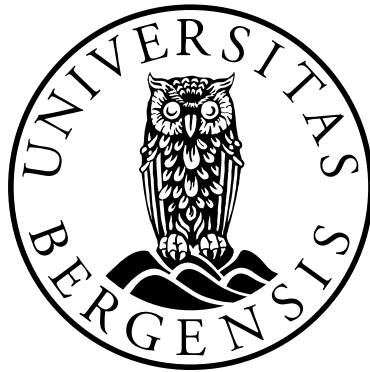


# **”Vi berre gjer det”**

*beskrivingar av skjult pleiepraksis i sjukeheim*

**Anne Marie Sandvoll**



Avhandling for graden philosophiae doctor (PhD)  
ved Universitetet i Bergen

2013

## FORORD

Proessen med denne avhandlinga har vore lærerik og utfordrande. Eit slikt prosjekt blir ikkje til av eit menneske åleine. Det er difor fleire som fortener å takkast.

Fyrst og fremst tusen takk til pleiarane som tok så godt i mot meg i to sjukeheimar. Eg er evig takksam for alt de har delt og lært meg!

Rettleiing og medforfattarskap er ei anna sentral side av eit doktorgradsløp. Hovudrettleiar Solveig Hauge har vore ein viktig medspelar heile vegen. Kjære Solveig, du var min rettleiar også på hovudfaget. Ditt rolege og behagelege vesen var lett å like, og det gode samarbeidet heldt fram. Du har vore ei uunnverleg støtte! Tusen takk til Britt Slagsvold som var med å utvikle prosjektskissa for dette prosjektet. Kjell Kristoffersen vart min biretleiar ved Universitetet i Bergen. Saman har Solveig og Kjell utgjort eit samkøyrt og godt team der eg har fått utvikla meg og fått høve til å arbeide sjølvstendig. Tusen takk til dykk begge to!

Gode kollegar har bidrege til arbeidet undervegs, tusen takk alle saman! Særskilt takk til Ellen Karine Grov og Maj-Britt Råholm som har lese artiklar og kappa og kome med nyttige innspel! Takkar også Kari Kvigne og Anne Grethe Halding i Kvalitativt forum som bidrog med nyttige tilbakemeldingar. Tusen takk til Karin E. Sørлие for korrekturlesing av engelsk samandrag til kappa! Christine Øye las arbeidet i slutfasen av prosjektet, og kom med konstruktive innspel! Tusen takk!

På Institutt for global helse og samfunnsmedisin har eg delteke på forskarskule, kurs og samlingar for stipendiatar. Her har eg tileigna meg mykje kunnskap samt fått tilbakemeldingar og nye idear til vidare arbeid med prosjektet. Tusen takk alle saman! Spesiell takk til Bodil Bø Våga som har blitt ein særleg god stipendiatkollega og ven. Tusen takk til Kirsti Nordstrand for god oppfølging og kyndig hjelp i samband med innlevering av arbeidet!

Utan tilgang på bøker og artiklar er det umogleg å skrive ei slik avhandling. Bibliotektenesta ved Høgskulen i Sogn og Fjordane er noko for seg sjølv. Ein slik

service og positiv innstilling skal ein leite lenge etter. Ei særskilt takk til Ann E. Opland og Sigrid Gjelsvik i Førde og Anita Svedal i Sogndal. Takk òg til alle på IT avdelinga for god hjelp!

Prosjektet har vore finansiert av Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avdeling for helsefag. Tusen takk til dekan Eva Marie Halvorsen. Takk til resten av leiinga som har lagt til rette for ein god stipendiatperiode. Gode kollegar støttar og oppmuntrar i ein travel stipendiatperiode. Ei stor takk til kvar og ein av dykk!

Gode vener og sosiale avbrekk er viktige for å holde ut i slikt løp. Med godt humør og interesse for arbeidet, har de støtta meg undervegs, tusen takk!

Ein særleg takk går til familien. Mamma, pappa, Tove og Lene. Takk for støtte og oppmuntring og for at de alltid er der! Tusen takk til min kjære Inge. Sist, men ikkje minst, dei tre flotte borna mine: Anna, Sigurd og Magnus. Det å skifte fokus frå forskning til familieliv med dykk er ei stor glede. Tusen takk!

Kyrkjebø, juli 2013

Anne Marie Sandvoll

## Samandrag

Praksis i sjukeheim er kompleks, og arbeidet med rutinar, stell og nær kroppspjie av hjelpetrengande og skrøpelege har vorte vurdert som tungt og krevjande. Samstundes vert det stadig retta nye krav til arbeidet, gjennom til dømes Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstenestene, som inspirerte dette arbeidet. Tidlegare forskning syner vidare at pleiarbeidet til tider har vore møtt med ei noko negativ innstilling som kanskje påverkar oppfatninga av arbeidet. Praksisen til pleiarane inneheld ein del sentral kunnskap som ikkje alltid er like lett synleg for omverda eller praktikarane sjølv. Siktemålet med denne studien var difor å avdekke, utforske og beskrive kjenneteikn ved skjult pleiepraksis i sjukeheim.

Studien har ei kvalitativ forskingstilnærming med eit feltmetodisk design for å få ei djupare forståing av pleiepraksisen. Data vart samla ved hjelp av deltakande observasjon, intervju samt dokumentanalyse. Fleire månader med feltarbeid i to sjukeheimar gav gode høve til å verte godt kjend med praksisfeltet. Analysen synte at pleiarane ser ut som at dei alltid veit kva dei skal gjere, og at dei kjenner bebuarane godt. Den etablerte pleiepraksisen er inkorporert i pleiarane og kvalitetsforskrifta har i liten grad fått innverknad. Pleiarane kjenner seg knytt til eitt sett med rutinar. Vidare synte analysen korleis ein uventa situasjon utvikla seg til å bli kaotisk, og vanskeleg å mestre for personalet. Dette var uvanleg, men ved hjelp av nærare analyse og utforsking i lys av teori, beskriv studien kor kompleks pleiepraksisen kan vere. Ubehageleg åtferd hjå bebuarar får i nokre tilfelle fram vanskelege kjensler hjå pleiarane. Kjensler som er vanskeleg å innrømme. Trass desse kjenslene kjenner pleiarane seg forplikta til å hjelpe alle bebuarar på same måte. Saman bidreg desse funna til å beskrive delar av den skjulte pleiepraksisen. Pleiarane har utvikla ein felles pleiehabitus, og informantane sitt eige utsegn ”vi berre gjer det” er ei dekkande beskriving av korleis det skjulte berre blir utført.

Teoretiske perspektiv vert nytta for å prøve å få ei auka forståing for praksisen. Bourdieu sitt teoretiske omgrep habitus vert nytta for å forstå automatikken i arbeidet til pleiarane.

Pleiarane bevegar seg automatisk mellom dei ulike bebruarane og ”spelar saman som eit orkester utan dirigent”. Pleiarane sin felles pleiehabitus inneber òg å handtere uventa hendingar samt åtferd som nokre gonger kan opplevast som ubehageleg. Douglas sitt perspektiv ”dirt as a matter out of place” vert nytta for å forstå pleiarane sine reaksjonar på anomaliane (det ubestemmelege) som oppstår i pleiepraksisen. I følge Douglas vert reint og ureint automatisk klassifisert i den enkelte, og vi sorterer vekk det som ikkje høyrer heime.

Prosjektet hadde som siktemål å avdekke, utforske og beskrive nokre kjenneteikn på den skjulte pleiepraksisen i sjukeheim. Pleiarane sitt eige utsegn ”vi berre gjer det” er ei dekkande beskriving av korleis dette skjulte inneber både kunnskap og erfaringar, som berre blir gjort. Pleiarane utfører oppgåvene automatisk, samt handterer det som blir oppfatta som ureint eller ubehageleg, fordi dei kjenner seg forplikta til det. Noko som skjer utan at dei tenkjer over det. Dette vert i avhandlinga kalla pleiehabitus. Pleiarane har utvikla ein felles pleiehabitus som mellom anna inneheld: kjennskap til bebruarane, å oppretthalde rutinane, ta hand om uventa situasjonar, reint og ureint, og i tillegg handtere ubehageleg åtferd som kan vekke aversjon eller irritasjon. Ved å utforske og beskrive kva som skjer, samt ved hjelp av omgrepet habitus hjå Bourdieu og Douglas sitt perspektiv om ”dirt as a matter out of place”, har analysane i prosjektet ført til auka innsikt i skjulte delar av pleiepraksisen.

## Abstract

Nursing home practice is often described as complex, even though it might be regarded as consisting of common, everyday activities. Research indicates that nursing staff consider assisting nursing home patients to be difficult and demanding work. At the same time, new regulations are issued for improving quality in nursing homes. Further, nursing staff acts according to a practical sense, and when asked to describe the rules under which they act, they are unable to do so. Research is required to understand the patterns of care that are unspoken and taken for granted. The aim of this project was to uncover, explore and describe some characteristics of the implicit aspects of care practice in nursing homes.

An ethnographic design was selected for this study in order to allow an in-depth understanding of nursing practice in nursing homes. Data were collected in two nursing homes and were comprised of observations of the staff providing care in two nursing homes, document analyses and interviews. The findings show that the nursing staff always seemed to know what to do, and that they knew the residents well. Findings indicate that the staff knew little about the new quality regulations, and that the quality of their work was guided by other factors rooted in their established nursing practice. Further analyses revealed that the staff appeared to be committed to daily routines in their daily work. In addition, the staff had to deal daily with several unexpected events, and always seemed to know what to do. Further unexpected events are described and explored. A seemingly ordinary but unexpected event develops in to a chaotic situation. This was unusual, but with further investigation and in the light of theory, the study illustrates the complexity of nursing home practice. The findings also showed that close contact with some residents' behaviours could evoke difficult emotions in the staff, such as irritation and aversion. However, it was difficult for the staff to admit to these feelings. In spite of this, nursing staff seemed to believe that they simply had to manage their responses and offer good care to all residents. The nursing staff had developed a habitus of caring, and their own statement "we just do it" is a suitable description of how these implicit parts are just

being done.

Theoretical frameworks contributed to making sense of the data and gaining a new understanding of these unarticulated issues in nursing home practice. Bourdieu's concept of habitus was useful when trying to understand how the staff seemed automatically to know what to do. Habitus regulates actions without being a product of rules; it makes a group of people act as though "collectively orchestrated without the action of a conductor". Further, Douglas' concept of "dirt as a matter out of place" was used in trying to gain an understanding of the nursing staff's reactions to pollution. According to Douglas, dirt is systematically classified and involves the rejection of inappropriate elements.

The aim of this project was to uncover, explore and describe some characteristics of the implicit aspects of care practice in nursing homes. The nursing staff's own statement, "we just do it", is a suitable description of how these implicit parts, existing of both knowledge and experience, are just being done. The nursing staff performs the care automatically, and at the same time they deal with dirt and unpleasant tasks, because they are committed to the residents. In the thesis, this is called habitus of caring. The nursing staff has developed a habitus of caring which consists of; knowing the residents, commitment to routines, unexpected events, dirt, as well as unpleasant behaviours that evoke difficult emotions. By exploring and describing the practice, in light of the concept of habitus from Bourdieu and "dirt as a matter out of place" from Douglas, the analyses have contributed to extend our understanding of some unarticulated aspects of nursing home practice.

## Fagmiljø

Arbeidet med denne avhandlingen er knytt til Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Prosjektet er finansiert av Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avdeling for helsefag, Førde. Hovedrettleiar har vore førsteamanuensis Solveig Hauge, Høgskulen i Telemark og birettleiar professor Kjell Kristoffersen, Universitetet i Agder.

Gjennom arbeidet med prosjektet har eg følgd samlingar og kurs ved forskarskulen på instituttet samt det obligatorisk grunnkurset ved fakultetet. I tillegg har eg gjennomført kurs i kvalitative metodar ved senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskulen i Bergen, samt delteke i seminarrekke om feltarbeid ved Senter for omsorgsforskning, Høgskulen i Bergen.



---

# Innhold

<b>FORORD</b> .....	2
<b>SAMANDRAG</b> .....	4
<b>ABSTRACT</b> .....	6
<b>FAGMILJØ</b> .....	8
<b>LISTE OVER PUBLIKASJONAR</b> .....	11
<b>LISTE OVER VEDLEGG</b> .....	12
<b>1. INTRODUKSJON</b> .....	13
1.1 MI FØREFORSTÅING .....	13
<b>2. PLEIEPRAKSIS I SJUKEHEIM</b> .....	15
2.1 DAGLEGE RUTINAR I SJUKEHEIMEN .....	16
2.2 FORSKRIFT OM KVALITET I PLEIE OG OMSORGSTENESTENE.....	19
2.3 GRUNNLEGGANDE BEHOV .....	21
2.4 VIKTIGE VERDIAR I KVALITETSFORSKRIFTA.....	24
2.5 RUTINAR – HINDER ELLER PRAGMATISK SKJEMA?.....	26
2.6 EIT UTSETT ARBEID MED LÅG STATUS?.....	28
2.7 ARBEIDET EIN IKKJE SNAKKAR OM .....	30
2.8 SIKTEMÅLET MED STUDIEN .....	32
<b>3. METODE</b> .....	33
3.1 FELTMETODIKK.....	34
3.2 UTVAL .....	39
3.3 DATASAMLING .....	42
3.4 ANALYSE.....	51
3.5 FORSKINGSETISKE VURDERINGAR .....	54
3.6 STUDIEN SIN KVALITET OG OVERFØRINGSVERDI .....	57
<b>4. PERSPEKTIV FOR ANALYSEN</b> .....	59
4.1 PIERRE BOURDIEU .....	61

---

4.2 MARY DOUGLAS.....	65
4.3 REFLEKSJONAR OVER DEI ANALYTISKE PERSPEKTIVA .....	68
<b>5. SAMANDRAG AV RESULTAT .....</b>	<b>69</b>
ARTIKKEL I .....	70
ARTIKKEL II.....	72
ARTIKKEL III.....	74
<b>6. DISKUSJON.....</b>	<b>75</b>
6.1 "VI BERRE GJER DET" – BESKRIVINGAR AV SKJULT PLEIEPRAKSIS I SJUKEHEIM..	76
6.2 KJENNETEIKN VED PLEIEKOLLEKTIVET .....	81
6.3 AVSLUTTANDE REFLEKSJONAR RUNDT KVALITETSFORSKRIFTA .....	85
6.4 KONKLUSJON .....	88
6.5 STUDIEN SI TYDING FOR PRAKSIS OG FRAMTIDIG FORSKING.....	89
<b>REFERANSAR .....</b>	<b>91</b>
ARTIKLAR I- III	
VEDLEGG	

## Liste over publikasjoner

I. *New quality regulations versus established nursing home practice: a qualitative study*

Anne Marie Sandvoll, Kjell Kristoffersen, Solveig Hauge

BMC Nursing 2012; 11:7

II. *The double embarrassment: Understanding the actions of nursing staff in an unexpected situation.*

Anne Marie Sandvoll, Kjell Kristoffersen, Solveig Hauge

International Journal of Nursing Practice, doi:10.1111/ijn.12086, 2013

III. *When care situations evoke difficult emotions in nursing staff.*

Anne Marie Sandvoll, Kjell Kristoffersen, Solveig Hauge

Health and Social Care in the Community.

Revised and submitted June 2013.

Eg vil referere til artiklane ved romartal (I-III).

## Liste over vedlegg

Vedlegg 1 Søknad om gjennomføring av forskingsprosjekt til institusjonane

Vedlegg 2 Løyve frå institusjonen

Vedlegg 3 Løyve frå institusjonen

Vedlegg 4 Førespurnad til pleiepersonalet med erklæring om samtykke

Vedlegg 5 Intervjuguide pleiepersonalet

Vedlegg 6 Informasjonsskriv til bebuarar og pårørande

Vedlegg 7 Svarbrev frå Regional komité for medisinsk forskningsetikk

Vedlegg 8 Godkjenning frå Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste

# 1. INTRODUKSJON

## 1.1 Mi føreforståing

Min utgangsposisjon som forskar ber preg av mange års deltaking i arbeidet i sjukeheim, fyrst som barn på besøk, deretter som ferievikar på kjøken, reinhald og i pleie, og vidare som sjukepleiestudent, sjukepleiar, lærar og høgskulelektor. Med mor som hjelpepleiar i sjukeheimen, vart det mange besøk innom til høgtider og juletreffestar. Som 16 åring fekk eg den fyrste feriejobben som reinhaldar, og som nyutdanna sjukepleiar starta eg å arbeide i same sjukeheimen. Her har pleiarane sett meg vekse opp, lært meg dei ulike arbeidsoppgåvene i sjukeheimen, og slik sett har eg fått dette arbeidet inn med ”morsmjølka”. Som lærar i vidaregåande skule og seinare som høgskulelektor har eg òg vore oppteken av eldreomsorg, og rettleia elevar og studentar i praksis på sjukeheim.

Det var difor sjølvsagt for meg å velje sjukeheimen og arbeidet der som utgangspunkt for mitt doktorgradsarbeid. Som sjukepleiar, lærar og høgskulelektor har eg lese, skrive, studert og undervist i arbeidet og omsorga som føregår i sjukeheimen. Ei innsikt som gjev meg gode føresetnader til å forstå og undersøkje dette, samstundes som eg er ein del av denne praksisen. Noko som sjølvsagt har prega min posisjon som forskar, og det har vore utfordrande å stilla seg utanfor og sjå denne praksisen med nye auge, og å stille spørsmål ved det som for meg var så sjølvsagt. Dette sjølvsagte er ein viktig del av praksis i sjukeheim. Tema for mitt hovudfagsprosjekt var kvaliteten på tenesta i sjukeheim (Sandvoll, 2005), der eg vurderte ei undersøking av kvalitet i sjukeheimar. Eg synt i hovudfagsprosjektet korleis undersøkinga var bygd på kvalitetsforskrifta, noko som gav inspirasjon til vidare analysar. Kvalitetsforskrifta som kom i 1997, og vart revidert i 2003, er på ei side og seier at brukarar av pleie og omsorgstenestene skal få dekkja grunnleggjande behov, med vekt på medverknad, respekt og eigenverd (Forskr kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene,

1997; Forskr kvalititet i pleie- og omsorgstjenestene, 2003). I tillegg seier forskrifta at kommunen skal utarbeide skriftlege prosedyrar for å sikre at brukarane av pleie- og omsorgstjenestene får tilfredsstilt grunnleggande behov.

Medan eg var ute i sjukeheimar som rettleiar og lærar for studentar, diskuterte eg ofte forskrifta, og erfarte at forskrifta var lite kjend. Kvalitetsforskrifta kom for over ti år sidan, og eg undra meg over at den ikkje var kjend for dei tilsette, og om den i det heile hadde fått nokon innverknad på pleiearbeidet.

## 2. PLEIEPRAKSIS I SJUKEHEIM

Pleiepraksis i sjukeheim er eit komplekst område (Heath, 2010; Rytterström, Cedersund, & Arman, 2009), som inneber mykje tungt arbeid og er av fleire beskrive som krevjande (Foner, 1994; Gubrium, 1997; Jacobsen, 2004; Owensby, 1997). Pleiepraksis i sjukeheim inneber mellom anna å hjelpe bebuarane med morgonstell, påkledning, assistere under måltid, samt leggje til rette for aktivitetar og sosial kontakt (Diamond, 1995; Gubrium, 1997). Tidlegare feltarbeid i sjukeheimar syner korleis pleiarane må handtere eit sett av rutinar av stell og måltider, og at dette er mykje arbeid, som kan verte tungt både fysisk og psykisk (Gubrium, 1997; Owensby, 1997). Eg hadde eit ynskje om å utforske og beskrive pleiepraksisen, og forskingsfokuset vart lagt på pleiarane sine handlingar. Eg vel å kalle informantane pleiar slik andre òg har gjort (Boge, 2008; Jacobsen, 1990; Lawler, 1991). Med pleiar meinast her dei som arbeider nærast bebuarar i sjukeheimen, det vil seie hjelpepleiarar, pleieassistentar og sjukepleiarar. Vidare i dette kapitlet presenterer eg kunnskap om sentrale særtrekk ved pleiepraksis i sjukeheim, og kvalitetsforskrifta som inspirerte dette forskingsarbeidet. Målet med gjennomgangen er å syne grunnlaget for denne studien.

## 2.1 Daglege rutinar i sjukeheimen

Pleiepraksis i sjukeheim er i stor grad bygd opp rundt daglege rutinar som personleg hygiene, måltider og aktivitetar. Eit normalt arbeidsdøgn kan sjå om lag slik ut: Pleiarane startar på jobb kl. 07.30, med rapport frå nattevakta om situasjonen til den enkelte bebuar. Etter rapporten startar dei med fyrste arbeidsbolken som er morgonstellet. Morgonstellet går ut på å hjelpe bebuarane opp, følgje dei til toalettet, kroppsvask/dusj, påkledning, pusse tenner samt følgje dei til kjøkenet for frukost. Nokre bebuarar er fullstendig pleietrengande og får all pleie utført i senga, samt servert måltider der. Andre vel å ete frukost på senga, for å stå opp seinare. Frukosten vert vanlegvis servert frå kl. 09.00. Pleiarane serverer, legg til rette, og hjelper dei som treng det med å ete. Vidare ryddar pleiarane opp etter måltidet, og følgjer bebuarane til romma sine, aktivitetsstova eller daglegstova. Andre tilbod bebuarane har er andakt, musikkstunder, utflukter, kafébesøk, basar og nokre gonger besøk frå barnehage- eller skuleborn. Etter desse aktivitetane (eller samstundes) held pleiarane fram med å hjelpe resten av bebuarane med morgonstellet, i tillegg til å hjelpe til med å ta på høyreapparat/ briller eller andre hjelpemidlar. Dei reier senger og ryddar rommet til den enkelte. Skittenklede blir sendt til vaskeriet, skittent utstyr blir rydda og gjort reint. Når bebuarane har dusja eller bada, blir alle sengeklede skifta, og seng og nattbord ekstra godt vaska. Nokre bebuarar har eigne sengeklede, men dei fleste nyttar institusjonen sitt. Samstundes med dette får bebuarane servert drikke og frukt. Denne tida på dagen brukar personalet gjerne ha gå-trening for bebuarar som treng det. Om det ikkje er tid til det nyttar personalet tida til og frå måltid som trening for bebuarane, tilpassa den enkelte. Når morgonstellet er avslutta, tek personalet matpause. Denne er ofte delt i to, slik at halvparten av pleiarane har pause, medan den andre halvparten er i avdelinga med bebuarane.

Etter matpausen tek pleiarane fatt på andre arbeidsbolken, som mellom anna er førebuing til middag. Pleiarane startar med å hjelpe bebuarane til toalettet, og følgjer



---

dei deretter inn til middagsbordet. Sengeliggande bebuarar blir sett godt til rette før måltidet. Omlag kl. 12.30 vert det servert middag. Bebuarane får tilrettelagt måltida etter behov, nokre et sjølv, andre treng litt hjelp, nokre treng å få mosa eller delt opp maten, medan andre treng hjelp til alt. Dette vert tilpassa den enkelte. Det vert rydda og vaska opp. Etter middagen blir bebuarane følgt til toalettet ved behov, nokre ynskjer å kvile, og får hjelp til det. Dei kviler anten på rommet sitt, i ein god stol, eller i rullestolen som kan regulerast i liggestilling. Gjerne med beina heva, ei ekstra pute under hovudet, og eit teppe over seg. I tida som står att av føremiddagsvakta er det andre oppgåver som må gjerast, til dømes rydde og legge på plass klede eller utstyr, dokumentasjon av pleia, samt rapportering til neste skift.

Tredje arbeidsbolken i arbeidsdøgnet på sjukeheimen startar med ettermiddagsskiftet rundt kl. 14.30, og vert innleia med rapport frå dagvakta. Etter det vekkjer personalet bebuarane etter middagskvilen, og hjelper dei til toalettet ved behov. Kaffi vert servert til bebuarane rundt kl. 15.00, og pleiarane set seg gjerne ned og drikk kaffi saman med bebuarane, om dei har høve til det. På denne tida er ofte pårørande på besøk, og desse kan drikke kaffi saman med sine. Ved behov hjelper pleiarane å følgje bebuarane til romma, om dei vil vere der med gjestene sine. Vidare tek pleiarane ei runde og ser korleis den enkelte har det, snur og skifter på sengeliggande bebuarar, og hjelper desse med å drikke kaffi. Personalet har gjerne ei pause etter dette. Seinare blir det førebudd kveldsmat. Bebuarar som sit på rommet sitt blir tilbydd følgje til kjøkenet om dei ynskjer å ete der, ved behov får dei hjelp til toalettbesøk. Kveldsmaten blir servert rundt kl. 18.00. På same måte som ved frukost og middag, er det slik at nokre bebuarar et på rommet sitt, medan andre et på kjøkenet i fellesskap. Personalet assisterer den enkelte etter behov. Etter kveldsmaten ynskjer nokre å legge seg, og pleiarane hjelper dei med kveldsstell, toalettbesøk, tannpuss med meir. Nokre har fjernsyn eller radio på rommet som står på ei stund, medan andre vil ha det roleg.

Slik held det fram til stort sett alle bebuarane har lagt seg for natta, då nattevaktene kjem om lag kl. 21.30, og startar med rapport frå ettermiddagsvakta.

Denne fjerde bolken i pleiearbeidet blir utført av nattevaktene. Nattevaktene hjelper i seng dei bebuarane som eventuelt likar å sitje lenge oppe. Seinare går nattevaktene rundar for å snu sengeliggande, og sjå etter at bebuarane har det bra, samt hjelper bebuarar som tilkallar personalet ved behov, til dømes om dei har smerter, er tørste, svoltne, treng hjelp til toalettbesøk eller andre ting.

Slik går arbeidet i sjukeheimen sin gang frå dag til dag. Sjølv om dette er ei forenkla framstilling, syner den rytmen og strukturen på arbeidet. I tillegg til desse oppgåvene, kjem medisindeling om lag fire gonger i døgnet, stell av sår og andre prosedyrar, samstundes som det heile tida skjer uføresette ting som pleiarane tek hand om.

### Nærleik, rutinar og brot

Som gjennomgangen over syner, er pleiarane sine hovudoppgåver knytt til eit nært forhold til bebuarane, under *stellet* som pleiarane sjølve kallar det. Stellet rommar hjelp til personleg hygiene som dusj eller kroppsvask, påkledning, tannstell, hårpleie, rydding av rom, arbeid på skyllerom med meir. Dette er truleg den viktigaste oppgåva til pleiarar i sjukeheim, og arbeidet med å forflytte, bade/dusje, og kle på og hjelpe bebuarar som er immobile er rekna for å verte arbeidskrevjande og tungt, slik andre har vist (Boge, 2008; Diamond, 1995; Farmer, 1996; Gubrium, 1997; Jacobsen, 1990, 2005; Kayser-Jones, 1990; Owensby, 1997).

Foner (1995) syner korleis pleiarane i tillegg må handtere bebuarar som gjer motstand, ropar eller forseinkar stellet, medan Gubrium (1997) syner korleis pleiarane må handtere brot i rutinane og urolege bebuarar, som gjerne forlenger tida ein må bruke på stellet. Det var difor interessant å sjå nærare på korleis pleiarane opplever å stå i dette nære forholdet til bebuarane, samt kva som styrer handlingane deira.

---

## 2.2 Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstenestene

Det siste tiåret har det frå sentralt hald vorte utarbeidd ei rekkje rapportar, stortingsmeldingar og kvalitetsforskrifter som omhandlar behova til eldre og pleietrengande i sjukeheim.

I St.meld. nr. 31 (2001-2002) ”Avslutning av Handlingsplan for eldreomsorgen” varsla regjeringa at ho våren 2003 ville leggje fram ei stortingsmelding om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene (Sosialdepartementet, 2002). Regjeringa ville rette fokus mot innhaldet og kvaliteten i tenestene, og føreslår mål, strategiar og tiltak for å utvikle betre pleie- og omsorgstenester i tråd med ønske og behov hjå den einskilde (Sosialdepartementet, 2003). Dette var truleg grunna i ei uro for den dårlege kvaliteten i eldreomsorga, rapportert i fleire land (Hasson & Arnetz, 2011; Nakrem, 2011; Sacco-Peterson & Borell, 2004). Særskilt utfordrande er det å sikre kvaliteten for pleietrengande som av ulike grunnar ikkje klarar å seie i frå, slik Eika (2006) har vist.

St. meld. nr 45 byggjer vidare på Stortinget si behandling av St. meld. 28 (1999-2000) ”Innhald og kvalitet i omsorgstenestene”, der kvalitet blir definert som det å sikre grunnleggande behov, som grunnleggande fysiologiske behov, helse, tryggleik, sjølvstende, styre sitt eige liv, respekt, individualitet og privatliv, fellesskap, aktivitet, valfridom og fleksibilitet (Sosial- og helsedepartementet, 2000). Regjeringa ønske spesielt å fokusere på brukaropplevd kvalitet, valfridom og individuell tilrettelegging av tenestetilbodet. Kva ein opplever som kvalitet varierer frå menneske til menneske, og er avhengig av personlege verdiar og erfaringar. Det var difor viktig at behova og ønska til den enkelte skulle leggjast til grunn når tenestene skulle utformast. Med dette som utgangspunkt foreslo Sosialdepartementet ei ny felles forskrift om kvalitet i

pleie og omsorgstjenestene (Forskr kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 1997). Kvalitetsforskrifta kom i 1997 og vart revidert i 2003 (Forskr kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 1997; Forskr kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 2003). Kvalitetsforskrifta byggjer mellom anna på konklusjonane frå Strenggehagen-utvalet (Strenggehagen, 1994), ei arbeidsgruppe nedsett av Sosial- og helsedepartementet saman med Kommunenes Sentralforbund, som skulle arbeide med ei beskriving av status for kvalitetsaspekt ved eldreomsorga. Forskrifta er heimla i kommunehelsetenestelova og set kvalitetskrav til tenestene (Forskr kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 1997).

I offentleg regi vert krava i kvalitetsforskrifta ”kontrollert” på to måtar, via tilsynsordningar (Helsetilsynet, 2013), og via brukarundersøkingar i regi av Kommunenes sentralforbund (KS). Tilsynet er basert på samtalar med tilsette og leiarar. KS har frå 2002 gjennomført brukarundersøkingar i omlag 200 norske kommunar. KS har utarbeidd eit spørjeskjema til bebuarar og pårørande, som kan sjå ut til å vere utvikla utifrå kvalitetsforskrifta (Sandvoll, 2005, 2006). Brukarundersøkingane viser at bebuarane er svært nøgde med tenestilbodet (Sandvoll 2005), medan rapportane frå helsetilsynet syner at det er ein del avvik etter tilsyn på kvalitetsforskrifta (Helsetilsynet, 2013). Dette gjeld til dømes avvik som at ein ikkje har skriftlege nedfelte prosedyrar for beskrive korleis ein skal dekke grunnleggande behov, eller at aktivitetstilbodet for bebuarane i sjukeheim er mangelfullt (Helsetilsynet, 2013). Desse sprikande resultatata gjorde meg nysgjerrig, og var noko eg ville sjå nærare på i denne studien.

---

## 2.3 Grunnleggande behov

I tråd med kvalitetsforskrifta skal brukarar av pleie og omsorgstenestene få tilfredsstilt grunnleggande behov med respekt for det enkelte menneske sin sjølvråderett, eigenverd og livsførsel. Med grunnleggande behov vert nemnt blant anna: oppleve respekt og tryggleik, sjølvstende og styring av eige liv, fysiologiske behov som tilstrekkeleg næring, variert kosthald, sosiale behov, samvær, fellesskap og aktivitet, normal døgnrytme og unngå unødig sengeopphald, høve til skjerma privatliv, få ivaretatt personleg hygiene og naturlege funksjonar, høve til eigenomsorg, verdig livsavslutning, nødvendig medisinsk undersøking, rehabilitering, pleie og omsorg tilpassa den enkelte, nødvendig tannbehandling og munnhygiene, tilbod tilrettelagt for personar med demens og andre som sjølv har vanskeleg for å formulere sine behov, tilpassa hjelp ved av- og påkledning, tilbod om eige rom ved langtidsopphald, tilbod om varierte og tilpassa aktivitetar (Forskr kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 2003).

Desse behova er forankra på ulike nivå, og til dømes einerom, som er ei politisk målsetjing i Noreg, vert teke hand om på eit meir organisatorisk plan. Dei grunnleggande behova som i hovudsak er pleiarane sitt arbeidsområde, har røter attende til grunnleggande prinsipp i sjukepleie. Sjukepleieforskaren Virginia Henderson har beskrive mennesket sine grunnleggande behov og generell sjukepleie (Henderson, 1986). Henderson definerer den generelle sjukepleia i 14 komponentar, og fleire av desse syner att i kvalitetsforskrifta (Forskr kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 2003). Dette er til dømes å hjelpe pasienten med ernæring, kvile og søvn, av og påkledning, kontakt med andre og produktiv sysselsetting som i forskrifta vert kalla aktivitetar. Unntaket er dei åndelege behova, som ikkje vert konkretisert i forskrifta (Forskr kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 2003), sjølv om dette òg er sentrale behov som pleiarar i sjukeheim bidreg til å hjelpe bebuarane med. Dei grunnleggande behova hjå Henderson er også teke inn i International

Council of Nurses (ICN) sin kodeks som grunnleggande prinsipp i sjukepleie (Henderson, 1986).

Det er dokumentert at den grunnleggande pleia i norske sjukeheimar er tilfredstillande (Hofseth & Norvoll, 2003; Kirkevold & Engedal, 2006; Næss, 2003; Romøren, 2005; Slagsvold, 1995). Internasjonalt finn ein òg studiar som syner at ved å fokusere på grunnleggande pleie opplever bebuarane kvalitet (Rantz & Zwygart-Stauffacher, 2004). Som døme nemner dei betydinga av gåtreening, god mat, tilstrekkeleg drikke og smertebehandling (Rantz & Zwygart-Stauffacher, 2004). Dette tyder på at fysiologiske behov ser ut til å bli godt dekkja i sjukeheimar. Andre grunnleggande behov har vore meir under press, som til dømes medverknad og verdigheit (Dwyer, Andershed, Nordenfelt, & Ternestedt, 2009; Harnett, 2010a, 2010b). På lik linje med innføringa av kvalitetsforskrifta i Noreg, har fleire vestlege land difor hatt reformer og innført forskrifter for å betre kvaliteten på tenesta i sjukeheimar (Phillip, 2006; Rahman & Schnelle, 2008; Venturato, Kellett, & Windsor, 2007). Sjølv om ein har forsøkt innført ulike modellar i sjukeheimane (Barkan, 2003; Boyd, 2003; Kehoe & Van Heesch, 2003; Lustbader, 2000; Robinson & Gallagher, 2008; Thomas, 2003), er det i følgje Scalzi og medarbeidarar (2006) lite dokumentert om nye forskrifter fører til betre kvalitet for bebuarar i sjukeheim. Scott-Cawiezell og medarbeidarar (2004) og Wiener (2003) peikar på at det er ei stor utfordring å endre praksis ved å innføre nye forskrifter.

Chung (2009) argumenterer for at det trengs eit betre rammeverk for å måle kvaliteten på pleia, som tek omsyn både til dei synlege og skjulte prosessane i pleieaktivitetar. Det eksisterer i tillegg lite dokumentasjon på korleis kvalitetsforbetringar vert halde ved like og oppdaterte (Compas, Hopkins, & Townsley, 2008). Rahman og Schnelle (2008) argumenterer for at personalet si samhandling med bebuarane er fundamental dersom ein skal oppnå forbetring av pleia. Dette er i tråd med Hauge (2004) sin studie som syner korleis bebuarane i

sjukeheim set pris på og søker relasjonar til personalet. Det er difor behov for forskning som beskriv kva som kjenneteiknar relasjonane i omsorga. Noko som er i tråd med Rahman og Schnelle (2008), som hevdar at observasjon av samhandlinga mellom pleiar og bebuar er nødvendig for å utvikle informasjon som kan nyttast til å forbetre samhandlinga.

## 2.4 Viktige verdiar i kvalitetsforskrifta

Verdiane respekt og verdigheit er sentrale i kvalitetsforskrifta (Forskr kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 2003). Respekt er ein sterkt innarbeidd etisk verdi i sjukepleie, og respekten for det enkelte mennesket sitt liv og ibuande verdigheit utgjer grunnlaget for all sjukepleie (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Respekt er i følge Wainwright og Gallagher (2008) eit omgrep som er tydeleg for dei fleste som arbeider innan omsorg, og respekten for individet ligg djupt forankra i pleiepersonalet (Wadensten, 2007). Omgrepet verdigheit er meir uklårt. Det eksisterer ei rekkje definisjonar av omgrepet, men det er utfordrande å klargjere meininga i samband med pleiepraksis (Gallagher, Li, Wainwright, Jones, & Lee, 2008). Det ser likevel ut til å vere generelt akseptert at verdigheit betyr å vere av verdi eller å vere verdt noko (Gallagher et al., 2008). Dwyer og medarbeidarar (2009) har studert korleis pleiarar definerer verdigheit for eldre, og fann at det å syne respekt samt å føle tillit var avgjerande. Samstundes syner same studie korleis konflikten mellom det pleiarane ynskjer å gjere og det dei faktisk får gjort for bebuarane, kan vere ein trussel mot verdigheita (Dwyer et al., 2009).

Vidare kan det diskuterast om verdigheit er noko ein kan miste som ein konsekvens av sjukdom, skade eller alder. Nordenfelt (2004) opnar for dette i det han presenterer "The varieties of Dignity". Nordenfelt (2004) argumenterer for at ein person sin verdigheit kan bli teke frå han/ho av ulike hendingar, handlingar frå andre personar, av skade, sjukdom eller aldring. Ein studie av Franklin og medarbeidarar (2006) blant bebuararar i sjukeheim beskriv korleis det å verte avhengig og skrøpeleg påverkar verdigheita. Samstundes kunne bebuarane oppleve ein indre styrke. Desse forholda kunne både styrke og hindre kjensla av verdigheit, men var i tillegg avhengig både av personalet og organisatoriske forhold (Franklin et al., 2006). Gallagher og medarbeidarar (2008) si oversikt byggjer vidare på dette, og dei argumenterer for



---

kompetanseheving og adekvate ressursar for å bidra til at sjukepleiarar kan forstå omgrepet samt få høve til å operasjonalisere verdigheit i sin kvardagspraksis.

Det har dei siste åra vore eit auka fokus på individuelle behov knytt til medverknad. Dette vart understreka og forsterka då kvalitetsforskrifta vart revidert i 2003, og ordlyden vart endra frå at brukaren skal ”takast med på råd” til at brukaren ”skal vere med å bestemme når tenesta skal utformast” (Forskr kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 1997; Forskr kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 2003).

Internasjonalt finn ein òg eit auka fokus på desse ideologiske omgrepa, og i følge Slater (2006) er omgrepet personsentrert brukt regelmessig frå midten av 1990 talet. McCormack har utført ei rekkje studiar av personsentrert praksis, og har mellom anna utarbeidd ein oversiktsartikkel med fokus på personsentrert praksis i geriatrisk sjukepleie (McCormack, 2003). Vidare har han utvikla ein modell for personsentrert praksis (McCormack & McCrane, 2006), og gjennomført studiar som har hatt som fokus å implementere slik praksis (McCormack et al., 2010). McCormack og medarbeidarar (2010) viser at det er sentralt med ei demokratisk og inkluderande tilnærming for å praktisere og skape rom for personsentrerte forhold, og vidare at pleiekulturen er ein kritisk faktor i utviklinga av personsentrerte forhold. Dette er mellom anna vist i Harnett (2010b) sin studie, som synte at høve til medverknad heng saman med personalet sine rutinar, noko eg vil kome attende til i neste delkapittel. Liknande funn er gjort av Skaalvik (2010), som beskriv at sjukepleiestudentar i sjukeheim ikkje opplevde eller erfarte systematiske personsentrerte tilnærmingar. På den andre sida syner same studien at kontaktsjukepleiarane oppfatta at sjukeheimen representerte rike moglegheiter for læring av personsentrert omsorg for bebuarar med demenssjukdom (Skaalvik, 2010). Desse sprikande funna grunngjev behovet for fleire studiar som ser på korleis medverknad viser seg i sjukeheim. I følge Harnett (2010b) er det behov for studiar som studerer konkrete situasjonar der eldre prøver å utøve medverknad i interaksjon med pleiarane.

## 2.5 Rutinar – hinder eller pragmatisk skjema?

Fleire studiar har synt betydninga av rutinar i sjukeheim (Boge, 2008; Christiansen, 2007; Harnett, 2010b; Persson & Wästerfors, 2009; Sellerberg, 1991; Zisberg, Young, Schepp, & Zysberg, 2006). Studiar har synt at rutinar i sjukeheim har forrang framfor bebuarane sine individuelle behov (Chuang & Abbey, 2009). Uheldige konsekvensar kan vere at rutinane dominerer praksis og reduserer bebuarane sine høve til medverknad (Murphy, 2007). Hauge (2004) sin studie av sjukeheimen som heim syner korleis fellesskapet i sjukeheimen er styrt av pleiarane. Eit fellesskap som ikkje alltid er ynskjeleg for dei bebuarane som har behov for tid for seg sjølv (Hauge, 2004). Harnett (2010a) har synt at bebuarane sine moglegheiter for medverknad er avhengige av personalet sine rutinar, om det ”matchar” eller forstyrrar rutinane. Boge (2008) sin studie av kroppsvask i sjukeheim syner korleis pleiarane si utnytting av tida ser ut til å vera viktigare ved kroppsvask enn redsla for mikrobar og omtanken for pleietrengande sine behov. Dette gjev grunn for å tru at det kan vere ein del uheldige konsekvensar av rutinar i sjukeheim, som avgrensar bebuarane sin medverknad.

På den andre sida har forskning synt at rutinar kan bidra til å skape meningsfulle, trygge rammer og struktur for bebuarane, samt skapar eit slags pragmatisk skjema for pleiarane, slik at ein sikrar at arbeidet blir gjort (Diamond, 1995; Gubrium, 1997; Liukkonen, 1995; Rytterström, 2011; Sellerberg, 1991; Zisberg et al., 2006). Jacobsen (1990) syner at det var liten tid til overs, og at pleiarane berre rakk det mest nødvendige stellet. Zisberg og medarbeidarar (2006) syner korleis bebuarane opplevde at rutinane bidrog til ei kjensle av velvære. Liukkonen (1995) syner med sin studie at bebuarane i sjukeheim trivast med ”husreglane”, og at dei til dømes likar å stå opp og bli kledd før frukost, og påpeikar det dersom det blir endringar i rutinane.

---

Norske studiar av pleiekultur i sjukehus syner korleis ernæring, søvn og stell er grunnleggande strukturerande element som arbeidet vert organisert rundt. Dette gjev avdelinga eit syklisk preg og er organisert etter eit fast mønster som får arbeidet gjort (Hamran, 1991). Olsvold (2010) beskriv eit liknande mønster, der kollektivet har verdiar om at alle passar på og har ei viss oversikt over pasientane. Felles ansvar og forplikting står sterkt, og over tid har det vorte nedfelt ei praktisk og sosial organisering av arbeidet. På postar med mykje pleie er ein slik pleiekultur ofte velutvikla, i følgje Olsvold (2010).

Ein studie av Rytterström (2011) gjer greie for rutinane si betydning for pleiarbeidet i sjukeheim, og tek utgangspunkt i at rutinane er eit viktig symbol for pleiekulturen. Rutinane vart beskrive som pragmatiske og meningsfulle, men samstundes til hinder for god pleie. Dei meningsfulle rutinane bidrog til god pleie i dei tilfelle den enkelte pleiar sine vurderingar harmonerte med pleiekulturen sitt ethos (særpreg). Det fans likevel ein risiko for at rutinar vart til hinder for god pleie, om rutinane vart forstått som ei gjentakande handling utan rom for tilpassing til bebuaren sine behov (Rytterström, 2011). I ein studie blant sjukepleiestudentar i sjukeheim, syner Skaalvik (2010) korleis eit læringsmiljø med fagleg og kritisk refleksjon var vesentleg for læreprosessen, dersom den ikkje skulle resultere i passiv tilpassing til etablerte rutinar i omsorga for eldre.

Gjennomgangen av tidlegare forskning angående rutinane si betydning i sjukeheimen gjev altså ulike indikasjonar. Gjennomgåande syner litteraturen ei kritisk haldning til rutinane, fordi dei kan vere til hinder for god pleie og bidra til manglande medverknad. Andre deler av forskingslitteraturen syner at rutinane kan fungere som eit gode og som kvalitetssikrar både for bebuarar og tilsette. Denne ulike forståinga av samanhengen mellom rutinar og kvalitet er difor interessant å utforske nærare, og særleg korleis den kjem til uttrykk i pleiarane sitt daglege arbeid.

## 2.6 Eit utsett arbeid med låg status?

Den føregåande gjennomgangen syner at pleiarane i sjukeheim er utsett for forskning, kvalitetsmålingar samt nye krav til kvalitet. Jacobsen (2005) syner korleis pleiarane har fått eit sett nye rutinar relatert til kvalitetsforbetring, der pleiarane må bruke tida dei har til overs til å telje dei mest fysiske målbare og kvantifiserbare aspekt ved arbeidet. Paradoksalt nok vart desse krava til kvalitetsforbetringar og dokumentasjon innført i ei tid då pleiarane opplevde å ha fått litt betre tid, og til dømes kunne setje seg ned å slå av ein prat med bebruarane (Jacobsen, 2005). Bradshaw og medarbeidarar (2012) si oversikt syner korleis negative aspekt ved livet i sjukeheim har fått fokus i forskinga, med beskrivingar av eit sterilt liv med manglande meningsfulle erfaringar. Som døme nemner dei at nokre heller vil døy enn å flytte på sjukeheim, mangel på privatliv og verdigheit, stringente rutinar og ei kjensle av tomrom, og tap av kontroll for bebruarane (Bradshaw et al., 2012).

Utifrå ein vidare gjennomgang av litteraturen kan det sjå ut som om denne typen arbeid med sjuke og gamle har vorte sett på som eit usynleg kvinnearbeid med låg status (Album & Westin, 2008; Benner & Wrubel, 2006; Lawler, 1991; Olsvold, 2010; Vike, Brinchmann, Bakken, Kroken, & Haukelien, 2002; Widding Isaksen, 1994; Widding Isaksen & Dahle, 2000). I følgje Benner og Wrubel (2006) har omsorga vorte nedvurdert og verdien av omsorg kulturelt usynleg, fordi omsorg er forbunde med ”kvinnearbeid”. I tillegg var sjukepleiarane sin funksjon i utgangspunktet å vere ein assistent for legen, som hadde større kulturell kapital (Jørgensen, 2007).

Vidare kan ein sjå at innan sjukepleia har oppgåvene vorte inndelt hierarkisk slik at ein med stigande ansiennitet eller høgare rang/utdanning fekk eit skifte frå relativt ”skitne” jobbar til reinare oppgåver, og med det mindre kontakt med andre menneske

---

sine kroppar (Lawler, 1991). Ein studie frå ein norsk sjukeheim syner at her er ”alle like og gjer same jobben”, då den hierarkiske organiseringa er vanskelegare å realisere på ein sjukeheim enn på eit sjukehus (Jacobsen, 2004). Bradshaw et. al (2012) som mellom anna har sett på norske studiar i si oversikt, hevdar at det førekjem positive erfaringar blant bebuarar i sjukeheim, noko som er sentralt for opplevinga av kvalitet. Det er difor interessant å utforske denne praksisen i ein norsk kontekst. Informantane i denne studien er pleiepersonalet som står for den nære kontakten med andre menneske sine kroppar og deira behov for stell , pleie, ernæring, sosiale og åndelege behov i sjukeheimen. Denne praksisen er sentral å utforske vidare, noko som er i tråd med Bradshaw og medarbeidarar (2012) som mellom anna konkluderer med at pleiepraksisen verkar inn på om bebuarane opplever kvalitet.

## 2.7 Arbeidet ein ikkje snakkar om

Lawler (1991) har observert og intervjuet pleiarar som arbeidde i sjukehus, og i boka "Bak skjerm Brettene", vert sjukepleie blant anna beskrive som skittent arbeid og at det er vanskeleg å få eit bilete av kva dei gjer, spesielt når det gjeld kroppsstell.

Informantane i hennar studie fortel om kor vanskeleg dette arbeidet er å snakke om, fordi få menneske utanfor yrket forstår kva det vil seie å vere sjukepleiar.

Sjukepleiarane erkjenner at arbeidet omfattar ting som ikkje er akseptable emne å konversere om i eit "sivilisert" samfunn. Lawler (1991) beskriv kor brydde pleiarane i hennar studie var i møte med nakne kroppar. Liknande funn er gjort av Widding Isaksen (1994), som studerte omsorg og kroppsstell i familien.

I Lawler (1991) sin studie kom det vidare fram at sjukepleiarane måtte beherske følelsane sine, for eksempel lærte ein ikkje at det er normalt å i nokre tilfelle føle avsky. Det vert difor forventa av sjukepleiarane at dei skal gjere ting ein ikkje snakkar om, ikkje drøftar, som ingen ser og som er skitne (Lawler, 1991).

Sjukepleiarane kjenner seg forlegne, noko som er sentralt i Lawler si forståing av korleis sjukepleiarar handterer pleie av andre (Lomborg, 1995). Lawler (1991) hevdar at studiar av kroppsprodukt syner ein tendens til at kroppsprodukt som til dømes puss, slim, kroppssveitte og spytt utløyser negative kjensler. I følgje Boge (2008) har ein alt frå 1911 forventa at pleietrengande både ser reine ut og luktar godt, og det ser ut som toleransen er minst like liten i vår tid. Det er vanskeleg å vere imøtekomande ovanfor pleietrengande som vil vaske og stelle seg mindre enn normert, fordi andre pleietrengande, pleiarar og pårørande, ikkje vil akseptere det (Boge, 2008). Og i følgje Jansen og Heggen (2007) har god hygiene vorte sett i samheng med god moral. Det kan difor vere utfordrande for pleiepersonalet å handtere åtferd som avvik frå ein hygienisk praksis, fordi dei vil oppleve det som "feil", umoralsk eller uhygienisk.

---

Det nære pleiearbeidet medfører vidare kontakt med ulike typar åtferd, til dømes bebuarar som søler med mat, spyttar eller gjentek ord og setningar (Foner, 1994; Gubrium, 1997). Slik åtferd kan opplevast som ubehageleg og representerer noko folk flest helst ikkje vil sjå, røre eller høyre, ei nærast allmenn oppfatning på tvers av kulturar (Haidt, Rozin, McCauley, & Imada, 1997; Simpson, Carter, Anthony, & Overton, 2006). Lawler syner korleis sjukepleiarane gjennom erfaring utviklar ei evne som gjer at pinlege situasjonar er til å bere (Lomborg, 1995). Denne evna kategoriserer ho i fire reglar for at kroppen skal verte medgjerleg under sjukdom. Reglane er (1) regelen om kontroll og å føye seg, (2) regelen om å verte avhengig (3) regelen om blygsel, og (4) verneregelen. Vi får eit godt bilete av dei tre fyrste reglane ved å førestille oss den ”gode” pasient (Lawler, 1991). Den grunnleggande uniforma, utgjer pleiaren sin identitet og bidreg til å akseptere pleie.

Problematiske situasjonar vert meistra ved det Lawler (1991) kallar minifismer, som vil seie at ein minskar størrelsen på ei hending som angår pasienten. Dette vert aktuelt der pasientane til dømes ikkje klarar å unngå ein situasjon, og for eksempel søler eller kastar opp utan å ha kontroll over det som skjer. Minifismer vert da brukt for å avgrense situasjonen, gjere den mindre, eller definere situasjonen som ikkje noko å bry seg om (Lawler, 1991). Sjølv om studien til Lawler (1991) bidreg til innsikt i korleis pleiarar handterer ubehagelege ting i sin praksis er det behov for fleire studiar som ser nærare på dette, også i ein norsk kontekst. Korleis pleiarar i sjukeheim erfarer og stiller seg til ubehageleg åtferd er eit lite beskrive tema i pleiepraksis, og meir forskning er etterlyst (Widding Isaksen, 1994).

## 2.8 Siktemålet med studien

Den føregående gjennomgangen syner at pleiarar i sjukeheim står i ein nær situasjon til bebuarar i sjukeheim. Pleiearbeidet vert rekna som tungt, samstundes som det stadig vert retta nye krav til arbeidet, gjennom til dømes kvalitetsforskrifta. Vidare syner gjennomgangen at arbeidet til tider har vore møtt med ei noko negativ innstilling som kanskje påverkar oppfatninga av arbeidet. Dei som arbeider i sjukeheimen har òg vore gjenstand for kvalitetsmålingar og forskning, med indikasjonar om ei betre teneste. Det er difor behov for studiar som utforskar praksisen slik den faktisk viser seg.

Siktemålet med studien er **å avdekke, utforske og beskrive kjenneteikn ved skjult pleiepraksis i sjukeheim.**

For å belyse det overordna siktemålet har avhandlinga tre følgjande spesifikke forskingsspørsmål:

1. Korleis forstå nye forskrifter sitt møte med ein etablert pleiepraksis?
2. Korleis forstå handlingane til pleiarane i ein uventa situasjon?
3. Korleis taklar pleiarane pleiesituasjonar som får fram vanskelege kjensler?

Ved å svare på desse problemstillingane ynskjer eg å kaste lys over viktige delar av pleiepraksis i sjukeheim, dei delane som kanskje ikkje tidlegare har vorte så mykje snakka om eller framstilt i litteraturen. Eg ynskjer å løfte fram, beskrive og analysere dette arbeidet som ofte blir teke for gitt, og gjerne har vorte oppfatta og omtalt som enkelt, utydeleg og prega av rutinar.



### 3. METODE

I dette kapitlet skal eg beskrive kva forskingsdesign som er valt for studien, samt korleis eg gjekk fram for å samle og analysere data. Målet er å få fram kunnskap gjennom beskrivingar av pleiepraksisen i sjukeheim. Studien har ei kvalitativ forskningstilnærming med eit feltmetodisk design for å få ei djupare forståing av pleiepraksis i sjukeheim (Hammersley & Atkinson, 2004). Feltforskning eller etnografi er vurdert som ein av dei mest sentrale kvalitative metodane i samfunnsforskinga (Fangen, 2004; Hammersley & Atkinson, 2004). Feltarbeidet bidrog til at eg fekk tileigna meg fyrstehands erfaringar. Mange av inntrykka eg fekk var vanskelege å setje ord på, men var med å prega forståinga mi. Dette kan i følge Fangen (2004), gje utgangspunkt for tolkingar, og setje forskaren i stand til å fange dei mindre openberre sidene ved feltet. Dette sette meg i stand til å oppdage både automatikken og brota i rutinane, samt anomaliane. Noko eg mest sannsynleg ikkje ville fanga i ein intervjusituasjon (Fangen, 2004).

### 3.1 Feltmetodikk

Feltmetode inneber at feltforskarer deltek i folk sitt daglegliv over ei lengre periode, observerer det som skjer, høyrer på det som blir sagt og stiller spørsmål. Alt dette for å samle inn dei data som er tilgjengelege, og kan belyse dei problema forskinga tek opp (Hammersley & Atkinson, 2004). Feltforskning gjev slik sett gode høve til å bruke tid saman med informantane, og vart vurdert som eigna til å finne svar på problemstillinga (Fangen, 2004). Eg har i hovudsak nytta meg av Hammersley og Atkinson (2004) si tilnærming som inspirasjon til dette feltarbeidet. Hammersley og Atkinson (2004) presenterer; ”vi er ein del av den verda vi studerer” som sin vitskapsteoretiske posisjon for feltarbeid. Likevel er det, ifølgje Hammersley og Atkinson (2004), fleire element i positivistisk og naturalistisk tradisjon som bør oppretthaldast. Mellom anna hevdar dei at samfunnsvitarar bør ta utgangspunkt i det positivt gitte, og gjennom målingar identifisere dei lovane som regulerer den sosiale verkelegheita. Ein naturalist legg vekt på å studere den sosiale verkelegheita i sin ”naturlege” tilstand, ikkje i ”kunstige” situasjonar som formelle intervju eller eksperiment (Hammersley & Atkinson, 2004). Målet for meg har i denne samanhengen vore å beskrive kva som skjer, pleiarane sine handlingar samt konteksten, for å ivareta lojalitet ovanfor dei eg studerte (Hammersley & Atkinson, 2004). Men dei to retningane naturalisme og positivisme er ikkje tilstrekkelege som grunnlag for samfunnsforskninga, i følgje Hammersley og Atkinson (2004). Begge overser den fundamentale refleksiviteten, det faktum at vi er ein del av den verda vi studerer, og må stole på allmenngyldige kunnskapar og metodar (Hammersley & Atkinson, 2004).

Refleksivitet vil enkelt forklart seie at forskaren tek ein posisjon der han prøver å sjå si eiga rolle i samhandlninga med deltakarane, dei empiriske data, dei teoretiske perspektiva, og den forståinga forskaren har med seg inn i prosjektet (Hammersley & Atkinson, 2004; Malterud, 2001). I følgje Alvesson og Sköldberg (2008) vil

---

refleksivitet seie at forskaren grundig rettar merksemda si mot korleis ulike typar lingvistiske, sosiale, politiske og teoretiske element er fletta saman i utviklinga av kunnskap der det empiriske materialet vert konstruert, tolka og deretter skrive (Alvesson & Sköldberg, 2008). Det er forskaren sjølv som står for samanbindinga av dei ulike elementa. Det er difor sentralt å gjere greie for si eiga føreforståing, bakgrunn og perspektiv dersom ein skal få til ei transparent framstilling av kunnskapsutviklinga (Malterud, 2001; Olsen, 2003).

Eg hadde eit ynskje om å gå så ope som mogleg ut (Alvesson & Sköldberg, 2008), utan å ha nokre klare teoretiske rammer eller ferdige kategoriar som skulle styre prosjektet. Etnografi byggjer på eit ope sinnelag, og gjev rom for mange ulike tolkingar, men det vil likevel vere nokre former for teori eller vitskapsteori som leiar interessa til forskaren (Alvesson & Sköldberg, 2008). Eg hadde ikkje noko fast opplegg då eg tok fatt på studien, og vart nøydd til å endre både teori og idear undervegs (Wadel, 1991). Til dømes fekk eg etterkvart behov for å leggje vekk idéen om at kvalitetsforskrifta verkar inn på arbeidet til pleiarane. Vidare har empirien kravd at eg har prøvd ut fleire ulike teoriar, samt at eg til dømes har endra bruk av omgrep frå pleiekultur til pleiepraksis, som vart meir dekkande for det eg studerte. Ein annan grunn til å endre omgrepet til pleiepraksis, var at omgrepet pleiekultur vert oppfatta ulikt, og ofte forveksla med innslag av arbeidsmiljø. Desse endringane har vorte til i forskingsprosessen, i dialogen med informantar, rettleiarar og forskingsgrupper.

I ettertid ser eg at dette med å gå ope ut ikkje var så enkelt, og at eg som forskar laut akseptere å gå gjennom ein krevjande læreprosess. Mi erfaring er at etterkvart som eg vart meir bevisst føreforståinga mi, vart det slik at prosessen bidrog til å opne meir og meir opp, og førte stadig med seg nye spørsmål og problemstillingar. Nye spørsmål er spennande, men likevel må ein ta nokre val og avgrense kva ein vil fokusere på og

med kva slags innfallsvinkel, til dømes i form av teori. Dette kan sjølvsagt ha påverka både kva eg har sett, og ikkje minst kva eg kan ha oversett.

## Feltarbeid i eigen kultur

Å utføre feltarbeid i eigen kultur inneber at ein studerer si eiga verkelegheit (Wadel, 1991). Dette kan ein i følgje Wadel (1991) tru er lettare både reint praktisk og også fagleg, samanlikna med feltarbeid i framande kulturar. På mange måtar er det truleg lettare, fordi eg til dømes kjenner feltet, og kan språket (Wadel, 1991). Sjølv om ein har kunnskapar eller tankar om feltet på førehand, er det sentralt i feltforskinga å trenge bak det sjølvsagte. Ein bør prøve å ta ein posisjon som om at ein ikkje veit noko, for å verte i stand til å lære noko nytt (Fangen, 2004). Fenomen ein tek for gitt, er ikkje alltid like kjende som vi trur, og studiar i eige samfunn kan bidra til å problematisere dette kjende (Rugkåsa & Thorsen, 2003). Slik kan ein opne for betre forståing av eige samfunn.

Å oppnå distanse var kanskje den største utfordringa for meg, i og med at eg kjenner sjukeheimen så godt. For meg vart det difor ein vekkjar å ta ei pause frå feltet, jf. pausar frå feltet gav nye spor. Tilbake i feltet oppdaga eg at eg hadde vore ”blind” av alle inntrykka, og i stor grad styrt av tankar om at forskrifta hadde stor innverknad. Eg bestemte meg difor for å leggje vekk kvalitetsforskrifta eg var så oppteken av, og heller prøve å sjå kva det eigentleg var som gjekk føre seg, ei tilnærming som er i tråd med Fangen (2004). Eg måtte prøve å beskrive det som skjedde som om det var framandt for meg (Frøystad, 2003). Då såg eg til dømes at pleiarane bevega seg nærast automatisk og utan å avtale det, for eksempel mellom romma og dei ulike bebuarane. Vidare at dei såg ut til å alltid vite kva dei skulle gjere for den enkelte bebuar, utan å lese dette nokon stad. På ein slik måte tvinga eg etterkvart meg sjølv til å trenge bak det sjølvsagte, stille spørsmål ved denne praksisen som for meg var så naturleg. Samstundes bidrog min nærleik til sjukeheimen til at eg var innforstått med

---

utfordringane pleiarane står i. Noko som er i tråd med Giddens (1976) som beskriv at feltarbeidaren i eigen kultur har ein felles kunnskap med dei han studerer. Dette gav meg ein annan posisjon enn det ein forskar utan erfaring frå sjukeheim ville fått. Eg tenkjer at denne posisjonen kan ha letta tilgangen, gjort det lettare å etablere tillit, noko som truleg bidrog til at pleiarane delte både erfaringar og kjensler med meg.

## Kontekst

Konteksten for denne studien var to langtidsavdelingar i to sjukeheimar, heretter kalla sjukeheim 1 og sjukeheim 2. Sjukeheim 1 ligg i ein liten by og er ein kompleks bygning med tre avdelingar, kafeteria og dagsenter. Sjukeheim 2 er mindre og ligg i ei bygd. Bygget inneheld 3 avdelingar, legekontor og fysikalsk behandling. Begge sjukeheimane hadde eigne avdelingar for personar med demens. Kvar bebruar hadde einerom med eige bad, og høve til å ha private gjenstandar, som bilete, fjernsyn, radio eller pyntegjenstandar, med seg på rommet sitt. Begge sjukeheimane var velhaldne, den eine var bygd for nokre år sidan, medan den andre var bygd om og renovert. Einerom er etterkvart vanleg i norske sjukeheimar, og dei fleste sjukeheimar er bygde om, slik at bebruarane no har eigne bad, og nokre ein eigen entré, slik Jacobsen òg har vist (Jacobsen, 2005, 2008). Romma og bada var romslege og tilpassa rørslehemma. Sengene var av typen sjukehussenger som kunne regulerast i hovud- og fotende, samt opp og ned. Begge avdelingane hadde eit kjøken, der bebruarane kunne ete måltida saman med dei andre bebruarane på avdelinga. Vidare var det i begge avdelingane ei TV-stove. Avdelingane var utforma langs ein korridor, med felles stove og kjøken samt private rom for bebruarane. I tillegg var det i begge avdelingane rom for lintøy/lager, personale/vaktrom samt skyllerom.

Dei fleste bebruarane i dei to langtidsavdelingane budde der permanent. Bebruarane var skrøpelege eldre som av ulike grunnar trengte hjelp til det meste i dagleglivet, som til dømes personleg hygiene, måltid, søvn/kvile og aktivitetar. Dei fleste

bebuarane var avhengige av rullestol eller rullator, enkelte var sengeliggande, som vil seie at dei ikkje makta å sitje oppe i rullestol eller annan stol, men fekk alt av pleie og måltid i senga.

---

## 3.2 Utval

Utvalet var dei tilsette pleiarane i to langstidsavdelingar i dei to sjukeheimane. Totalt 45 pleiarar samtykka til å delta i studien, 24 hjelpepleiarar og 6 sjukepleiar i sjukeheim 1, og 13 hjelpepleiarar og 2 sjukepleiarar i sjukeheim 2. Dette forholdet mellom sjukepleiarar og hjelpepleiarar reflekterer den normale situasjonen i dei fleste norske sjukeheimar (Nygård, 2004). Noko som har medført at hjelpepleiarar har fått større ansvar og høve til å arbeide sjølvstendig. I tillegg var det lærlingar, sjukepleiestudentar og assistentar som innimellom deltok i arbeidet på avdelingane. Desse fekk òg informasjon om hensikta med studien, samt fekk høve til å gje informert samtykke. Men det viste seg at desse i liten grad vart deltakarar i studien, fordi dei var der i avgrensa periodar. Studentar og lærlingar har dessutan sitt faste opplegg dei følgjer, og assistentar går gjerne tilfeldige vakter. Difor vart dette pleiarar som kom og gjekk og ikkje naturlege for meg å følgje tett. For å gjere informantane anonyme, vel eg å bruke anten pleiar eller pleiepersonalet når eg snakkar om informantane i avhandlinga, jamfør 3.5. Alle informantane var kvinner og mellom 25 og 60 år. To av sjukepleiarane hadde byrja å arbeide i sjukeheimen i løpet av dei siste to åra, medan dei andre hadde jobba der frå 10 til 20 år.

### Tilgang til feltet

Studien vart gjennomført i to ulike norske sjukeheimar. Det vart valt to både for å sikre variasjon i datagrunnlaget, og for betre å anonymisere sjukeheimane. Ein liten sjukeheim i ein liten kommune og ein større sjukeheim i ein noko større kommune vart valt. I tillegg valte eg sjukeheimar der eg som forskar hadde vore lite inne som lærar tidlegare, slik at eg skulle vere mest mogleg ukjend for informantane, og dei for meg.

Søknad om løyve til å gjennomføre forskingsarbeidet vart sendt til aktuelle institusjonar, og eg vart ønskt velkommen ved begge institusjonane, vedlegg 1 (a+b), 2 og 3. Deretter hadde eg informasjonsmøter i begge sjukeheimane der eg informerte om studien og diskuterte mi rolle i avdelinga. Alle tilsette i dei aktuelle avdelingane fekk informasjonsskriv (førespurnad med erklæring om samtykke) vedlegg 4 (a+b). Her informerte eg om formålet med studien og tidsperioden forskinga skulle gjennomførast. Eg la vekt på at det var frivillig, og kvar og ein måtte vurdere sjølv om ein ville delta eller ikkje, i tråd med Helsinkideklarasjonen (World Medical Association Declaration of Helsinki, 2008). Vidare diskuterte eg tidlegare forskarar si erfaringar frå liknande feltarbeid, for å førebu dei litt på kva utfordringar som kunne oppstå. Owensby (1997) erfarte at sjølv om enkelte pleiarar ikkje verbalt hadde avstått frå å delta i studien, kunne dei i andre situasjonar late att døra til bebuarar sitt rom rett framfor ho. Denne erfaringa nytta eg for å understreke at deltakinga i studien var frivillig. I tillegg spurte eg kva antrekk dei tykte eg burde ha. Dei foreslo kvite arbeidskle, for å i størst mogleg grad verte "ein av dei", og unngå å skilje seg for mykje ut. I ein sjukeheim er det mange tilsette som arbeider turnus, difor gjentok eg informasjonen i møte med den enkelte og delte ut informasjonsskriv etter kvart som eg møtte nye pleiarar (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte, 2007).

Det er ikkje alltid like lett å få tilgang til feltet, fordi folk kan vere mistruiske eller skeptiske, og feltarbeidarar har opplevd å bli sett på som spionar, i følge Tjørnhøj-Thomsen og Whyte (2007). Å få tilgang vart tidkrevjande, men etterkvart hadde eg som regel nokre informantar som hadde gjeve samtykke på kvar vakt, som eg kunne gå saman med. Dette er i tråd med Owensby (1997), som hevdar at det tek tid å etablere tillit, noko som i stor grad handlar om korleis forskaren behandlar dei han vil studere. Ein av pleierane viste seg å bli ein særskild viktig portvakt, og det at eg gjekk med ho verka å gje meg innpass til fleire (Fangen, 2004). Portvakt vil sei ein person som eg fekk tillit hjå, og som opna opp for vidare kontakt med dei andre pleiarane (Fangen, 2004; Tjørnhøj-Thomsen & Whyte, 2007). Då ho erfarte kva eg var "ute etter", og delte dette med dei andre, anten i mitt nærvær eller når eg ikkje var der,



---

forsto fleire at hensikta mi var å lære. Likevel opplevde eg at nokre ikkje ynskte å delta, eller om dei hadde samtykka, ikkje ynskte å ha meg med, noko eg respekterte. Eg valde å følge dei som var villige til å dele sine erfaringar og arbeidsdag med meg, ei tilnærming andre forskarar i sjukeheim har anbefalt (Owensby, 1997). Dette strevet med å involvere seg i dagleglivet til informantane, bana veg for tilgangen, og gjorde at eg etterkvart oppnådde aksept i sjukeheimen, slik andre òg har vist (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte, 2007). Dette handlar om tillit, og eg måtte vere tålmodig i denne perioden, gje pleiarane tid til å venje seg til meg, og forstå kva rolle eg hadde. Etterkvart fekk eg gå nærare med fleire pleiarar og opplevde å komme i ein posisjon der det vart lettare å samle data. Eg opplevde at personalet kjende meg, visste kva eg skulle, dei kunne for eksempel nikke og smile til meg under møter eller i pausar, og enkelte kunne bøye seg bort og kviskre beskjedar til meg i øyra, for å forklare ting.

### 3.3 Datasamling

Data vart samla ved hjelp av deltakande observasjon, intervju med nøkkelinformantar samt dokumentanalyse. Data vart samla inn frå august til november 2008 i sjukeheim 1, og frå januar til mars 2009 i sjukeheim 2. To prøveintervju vart utført og transkribert. Deretter utførte eg intervju med til saman ti pleiarar (fire sjukepleiarar og åtte hjelpepleiarar) i slutten av feltarbeida på dei to sjukeheimane. Dette var i hovudsak med pleiarar som hadde vorte nøkkelinformantar gjennom feltarbeidet. Intervjua vart transkribert av meg sjølv som ein viktig del av feltarbeidet. Oversikt over feltarbeidet kan presenterast i følgjande tabellar:

Tabell 1. Oversikt datasamling sjukeheim 1.

August 2008	September 2008	Oktober 2008	Nov/des 2008
Informasjonsmøte Start deltakande observasjon, fokus på å innhente informert samtykke hjå den enkelte pleiar, omlag 5 dagar	Deltakande observasjon, 4-5 timar per dag  Dokumentstudiar  Skriving av feltnotatar 2-3 timar per dag, til saman 12 dagar	Deltakande observasjon, 4-5 timar per dag  Dokumentstudiar  Skriving av feltnotatar 2-3 timar per dag, til saman 8 dagar	Avslutta deltakande observasjon  2 dagar med prøveintervju, transkripsjon og 5 intervju samt transkribering, til saman 14 dagar

Tabell 2. Oversikt datasamling sjukeheim 2.

November 2008	Januar 2009	Februar 2009	Mars 2009
Informasjonsmøte Start deltakande observasjon med fokus på å innhente informert samtykke hjá den enkelte pleiar, om lag 4 dagar	Start deltakande observasjon, 4-5 timar per dag  Skriving av feltnotatar 2-3 timar per dag, til saman 11 dagar	Deltakande observasjon, 3-5 timar per dag  Dokumentstudiar  Skriving av feltnotatar, 2-3 timar per dag, til saman 8 dagar	Avslutta deltakande observasjon  5 intervju samt transkribering, til saman 10 dagar

### Deltakande observasjon og nøkkelinformantar

Deltakande observasjon utgjorde hovudtyngda av datasamlinga. Til saman vart om lag 160 timar brukt til observasjon fordelt over åtte månader, jamfør tabell 1 og 2. Eg observerte pleiarane i deira naturlege arbeid i møte med bebruarane, under stell, måltid, aktivitetar, samt i vakt og personalrom under møter og pausar. I tråd med metodelitteraturen og tidlegare feltarbeid i sjukeheimar varte observasjonane frå tre til fem timar kvar dag, noko som er anbefalt for slike studiar (Hauge, 2004).

Som tidlegare nemnt tok det tid å få tilgang til feltet, og eg valde difor å byrje å gå saman med pleiarar som hadde gjeve samtykke, noko som viste seg å vera effektivt, då desse pleiarane og spesielt ein, fungerte som portvakter. I og med pleiarane gjekk skift, medførte dette noko meir praktisk planlegging, slik at eg alltid hadde nokon å gå med som hadde samtykka. Denne prosessen var ganske tung og eg laut jobbe meg gradvis inn i pleiegruppa, slik andre òg har erfart (Owensby, 1997). Dette gjorde eg ved å spørje kvar dag om eg kunne gå med den enkelte. I tillegg hjalp eg til med små oppgåver som å følgje bebruarar til og frå kjøken eller til frisør, hente ting, reidde

senger og så vidare. I ettertid ser eg at dette førte til at eg opparbeidde tillit i gruppa, noko som etterkvart bidrog til ein god tilgang på data. Etter nokre veker hadde eg fått henta inn informert samtykke frå tilstrekkeleg tal pleiarar til at eg kunne velje meir fritt, og fordele meg på fleire pleiarar på kvar vakt, for å unngå å belaste enkelte pleiarar. Likevel synt det seg at ein pleiar fekk ei sentral rolle i feltarbeidet, og vart såleis ein nøkkelinformant, som gav meg mykje innsikt (Wadel, 1991). Ho var villig til å dele sine erfaringar med meg, samt at ho svært raskt forsto at eg var ute etter å lytte og å lære, og let meg ta del i dette. Dette gjorde det lettare for meg å anten sitje eller stå å observere under stell, måltid, trening og så vidare slik at eg fekk skrive feltnotatar. Noko som var vanskelegare dei dagane eg hjelpte til med pleieoppgåver for å ”komme inn”, fordi eg då fekk lite høve til å ta notatar. Morgonstellet synt seg etterkvart å verte ein god arena for datasamling, fordi eg var interessert i samhandlinga mellom pleiar og bebuar. Andre gode situasjonar for observasjon var under måltid og aktivitetar, som arbeidsstove, fellesstrim med bebuarar og tilsette, ut på tur, følge ein bebuar til rommet for samtale/kvil. Med andre ord følgde eg pleiarane gjennom deira arbeidskvardag. Dette viste seg å vere ein god måte å samle data på, for ein veit ikkje på førehand når det vil skje noko som interesserer forskaren. Alt var interessant slik eg såg det, og brått dukka det opp situasjonar som eg undra meg over, og laut arbeide vidare med.

Etterkvart som eg oppnådde tillit i pleiefellesskapet, etablerte det seg naturleg fleire nøkkelinformantar. I sjukeheim 2 hadde eg med meg viktige erfaringar frå arbeidet med å ”komme inn”. Men likevel var dette ei ny gruppe pleiarar, og det kravde hardt og tålmodig arbeid for å ”komme inn” og etablere tillit hjå informantane (Owensby, 1997). På same måte som i sjukeheim 1 var det her nokre få som var ivrigare til å ha meg med og å dele sin kunnskap, og slik utvikla det seg at dei vart mine nøkkelinformantar. Dette gav meg høve til å få delta i nære situasjonar mellom bebuarar og pleiarar. Samstundes var det sentralt for analysen at eg og hadde delteke og samla data om heile pleiegruppa, for å få innsikt i kva som styrer arbeidet i avdelinga på eit meir overordna nivå.

Under observasjonsøktene hadde eg korte samtalar med pleiarane, for eksempel i korridoren på veg til eit rom, i vaktrom med ein eller fleire, eller kanskje dei beste, på skyllerommet etter vi hadde stelt eller hjelpt ein bebuar i ein konkret situasjon. I desse små samtalane fekk eg høve til å få deira tankar og reaksjonar på den aktuelle episoden. Slike data kunne nyttast til å validere observasjonsdata samt danne grunnlag for nye spørsmål (Fangen, 2004). Metoden synta seg å vere spesielt eigna for å få data om det nære forholdet mellom bebuar og pleiar. Ved å vere nær pleiesituasjonane, og ta del i det som hende under stell, påkledning, matsituasjonar og aktivitetar, opplevde eg å få ein unik moglegheit til å samle data. Moglegheiter eg truleg ikkje hadde fått om eg hadde valt å berre intervjuje pleiarane. Slik sett vart etterkvart data skapt saman i ein dialog mellom meg og pleiarane, snarare enn å verte samla inn.

## Pausar frå feltet gav nye spor

I feltarbeid er det vanleg at arbeidet vert oppstykkja ved at ein har nokre opphald i løpet av ein periode med feltarbeid (Fangen, 2004). Dette vart delvis naturleg for meg då eg hadde andre arbeidsoppgåver med undervisning og rettleiing innimellom, samt deltaking på metodekurs og andre samlingar gjennom at eg var student ved Universitetet i Bergen.

Brot eller pausar i feltarbeidet kan gjere at ein får eit fornya analytisk blick og at ein ser at ein lyt foreta justeringar, eller om det er andre ting ein må sjå etter som ein hittil har oversett (Fangen, 2004). I byrjinga hadde eg vanskar med å forlate feltet, fordi eg vart oppslukt i arbeidet med å få tilgang, samt å samle data. Dette medførte lange kveldar med skriving av feltnotatar, og utan at eg merka det, tok dette på kreftene. Ei planlagd feriereise sto for tur, sjølv om eg ville helst ha vorte att heime for å fortsette i feltet. Opplevinga eg fekk med denne reisa kom som ei overrasking,

då eg sov mesteparten av dei to næraste dagane. Då forsto eg at feltarbeidet hadde teke meir krefter enn eg var klar over i iveren. Dette er i tråd med andre forskarar som har erfart at feltarbeid er ei enorm påkjenning både for intellektet og kjenslene (Fangen, 2004). Pausen medførte at eg då eg kom attende til feltet tok det meir med ro. Eg vart nøye med å avslutte etter 4-5 timar, for så å skrive feltnotatar mest mogleg innan for ein tilnærma ”normal” arbeidsdag. I tillegg medførte pausen at eg byrja sjå på dette arbeidet eg kjenner så godt med nye auge. Til dømes valde eg å leggje vekk mitt fokus på kvalitetsforskrifta, og tenkte ”dersom det ikkje var kvalitetsforskrifta som styrer arbeidet, kva er det då?”. Denne erfaringa er i tråd med Fangen (2004), som seier at pausar kan vere nødvendige for å unngå å verte ”blind” fordi ein vert så metta av inntrykk.

Gjennom feltarbeidet utvikla deg seg slik ulike trådar eller analytiske spor eg arbeidde etter. Den sentrale interessa for kvalitetsforskrifta vart som nemnt lagt vekk, og eg byrja å sjå andre spor. Først og fremst fekk eg eit anna blick på dei viktige rutinane som arbeidet er lagt opp rundt. Kanskje var rutinar ikkje berre rigide eller noko negativt, slik ein ofte høyrer, eller kan kjenne på når ein står midt i det. Eit anna spor eg såg var ein slags automatikk i pleiarane sine bevegelser. Dei såg ut til å bevege seg ut og inn av romma nærast automatisk, og det såg ut til at dei alltid visste kva dei skulle gjere. Pleiarane kjende bebuarane godt, og små detaljar vart møtt hjå den enkelte, utan at dei las dette nokon stad. Dette fasinerte meg, og eg tenkte at dette var viktig å sjå nærare på. Vidare medførte dei nære pleiesituasjonane at eg oppdaga at pleiarane nokre gonger står i situasjonar med særleg utfordrande eller repeterande åtferd, som til dømes roping eller tannskjering. Dei utførte arbeidet med stell og pleie som vanleg, men som forskar starta eg å undre meg over kva dette gjorde med dei. Eg kan ikkje seie at eg fanga opp kroppsspråk som tydde på ubehag hjå pleiarane, men det låg truleg noko umedvite der, som gjorde at eg undra meg. Det same kunne gjelde dersom det var uvanleg mykje søl med mat, og pleiarane tålmodig rydda og vaska opp, samt skifta klede på ein bebuar, som kanskje rett før frukost hadde fått dusj og reine klede. Andre situasjonar kunne vere med bebuarar som spytta inne utan å bruke

---

spyttekrus. Spyttet kunne hamne på klede, på veggen, på golvet eller andre stader, og her oppdaga eg reaksjonar hjå pleiarar som opplevde dette som ubehageleg. Dette vart difor eit anna spor eg valde å gå vidare med.

## Feltnotat

Data vart dokumentert i feltnotatar. Målet var å gjengi ulike særtrekk og eigenskapar, som var relevante i høve til problemstillingane (Hammersley & Atkinson, 2004). Feltnotatar har vorte brukt i etnografien for å registrere observasjonsdata. Etnografen ynskjer å avdekke noko, og feltnotatane består difor av relativt korte beskrivingar av sosiale prosessar, og den konteksten dei går føre seg i. Denne aktiviteten utgjjer ein viktig del av forskingsprosessen, og må utførast nøye (Fangen, 2004; Hammersley & Atkinson, 2004). Reint praktisk hadde eg med små gule notatbøker (7,5 x 10,5 cm), der eg noterte stikkord fleire gonger i timen. Men det var ikkje alltid like enkelt å ta feltnotatar, og eg laut stadig vurdere kva eg skulle gjere og når. Skulle eg hjelpe til, observere, skrive, kor skulle eg skrive, der og då, eller vente til etterpå? Openlys og stadig ”skribling” kan framkalle unødig merksemd eller verte oppfatta som upassande, forstyrrende eller truande (Hammersley & Atkinson, 2004; Tjørnhøj-Thomsen & Whyte, 2007). Som fersk feltforskar var eg usikker på denne nye rolla, noko som i byrjinga resulterte i at eg gjekk på toalettet eller innom andre tilgjengelege rom innimellom og skreiv der.

Etterkvart som eg vart meir erfaren, flaut vekslinga mellom skriving og observasjon meir naturleg, og eg fann lommer av tid der det passa å notere. Kort tid etter kvar observasjonsdag vart desse notatane reinskrive på datamaskin, der stikkorda vart supplert og utdjupa, jamfør tabell 1 og 2. Det viste seg at det vart svært viktig å gjere dette kvar dag, slik at ikkje viktige detaljar eller episodar vart gløymt (Hammersley & Atkinson, 2004). Feltnotatane vart sortert i observasjonsnotatar (ON), teoretiske notatar (TN) og metodologiske notatar (MN) (Fangen, 2004). Observasjonsnotatar var fortløpande beskrivingar av kva som skjedde, utan for mykje tolking. Teoretiske notatar var refleksjonar der eg prøver å få ut mening i notatane, til dømes tidlege

tolkingar eller analytiske omgrep. Metodologiske notatar (MN) kan vere påminningar eller instruksjonar til seg sjølv som forskar, kjensler grunna inntrykk og andre opplevingar, til dømes korleis eg opplevde meg sjølv som forskar, om eg lukkast eller streva (Fangen, 2004). Det å vere konkret er viktig når ein skriv feltnotatar. I den grad det var mogleg, beskriv eg samtalar ordrett med korte beskrivingar av kroppsspråk og åtfærd. Slike sitat vart avgjerande for å forstå pleiarane sitt perspektiv (Fangen, 2004). Dette hjelpte meg å avgrense spørsmål, og gjorde det enklare for meg når eg skulle konstruere og rekonstruere analysen (Hammersley & Atkinson, 2004).

## Intervju

Mot slutten av kvar observasjonsperiode vart det gjennomført intervju med til saman 10 pleiarar; 3 hjelpepleiarar og 2 sjukepleiarar i sjukeheim 1 og 3 hjelpepleiarar og 2 sjukepleiarar i sjukeheim 2, som vist i tabellane 1 og 2 over. Det er vanleg å kombinere deltakande observasjon med kvalitative intervju (Fangen, 2004). Her fekk eg høve til å spørje om ting eg hadde sett, og kunne vurdere det som vart sagt opp mot det eg hadde observert. Slik får ein større moglegheit til å vurdere kor gyldige utsegna til informantane er (Fangen, 2004). Dei fleste eg intervjuja hadde blitt nøkkelinformantar i løpet av feltarbeidet.

Intervjua vart utført i eit uforstyrra rom litt vekk frå sjølve avdelinga. Intervjua varte frå ein til to timar, og eg hadde eitt intervju om gongen med nokre dagar i mellom, for å transkribere, lytte og lære i prosessen. I sjukeheim 1 var eg fersk i intervjusituasjon, og nytta difor ein intervjuguide eg hadde utvikla på førehand, vedlegg 5. Eg hadde to prøveintervju for å teste ut spørsmåla og meg sjølv i rolla som intervjuar. Eg fekk gode innspel etter prøveintervjua, ei øving som var til svært god hjelp i førebuinga. Til dømes fekk eg i fyrste prøveintervju attendemeldingar på at det var litt rart at eg hadde papir framfor meg og ikkje den som vart intervjuja. Vidare at



---

eit spørsmål var litt uklart då det var vanskeleg å forstå kva eg ville ha svar på. Under transkribering av desse prøveintervjua kunne eg òg lytte til meg sjølv som intervjuar. Eg prøvde å utvikle evna til å lytte, ta ei friare rolle, få informanten til å fortelje og heller og følgje opp det vedkomande sa med små spørsmål, framfor å styre det heile med ein stringent intervjuguide. Vidare las eg metodelitteratur i mellomtida. Noko som var svært nyttig med tanke på å vere for oppteken av intervjuguiden. I tråd med metodelitteraturen bør ein heller prøve å ha intervjuguiden i hovudet, og fokusere på å lytte til informanten, slik at ein fritt kan bevege seg og stille spørsmål etterkvart som det er naturleg (Fog, 1994). Dette var utfordrande i starten, men eg fekk etterkvart ei friare rolle. Det å ha nokre dagar mellom kvart intervju, med tid til å lytte til seg sjølv, transkribere og lytte igjen, gjorde at eg etterkvart vart meir bevisst på mi rolle som intervjuar. Gjennom denne lyttinga merka eg at eg var noko normativ og oppteken av "mitt", og laut stadig øve meg på å lytte og stille meir opne spørsmål. Dette tok tid, men i sjukeheim 2, med ein observasjonsperiode bak meg, verka det som om datasamlinga hadde teke ei vending, og eg var enno meir oppteken av å lære av dei, enn å spørje om "mine ting", slik eg var i starten. Slik sett vart data no skapt og ikkje samla inn (Fossåskaret, Fuglestad, & Aase, 1997; Heggen & Fjell, 1998).

Intervjua i sjukeheim 2 vart difor utført om lag utan intervjuguide. Eg brukte intervjua til å utdjupe situasjonar eg hadde opplevd saman med informantane. Pleiarane fortalde, og eg bad dei til dømes om å utdjupe eller konkretisere, om eg ikkje forsto. Til dømes fekk eg diskutert med pleiarane kva som styrer arbeidet, korleis det har seg at dei alltid veit kva dei skal gjere, korleis det var å stå i pleiesituasjonar med utfordrande åtferd, om det var noko som var vanskeleg i arbeidet. Vidare diskuterte vi korleis det er å gje pleie til bebuarar med ei åtferd som kunne opplevast som ubehageleg. Eg opplevde at intervjua styrka og bekrefte data eg alt hadde samla ved deltakande observasjon. I tillegg fekk eg høve til å samle nye data om korleis det er for pleiarane når pleiesituasjonen inneber ubehag eller utfordrande åtferd. Det å få høve til å diskutere og gå i djupna på situasjonar me

hadde erfart saman, gav meg slik sett ein unik moglegheit til å samle data om pleiarane sin praksis.

## Dokumentstudiar

Feltforskning inneber at ein får tilgang til data på fleire ulike måtar, til dømes ved å nytte deltakande observasjon, intervju og dokumentstudiar (Heggen & Fjell, 1998). Mitt arbeid med dokumentstudiar har gått føre seg i fleire år. Det starta under arbeidet med hovudfagsoppgåva (Sandvoll, 2005), der eg mellom anna såg nærare på stortingsmeldingar, særskilt st. meld. 45 (Sosialdepartementet, 2003), og kvalitetsforskrifta (Forskr kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 1997; Forskr kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 2003). Som innramming til planane for dette prosjektet gjekk eg vidare med arbeidet med å studere dokument. Fyrst og fremst gjennom kvalitetsforskrifta som inspirerte arbeidet, og vidare gjennom studiar av tilsynsrapportar (Helsetilsynet i Oslo og Akershus, 2005a, 2005b; Helsetilsynet i Sogn og Fjordane, 2004, 2005, 2006a, 2006b). I fyrste omgang nytta eg dette mest som bakgrunnsinformasjon, noko som i følge Fangen er vanleg når ein nyttar dokumentanalyse kombinert med deltakande observasjon (Fangen, 2004).

Vidare heldt dette arbeidet fram medan eg var i feltarbeid, ved at eg las relevante dokument og planar, som grunnlag for ytterlegare datasamling. Desse vart mest nytta for å bekrefte eller underbygge dei observasjonane eg alt hadde gjort, noko som er i tråd med Fangen (2004). Til dømes bidrog tilsynsrapportane til å bekrefte at det ikkje eksisterer skriftlege system for å sikre grunnleggande behov, eller at aktivitetstilbodet er mangelfullt (Helsetilsynet i Oslo og Akershus, 2006; Helsetilsynet i Sogn og Fjordane, 2006a, 2007; Helsetilsynet i Telemark, 2007; Helsetiltnet i Vest-Agder, 2007). Andre dokument eg såg på under feltarbeidet var til dømes skriftlege prosedyrar, målsetjingar for avdelingane, og andre plandokument som ligg tilgjengeleg på kommunane sine nettstadar. Materialet vart lese, i tillegg til at eg kunne spørje informantane, og vidare nedfelt i feltnotatar, og brukt som grunnlag for analysen.

---

## 3.4 Analyse

I etnografiske studiar er ikkje analysen ein separat del av forskingsprosessen, men ein kontinuerleg prosess som startar ved litteraturstudiet og held fram til arbeidet er endeleg avslutta (Hammersley & Atkinson, 2004; Wadel, 1991). Analyse inneber såleis ein runddans mellom teori, forskingsspørsmål, metode og data, medan ein driv feltarbeid (Wadel, 1991). Etter åtte månader i feltet, med deltakande observasjon, intervju og dokumentstudiar hadde eg utarbeidd eit stort tekstmateriale som danna grunnlaget for vidare analysar.

Materialet for analyse var i alt 111 sider feltnotatar, samt 107 sider transkriberte intervju (Times New Roman, skriftstorleik 12, enkel linjeavstand). I analysearbeidet søkte eg etter fellestrekk og særtrekk i materialet. Ein viktig føresetnad for å få gode analysar, er at forskaren stiller analytiske spørsmål til teksten. Eg stilte til dømes spørsmål om kva som styrer handlingane til pleiarane. Materialet vart vidare koda og sortert utifrå meiningsberande einingar eller omgrep som sto fram i analysearbeidet, til dømes ”rutinar”, eller ”kjennskap til pasientane”(Hammersley & Atkinson, 2004). Datamaterialet vart undersøkt på jakt etter meiningsberande einingar og eksempel, ein kontinuerleg prosess som veksla mellom koding og tilbake til å lese råmaterialet, på jakt etter nye kodar (Fangen, 2004). Arbeidet var etterkvart meir og meir fokusert, og eg var langt inne i prosessen før eg såg kva det eigentleg handla om. Noko som synta seg å vere noko heilt anna enn det eg såg føre meg i utgangspunktet (Hammersley & Atkinson, 2004). Kva som styrer praktiske handlingar, samt uventa situasjonar og ubehageleg åtferd i pleiesituasjonar, beskrive i artiklane (I-III), var ikkje tema eg bevisst hadde sett føre meg, men som viste seg å verte viktige å sjå nærare på. Slik kan ein peike på ukjende element ved den tilsynelatande velkjende praksisen (Hammersley & Atkinson, 2004).

Sjølv om arbeidet var prega av ein runddans mellom empiri, spørsmål og teori, har eg følgd visse steg i analysen, for å omarbeide og systematisere data (Hammersley & Atkinson, 2004). Først vart alt materialet lest grundig fleire gonger for å verte godt kjend med det, noko som var krevjande og kjendest overveldande. Eg laut tvinge meg sjølv til å lese alt fleire gonger utan å notere for å få oversikt over heile datamaterialet. Detaljert og repeterande lesing vart naudsynt for å finne nyttige meiningsberande einingar eller omgrep (Hammersley & Atkinson, 2004). Heilt konkret gjorde eg det slik at eg noterte meiningsberande einingar eller omgrep i margen. I starten vart omgrepa svært detaljerte og talrike. Etterkvart såg eg at fleire av dei meiningsberande einingane hang saman med kvarandre, og difor kunne slåast saman til kategoriar (Hammersley & Atkinson, 2004). Nokre av dei meiningsberande einingane vart utvikla spontant, på grunnlag av utsegn frå informantane eller frå feltnotatane, til dømes ”vi berre gjer det” eller ”rutinar”. Andre var utvikla eller identifiserte av forskaren, til dømes ”veit alltid kva dei skal gjere” eller ”kjennskap til bebuarane” (Hammersley & Atkinson, 2004). Når konkrete og analytiske meiningsberande einingar var etablerte, starta ei omarbeiding som vart sentral for analysen. Dette bidrog til å klargjere kva tyding dei hadde samt kva relasjon dei hadde til andre meiningsberande einingar. Nokre vart då kopla vidare saman til kategoriar, til dømes ”forplikande rutinar” (Commitment to routines). I denne fasen spela ulike teoretiske perspektiv ei viktig rolle (Hammersley & Atkinson, 2004).

Som nemnt hadde eg ein del kunnskap og erfaringar med meg inn i prosjektet, som beskrive i mi føreforståing, jf. 1.1. Eg hadde difor nokre tankar om kva eg såg etter og vidare kva eg ville finne. Då desse forventningane ikkje vart innfridd, oppdaga eg noko eg ikkje forventa. Då laut eg vende meg til teori, som kunne hjelpe meg å kaste lys over dette uventa som eg ikkje forsto (Fangen, 2004). Noko som var utfordrande fordi eg hadde fokus på noko teorien ikkje kunne forklare heilt utan vidare. Teorien sine manglar vart på eit vis grunnlaget for ein rekonstruksjon, der eg med mine beskrivingar og ved hjelp av teori prøver å forstå og forklare noko om praksis i sjukeheim i eit større perspektiv. På denne måten har eg prøvd å late det sentrale og

interessante i feltet (det overraskande og uventa), vekse ved hjelp av det teoretiske (Fangen, 2004). Eit døme er at pleiarane alltid ser ut til å vite kva dei skal gjere, og at mange av handlingane var i tråd med kvalitetsforskrifta, men utan at dei var klar over det. Det ser altså ut som det ikkje er teori eller regelsystem som styrer handlinga deira, men at det er heilt andre ting som styrer det dei gjer. Pleiarane seier at dei berre veit kva dei skal gjere, og det ser slik ut for meg som observatør. I tilfelle der det skjer andre små uventa ting undervegs, tilpassar dei seg og finn løysingar der og da. Her vart Bourdieu (2007) sitt omgrep habitus nyttig for å forstå handlingane til pleiarane, og den meir skjulte dimensjonen av arbeidet. Eit anna døme er anomaliane og oppdaga og korleis eg kunne forstå desse. Her vart Mary Douglas (1997) sitt perspektiv om "dirt as a matter out of place" særleg aktuell, då det forklarar korleis menneske i nær sagt alle kulturar har sosiale system som for eksempel fastset måtar å handtere skitt på.

### 3.5 Forskingsetiske vurderingar

Søknad vart sendt til Regionale komitear for medisinsk og helsefagleg forskningsetikk (REK Vest) til ei vurdering, sjølv om prosjektet ikkje er helseforskning og bebuarane i sjukeheimen ikkje var i fokus for studien. For at REK Vest skulle ha eit så godt grunnlag som mogeleg for å vurdere studien, beskriv eg så grundig som mogleg korleis feltarbeidet ville gå føre seg. Spesielt med tanke på at bebuarane indirekte ville blir involvert, og for å unngå at dei skulle oppleve ubehag (Polit & Beck, 2008).

Bebuarar i sjukeheim er skrøpelege, noko som krev ei særleg merksemd frå forskaren. Eg beskriv at det var den daglege tenesta som var utgangspunktet for feltarbeidet, og at samspelet mellom pleiarar og bebuarar var interessant å utforske. Vidare at morgonstellet er ein god måte å få data på i høve til korleis kvalitetsforskrifta påverkar handlingsvala i kvardagen. Døme på tenkte feltnotat vart beskrivne, der eg skisserte korleis bebuarane indirekte kunne bli nemnt, i og med det nære stellet samt samhandlinga mellom pleiar og bebuar var i fokus for studien. Vidare vart beskrive korleis observasjonar i vakt og personalrom er viktige fordi det er der pleiarane diskuterer prioriteringar og handlingsval dei gjer i arbeidet. Fokuset til forskaren var her på pleiarane sine handlingsval. Vidare vart informasjonsskrivet til bebuarar og pårørande lagt ved, 6 (a+b). Informasjonsskrivet skulle informere bebuarar og pårørande om studien, samt deira rett til å reservere seg (Polit & Beck, 2008). REK Vest vurderte det slik at prosjektet kunne setjast i gang, og ikkje trengde behandlast der fordi det var ein personalstudie, vedlegg 7. Studien er innmeld til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), vedlegg 8.

Bebuarar og deira pårørande fekk utdelt informasjon om studien i tillegg til at eg som forskar presenterte meg, informerte og spurte om lov til å delta i situasjonar undervegs i feltarbeidet. Vidare vart informert samtykke innhenta frå alle

---

informantane, vedlegg 4 (a+b). Sjølv om pleiarar hadde gjett sitt samtykke er det likevel ulikt i kor stor grad ein ynskjer å ha nokon tett med seg i ulike situasjonar, slik andre òg har vist (Owensby, 1997). Dette er noko me diskuterte undervegs, og eg unngjekk å trenge meg på der eg merka at nokon var reserverte. Gjennom feltarbeidet utvikla dette seg naturleg, slik at enkelte vart nøkkelinformantar og andre vart ”vanlege” informantar (Wadel, 1991).

Under skrivinga har det dukka opp andre forskningsetiske utfordringar. Det er viktig å heile tida spørje seg kven som er sårbare her, og ha forståing for at ein heile tida står i fare for å blottstille dei profesjonelle pleiarane. Noko som baserar seg på det tillitsforholdet eg som forskar opparbeidde under feltarbeidet, som no måtte ivareta. Under feltarbeidet var eg open om at eg ville dokumentere arbeidet dei gjorde, slik sett var dei på eit vis førebudd. Samstundes har materialet no vorte tolka og omarbeidd og kanskje vorte sett i ein annan kontekst, til dømes ved hjelp av teori, som er ny for pleiarane, som tek eigen praksis for gitt. Noko som kan gå utover den tolkinga aktørane sjølve har av si verd, altså korleis pleiarane ser si verd, pleiepraksisen. Informantane kan difor kjenne seg uforståande til mine beskrivingar som forskar, slik andre har vist (Fangen, 2004). Det har difor vore viktig for meg å tenkje over kven ein forskar for, og kven ein skal ta omsyn til. Eg har heile tida tenkt at eg forskar for dei som utøver yrket med håp om at dei vil lese det eg skriv, for å få større innsikt og forståing for eigen praksis. Dette er i tråd med Hammersley og Atkinson (2004) som seier det fins ulike posisjonar ein kan ta når ein skriv om andre, anten vere talsmann for ei gruppe eller eit heilt felt. Slik sett har eg forsøkt å vere talsmann for gruppa av pleiarar, då det er pleiepraksisen utøvd av pleiarane som har vore fokus for studien.

Når det gjeld å gjere informantane anonyme har eg heilt praktisk under skriveprosessen hatt dette som fokus når det gjeld å halde både informantar, bebuarar og situasjonar anonyme. Der eg refererer til sitat frå informantane har eg i artiklane

(I-III) valt å kalle dei deltakar nr. 1, 2, 3 og så vidare, framfor sjukepleiar nr. 1 eller 2 eller hjelpepleiar nr. 1 eller 2. Dette fordi det var relativt få sjukepleiarar med i studien, og desse difor kunne risikere å verte kjende att om eg hadde nytta yrkestittelen deira. Av same årsak vel eg å kalle informantane pleiarar i denne samanstillinga av forskingsprosjektet.

Noko av den tematikken eg har valt å ta opp til nærare analyse har dessutan medført utfordringar med omsyn til språkbruk, og eg har streva med å finne høvelege ord, beskrivingar og uttrykk. Gjennom heile analyse- og skrivefasen har det medført ei avveging av risikoen for å kunne verke støytande, samstundes som eg som forskar er forplikta til å ta opp vanskelege tema til analyse og diskusjon. Eg har fått hjelp til å lese gjennom artiklane frå utanforståande, for å få vekk særleg uheldige eller stigmatiserande ord og uttrykk. Likevel er dette noko som stadig opptek meg og eg kjenner at eg aldri vil verte heilt sikker på om eg støyter nokon eller ikkje.



---

### 3.6 Studien sin kvalitet og overføringsverdi

Kvaliteten på studien er avhengig av fleire faktorar. For det fyrste må ein vurdere validiteten på studien, som mellom anna handlar om å vurdere om studien gjev svar på problemstillinga (Malterud, 2001). Det er avgjerande at det er ein indre samanheng mellom dei spørsmåla som vert stilt og dei data som er henta inn for å svare på desse, samt om tolkinga av datamaterialet kan oppfattast som truverdig (Lincoln & Guba, 1985). Eit viktig grep er difor å sikre kvalitativt gode data, til dømes å ha nok tid til å lære kulturen å kjenne (Lincoln & Guba, 1985). Denne studien byggjer på fleire månader med feltarbeid i to sjukeheimar, og eg har slik sett hatt gode høve til å lære praksisfeltet å kjenne. Deltakande observasjon er ein metode som sikrar høg grad av validitet forstått som spørsmål om forskinga måler det den skal måle (Svartdal, 1998). Ved å delta i pleiefellesskapet har nye sider ved den skjulte pleiepraksisen vorte beskrivne, og slik sett gjort synleg (Wadel, 1984). Slik sett har studien gjeve svar både på den opphavlege problemstillinga og i tillegg gjeve svar på spørsmål eg i utgangspunktet ikkje stilte (Aase & Fossåskaret, 2007; Widding Isaksen, 1994).

For det andre har eg lagt vekt på å beskrive metoden for datasamling så gjennomsiiktig som mogleg (Olsen, 2003). Som lite erfaren feltforskar las eg metodelitteratur og tidlegare feltforskning parallelt med dei ulike stega i prosjektet, for å få innspel til korleis dette skulle gjerast, samt lære av andre sine erfaringar. Dette var til stor nytte, og hjalp meg å betre sikre datamaterialet, samt unngå unødvendige fallgruver som andre har beskrive (Fangen, 2004; Hauge, 2004; Heggen, 1995; Owensby, 1997; Tjørnhøj-Thomsen & Whyte, 2007; Wadel, 1991). Forskaren sjølv er eit vesentleg instrument i kvalitative undersøkingar. Ein kritisk og reflektert bruk av seg sjølv kan gje verdifulle bidrag til arbeidet. Difor er vurderinga om arbeidet er påliteleg ei type kvalitetsvurdering som må stillast til alle sider av forskaren sitt arbeid (Heggen & Fjell, 1998). Men sjølv om eg har gjort dette, er det sjeldan mogleg

å gjenta same datasamling med deltakande observasjon to gonger. Dette fordi miljø og organisasjonar endrar seg over tid, og vil kunne reagere annleis på ein annan forskar, til dømes i høve til kva grad av tillit ein klarar å oppnå (Fangen, 2004).

For det tredje kan kvaliteten på studien vurderast i høve til kva grad funna kan overførast til å gjelde for pleiarar i andre sjukeheimar (Fangen, 2004; Kvale, 1997; Lincoln & Guba, 1985). Idealet er i følge Fangen (2004) at ei enkelt undersøking kan bidra til ei meir generell teoretisk forståing av eit fenomen. Men målet med kvalitative studiar er ikkje alltid at dei skal kunne overførast til andre samanhengar (Thagaard, 1998). Undersøkingar som har til formål å beskrive vil kunne få fram ei beskriving som er relevant for den samanhengen den vart utført i. Det som har kome fram om den skjulte eller umedvitne pleiepraksisen i sjukeheim, kan bidra til kunnskapsbygging innan pleiepraksis og nyttast både for praksisfeltet, vidare forskning, samt verte eit viktig element i opplæringa av nye pleiarar. Slike former for overføringar er diskutert, og det vil truleg vere opp til lesaren å avgjere om funna kan overførast til ein annan kontekst (Graneheim & Lundman, 2003; Kvale, 1997). I kvalitative studiar med få informantar argumenterer Kvale (1997) for at det viktigaste er den analytiske generaliseringa. Den inneber om ein med denne studien kan seie noko om pleiepraksis i andre sjukeheimar. Vurderinga av om funna kan overførast ligg i den detaljerte beskrivinga av den aktuelle pleiepraksisen i to sjukeheimar.

---

## 4. PERSPEKTIV FOR ANALYSEN

I dette kapitlet presenterer eg dei analytiske perspektiva og omgrepa avhandlinga dreg vekslar på. Dette for å syne grunnlaget for analysen. Perspektiva har kome fram som eit ledd i fortolkinga av dei feltnotatar og intervjutekstar avhandlinga er bygd på. Etnografisk forskning gjev ofte eit rikt og mangetydig materiale, og gjev difor høve til å bruke fleire moglege teoriar og analytiske perspektiv (Alvesson & Sköldbberg, 2008). Dialogen med datamaterialet har inspirert til fordjuping i teori og forskning, før eg gjekk attende til feltnotatar og intervjutekst for vidare fortolking. Ei slik veksling mellom teori og datamateriale har ført til ei utvida forståing av både teorien og pleiarane sin praksis i sjukeheim. Denne studien bidreg til å avdekke, beskrive og analysere kjenneteikn ved pleiepraksis i sjukeheim, samt å gjere eksplisitt kjenneteikn som allereie er identifiserte, men ikkje enno beskrivne og analyserte. For å forstå og analysere empirien fekk eg behov for å nytte fleire teoretiske perspektiv, noko som ikkje er uvanleg i etnografiske studiar. I følgje Hammersley og Atkinson (2004) kan ein ta i bruk alle tilgjengelege ressursar for å tolke data.

Fokuset i studien ligg på å beskrive den praksisen som utgjer pleiarane sine daglege gjeremål i sjukeheimen. Den franske sosiologen Pierre Bourdieu (2007) sitt omgrep habitus og den britiske antropologen Douglas (1997) si tese om "dirt as a matter out of place" vert nytta til å tenkje med når eg skal prøve å forstå empirien som ligg til grunn for studien. Bourdieu høyrer til ein tradisjon som utgår frå fransk strukturalisme (Hastrup, 2007; Wilken, 2011). Også Douglas sitt arbeid "Purity og Danger" er i følgje Solheim (1996) inspirert av fransk strukturalisme. Slik sett plasserar både Bourdieu og Douglas seg i ein tradisjon som utgår frå blant anna Émile Durkheim og Lévi Strauss (Hastrup, 2007; Solheim, 1996; Wilken, 2011). Eit nødvendig premiss for dei strukturalistiske teorisystema er føresetnaden om at menneskehjernen er likt konstruert alle stader, sorterer inntrykka på same vis, nemleg

gjennom binære opposisjonar (motsetningsforhold), kontrastar og relasjonar (Jordheim, Rønning, Sandmo, & Skoie, 2008).

---

## 4.1 Pierre Bourdieu

I to av artiklane i denne avhandlinga har eg vore inspirert av delar av Pierre Bourdieu sitt arbeid, og særskilt omgrepet habitus (Bourdieu, 2007; Wilken, 2008). Bourdieu var utdanna filosof, men under eit opphald i Algerie, der han tenestegjorde som soldat, vart han oppteken av konkrete samfunnsforhold, og gjorde seinare eit feltarbeid, der han studerte overgangen frå det ”tradisjonelle” til det ”moderne” samfunn i Algerie (Callewaert, 1996; Wilken, 2008). Dette er fyrste gong habitus omgrepet førekjem hjå Bourdieu, som ein del av ein teori som skal forklare korleis bønder i Algerie, som er fordrivne frå jorda si, utan å ta del i den moderne urbane livsform og økonomi, oppfører seg (Callewaert, 1996). Dette vart grunnlaget for eit livsverk, der både antropologar, sosiologar, filosofar og pedagogar vil kunne kjenne att eigne faglege problemstillingar (Bourdieu, 2007). Omgrepet habitus er ikkje i utgangspunktet Bourdieu sitt eige omgrep, men kan sporast attende til Thomas Aquinas, og er ei oversetjing av Aristoteles’ hexis omgrep (Wilken, 2008).

Omgrepa til Bourdieu er utvikla for å forstå empiriske forhold, og inngår i ein dialog med empirien. Omgrepa brukt i ein samanheng, kan brukast i andre samanhengar, og slik vert omgrepa stadig nyansert (Wilken, 2008). Slik sett kan omgrepet habitus brukast til å forstå kvifor menneske handlar slik dei gjer. Habitus kan forståast som ei før- medviten grunnorientering som opphavet til vår sosiale kvardagspraksis. Aktørane lærer seg å omgå tinga på ein særskild måte som vert rasjonell ut i frå kontekst og situasjon. Ein slik måte å opptre på vert inkorporert i kroppen og blir orienterande for aktøren i praksis (Petersen, 1996). Omgrepet habitus rettar merksemda mot to prosessar; individet si evne til å tileigne seg den kunnskapen som gjer det i stand til å handle meiningsfullt i verda, samt individet si omsetjing av denne kunnskapen til praktisk handling. Desse prosessane er ikkje regelbundne eller automatiske, og det sosiale liv er ikkje mogleg å føresjå, difor improviserer individet seg gjennom tilværet, slik det formar seg. Det er ikkje snakk om detaljert,

internalisert, kognitiv struktur, men handlar om generalisert føreforståing eller disposisjonar som individet kan omsetje i høve til alle moglege situasjonar (Bourdieu, 1990). Slik sett kan habitusen til pleiarane i sjukeheim innehalde sentral kunnskap som ikkje alltid er synleg for omverda eller praktikarane sjølve. Det er difor eg ynskjer å løfte fram noko av dette umedvitne og underkommuniserte, for nærare analyse og diskusjon.

Ei av hensiktene med prosjektet var å undersøke om nye krav til kvalitet har nedfelt seg i pleiepraksisen i sjukeheimen. Ein praksis som er skapt over tid, vert gjerne teke for gitt. Eg ynskte å studere møtet mellom tradisjonelle verdiar i pleiepraksis og samfunnet sine krav til kvalitet gjennom til dømes forskrifta (Forskr kvalitets i pleie- og omsorgstjenestene, 2003). Var pleiarane opptekne av forskrifta i sitt daglege arbeid, eller var det andre ting som styrte handlingane deira.

Bourdieu sin teori reiser spørsmål om kva det er som styrer den menneskelege oppførsel dagleg? Er det som Bourdieu seier, ikkje fornuft eller teori eller implisitte regelsystem (for eksempel den norske kvalitetsforskrifta) som styrer den praktiske handlinga, men derimot den praktiske sans, som er oppfinnsam, improviserande og vanskeleg å føreseie (Bourdieu, 2007; Petersen, 1996).

Dei føresetnader som er knytt til ein særleg klasse av føresetnader for eksistensen, bringer i følgje Bourdieu (2007) fram habitusar: ”Sådanne habitus’er er varige dispositions-systemer, der er pradisponerende til at fungere som strukturerende strukturer, det vil sige som prinsipper, der frembringer og strukturerer praksisser og representasjoner. Disse kan vere objektivt ”regelstyrede” og ”regelmæssige” uden derfor på nogen måde at vere et produkt af overholdelsen af bestemte regler; og i og med alt dette kan de endelig være kollektivt orkestrerende uden at derfor være produktet af en dirigents organiserende aktivitet” (Bourdieu, 2007, s. 92).

Den praktiske handlinga vert funnen opp strategisk medan handlinga går føre seg, per praktisk sans. Korleis har det seg slik at det enkelte individ ikkje reagerer på tusen ulike måtar, men har visse fellestrekk, det vil seie reagerer sosialt og er sosialiserande individ? Ikkje fordi deira felles livsvilkår slår gjennom automatisk, heller ikkje fordi dei har lært å følgje reglar eller avtalt det. Den grunnleggande forklaringa er at dei handlar likt fordi dei same vilkår er vorte inkorporert og denne inkorporeringa verkar orienterande på deira oppfatningar, vurderingar og strategiar (Callewaert, 1996). Den praktiske sans betyr difor at menneske som bær same habitus oppfører seg på ein viss lik måte (Petersen, 1996), dei spelar saman som eit orkester utan dirigent.

Dette er i tråd med Callewaert (1996) som seier at agenten i handlinga blir styrt av praktisk fornuft. Denne agenten eller praktikaren antek ein til å vere velinformert om vurderingar og handlemåtar samt dei passande midlar, prosedyrar og kombinasjonar av midlar til å nå målet. Men agenten må på same vis ha god vilje til å nå måla ved hjelp av bestemte midlar. Midlar som er velforma med omsyn til å ha fått både god innsikt og god vilje innskripen i kroppen og i kroppens anlegg, samt evne til å oppfatte menneskelege kjensler og lidenskapar. Det er desse tinga som rommar det empiriske omgrepet praktisk sans, svarande til det teoretiske omgrepet habitus, det vil seie, ei kroppsleggjort orientering som er erkjent, viljebestemt og kjensleladd, som set i verk handling når den samsvarar positivt med tilsvarande handlingsfelt (Callewaert, 1996).

Dette vil seie at praksisane er produserte av habitus, som er det prinsippet som genererer strategiar og gjer det mogleg å føregripe hendingane i dei stadig skiftande situasjonane ein praktikar er i. Habitus er objektivt orkestrerande utan å vere eit produkt av strategisk intensjon, nedfelt gjennom den enkelte si livshistorie, der både krav og tilpassing til praksisen stemmer overeins (Petersen, 2008). Dette føreset ein

felles kode. Det vil seie det som ligg i oss sjølv, som er ibuande i oss. Ei slik tilpassing skjer over tid. Ein lærer av kvarandre og tilpassar seg med den felles erfaringa. Dette fordrar at habitusane til ei gruppe går overeins. Det er fordi agentane ikkje veit, kva dei gjer, at det dei gjer har meir meining enn dei forventar, seier Bourdieu (Petersen, 2008). Omgrepet habitus kan difor forklare mykje av korleis det har seg at pleiarar handlar slik dei gjer innan sin praksis, i følgje Prieur (2006).



---

## 4.2 Mary Douglas

I to av artiklane i denne avhandlinga har eg vore inspirert av delar av Mary Douglas sitt arbeid (Douglas, 1997). Dette gjeld Douglas sine antropologiske studiar, der ho syner korleis ulike folkeslag utviklar førestillingar om ureint, knytt til fenomen som ikkje passar inn i rådande klassifikasjons-system (Douglas, 1997; Eriksen, 1996). Dette arbeidet som omhandlar den sosiale tydinga og styring av kroppen har Douglas (2005) skissert i boka "Purity and Danger" (først utgjeven i 1966). "Purity and Danger" har hatt stor innverknad, og vorte ein klassikar innan den moderne antropologien (Solheim, 1996). Boka er framleis aktuell, og er i følgje Solheim (1996) eit pågåande argument. Boka er eit eksempel på sitt eige tema, det fleirtydige som pregar dei etablerte kategoriande våre og bidreg til uorden (Solheim, 1996).

Douglas (2005) sitt sentrale argument er at alle kulturar har symbolske system av grunnleggande politisk og moralsk art, som i vesentleg grad heftar seg med forureining og skitt. Slik sett er boka av universell interesse. "Purity and Danger" høyrer heime i den "nye" symbolske tradisjonen, og er ei bok som handlar om korleis symbolske meiningsunivers er strukturert. Ein tradisjon som oppfattar sosiale system som mønster av kollektive meiningskategoriar, der sosial orden fyrst og fremst er ein symbolsk orden av teikn og betydingar (Solheim, 1996). Boka vart omsett til norsk i 1997, med tittelen "Rent og urent", og i følgje Jorun Solheim er det viktigaste bidraget med boka, å syne korleis den symbolske ordninga føregår som ein kontinuerleg ryddeoperasjon, gjennom prosessar som inneber ulike former for markering av grenser, eksklusjon og reinsing (Douglas, 1997; Solheim, 1996). For Douglas (1997) er kulturell orden basert på ei differensiering mellom kategoriar, ei sortering av ting som høyrer saman, og avgrensing frå andre ting som er framande og høyrer heime andre stader. Førestillinga om reint og ureint refererer til ulike symbolske grensemarkeringar. Det reine er det som er innhaldet i ein kategori, avgrensa og usmitta kontakt med det som ikkje høyrer til. Det ureine er det som flyter

over grensene, det opne, flytande og tvitydige. Det ureine er ubestemmeleg, og representerer anomaliar, noko som ikkje passar inn i mønsteret. Det ureine er vidare uklart og formlaust, lagar kluss i kategoriane, og må eliminerast for å oppretthalde klassifiseringssystemet (Douglas, 1997). Det ureine er difor forbode og farleg, truar den etablerte orden og signaliserer kaos og oppløysing (Solheim, 1996).

Med "Purity and Danger" gjev Douglas ei mogleg forklaring på kvifor ein kan oppleve avvikande hygiene som "feil". Dette gjer Douglas (1997) med den gamle definisjonen; skitt er noko som ikkje er på sin rette plass (dirt as a matter out of place), ei tese ho vidareutviklar frå William James (Solheim, 1996). Definisjonen inneber to vilkår, for det fyrste eit sett ordna forhold samt eit brot på denne ordenen. Skitt er ikkje ei isolert eller enkeltståande hending i følge Douglas (2005). Der det er skitt, fins det eit system, hevdar Douglas (2005). Skitt er slik sett eit biprodukt av at vi ordnar og klassifiserer tinga systematisk, i den forstand at orden inneber å avvise ting som ikkje høyrer heime der. I vår eiga oppfatning av kva som er skittent, kan vi sjå at vi brukar eit slags sekkeomgrep som omfattar alle dei elementa som er støytt ut frå ordna system. Orden vil seie at ein avviser ting som ikkje høyrer heime der. Til dømes er ikkje sko skitne i seg sjølv, men dei vert skitne om vi set dei på kjøkenbordet. Mat er ikkje skiten i seg sjølv, men det vert rekna som skittent dersom ein legg frå seg kjøkenreiskapar i soverommet, eller har matflekke på kleda. Det same vert om ein har artiklar frå badet liggande i stova, ting frå andre etasje flytande rundt i fyrste etasje, uteting liggande inne og så vidare. Vår reinslege åtferd er kort sagt ein reaksjon som dømmer gjenstandar eller idear som bryt med våre klassifikasjonar (Douglas, 2005).

Om vi tvingar oss til å fokusere på skitt, slik vi har definert det her, ser den ut til å vere ein oppsamlingskategori for alt som er utstøytt frå våre normale klassifikasjons-skjema. Vidare at den går på tvers av sterkt tilvente tankemønster. For det ser i følge Douglas (1997) ut til at alt vi sansar er organisert i mønster, som vi som sansande

---

subjekt er ansvarlege for. Når vi sansar, byggjer vi vidare på dette mønsteret, i det vi grip fatt i nokre sentrale inntrykk og forkastar andre. Nokre sentrale inntrykk passar lettare inn i mønsteret og vert difor lettast akseptert. Med tid og erfaring investerer vi meir og meir i eit system av merkelappar, som vert konservativt og fordomsfullt i følgje Douglas (1997).

Ubehagelege ting som ikkje passar inn, vert ignorert eller forvrengt, slik at dei ikkje uroar det etablerte. Alt vi legg merke til vert valt ut på førehand og organisert under sansinga. Men kva med dei opplevingane som ikkje slepp gjennom dette ”filteret”? Kan vi undersøke sjølv mekanismen av filtrering? Berre det å sjå ei stund på ting me vanlegvis avviser kan gjere at nokre blir kvalme, at balanseevna deira vert angrepen. Reaksjonane kan fordelast på ein lang skala der latter, avsky og sjokk høyrer heime ved ulike punkt og grader av intensitet (Douglas, 1997). Opplevingane kan variere, men Douglas oppfattar det som eit fellestrekk for alle kulturar at menneskelege sosiale system for eksempel fastset måtar å handtere skitt på. Til dømes ved å unngå den, lage ritual rundt den eller gjere den heilag. Dersom ureint er ting som ikkje er på sin rette plass må vi nærme oss fenomenet via orden. Det ureine må haldast utanfor om eit gitt mønster skal oppretthaldast (Douglas, 1997).

### 4.3 Refleksjonar over dei analytiske perspektiva

I denne studien har eg valt å bruke to analytiske perspektiv for å tolke og forstå empirien. Dei analytiske perspektiva har vorte brukt på den måten at dei har vorte trekt inn i tolkinga av empirien. Begge perspektiva høver godt når ein skal prøve å beskrive kvifor pleiarane gjer som dei gjer. Dette fordi begge perspektiva mellom anna legg vekt på at det som er inkorporert eller sterkt tilvent som tankemønster i menneska, styrer handlingane våre. Ein slik tenkemåte er interessant når ein til dømes studerer i kva grad forskrifter har verka inn på praksis. I følgje Bourdieu (2007) er det slik at menneskeleg handling ikkje handlar om å følgje reglar, men at handlinga vert funnen opp medan den føregår. Dette høvde godt til å forklare den automatikken eg oppdaga, der pleiarane såg ut til å alltid vite kva dei skulle gjere, utan å avtale det eller lese det nokon plass. Vidare er pleiearbeidet eit nært arbeid som krev tett kontakt med andre menneske sine nakne kroppar og avfallstoff. I samband med dette oppdaga eg nokre anomaliar som vart interessante å sjå vidare på. Her vart Douglas (1997) sin teori særskilt interessant då den omhandlar akkurat korleis vi menneske handterer reint og ureint, og forklarar korleis vi klassifiserer og ordnar skitt i system. Saman supplerer og utdjupar perspektiva frå Bourdieu (2007) og Douglas (1997) kvarandre, og har slik sett bidrege til at eg utvida beskrivingane og forståinga av pleiarane sine handlingar. Desse perspektiva har bidrege til å gje meg eit blick på den delen av praksisen som ikkje alltid er like lett synleg for omverda, og som gjerne vert teke for gitt. Slik sett har eg fått utvida mi forståing av den skjulte pleiepraksisen, på ein måte som gav meining for meg. Perspektiva har på denne måten prega kva eg har sett, og ikkje minst kva eg kan ha oversett.

## 5. SAMANDRAG AV RESULTAT

Nedanfor følger eit samandrag av artiklane I – III. Tabell 3 syner ei oversikt over resultatata.

Tabell 3. Oversikt over resultat

Artikkel	Teoretisk perspektiv	Analysekategori	Samanfating av resultat
I: <i>New quality regulations versus established nursing home practice: a qualitative study</i>	Bourdieu - habitus	Committed to routines Always knowing what to do	Den etablerte pleiepraksisen er inkorporert i pleiarane og kvalitetsforskrifta har i liten grad fått innverknad. ”Vi berre gjer det”.
II: <i>The double embarrassment: Understanding the actions of nursing staff in an unexpected situation</i>	Douglas – dirt as a matter out of place	The wrong place  The missing screen	Ein uventa situasjon utviklar seg til å bli kaotisk, og vanskeleg å mestre for personalet. Dette er uvanleg. Nærare analyse og diskusjon i lys av teori, beskriv kor kompleks pleiepraksisen er.
III: <i>When care situations evoke difficult emotions in nursing staff.</i>	Douglas - dirt as a matter out of place  Bourdieu - habitus	Difficult emotions  Just have to manage	Ubehageleg åtferd hjå bebuarar medfører ei kjensle av aversjon hjå pleiarane. Dette er vanskeleg å innrømme. Trass desse kjenslene kjenner pleiarane seg forplikta til å hjelpe alle bebuarar på same måte.

## Artikkel I

*New quality regulations versus established nursing home practice: a qualitative study*

Anne Marie Sandvoll, Kjell Kristoffersen, Solveig Hauge

BMC Nursing 2012; 11:7

Fleire vestlege land har sett i verk nasjonale reformer for å betre kvaliteten på tenesta i sjukeheim. Sjølv om landa har innført kvalitetsreformene på ulike vis, deler dei ofte ein idé om å innføre forskrifter og nasjonale kvalitetsindikatorar. Ei slik reform har vi òg hatt i Noreg, der ein innførde kvalitetsforskrifta i 1997 med ei revidering i 2003. I følgje forskrifta skal brukarane medverke under utvikling av tenesta og ein skal ha skriftlege prosedyrar som sikrar at grunnleggande behov vert dekkja.

Formålet med denne delstudien var difor å utforske og beskrive pleiepraksis i sjukeheim for å få ei djupare forståing for nye forskrifter sitt møte med ein etablert pleiepraksis. Studien byggjer på materiale frå deltakande observasjon i to sjukeheimar, samt intervju med nøkkelinformantar.

Funna viste at den nye kvalitetsforskrifta var lite kjend blant pleiarane, og at kvaliteten på arbeidet deira vart styrt av andre faktorar som var inkorporert i pleiepraksisen. Vidare analysar synte at personalet kjende seg sterkt knytt til daglege rutinar og at dei såg ut til å alltid vite kva dei skulle gjere. Desse to kategoriane som handlar om å ha innarbeidde rutinar og å alltid vite kva ein skal gjere såg ut til å styrkja kvarandre gjensidig, og utgjer slik sett ei sterk kraft som gjer at den daglege pleiepraksis vert teken for gitt. For å forstå denne praksisen som nærast gjekk automatisk, tolka vi funna i lys av Bourdieu (2007) sitt omgrep habitus. I følgje

---

Bourdieu vert ikkje praktisk handling styrt av teori eller implisitte regelsystem, som til dømes forskrifter, men derimot av den praktiske sans, som er oppfinnsam, vanskeleg å føresjå og improviserande. Menneske som ber same habitus oppfører seg på ein viss lik måte i følge Bourdieu (2007). Slik var det også for pleiarane i denne studien. Dei veit kva dei skal gjere, og møter detaljerte ynskjer hjå den enkelte bebuar. Når dei til dømes vart spurt: ”korleis har det seg at du gjer det slik”, svara dei ofte at ”eg berre gjer det”. Og om dei vart spurt ”korleis veit du kva den enkelte ynskjer”, svara dei at ”eg berre veit det”. Dette syner at når pleiarane blir bedt om beskrive praksisen dei utøver, så er dei ikkje i stand til å artikulere det. Vår overordna tolking av funna vart difor ”vi berre gjer det”. Nye kvalitetsforskrifter vert difor vanskelege å implementere fordi pleiepraksisen er så sterkt inkorporert i pleiarane. Ved å tolke funna i studien i lys av Bourdieu sitt omgrep habitus fekk vi djupare innsikt i nye forskrifter sitt møte med ein etablert pleiepraksis. Konklusjonen er difor at å betre praksis i sjukeheim krev at endringsprosessar må gå føre seg systematisk og djupt forankra i kvardagsleg og praktisk utøving og tenking.

## Artikkel II

*The double embarrassment: Understanding the actions of nursing staff in an unexpected situation.*

Anne Marie Sandvoll, Kjell Kristoffersen, Solveig Hauge

International Journal of Nursing Practice, doi:10.1111/ijn.12086, 2013

Denne artikkelen tek føre seg korleis ein kan forstå handlingane til pleiarane i ein uventa situasjon. Studien byggjer på materiale frå feltarbeid (deltakande observasjon og intervju) i to sjukeheimar. I materialet dukka det opp ein spesiell uventa situasjon som vi ikkje forsto. Dette vart overraskande fordi situasjonen i utgangspunktet ikkje verka å vere spesielt komplisert eller utfordrande, og fordi pleiarane vanlegvis meistra ei rekkje liknande uventa situasjonar i kvardagen. Vi valde difor å gjere denne situasjonen til gjenstand for vidare analyse, tolking og diskusjon.

Situasjonen oppstår rett før lunsj, der personalet har hjelpt bebruarane med morgonstell, som vil seie fått hjelp til personleg hygiene eller dusj, påkledning, samt fått hjelp til å ete frukost. Ein bebruar sit att på kjøkenet etter ein dusj og sein frukost. Pleiarane går inn og ut av romma med frukt og drikke, samstundes som dei ryddar og sjekkar at alt er i orden. Brått byrjar mannen, som sit i kjøkenet, å kle av seg, og let deretter vatnet på golvet i kjøkenet. Pleiarane kjem raskt til, men situasjonen er ikkje så enkel å løyse heilt utan vidare, og det blir mykje att og fram, medan stadig fleire pleiarar kjem til. Medan mannen vil kle av seg, vil pleiarane dekke han til og prøver å få han til å vere med inn på rommet hans. Dette vert vanskeleg, og ser ut til å stresse personalet ytterlegare. Ved å sjå nærare på situasjonen vart det for oss eit døme på det Hammersley og Atkinson (2004) kallar å peike på det ukjende ved det kjende. Kvifor meistra ikkje personalet denne situasjonen slik dei vanlegvis gjorde? Kva var det som



---

gjorde at dei vart sett ut og forvirra? Vi søkte her etter ulike teoretiske perspektiv som kunne hjelpe oss å forstå denne situasjonen. I tråd med Douglas (1997) sitt teoretiske perspektiv "dirt as a matter out of place" kan ein tenkje seg at det at ein bebuar let vatnet på kjøkengolvet skapar ein intuitiv reaksjon hjå personalet om at dette er sjokkerande og ei urein åtferd. Det er vanleg å urinere på eit toalett bak lukka dører og ikkje på eit kjøkengolv i eit fellesrom. Dersom bebuaren hadde late vatnet til dømes på sitt eige badegolv eller på golvet på sitt eige rom, ville truleg pleiarane ha teke hand om det på ein tålmodig og kreativ måte slik dei vanlegvis gjer. Difor vart urinen i dette tilfellet mest truleg klassifisert som urein hjå personalet fordi kjøkenet representerer ei rein sone der ein lagar og serverer mat. Ein slik situasjon fremjar då mest truleg ei intuitiv og umedviten pinleg kjensle hjå pleiarane. Den pinlege situasjonen kan ha vorte forsterka ved at det skjedde på ein svært open arena, der andre bebuarar eller besøkande kan kome inn. I tråd med normal praksis beskrive av Lawler (1991) er pleiearbeidet som inneber naken kropp og genitalia ofte utført "bak skjermbrettet" i bebuaren sitt eige rom eller bad. Denne situasjonen oppsto i eit ope kjøken med store vindauge utan noko skjermbrett å dekke bebuaren bak. Det at den nakne kroppen kan verte synleg for andre gjer truleg situasjonen ekstra pinleg for pleiarane. Det kan difor sjå ut som om personalet her blir sett i ein dobbelt pinleg situasjon i det at det skjer på feil stad, at skjermbrettet manglar. Saman bidreg det til å setje personalet ute av stand til å handle slik dei vanlegvis gjer. Konklusjonen er at vi treng slike beskrivingar for å få auka innsikt i kor kompleks pleiepraksisen er.

## Artikkel III

*When care situations evoke difficult emotions in nursing staff.*

Anne Marie Sandvoll, Kjell Kristoffersen, Solveig Hauge

Health and Social Care in the Community

Praksis i sjukeheim er eit komplekst tema, og arbeidet med å dekke bebuarane sine grunnleggande behov involverer mykje arbeid, som har vorte vurdert som tungt. Av og til møter pleiarane bebuarar som har ei åtferd som kan opplevast ubehageleg eller repeterande. Det kan til dømes vere bebuarar som spyttar, søler med mat eller skjær tenner. Dette er åtferd som folk flest korkje vil sjå, høyre eller kome i kontakt med. Ei nærast allmenn oppfatning på tvers av kulturar. Denne artikkelen beskriv korleis pleiarar i sjukeheim meistrar bebuarar med slik åtferd i nære pleiesituasjonar. Studien byggjer på materiale frå deltakande observasjon i to sjukeheimar, samt intervju med nøkkelinformantar. Funna syner at tett kontakt med bebuarar som har ei ubehageleg eller repeterande åtferd kan vekkje vanskelege kjensler hjå pleiarane. Dette kan til dømes vere kjensler som irritasjon eller aversjon. Vidare syner funna at desse kjenslene er svært vanskeleg for pleiarane å innrømme, og at det først kom fram i slutten av feltarbeidet, då forskaren hadde etablert tillit til informantane. Vår overordna tolking er at pleiepersonalet kan oppleve å stå i eit spenningsfelt. Eit spenningsfelt mellom det at slik åtferd vekker ubehagelege kjensler, samstundes som dei kjenner seg forplikta til å utøve god pleie til alle pasientane. Dette spenningsfeltet vert diskutert ved hjelp dei teoretiske perspektiva til Douglas (1997) og Bourdieu (2007), og bidrog til å utvide kunnskapen om denne skjulte eller umedvitne delen av pleiepraksis. Konklusjonen er at trass i at pleiarane erfarer vanskelege kjensler, kjenner dei seg forplikta til å utføre god pleie ovanfor alle bebuarar uansett kva åtferd dei har.

## 6. DISKUSJON

I dette kapitlet skal eg diskutere funna i denne studien. Målet er fyrst å vise kva dei tre artiklane samla sett bidreg med. Utover det vil eg diskutere nokre kjenneteikn ved pleiekollektivet i lys av liknande kollektiv. Avslutningsvis diskuterer eg nokre refleksjonar kring kvalitetsforskrifta som inspirerte arbeidet. Til sist har eg med nokre refleksjonar for framtidig forskning.

## 6.1 "Vi berre gjer det" – beskrivingar av skjult pleiepraksis i sjukeheim

Denne studien bidreg til å avdekke, utforske og beskrive kjenneteikn ved skjult pleiepraksis i sjukeheim, samt å gjere eksplisitt kjenneteikn som allereie er identifiserte, men enno ikkje beskrivne og analyserte. Praksisen til pleiarane inneheld sentral kunnskap som ikkje alltid er like lett synleg for omverda eller praktikarane sjølve, slik andre òg har vist (Hamran, 1991; Olsvold, 2010; Schirm, Albanese, Garland, Gipson, & Blackmon, 2000).

Det skjulte som eg har valt å kalle det, er umedvite og ligg der som ein viktig del av pleiepraksisen, og kan hjelpe oss å forstå kvifor pleiarane gjer som dei gjer i ulike situasjonar. Eg vel å bruke omgrepet skjult fordi det er mest konkret og vanskeleg å misforstå. I samband med det skjulte blir omgrepet umedvite nemnt, fordi det kan vere med å utdjupe korleis pleiarane handlar utan å vere klar over det, jf. Bourdieu (2007) sitt omgrep habitus.

I dette delkapitlet vil eg prøve å vise kva dei tre artiklane samla sett bidreg med. Formålet er å syne kunnskapen som har kome fram om den skjulte praksisen i sjukeheim. Ein kunnskap som blant anna vil kunne bidra til å skape refleksjon hjå praktikarane.

I den fyrste artikkelen syner funna korleis pleiarane arbeider nærast automatisk. Dei kjenner godt til bebuarane samstundes som dei er forplikta til nokre viktige rutinar (I). Pleiarane oppfører seg på ein lik måte og er slik sett berarar av same habitus. Dei spelar saman som eit orkester utan dirigent. Dei nye forskriftene var i liten grad kjend for pleiarane, og hadde difor liten innverknad på arbeidet. Dette er i tråd med kjernen

---

i habitus omgrepet, for i følge Bourdieu (2007) er det ikkje teori eller implisitte regelsystem som styrer praktisk handling, men derimot den praktiske sans som er oppfinnsam, improvisert og vanskeleg å føresjå. Dette kan knytast direkte til informantane som til dømes kunne seie ”vi berre gjer det”. Liknande funn vert synt i fleire forskingsarbeid. Til dømes syner Schirm og medarbeidarar (2000), korleis pleiarane i sjukeheimen berre ”kom til å vite korleis”, og at pleiarane utvikla ein kompetanse som vart teken for gitt. Andre studiar syner korleis pleiearbeidet er basert på kollektive verdiar om at alle passar på og har ei viss oversikt over pasientane, verdiar som blir teke for gitt (Hamran, 1991; Olsvold, 2010). Korleis pleiarane ”berre gjer det” er slik sett eit godt døme på at på at delar av praksisen er skjult eller umedviten og difor vanskeleg å forklare om ein blir bedt om det. Beskrivingane som kjem fram i denne studien er difor nyttige for å få ei auka innsikt og forståing for praksisen.

I den andre artikkelen vert ein uventa situasjon analysert og drøfta (II). Pleiarane reagerte likt i situasjonen, truleg fordi dei er berarar av same habitus. Det sosiale liv er ikkje råd å føresjå og aktørane improviserer seg gjennom tilværet. Habitus er som ei matrise for korleis dei kan handle i ulike situasjonar (Wilken, 2008). Det ser ut som at den sterkt innlærte hygienepaksisen, samt kva som er sivilisert åtferd eller ikkje, spelar størst rolle i det som skjer. Og det som skjer vert oppfatta som at det skjer på feil stad. Pleiepersonalet finn difor ikkje med det same ut korleis dei skal handtere situasjonen. Dette er heller ikkje ein vanleg eller daglegdags situasjon, difor er det mest truleg ikkje innarbeidd i habitusen korleis dei skal reagere. Det ”usiviliserte” eller det som blir oppfatta som ”skittent”, skjer på feil stad og tek overhand i situasjonen. At det blir oppfatta som skittent kan forståast i lys av Douglas (1997) som seier at det vi definerer som skitt, vert ein oppsamlingskategori for det som blir utstøytt frå våre normale klassifikasjonsskjema. Det ureine er noko som ikkje er på sin rette plass og vi må nærme oss fenomenet via orden. I dette tilfellet vert det ordna ved at pleiarane fyrst dekkjer over urinen på kjøkengolvet, for så å fjerne den. Slik vert mønsteret av reint og ureint oppretthalde (Douglas, 1997). Pleiepersonalet

trengde tid for å verte i stand til å improvisere og løyse situasjonen. Truleg fordi situasjonen sette deira sterkt tilvente tankemønster på prøve, då det oppsto på ein open arena utan eit skjerm Brett å dekke den blottstilte bebuaren bak (Lawler, 1991). Det har utvikla seg standardiserte mønster i pleiegruppa, eit mønster som ikkje er så enkelt å revidere ved til dømes å ”godta” urin på kjøkengolv. Men ein kan ikkje berre ignorere dei, i følge Douglas (1997), og ein kvar kultur må konfronterast med hendingar som kan sjå ut til å trasse meiningane den bygger på. Dei ulike kulturane har difor ulike tiltak å setje inn ovanfor anomale (ubestemmelege) hendingar. I dette tilfellet vart det å utføre fysisk kontroll over det (Douglas, 1997). Det kan vere nyttig å utforske og beskrive slike situasjonar, for å gjere dei synlege, slik Juritzen og Heggen (2009) òg har vist, ved å analysere ein situasjon med krevjande hårpleie. For å forstå denne situasjonen laut vi setje eiga føreforståing til side, samt nytte teori som verktoy for å prøve å forstå det som skjedde. Slik sett bidrog teorien til å få auka innsikt og betre beskriving av det som umedvite styrer pleiarane sine handlingar.

I den tredje artikkelen drøftar vi pleiarane sin inkorporerte hygienehabitus i møte med åtferd som får fram vanskelege kjensler (III). Eit sterkt tilvent tankemønster for reint og ureint gjer det utfordrande for pleiarane å handtere avvikande åtferd, til dømes søl og spytt som ikkje passar inn i ein hygieneprodukt. Spytt er (saman med feces) ein av dei to produkta pleiarar har størst vanskar med, i følge Lawler (1991). Når det gjeld matsøl, er ikkje maten skitten i seg sjølv, men i følge Douglas (1997) blir det klassifisert som skittent med matflekkar på klede. Slik avviser pleiarane det som ikkje høyrer heime der. Sterkt tilvente tankemønster, som dømes at ein ikkje skal spytte innandørs, er slik vorte inkorporert i oss frå tidlegare. Bebuarar som har ei åtferd som bryt med våre klassifikasjonar, ser difor ut til i nokre tilfelle å framkalle vanskelege kjensler for pleiarane. Kjensler som er vanskeleg å innrømme. Samstundes kjenner pleiarane på at dei berre må handtere det. Pleiarane står slik sett i eit spenningsfelt mellom aversjon og det å kjenne seg forplikta til å hjelpe bebuarane på beste måte. Eit spenningsfelt som kan illustrerast med figur 1:

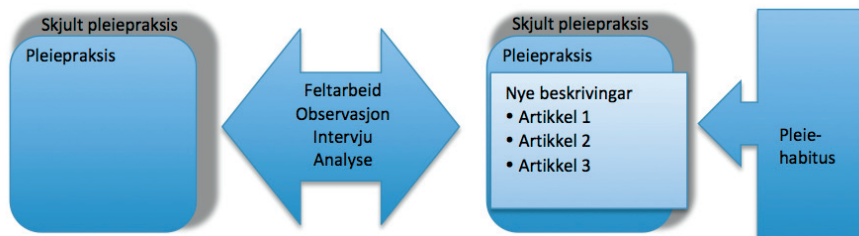


Figur 1. Figuren syner korleis pleiarane står i eit spenningsfelt mellom det å kjenne seg forplikta til å hjelpe bebuarane, samstundes som dei kjenner på ein aversjon.

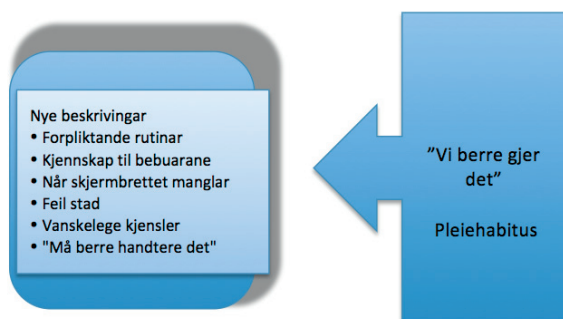
I dette spenningsfeltet står pleiarane gjerne dagleg, og trass i dei vanskelege kjenslene, kjenner pleiarane på eit stort ansvar for å gje uhilda pleie til alle bebuarane. For pleiarane er lik behandling ein føresetnad, slik andre òg har vist (Jacobsen, 2004). Pleiarane evnar difor å meistre dette ubehaget, ved å stå i det, og utføre arbeidet med å hjelpe alle bebuarar, trass i ubehageleg åtferd. Dei berre gjer det. Det innlærte tankemønsteret for reint og ureint vert slik sett ein viktig del av deira felles pleiehabitus.

Eg har no prøvd å vise korleis funna i dei tre artiklane bidreg til å beskrive delar av den skjulte pleiepraksisen i sjukeheim. Pleiarane sitt eige utsegn ”vi berre gjer det” er slik eg ser det ei dekkande beskriving av korleis dette skjulte både inneber kunnskap og erfaringar, som berre blir gjort. Pleiarane utfører oppgåvene automatisk, samt handterer det som blir oppfatta som ureint eller ubehageleg, fordi dei kjenner seg forplikta til det. Alt dette skjer utan at dei tenkjer over det. Ved å gje desse pleieoppgåvene eit språk har eg forsøkt å gjere dei synlege. Eg har valt å kalle det pleiehabitus. Pleiarane har utvikla ein felles pleiehabitus som mellom anna inneheld: kjennskap til bebuarane, å oppretthalde rutine, ta hand om uventa situasjonar, reint og ureint, og i tillegg handtere ubehageleg åtferd som kan vekke aversjon eller irritasjon. Ved å utforske og beskrive kva som skjer, samt ved hjelp av omgrepet

habitus hjå Bourdieu (2007) og Douglas (1997) si tese om "dirt as a matter out of place", har eg fått auka innsikt i denne delen av pleiepraksisen. For å formidle dette samla sett kan funna illustrerast i figur 2 og figur 3 :



**Figur 2.** Fyrste boksen i figuren skal illustrere kunnskapen om praksisfeltet ved prosjektstart. Det eksisterer ein del kunnskap om pleiepraksis i form av teori og forskning, medan ein i mindre grad finn kunnskap om den skjulte pleiepraksisen. Den skjulte praksisen ligg difor som ein skugge bak den velkjende og allereie beskrivne pleiepraksisen. Skuggen skal illustrere den delen som vert teke for gitt, og i liten grad er beskriven. Den fyrste pila syner korleis eg ved hjelp av feltarbeid (deltakande observasjon, intervju og analyse) i dette prosjektet bidreg til å utvikle nye beskrivingar av pleiepraksisen, presentert i 3 artiklar (I-III). Desse nye beskrivingane vert illustrert i den andre boksen. Vidare illustrerer pila lengst til høgre korleis dei nye beskrivingane har det felles at dei kan knytast til ein felles pleiehabitus som også inneheld innlærte tankemønster for reint og ureint. Delar av den skjulte pleiepraksisen står difor tydelegare fram no.



**Figur 3.** Her er siste del av figur 2 forstørra opp og syner korleis funna i dei tre artiklane utgjer nye beskrivingar av den skjulte pleiepraksisen. Den skjulte pleiepraksisen er ein del av ein felles pleiehabitus som kort kan beskrivast med pleiarane sitt eige utsegn "vi berre gjer det".



---

## 6.2 Kjenneteikn ved pleiekollektivet

Denne studien syner at det har utvikla seg ein kollektiv pleiepraksis. Kollektivet byggjer på felles verdiar og pleiarane har innarbeidd ein felles pleiehabitus. Pleiarane kjenner seg forplikta til å utføre pleiearbeidet og er villige til å strekkje seg langt for å få dette gjort, slik funna er beskrive i artikkane (I-III).

Liknande beskrivingar er gjort av Jacobsen (1990/2005). Med "Felleskap i fattigdom" beskriv Jacobsen korleis personalet har ein fattigdoms-ideologi, og opplever eit fellesskap i mangel på knappe gode som til dømes økonomiske bevingar, løn, prestisje, positiv omtale, sjølvtrillit og høve til å påverke eigen arbeidssituasjon. Vidare beskriv han "Sliterfellesskapet", eit særlege fellesskap som pregar pleiarar i sjukeheim. Trass knappe ressursar og gode, og mot alle odds får pleiepersonalet avdelinga til "å svive" (Jacobsen, 1990, 2005). Eit anna liknande kollektiv blant hjelpepleiarar er beskrive av Gerd Lindgren i boka "Doktorer, systrar och flickor". Dei vert kalla flickor, fordi dei er til for andre, i følgje Lindgren (1992). Å vere til for andre kjenneteiknar også pleiarane i denne studien. Pleiarane arbeider hardt for å dekke bebruarane sine behov, sjølv om tida ikkje alltid strekk til (I-III).

Ei anna kollektivdanning er beskrive av Lysgård (1985), som beskreib arbeidarkollektivet innanfor ei bedrift. I følgje Lysgaard (1985) er kollektivdanninga ei systemutvikla gruppeform som vert basert på fysisk nærleik, likskap og felles problemstillingar. Arbeidarkollektivet er vidare prega av at ein kjenner seg sterkt forplikta til å vere lojal mot kvarandre og verdiane i fellesskapet. Dette fellesskapet fungerer som ein buffer mot bedrifta sine krav om rasjonalitet og effektivitet. Arbeidarane treng å forsvare seg mot desse krava, slik at dei får høve til å ivareta sine individuelle behov, som å snakke med kollegaer, ta seg ein røyk og fokusere på andre ting enn sjøve arbeidsoppgåvene. Dei har ein felles sak med sine kollegaer, og har

eigne normer for akseptabel åtferd, det er til dømes ikkje lov å ”gå med ein formann i magen” (Lysgaard, 1985).

Det er interessant å sjå pleiekollektivet opp i mot arbeidarkollektivet. Det er nokre likskapar mellom dei to kollektiva. Det mest innlysande er kanskje at ein i begge kollektiva ser at både arbeidarar og pleiarar kjenner seg sterkt forplikta til å vere lojale mot kvarandre og verdiane i fellesskapet. Vidare er arbeidarkollektivet basert på nærleik, likskap og felles problemstillingar. Desse verdiane ser ein også att i pleiekollektivet, i form av ein felles pleiehabitus, som vist i denne studien (I-III).

Ein ser vidare ei rekkje ulike kjenneteikn mellom pleiekollektivet og arbeidarkollektivet som mellom anna kan hjelpe oss å forstå kvifor omsorgsyrket har låg status. Arbeidarkollektivet består mest av menn, medan dei fleste innan omsorgsyrkene er kvinner. Arbeidarane produserer varer som gjev profitt og verdskaping for samfunnet, og med det høgre status. Omsorgsyrkene produserer omsorg, som ikkje er inntektsgivande, men truleg blir sett på som ein utgiftspost for stat og kommune. Noko som kan vere med å forklare den låge statusen til omsorgsyrka.

Verdiane om å vere til for andre samt å strekke seg langt, gjer seg sterkt gjeldande i pleiekollektivet i denne studien. Desse verdiane utgjer kanskje den største skilnaden frå arbeidarkollektivet til Lysgaard (1985). Medan arbeidarane er opptekne av å danne ein buffer som kan stå i mot leiinga sine krav til effektivitet, er pleiarane i denne studien mest opptekne av å dekke andre sine behov. Bebruarane sine behov vert prioriterte sjølv om dette går utover pleiarane sin rettar som arbeidstakarar, til dømes kortar dei ned lunsjen sin dersom morgonstellet ikkje er ferdig (I), slik også Jacobsen (1990) sin studie syner.

---

Fellesskapet til pleiarane skil seg vidare frå arbeidarkollektivet, då sjølve arbeidet ikkje har same sentrale funksjon for solidariteten. Det viktige ser ut til å vere at ein kjenner likskap som kvinner i følge Lindgren (1992), og ein skal ta hand om den som treng hjelp, fordi det er normalt for kvinner å gjere. Slik sett kan det sjå ut som om synet på pleiearbeidet vert oppretthalde som eit usynleg kvinnearbeid med låg status, jf. 2.6. Dette usynlege inneheld også det nære arbeidet med andre sine kroppar og avfallsstoff, som vist denne studien (I-III). Dette representerer noko folk flest verken vil sjå, høyre eller lukte. At dei mest ureine oppgåvene blir utført av dei som er lågast på rangstigen, er òg i tråd med Douglas (1997).

Bebuarane i sjukeheim er dei skrøpelege eldre, og pleiarane i denne studien set bebuarane sine behov fremst sjølv om tida ikkje alltid strekk til. Liknande funn er vist av Vike og medarbeidarar (2002) som beskriv korleis pleiarar som står klientane nærast ikkje har samvit til at dei skal lide unødig, og slik sett utgjer eit meir eller mindre usynleg reservoar av omsorg, som trør til når budsjett blir kutta og ansvar vert fråskrive. Dei kvinnelege pleiarane har ein tendens til å ta over velferdsstaten sine ambisjonar om omsorg, og manglande kapasitet vert integrert i den enkelte og gjev ei kjensle av å ikkje strekke til. Kjensla av å ikkje strekke til kjem også fram i denne studien, sjølv om pleiarane set bebuarane sine behov først (I-III). Pleiarane kjenner seg forplikta til å hjelpe bebuarane, sjølv om dei i nokre situasjonar kan oppleve åtferd som vekkjer vanskelege kjensler (III). Verdier og forståing som ligg til grunn for ei slik etisk forplikting på eit individuelt plan, omtalar Vike og medarbeidarar (2002) som ein tradisjonell omsorgshabitus. Denne habitusen utgjer vidare ein omsorgsressurs, ein organisatorisk buffer av kapasitet, som legg grunnlaget for velferdsstaten sitt omsorgsreservoar (Vike et al., 2002). Beskrivingane til Vike (2002) bekreftar slik sett mine tolkingar av den skjulte pleiepraksisen og understrekar behovet for denne studien.

Diskusjonen av funna i denne studien i lys av andre kollektiv bekreftar styrken som ligg i det ritualiserte arbeidet, eit arbeid som er inkorporert over tid i pleiarane i form av habitus. Diskusjonen bidreg òg til å understreke behovet for å gjere den skjulte pleiepraksisen synleg.

---

## 6.3 Avsluttande refleksjonar rundt kvalitetsforskrifta

Avslutningsvis vil eg diskutere kvalitetsforskrifta (1997/2003) som inspirerte dette arbeidet, og kva tyding den har fått i pleiekollektivet. Funna syner at pleiarane i liten grad kjenner til forskrifta, og at den har fått liten innverknad på arbeidet (I). Dette er interessant med tanke på alle ressursar som har vorte lagt ned i utarbeidinga av forskrifta og rundskrivet, samt tilsynsarbeidet til fylkeslegane og kvalitetsmålingar. Forskrifta som no er på ei side beskriv på ein lettfatteleg måte kva det inneber å leggje til rette for å møte brukarane sine behov (Forskr kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 2003).

For å sikre at kommunane skulle få kjennskap til forskrifta utarbeidde Sosial- og helsedirektoratet ein rettleiar til den nye forskrifta (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Likevel kan det stillast spørsmål ved om forskrifta er godt nok kjend i kommunane. Etter mi erfaring er det slik at ein gjerne ikkje kjenner til forskrifta på pleiarnivå, slik denne studien syner (I). Vidare er det gjerne slik at det er først etter tilsyn dei ulike regelverka blir kjende for dei tilsette. Tilsynsrapportane havnar på rådhuset, der ein sakshandsamar svarar og gjer greie for korleis avviket eller merknadane skal følgjast opp. Den vidare implementeringa nedover til pleiarane som står for den daglege utføringa av tenesta ser ut til å vere meir kompleks. Slik eg ser det er det her utfordringa ligg. Problemet med informasjonsflyten frå dei som utarbeider forskrifter til dei som skal setje forskriftene ut i livet er velkjend (Aveyard & Davies, 2006; Grol, Wensing, & Eccles, 2005).

Ein kan vidare undre seg over kor hensiktsmessig det er å lære kvalitetsforskrifta å kjenne i form av avvik og merknader etter tilsyn. Ei slik læring vil truleg bli oppfatta som negativ, og ikkje fungere særleg godt med tanke på implementering.

---

I tillegg syner forskning at det ikkje er tilstrekkeleg å innføre forskrifter for å endre praksis (Berkhout, Boumans, Mur, & Nijhuis, 2009; Scott-Cawiezell et al., 2004; Wiener, 2003). Dette er også i tråd med Chung (2009) som hevdar at kvalitetssikringa i sjukeheimar berre har vore delvis vellukka. Chung (2009) argumenterer for at sjukeheimane blir tvinga til å jobbe mot doble målsetjingar, då det krev at ein både tek vare på bebuarane sitt fysiske og mentale velvære, samstundes som ein er effektive. Denne ”mismatchen” er i følgje Chung (2009) til hinder for god pleie. Slike typar ”mismatchar” eller doble målsetjingar finn ein òg i mitt materiale. Til dømes set kvalitetsforskrifta fram krav om ”tilpassa og varierte aktivitetar” (Forskr kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 2003). Funna i denne studien syner derimot at det ikkje er tid til individuelle aktivitetar, og at nokre bebuarar blir sitjande åleine (III). Slike typar ”mismatchar” vert forsterka når sjukeheimane etter tilsyn får påpeika det manglande aktivitetstilbodet som avvik (Helsetilsynet i Møre og Romsdal, 2007; Helsetilsynet i Nordland, 2008a, 2008b; Helsetilsynet i Telemark, 2007; Helsetilsynet i Troms, 2008; Helsetilynet i Vest-Agder, 2007).

Chung (2009) argumenterer også for at det trengs eit betre rammeverk for å måle kvaliteten på pleia. Eit rammeverk som både tek omsyn til dei synlege og skjulte prosessane i pleieaktivitetar (Chung, 2009). Slike skjulte prosessar kan mellom anna vere dei delane av praksisen som er beskrive i denne studien (I-III). Til dømes automatikken i bevegelsane til pleiarane, små detaljar dei kjenner hjå den enkelte, som berre vert gjort. Desse skjulte prosessane i arbeidet kan vere vanskelege å oppdage fordi dei ofte overlappar med det ein ser på som ”verkeleg arbeid”, i følgje Wadel (1984) si beskriving av skjult arbeid. Wadel (1984) trekkjer nettopp fram omsorg som døme på skjult arbeid, og spør seg kva samfunn vi ville hatt viss ikkje dette vart utført. Slik eg ser det ligg det her nokre forventningar om at slik skal det vere. Noko som er med og opprettheld den skjulte pleiepraksisen.

Det kan sjå ut som at trass i at ressursane til pleie og omsorg har vakse, har oppgåvene auka i mykje større grad. Jacobsen (2005) har vist at pleiarane har fått eit sett nye rutinar relatert til kvalitetsforbetring, og må bruke tida dei har til overs til å registrere dei mest fysiske, målbare og kvantifiserbare aspekt ved jobben. Vidare at krava til kvalitetsforbetringar og dokumentasjon paradoksalt nok vart innført i ei tid då pleiarane opplevde å ha fått litt betre tid, og til dømes kunne setje seg ned å slå av ein prat med bebruarane (Jacobsen, 2005).

Eit slikt tidspress, som òg er vist i denne studien, kan vere med på å forklare kvifor kvalitetsforskrifta ikkje har fått særleg innverknad på arbeidet til pleiarane. Pleiarane har mange oppgåver i løpet av sin kvardag. Det er difor lite tid til å gjere seg kjend med nye forskrifter samt utarbeide prosedyrar i tråd med desse. Pleiarane er primært opptekne av å utføre arbeidet sitt med å vere til for bebruarane. Paradokset er at pleiarane i stor grad møter krava i forskrifta utan å vere klar over det. Dei berre gjer det.

## 6.4 Konklusjon

Dette forskingsarbeidet hadde som siktemål å avdekke, utforske og beskrive nokre kjenneteikn på den skjulte pleiepraksisen i sjukeheim. Pleiarane sitt eige utsegn ”vi berre gjer det” er ei dekkande beskriving av korleis dette skjulte både inneber kunnskap og erfaringar, som berre blir gjort. Pleiarane utfører oppgåvene automatisk, samt handterer det som blir oppfatta som ureint eller ubehageleg, fordi dei kjenner seg forplikta til det. Noko som skjer utan at dei tenkjer over det. Dette vert i avhandlinga kalle pleiehabitus. Pleiarane har utvikla ein felles pleiehabitus som mellom anna inneheld: kjennskap til bebuarane, å oppretthalde rutineane, ta hand om uventa situasjonar, reint og ureint, og i tillegg handtere ubehageleg åtferd som kan vekkje aversjon eller irritasjon. Ved å utforske og beskrive kva som skjer, samt ved hjelp av omgrepet habitus hjå Bourdieu og Douglas si tese om ”dirt as a matter out of place”, har analysar i dette forskingsarbeidet ført til auka innsikt i skjulte deler av pleiepraksisen.



---

## 6.5 Studien si tyding for praksis og framtidig forskning

Bidraget til denne studien er at den beskriv nye delar av den skjulte praksisen som føregår i sjukeheimen. Pleiarane i studien syner at dei nære møta med eldre pleietrengande vert utøvd med stor grad av ansvar, nøyaktighet og samstundes at pleiarane har mykje tålmod. Dei utfordringane pleiarane møter i kvardagen er store, til dømes handsamar dei tung pleie og ei rekkje uventa hendingar (I-III).

Nære pleiesituasjonar inneber i nokre situasjonar åtferd som kan opplevast som ubehageleg, og slike kjensler vert i liten grad fokusert i utdanninga eller av praksisfeltet sjølv (III). Det er behov for gjere slike pleiesituasjonar synlege, gje arbeidet eit språk slik at ein får høve til å løfte dette fram til diskusjon samt kunne reflektere rundt vanskelege kjensler i møte med pleietrengande med utfordrande åtferd (II-III). Noko som er i tråd med Wadel (1984) som i boka "Det skjulte arbeid" skriv at samfunnet beskriv seg sjølv heile tida, men aldri fullt ut. Difor er det ei viktig oppgåve for samfunnsforskarar å avdekke det skjulte arbeid, slik denne studien bidreg med (I-III).

Som nemnt i føregåande kapittel syner denne studien at det er behov for forskning som problematiserer implementering av nye forskrifter. Det er ikkje tilstrekkeleg å innføre forskrifter for å endre praksis, og ein må difor ta omsyn til både dei synlege og skjulte prosessane i pleiepraksisen, om praksis skal endrast.

Vidare er bekymringa for den dårlege kvaliteten gjennom forskning, tilsynsrapportane samt medieoppslag, med på å oppretthalde ei kritisk haldning til pleia i eldreomsorga. Denne studien syner korleis pleiarane gjer det dei kan (og ofte meir) innanfor dei

rammene dei har. Liknande funn er gjort av Dwyer og medarbeidarar (2009) som syner korleis verdigheita til bebruarane blir trua på grunn av pleiarane sin pressa arbeidssituasjon. Det er kanskje der trykket lyt kome i framtida, både gjennom vidare forskning og ikkje minst gjennom vurderinga av ressursar. Korleis stort arbeidspress eller travelheit syner seg i sjukeheimen er slik sett eit anna aktuelt tema som treng vidare utforsking.

Den skjulte praksisen som vert beskrive her er truleg berre ein liten del av det pleiarane gjer som ikkje tidlegare er analysert og beskrive. Det er difor behov for nye studiar som kan utforske og beskrive andre sider av den skjulte praksisen. Denne kunnskapen er nyttig for pleiarar og for samfunnet elles fordi den tilfører kunnskap som ikkje tidlegare har vore løfta fram. Kunnskapen gir delar av praksisen eit språk, slik at vi får innsikt og høve til refleksjon.

---

## Referansar

- Aase, T. H., & Fossåskaret, E. (2007). *Skapte virkeligheter. Om produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Album, D., & Westin, S. (2008). Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine*, *66*, 182-188.
- Alvesson, M., & Sköldbberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Aveyard, B., & Davies, S. (2006). Moving forward together: evaluation of an action group involving staff and relatives within a nursing home for older people with dementia. *International Journal of Older People Nursing* *1*, 95-104.
- Barkan, B. (2003). The Live Oak Regenerative Community: championing a culture of hope and meaning. *Journal of Social Work in Long-Term Care*, *2*, 197-221.
- Benner, P., & Wrubel, J. (2006). *Omsorgens betydning i sygepleje. Stress og mestring ved sundhed og sygdom*. København: Munksgaard.
- Berkhout, A. J. M. B., Boumans, N. P. G., Mur, I., & Nijhuis, F. J. N. (2009). Conditions for successfully implementing resident-oriented care in nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *23*, 298-308.
- Boge, J. (2008). *Kroppsvask i sjukepleia* (Avhandling for graden Philosophiae doctor). Bergen: Universitetet i Bergen.
- Bourdieu, P. (1990). *The logic of practice*. Cambridge: Polity Press.
- Bourdieu, P. (2007). *Den praktiske sans*. København: Hans Reitzels forlag.
- Boyd, C. P. (2003). The Providence Mount St. Vincent experience. *Journal of Social Work in Long-Term Care*, *2*, 245-268.
- Bradshaw, S. A., Playford, E. D., & Riazi, A. (2012). Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies. *Age and Ageing*, *41*, 429-440.
- Callewaert, S. (1996). *Kultur, pædagogik og videnskab, Habitus begrepet og praktikteorien hos Pierre Bourdieu*. Viborg: Akademisk Forlag A/S.
- Christiansen, B. (2007). Good work – how is it recognised by the nurse? *Journal of Clinical Nursing*, *17*, 1645-1648.

- 
- Chuang, Y. H., & Abbey, J. (2009). The culture of a taiwanese nursing home. *Journal of Clinical Nursing, 18*, 1640-1648.
- Chung, G. (2009). *Quality of care in nursing homes from the perspectives of nursing assistants* (Doctor of Philosophy). Los Angeles: University of California.
- Compas, C., Hopkins, K. A., & Townsley, E. (2008). Best practices in Implementing and Sustaining Quality of Care. *Research in Gerontological Nursing, 1*(3), 209-216.
- Diamond, T. (1995). *Making Gray Gold. Narratives of Nursing Home Care*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Douglas, M. (1997). *Rent og urent*. Oslo: Pax Forlag.
- Douglas, M. (2005). *Purity and danger. An analysis of concept of pollution and taboo*. New York: Routledge.
- Dwyer, L. L., Andershed, B., Nordenfelt, L., & Ternestedt, B. M. (2009). Dignity as experienced by nursing home staff. *International Journal of Older People Nursing, 4*, 185-193.
- Eika, K. (2006). *The difficult quality. Essays on human services with limited consumer sovereignty* (Doktoravhandling). Oslo: Universitetet i Oslo.
- Eriksen, T. H. (1996). Mary Douglas biografi. I F. Engelstad, C. E. Grennes, R. Kalleberg & R. Malnes (Red.), *Samfunn og vitenskap. Samfunnsfagenes fremvekst, oppgaver og arbeidsmåter*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Fangen, K. (2004). *Deltagende observasjon*: Fagbokforlaget.
- Farmer, B. (1996). *A Nursing home and its organizational climate. An Ethnography*. Westport, Connecticut: Auburn House.
- Fog, J. (1994). *Med samtalen som utgangspunkt : det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk Forlag.
- Foner, N. (1994). *The Caregiving Dilemma*. Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press.
- Foner, N. (1995). Relatives as Trouble: Nursing Home Aides and Patients' Families. I N. Henderson & M. D. Vesperi (Red.), *The Culture of Long Term Care* (s. 165-178). United States of America: Bergin & Garvey.

- 
- Forskr. kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. (1997). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* Oslo: Sosialdepartementet.
- Forskr. kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. (2003). *FOR 2003-06-27 nr 792: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* Henta frå <http://www.lovdatabank.no/cgi-wifit/ldles?doc=/sf/sf/sf-20030627-0792.html>.
- Fossåskaret, E., Fuglestad, O. L., & Aase, T. H. (1997). *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Franklin, L. L., Ternstedt, B. M., & Nordenfelt, L. (2006). Views on dignity of elderly nursing home residents. *Nursing Ethics, 13*, 130-146.
- Frøystad, K. (2003). Forestillingen om det "ordentlige" feltarbeid og dets umulighet i Norge. I M. Rugkåsa & K. T. Thorsen (Red.), *Nære steder, nye rom. Utfordringer i antropologiske studier i Norge.* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gallagher, A., Li, S., Wainwright, P., Jones, I. R., & Lee, D. (2008). Dignity in the care of older people – review of the theoretical and empirical literature. *BMC Nursing, 7*, 12.
- Giddens, A. (1976). *New rules of sociological method: a positive critique of interpretative sociologies.* London: Hutchinson.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today, 24*, 105-112.
- Grol, R., Wensing, M., & Eccles, M. (2005). *Improving Patient Care. The Implementation of Change in Clinical Practice.* London: Elsevier.
- Gubrium, J. F. (1997). *Living and dying at Murray Manor.* Charlottesville and London: University Press of Virginia.
- Haidt, J., Rozin, P., McCauley, C., & Imada, S. (1997). Body, psyche and culture: The relationship between disgust and morality. *Psychology and Developing Societies, 9*, 107-131.

- 
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (2004). *Feltmetodikk. Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hamran, T. (1991). *Pleiekulturen – en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Oslo: Gyldendal.
- Harnett, T. (2010a). Seeking exemptions from nursing home routines: Residents' everyday influence attempts and institutional order. *Journal of Aging Studies, 24*, 292-301.
- Harnett, T. (2010b). *The trivial matters. Everyday power in Swedish elder care* (Doktoravhandling). Jönköping: Jönköping University.
- Hasson, H., & Arnetz, J. E. (2011). Care recipient's and family members' perceptions of quality of older people care: a comparison of home-based care and nursing homes. *Journal of Clinical Nursing, 20*, 1423-1435.
- Hastrup, K. (2007). Forord. I P. Bourdieu (Red.), *Den praktiske sans*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Hauge, S. (2004). *Jo mere vi er sammen, jo gladere vi blir? – ein feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim* (Doktoravhandling). Oslo: Universitetet i Oslo.
- Heath, H. (2010). Outcomes from the work of registered nurses working with older people in UK care homes. *International Journal of Older People Nursing, 5*(2), 116-127.
- Heggen, K. (1995). *Sykehuset som "klasserom" : praksisopplæring i profesjonsutdanninger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Heggen, K., & Fjell, T. I. (1998). Etnografi. I M. Lorensen (Red.), *Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag* (s. 66-90). Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsetilsynet. (2013). Tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene, frå <https://www.helsetilsynet.no/no/?id=>
- Helsetilsynet i Møre og Romsdal. (2007). Rapport frå tilsyn med pleie- og omsorgstenesta i Vanylven kommune. Henta frå <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/More-Romsdal/2007/Pleie-omsorgstenesta-Vanylven-kommune-2007/>

- 
- Helsetilsynet i Nordland. (2008a). Rapport fra tilsyn med pleie- og omsorgstjenesten ved Furumoen sykehjem, Narvik kommune. Henta frå <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Nordland/2008/Pleie-omsorgstjenesten-Furumoen-sykehjem-Narvik-kommune-2008/>
- Helsetilsynet i Nordland. (2008b). Rapport fra tilsyn med pleie- og omsorgstjenesten ved Nesna sykehjem. Henta frå <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Nordland/2008/Pleie-omsorgstjenesten-Nesna-sykehjem-Nesna-kommune-2008/>
- Helsetilsynet i Oslo og Akershus. (2005a). Rapport fra tilsyn med helsetjenesten ved Grande sykehjem. Henta frå <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Akershus/2005/Helsetjenesten-Grande-sykehjem-2005/>
- Helsetilsynet i Oslo og Akershus. (2005b). Rapport fra tilsyn med helsetjenester ved Langerud sykehjem. Henta frå <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Oslo/2005/Helsetjenester-Langerud-sykehjem-2005/>
- Helsetilsynet i Oslo og Akershus. (2006). Rapport fra tilsyn med Vinderen bo- og servicesenter. Henta frå <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Oslo/2005/Vinderen-bo-servicesenter-2005/>
- Helsetilsynet i Sogn og Fjordane. (2004). Tilsyn ved Lærdal alders og sjukeheim. Henta frå <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Sogn-Fjordane/2004/Lardal-alders-sjukeheim-2004/>
- Helsetilsynet i Sogn og Fjordane. (2005). Rapport frå tilsyn ved Hornindal Omsorgsenter. Henta frå <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Sogn-Fjordane/2005/Hornindal-Omsorgsenter-2005-/>
- Helsetilsynet i Sogn og Fjordane. (2006a). Rapport frå tilsyn ved Flora omsorgssenter. Henta frå <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Sogn-Fjordane/2006/Flora-omsorgssenter-/>

Helsetilsynet i Sogn og Fjordane. (2006b). Rapport frå tilsyn ved Årdal sjukeheim.

Henta frå <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Sogn-Fjordane/2006/Ardal-sjukeheim-2006/>

Helsetilsynet i Sogn og Fjordane. (2007). Rapport frå tilsyn ved Lærdal alders- og sjukeheim. Henta frå

<http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Sogn-Fjordane/2007/Lardal-alders-sjukeheim-2007/>

Helsetilsynet i Telemark. (2007). Rapport fra tilsyn ved Gjerpen sykehjem. Henta frå

<http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Telemark/2007/Gjerpen-sykehjem-2007/>

Helsetilsynet i Troms. (2008). Rapport fra tilsyn med Gryllefjord sykehjem. Henta frå

<http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Troms/2008/Gryllefjord-sykehjem-2008/>

Helsetiltnet i Vest-Agder. (2007). Tilsyn med deler av pleie og omsorgstjenesten ved Farsund Omsorgssenter. Henta frå

<http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Vest-Agder/2007/Farsund-Omsorgssenter-2007/>

Henderson, V. (1986). *Sykepleiens grunnprinsipper ICN*. Oslo: Norsk sykepleier forbund.

Hjälmhult, E., & Lomborg, K. (2010). Anvendelse av tabeller, figurer og bokser i kvalitative undersøkelser. *Klinisk Sygepleje*, 24(4), 53-64.

Hofseth, C., & Norvoll, R. (2003). Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien. Oslo: Unimed Helsetjenesteforskning, SINTEF.

Jacobsen, F. F. (1990). *Sykehjem. En studie av sosialt liv* (Hovedfagsoppgave). Bergen: Universitetet i Bergen.

Jacobsen, F. F. (2004). Sykehjem – et hjem for deg og en arbeidsplass for meg? I J.

V. Hugaas & J. K. Hummelvoll (Red.), *Helse og helhet. Etiske og tverrfaglige perspektiver på helsefaglig teori og praksis* (s. 233-251). Oslo: Unipub forlag.

Jacobsen, F. F. (2005). *Cultural Discontinuity as an Organizational Resource:*

*Nursing in a Norwegian Nursing Home*. Bergen: Norsk Lærerakademi.



- 
- Jacobsen, F. F. (2008). Intimitet, eksklusivitet og rytmer i norske hjem og sykehjem. I F. F. Jacobsen & S. Hauge (Red.), *Hjem, eldre og hjemlighet* (s. 87-99). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Jansen, T. L., & Heggen, K. (2007). Renselsespraksiser, helse og moral. I G. Engelsrud & K. Heggen (Red.), *Humanistisk sykdomslære* (s. 97-107). Oslo: Universitetsforlaget.
- Jordheim, H., Rønning, A. B., Sandmo, E., & Skoie, M. (2008). *Humaniora. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Juritzen, T. I., & Heggen, K. (2009). Produktive maktpraksiser i sykehjem. En Foucault -inspirert analyse av pleiefaglig handlekraft. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 12(2), 94-104.
- Jørgensen, E. B. (2007). *Genese og struktur af medicin og klinisk sygepleje - Om hvordan medicin og sygepleje som moderne fag, erhverv og uddannelser har konstitueret sig i Danmark samt forbindelsen mellem dem. For lægeerhvervet er perioden 1736-1937 og for sygeplejeerhvervet er perioden 1863-1957*. Danmark: Hexis.
- Kayser-Jones, J. S. (1990). *Old, alone, and neglected: care of the aged in the United States and Scotland*. Berkeley: California.
- Kehoe, M. A., & Van Heesch, B. (2003). Culture change in long term care: the wellspring model. I W. A.S. & R. J.L. (Red.), *Culture Change in Long-Term Care* (s. 159-174). New York: The Hawthorne Social Work Practice Press.
- Kirkevold, Ø., & Engedal, K. (2006). The quality of care in Norwegian nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 177-183.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lawler, J. (1991). *Bak skjerm Brettene. Sykepleie, somologi og kroppslige problemer*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). Establishing Thrustworthiness. I Y. S. Lincoln & E. G. Guba (Red.), *Naturalistic Inquiry* (s. 289-331). Newbury Park, London, New Dehli: Sage Publications.
- Lindgren, G. (1992). *Doktorer, systrar och flickor*. Stockholm: Carlssons Bokförlag.

- Liukkonen, A. (1995). Life in a nursing home for the frail elderly: daily routines. *Clinical Nursing Research*, 4, 358-372.
- Lomborg, K. (1995). *Takt og tone i 90'ernes sygepleje. En etisk diskussion af patient-sygeplejerske forholdet med udgangspunkt i projekterne: "The world of the hospital nurse" ved Ingegerd Haarder og "Behind the Screens" ved Jocalyn Lawler* (Spesialavhandling). Århus: Århus Universitet.
- Lustbader, W. (2000). *The Pioneer Challenge: A Radical Change in the Culture of Nursing Homes*. Chicago: Pioneer Network.
- Lysgaard, S. (1985). *Arbejderkollektivet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358, 483-488.
- McCormack, B. (2003). Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 13(3a), 31-38.
- McCormack, B., Dewing, J., Breslin, L., Coyne-Nevin, A., Kennedy, K., Manning, M., Peelo-Kilroe, L., Tobin, C., & Slater, P. (2010). Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older People Nursing*, 5(2), 93-107.
- McCormack, B., & McCrane, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479.
- Murphy, K. (2007). A Qualitative study explaining nurses' perceptions of quality care for older people in long-term care settings in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 477-485.
- Nakrem, S. (2011). *Measuring quality of care in nursing homes – what matters?* (Avhandling for graden Philosophiae Doctor). Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Nordenfelt, L. (2004). The Varieties of Dignity. *Health and Care Analysis*, 12(2), 69-81.
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

- 
- Nygård, L. (2004). Driftsvariasjoner ved 9 sykehjem - en kvalitativ tilnærming. Trondheim: SINTEF.
- Næss, S. (2003). Ikke helt etter planen. Dokumentasjonsrapport om hjelpetrengende eldres erfaringer før og etter Handlingsplan for eldreomsorgen. Bergen: Rokkansenteret, Universitetet i Bergen.
- Olsen, H. (2003). Veje til kvalitativ kvalitet. *Nordisk Pedagogik*, 1, 1-20.
- Olsvold, N. (2010). *Ansvar og yrkesrolle. Om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus* (Avhandling for graden Philosophiae doctor). Oslo: Universitetet i Oslo.
- Owensby, S. A. (1997). *The nature of the culture of the nursing work groups in long-term care: an ethnographic study* (Doctor of Philosophy). Austin, Texas: The University of Texas at Austin.
- Persson, T., & Wästerfors, D. (2009). "Such Trivial Matters:" How staff account for restrictions of residents' influence in nursing homes. *Journal of Aging Studies*, 23, 1-11.
- Petersen, K. A. (1996). 'Hvorfor Bourdieu?' *Fokus på sygeplejen*, 122-143.
- Petersen, K. A. (2008). En teori om praksis og en teori om viden. I S. Callewaert, M. Munk, M. Nørholm & K. A. Petersen (Red.), *Pierre Bourdieu. Centrale tekster inden sociologi og kulturteori* (s. 70-71). København: Frydenlund.
- Phillip, I. (2006). A New Ambition for Old Age – Next Steps in Implementing the National Service Framework for Older People. London: Department of Health, OPD.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwe. Lippincott, Williams & Wilkins.
- Prieur, A. (2006). En teori om praksis. I A. Prieur & C. Sestoft (Red.), *Pierre Bourdieu: en introduktion*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Rahman, A. N., & Schnelle, J. F. (2008). The nursing home culture-change movement: recent past, present, and future directions for research. *The Gerontologist*, 48, 142-148.

- 
- Rantz, M. J., & Zwygart-Stauffacher, M. (2004). Back to the Fundamentals of Care. A Roadmap to Improve Nursing Home Care Quality. *Journal of nursing care quality, 19*(2), 92-94.
- Robinson, G. E., & Gallagher, A. (2008). Culture change impacts quality of life for nursing home residents. *Topics in Clinical Nutrition, 23*, 120-130.
- Romøren, T. I. (2005). Kvalitet i sykehjem – sett fra tre kanter. *Tidsskrift for velferdsforskning, 8*(4), 226-233.
- Rugkåsa, M., & Thorsen, K. T. (2003). Utfordringer i antropologiske studier i Norge. I M. Rugkåsa & K. T. Thorsen (Red.), *Nære steder, nye rom*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rytterström, P. (2011). *Tradition och horisont – vårdkulturens betydelse för vårdens praxis* (Doktoravhandling). Linköping: Linköpings universitet.
- Rytterström, P., Cedersund, E., & Arman, M. (2009). Care and caring culture as experienced by nurses working in different care environments: a phenomenological-hermeneutic study. *International Journal of Nursing Studies, 46*(5), 689-698.
- Sacco-Peterson, M., & Borell, L. (2004). Struggles for autonomy in self-care: the impact of the physical and socio-cultural environment in a long-term care setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 18*, 490-497.
- Sandvoll, A. M. (2005). *Kor nøgde er bebuarar og pårørande med kvaliteten på tenesta i sjukeheim?* (Hovudfagsoppgåve). Oslo: Universitetet i Oslo.
- Sandvoll, A. M. (2006). Urovekkande gode resultat. *Tidsskriftet Sykepleien*(9), 62-63.
- Scalzi, C. C., Evans, L. K., Barstow, A., & Hostvedt, K. (2006). Barriers and enablers to changing organizational culture in nursing homes. *Nursing Administration Quarterly, 30*(4), 368-372.
- Schirm, V., Albanese, T., Garland, T. N., Gipson, G., & Blackmon, D. J. (2000). Caregiving in nursing homes. Views of licensed nurses and nursing assistants. *Clinical nursing Research, 9*(3), 280-297.
- Scott-Cawiezell, J., Schenkman, M., Moore, L., Vojir, C., Connolly, R. P., Pratt, M., & Palmer, L. (2004). Exploring nursing home staff's perceptions of

- 
- communication and leadership to facilitate quality improvement. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(3), 242-252.
- Sellerberg, A.-M. (1991). Expressivity within a time schedule: subordinated interaction on geriatric wards. *Sociology of Health and Illness*, 13(1), 0141-9889.
- Simpson, J., Carter, S., Anthony, S. H., & Overton, P. G. (2006). Is Disgust a Homogeneous Emotion? *Motivation and Emotion*, 30(1), 31-41.
- Skaalvik, M. W. (2010). *Nursing homes as learning environments: A study of experiences and perceptions of nursing students and supervising nurses* (Avhandling for graden Philosophiae Doctor). Tromsø: Universitetet i Tromsø.
- Slagsvold, B. (1995). *Mål eller mening. Om å måle kvalitet i aldersinstitusjoner* (Doktoravhandling). Oslo: Universitetet i Oslo.
- Slater, L. (2006). Person-centredness: a concept analysis. *Contemporary Nurse*, 23(1), 135-144.
- Solheim, J. (1996). Forord. I M. Douglas (Red.), *Rent og urent* (s. 9-17). Noreg: Pax Forlag.
- Sosial- og helsedepartementet. (2000). *St.meld. nr. 28 (1999-00) Innhold og kvalitet i omsorgstenestene. Omsorg 2000*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *Veileder til forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenester*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosialdepartementet. (2002). *St.meld. nr. 31(2001-2002) Avslutning av handlingplan for eldreomsorgen «Fra hus til hender»*. Oslo: Sosialdepartementet.
- Sosialdepartementet. (2003). *Stortingsmelding nr. 45 (2002-2003) Betre kvalitet i dei kommunale pleie og omsorgstenestene*. Oslo: Sosialdepartementet.
- Strengenhagen, E. (1994). Kvalitet i eldreomsorgen. Rapport frå arbeidsgruppe nedsatt av Sosial og helsedepartementet og Kommunenes Sentralforbund. Oslo: Statens trykksakekspedisjon.
- Svartdal, F. (1998). *Psykologiens forskningsmetoder - en introduksjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thagaard, T. (1998). *Systematikk og innlevelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

- 
- Thomas, W. H. (2003). Evolution of Eden IA. S. Weiner & J. L. Ronch (Red.), *Culture Change in Long-Term Care* (s. 141-157). New York: The Hawthorne Social Work Preactice Press.
- Tjørnhøj-Thomsen, T., & Whyte, S. R. (2007). Feltarbejde og deltagerobservation. I S. Vallgård & L. Koch (Red.), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (s. 87-114). København: Munksgaard.
- Venturato, L., Kellett, U., & Windsor, C. (2007). Nurses' experiences of practice and political reform in long-term aged care in Australia: implications for the retention of nursing personnel. *Journal of Nursing Management*, 15(1), 4-11.
- Vike, H., Brinchmann, A., Bakken, R., Kroken, R., & Haukelien, H. (2002). *Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Wadel, C. (1984). *Det skjulte arbeid. En argumentasjon for et utvidet arbeidsbegrep*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur*. Flekkefjord: Seek AS.
- Wadensten, B. (2007). Life situation and daily life in a nursing home as described by nursing home residents in Sweden. *International Journal of Older People Nursing* 2, 180-188.
- Wainwright, P., & Gallagher, A. (2008). On different types of dignity in nursing care: a critique of Nordenfelt. *Nursing Philosophy*, 9, 46-54.
- Widding Isaksen, L. (1994). *Den tabubelagte kroppen. Kropp, kjønn og tabuer i dagens omsorgsarbeid* (Avhandling for Dr. Polit-graden). Bergen: Universitetet i Bergen.
- Widding Isaksen, L., & Dahle, R. (2000). The silenced bodywork. I D. Effersøe Gannik & L. Launsø (Red.), *Disease, Knowledge, and Society* (s. 215-230). København: Samfundslittertur.
- Wiener, J. (2003). An assessment of strategies for improving quality of care in nursing homes. *The Gerontologist*, 43, 19-27.
- Wilken, L. (2008). *Pierre Bourdieu*. Trondheim: Tapir akademisk forlag.
- Wilken, L. (2011). *Bourdieu for begyndere*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.

---

World Medical Association Declaration of Helsinki. (2008). *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Henta frá <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>.

Zisberg, A., Young, H. M., Schepp, K., & Zysberg, L. (2006). A concept analysis of routine: relevance to nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 442-453.

