fremstod for intervjuer som noe anspent under intervjuet. Når hun ble stilt spørsmål kunne det virke som det var noe hun hadde opplevd som vanskelig, men ikke ønsket å fortelle videre om. Intervjuer forsøkte ikke å presse Sigrid, og det var ikke før hun ble spurt om hun hadde noe avsluttende å si at hun ønsket å åpne seg opp. Da fortelle hun om en tidligere kollega av henne som ble akutt syk og døde få uker senere. Sigrid fortalte at de var venner på fritiden, og at hun var en av flere sykepleierne fra avdelingen som fulgte denne kollegaen opp. Hun fortalte:

«For hun skulle jo komme hjem [fra sykehuset]for å dø da, og jeg var jo der og tok imot henne. Tilrettela og sånt. Da vistes det så godt at hun var helt innforstått med alt det som skulle skje. Det var fælt. Hun visste jo alt som skulle skje selv ikke sant. Hva skal man si og ikke si som er rett liksom i sånne ting... blir litt vanskelig det. (...). Hun som var så oppegående og frisk og flink, og der lå hun helt hjelpeløs. Og tilfeldigvis var jeg der da og når hun døde... Bare plutselig en dag så... nei, det var vanskelig. Ja der ser du hvor brutalt ting kan være. Det gjør jo noe med deg. For du er jo like sårbar selv som alle andre.»

Selv om det var flere år siden at kollegaen døde, var det tydelig at Sigrid i sitatet over var preget av situasjonen når hun fortalte om det under intervjuet. Hun var blank i øynene og snakket med dempet stemme. Når Sigrid uttaler «Hva skal man si» og «du er jo like sårbar» kan det uttrykke at hun opplevde en relasjonell nærhet som overgikk det asymmetriske forholdet som er den vanlige rollen for sykepleiere. I så måte kan det forstås at den asymmetriske relasjonen kan være hensiktsmessig for hjemmesykepleiere for å håndtere sin egen og brukers sårbarhet. Vetlesen (1996) hevder at når personlige forhold er involvert for en sykepleier er engasjementet større fordi relasjonen er sterkere. Selv om engasjement ofte er en styrke i relasjonen mellom sykepleier-pasient, kan det i slike tilfeller være problematisk for en upartiskhet det vil si handlemåter som ikke innebærer forskjellsbehandling. Hvorfor

eksempelvis ikke spesialisthelsetjenesten kunne bistå avdelingen som Sigrid arbeidet hos, ble ikke diskutert under intervjuet. I følge St.meld.nr.29 (2012–2013) «Morgendagens omsorg» beskrives det at samhandling mellom spesialisthelsetjenesten, herunder palliative sentere på sykehus, og kommunehelsetjenesten, herunder hjemmesykepleien og sykehjem, er viktig for å få til et godt palliativt tilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Stortingsmeldingen hevder at spesialisthelsetjenesten har ansvar for å spre kompetanse i kommunene, men nevner ikke mulighet for hjemmebesøk. At spesialisthelsetjenesten skal gjøre hjemmebesøk i palliasjonsomsorgen står i kontrast til Samhandlingsreformen som beskriver at spesialisthelsetjenesten skal desentraliseres og gi kommunene større ansvar for helsehjelpen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Toften (2008) viser til i sin masteroppgave at hjemmebesøk av spesialisthelsetjenesten i palliasjonsomsorgen er ikke et etablert system, og utføres vilkårlig ved ulike sykehus i Norge. Det er derimot naturlig å tenke at det kunne ha vært en løsning for å beskytte både brukeren og Sigrid i hver sin sårbare situasjon. På denne måten kunne brukeren fått oppfylt sitt ønske om å dø hjemme, uten å måtte forholde seg til tidligere kollegaer i palliasjonsomsorgen. Sitatet ovenfor av Sigrid belyser at hun oppfattet situasjonen som svært personlig krevende, og kan forstås at utfordringen å være pårørende samtidig som hjemmesykepleier er en utfordring som ikke bør være forventet av offentlige ansatte i helsetjenestene.

### **5.3.2 Innlevelse**

Flere av informantene snakket om hvordan de involverte seg i brukerens situasjon når de gikk inn i den terminale fasen. Å identifisere seg med brukeren situasjon var et tema flere av informantene tok opp under intervjuet som eksempel på at de involverte seg. Karoline sa:

«Jeg tenkte mye på i den perioden, hvor heldig jeg var at min familie er frisk. Det er så tilfeldig hvem som blir syk. Og det er klart jeg da tøyde meg for at han [brukeren] skulle få en verdig avslutning, tok på meg ekstravakter og... stod på. Følte det var min måte å hjelpe til på.»

Sitatet av Karoline kan belyse at hun opplevde møtet med en døende bruker førte til en økt bevisstgjøring av hva som var positivt i eget liv. Det kan forstås som at dette motiverte henne til å ta på seg ekstravakter. Funnet kan bli sett i sammenheng av studien til Mok & Chiu,



(2004) som intervjuet sykepleiere som jobbet innenfor palliasjonsomsorgen og terminale pasienter. De fant at sykepleiere opplevde mening i møte med døende mennesker i form av å reflektere over hva som var av betydning og ikke betydning i deres personlige liv, gjennom å av å bli innviet i pasientens sårbare situasjon. Den terminale pasienten opplevde med dette å være et menneske av betydning for sykepleieren. Denne relasjonen fungerte som drivstoff for den døende og gav dem energi (ibid.). Rikke var en informant som fortalte at hun identifiserte seg med brukere og pårørendes situasjon ved å tenke på bestemoren sin. Hun sa:

«Prøver å tenke på hvordan jeg ville hatt det, hvordan vil jeg at noen skal behandle mor mi, bestemoren min, og prøve å ha det litt i bakhodet. (...) Hvis det hadde vært bestemoren min eller mor min som hadde dødd så har jeg jo ville at dem som var profesjonell skulle og vise følelser. Det skal jo røre dem på en måte og.»

Sitatet til informanten kan forstås som at hun opplevde å identifisere seg var positivt for å involvering og innlevelse til brukere og pårørendes situasjon. Lervåg (1998) viser til funn i sin studie at sykepleieres innlevelse er grunnleggende for å være mottagelig for sanselige inntrykk fra pasienten som bekymring, redsel, smerte eller glede. Som tidligere nevnt hevder Martinsen (2012) at det er høymoralskt å kreve at en sykepleier skal prestere å utøve de suverene livsytringene til enhver tid. For å oppfylle fordringen om å ta vare på den andre, trenger sykepleier veiledning. Den gyldne regel, eller meg i den andre tankegangen, kan det vekkes en spontan medfølelse. Det kan forstås som at Rikke sin opplevelse handler om den vennlige vekslingen mellom fornuft og følelser, slik tidligere beskrevet av Martinsen (2012), der hun tenker seg til et rollebytte for å hjelpe henne å skape et rom der sanseintrykkene kan overveies. Noen av informantene snakket om at de kunne opplevde det utfordrende dersom de møtte brukere som var i samme livssituasjon som dem selv når de arbeidet med palliasjonsomsorgen. Eksempelvis fortalte Gunn at hun var småbarnsmor og opplevde det utfordrende å besøke brukere som var småbarnsforeldre selv med sykt barn. Hun forklarte dette slik:

«Og jeg klarte ikke helt å... Jeg kunne liksom ikke helt snakke om sønnen min når jeg var der. Var redd for å såre han eller foreldrene ved å snakke... Det gikk så inn på meg. For min var jo stor og sprang og... han andre var slapp og elendig og... Ja, så jo så stor forskjell der. (...) Da måtte jeg gå inn i meg selv å... Jeg går inn å være... søkka skjerpå.»

Sitatet kan forstås at informanten opplever det utfordrende å opprettholde den distansen hun vanligvis pleier å ha til en bruker, når hun føler det er urettferdig at hun har et friskt barn og at familien har et sykt barn. Doe & Katz (2006) hevder at sykepleiere som arbeider med døende barn, ofte opplever intense følelser i sitt arbeid. Dette hevder de at handler en forestilling at et barn som dør ikke hører til den naturlige orden. Det vil si at det oppleves som urettferdig når et barn dør fordi barnet er blitt frarøvet muligheten til å leve et langt liv, noe som alle barn har rett på (ibid.). Det kan forstås som at for Gunn var det i denne situasjonen hensiktsmessig av henne ikke å tenke seg til et rollebytte, da hennes situasjon allerede var så lik. Istedenfor trengte hun å fokusere på å opprettholde en distanse da det kan tolkes som at hun kjente en skyldfølelse for at hun hadde et friskt barn, mens familien hadde et sykt barn. Martinsen (2012) hevder det er nødvendig med en romlighet som distanse kan gi, for å kunne arbeide med de inntrykkene vi får og for å kunne ta beslutninger begrunnet både ut fra faglighet og normer. Martinsen advarer at dersom sykepleiere ikke klarer å skape dette rommet, går de inn i en sanseløs distanse (ibid.). En slik sanseløs distanse kan det forstås at Gunnvor opplevde da hun forteller om hvordan de ble overinvolvert til en terminal bruker. Hun sa:

«For det er så godt å høre at du er verdt noen ting og at folk føler att du gjør en bra jobb og ikke sant. Men du kan ikke gjøre en sånn situasjon til ditt. (...) Du synes så synd på dem at du på en måte... når du lever deg så inni at du blir nærmeste pårørende. «jeg ikke greid å se noen muligheter vet du ... ikke greid å se noen løsninger, tiltak... Nei, du graver deg litt ned, sammen med ... og da klarer du ikke å være noen god hjelper.»

Sitatet av Gunnvor kan forstås som at hun følte seg overveldet av å se et annet menneske ligge for døden og dermed opplevde seg selv som maktesløs. Tømmerbakk (2007) hevder at det å møte et døende menneske kan være utfordrende fordi det minner oss om vår egen sårbarhet. Sitatet til Gunnvor kan forstås som at hun opplevde å bli så involvert i brukeren situasjon at hun ikke lengre klarte å skille mellom egen sårbarhet og brukerens. Vetlesen (1996) påpeker at det er et skille mellom evnen til empati, innlevelse, og personlige følelser. Dette skillet handler om at vi ikke skal føle det samme som den andre, men at den andre sine følelser inngår i vår eget indre landskap. Det er nødvendig å ha dette skille for å kunne forstå forskjellen mellom seg selv og den andre. Når Gunnvor forteller at hun syntes så synd på pasienten, kan det forstås at hun opplever at skillet mellom seg selv og brukeren blir utydlig. Dermed utøver hun det Martinsen (2000, 2003) betegner som sentimental omsorg.

Problemet med den sentimentale omsorgen er at handlinger kan bli basert på føleri, der situasjonen blir borte, og omsorgen ikke baserer seg lengre på hva som er til det beste for pasienten. Det kan tolkes som at Gunnvor opplever seg som maktesløs fordi hun så brukeren ut i fra sin egen følelsesmessige horisont, det vil si at hun ikke så brukeren med de seende følelser som er åpnet opp av sansene (ibid.). Gunnvor påpekte at en konsekvens av hennes overinvolvering var at hun ikke stolte på sine kollegaer kunne gjøre en like god nok jobb som henne. Hun sa:

Klart jeg ikke sa at de [pårørende] skulle få slippe den og den personen. Men det at du stiller opp gang på gang på gang og kommer og kommer og kommer og ... Nei, sier egentlig alt, selv om du ikke sier det med ord». (...) «Og du undergraver dine kollegaer og medarbeidere litt og ... å heller si at «ja men hun er jo kjempeflink hun og, og det blir så bra når hun kommer».

Det kan forstås som at Gunnvor ikke hadde tillit til at hennes kollegaer kunne gjøre en like god jobb som henne for brukeren og pårørende, men hun har i ettertid forstått at det ikke var en god løsning. Karlsson et al. (2012) hevder i sin studie at mangel på samarbeid mellom hjemmesykepleiere svekket kvaliteten i palliasjonsarbeidet, og de følte dette skapte etiske utfordringer. Noen av hjemmesykepleiere i studien uttrykte at de opplevde at ikke alle av deres kollegaer forstod pårørendes behov for å delta i terminalfasen, og dermed gjorde det vanskelig for enkelte brukere å dø hjemme (ibid.). I følge St.meld. nr.29 (2012–2013) «Morgendagens omsorg» er Norge et av landene i verden hvor færrest dør hjemme, der manglende trygghet blant pårørende samt begrensede ressurser i hjemmetjenesten er hovedårsakene til at ikke flere mennesker for oppfylt sitt ønske om å dø hjemme (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

### **5.3.3 Ro**

Etter at døden er inntrådt, har hjemmesykepleiere ansvar for at den avdøde får et verdig stell (Birkeland & Flovik, 2011). Analysefunnene belyser at informantene var bevisste på å forholde seg rolige når de opplevde å bli følelsesmessig utfordret under dette stellet. Mari fortalte:

«Selv om jeg ikke følte meg rolig inni. Men under stellet ta seg god tid, pusta og ... Hele tiden

gikk jeg med tårer i øynene. Men rolig... puste... sakte... (...) Jeg fikk tilbakemelding på det når det har vært dødsfall da, at jeg var veldig rolig og trygg, selv om jeg ikke føler meg sånn. Pårørende så at jeg virka veldig trygg i situasjonen.»

Sitatet kan forstås som at Mari forteller om hvordan hun bruker pusten sin for å holde seg rolig. Videre kan sitatet bli sett i lys av et eksempel av Martinsen (2012) om pusten, som kan settes i sammenheng med informantens møte med datteren. I begge tilfeller kan sykepleier med sin kroppslige og sansende nærhet formidle en ro til pasienten eller pårørende. I eksemplet til Martinsen kan denne roen føre til at pasienten makter å spille med i sykepleierens rytmiske sans og gjenvinne en følelse av kontroll av egen kropp, slik at pasientens pust stabiliserer seg (ibid.). I sitatet kan det forstås at informanten holdt roen gjennom å fokusere på rytmen i egen pust. Denne roen kan ha vært viktig for at hun klarte å forholde seg til egen sårbarhet i situasjonen, men også å forholde seg til pårørendes sårbarhet ved å formidle en som bidro til en verdig stemning. Dette funnet kan bli sett i sammenheng hvordan sykepleiere i avhandlingen til Berthelsen (2010) var bevisst på å endre atferd for å formidle ro som var nært forbundet med å vise respekt og verdighet til den avdøde pasienten under stellet, og til pårørende etter at morsstellet var gjennomført. I slike tilfeller opplevde sykepleierne tiden som stillestående, selv om deg kunne være en hektisk dag på avdelingen (ibid.).

Selv om flere av informantene uttrykte at de opplevde det som følelsesmessig vanskelig å utføre det siste stellet, var det flere som opplevde det som godt å ta del i det spesielt til brukere de hadde opplevd nærhet til. Rikke fortalte om et stell hun hadde av en bruker, der hun skulle hjelpe datteren til å velge klær som moren hennes kunne gravlegges i. Hun sa:

«Jeg følte jeg ville dit etter at hun døde. En vil jo liksom gjøre seg, ikke ferdig, men ja... (...) «Skal jeg ta det her eller skal jeg ikke ta det her?» spurte datteren meg. Jeg kjente jo at det er noe som rører seg i meg. Og så kom klumpen i magen, tårer i øynene. (...) Og da hadde jeg vært der en del så da viste jeg hva hun hadde likt. Og hun hadde vært i bursdag og fått noe som hun syntes var så fint jeg tok fram.»

Rikke beskriver i sitatet at hun kroppslig blir berørt gjennom uttalelsen «*det er noe som rører seg i meg*». En slik umiddelbar medlevelse beskriver Martinsen (2012, 2000) som når hele

kroppen blir berørt i et sansesamspill, der en sans aktiverer de andre sansene. Den kroppslige fornemmelsen aktiverer følelsene og tankene. På samme tid, når vi er åpne og mottakende for den andres smerte, blir smerten identifiserende og den angår oss. Slik kan sansingens åpenhet oppleves som fryktelig (ibid.). Ut i fra dette viser informantene både vilje og evne til å stå i sin egen sårbarhet for å gi brukeren den siste omsorg. Dersom informantene ikke hadde maktet å stå i sin egen eller datterens sårbarhet, er det mulig møtet mellom dem ville fortonet seg annerledes. Det er tenkelig at om informantene ikke hadde maktet å stå i sårbarheten sammen med datteren, ville hun heller ikke maktet å være sansende oppmerksomt tilstede for datterens appell om hjelp. At datteren spør informantene om råd om klesvalg kan handle om hvordan datteren føler seg så grepet over morens sorg at hun ikke makter å stå i sin egen sårbarhet, og dermed ikke klarer å tenke på hvilke klær moren hennes likte. Birkeland & Flovik (2011) hevder at pårørende bestemmer klesvalg til den avdøde. I så måte kunne informantene ha å distansere seg fra datteren ved å si at «det er ditt valg, jeg skal jo ikke bestemme det». Dette kan imidlertid forstås som å slå handen av datteren og dermed å handle etter sin egen interesse fremfor hva som er best med tanke på sin neste (Martinsen, 2005). Det kan skimtes en etisk fordring å svare på datterens rådføring, som handler om å gå fra å være en tilskuer som registrerer til å ta ansvar for den andres truede livsmuligheter (Martinsen, 2005). I stedet for å distansere seg, svarer informantene på datterens appell og er nærværende ved å engasjere seg i klær hun mener at avdøde har likt. Ved at Rikke makter å forholde seg til egen og pårørende sin sårbarhet, kan det forstås som at hun også maktet å holde seg rolig og dermed er åpen for de seende følelsene av den andre sin situasjon.

#### *5.4 Oppsummering*

Dette prosjektets funn og fortolkninger, belyser hvilke følelsesmessige utfordringer som informantene anså som mest vesentlige i deres arbeidshverdag. Informantene uttrykte at følelser var en viktig del av deres arbeidshverdag i møte med en bruker. Følelser kunne oppleves som positive ved å føle en nærhet til bruker. Samtidig kunne det føles utfordrende når de opplevde følelsen av ikke å strekke til, at det var vanskelig å holde seg rolig når de ble provosert eller når nærheten ble for stor. Funnene og fortolkningene viser at disse utfordringene var knyttet til tidspress, brukers provoserende atferd og døden.

*Tidspress* var en utfordring som informantene opplevde, uavhengig av om de arbeidet med tidsestimerte oppdrag eller ikke. Informantenes uttalelser vedrørende utfordringer i arbeidshverdagen kan tyde på at tidspress var forårsaket av ressursmangel, fremfor hvordan tiden ble organisert og sammenfaller med tidligere forskning. Tidspress førte til at det i omsorgsutøvelsen ble fokusert på gjennomføring av arbeidsoppgaver fremfor å fylle brukerens behov, noe Martinsen (2012) betegner som gjøremålstravelhet. Når informantene blir skuffet over egen yrkesutøvelse i gjøremålstravelheten, kan dette være fordi de sanser brukerens sårbarhet og hvordan tidspresset påvirker dem med negative konsekvenser. Det førte til negative følelser hos informantene når deres yrkesutøvelse ikke samsvarte med egne forventninger og ideal. Informantene uttrykte at tidspresset kunne føre til negative konsekvenser for brukerne. Dette handlet om at en bruker følte seg stresset av sykepleieren. I disse tilfellene kunne brukerens behov ikke bli ivaretatt og informantene kunne føle en skam ved at de ikke har vært oppmerksomme nok eller sanset hvordan opplevelsen for brukeren var. Informantene uttrykte følelse av utilstrekkelighet når de opplevde tidspress og dette medførte at de kunne kompensere på dager de hadde mere tid og utføre gjøremål brukerne ikke hadde krav på eller som var vedtaksbestemt. Informantene ble utfordret av egen sårbarhet og fikk en avmektighetsfølelse av ikke å strekke til. En informant skilte seg fra de andre ved å uttrykke at det ikke var henne selv som ikke strakk til, men at det var ressurser som ikke strakk til. Hun var også kritisk til å gjøre mer for en bruker enn det som vedkommende hadde vedtak på, da dette var problematisk med tanke på at andre brukere ville få mindre tid til sitt vedtak. Stortingsmeldingen Samhandlingsreformen vektlegger at det blir store utfordringer innenfor helsevesenet årene fremover med flere eldre og mere kronisk sykdom og sammensatte sykdomstilstander i befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Dette er utfordringer som det i følge Samhandlingsreformen skal løses i størst mulig grad i kommunen. Ved å se på hvilke behov det er til ulikt helsepersonell kan tilgjengelige ressurser bli benyttet annerledes enn i dag (ibid.). Dette prosjektet kan indikere at det er behov for en diskusjon rundt hjemmesykepleiers rolle, i lys av kapasitet og bemanning på den ene siden og kompetanse og profesjonalisert selvstendighet på den andre.

*Brukers provoserende atferd* handlet om når informantene ikke klarte å tilfredsstille brukerens ønsker og behov i utførelsen av vedtaket. Informantene uttrykte at de var engasjert til å utføre vedtakene på en omsorgsfull måte som tilfredstilte både brukerens ønsker og behov. Som oftest opplevde informantene at brukerne var tilfreds med hvordan de utførte oppdragene. Følelsesmessige utfordringer kunne oppstå når brukerne ikke var tilfreds med den hjelpen

som de mottok og når de uttrykte sin misnøye med nedlatende tone samt kommentarer. Informantene opplevde å bli provosert av brukers adferd når de ikke oppfattet en bakenforliggende årsak som kunne legitimere atferden. I så måte kan det forstås som at brukerne ikke levde opp til normative forventninger rundt pasientrollen. Det kan bli problematisk dersom en følelsesmessig utfordring av å bli provosert står i veien for å være sansende oppmerksom til en brukers sårbarhet. Provokasjonen kan stå i veien for å avdekke faktiske forhold rundt en brukers situasjon. Noen av informantene fortalte at de valgte ikke å fullføre et oppdrag hos brukere, når de opplevde at deres grense for toleranse ble krysset. Et dilemma som kan oppstå er knyttet til hjemmesykepleieres utøvelse av makt. På den ene siden er det problematisk om makten blir brukt med et paternalistisk formål for å få sosial kontroll over brukeren. Et slikt syn tar hensyn til vedtakets innhold fremfor brukeren og er uhensiktsmessig bruk av makt da det ofte ikke vil være til brukerens beste. På den andre siden kan også makten være et uttrykk for grensesetting som har utgangspunkt i en verdsettelse av både brukeren og seg selv som yrkesutøver. I NOVA-rapporten *Morgendagens eldre – blir de annerledes?* (Slagsvold & Solem, 2005) blir det hevdet at mye tyder på at morgendagens pasienter vil utfordre hjemmesykepleien på en annen måte enn det dagens pasienter gjør. Dette handler om at pasienter vil muligens være mindre beskjedne, stille større krav og ønske å bestemme selv. Dette er pasientatferd som er ulik den normative pasientatferden som er mer vanlig i dag (ibid.). I så måte kan det forstås som at hjemmesykepleieres evne til å håndtere å bli følelsesmessig utfordret av brukers provoserende atferd, vil være viktig for å sikre at brukere blir ivaretatt med tanke på verdier i omsorgen. En slik omsorgsfull ivaretagelse kan knyttes til at informantene opplevde det som viktig å holde seg profesjonell under en konfrontasjon eller når de ble provosert. Med å holde seg profesjonell vil det si at informantene maktet å sette sine egne følelser inn i rammen av et reflektert tankeforhold, slik Martinsen (2000, 2012) beskriver som personorientert profesjonalitet. Refleksjonen kan her være med på å motivere til omtanke slik at det ikke oppstår en følelsesmessig distanse mellom hjemmesykepleier og bruker. Analysen antyder at informantene kunne oppleve det vanskelig å snakke med sine kollegaer hvis de hadde hatt en konfrontasjon med bruker, i frykt for at det var bare de selv som hadde opplevd dette. Prosjektets funn viser at det kan være behov innenfor hjemmesykepleien å snakke om og å motta støtte eller veiledning til følelsesmessige utfordringer som oppstår i arbeidshverdagen.

I *Døden* uttrykte informantene at de følte en spesiell nærhet til brukere som lå for døden. Denne nærheten ble beskrevet som spesiell fordi hjemmesykepleier og bruker kunne oppleve

en gjensidighet ved å samarbeide om en verdig død for brukeren, selv om det var stor avstand i den asymmetriske relasjonen. Videre ble nærheten uttrykt som særlig fremtredende hos brukere der informantene hadde utviklet en relasjon over tid. Å ha nærhet til bruker innebar at informantene involverte seg. Denne involveringen er krevende, og det kunne for informantene oppleves som utfordrende å være like sansende oppmerksom til brukere i kurativ fase som brukere i palliativ fase. En informant fortalte om at nærheten utfordret den asymmetriske relasjonen ved at hun hadde et personlig forhold til en bruker, en tidligere kollega. Hjemmebesøk av spesialisthelsetjenesten kunne ha vært et hensiktsmessig alternativ i en slik situasjon, selv om det ikke er i tråd med tankegangen om desentralisering og økt ansvar til kommunen i henhold til Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Å identifisere seg med en bruker kunne være hensiktsmessig for innlevelse til brukerens sårbarhet. Det var en tilnærming som informantene kunne benytte seg av for å bearbeide sine sanseinntrykk i en vennlig veksling av fornuft og følelser. Martinsen (2012) hevder at sansingen er viktig for sykepleiere for å åpne seg opp for de seende følelser som er nødvendig for å lytte til pasienter og deres egen forståelse av sykdom. Likevel kunne det oppleves som utfordrende for informantene dersom livssituasjonen til brukeren var tilnærmet lik sin egen, eksempelvis begge var småbarnsfamilier. I slike tilfeller var det hensiktsmessig for informantene å fokusere på å opprettholde en distanse til brukerens situasjon for ikke å gå inn i en sanseløs distanse. Skillet mellom informantens egen sårbarhet og brukerens sårbarhet ble dermed uklart. For å stå i egen sårbarhet og ikke å forholde seg til pårørendes eller brukers sårbarhet, var det viktig for informantene å holde seg rolig. Med et slikt utgangspunkt opplevde informantene at de var sansende oppmerksom tilstedte for brukeren og pårørende. Prosjektets funn indikerer at hvordan hjemmesykepleiere makter å stå i følelsesmessige utfordringer i palliasjonsomsorgen, kan påvirke brukers og pårørendes opplevelse ved livets avslutning.



## 6.0 Avslutning

Hensikten med dette prosjektet har vært å beskrive følelsesmessige utfordringer som hjemmesykepleiere opplever i deres arbeidshverdag. Her følger en oppsummering og konklusjon av prosjektets hovedfunn. Deretter vil prosjektets gyldighet, pålitelighet og overførbarhet belyses og til sist vil videre forskning på området beskrives kort.

### 6.1 Konklusjon

Følelsesmessige utfordringer oppstod ved at informantene møtte andre menneskers sårbarhet, og gjennom dette møtet også møtte sin egen sårbarhet. Ulike følelsesmessige utfordringer kunne oppstå som et vekslingsforhold av positive og negative følelser. Dette kunne være ansvar og skam ved tidspress, engasjement og avmektighet til brukers atferd, nærhet og skyld ved døden. Utfordringen bestod dermed i å makte å forholde seg til egen og andres sårbarhet som var viktig for informantene for å være sansende oppmerksom til brukere. Uten å være sansende oppmerksom til brukeren kunne ikke informanten se brukeren med følelser, som kunne føre til at brukerens ytringer ikke ble hørt. Funnene og fortolkningene gir grunnlag for å hevde at hjemmesykepleieres møte med sin egen og andres sårbarhet er viktig for innlevelse i andres lidelse samt oppfordring til ivaretagelse, slik Martinsen (2012) beskriver det.

Hjemmesykepleieres håndtering av følelsesmessige utfordringer kan knyttes opp til hvordan bruker blir ivaretatt. I følge Samhandlingsreformen (2008 – 2009) bør det i lys av veksten innenfor hjemmesykepleien *legges vekt på å tydeliggjøre hva som er innholdet i sykepleiefunksjonen og hvordan dette integreres i den helhetlige helse- og omsorgstjenesten* (Helse- og omsorgsdepartementet 2009:56). Prosjektet kan være relevant til en tydeliggjøring av hjemmesykepleieres rolle i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

### 6.2 Gyldighet, overførbarhet og validitet

Gyldighet kan ha med hvorvidt en metode undersøker et prosjekts problemstilling (Kvale & Brinkmann, 2009). Metodekapittelet presenterer prosjektets fremgangsmåte om hvordan jeg har gått frem for å forsøke å få tak i det informantene uttrykte som mest relevant. De presenterte funnene belyses at informantenes opplevelse besvarer prosjektets problemstilling

om hvordan de kunne bli følelsesmessig utfordret i en arbeidshverdag i hjemmesykepleien.

Overførbarhet handler om hvorvidt et forskningsprosjekts analytiske funnene kan overføres til å gyldighet i andre sammenhenger (Kvale & Brinkmann, 2009). Funnene i dette prosjektet kan ikke i en statistisk sammenheng overføres til et populasjonsnivå for alle hjemmesykepleiere på landsbasis. Derimot kan funnene i dette prosjektet bli vurdert opp mot en analytisk generalisering. Det er derfor blitt lagt vekt på presentere kapittel 5.0 Funn og fortolkninger med «tykk beskrivelse», det vil si en innholdsrik og dyptgripende beskrivelse slik at en tredjepart kan ha mulighet til å vurdere om prosjektets funn har relevans for dere selv (ibid.). Min oppfatning er at funnene i dette prosjektet vil være av faglig interesse for hjemmesykepleiemiljøet.

Thagaard (2009) knytter relasjonen mellom informant og forsker til en studies pålitelighet. Med tanke på at jeg selv er sykepleier som skulle intervjuer andre sykepleier, er det tenkelig at informantene var til en hvis grad bevisst på hvordan de fremstilte seg selv. Dette er imidlertid en utfordring ved de fleste kvalitative forskningsintervjuer (Kvale & Brinkmann, 2009). Som novise i intervjurollen var jeg spent på om informantene ville oppleve tillit til meg slik at de ønsket å dele deres erfaringer og opplevelser. Jeg opplevde å ha en god dialog med informantene, som fremsto som engasjerte og nysgjerrige til prosjektets problemstilling. Flere informanter uttrykte at de følte prosjektet hadde relevans for deres praksis gjennom følgende sitat: «Endelig noen som vil høre hvordan vi har det» og «Vi kunne sikkert ha pratet en time til». Inntrykket jeg sitter igjen med er en positiv overraskelse av hvor naturlig, det vil si hvor lite anstrengende, det opplevdes å få informantene til å assosiere rundt spørsmålene til egne opplevelser. Dette kan være et tegn på at datamaterialet er av god kvalitet (Kvale & Brinkmann, 2009). Det blir dermed vurdert at informantene opplevde intervjusituasjonen som akseptabel, selv om avdelingslederne viste hvem av sine ansatte som deltok i prosjektet jf. kapittel 4.6.1, som er viktig for en studies pålitelighet. Videre blir dette tolket av meg at følelser i hjemmesykepleien var et viktig tema for informantene.

### *6.3 Videre forskning*

Dette prosjektet aktualiserer hjemmesykepleieres følelsesmessige utfordringer i omsorgsarbeidet. Siden det er gjort lite forskning på området og både funnene i dette

prosjektet indikerer at tematikken kan knyttes opp mot brukeres ivaretagelse, bør det forskes videre på dette området.

Det er trolig hensiktsmessig i fremtidig forskning å inkludere et større utvalg. Dette kan bli gjort med kvantitative tilnærming for å systematisk kartlegge hvilke følelsesmessige utfordringer som hjemmesykepleiere opplever blant større grupper, og om det eventuelt kan være geografiske forskjeller. Selv om sykepleiere ofte har ansvar for den totale oversikten til brukernes situasjon, er det mange andre helseprofesjoner og helsepersonell som er viktige for hjemmesykepleien som omsorgsarbeidere, vernepleiere, sosionomer, barnevernspedagoger og spesialpedagoger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Birkeland & Flovik, 2011). Det kunne derfor vært relevant å inkludere disse helseprofesjoner og helsepersonell i et større utvalg. Dette prosjektet inkluderte elleve informanter der ti var kvinner og en var mann. Det vil si at dette prosjektet ikke kunne fokusere på kjønnsforskjeller uten at konfidensialiteten hadde blitt nedprioriter. Sykepleie er tradisjonelt sett et kvinnedominert yrke (Nordtvedt, 2008). Med tanke på at fire av ti menn som startet i 2007 fullførte ikke utdanningen på fem år (Statistisk sentralbyrå, 2013) vil det være viktig at menns opplevelser blir hørt i videre forskning.

Martinsen (2012) hevder at sårbarhet og avhengighet er grunnvilkår ved våre liv som henger sammen. I dette prosjektet er sårbarhet blitt mest belyst, så i videre forskning kunne det vært relevant å undersøke avhengighet til hjemmesykepleieres følelsesmessige utfordringer. Dette kunne blitt gjort ved at brukeres perspektiv ble belyst. Eksempelvis hvordan brukere, som i varierende grad er avhengig av helse og omsorgstjenester, opplevde hjemmesykepleieres følelser påvirket den hjelpen de mottok i forhold til forsvarlighet, kvalitet eller verdighet.

Et annet område som kunne vært relevant for fremtidig forskning kunne vært intervensjonsstudier med kvalitativ tilnærming. Et funn i dette prosjektet indikerer at informantene kunne vegre seg for å snakke om konfrontasjoner med brukere da de var redde for at det var kun dem som opplevde det, i motsetning til mistanke om vold i hjemmet som de oppfattet at andre også opplevde (s.60-61). I eksempelvis samtalegrupper kunne hjemmesykepleiere samtale om hvordan best håndterte følelsesmessige utfordringer for å både utvikle evne eller kompetanse til å makte slike utfordringer eller å motta støtte fra andre som hadde vært i lignende situasjon.

## Kilder

- Akselberg, A. K. Berge. (2012). *Hva gjør helsepersonell når de utfører helsearbeid i hjemmesykepleien - og hvordan formes deres handlinger?: en studie som beskriver og forklarer helsepersonell sine handlinger i hjemmesykepleien - i et praxeologisk perspektiv og med Bourdieus praktikk- og feltteori - og begrepene habitus, posisjon, disposisjon og posisjoneringer som analytiske verktøy*. Masteroppgave. Universitetet i Bergen.
- Alteren, J. (2010). *Følelser er fornuft: sykepleierutdanningen mellom gjerning og tekst*. PhD avhandling. Universitetet i Nordland.
- Alvsvåg, H. (2009). Kunnskapsbasert praksis er ikke noe nytt. *Sykepleien Forskning* 4(3), s. 216-220. Tilgjengelig fra: doi 10.4220/sykepleienf.2009.0104 (Hentet: 29. mars 2012).
- Andreassen, S. Nielsen, E. S. (2004). *Hvilken grad av emosjonell intelligens viser de ansatte i hjemmetjenesten i Kristiansand kommune når de reagerer på soneleders lederatferd?* Masteroppgave. Høgskolen i Agder.
- Anker-Hansen, C. (2011). *Sykepleieres opplevelse av det emosjonelle arbeidet de utøver i jobbsammenheng: en studie av emosjonelt arbeid i tre sykehusavdelinger*. Masteroppgave. Høgskolen i Østfold.
- Appelin, G. Berterö, C. (2004). Patients' Experiences of Palliative Care in the Home: A Phenomenological Study of a Swedish Sample. *Cancer Nursing*, 27(1), s. 65–70.
- Arbeidstilsynet. (2006). *På rett vei i hjemmetjenesten?: rapport for perioden 2002 - 2004*. Oslo: Arbeidstilsynet.
- Arbeidstilsynet. (2008). *Hjemmetjenesten: døgnåpen, tidløs og slitesterk: tanker og tall etter fem år med Rett hjem*. Trondheim: Arbeidstilsynet. Tilgjengelig fra: <http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download2.php?tid=97811> (Hentet: 29. desember 2012).
- Attree, M. (2001). Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'Good' and 'Not so Good' quality care. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), s. 456-466. Tilgjengelig fra: doi 10.1046/j.1365-2648.2001.01689.x (Hentet: 07.september 2013)
- Benner, P. (1994). *Interpretive phenomenology: embodiment, caring, and ethics in health and illness*. Thousand Oaks: Sage Publications.

- Berthelsen, E. (2010). *Far vel: en fortolkning av et pleiepersonales erfaringer med å pleie døende og å stelle døde*. PhD avhandling. Universitetet i Tromsø.
- Birkeland, A og Natvig, G. K. (2008). Eldre som bor alene og deres erfaringer med hvordan hjemmesykepleien ivaretar deres sosiale behov. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 10(2), s. 3-14. Tilgjengelig fra: [http://brage.bibsys.no/hsh/handle/URN:NBN:no-bibsys\\_brage\\_7394](http://brage.bibsys.no/hsh/handle/URN:NBN:no-bibsys_brage_7394) (Hentet: 1 oktober 2012)
- Birkeland, A. Flovik, A. M. (2011). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Akribe.
- Bolton, S. (2001). Changing faces: nurses as emotional jugglers. *Sociology of Health & Illness*, 23(1), s. 85-100. Tilgjengelig fra: doi 10.1111/1467-9566.00242 (Hentet: 4 oktober 2012)
- Bostrøm, V. Disch, P. G. (2012). *Lindrende omsorg ved livets slutt: en evaluering av et kompetanseutviklingsprogram i Vestfold*. 2012(2). Høgskolen i Gjøvik/ Senter for omsorgsforskning.
- Brevik, I. (2010). De nye hjemmetjenestene - langt mer enn eldreomsorg. Utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989-2007 *NIBR-rapport 2010:2*
- Brinkmann, Sv., & Tanggaard, L. (2010). *Kvalitative metoder: en grundbog*. København: Reitzel.
- Burt, J. Shipman, C., Addington-Hall, J. White, P. (2008). Nursing the dying within a generalist caseload: A focus group study of district nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 45(10), s. 1470-1478. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.01.003> (Hentet: 20.august 2013)
- Chou, H. Y. Hecker, R. O. B. Martin, A. (2012). Predicting nurses' well-being from job demands and resources: a cross-sectional study of emotional labour. *Journal of Nursing Management*, 20(4), s. 502-511. Tilgjengelig fra: doi 10.1111/j.1365-2834.2011.01305.x (Hentet: 12 oktober 2013)
- Collins, S., & Long, A. (2003). Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers – a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(4), s. 417-424. Tilgjengelig fra: doi 10.1046/j.1365-2850.2003.00620.x (Hentet: 20. august 2013)
- Dale, B., Söderhamn, U., & Söderhamn, O. (2012). Self-care ability among home-dwelling older people in rural areas in southern Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), s. 113-122. Tilgjengelig fra: doi 10.1111/j.1471-6712.2011.00917.x
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget

- Den Nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og, humaniora, & Kalleberg, R. (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Oslo: Forskningsetiske komiteer.
- Doe, J. Katz, R. S. (2006). "Professionalism an Our Humanity: Working with Children at End of Life. Johnson", i T. A. Katz, R. S. (red.) *When professionals weep: emotional and countertransference responses in end-of-life care*. New York: Routledge. s. 157-170
- Donnelly, S. Dickson, M. (2013). Relatives' matched with staff's experience of the moment of death in a tertiary referral hospital. *QJM*. 106(8) s. 731-736. Tilgjengelig fra: doi 10.1093/qjmed/hct095 (Hentet 30.september 2013)
- Espnes, Geir Arild, & Smedslund, Geir. (2009). *Helsepsykologi*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Everett, E. L., & Furseth, I. (2012). *Masteroppgaven: hvordan begynne - og fullføre*. 2.utg. Oslo: Universitetsforl.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon*. 2.utg. Bergen: Fagbokforl.
- Fjørtoft, A. (2012). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter*. 2.utg. Bergen: Fagbokforl.
- Forskningsetiske komiteer (2006) *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Tilgjengelig fra: [http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20\(2006\).pdf](http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20(2006).pdf) (Hentet 6. mars 2012)
- Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste (2011) Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/xo-19831123-1779.html> (hentet: 23. mai 2013)
- Gabrielsen, B. Otnes, B. Sundby, B. (2012). *Pleie- og omsorgstjenesten 2011: statistikk om tjenester og tjenestemottakere* (Vol. 2012/43). Oslo: SSB.
- Gautun, H. Hermansen, Å. (2011). Eldreomsorgen under press. Kommunens helse-og omsorgstilbud til eldre. *FAFO*.
- Gautun, H. Syse, A. (2013). *Samhandlingsreformen: hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* (Vol. 8/2013). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Gilje, N. Grimen, H. (1995). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger: innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforl.
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: a modified Husserlian approach*. Pittsburgh, Pa.: Duquesne University Press.

- Grimsmo, A. (2013) Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? *Sykepleien Forskning*. 8(2), s. 148-155 Tilgjengelig fra: doi 10.4220/sykepleienf.2013.0053 (Hentet 30.september 2013)
- Grostøl, A. R. (2009). *Med rolle som utfører: en kvalitativ studie av sykepleiere i hjemmebaserte tjenester*. Masteroppgave. Universitetet i Stavanger.
- Haak, M., Fänge, A., Iwarsson, S. Dahlin I. S. (2007). Home as a signification of independence and autonomy: Experiences among very old Swedish people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14(1), s. 16-24. Tilgjengelig fra: doi 10.1080/11038120601024929 (Hentet 20.april 2013)
- Hall, J. A. (2003). Some observations on provider–patient communication research. *Patient Education and Counseling*, 50(1), 9-12. Tilgjengelig fra: [http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00072-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00072-7) (Hentet: 15.juli 2013)
- Halvorsen, K. (2010). *Grunnbok i helse- og sosialpolitikk*. 4.utg. Oslo: Universitetsforl.
- Halvorsen, K, Stjernø, S. Øverbye, E. (2013). *Innføring i helse- og sosialpolitikk*. 5.utg. Oslo: Universitetsforlag
- Hellzen, O., Asplund, K., Sandman, P., & Norberg, A.. (2004). The meaning of caring as described by nurses caring for a person who acts provokingly: an interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(1), s. 3-11. Tilgjengelig fra: doi 10.1111/j.1471-6712.2004.00256.x (Hentet: 24. juli 2013)
- Helse- og omsorgsdepartementet (1992). *Trygghet - verdighet – omsorg* (NOU 1992:1) Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2/4/4.html?id=350996> (Hentet 23. juli 2013)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer* St.meld.nr 25 (2005-2006) Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20052006/025/PDFS/STM200520060025000D DDPDFS.pdf> (Hentet 26. juni 2013)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid* (St.meld. nr. 47 (2008–2009). Tilgjengelig fra: [http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.p df](http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf) (hentet: 27.06.2012).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011) *Innovasjon i omsorg*. NOU 2011: 11. Tilgjengelig fra:<http://www.regjeringen.no/pages/16597652/PDFS/NOU201120110011000DDDPDFS.pdf> (Hentet 23.juni 2013)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013) *Morgendagens omsorg* St.meld.nr.29 (2012–

- 2013) Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/38301003/PDFS/STM201220130029000DDDPDFS.pdf> (Hentet 22. august 2013)
- Helse- og sosialdepartementet (1999) *Om verdier for den norske helsetenesta* St.meld.nr. 26 (1999- 2000) Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/19992000/026/PDFA/STM199920000026000DDDPDFA.pdf> (Hentet 13. april 2013)
- Hinck, S. (2004). The Lived Experience of Oldest-Old Rural Adults. *Qualitative Health Research, 14*(6), s. 779-791. Tilgjengelig fra: doi 10.1177/1049732304265774 (Hentet: 10.august 2013)
- Hofseth, C., & Norvoll, R. (2003). *Kommunehelsetjenesten - gamle og nye utfordringer: en studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien* (Vol. STF78 A033501). Oslo: SINTEF, UNIMED, Ledelse, organisasjon og samhandling.
- Hollander, J. A. (2004). The Social Contexts of Focus Groups. *Journal of Contemporary Ethnography, 33*(5), s. 602-637. Tilgjengelig fra: doi 10.1177/0891241604266988 (Hentet: 20.juli 2013)
- Holme, I. M. Solvang, B. K. (1996). *Metodevalg og metodebruk*. 3.utg. Oslo: TANO.
- Ilkjær, I. (2003). *At lære om døden og livet*. København: Gad.
- Isaksen, L. W. (2002). Toward a Sociology of (Gendered) Disgust: Images of Bodily Decay and the Social Organization of Care Work. *Journal of Family Issues, 23*(7), s. 791-811. Tilgjengelig fra: doi 10.1177/019251302236595 (Hentet: 13.juli 2013)
- Johannessen, A., Tufte, P. A. Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4.utg. Oslo: Abstrakt.
- Johnson, T. A. Katz, R. S. (2006). *When professionals weep: emotional and countertransference responses in end-of-life care*. New York: Routledge.
- Kaasa, S. (2007). "Hva er palliasjon?", i Kaasa, S. (red.) *Palliasjon: nordisk lærebok*. 2.utg. Oslo: Gyldendal akademisk s. 31-48.
- Karlsson, M., Karlsson, C., Barbosa da Silva, A., Berggren, I. Söderlund, M.. (2012). Community nurses' experiences of ethical problems in end-of-life care in the patient's own home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 27*(4) s. 831–838, Tilgjengelig fra: doi 10.1111/j.1471-6712.2012.01087.x (Hentet: 13. september 2013)
- Kirchhoff, J. (2011). Yrkesrelstert stress i hjemmebaserte tjenester. *Sykepleien Forskning 6*(2), 144-150 Tilgjengelig fra: doi 10.4220/sykepleienf.2011.0100 (Hentet: 20.juni 2013)



- Kirchhoff, J. (2010). *De skjulte tjenestene: om uønsket atferd i offentlige organisasjoner*. PhD avhandling. Karlstad University.
- Koekkoek, B. Hutschemaekers, G. van Meijel, B. Schene, A. (2011). How do patients come to be seen as ‘difficult’?: A mixed-methods study in community mental health care. *Social Science & Medicine*, 72(4), s. 504-512. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.036> (Hentet: 10.juli 2013)
- Kunnskapsdepartementet (2008). Rammeplan for sykepleieutdanning. Tilgjengelig fra: [http://www.regjeringen.no/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleieutdanning\\_08.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleieutdanning_08.pdf) (Hentet: 25.juni 2013)
- Kunnskapsdepartementet (2012) *Utdanning for velferd* St.meld.nr. 13 (2011 – 2012) Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/37006956/PDFS/STM201120120013000DDDPDFS.pdf> (Hentet 12. april 2013)
- Kvale, S. Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2.utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvåle, K. (2006). Den omsorgsfulle sykepleier–slik pasienter ser det. *Vård i nord*, 79(26), s. 15-19.
- Law, R. (2009). ‘Bridging worlds’: meeting the emotional needs of dying patients. *Journal of Advanced Nursing*, 65(12), 2630-2641. Tilgjengelig fra: doi 10.1111/j.1365-2648.2009.05126.x (Hentet: 23.august 2013)
- Lervåg, T. (1998). *Følelsesmessig engasjement - en moralsk kvalitet!: hva kjennetegner sykepleieres innlevelse i konkrete pasientsituasjoner : en kvalitativ, beskrivende studie*. Masteroppgave. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Lerø, R. (2006). *Samhandling og verdighet - om relasjonen mellom hjelper og mottaker i hjemmesykepleien*. Masteroppgave. Universitetet i Oslo.
- Lillestø, B. (1998). *Når omsorgen oppleves krenkende: en studie av hvordan mennesker med fysiske funksjonshemninger opplever sitt forhold til helsetjenesten* PhD avhandling. Universitetet i Tromsø
- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven). (2010) Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10> (hentet: 04. mars 2013)
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) (2012) Tilgjengelig fra: [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-%20og%20omsorgstjenesteloven\\*](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-%20og%20omsorgstjenesteloven*) (Hentet 23. august 2013)

- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) (2013) Tilgjengelig fra: [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Lov%20om%20pasient-%20og%20brukerrettigheter\\*](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Lov%20om%20pasient-%20og%20brukerrettigheter*) (Hentet 12. august 2013)
- Luker, K. A., Austin, L., Caress, A. Hallett, C. E. (2000). The importance of 'knowing the patient': community nurses' constructions of quality in providing palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), s. 775-782. Tilgjengelig fra: doi10.1046/j.1365-2648.2000.01364.x (Hentet: 16. september 2013)
- Lund, E. C. (2012). Virke og profesjon. i Moseng, O. G. *Norsk sykepleierforbund gjennom 100 år (1912-2012) - (bind-/heftenr. 2)* Oslo: Akribe. s. 1-159
- Lundestad, E. Lillevik, O. G. (2011). Overtar voldsutsatte kvinners smerte. *Sykepleien* 99(14), 56-58. Tilgjengelig fra doi: 10.4220/sykepleiens.2011.0199 (Hentet: 13. april 2012).
- Macdonald, M. (2007). Origins of Difficulty in the Nurse-Patient Encounter. *Nursing Ethics*, 14(4), s. 510-521. Tilgjengelig fra: doi 10.1177/0969733007077885 (Hentet: 20. august 2013)
- MacIntosh, J. (2003). Reworking Professional Nursing Identity. *Western Journal of Nursing Research*, 25(6), s. 725-741. Tilgjengelig fra: doi 10.1177/0193945903252419 (Hentet 13. juni 2013)
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. 3. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Manos, P. J., & Braun, J. (2006). *Care of the difficult patient: a nurse's guide*. London: Routledge.
- Markle-Reid, M. Browne, G. Weir, R., Gafni, A., Roberts, J. Henderson, S. R. (2006). The Effectiveness and Efficiency of Home-Based Nursing Health Promotion for Older People: A Review of the Literature. *Medical Care Research and Review*, 63(5), s. 531-569. Tilgjengelig fra: doi 10.1177/1077558706290941 (Hentet: 25. september 2013)
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforl.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. 2. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Martinsen, K. (2007). Angår du meg?: etisk fordring og disiplinert godhet. i. Alvsvåg, H. Førland, O. (red.) *Engasjement og læring: fagkritiske perspektiver på sykepleie*. Oslo: Akribe. s. 315-344
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe.
- Martinsen, K. (2006). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. København: Gad.

- McClure, R. Murphy, C. (2007). Contesting the dominance of emotional labour in professional nursing. *Journal of Health, Organisation and Management*, 21(2), 101-120. Tilgjengelig fra: doi 10.1108/14777260710736813 (Hentet: 15.august 2013)
- Michaelsen, J. J. (1999). *Kommunikation i den primære sundhetstjeneste: en kvalitativ undersøgelse af relation og interaktion mellem hjemmesygeplejersken og den "vanskelige" patient*. PhD avhandling. Danmarks Sygeplejerskehøjskole.
- Michaelsen, J. J. (2012). Emotional distance to so-called difficult patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), s. 90-97. Tilgjengelig fra: doi 10.1111/j.1471-6712.2011.00908.x (Hentet: 17. april 2013)
- Mok, E. Chiu, P. C. (2004). Nurse–patient relationships in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), s. 475-483. Tilgjengelig fra: doi 10.1111/j.1365-2648.2004.03230.x (Hentet: 13.juli 2013)
- Morse, J. M. (1996). Nursing scholarship: sense and sensibility. *Nursing Inquiry*, 3(2), s. 74-82. Tilgjengelig fra: doi 10.1111/j.1440-1800.1996.tb00017.x (Hentet: 20.juni 2013)
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis*. 3.utg. Oslo: Universitetsforl.
- Norsk, sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Nortvedt, P. (1996). *Sensitive judgment: nursing, moral philosophy, and an ethics of care*. PhD avhandling. Universitetet i Oslo.
- Nortvedt, P. (2008a). Sensibility and clinical understanding. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 11(2), 209-219. Tilgjengelig fra: doi 10.1007/s11019-007-9113-z (Hentet: 15. september 2013)
- Nortvedt, P. (2008b). *Sykepleiens grunnlag: historie, fag og etikk*. 2.utg. Oslo: Universitetsforl.
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke: en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Norvoll, R. (Ed.). (2009). *Sosiale avvik og sosial kontroll* 2.utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nyeng, F. (2006). *Følelser: i filosofi, vitenskap og dagligliv*. Oslo: Abstrakt forl.
- Nyland, G. (1998). *En kvantitativ case-studie av tidsbruk og sykepleie i hjemmesykepleien*. Hovedoppgave. Universitetet i Bergen.
- Olsson, E. (2008). *Emotioner i arbete: en studie av vårdarbeidets opplevelser av arbeidsmiljø och arbetsvillkor* PhD avhandling. Karlstads universitet.
- Orvik, A. (2002). Organisatorisk kompetanse motvirker realitetssjokket. *Sykepleien* 90(8), s. 42-46 Tilgjengelig fra: doi 10.4220/sykepleiens.2002.0023 (Hentet 23.juli 2013)

- Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse: i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. 3. utg. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Pettersen, K. Simonsen, E. (2010). *Anerkjennelse og profesjon*. Oslo: Cappelen akademisk.
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. 2.utg. Oslo: Universitetsforl.
- Roe, B., Whattam, M., Young, H. Dimond, M. (2001). Elders' perceptions of formal and informal care: aspects of getting and receiving help for their activities of daily living. *Journal of Clinical Nursing*, 10(3), s. 398-405. Tilgjengelig fra: doi 10.1046/j.1365-2702.2001.00484.x (Hentet: 12. august 2013)
- Rønningen, M., Strand E. Hjermstad, M. J. (2007). Palliativ behandling utenfor sykehus - hjemmesykepleien, i Kaasa, S. (red.) *Palliasjon: nordisk lærebok*. 2.utg. Oslo: Gyldendal akademisk s. 213-228.
- Sandelowski, M. (1995). Sample size in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 18(2), s. 179-183. Tilgjengelig fra: doi 10.1002/nur.4770180211 (Hentet: 23.mars 2013)
- Sandgren, A., Thulesius, H., Fridlund, B. Petersson, K. (2006). Striving for Emotional Survival in Palliative Cancer Nursing. *Qualitative Health Research*, 16(1), 79-96. Tilgjengelig fra: doi 10.1177/1049732305283930 (Hentet: 14. juni 2013)
- Sandmoe, A. (2011). *Older people at risk of being abused by someone close to them: a qualitative study of community care services in Norway and Australia* PhD avhandling. Universitetet i Oslo
- Sandmoe, A. Kirkevold, M. (2011). Nurses' clinical assessments of older clients who are suspected victims of abuse: an exploratory study in community care in Norway. *Journal of Clinical Nursing*, 20(1-2), s. 94-102. Tilgjengelig fra: doi 10.1111/j.1365-2702.2010.03483.x (Hentet: 23.august 2013)
- Sandvik, B. A. (2011). Mindfulness - det oppmerksomme nærvær. *Sykepleien Forskning* 6(3), s. 274-281. Tilgjengelig fra doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0169 (Hentet: 22. juni 2012).
- Statistisk sentralbyrå (2013). Gjennomstrømning i høyere utdanning, 2011/2012.
- Sheldon, L. K. Barrett, R., Ellington, L. (2006). Difficult Communication in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(2), s. 141-147. Tilgjengelig fra: doi 10.1111/j.1547-5069.2006.00091.x (Hentet: 12.september 2012)

- Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug.
- Slagsvold, B. Solem, P. E. NOVA-rapporten (2005) *Morgendagens eldre – en s  
ammenligning av verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrede og  
eldre* Tilgjengelig fra: [http://www.nova.no/asset/589/1/589\\_1.pdf](http://www.nova.no/asset/589/1/589_1.pdf) (Hentet 21.  
juli 2013)
- Slettvold, T. E. (2007). *Pasient og kunde – eller fortsatt bare pasient? Om pasientens rolle i  
ny organisering av helsesektoren*. Masteroppgave. Universitetet i Tromsø.
- Smith, P. A. M. Pearson, P. H. Ross, F. (2009). Emotions at work: what is the link to patient  
and staff safety? Implications for nurse managers in the NHS. *Journal of Nursing  
Management*, 17(2), s. 230-237. Tilgjengelig fra: doi 10.1111/j.1365-  
2834.2009.00980.x (Hentet: 23. juni 2012).
- Smith, P. (1992). *The emotional labour of nursing: its impact on interpersonal relations,  
management and the educational environment in nursing*. New York: Palgrave  
Macmillan.
- Snoek, J. E. Engedal, K. (2008). *Psykiatri: kunnskap, forståelse, utfordringer*. 3.utg. Oslo:  
Akribe.
- Solli, H. (2009). Nyutdannede sykepleieres utvikling fra handlingsberedskap til  
handlingskompetanse. *Sykepleien Forskning* 4(1), s. 52-60
- Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene: veileder til  
forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter  
kommunehelsetjenesteloven og sosialhelsetjenesteloven*. Oslo: Direktoratet.  
Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kvalitet-i-pleie-og-omsorgstjenesten/Publikasjoner/kvalitet-i-pleie-og-omsorgstjenesten.pdf> (Hentet 21.  
juli 2013)
- Sosialdepartementet (1973) *Midlertidige retningslinjer for opprettelse og drift av  
hjemmesykepleievirksomheten* St.meld.nr.45 (1972-1973)
- Strandberg, G. Jansson, L. (2003). Meaning of dependency on care as narrated by nurses.  
*Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(1), s. 84-91. Tilgjengelig fra: doi  
10.1046/j.1471-6712.2003.00213.x (Hentet: 21. juli 2012)
- Sørbye, L. W. (2009). *Frail homebound elderly: basic nursing challenges of home care : a  
comparative study across 11 sites in Europe*. PhD avhandling. University of Tromsø,
- Sørbye, L. W., Finne-Soveri, H., Ljunggren, G., Topinkova, E., Garms-Homolova, V.,  
Jensdottir, A. B., & Bernabei, R. (2009). Urinary incontinence and use of pads--

- clinical features and need for help in home care at 11 sites in Europe. *Scand J Caring Sci*, 23(1), s. 33-44. Tilgjengelig fra: doi 10.1111/j.1471-6712.2007.00588.x (Hentet: 23.juni 2013)
- Sørensen, E. E. Hall, E. O. C. (2011). Seeing the big picture in nursing: a source of human and professional pride. *Journal of Advanced Nursing*, 67(10), s. 2284-2291. Tilgjengelig fra: doi 10.1111/j.1365-2648.2011.05639.x (Hentet: 14.mars 2013)
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. 3.utg. Bergen: Fagbokforl.
- Theodosius, C. (2006). Recovering Emotion from Emotion Management. *Sociology*, 40(5), s. 893-910. Tilgjengelig fra: doi 10.1177/0038038506067512 (Hentet: 12. september 2013)
- Theodosius, C. (2008). *Emotional labour in health care: the unmanaged heart in nursing*. London: Routledge.
- Tjade, T. (2013). *Medisinsk mikrobiologi og infeksjonssykdommer*. 4.utg. Bergen: Fagbokforl.
- Toften, I. (2008). *Spesialisthelsetjeneste ved kjøkkenbordet, mulighet eller utopi?: om hjemmebesøk som alternativ til innleggelse på sykehus*. Bodø: I. Toften.
- Trygstad, S.C. M.J. Sollund, B.L. Johansen. (2003). Bedre arbeidsmiljø i hjemmetjenesten? Evaluering av Arbeidstilsynets landsomfattende kampanje "Rett hjem". NF-report 23.
- Tømmerbakk, M. (2007). Pleie ved livets slutt *Sykepleien* 95(13), s. 62-63. Tilgjengelig fra: doi 10.4220/sykepleiens.2007.0017 (Hentet: 23. juli 2013)
- Tønnessen, S. Nortvedt, P. (2012). Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien Forskning*, 7(3), 280-285 Tilgjengelig fra: doi 10.4220/sykepleienf.2012.0134 (Hentet: 12. mars 2013)
- Tønnessen, S. Nortvedt, P. Førde, R. (2011). Rationing home-based nursing care: professional ethical implications. *Nursing Ethics*, 18(3), 386-396. Tilgjengelig fra: doi 10.1177/0969733011398099 (Hentet: 12. juli 2013)
- Tønnessen, S. (2011). *The challenge to provide sound and diligent care: a qualitative study of nurses' decisions about prioritization and patients' experiences of the home nursing service* PhD avhandling. Universitetet i Oslo
- Tønnessen, S, Førde, R., Nortvedt, P. (2009). Fair Nursing Care When Resources Are Limited: The Role of Patients and Family Members in Norwegian Home-Based Services. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 10(4), 276-284. Tilgjengelig fra: doi 10.1177/1527154409357108 (Hentet 16. august 2012)

- Vetlesen, A. J. (1996). "Generelt om følelser i moralfilosofi og moralpsykologi", i Vetlesen, A. J. Nortvedt, P. (red.) *Følelser og moral. 2.utg. Oslo: Ad Notam Gyldendal, s. 13-63.*
- Vik, K. Eide, A. H. (2012). The exhausting dilemmas faced by home-care service providers when enhancing participation among older adults receiving home care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 26(3)*, s. 528-536. Tilgjengelig fra: doi 10.1111/j.1471-6712.2011.00960.x (Hentet: 2. februar 2013)
- Vike, H., Brinchmann, A., Haukelien, H. A. Kroken R., Bakken, R. (2002). *Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten.* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Waitzkin, H. (1991). *The politics of medical encounters: how patients and doctors deal with social problems.* New Haven: Yale University Press.
- Wallerstedt, B. Andershed, B. (2007). Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 21(1)*, s. 32-40. Tilgjengelig fra: doi 10.1111/j.1471-6712.2007.00430.x (Hentet: 23. mars 2013)
- WHO. (2002). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines.* Geneva.
- Wyller, I. (1990). *Sykepleiens historie i Norge. 2.utg. Oslo: Gyldendal.*
- Yoder, E. A. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research, 23(4)*, s. 191-197. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2008.09.003> (Hentet: 12. september 2012)

## Vedlegg 1: Intervjuguiden

### Intervjuguide

#### Bakgrunnsopplysninger

Kan du fortelle meg om hvorfor du valgte å bli sykepleier?

Hvorfor valgte du å jobbe i hjemmetjenesten?

#### Hoveddel

1. Kan du fortelle meg om en vanlig arbeidsdag og arbeidsoppgaver du har?  
(Eksempelvis kan du ta utgangspunkt i en av dine siste arbeidsdager. Hvilke arbeidsoppgaver gjorde du da: stell, utlevering av medisiner, legevisitt, brukersamtaler, pårørendesamtaler osv.).

#### Oppfølgingsspørsmål:

Er det arbeidsoppgaver du føler at du håndterer bedre enn andre?

I så fall, hvorfor det?

2. Hvilken rolle synes du følelser bør ha/ikke ha i en sykepleiepraksis?

3. Hva betyr å være følelsesmessig engasjert for deg?

4. I en arbeidshverdag med mennesker, er følelser eller å bli følelsesmessig utfordret nokså alminnelig.

- I hvilke situasjoner opplever du positive følelser i ditt arbeid?

- I hvilke situasjoner opplever du negative følelser i ditt arbeid?

Beskriv konkrete eksempler: Hvorfor tror du det er slik?

(Eksempelvis positive eller negative følelser? Hva betyr følelser for deg?)

#### Oppfølgingsspørsmål:

Hvordan preger det deg?

Er situasjoner som var følelsesladet noe du tenker på/reflekterer over?

5. Er følelser noe du opplever du kan snakke med andre på jobb med?

Eks: kollegaer, arbeidsgiver eller under veiledning/internundervisning?



6. Hvem deler du positive/negative følelser med? Hvor søker du støtte?
7. I hvilke situasjoner føler du nærhet til en bruker?
8. I hvilke situasjoner føler du distanse/avstand/ikke nærhet til en bruker?

Oppfølgingsspørsmål:

Har du opplevd å bli avvist av en bruker?

9. Hvordan reagerer du i følelsesmessige vanskelige situasjoner på jobb?  
(Eksempelvis: opplever du at det er greit å vise følelser eller vanskelig/uprofesjonelt?)  
(utdypende spørsmål av spm 2)

Oppfølgingsspørsmål:

Har du opplevd å være maktesløs i en situasjon?

10. Har du opplevd at medlidenheten/sympatien ble for sterkt?  
(eksempelvis til en nær relasjon til en bruker?)

11. Kan du fortelle om en episode på jobb hvor du opplevde at egne følelser påvirket valgt handling?

(Eksempelvis du følte deg preget av følelser, følelsesmessig utfordret eller håndterte en følelsesmessig situasjon? Mer konkret; stress, magefølelse, intuitivt)

Oppfølgingsspørsmål:

Hvorfor tror du at nettopp dette var en episode der du opplevde?

(Bakgrunn eller årsak til informantens opplevelse).

12. Har du opplevd at din måte å utvise følelser på har hatt påvirkning på andre?  
(Eksempelvis bruker eller medarbeidere?)

13. Har du opplevd å ikke strekke til i omsorgsarbeidet?

Oppfølgingsspørsmål:

Hvordan oppleves dette?

14. Har du noen gang opplevd ikke å få lov til å hjelpe til?  
(eks: bruker nektet deg, men du føler behov til å hjelpe)

(Bruker sier han/hun har det bra, men du opplever at det ikke stemmer?)

Hvordan løser du dette?

15. Har du befunnet deg i en jobbsituasjon du merker at du følelsesmessig ville ha reagert på annerledes hvis det var samme situasjon du møtte på fritiden?

(Eks: Når en bruker har holdninger eller atferd som ikke er «sosialt akseptert» som rasisme, seksuelle tilnærmelser etc. Hva gjør du da?)

16. Har du noe du har lyst til å fortelle avslutningsvis om «følelser og sykepleiepraksis»?

## Vedlegg 2: Vedtak fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Borgunn Ytterhus  
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap  
NTNU  
7491 TRONDHEIM

Vår dato: 26.06.2012

Vår ref:30902 / 3 / MAS

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.06.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

30902	<i>Følelser og sykepleiepraksis</i>
Behandlingsansvarlig	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Borgunn Ytterhus</i>
Student	<i>Ingrid Eilertsen</i>

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

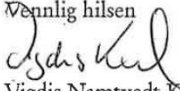
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.


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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Mads Solberg

Mads Solberg tlf: 55 58 89 28

✓ Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Ingrid Eilertsen, Singsakerbakken 22 B, 7030 TRONDHEIM

Avdelingskontorler / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uia.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 30902

Prosjektet undersøker følelsesmessige situasjoner, både pasient-pleie-relasjoner og kollegiale relasjoner i ulike situasjoner innenfor omsorgsarbeidet. Hvordan opplever hjemmesykepleier situasjoner når omsorgen ikke er tilstrekkelig?

Utvalget på 6 til 12 sykepleiere jobber i hjemmesykepleien fra tre forskjellige kommuners hjemmetjenester (en bykommune, to bygdekommuner i Sør-Trøndelag).

Rekruttering foregår gjennom avdelingssykepleier til arbeidsplassen. Trondheim, Holtålen og Selbu kommune kontaktes skriftlig for å skaffe tillatelse til å kontakte ulike hjemmetjenester. Deretter blir avdelingssykepleier ved disse tjenestene skriftlig kontaktet. Disse sender forespørsler videre til aktuelle sykepleiere ut fra utvalgsriterier (over 50% stillingsandel, fast ansatt eller over ett års vikariat, arbeid i todelt eller tredelt turnus). Sykepleiere svarer direkte til student.

Det gis muntlig og skriftlig informasjon samt innhentes skriftlig samtykke. Personvernombudet for forskning finner informasjonsskrivet av 22.06.12 tilfredsstillende.

Ombudet legger til grunn at det ikke innhentes opplysninger om 3. person (pasienter/brukere av hjemmesykepleien) og at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandlingen som finner sted. Ombudet anbefaler at forsker gjør informanten tydelig oppmerksom på dette i forkant av intervju.

Det benyttes koblingsnøkkel og lydopptak behandles på datamaskinbasert utstyr.

Prosjektslutt er angitt til 01.06.2013. Senest ved prosjektslutt vil datamaterialet være anonymisert, det vil si at verken direkte eller indirekte personidentifiserende opplysninger foreligger i materialet.

### **Vedlegg 3: Informasjonsskriv / Forespørsel om til tillatelse til enhetsleder**

Forespørsel til enhetsleder ved hjemmetjenesten i ...

## **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

*«Følelser og sykepleiepraksis»*

Jeg har fått oppgitt deg som kontaktperson av Kommunalleder helse og omsorg ... og du mottar derfor denne henvendelsen.

Tidligere forskning innenfor sykepleie har vist at det er hensiktsmessig for yrkesutøvelsen når mennesker som jobber innenfor omsorgsykker har et reflektert forhold til egne følelser. Innenfor sykepleierforskning ligger hovedfokuset på pasientperspektivet og kun en mindre andel på sykepleierens ståsted. Dette er forventet da sykepleie handler om å hjelpe den syke. Samtidig er det behov på forskning på yrkesutøvelsen for å bidra til en utvikling av faget.

I forbindelse med min masteroppgave i helsevitenskap ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap (ISH) ved NTNU ønsker masterstudent Ingrid Eilertsen å gjennomføre en studie om hvilke følelsesmessige utfordringer oppstår i ulike situasjoner innenfor omsorgsarbeidet. Videre ønsker jeg å se på hvordan sykepleier håndterer disse ulike utfordringene. I denne anledningen ønsker jeg å intervju hjemmepleiere.

Prosjektet er meldt til NSD, Personvernombudet for forskning.

### **Hva innebærer studien for avdelingen?**

Hjemmetjenesten i Holtålen kommune er tilfeldig utvalgt til å delta i prosjektet. Det vil i studien bli foretatt individuelle intervjuer av totalt 6 – 12 sykepleiere som jobber i hjemmepleien fra tre ulike kommuner.

Det er ønskelig at avdelingssykepleier informerer sykepleierne på avdelingen, samt velger 3 - 4 informanter på bakgrunn av valgte kriterier:

- Fast ansatt eller vikariat i over ett år på det aktuelle arbeidsstedet.
- Stillingsandel over 50 %.
- Arbeider todelt eller tredelt turnus (sykepleiere som jobber kun natt vil ikke bli inkludert).

Dersom noen av sykepleierne fra din avdeling kan tenke seg å delta i prosjektet, er det ønskelig å avtale intervju. Intervjuene kan skje på et mulig egnet sted på arbeidsplassen som et møterom eller på et sted de selv ønsker å bli intervjuet.

### **Hva innebærer studien for den enkelte deltager?**

Deltakerne i prosjektet vil bli intervjuet individuelt og all deltakelse er frivillig. Deltakeren kan når som helst i prosessen trekke seg fra undersøkelsen uten å måtte oppgi noen grunn.

Deltagerne blir spurt om å skrive under på en samtykkeerklæring dersom de velger å delta.

Intervjuene vil bli tatt opp på bånd og vare i ca. en time. Alle avgitte opplysninger vil bli avidentifisert, slik at det ikke er mulig å spore utsagn tilbake til det enkelte individ.

Intervjuene ønskes foretatt i august 2012. Prosjektet vil være avsluttet 1. juni 2013, og da vil alle data slettes.

Det vil bli hentet informasjon om sykepleiers erfaringer og opplevelser i pleie- og behandlingssituasjoner. Intervjuet vil ta utgangspunkt i pasientrettet arbeid der det oppstår følelsesmessige opplevelser. Her blir det spurt om følelsen av å mestre eller håndtere vanskelige situasjoner samt utfordringer, for eksempel som ikke å strekke til som omsorgsgiver.

Det skal det ikke hentes inn noe informasjon om eventuelle pasienter eller tredjeperson som inngår i situasjoner sykepleier har erfaringer eller opplevelser med. Det kun sykepleiers sitt perspektiv på situasjonen som vil bli belyst.

Dersom det er spørsmål til studien kan masterstudent Ingrid Eilertsen kontaktes (telefon: ... , e-post: ... ).

Håper på rask og positiv tilbakemelding.

Med vennlig hilsen

Ingrid Eilertsen

## **Vedlegg 4: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring til informantene**

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

#### *«Følelser og sykepleiepraksis»*

Dette er en forespørsel til deg om å delta i forskningsstudien ”Følelser og sykepleiepraksis”. Tidligere forskning innenfor sykepleie har vist at det er hensiktsmessig for yrkesutøvelsen når mennesker som jobber innenfor omsorgsykker har et reflektert forhold til egne følelser. Innenfor sykepleierforskning ligger hovedfokuset på pasientperspektivet og kun en mindre andel på sykepleierens ståsted. Dette er forventet da sykepleie handler om å hjelpe den syke. Samtidig er det behov på forskning på yrkesutøvelsen for å bidra til en utvikling av faget.

I forbindelse med min masteroppgave i helsevitenskap ved Institutt for Sosialt arbeid og Helsevitenskap (ISH) ved NTNU ønsker jeg å gjennomføre en studie om sykepleieres følelsesmessige utfordringer i omsorgsarbeidet. I denne studien ønsker jeg å undersøke om hvilke følelsesmessige utfordringer oppstår i ulike situasjoner innenfor utøvelse av sykepleie. Videre ønsker jeg å undersøke om hvordan sykepleier håndterer disse ulike utfordringene. I denne anledningen ønsker jeg å intervju hjemmepleiere. Du er valgt ut til å kunne delta i denne studien på bakgrunn av at du er sykepleier som jobber i hjemmetjenesten.

Tre tilfeldige kommuner er blitt spurt om deltagelse i prosjektet. Avdelingssykepleier er spurt om å kunne informere om prosjektet samt velge ut informanter som er fast ansatt eller vikariat i over ett år, har stillingsandel over 50 % og arbeider todelt eller tredelt turnus.

Prosjektet er meldt til NSD, Personvernombudet for forskning.

#### **Hva innebærer studien?**

Dersom du ønsker å delta i prosjektet må du stille opp på et intervju som vil ta ca. en time. Det vil kun være deg og intervjuer til stede under intervjuet. Intervjuet vil skje på din arbeidsplass i arbeidstiden eller rett etter arbeidstiden, eller et annet egnet sted vi blir enig om. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd.

Du vil bli bedt om å beskrive konkrete erfaringer fra yrkesutøvelse som du selv har opplevd vanskelig, og hvor du kjente på følelsesmessige utfordringer og mestringer.

Her vil det ikke bli spurt etter noe informasjon om pasienter eller andre tredjeperson. Det er kun sykepleiers sitt perspektiv og opplevelse av situasjonen som vil bli belyst.

### **Mulige fordeler og ulemper**

En mulig ulempe med studien er at følelser kan oppleves private å snakke om. Her oppfordres du til kun å dele det du selv føler deg komfortabel med. En fordel med å delta i prosjektet er at din mening kommer frem. Dette betyr at du kan være med på forskning som har som formål å utvikle egen sykepleiepraksis.

### **Hva skjer med informasjonen fra deg?**

Informasjonen du bidrar med i intervjuet vil bli brukt til å skrive en mastergradsoppgave i helsevitenskap. Intervjuet blir som øvrig nevnt tatt opp på bånd og blir slettet så raskt som mulig etter det er transkribert. Deretter blir transkripsjonen makulert når masteroppgaven er levert til sensur, senest 1.juni 2013. Kun den som gjennomfører studien og veileder, professor Borgunn Ytterhus, har tilgang til intervjuet.

Den informasjonen du bidrar med til prosjektet vil behandles anonymt. Informasjonen vil bli brukt for å belyse tema innenfor sykepleie, fremfor karakteristika ved deg som person.

Prosjektet vil derfor ikke innebærer noe personidentifiserende data om deg. Informasjonen vil kun bli brukt som beskrevet ovenfor.

### **Frivillig deltakelse**

Å delta i prosjektet er helt frivillig. Ønsker du å delta undertegner du samtykkeerklæringen som er vedlagt ved dette brevet. Når som helst samt uten å oppgi noen grunn, kan du trekke ditt samtykke om å delta i studien. Dette vil ikke få noen konsekvenser for deg. Dersom du har spørsmål til studien, kan du kontakte masterstudent Ingrid Eilertsen (telefon: ..., e-post: ...) Adresse: NTNU, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, Dragvoll, Bygg 11, Nivå 5, 7491 Trondheim.

Med vennlig hilsen



Ingrid Eilertsen

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er informert om studien ”Følelser og sykepleiepraksis”, og har fått mulighet til å stille spørsmål

-----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg er å treffe på

Telefonnummer:

Epost:

## Vedlegg 5: Uttdrag fra analysen steg 3 og steg 4

### Tema: Døden (Kari)

(Steg 3) Kari hadde en pasient som hun gikk til hver dag i et år. Pasienten døde nylig. Hun forteller at dødsfallet til denne pasienten gikk innpå henne, og at hun derfor var i pasientens begravelse. Kari forteller at fordi hun var så ofte til denne pasienten, var det annerledes når denne pasienten døde, fremfor andre hun ikke hadde vært hos like hyppig. (Sitat) *«Det er som regel ofte hvis det er litt sånne situasjoner, ikke hvis at det er bare... det blir feil å si bare en helt gammel dame som er dør, men det er noe med det når du er innom en person 4 ganger om dagen og hvertfall 5 dager i uka, enn hos en du kanskje er innom 1 gang i uka.»*

(Steg 4) Selv om Kari trekker frem at det er mer tid eller hyppigere besøk med denne pasienten som er grunnen til at hun er preget av dødsfallet, er det tenkelig at det handler like mye om en relasjon som har utviklet seg. Ved at Kari har truffet denne pasienten oftere enn andre, har dette gitt både hun og pasienten mulighet til å bli bedre kjent med hverandre. I så måte er det naturlig at Kari blir mer følelsesmessig berørt av bortgang til en person hun har en mer utviklet relasjon til, enn andre hun ikke har en slik relasjon til.

(Steg 3) Kari forteller at pasienten hadde en diagnose som tilsa at hun ikke kom til å leve lenge. Utfra dette forteller Kari at hun var forberedt på at pasienten kom til å dø snart. Likevel forteller Kari at hun kjente at hun ble preget av bortgangen til pasienten. (Sitat) *«På en måte du greier å legge det bort, men jeg tror nok jeg er en person som kanskje gir litt for mye av meg selv at jeg... tar kanskje ting for mye innover meg. Jeg vet ikke...»* (Steg 4) Å være forberedt på at en hendelse skal skje og å være forberedt på sine egne reaksjoner av en hendelse, kan være to forskjellige ting. Hendelsen i denne situasjonen er konkret, et menneske skal dø. Derimot er hvordan Kari opplever situasjon mer sammensatt. Kari har gode minner av pasienten, men det som en gang var er nå forbi og derfor kjennes det trist å minnes. Minnet av en avdød person kan føles både muntert og melankolsk på samme tid. Det kan være vondt å kjenne på det som er tapt, men det er ikke det samme som å angre på den relasjonen som oppsto. Når Kari da uttaler at hun kanskje gir for mye av seg selv, kan det forstås at hun kjenner på en naturlig sorgreaksjon som veksler mellom glede og tap.