

Hva er viktig for god omsorg ?

En studie av kreftpasienters og sykepleieres oppfatning

Hovedfagsoppgave

Kirsti Kvåle

Bergen, juni 1997

Universitetet i Bergen
Det medisinske fakultet
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Seksjon for Sykepleievitenskap
Våren 1997

Forord

Oppgaven som her foreligger, inngår som en del av min hovedfagseksamen i sykepleievitenskap. Hovedhensikten med studien har vært å bidra til å kvalitetssikre den omsorgen som sykepleierne utfører i forhold til kreftpasienter innlagt i sykehus til behandling.

Jeg vil takke alle som har bidratt til at denne studien har kunne blitt realisert. Jeg vil først og fremst takke pasientene som var villige til å utføre den krevende prosedyren, og som gav prosjektleder mye ny kunnskap og hyggelige og verdifulle samtaler under datainnsamlingen. Dette ville jeg ikke ha unnvært.

Jeg vil videre takke avdelingsoverleger, oversykepleiere og avdelingssykepleiere ved Lungeavdelingen og Onkologisk avdeling for at de gav tillatelse til at jeg kunne utføre studien i avdelingene. Videre vil jeg takke alle sykepleierne som utførte prosedyren, enten de gjorde det sin travle hverdag på jobb, eller i sin fritid hjemme. Det har vært en oppmuntring å være innom avdelingene og snakke med dere. Jeg vil også takke de som var aktivt med å tilrettelegge forholdene i avdelingen og ved å spørre pasientene om å være med i studien på en positiv måte.

Jeg vil også takke min arbeidsgiver Betanien Sykepleierhøgskole som la forholdene tilrette slik at jeg kunne utføre denne studien, selv om jeg er forholdsvis nyansatt ved skolen. Uten dette hadde ikke studien vært mulig å fullføre.

Sist, men ikke minst, vil jeg takke min veileder Margareth Bondevik for faglig god veiledning, og i tillegg oppmuntring og støtte i mine mest pessimistiske perioder.

Os , 31 mai 1997

Kirsti Kvåle

INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD

SAMMENDRAG

1 . INNLEDNING

- 1.1 Bakgrunn
- 1.2 Hensikt

2. KREFTPASIENTERS LIVSSITUASJON

- 2.1 Behandlingsformer
 - 2.1.1 Cytostatika behandling
 - 2.1.2 Strålebehandling
 - 2.1.3 Hormonbehandling
- 2.2 Fysiske symptomer
- 2.3 Psykiske belastninger
- 2.4 Sosiale behov
- 2.5 Eksistensielle behov

3. OMSORGSBEGREPET

- 3.1 Omsorg som et generelt begrep i befolkningen
- 3.2 Omsorg som filosofisk begrep
- 3.3 Psykologiske tilnærminger til omsorgsbegrepet
- 3.4 Omsorg i et sykepleiefaglig perspektiv

4. TIDLIGERE FORSKNING OM OMSORG

- 4.1 Omsorgsgivers evne til å oppfatte pasientenes behov
- 4.2 Omsorg som et generelt begrep i befolkningen
- 4.3 Omsorg sett fra pasienter og sykepleieres perspektiv
- 4.4 Omsorg sett fra pasienters perspektiv
- 4.5 Omsorg sett fra sykepleieres perspektiv

5. UTDYPENDE PROBLEMSTILLING

6. METODE

- 6.1 Valg av metode
- 6.2 Deltagere i studien
- 6.3 Instrument
- 6.4 Praktisk gjennomføring
- 6.5 Ethiske overveielser
- 6.6 Statistisk bearbeiding av data

7. RESULTATER

- 7.1 Beskrivelse av populasjonen
- 7.2 Pasientenes og sykepleiernes prioritering av omsorgshandlinger

8. DISKUSJON

8.1 Resultatene

- 8.1.1 Pasientenes rangering av de ti viktigste handlingene
- 8.1.2 Pasientenes rangering av de minst viktige handlingene
- 8.1.3 Pasientenes rangering av ulike undergrupper av dimensjoner
- 8.1.4 Andre funn blant pasientenes rangering
- 8.1.5 Sykepleiernes oppfatning av hva som var viktigst for at pasientene skulle oppleve god omsorg

8.2 Metoden

- 8.2.1 Metodens styrke og egnethet
- 8.2.2 Metodens begrensninger
- 8.2.3 Den praktiske gjennomføringen

8.3 Resultatenes konsekvens for praksis

- 8.4 Videre forskning
- 8.5 Konklusjon

REFERANSER

- Vedlegg 1a : Informasjonsskriv til pasientene
- Vedlegg 1b : Informasjonsskriv til sykepleierne
- Vedlegg 2 : Godkjenning fra etisk komité
- Vedlegg 3 : Godkjenning fra datatilsynet
- Vedlegg 4 : Brev til avdelingsoverlegene
- Vedlegg 5 a og b: Godkjenning fra avdelingsoverlegene
- Vedlegg 7 a og b: Care Q. instrumentet og prosedyren

SAMMENDRAG

I dagens helsevesen er kvalitetssikring et aktuelt tema. I denne studien er det kartlagt hvilke handlinger kreftpasienter innlagt i sykehus for behandling prioriterer som viktigst for opplevelsen av god omsorg. Resultatene er ment å være et bidrag til kvalitetssikring av den omsorgen som sykepleierne gir disse pasientene og kan gi oss en bredere forståelse av omsorgsbegrepet slik pasientene oppfatter det. Studien er også en kartlegging av hva sykepleiere som ivaretar disse pasientene mener er viktigst for at pasientene skal oppleve god omsorg når de er innlagt i en sykehusavdeling. Instrumentet som er brukt til denne kartleggingen er Care- Questionere som er utviklet i USA (Larsson 1984) på grunnlag av Q - teknikk, og senere brukt i studier utført i flere land. Instrumentet består av 50 kort der konkrete handlinger sykepleiere utfører er beskrevet. Deltagerne i studien har sortert disse utsagnene etter grad av viktighet for opplevelsen av å bli gitt god omsorg.

Resultatene viser at pasientene prioriterte utsagn som beskriver sykepleiernes tekniske dyktighet og kliniske kunnskap høyest, mens sykepleierne prioriterte affektive utsagn høyest. Sykepleierne prioriterte 23 av de 50 utsagnene statistisk forskjellig fra pasienten. Studien bekrefter i høy grad resultatene fra tidligere forskning der samme metode og instrument er brukt. En bør likevel merke seg at sykepleierne i denne studien prioriterte teknisk dyktighet og klinisk kunnskap som viktigere enn personalet i tidligere studier, og derved mer i samsvar med pasientenes prioritering av disse handlingene.

1. INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

I dagens helsevesen er begrepet kvalitetssikring et aktuelt tema. En mye brukt definisjon av kvalitetssikring er: ” Alle systematiske og planlagte tiltak som sikrer at virksomheten utøves i overensstemmelse med dagens profesjonelle standarder og i henhold til pasientens behov.” (Haga et al, 1995). Kvalitetssikring er viktig for at pasienter skal få best mulig behandling og pleie innenfor rammen av de ressurser helsevesenet får tildelt. Hvem er det som skal vurdere om de tjenester helsevesenet tilbyr er kvalitativt gode nok ? Er det pasientene, fagpersonalet eller politikerne ? Som den refererte definisjonen beskriver, er det enighet om at *både* pasienters forventninger og behov, *og* helsepersonells faglige vurdering er av betydning for hva som er kvalitativt godt. Hva er så pasientenes forventninger og behov? Er det samsvar mellom det pasientene opplever som viktig og det helsepersonell opplever som viktig ? Grad av innfridde forventninger er av betydning for pasientenes opplevelse av kvalitet (Øvretveit, 1990).

I våre sykehusavdelinger sliter mange sykepleiere med dårlig samvittighet. Mange oppgaver som de mener er viktig å ivareta overfor pasientene, får de ikke tid til å utføre. Det fysiske stell og administrasjon av behandlingen må prioriteres. Samtidig mener sykepleierne at det er viktig med et helhetsperspektiv slik at både psykiske, sosiale og åndelige behov blir ivaretatt. Det har de lært i sin utdanning. Spørsmålet blir da om det er samsvar mellom det som blir vektlagt i sykepleierutdanningen og det pasientene mener er viktigst for opplevelsen av god omsorg.

Mange sykepleiere er opptatt av hva det er i vår omgang med pasientene, som gir en opplevelse av god omsorg. Enkelte setter likhetstegn mellom omsorg

og sykepleie. Mc Farlane (1976) hevder dette, og sier at for andre helsearbeidere f.eks. leger, utføres dette i tillegg til andre funksjoner som å kurere, og kan derfor være perifert.

Berg Eriksen hevder at en ikke kan monopolisere verdier som kjærlighet og omsorg for en bestemt yrkesgruppe. Kjærlighet og omsorg vil først og fremst være en allmennmenneskelig forpliktelse. Slike forpliktelser vil finnes i like mange utgaver som det finnes yrker og sosiale roller (Eriksen, 1995).

Drew beskriver et mareritt om sykepleie fra en intensiv avdeling.

Hun beskriver at hun våkner opp fra koma omgitt av blinkende teknisk utstyr. Hun blir overmannet av frykt og tenker at den som kan gi henne trygghet i denne situasjonen må være en sykepleier. Hun vil vite hvordan utstyret skal håndteres, og kunne vurdere hvilke tiltak som skal settes i gang uti fra sin kunnskap om hva instrumentene viser og sin biologiske kunnskap. Drew beskriver at hun isteden blir ivaretatt av teknikere og legeassistenter. Til slutt kommer sykepleieren. Hun har vært opptatt av å intervju hennes familie om hennes psykososiale og kulturelle behov. Etter å ha våknet fra sitt mareritt, kommer Drew med en appell om at en ikke må gjøre sykepleiens biologiske kunnskap til noe mindreverdige, og begrense sykepleievitenskapen til å studere sosial og atferds vitenskap. Dersom vi gjør dette kan vi risikere å “slå barnet ut med badevannet”(Drew, 1988).

Baker and Diekelmann problematiserer forholdet mellom “care and cure”.

De sier at det er en fare dersom sykepleierne tar omsorgen som sin egen. Sykepleiere snakker om behandling versus omsorg, som om hele lege - sykepleier forholdet kan bli oppsummert i disse få ordene. De risikerer ved dette å glemme at omsorg også utgjør en stor del av medisinsk praksis; det

som betyr noe er *hvordan* vi yter omsorg. Forfatterne appellerer til bedre kommunikasjon mellom sykepleiere, leger og andre medlemmer av omsorgsteamet; samt pasienter og deres familier, for derved å bedre samarbeidet i den felles oppgaven å helbrede (Baker & Diekelmann, 1994).

Manns behandler også temaet “care versus cure”. Hun uttrykker at vi trenger å definere behandling og omsorg som likeverdige mål innenfor helsevesenet. Sykepleieprofesjonen og den medisinske profesjonen bør forenes i det felles mål; å gi kvalitet i pasientomsorgen. Gjensidig respekt, kommunikasjon og samarbeid mellom sykepleiere og leger angående pasientomsorg og pasientbehandling, ville bedre teamarbeidet betydelig i arbeidet med å møte pasientenes behov (Manss, 1993).

1.2 Hensikt

Studien som er presentert i denne oppgaven, er en undersøkelse som belyser hvilke handlinger som sykepleiere utfører, pasienter mener er viktigst for opplevelse av god omsorg. Videre blir pasienters og sykepleieres oppfatning av hva som er viktig for opplevelsen av god omsorg sammenlignet. Mange sykepleiere er i dag opptatt av omsorg som et filosofisk begrep. Denne studien fokuserer på hvilke *handlinger* sykepleiere utfører i sitt daglige arbeid som *pasienter* mener er viktigst for opplevelsen av kvalitet, her forstått som *komponenter av god omsorg*.

Det er ikke en analyse av omsorgsbegrepet. Det er viktig at dette blir belyst, slik at sykepleiere til enhver tid har pasienten og deres behov i fokus.

Det finnes i litteraturen mange teorier om hva som er viktige elementer i sykepleie. Det er imidlertid gjort forholdsvis få studier på hvilke *handlinger* sykepleierne utfører som pasienter og sykepleiere mener er viktigst for

pasienters opplevelse av god omsorg. Handlinger kan, i motsetning til holdninger, observeres og kvantifiseres (Larson, 1987).

Aristoteles sier om dyd i den nikomakiske etikk: “Vi driver ikke vår undersøkelse for å vite hva dyd er, men for å bli gode, ellers har vi ingen nytte av den - så må vi altså undersøke handlinger, hvorledes de bør utføres - for disse er avgjørende også for beskaffenheten av de holdninger som utvikles” (Nordenstam, s. 20). Han sier videre at “Dyder får vi ved at vi utfører dem, på samme måte som det gjelder andre former for kunnen. For det vi må lære før vi kan gjøre det, det lærer vi ved at vi gjør det” (Nordenstam, 1993, s.19).

Tidligere forskning har vist at det ikke alltid er samsvar mellom hva sykepleiere tror pasienter mener og hva pasientene virkelig mener er viktigst for opplevelsen av å bli gitt god omsorg (Larson 1987, von Essen & Sjøden 1991, von Essen 1994). Disse studiene er utført på forskjellige pasientgrupper. I denne undersøkelsen er disse forhold kartlagt i en norsk pasientpopulasjon bestående av kreftpasienter innlagt i sykehus, og sykepleiere som pleier disse pasientene. Hensikten var å finne ut om denne pasientgruppen gjorde andre prioriteringer enn pasientgrupper som har vært med i tidligere studier, om resultatene var forskjellig fra forskning i andre kulturer, og om pasientenes og sykepleiernes prioriteringer hadde endret seg de siste årene. Kunnskap om dette er viktig for å kunne gi individuell sykepleie til den enkelte pasient i forhold til diagnose, behandling, prognose, og enkeltmenneskets reaksjoner som følge av disse forhold.

2. Kreftpasienters livssituasjon

Kreft er i dag den nest hyppigste døds årsaken i Norge. I 1992 ble det registrert 19.059 nye krefttilfeller. Få kreftformer er kurerbare (40 - 50 % blir helbredet, dvs. symptom fri og i live 5 år etter primærbehandling), men behandlingsformer som kjemoterapi, strålebehandling, hormonbehandling og immunterapi har i dag gjort mange former for kreftsykdommer til kroniske, potensielle kurerbare sykdommer isteden for uunngåelig dødelige. Økt livskvalitet og forlenget levetid kan også være oppnåelig ved hjelp av disse behandlingsformene (Statens helsetilsyn, 1996).

2.1 Behandlingsformer

2.1.1 Cytostatika behandling

Ved de fleste former for palliativ (lindrende) cytostatika behandling er det usikkert om behandlingen virkelig forlenger pasientens liv. Det er derfor viktig at en totalvurdering av pasientens subjektivt opplevde livskvalitet blir en rettesnor for *om* denne behandling skal gis, *når* den skal gis, *gjennomføring* og *avslutning* av behandlingen (Klepp, Kaasa, 1994).

Behandling med cytostatika har ofte plagsomme bivirkninger. Kvalme og brekninger av noen timers varighet er vanlig etter de fleste cytostatika behandlinger. Undersøkelser har vist at dette er de bivirkninger som er rangert som minst tolerable av pasientene. Kvalme og oppkast kan føre til utvikling av betingede reflekser, utløst av situasjonen omkring, slik som syn av infusjonssett og gjenopplevelse av spesielle lukter og syns inntrykk. Å gi kvalmestillende behandling er derfor et viktig tiltak. Her finnes det flere medikamenter og regimer (Mella, Klepp og Kaasa, 1994).

For mange kreftpasienter er stadige stikk i forbindelse med infusjoner og blodprøvetaking en betydelig belastning. Plagene på grunn av stikking kan bli en viktig årsak til aversjon mot behandlingen, og ubehaget vil ofte øke med tiden. Ved korrekt bruk av perifere vener og sentralvenøse kateter/veneport kan disse plagene reduseres betydelig (Schem , Mella 1994).

2.1.2 Strålebehandling

Strålebehandling er en hyppig brukt behandling av kreftpasienter. Formålet med behandlingen kan enten være kurativ, palliativ (lindrende) eller symptomforebyggende. Behandlingen er kurerende når formålet med behandlingen er å helbrede pasienten for den aktuelle lidelse. Formålet med palliativ - er å forebygge eller utsette et symptom, og formålet med den palliative - symptomlindrende behandlingen er å lindre plagsomme symptomer. Palliativ strålebehandling kan minske svulsten effektivt ved mange kreftformer og gir ofte lite bivirkninger. Bivirkningene er ofte avhengige av hvilke organ som blir bestrålt, fraksjonering og størrelse på strålefeltet (Kaasa et al, 1992).

2.1.3 Hormon behandling

Praktisk talt all celledeling skjer under hormonell innflytelse. Dette kan brukes terapeutisk. Hormonell behandling brukes særlig ved cancer mammae, cancer corporis uteri og cancer prostata (Lønning et al, 1994).

Haugen (1987) har i en studie av cancer mamma pasienter funnet at de som får hormonbehandling har en relativ høy livskvalitet.

2.2 Fysiske symptomer

Behandlingstrengende *smertes* forekommer hos 70 - 80 % av pasienter med middels eller langt komt kreftsykdom. Smerter har en sentral plass i pasientenes bevissthet. En god smertelindring er derfor en stor utfordring og krever en sentral plass i palliativ kreftomsorg.

Vekttap og reduksjon av allmenntilstand på grunn av ernæringsforstyrrelser er et hyppig symptom hos kreftpasienter. Det er viktig å finne årsakene til disse forstyrrelsene og sette i gang tiltak i forhold til disse. Viktige årsaker er spisevegring på grunn av metabolske forandringer og fysiske hindringer forårsaket av tumor i fordøyelsessystemet. Engstelse og depresjon kan også være en grunn (Ose et al, 1994) og behandlingsrelaterte årsaker som kvalme, munnsårhet og munntørrhet (Schem & Mella, 1994).

2.3 Psykiske belastninger

Som følge av en kreftdiagnose kan kreftpasienter erfare store psykiske problemer (Massie & Holland , 1990). Det er beskrevet at 20 % av nylig diagnostiserte kreftpasienter vil erfare langvarig psykologisk stress (Booth et al. 1994). Mange kreftpasienter opplever en traumatisk krise når diagnosen blir stillet. En traumatisk krise kan defineres som ” individets psykiske situasjon ved en ytre hendelse av en slik art at pasientens fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet eller grunnleggende livsmuligheter blir truet” (Cullberg, 1976, s. 100). En krise er en normal hendelse, men situasjonen oppleves så sterkt at en ikke lenger kan dra nytte av tidligere mestrings måter.

En føler seg hjelpeløs og ute av stand til selv å ha kontroll over situasjonen. Cullberg deler krisens forløp opp i fire faser: sjokk-fasen, den reaktive fasen, reparasjonsfasen og nyorienteringsfasen. Sjokkfasen varer fra et kort øyeblikk til noen døgn. I denne fasen prøver den rammede å holde virkeligheten fra seg, den er for vanskelig å ta inn. I den reaktive fasen blir den som er rammet tvunget til å åpne øynene for det som har skjedd eller kommer til å skje. Den kriserammede prøver å finne mening i den kaotiske situasjonen. Reparasjonsfasen eller bearbeidingsfasen, starter når pasienten greier å bli fremtidsrettet. I denne fasen prøver pasienten å godta det som er skjedd og å leve med det. I nyorienteringsfasen, som ikke har noen slutt, lever den som er rammet med arrene etter det som har skjedd, men det hindrer ikke ny orientering mot livet (Cullberg, 1976).

Det spesielle med kreftpasienter er at de ofte ikke når nyorienteringsfasen før en ny krise i deres sykdomsforløp oppstår. Karin Gyllenskøld (1976) har i en studie av kvinner med brystkreft vist den krisen som oppstår når pasienten får vite diagnosen, kan bare være den første i en serie av traumatiske opplevelser som kan føre til kriser under sykdomsforløpet. Strålebehandling og operasjon var for mange like traumatiske opplevelser som oppdagelsen av svulsten.

Dette stiller store krav til mestring. Pasientene kan reagere forskjellig i krisesituasjoner og det kan være store individuelle evner til mestring. Pasientene kan opptre passivt, aggressivt eller selvhevdende problemløsende. I krisesituasjoner trer ofte forsvarsmekanismer i funksjon. Forsvarsmekanismer kan være rasjonalisering, regresjon, isolasjon, fornektelse og fortrenkning. Disse kan være nyttige i en kort periode for at pasientene skal få tid til å bearbeide sin krise (sjokkfasen), men varer de for

lenge vil de kunne forhindre akseptering. Bruk av forsvarsmekanismer er også forskjellig fra pasient til pasient (Kübler -Ross, 1979).

De forskjellige behandlingene som kreftpasienter gjennomgår, oppfattes som psykisk og fysisk sterkt belastende og krevende. Kaasa har i en studie sammenlignet livskvaliteten hos lungekreftpasienter som fikk kjemoterapi med de som fikk strålebehandling. Han fant at etter to uker var det statistisk signifikant forskjell i psykisk velvære i favør av stråleterapi pasientene. Han skriver i diskusjonen at en umiddelbart kan tro at dette var et resultat av de sterke bivirkningene av cellegiftbehandling, men at det viste seg å være lav korrelasjon mellom behandlingsrelaterte bivirkninger og pasientenes generelle tilfredshet. Han antyder at det må være andre faktorer som spiller inn på det psykiske velvære til pasientene i denne studien (Kaasa, 1989).

2.4 Sosiale behov

Cassel antyder at tilstedeværelse av mennesker , eller mer generelt, visse aspekt av det sosiale miljø, skaper miljøfaktorer som kan ha stor innvirkning på folks helse (Cassel, 1976).

Kesselring et al.(1986) har i en studie undersøkt 42 kreftpasienters sosiale nettverk og støtte. Studien viste at de pasientene som opplevde sin sosiale støtte som god, hadde en tendens til å se mer optimistisk på sin sykdom. Pasienter som hadde lite sosialt nettverk, trengte mer oppmerksomhet fra sykepleierne. Det konkluderes med at det er viktig å inkludere pårørende i omsorgen av kreftpasientene.

2.5 Eksistensielle behov

Weisman and Worden (1976) hevder at det er i den første perioden etter at diagnosen er stilt (ca. 100 dager), at pasientene er mest opptatt av det som har med livets mening, sykdom og død å gjøre.

Carter (1993) har i en studie av brystkreftpasienter, funnet at etter diagnosen er stilt erfarer mange en eksistensiell forståelse av at de ikke er udødelige og at kreft kan føre til død. Døden blir diskutert innenfor rammen av religiøs tro, bekymring for de nærmeste og dødens natur.

O'Connor (1990) har gjort en studie blant 30 pasienter som nylig hadde fått diagnosen brystkreft, lungekreft eller kreft i tykktarm eller endetarm.

Hensikten med studien var å identifisere hvilke komponenter som var involvert i prosessen “ søke etter mening”. Hun fant at pasientene i denne fasen søkte å forstå den personlige betydningen av kreftdiagnosen, de kjente på en følelse av urettferdighet, var opptatt av spørsmål om hvordan kreften hadde oppstått og om de selv hadde gjort noe som kunne forårsake det.

Pasientene søkte videre å forstå konsekvensene av kreftdiagnosen for sin fremtid, samtidig som de tenkte tilbake på livet de hadde levd (opplevde livet i revy). De spurte ofte seg selv: hva har vært godt? hva har jeg gjort galt?

Pasientene opplevde også en endring i synet på seg selv og andre, var opptatt av hvordan de skulle leve med kreftsykdommen, satte mer pris på livet.

Kreftsykdommen hadde lært dem å sette tingene inn i det “rette perspektiv” slik at småting ikke bekymret dem lenger.

3. OMSORGSBEGREPET

3.1 Omsorg som filosofisk begrep.

Den tyske filosofen Martin Heidegger som levde fra 1889 til 1976, gjorde omsorgsbegrepet til noe av det mest sentrale i sin tenkning. I følge Heidegger er visse strukturer felles i den menneskelige væremåte. Han hevder at det er disse strukturene som ligger til grunn for og som konstituerer det enkelte menneskets konkrete eksistens. Disse strukturene gir Heidegger benevnelsen eksistensialer. Eksistensialene gjelder menneskenes spesifikke væremåte. Heidegger forsøker å sammenfatte denne rekke eksistensialer ved at han karakteriserer tilværelsens væren som omsorg (sorge) (Fløistad, 1993).

I en teoretisk analyse av omsorgsbegrepet, gir han uttrykk for at menneskene til alle tider har oppfattet livets grunnleggende vesen som omsorg, i den allmenne betydningen å bestyre, ta seg av saker og gjøre noe med dem. Mennesket finner seg selv kastet ut i tilværelsen. Det vet at det *er*, men vil også vite hva det betyr *å være* og spør etter livets mening. Det er omsorgen som gjør livet meningsfullt. For Heidegger er omsorg et begrep som handler om relasjoner mellom mennesker. Det er videre et begrep som kan innebære både positive og negative former. Den negative omsorgen karakteriseres i følge Heidegger, av at mennesket gjør både seg selv og sine medmennesker til et objekt. Møtet med den andre blir en likegyldig og ikke forpliktende hendelse. Slik Heidegger ser omsorg, må hvert menneske inngå i en omsorgsrelasjon til det mennesket det kommer i kontakt med. Omsorg blir likestilt med relasjoner mellom mennesker. I Heideggers teoretiske utlegging av omsorgsbegrepet ligger samtidig en forpliktelse til praktisk handling. Han fremhever at arbeidet er et grunnlag som binder menneskene sammen. Forholdet mellom mennesker blir formidlet gjennom arbeidet. Heidegger har håndverket som den ideelle arbeidssituasjonen (Heidegger, 1981).

Det finnes ulike filosofiske tolkninger og utlegninger av Heideggers filosofi. Svenneby (1996) advarer mot en ukritisk bruk av Heideggers omsorgsbegrep som hun oppfatter som langt mer selvsentrert enn vår norske oppfattelse av omsorg. Hun mener “Sorge” må oversettes med “å sørge for”.

I følge Martinsens tolkning (1981) av Heideggers teoretiske analyse, kan de fundamentale kvaliteter i omsorgsbegrepet oppsummeres i tre punkter:

- Omsorg er en sosial relasjon, dvs. det har med fellesskap og solidaritet med andre å gjøre.
- Omsorg har med forståelse for den andre å gjøre, en forståelse som en tilegner seg gjennom å gjøre ting for og sammen med den andre. En utvikler felles erfaringer, og det er de situasjoner en har erfaring fra en kan forstå. På den måten vil en skjønne den andre gjennom måten han forholder seg til sin situasjon.
- Skal omsorgen være ekte, må en forholde seg til den andre med en holdning som anerkjenner den andre ut fra hans situasjon. I dette ligger en gjensidighet. En anerkjenner den andre uten nødvendigvis å vente seg noe tilbake. Jeg er hos den andre og sørger for den andre i hans situasjon på en slik måte at jeg verken overvurderer eller undervurderer hans evne til selvhjelpenhet. Ens omsorg er uekte dersom en griper inn for å forandre den andres situasjon uten å anerkjenne vedkommende. Da gjøres dette ut fra sine egne forutsetninger. Forholder en seg likegyldig til den andre, er også omsorgen uekte.

Martinsen hevder at omsorgen er en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv, men omsorg er mer enn en “grunnholdning” som reflekteres i forholdet mellom mennesker. Hun understreker også sterkt at omsorg er praktisk handling. Martinsen (1989) hevder videre at omsorg har med

nestekjærlighet å gjøre; dvs. å handle mot andre som vi vil at andre skal handle mot oss.

Filosofen Mayeroff (1971) ser på omsorg som “det å hjelpe folk å vokse”. Han mener at omsorg er en utviklingsprosess som krever kontinuitet. Denne prosessen er karakterisert av å være med personen, dvs. omsorgspersonen er grunnleggende med den andre i den andres verden. Videre beskriver Mayeroff omsorg ved å identifisere det han mener er de viktigste ingrediensene i omsorgsbegrepet; kunnskap, tålmodighet, ærlighet, tillit, ydmykhet, håp og mot .

Om *kunnskap* sier Mayeroff at vi snakker som om omsorg ikke krever kunnskap, og som om det å ha omsorg for noen, bare er et spørsmål om gode hensikter og varme tanker. Han sier videre at for å kunne gi omsorg må vi forstå den andres behov og være i stand til å respondere skikkelig på disse behovene, og at gode intensjoner ikke kan garantere dette. For å kunne gi omsorg til noen, må en vite mye. En må for eksempel vite hvem den andre er, hva som er hans styrke, hva som er hans begrensninger, hva er hans behov, hva er viktig for at han skal vokse. En må også vite hvordan respondere på hans behov, og hva ens egen styrke og begrensninger er.

Tålmodighet sier han, innebærer å gjøre personen en har omsorg for i stand til å finne seg selv, gi vedkommende rom og tid mens en er tilstede og lytter, og å være tolerant over en viss forvirring . *Ærlighet* er å se den andre slik han virkelig er og respektere dette, og å se på seg selv for å finne ut om ens egen omsorg hjelper eller hindrer den andre i å vokse. Omsorgspersonen må videre ha *tillit* til at den som blir gitt omsorg vil vokse i rett tid og på sin egen måte . *Ydmykhet* innebærer at kontinuerlig læring er en del av omsorgsprosessen.

Den som gir omsorg lærer om den andres unikhhet og om seg selv. *Håp* innebærer at den andre vil vokse gjennom omsorg, og *mot* er å gå inn i den andres situasjon uten den sikkerheten som kjente “landemerker” gir (Mayeroff, 1971).

3.3 Psykologiske tilnærminger til omsorgsbegrepet

Bowlby beskriver begrepet omsorg i tilknytting til “attachment theory”. Av spesiell viktighet for begrepet omsorg er identifisering av omsorgshandlinger som en tilleggsfunksjon til “attachment behavior”. Å gi omsorg er, fra Bowlbys perspektiv: “Commonly shown by a parent, or other adult, towards a child or adolescent, but is also shown by one adult towards another, especially in times of ill health, stress or old age.” (Bowlby, 1980 s. 40- 41). Robison (1986) hevder at Bowlbys formulering gir mening for personer som er involvert i omsorgsarbeid. Dette oppmuntrer sykepleiere til å dra en analogi til sine profesjonelle omsorgs aktiviteter.

Rogers (1965) diskuterer et aspekt av omsorgsbegrepet ved å undersøke formuleringen i den terapeutiske prosess i et veilednings forhold. Han betrakter kjærlighet som en dyp og generell mening for veilederen og for den som blir gitt hjelp i et slikt forhold. Kjærlighet er knyttet til dyp forståelse og dyp akseptering av en annen person. En person som møter en kjærlig og aksepterende holdning fra terapeuten, vil utvikle den samme holdningen til seg selv. Dette kan være det første steget i en terapeutisk prosess. I følge Robison (1986) kan Rogers begrep om kjærlighet, som representerer en dyp forståelse og akseptering av en annen person, bli betraktet som en indikator på en omsorgshandling.

Fromm betrakter omsorg som en indikasjon på kjærlighet. Han betrakter kjærlighet som en kunst som krever kunnskap og arbeid. Han identifiserer følgende basiselementer som felles for alle former for kjærlighet: omsorg, respekt, ansvar og kunnskap. Omsorg og omsorgshandlinger vil være assosiert med ansvar for en person, respekt for en person og kunnskap om en person (Fromm, 1963).

Montagu bringer omsorgsbegrepet til et nivå av observerbar oppførsel. Montagu mener at for at en person skal kunne vise ømhet, være kjærlig og omsorgsfull, må vedkommende være elsket og vist omsorg fra fødselen av og videre fremover i livet (Montagu, 1978). Robison(1986) uttrykker at dette reiser spørsmålet om personer som ikke har opplevd omsorg kan bli omsorgsfulle i deres omgang med andre, en bekymring som er relevant i forhold til de profesjonelle omsorgsgivers evne til å gi omsorg. Montagu nevner også berøring. Ved å legge armene rundt en annen, vil en omsorgsgiver formidle trygghet og trøst (Montagu, 1978).

Cassel fokuserer på det sosiale miljø som et aspekt av omsorg. Han antyder at tilstedeværelse av mennesker, eller mer generelt, visse aspekt av det sosiale miljø, skaper miljøfaktorer som kan ha stor innvirkning på folks helse. En kan ved å identifisere personer som er i faresonen, sette i gang intervensjoner for å styrke den sosiale støtten og derved ha innflytelse på sykdomsforebyggelsen (Cassel, 1976).

3.4 Omsorg i et sykepleiefaglig perspektiv

Florence Nightingale publiserte i 1860 “ Notes on Nursing, what it is and what it is not “. I følge Nightingale består god sykepleie i å sørge for frisk luft,

lys, varme, renhet, ro og valg og administrasjon av dietter. Sykepleie hadde tidligere blitt begrenset til å være administrering av medikamenter og å legge bandasjer. Hun mener videre at sykepleie er å assistere den “reparerende prosess” hos pasienten. Nightingale skiller også klart mellom sykepleie og legekunnskap (Nightingale, 1860).

Etter Nightingale har det vært utviklet en rekke teorier om sykepleie. Dette er ikke alltid teorier i vitenskapelig mening. Hensikten har ofte vært å bruke disse for å veilede i praktisk sykepleie, i administrasjon og undervisning. Det kan diskuteres om modell eller program hadde vært en bedre benevnelse enn teori (Egidius & Nordberg 1983, Kirkevold 1992). Metodene for utvikling av disse teoriene har variert fra bruk av logiske resonnement der en kommer frem til en konklusjon ut fra premisser hentet fra andre teorier enten i eller utenfor sykepleiefaget. Andre tilnærminger har vært induktive der en tar utgangspunkt i observasjonen og formulerer en teori basert på en analyse og syntese av observasjoner (Kirkevold, 1992).

Meleis skiller de ulike sykepleieteoriene i forskjellige “Schools of Thought” : “Need Theorists” (Henderson, Orem), “Interaction Theorists” (Travelbee) og “Outcome Theorists” (Johnson, Levine). Teoretikere har i ulik grad lagt vekt på *hva* er det sykepleiere gjør (“Need Theorists”), *hvordan* utfører sykepleierne det de gjør (“Interaction Theorists”) og *hvorfor* gjør sykepleierne det de gjør (“Outcome Theorists”) (Meleis, 1991).

Leininger har identifisert omsorg som kjernen i sykepleien. Hun definerer omsorg som “ cognitively learned, culturally specific modes of helping others receive personalized services to improve or maintain a healthy condition for life or death ”(Leininger, 1981 s. 9). Leininger stadfester også

at før handlingskomponentene av omsorgen er klart definert, vil omsorg være et tåket begrep (Leininger, 1984).

Benner og Wrubel uttrykker at omsorg er den grunnleggende måten å være på i verden og at all sykepleiepraksis går ut fra dette. De sier videre at den samme handling gjort på en “caring” eller en “non-caring” måte kan ha svært forskjellige konsekvenser. Et omsorgsforhold gir rom for trygghet og gjør at den som blir vist omsorg verdsetter hjelpen og føler at noen har omsorg for en. Grunnen til at sykepleie ikke kan reduseres til bare teknikk, er at humor, sinne og administrering av medikamenter har forskjellig effekt i en “caring context” og i en “non-caring context” (Benner & Wrubel, 1989).

Martinsen (1981) har som sin hovedtese at sykepleiens fundamentale vesen må være omsorg forstått både som en grunnholdning og konkrete handlinger, basert på faglig og moralsk skjønn. Martinsen (1990) hevder også at moralsk praksis i sykepleien er å finne ut hva den andre er best hjulpet med ut fra “innlevelsens objektivitet”. “Innlevelsens objektivitet” forutsetter at “innfølingens medlevelse” og anerkjenning av den andre, arbeider sammen med faglige overveielser og skjønnsmessige vurderinger av situasjonen .

Roach hevder at ens egen erfaring i å få omsorg er viktig for ens evne til selv å gi omsorg. Sykepleierutdanningen profesjonaliserer denne omsorgen gjennom kunnskap og ferdigheter (Roach, 1987). I følge Robison (1986) kan omsorg fra en sykepleier tenkes å styrke en persons motstand mot sykdom. Sykepleieaktiviteter som kan bedre personers vanlige sosiale miljø slik at de blir bedre ivaretatt av familie og venner, kan være avgjørende for vedkommendes helse .

Morse et al. har analysert litteratur fra trettifem forskjellige forfattere som behandler temaet omsorg. Det finnes her ingen konsensus angående omsorgens komponenter, definisjoner av omsorg eller omsorgens prosess. Innholdsanalyse av litteraturen fra disse forfatterne, som enten eksplisitt eller implisitt definerte omsorg, avdekket fem perspektiv på omsorgens natur. De fem kategoriene som ble identifisert var: *omsorg som et menneskelig trekk*, *omsorg som et moralsk imperativ eller ideal*, *omsorg som en følelse*, *omsorg som et mellommenneskelig forhold*, og *omsorg som en terapeutisk intervensjon* (Morse et al.1990).

Forfattere som betrakter omsorg som et *moralsk imperativ eller ideal*, beskriver omsorg som en fundamental verdi eller moralsk ideal i sykepleien. Gadow (1985) og Watson (1985) antyder at den viktigste basen i sykepleien er å ivareta pasientenes verdighet. Morse (1990) sier at fra dette perspektivet er ikke omsorg manifestert som et sett av identifiserbare handlinger eller menneskelige trekk (sympati, ømhet osv.) eller hva sykepleiere gjør, men en fastholdelse av et bindende løfte om å ivareta pasientenes verdighet og integritet. Forfattere som hevder dette, mener også at omsorg er det grunnleggende for all sykepleie.

Perspektivet *omsorg som en følelse*, reflekterer sykepleie som en kvinnelig profesjon med historiske røtter i religion. Det er forventet at sykepleieren skal oppføre seg uegennyttig uten umiddelbart å oppleve takknemlighet eller materiell lønn (Bevis, 1981). Forfattere som definerer omsorg som en følelse legger vekt på at omsorgen går ut fra en følelsesmessig involvering eller en empatisk følelse (Morse, 1990).

Forfattere som ser omsorg fra perspektivet omsorg som et *mellommenneskelige forhold mellom sykepleier og pasient*, hevder at det er *forholdet* mellom pasient og sykepleier som er omsorgens essens (Knowlden, 1988). Disse mener at interaksjonen mellom sykepleieren og pasienten både uttrykker og definerer omsorg. Omsorgen inneholder *både handlinger og følelsene i forholdet* (Horner, 1988). Forholdet (følelsene) og innholdet (handlingene) i omsorgen inkluderer aspekter alt fra “vise at du bryr deg” til “helseundervisning”(Knowlden, 1988).

Morse refererer flere forfattere som betrakter omsorg som en *terapeutisk intervensjon*. Fra dette perspektivet knyttes omsorg mer direkte til sykepleiernes *handlinger* (Morse et al., 1990). Sykepleiernes handlinger kan være mer spesifikke slik som aktiv lytting, pasient undervisning, berøring og teknisk kompetanse, eller omsorg kan inkludere alle sykepleieprosedyrer og tiltak (Brown 1986, Larson 1987).

Tanner (1990) hevder at sykepleie ikke kan bli atskilt fra hva det er å ha omsorg for andre. Hun hevder videre at omsorg slik det er definert fra et fenomenologisk perspektiv, er det grunnleggende og det mest sentrale i alle “hjelp - yrker”. Hun mener omsorg må være den grunnleggende verdien i “the hidden curriculum” i sykepleierutdanningen.

Kitson (1987) analyserer forbindelsen mellom profesjonell sykepleieomsorg og legmannsomsorg. Hun refererer Bendall (1977) og Rule (1978) som definerer sykepleie som omsorg, mens Henderson`s (1966) definisjon av sykepleiens egenart omfatter aspekter av omsorgens handlinger. Kitson konkluderer sin analyse med at sykepleie og omsorg er bundet sammen ved begrepene de deler og handlingene som utføres. Hun hevder at

legmannsomsorg og profesjonell omsorg deler de samme hovedegenskapene som er: oppofrelse, kunnskap og ferdigheter, samt menneskelig respekt. Hun sier videre at forskjellen mellom profesjonell omsorg og legmannsomsorg kan ligge i det faktum at den profesjonelle kan tilby det som legmannen (eller pasienten selv) ikke kan gi på grunn av mangel på oppofrelse, ressurser, kunnskap eller ferdigheter .

Eriksson har utviklet en teori som omhandler omsorg i sykepleien. Eriksson tar utgangspunkt i omsorg som et grunnleggende begrep i sykepleiefaget. Hennes tre essensielle begreper er mennesket, helse og omsorg. Hun mener videre at omsorg i utgangspunktet er et naturlig menneskelig atferdsmønster som består av tre forskjellige elementer: pleie, lek og læring. Pleien er, i følge Eriksson den mest grunnleggende formen for omsorg. Det kjennetegnes ved varme, nærhet og berøring og omfatter også det å møte personens grunnleggende behov. Pleien viser at en bryr seg om den andre. Lek mener hun er et naturlig atferdsmønster hos både voksne og barn, og er knyttet til utviklingen av tillit og tilfredsstillelse i rekreasjon og andre sosiale situasjoner. Leken er avhengig av tillit til omgivelsene og utgjør et sentralt element i omsorg. Læring er en av tilværelsens grunndimensjoner. Hun mener at læring og lek hører sammen og at undervisning tradisjonelt har vært akseptert som en sykepleieoppgave (Eriksson, 1987).

4. TIDLIGERE FORSKNING OM OMSORG

4.1 Forskning som belyser omsorgsgivers evne til å oppfatte pasientenes behov

Empati er et begrep i relasjonen mellom pasient og sykepleier og som betraktes som en viktig egenskap for å kunne forstå andre menneskers behov. Empati kommer fra det greske ordet “*empathia*”, av *em*, som betyr i

eller in, og “pathos”, som kan oversettes med følelse eller lidende. Begrepet kan derved beskrives som “innfølelse”, eller innlevelse i et annet menneskets følelser. I den vitenskapelige litteraturen finnes en mangfoldighet av innfallsvinkler, hypoteser og spørsmål som belyser begrepets kompleksitet. Vanlige inndelinger av begrepet er affektiv (følelsesmessig) og kognitiv (intellektuell) empati, prediktiv empati (forutse hvordan en annen person kommer til å reagere), situasjons empati (en persons evne til å oppfatte eller møte en annen persons følelser i den aktuelle situasjon), og egenskapsempati, der empati ses som en personlighets egenskap. Flertallet av forfattere er likevel enige om at den empatiske prosessen kjennetegnes av en plutselig kunnskap om og forståelse av et annet menneskets følelsesleie. En allmenn betydning av ordet i psykologisk litteratur er “å opplevelsesmessig og følelsesmessig vite hva et annet menneske føler i et gitt øyeblikk i sin private verden”(Holm, 1987 s. 57). Det er viktig å skille den empatiske prosess fra andre prosesser. Prosjeksjon og empati kan av og til forveksles. En kan skille mellom disse begrepene på følgende måte: Empati innebærer at en plasserer seg selv i en annens persons indre virkelighet uten å bli skremt av den andres opplevelser. Prosjeksjon er å plassere sin egen indre virkelighet i den andre (Holm, 1987).

Litteraturen indikerer at omsorgsgivernes oppfatning av hvordan pasienter opplever sin situasjon ikke alltid samsvarer med pasientenes egne beskrivelser. Noen ganger forventes det at pasientene opplever mer psykisk smerte enn de selv beskriver. Jennings og Muhlenkamp(1981) gir uttrykk for at denne forskjellen kanskje kan forklares med omsorgsgivernes behov for å forsikre seg om at deres verdisystem fortsatt er meningsfullt, et fenomen som er kalt “the requirement of mourning”. Wright beskriver dette fenomenet på

følgende måte: “Når en person har et behov for å sikre sine verdier vil han enten insistere på at personen som han betrakter som uheldig, lider (selv om det ikke virker som han lider), eller betrakte den uheldige personen som mindreverdige fordi han bør lide men ikke gjør det” (Wright, 1960).

Mason og Muhlenkamp testet “the requirement of mourning phenomenon” blant kirurgiske pasienter som hadde mistet en kroppsdel. De fant i dette studiet at omsorgsgiverne konsistent beskrev pasientenes følelsesmessige tilstand til å være verre enn det pasientene selv rapporterte (Mason & Muhlenkamp, 1976) .

Jennings og Muhlenkamp har i en studie der instrumentet “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS) ble brukt, undersøkt om det var forskjell mellom omsorgsgivernes vurdering av kreftpasienters grad av angst, fiendtlighet og depresjon, og pasientenes selvrapporterte vurdering av dette. Resultatene viste at omsorgsgiverne vurderte pasientene til å føle seg mye verre enn hva pasientene selv rapporterte. Det ble gjort en korrelasjonsanalyse for å finne ut om fortregning hos pasientene kunne være årsaken til denne forskjellen, men det var ikke statistisk signifikant sammenheng mellom faktorene. Forfatterne reflekterer i artikkelen over om omsorgsgiverne projiserer sine egne følelser overfor situasjonen over på pasientene (Jennings & Muhlenkamp, 1981).

“Hospital Anxiety and Depression Scale” ble også brukt av von Essen et al. (1994) i en undersøkelse der personalet og pasienter ble sammensatt i “par”. Personalets oppfatning av angst og depresjon hos pasienten ble så sammenlignet med hva den aktuelle pasient selv rapporterte. Studien viste at

der var ingen statistisk signifikante forskjeller i oppfattelse mellom personalet og pasientene, men heller ikke statistisk signifikante korrelasjoner.

Lampic et al. (1996) gjorde en lignende studie av 35 “par” av sykepleiere og pasienter der angst også ble målt ved hjelp av en numerisk skala fra 0 - 10. Resultatene fra denne studien viste at de ansatte systematisk overdrev pasientenes grad av angst. “Requirement of mourning” hypotesen som en mulig årsak til dette resultatet, ble støttet av funnene i en undersøkelse der en undergruppe av personalet (n = 18) beskrev sin egen hypotetiske angst dersom de var i pasientens situasjon. Resultatene viste at vurderingen av pasientens grad av angst var sterkt assosiert med personalets vurdering av sin egen hypotetiske angst overfor en lignende situasjon.

Lauer et al.(1982) har i en studie undersøkt kreftpasienters behov for undervisning, og sammenlignet det med sykepleiernes oppfatning av pasientenes undervisningsbehov. Hun prøvde å finne områder der det var enighet eller uenighet mellom pasientene og sykepleierne. Tretti seks informasjonstemaer ble rangert etter hvor viktig de betraktet temaene å være. Studien viste at det var en statistisk signifikant forskjell på hva pasientene mente var de viktigste informasjonstemaene og det sykepleierne vurderte til å være viktigst. Sykepleierne rangerte det å mestre sine følelser som den mest problematiske for pasientene, mens pasientene rangerte dette temaet lavt.

Ved en revmatologisk avdeling rangerte 264 pasienter 51 negative utsagn om handlinger som ble utført ved deres møte med avdelingen, etter hvor viktig de mente handlingene var. Personalet ble bedt om å vurdere utsagnene slik de trodde pasientene ville vurdere dem. Det viste seg da at det var stor forskjell på hva pasienter og personalet vurderte som mest og minst betydningsfullt.

Som et eksempel ble påstanden “ helsevesenet informerer ikke om alternative behandlingsmetoder, f.eks saltgruvene” rangert som det største problemet av pasientene, og som nr. 30 av personalet (Haga et al., 1995).

Onarheim (1988) har i en studie målt pasienters selvrapporterte livskvalitet og sammenlignet funnene med hva pårørende, sykepleiere og leger mente om det samme. Resultatene av studiet viste at pårørendes vurdering av pasientenes livskvalitet hadde sterkest korrelasjon med pasientenes opplevelse av livskvalitet. Sykepleiernes vurdering korrelerte i mindre grad enn pårørendes, og legenes vurdering viste svakest korrelasjon med pasientenes egenrapportering av livskvalitet.

4.2 Omsorg som et generelt begrep i befolkningen

Leininger (1977) hevder at menneskene er omsorgsfulle og at omsorg er et universelt trekk livsviktig for menneskenes overlevelse. Hun hevder at fra et antropologisk synspunkt, er omsorg det eldste og mest universelle håp for menneskelig utvikling og overlevelse gjennom vår lange historie og forskjellige steder i verden. Leininger har studert 30 kulturers omsorgsverdier, tro og praksis. Her fant hun kulturelle variasjoner. Hun fant ikke en universell definisjon av begrepet omsorg, men at det finnes noen transuniverselle begrep som er *bevis* på omsorg. Generelt sier hun, er det en stor variasjon av former for omsorg, tro og omsorgsprosesser, men viktigheten av å gi omsorg og behovet for å bli gitt omsorg, har stor kulturell og sosial betydning i alle kulturer. Hun finner også at kvinner tenderer til å inneha og opprettholde omsorgsroller og handlinger i de fleste kulturer i verden.

Leininger har videre identifisert følgende 17 viktige elementer relatert til omsorg, omsorgs handlinger og omsorgsprosesser: trøst, støtte, medfølelse, empati, direkte hjelpehandlinger, mestring, spesiell stress lindring, berøring, oppfostring, berging, overvåking, beskyttelse, hele, stimulering, vedlikehold av helse, helseundervisning og helsekonsultasjon. Leininger hevder også at omsorgshandlinger er avgjørende for effektiv kurering. Derfor er omsorg den essensielle og kritiske ingrediensen i enhver kurerende prosess. Hun mener at der ikke kan bli noen helbredelse uten omsorgselementer og omsorgsprosesser (Leininger, 1977).

Hauge (1996) har utført en fenomenologisk analyse av begrepet omsorg. Elever fra syv videregående skoler (n = 350) deltok i undersøkelsen. Resultatene gav et bredt bilde av begrepet omsorg. Svarene falt naturlig i seks grupper: refererte situasjoner som fundament for omsorgsrelasjonen, følelser knyttet til situasjonene som ble beskrevet, omsorgspersoner, handlinger/holdninger til omsorgsgiver, følelser/erfaringer hos omsorgsmottaker og konsekvenser av opplevd omsorg. *Omsorgsgivers handlinger/holdninger* ble inndelt i seks kategorier: kommunikasjon, medmenneskelig engasjement, handling/samhandling, nærvær samt visse holdninger og personlige egenskaper. *Omsorgsmottakers følelser/erfaringer* ble kategorisert i fire grupper: kognitive reaksjoner, emosjonelle reaksjoner, omsorgsmottakers forhold til omsorgsgiver og andre fremkomne reaksjoner. Omsorg har i denne undersøkelsen vist seg som et multifaktorielt fenomen med flytende grenser. Omsorg som en vesentlig og viktig dimensjon for mennesker i ulike situasjoner ble bekreftet. En fant videre at omsorg rent språklig er knyttet til omsorgsgivers handlinger/holdninger.

4.3 Omsorg sett fra pasienters og sykepleieres perspektiv

Som referert tidligere, viser flere studier at det er forskjell mellom hvilke handlinger pasienter mener er viktigst for opplevelsen av å bli gitt god omsorg, og hva sykepleiere oppfatter å være viktigst. Larson (1987) studerte dette i en undersøkelse blant 57 kreftpasienter og 57 sykepleiere ved hjelp av en metode, utviklet av Larson, kalt Care - Q. Undersøkelsen viste at pasientene rangerte utsagn som “ vite hvordan en gir injeksjoner og hvordan forskjellig utstyr skal håndteres” som viktigst, og “vite når lege skal tilkalles” som nummer to. Sykepleierne rangerte “ lytte til pasienten” først og “berøre pasientene når de trenger trøst” som nummer to. Studien viste at pasientene totalt sett vurderte klinisk og teknisk dyktighet blant sykepleierne til å være viktigst, mens sykepleierne la mer vekt på den affektive siden av omsorgen.

Mayer (1987) utførte en studie blant 54 kreftpasienter og 28 sykepleiere der Larsons Care - Q instrument og metode ble brukt. Hun fant i sin undersøkelse at pasientene rangerte utsagnet “vet hvordan en skal gi sprøyter, i.v. og kan håndtere utstyr som i.v., sug ” som nr.1, og at “sykepleieren er blid og positiv” som nr. 2. Sykepleierne rangerte “ lytte til pasienten” og “gir pasienten lov til å uttrykke sine følelser om sin sykdom og behandling fullt ut, og behandler informasjonen konfidensielt” som nr. 2. De to utsagnene som sykepleierne rangerte som viktigst er ikke blant de fem viktigste hos pasientene.

I en studie utført av von Essen & Sjøden (1991a) ble samme metode brukt i forhold til forskjellige pasientgrupper (kreftpasienter, kirurgiske pasienter og pasienter innlagt i en ortopedisk avdeling). Studien viste at pasientene rangerte “vite når en skal tilkalle lege” først og “vite hvordan en gir injeksjoner og hvordan forskjellig utstyr skal håndteres” som nummer to. De

ansatte i denne undersøkelsen rangerte “lytte til pasientene” som nummer en og “sette pasienten først samme hva som hender” som nummer to.

von Essen har i senere studier (1994) undersøkt pasienters og personalets oppfattelse av omsorg ved hjelp av ulike tilnærminger. Hun har brukt en lett modifisert utgave av Care - Q også blant psykiatriske pasienter og sykepleiere. Resultatene fra disse studiene viste at psykiatriske pasienter la mest vekt på følelsemessig aspekter og informasjon, og at pasienter med somatiske lidelser la vekt på oppgaveorienterte omsorgshandlinger og informasjon. Det ble ikke funnet statistisk signifikante forskjeller i pasientutvalget i forhold til de demografiske bakgrunnsvariablene, heller ikke i sykepleiergruppen.

En studie ble også utført ved hjelp av et spørreskjema der de forskjellige utsagn i Care -Q instrumentet var fremstilt i en Likert - skala (von Essen & Sjøden, 1991b). De ulike utsagnene kunne i denne studien gis hvilken som helst verdi fra 1 - 7. Deltagerne var ikke tvunget til å rangere utsagnene slik som i tidligere studier. Resultatene viste at pasientene gav høy verdi til de instrumentelle utsagnene og lavere til de emosjonelle selv om de hadde fritt valg, mens personalet gav høye poeng til begge aspektene. Dette indikerer at personalet mener at begge komponentene er sentrale. Personalets oppfattelse av hva som var viktige omsorgshandlinger varierte mindre enn pasientenes. Forskerne hevder at dette indikerer at personalet har en mer stereotyp oppfatning av hva god omsorg innebærer enn pasientene.

von Essen (1994) utførte også en studie der Care -Q instrumentet ble brukt i pasient - personell dyader. Dette innebar at pasienter og personalet ble satt sammen i “par”. Pasienten svarte ut fra sin egen situasjon, og personalet ut fra

sin vurdering av hva som var viktigst for akkurat denne pasientens opplevelse av god omsorg. Svarene ble så sammenlignet. Studien viste at pasientene gav høyest rangering til undergruppen “hjelpetiltak” i Care - Q instrumentet (Larsen,1984), og “forklarer og tilrettelegger”. Personalet rangerte handlinger som viste “tilgjengelighet” og “trøstende og forutseende” handlinger som viktigst. Den største forskjellen mellom pasienter og personalet fremkom for undergruppene “forklarer og tilrettelegger” og “tilgjengelighet”. Pasientene gav høyere verdi til “forklarer og tilrettelegger” enn personalet, mens personalet gav høyere verdi enn pasientene til “tilgjengelighet”. Pasientenes og personalets rangering var statistisk signifikant forskjellig ved analyse av 10 av de 50 enkelt- komponentene i Care-Q instrumentet. Totalt sett indikerer likevel resultatene i denne studien at det var mindre forskjell mellom personalet og pasienter når de var satt sammen i “par”, og personalet derved kunne forholde seg til enkeltpasienter, enn i tidligere studier der samme metode ble brukt.

Komorita et al. (1991) har i en studie sammenlignet hva et utvalg på 110 sykepleiere med utdanning på mastergradsnivå, mente var viktigst for at pasientene skulle oppleve god omsorg med hva en gruppe pasienter opplevde som viktigst. Instrumentet som er brukt er Larsons (1984) Care- Q instrument. Studien viste at det var en klar forskjell mellom det denne gruppen sykepleiere mente og det pasientene mente var viktigst. Pasientene rangerte handlinger som beskrev fysisk omsorg som viktigst, mens sykepleierne rangerte handlinger som beskrev trøst og tillit som viktigst for at pasientene skulle oppleve god omsorg.

White har i en studie blant 300 pasienter innlagt i sykehus og 100 sykepleiere som var involvert i omsorgen av disse pasientene, testet femti utvalgte

sykepleieaktiviteter etter viktighet. Aktivitetene dekket fire områder innenfor pasientomsorg: *fysisk omsorg som respons på fysiske behov, psykososiale aspekter av omsorg, observering, rapportering og utførelse av medisinsk behandling og forbereding til utskrivelse*. Studiet viste at pasientene var mer opptatt av fysisk omsorg enn sykepleierne; sykepleierne var mer opptatt av de psykososiale aspektene av omsorgen. Både sykepleiere og pasienter var enige om at å utføre legenes ordre var viktig (White, 1972).

4.4 Omsorg fra pasienters perspektiv

Brown (1986) har i en kvalitativ studie bedt 50 pasienter om å beskrive en erfaring der de følte at en sykepleier hadde gitt god omsorg. Pasientene hadde vært innlagt fra to til fem dager for behandling av ikke livstruende medisinske og kirurgiske tilstander. Hennes konklusjon fra studien er følgende:

- fundamentalt i erfaringen av omsorg er pasientenes tillit til at sykepleierne er i stand til å ivareta den nødvendige fysiske omsorgen og behandlingen.
- det er viktig at pasientens behov blir gjenkjent, slik at sykepleierens oppfatning samsvarer med pasientens opplevelse. Sykepleieren kan ikke anta at en velment handling vil oppleves som omsorg.
- det er viktig å gjøre pasienten til deltager i en beslutningsprosess. Dette fremmer mulighetene for at behovene blir tilfredsstilt, samtidig som det styrker pasientens selvstendighet og opplevelse av egenverd. Begge faktorer var viktige for opplevelse av omsorg.
- tiden en sykepleieren tilbringer sammen med pasienten er viktig

Cronin og Harrison (1988) utførte en studie der hensikten var å finne ut hvilke handlinger utført av sykepleiere som pasienter som hadde gjennomgått et

hjerteinfarkt, oppfattet som viktige *indikatorer* på omsorg, hvilke de opplevde som *minst* viktige og *mest* viktige. Det ble også undersøkt om disse oppfatningene varierte i forhold til kjønn, alder, utdanning, antall innleggelses og lengden av oppholdet i avdelingen. Et utvalg på 22 pasienter ble intervjuet ved hjelp av åpne spørsmål og et skjema som beskrev omsorgshandlinger. De handlingene som ble rangert som viktigst var : “vet hva de gjør”, “får meg til å føle at noen er der når jeg trenger dem”, “vet hvordan en gir sprøyter på en god måte”, “vet hvordan teknisk utstyr skal håndteres”, “vet når det er nødvendig å tilkalle doktor”. De minst viktige var: “besøke meg når jeg flytter til en annen avdeling, “spør meg om hva jeg liker å bli kalt”, “spør meg om hvordan jeg ønsker at ting skal gjøres”. Forfatterne hevder at dette viser at de grunnleggende behov må bli tilfredstilt før høyere behov blir viktige.

Paternoster (1988) gjorde en kvalitativ studie der følgende spørsmål ble stilt pasientene: 1) hadde du i løpet av sykehusoppholdet en sykepleier som du følte viste omsorg for deg? 2) hvordan visste du at sykepleieren hadde omsorg for deg? 3) hva var det sykepleieren sa eller gjorde som indikerte at han/hun hadde omsorg for deg? 4) hva følte du når du visste at en sykepleier hadde omsorg for deg ? Resultatene viste at alle deltagerne kunne identifisere en sykepleier som de visste hadde omsorg for dem. De uttrykte videre at en sykepleier som har omsorg for dem er aktiv, til å stole på, oppmerksom på deres behov for trøst, er positiv og gir dem en god følelse. Som svar på spørsmål tre sier pasientene at de følte seg vell, følte seg trygge, hadde god kontakt og følte seg verdifulle.

Wilde et al.(1993) har i en studie der “grounded theory” er brukt som metode, intervjuet 20 pasienter innlagt i en infeksjonsavdeling om hva de mente var

viktig for kvalitativ god omsorg fra personalet (ikke bare fra sykepleiere). Resultatene viste at en høy medisinsk -teknisk kompetanse hos de som gav omsorg var viktig. Medisinsk teknisk kompetanse inkluderte undersøkelse, diagnostisering, behandling og symptomlindring. Videre ble en identitetsorientert tilnærming; dvs. kunnskap og empatisk dyktighet til å møte pasienten som en unik person fremhevet som viktig, og evne til å skape en sosiokulturell god atmosfære; dvs. en atmosfære som minnet mer om et hjem enn en institusjon.

Sherwood har i en fenomenologisk studie intervjuet 10 voksne pasienter som var i recovery fasen etter generell kirurgi. Studiet fokuserte på hva sykepleierne gjorde for og med pasientene som viste at de hadde omsorg for dem. Resultatene viste at pasientene mente at sykepleie har både med “å være” og “å gjøre” forent med dyktig, kunnskapsbasert kompetanse brukt med en personsentrert samhandlings holdning (Sherwood, 1988).

Henry (1975) undersøkte begrepet omsorg i en studie av 50 pasienter i hjemmesykepleien . Hun brukte åpne spørsmål der hun ba pasientene beskrive hva sykepleierne gjør som viste at de hadde omsorg for pasientene. Det å gjøre noe ekstra, komme med blomster og ordne med transport til lege, var det som gikk mest igjen i svarene. Det som ble nevnt nest hyppigst var å vise interesse for pasienten, å utføre oppgaver som å ta blodtrykk og gi sprøyter, å vise tålmodighet, å være vennlig, å lytte og å være forsiktig.

Satonovic` (1992) utførte en fenomenologisk studie der hun intervjuet 13 pasienter innlagt på medisinske avdelinger om deres opplevelse av omsorg. Utvalget bestod av pasienter med ulike diagnoser. Resultatene viste

at den sentrale prosessen omsorg kunne forstås som styrking av de tapte eller truede verdiene selvstendighet, trygghet, kontinuitet og nærhet.

Opplevelsen av omsorg ble knyttet til disse verdier. Handlinger og interaksjoner som ble identifisert som omsorg var: omsorgsgiver er profesjonell (ved å hjelpe, fortelle og forklare), menneskelig (er ærlig, viser hensyn, er nær, bryr seg og har humor). Det ble også lagt vekt på samarbeid med pasienten. Opplevelsen av omsorg var knyttet til positive følelser som ro, varme, godhet og kontakt.

Riemen (1986) gjorde en studie med fenomenologisk tilnærming der pasientene beskrev handlinger som viste at sykepleierne *ikke* hadde omsorg for dem. Disse handlingene kunne grupperes under overskriftene: “ha det travelt og være effektiv”, “gjøre en jobb”(*bare* en jobb), “være røff”, “ikke respondere (ingen samhandling - sykepleierne responderte ikke på deres ønsker) og “behandle pasientene som objekter”. Pasientene ble bedt om å beskrive handlinger som både beskrev omsorg og “ikke omsorg”. Pasientene beskrev da konsistent og øyeblikkelig handlinger som beskrev “ikke omsorg” først.

4.5 Omsorg sett fra sykepleieres perspektiv

Morrison og Burnard (1992) har gjort en undersøkelse ved hjelp av en metode kalt gridteknikk. Et utvalg av avdelingssykepleiere deltok i undersøkelsen (n = 25). Sykepleierne som ble valgt ut, arbeidet innenfor ulike spesialområder (generell sykepleie, psykiatrisk sykepleie, pediatrik sykepleie og noen var jordmødre). Enkelte arbeidet i kommunehelsetjenesten, andre i sykehus. Ut fra resultatene av denne undersøkelsen, laget forfatterne et idealbilde av den omsorgsfulle sykepleier. Forfatterne presiserer at dett idealbilde er basert på

kvalitative data og bygget på praktiserende sykepleieres oppfatninger, ikke teoretikere eller sykepleiere som underviser i sykepleierhøgskoler. Idealbilde er som følger: Sykepleieren er vennlig, ekte, tålmodig, rolig, har sans for humor, er hjelpsom, ærlig, avslappet, selvsikker, medfølende, omtenkstom, erfaren, fleksibel, har et behagelig vesen, er tolerant og forståelsesfull. Sykepleieren behandler pasientene individuelt og prøver å finne ut pasientenes behov. Hun er kunnskapsrik, systematisk, lar pasientene komme i første rekke og er pålitelig og dyktig.

Videre er sykepleieren er empatisk, lett å komme i kontakt med og er lyttende. Hun er sensitiv, lett å omgås, høflig og kommuniserer lett med andre. Sykepleieren oppleves som interessert, samvittighetsfull, engasjert og høyt motivert. Hun setter andre foran seg selv og gir villig av seg selv. Den omsorgsfulle sykepleier har alltid tid for sine medmennesker. Den omsorgsfulle sykepleier er helstøpt, har en profesjonell og jordnær holdning, og har et godt forhold til sitt arbeid.

Forfatterne bemerker at de mest overraskende funnene var at få av beskrivelsene knyttet seg til å være god i utførelsen fysisk omsorg, mens svært mange av begrepene kan karakteriseres som psykisk omsorg .

Sykepleierne ble også bedt om å vurdere seg selv som omsorgspersoner i forhold til hvordan de ønsket å være (idealet). Resultatene viste at alle deltagerne vurderte seg selv til å komme til kort som omsorgspersoner (Morrison, 1989).

Walters (1995) gjorde en analyse av det praktiske arbeidet til åtte intensivsykepleiere i en intensiv avdeling. Sykepleierne skulle svare på

spørsmålet: “Hva betyr omsorg for deg i en intensiv avdeling?” Et uttrykk som ofte ble brukt av deltagerne var “å ha det travelt” (“being busy”). Dette uttrykket viste seg å bety en konsentrasjon omkring tekniske aspekter og den hurtigheten som var nødvendig i en intensiv avdeling (teknisk kompetent).

Dette kan illustreres med et av utsagnene i studien: “Å ha det travelt innebærer at du er i stand til å utføre det arbeidet som er det mest grunnleggende og som gir deg en god følelse, spesielt fordi du har gitt noe til pasienten”. Dett andre temaet som kom frem i studien var “å balansere”.

Dette temaet er uttrykk for at en intensiv avdeling er en enhet som inkluderer både objektive og subjektive dimensjoner. En del av sykepleiernes rolle var å knytte sammen disse dimensjonene i omsorgsprosessen. Dette var uttrykt på følgende måte av en sykepleier:

“prøve å bygge bro mellom god holistisk pasientomsorg på den ene siden og det uvennlige ansiktet av teknologien på den andre siden.”

Forrest (1989) undersøkte oppfatningen av begrepet omsorg ved hjelp av fenomenologisk metode, blant 17 sykepleiere som arbeidet på sykehus. 30 “clusters” av tema kom frem på grunnlag av spesifikke enkelttema. Disse falt i 7 kategorier under to brede klassifikasjoner: “hva er omsorg” og “hva innvirker på omsorgen”. De syv kategoriene var: involvering, samhandling, egenskaper ved en selv, egenskaper hos pasienten, frustrasjoner, evne til mestring, og trøst og støtte (fra kollegaer). Dette ble samlet i en beskrivelse av fenomenet omsorg. Det sykepleiere i praksis først og fremst mente omsorg innebar, var en mental og følelsesmessig tilstedeværelse som utgikk fra dype følelser for pasientens situasjon. Samhandling med pasientene ble også nevnt som viktig for utøvelsen av omsorg. Egenskaper ved en selv (bakgrunn) og frustrasjoner over arbeidsforholdene og grad av støtte fra kollegaer hadde innvirkningen på omsorgen.

O' Berle og Davies (1992), gjorde en kvalitativ studie (grounded theory) der de i et dybdeintervju ba en sykepleier som arbeidet i en palliativ care avdeling , om å beskrive omsorgen hun gav til 10 av pasientene og deres familier. Fra dataene kom det frem en modell av dimensjoner som beskrev hennes rolle. Modellen bestod av seks dimensjoner som var vevd inn i hverandre. Disse var: "verdifull" (pasienten må betraktes som verdifull og vises respekt), "knytte sammen" (knytte bånd til pasientene), "gi styrke" (hjelp pasientene til å finne styrke i seg selv), "finne mening" og "gjøre for"(fysisk omsorg og teknisk intervensjon).

Mangold (1991) gjorde en studie blant 30 "senior" sykepleiestudenter og 30 ferdig utdannede sykepleiere der datainnsamlingen ble gjort ved hjelp av Larsons Care-Q instrument (1984). Resultatene fra denne studien samsvarte med resultatene fra andre studier utført med samme instrument (Mayer 1987, von Essen & Sjøden 1991). Studiet viste at "senior" studentene og de offentlig godkjente sykepleierne var enige om hva som var de mest og minst viktige omsorgshandlingene.

Wolf (1986) studerte et utvalg av 97 sykepleiere ved hjelp av "the Caring behavior inventory (CBI) instrument". Sykepleierne skulle rangere 75 "omsorgsord" langs en firepunkts skala. Mellom de 10 ordene som ble rangert som viktigst var ordene: "aktiv lytting", "gi trøst", "ærlighet" og "tålmodighet". Der var ingen ord som beskrev fysisk omsorg eller klinisk kompetanse.

Dersom en sammenfatter tidligere forskning om omsorg, viser de fleste studier at sykepleiere prioriterer de affektive sidene av omsorgen som

viktigst. Pasientene derimot vurderer de mer tekniske oppgavene og sykepleiernes kliniske dyktighet i overvåkning og oppfølging av pasientene som viktige komponenter av omsorgen som bli gitt.

5. UTDYPENDE PROBLEMSTILLING

I denne studien er det fokusert på hva pasientene opplever som viktigst av det sykepleierne *gjør*. Problemstillingen i denne undersøkelsen er:

- Hvilke handlinger, utført av sykepleiere, oppfatter kreftpasienter som viktigst for opplevelsen av god omsorg ?
- Hvilke handlinger oppfatter sykepleiere som ivaretar denne gruppen pasienter, er viktigst å utføre for at pasientene skal oppleve at de blir gitt god omsorg?
- Varierer pasientenes prioriteringer i forhold til bakgrunnsvariabler?
- Vil resultatene fra denne studien av en norsk pasientpopulasjon og norske sykepleiere i dag samsvare med resultater fra studier utført tidligere i andre kulturer ?

Ut fra tidligere forskning er det rimelig å sette opp følgende hypoteser :

1. Pasientene prioriterer klinisk kunnskap og dyktighet i utførelsen av tekniske prosedyrer som viktigst for opplevelsen av god omsorg

2. Sykepleierne prioriterer affektive sider av omsorgen som viktigst

6. METODE

6.1 Valg av metode

Flere forfattere hevder at begrepet omsorg bare kan studeres ved hjelp av kvalitative metoder (Benner 1984, Watson 1983). Andre forfattere som Ben - Sira (1990) gir uttrykk for at dersom omsorg er sykepleiens essens, må den bli demonstrert og ikke bare proklamert. Dersom omsorg er så sentralt i sykepleien, må det være relevant til praksis og for pasientene og ikke bare en internalisert følelse hos sykepleierne. Hun sier videre at vi kan misse legitimitet som profesjon og som en omsorgsdisiplin dersom omsorg ikke viser handlingsresultater.

Polit & Hungler (1991) hevder at der er ikke noen “ rett vei ” å forstå vår komplekse verden. Der finnes alternative veier. Kvantitativ metode har sine røtter i logisk positivisme og noen refererer til det som “ hard vitenskap”. Logisk positivisme (senere kalt logisk empirisme) kan betraktes som innledningen til moderne vitenskapsfilosofi og kan plasseres under naturvitenskaplig tilnærming. Retningen startet i Wien med en gruppe filosofer og vitenskapsmenn som ofte er kalt “ Wienerkretsen”. Den ble første gang presentert på en kongress i Oxford i 1930. Den har som et kriterium at bare utsagn som i prinsippet kan verifiseres (vises å være sanne) eller falsifiseres (vises å være falske) i lyset av erfaring er meningsfulle (Gilje &

Grimen, 1993). Kvantitativ metode legger vekt på deduktiv tilnærming til målbare data (Polit & Hungler, 1991).

Jeg har med å velge en naturvitenskaplig, kvantitativ metode der sykepleiehandlinger er betraktet som et uttrykk for god omsorg, ikke hatt til hensikt å ta stilling til den ene eller andre retningen innenfor diskusjonen om omsorg skal måles kvalitativt eller kvantitativt. Begge tilnærminger er viktige, og hva en velger er helt avhengig av problemstillingen i studien som en ønsker å utføre. Kvalitativ tilnærming er viktig for å få frem nyansene og bredden i pasienters vurderinger og *hvorfor* de prioriterer som de gjør. Jeg ønsket imidlertid å kartlegge hvordan to populasjoner (pasienter og sykepleiere) prioriterer utsagn om konkrete *handlingers* betydning for opplevelsen av god omsorg i sykepleien, og sammenligne resultatene ved hjelp av statistiske analyser. Handlinger kan, i motsetning til holdninger kvantifiseres. Derfor har jeg valgt survey som metode.

En survey spesifiserer forholdet mellom to eller flere variabler uten noen form for eksperimentell manipulering av den uavhengige variabelen. Den gir muligheten til å undersøke variabler innenfor en valgt populasjon og dra konklusjoner om populasjonen ut fra populasjonsutvalget. I denne studien har jeg bruke både komparativ survey design og korrelerende survey design. Ved komparativ survey design vil den avhengige variabelen bli målt og sammenlignet mellom grupper, mens den uavhengige variabelen er observert slik den forekommer naturlig i populasjonen (Brink og Wood , 1989). De uavhengige variablene i denne studien er “ pasient” og “sykepleier”. Resultatene fra hver gruppe er de avhengige variablene.

Surveydata kan samles på forskjellige måter, ved personlige intervju, ved telefonintervju eller ved å sende spørreskjema til utvalgene i posten. En god måte å sikre informasjonen er gjennom personlige intervju, der intervjuer og den som intervjues møtes ansikt til ansikt. I en survey vil intervjuer bruke et strukturert intervjueskjema. Ulempene ved personlige intervju er at det er tidkrevende og trenger nøye planlegging. Personlige intervju er betraktet som den mest nyttige metoden også på grunn av den dybden og kvaliteten informasjonen gir. Personlige intervju gir vanligvis større “svarprosent” (Polit & Hungler, 1991). Den største fordel med survey som metode er at den er fleksibel og kan ha bredde. Den kan fokusere på mange emner og bli brukt på mange populasjoner.

Begrensningene ved survey som metode er at informasjonen en får er overfladisk, og metoden kan sjelden brukes til å trenge dypere inn i menneskers komplekse følelser og oppførsel. En annen begrensning er at survey som metode krever et stort antall deltagere for at sikre konklusjoner kan dras, og er derved ressurskrevende. Survey kan heller ikke si noe om årsakssammenhenger (Polit and Hungler, 1991).

6.2 Deltagere i studien

Pasientene er valgt ut etter følgende inklusjonskriterier:

- alder mellom 20 og 85 år
- kreftdiagnose
- innlagt til palliativ eller kurativ behandling (cellegift behandling, strålebehandling, hormonbehandling eller utredning før behandling)

- informert av lege om at han/hun har en kreftdiagnose
- klar og orientert
- i så god allmenntilstand og mental tilstand at det kan forventes at de kan være med i studien, vurdert av medisinsk og sykepleiefaglig ansvarlig i avdelingen.

Bakgrunnsvariabler for pasientene er :

- alder
- kjønn
- utdanning
- sivil status
- diagnose
- behandlingsform
- innlagt/ikke innlagt i sykehuset før
- hvor lenge oppholdet har vart

Alle som var innlagt i de aktuelle avdelingene til gitte tidspunkt og som oppfylte disse kriteriene, ble spurt om å være med i studien. Av totalt 91 spurte svarte 61 ja til å være med . Dette gir en svarprosent på 66,7. Det er ikke noe som tyder på at det er et mønster i årsakene til at pasientene svarte nei. Det er derfor ingen grunn til å anta at disse var systematisk annerledes enn de som svarte ja til å delta.

Kriteriet for inkludering av sykepleierne var at de daglig ivaretok den gruppe pasienter som er inkludert i studien. 30 av totalt 60 spurte valgte å utføre prosedyren. Dette gir svarprosent 50. Den største svarprosenten var ved

Onkologisk avdeling. Det er ingen grunn til å tro at de sykepleierne som svarte, var systematisk annerledes enn de som ikke deltok i studien.

Pasientene som er inkludert i denne studien, har forskjellige kreftdiagnoser i ulike stadier og med ulik alvorlighets grad. Prognosen er dermed forskjellig. Noen får lindrende behandling, andre livsforlengende behandling og noen har mulighet for helbredelse. Pasientene er inneliggende for cellegiftbehandling, strålebehandling eller hormonbehandling. Noen har ingen behandling på intervju tidspunktet , men er inne til utredning og vurdering før eventuell ny behandling settes i gang. Pasientene er i forskjellige aldersgrupper og forskjellig livssituasjon. Den forventede levetiden er ulik, avhengig av diagnose og mulighet for behandling .

6.3 Instrument

Instrumentet som er brukt er utviklet i USA og kalles “ Caring assessment instrument (Care - Q)” (Larson , 1984). Instrumentet er basert på Q - metodikk som kan brukes for å studere dimensjoner av fenomener slik som de er oppfattet av subjektet (Dennis, 1986). Q- teknikk kan brukes til å studere ethvert abstrakt begrep som kan bli operasjonalisert til komponenter (Waters et al. 1985). Instrumentet er testet for validitet og reliabilitet i den amerikanske versjonen. Face og innholdsvaliditeten av instrumentet var etablert ved grundig å identifisere og utvikle handlingsutsagnene fra både pasienters og sykepleieres perspektiv. Et panel bestående av sykepleiere og et panel av pasienter verifiserte utsagnenes representativitet for omsorgshandlinger i sykepleien (Larson, 1984).

Instrumentet er oversatt til svensk og brukt i flere svenske undersøkelser

(von Essen & Sjøden, 1991a,b og 1994). Validiteten er ikke testet i den svenske versjonen, men von Essen & Sjøden har brukt metoden i flere svenske pasient og sykepleier populasjon. En studie der Care- Q utsagnene ble brukt i en 1- 7 poengs Likerts skala, viste at alle utsagnene ble gitt høye verdier. Forfatterne mener dette bekrefter validiteten av indikatorene i instrumentet. von Essen & Sjøden gjorde også en studie der de brukte åpne spørsmål om hvordan sykepleieren ønsket å være for å bli vurdert som en god sykepleier. Utsagnene i denne studien overlappet i stor grad Care- Q utsagnene, selv om også andre omsorgshandlinger ble nevnt. De svenske forskerne hevder også at de sterkt sammenfallene resultatene av studier utført i ulike kulturer, bekrefter tverrkulturell validitet (von Essen & Sjøden 1991a,b og 1994).

I denne studien er instrumentet brukt i en versjon som er oversatt fra engelsk til norsk etter gjeldende regler for slik oversettelse (se vedlegg 7a).

Validiteten er ikke testet systematisk blant norske pasienter og sykepleiere, men før undersøkelsen ble satt i gang, ble spørsmålene lest av flere sykepleiere som arbeidet med kreftpasienter og utsagnene ble vurdert til å beskrive omsorgshandlinger .

Reliabiliteten av Care - Q i den engelske versjonen er testet av Larson (1987). Den ble etablert ved en test- retest (med 30 dagers mellomrom) blant 82 offentlig godkjente sykepleiere randomisert fra medlemskapslisten til den nasjonale sykepleierorganisasjonen for kreftsykepleiere .

Utsagnrangeringens konsistens var 79 % mellom test 1 og test 2 for de fem viktigste utsagnene. For de fem minst viktige utsagnene, var konsistensen 63 %. Det ble ikke gjort endring av Care - Q som følge av dette. Reliabiliteten ble også testet av von Essen & Sjøden . Homogeniteten i en undergruppene av

utsagnene ble testet, og resultatene viste alpha verdier mellom 0.59 og 0.86. Resultatene gjentatt i flere studier der dette instrumentet er brukt, indikerer en stor grad av stabilitet i instrumentet (von Essen & Sjøden , 1994). Reliabiliteten er ikke testet i den norske versjonen da dette ville være for tidkrevende og omfattende som en del av en hovedfagsoppgave.

Instrumentet består av 50 forskjellige utsagn gruppert i seks undergrupper som beskriver ulike dimensjoner i sykepleierens omsorg til pasientene (se vedlegg 7a). De seks dimensjonene er:

- “tilgjengelig” (6 utsagn som sier noe om sykepleierens tilgjengelighet f.eks. ser ofte til pasienten, svarer fort når pasienten ringer)
- “forklarer og tilrettelegger” (6 utsagn som beskriver informasjon fra sykepleieren)
- “hjelpetiltak” (9 utsagn som beskriver hjelp og trøst)
- “forventer” (5 utsagn om sykepleierens evne til å forstå pasienter og pårørende og forutsi reaksjoner)
- “fortrolige forhold” (16 utsagn)
- “overvåker og følger opp” (8 utsagn om fysisk pleie, organisering, teknisk kompetanse og overvåkning)

Utsagnene ble skrevet på 50 små kort. Alle utsagn pasientene skulle ta stilling til, begynte med spørsmålet: “For at du skal føle at du blir gitt god omsorg , hvor viktig er det at sykepleieren”. Her følger et utsagn som f.eks. “gir injeksjoner på en god måte”(se vedlegg 7a). Sykepleierne fikk kort der hvert utsagn begynte med setningen: “ For at pasientene skal oppleve god omsorg hvor viktig er det at sykepleierne.....”. Så følger de samme utsagnene som pasientene tok stilling til.

Det utsagnet som blir vurdert til å være *viktigst*, ble lagt i en konvolutt merket nr.1. Det utsagnet som de mente var *minst viktig* ble lagt i konvolutt merket nr.7, fire utsagn som ble vurdert som *nest viktigst* i konvolutt merket nr. 2, og fire utsagn som rangeres som *nest minst viktig* i nr. 6. Ti utsagn ble lagt i konvolutt merket nr. 3 (rangert som “*ganske viktig*”) og ti i konvolutt merket nr.5 (rangert som “*ikke så viktig*”). 20 kort med utsagn ble så lagt i konvolutt nr 4. Disse ble vurdert som “*verken viktig eller ikke viktig*”(se vedlegg 7 b).

6.4 Praktisk gjennomføring

Avdelingsoverlegene ved Onkologisk avdeling og Lungeavdelingen ble oversendt prosjektplanen samt skriftlig godkjenning gitt av etisk komité og datatilsynet, med forespørsel om samtykke til at undersøkelsen ble gjort i avdelingen. De nødvendige tillatelser ble gitt (se vedlegg 4 a,b,c).

Informasjonsmøter ble holdt først med oversykepleierne på den enkelte avdeling, så med avdelingssykepleierne og siden med sykepleierne på de aktuelle postene . På informasjonsmøtene ble hva som var hensikten med undersøkelsen tatt opp. Det ble videre drøftet hvordan innsamlingen av data og den praktiske gjennomføringen skulle foregå. Oversykepleierne ga tillatelse til at undersøkelsen kunne utføres i tidsbegrensede perioder, når det ikke var for travelt i avdelingen.

Etter avtale med den enkelte post, ble mandagen i hver uke over en definert periode valgt ut til å være den beste dagen til å henvende seg til de pasientene som var inneliggende. Pasientene som oppfylte inntakskriteriene ble spurt av de ansatte om de ville være med i undersøkelsen. Pasientene fikk samtidig utlevert et informasjonsskriv skrevet av prosjektleder, med spørsmål om de ville være med i studien (se vedlegg 1a og c). Pasientene gav skriftlig

samtykke til å delta før prosjektleder tok kontakt, men samtykke ble gitt under klare forutsetninger om at de kunne trekke seg fra undersøkelsen på ethvert tidspunkt.

Tidspunktet for datainnsamlingen ble avtalt med ansvarlig sykepleier og den enkelte pasient. Det ble tatt hensyn både til pasientens dagsform og den daglige drift i avdelingen. Dette førte til at prosjektleder gjerne måtte komme tilbake flere ganger før undersøkelsen kunne bli utført på grunn av at uforutsette ting oppstod. Ingen av pasientene trakk seg fra undersøkelsen under selve utførelsen.

Det ble innledningsvis gjort en forstudie av 6 pasienter der et av inkluderingskriteriene var at pasientene skulle være innlagt for palliativ behandling. Det viste seg fort at mange av pasientene som kunne inkluderes i studien i følge inkluderingskriteriene, var for dårlige til å delta i en så krevende prosedyre. Det var i enkelte tilfeller også vanskelig å avgjøre om en behandling var kurativ eller palliativ. Dette kriteriet ble derfor omgjort til “innlagt til behandling av en kreftsykdom”. Pasientene som var med i forundersøkelsen, kunne likevel inkluderes i hovedstudien da det nye inkluderingskriteriet var oppfylt.

Prosjektleder utførte selv datainnsamlingen på alle pasientene. Hun informerte pasientene om prosedyren, var tilstede og var tilgjengelig for oppklarende spørsmål hele tiden. Selve utførelsen tok fra ca. 30 minutter til ca. 60 minutter alt etter hvor mye pasientene ønsket å snakke med prosjektleder under utførelsen av prosedyren. De fleste pasientene gav uttrykk for at de var glade for å få være med i undersøkelsen, og for at det var viktig at noen spurte hva de som pasienter opplevde som viktig.

Sykepleierne som ga skriftlig samtykke til å delta, fikk utlevert kortene og konvoluttene sammen med muntlig og skriftlig informasjon om prosedyren (se vedlegg 1 b og c, og vedlegg 7 b). Noen utførte prosedyren i arbeidstiden og andre valgte å gjøre det hjemme i fritiden. Det var ofte vanskelig å finne tid til det i arbeidstiden. Prosjektleder var tilgjengelig for spørsmål. Det ble sendt en skriftlig purring til den enkelte sykepleier da antallet av de som ville være med etter første henvendelse var lav. Pasientene og sykepleierne ble etter informasjonen var gitt av prosjektleder, bedt om å legge kortene med utsagnene i konvolutter som er merket med nummer 1 - 7, ifølge retningslinjene som det er gjort rede for i beskrivelsen av instrumentet (se vedlegg 7 b). Prosjektleder registrerte pasientenes bakgrunnsvariabler på bakgrunn av opplysninger gitt av pasienten.

6.5 Etiske overveielser

Undersøkelsen ble utført etter de gjeldene regler for etiske krav til forskning nedfelt i Helsinki deklarasjonene (Enger, 1966). Prosjektet ble godkjent etter søknad til den regionale etiske komité for helseregion 3.(se vedlegg 2). Søknad om godkjenning ble også sendt til datatilsynet. Studien ble vurdert til ikke å være konsesjonspliktig (se vedlegg 3).

Som følge av de etiske retningslinjene og foreskrifter fra datatilsynet, forelå det skriftlig informert samtykke fra sykepleiere og pasienter før undersøkelsen ble satt i gang. Det ble også presisert at deltagerne kunne trekke seg fra undersøkelsen på ethvert tidspunkt, og at det ikke vil ha noen konsekvens for og videre behandling og pleie i avdelingen om de ikke vil delta i studien.

Prosjektleder skrev under taushetsløfte som pasientene fikk utdelt og pasientenes anonymitet ble sikret.

6.6 Statistisk bearbeiding av data.

Etter at pasientene og sykepleierne hadde utført undersøkelsen, registrerte prosjektleder dataene på et skjema. Det enkelte utsagn ble gitt en verdi (1 - 7) etter hvilken av de nummererte konvoluttene de var plassert i (se vedlegg 7 b). Bakgrunnsvariablene ble også registrert på skjema . Prosjektleder kodet så dataene og la de inn på en SPSS fil.

Datafilen ble etterpå kontrollert mot registrerings arkene. Diagnose er kodet etter ICD-7 som er brukt ved Det Norske Krefregister (Cancer i Norge, 1992).De statistiske analysene ble utført ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS for Windows.

Pasientene og sykepleiernes prioriteringer av handlingene er fremkommet ved hjelp av deskriptiv statistikk der utsagnene om omsorgshandlingene er rangert etter utsagnets middelvei i hele materialet. Middelveiene er utregnet på grunnlag av metodens ulike vektingen av utsagnene som beskriver handlingene. Utsagnene er gitt en vekting fra 1- 7 etter grad av viktighet. Den høyeste teoretisk oppnåelige middelvei for det enkelte utsagn vil på grunnlag av dette være 7 og den lavest mulige 1.

Videre ble de enkelte undergrupper av utsagn (dimensjoner) i instrumentet kodet som variabler i materialet og disse variabelers middelvei ble så analysert og rangert i forhold til hverandre.

Analyse av resultatene i forhold til bakgrunnsvariabler ble gjort ved hjelp av students t-test (to variabler), Pearsons korrelasjonsanalyser (numeriske variabler som alder og lengde på opphold) og variansanalyser (en vegs ANOVA).

Sammenligningen av hvert utsagns middelerdi i sykepleiernes rangeringer og middelerdiene av utsagnene i pasientenes rangering ble gjort ved hjelp av students-t test.

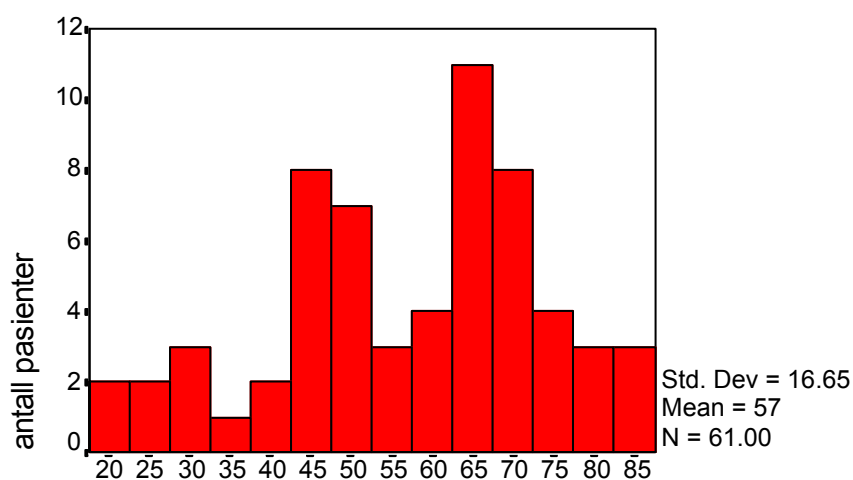
7. RESULTATER

7.1 Beskrivelse av pasientgruppen

Som det fremgår av tabell 1 var det flest menn blant pasientene som var med i undersøkelsen. Videre var de fleste gift eller samboende og i aldersgruppen 45 til 70 år (Figur 1). Hovedtyngden av pasientene hadde videregående skole eller yrkesutdanning.

**Tabell 1. Fordeling av pasientgruppen (n = 61) etter demografiske bakgrunns -
variabler**

	n	%
Kjønn		
Kvinner	24	39.3
Menn	37	60.7
Alder(år)		
20-35	8	13.1
36-50	14	22.9
51-65	17	27.9
66-70	10	16.4
71-85	12	19.7
Sivilstatus		
Gift/samboende	48	73.8
Bor alene	13	26.2
Utdannelse		
Universitet/høgskole	21	34.4
Videregående/yrkessk.	33	54.1
Folkeskole	10	16.4



Figur 1. Fordeling av pasientene etter alder (år)

Den største gruppen av pasienter som var med i studien hadde brystkreft.

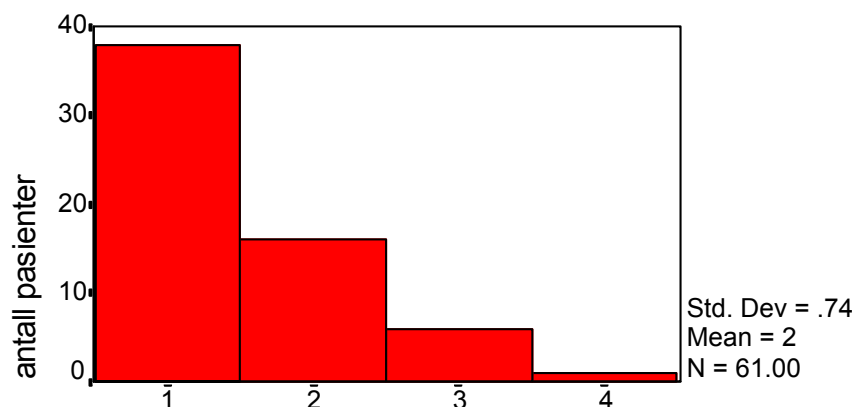
Den nest største gruppen hadde diagnosen lymfekreft. De fleste pasientene fikk cellegiftbehandling og var oppegående og stilte seg selv. Bare med få unntak hadde pasientene ikke vært innlagt i sykehus tidligere (Tabell 2).

Tabell 2. Fordeling av pasientgruppen (n = 61) etter diagnose, behandling og andre bakgrunnsvariabler

Variabler	n	%
-----------	---	---

Diagnose:		
Brystkreft	14	23.0
Lymfekreft	12	19.7
Lungekreft	11	18.0
Mage - tarm kreft	8	13.1
Øre-Nese - Hals kreft	4	6.5
Andre kreftformer	12	19.7
Behandling:		
Cellegift	38	62.3
Strålebehandling	16	26.2
Annet	7	11.5
Funksjonsnivå		
Steller seg selv	50	82.0
Trenger hjelp til stell	11	18.0
Innlagt		
Første gang	8	13.1
Flere ganger	53	89.9

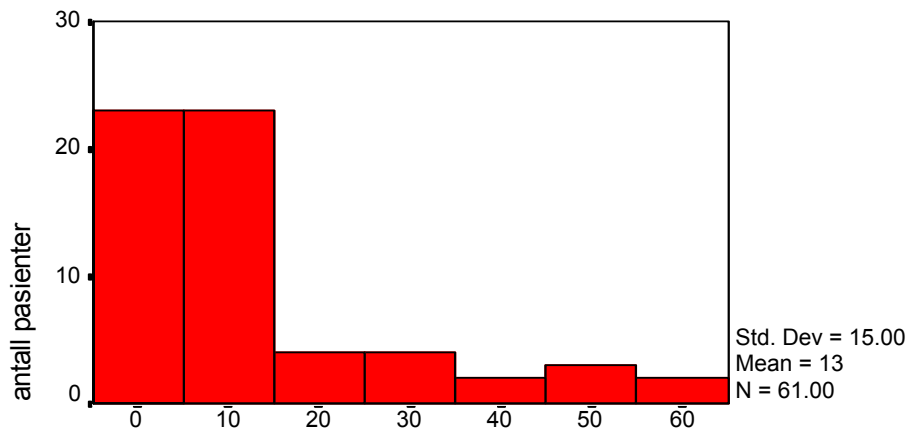
Figur 2 gir en grafisk fremstilling av hvilken behandling pasientene fikk. Den nest største gruppen fikk strålebehandling og resten fikk ingen behandling (var til utredning) eller fikk hormonbehandling.



Figur 2. Fordeling av pasientene etter behandlingstype

1. Cellegiftbehandling 2. Strålebehandling
3. Ingen behandling 4. Hormonbehandling

De fleste pasientene hadde vært innlagt mindre enn 10 dager ved intervju tidspunktet (Figur 3). Noen få pasienter hadde vært innlagt mer enn 20 dager.



Figur 3. Oppholdes varighet på intervjudtidspunktet(dager)

7.2 Pasienters og sykepleieres prioritering av omsorgshandlinger.

Pasientene rangerte som viktigste handlinger som viste at sykepleierne hadde tekniske ferdigheter, ga ærlig og riktig informasjon og visste når legen måtte hentes (Tabell 3). Pasientene rangerte også blant de ti viktigste at sykepleierne var blide og positive, lyttet til pasienten og var oppmerksom på deres behov. De to handlingene som ble rangert høyest av pasientene ble rangert som henholdsvis nr. 6 og nr. 17 av sykepleierne, og det var en statistisk signifikant forskjell mellom middelveiden for pasientene og for sykepleierne for disse handlingene. Det var statistisk signifikante forskjeller i middelveidene mellom sykepleiere og pasienter i 6 av de 10 i viktigste utsagnene (Tabell 3).

Tabell 3. Pasientenes (pas.) (n = 61) rangering av de ti viktigste omsorgshandlinger sammenlignet med sykepleieres (spl.) (n = 30) rangering av de samme handlingene[^]

Rangering			Mvd	Mvd	
pas.	spl		pas.	spl.	Diff.
1	(6)	Kan gi sprøyter, i.v. osv. og håndtere utstyr som i.v. sug osv.	5.52	4.80	0.72**
2	(17)	Er ærlig om pasientens tilstand	5.24	4.36	0.87***

3	(3)	Vet når legen må hentes	5.14	4.96	0.18
4	(22)	Er blid og positiv	5.04	4.16	0.88***
5	(4)	Gir med. og beh. i rett tid	5.03	4.90	0.13
6	(1)	Lytter til pasienten	4.65	5.76	- 1.11***
7	(5)	Er oppmerksom på pas. behov og opptrer der etter	4.62	4.86	- 0.24
8	(14)	Forteller pasienten i forståelig språk det som er viktig å vite om hans/hennes behandling	4.51	4.46	0.05
9	(2)	Snakker med pasienten	4.44	4.97	- 0.52*
10	(38)	Kontrollerer om sin egen oppfatning av pas. er riktig før noe settes i gang	4.36	3.60	0.76***

^Alle utsagnene rangert etter middelværdi (mvd). Høyest mulige middelværdi er 7 og lavest mulige er 1.

* 0.01 < p <= 0.05. ** 0.001 < p <= 0.01. *** p <= 0.001

Tabell 4 viser handlinger rangert som noe mindre viktig (rangering nr. 11-20) av pasientene sammenlignet med sykepleiernes rangering av disse handlingene. Det ble av pasientene opplevd som viktig at sykepleieren forstår at pasientene kjenner seg selv best og tar den enkelte med i planleggingen av pasientens pleie. Dette ble prioritert lavere av sykepleierne. Pasientene rangerte utsagnet om å uttrykke sine følelser om sin sykdom og behandling som nr. 15. Sykepleierne rangerte dette høyere.

Tabell 4. Handlinger som pasientene (pas.)(n=61) gav rangeringsnr. 11 - 20 sammenlignet med sykepleiernes (spl.) (n=30) rangering av de samme handlingene[^]

Rangering pas.	spl.		Mvd. pas.	Mvd. spl.	Diff.
11	(24)	Er blid og imøtekommende overfor pas. familie og andre pårørende	4.34	4.06	0.27
12	(20)	Forstår at pas. kjenner seg selv best og så godt som mulig tar pasienten med i planlegging og håndtering av hans/hennes pleie	4.26	4.26	0.00
13	(16)	Når sykepleieren er sammen med pasienten skal hun konsentrere seg bare om denne pasienten	4.24	4.36	- 0.12
14	(12)	Setter seg ned med pasienten	4.22	4.60	- 0.37

15	(8)	Tillater pasienten å uttrykke sine følelser om hans/hennes behandling til fulle , og behandler disse opplysningene konfidensielt	4.19	4.69	- 0.49
16	(9)	Forventer at første gangene er verst og gir pasienten spesiell oppmerksomhet under første besøk på klinikken, første innleggelse, første behandling osv.	4.19	4.66	- 0.46
17	(13)	Sykepleieren er rolig	4.14	4.56	- 0.41*
18	(41)	Sykepleieren er velorganisert	4.11	3.56	0.54*
19	(40)	Setter pasienten først samme hva som skjer	4.01	3.56	0.44
20	(27)	Fortsetter å interessere seg for pasienten selv om en krise eller kritisk fase i pasientens sykdom er forbi	4.01	3.96	0.05

^Alle utsagnene rangert etter middelerdi (mvd). Høyst mulige middelerdi er 7 og lavest mulige er 1. * 0.01 < p <= 0.05. ** 0.001 < p <= 0.01. *** p <= 0.001

Tabell 5. Handlinger som pasientene (pas.) (n = 60) rangerte som nr. 21- 40 sammenlignet med sykepleiernes (spl.) (n = 30) rangering av de samme handlingene^

Rangering			Mvd.	Mvd.	Diff..
pas.	spl.		pas.	spl.	
21	(35)	Er tålmodig selv med vanskelige pasienter	4.00	3.60	0.40*
22	(11)	Presenterer seg og forteller pas. hva han/ hun gjør	4.00	4.63	- 0.63**
23	(25)	Oppmuntrer pasienten til å ringe hvis han/hun har problemer	3.97	4.03	- 0.06
24	(44)	Forvisser seg om at røntgen og andre spesielle undersøkelser er realistiske i forhold til pasientens tilstand	3.95	3.30	0.65**
25	(21)	Svarer hurtig når pas. ringer	3.95	4.23	- 0.28
26	(43)	Oppmuntrer pasienten til å finne positive elementer i hans/hennes tilstand og behandling	3.88	3.50	0.38
27	(48)	Foreslår spørsmål som pasienten kan stille legen	3.86	2.70	1.16***
28	(37)	Lærer pasienten opp til å ta vare på seg selv der dette er mulig	3.85	3.60	0.25
29	(45)	Behandler pasienten på en konsekvent måte	3.83	2.83	1.00***
30	(10)	Tar pasientens familie eller andre pårørende med i hans/hennes pleie	3.83	4.53	- 0.70**
31	(28)	Forstår når pasienten har hatt “nok” og opptrer der etter, f.eks. ordner med at undersøkelser tas på en annen tid, begrenser de besøkende og ser til at pasienten kan være for seg selv	3.81	3.96	0.14

32	(23)	Ser ofte til pasienten	3.80	4.10	- 0.29
33	(33)	Tilbyr seg å gjøre småting for pasienten, som å hente en kopp kaffe, en avis osv.	3.80	3.66	0.13
34	(49)	Blir personlig kjent med pasienten	3.78	2.56	1.22***
35	(18)	Oppmuntrer pasienten til å stille spørsmål han/hun måtte ha	3.75	4.30	0.55**
36	(15)	Forventer at pasienten og hans/hennes pårørende kan få sjokk over diagnosen og planlegger muligheter for dem å snakke om det, hver for seg eller i gruppe	3.70	4.40	- 0.69**
37	(26)	Berøre pasienten når han/hun trenger trøst	3.68	4.00	- 0.31
38	(46)	Konferer med pasienten om den beste tiden å snakke med vedkommende om forandringer i hans/hennes tilstand	3.67	2.83	0.83***
39	(7)	Gir pasienten god fysisk pleie	3.63	4.76	- 1.12***
40	(19)	Hjelper pasienten å klarlegge sine tanker om sykdom og behandling	3.62	4.30	- 0.67**

[^]Alle utsagnene rangert etter middelveidi(Mvd). Høyest mulige middelveidi er 7 og lavest mulige er 1.

* 0.01 < p <= 0.05. ** 0.001 < p <= 0.01. *** p <= 0.001

Tabell 5 viser handlinger som ble prioritert middels viktig fra pasientenes side (rangering nr.21-40) og sykepleiernes rangering av de samme handlingene. Pasientene sykest ikke det var viktig at sykepleierne berørte dem når de trengte trøst. De fleste pasientene sykest heller ikke å ha behov for hjelp av sykepleierne til å klarlegge sine tanker om sykdom og behandling (nr. 40 av de 50 utsagnene).

Tabell 6 viser de 10 handlingene som pasientenes rangerte som minst viktig og sykepleiernes rangering av de samme handlingene. Hvilket navn sykepleierne brukte ble prioritert som minst viktig (fornavn eller etter navn). Pasientene prioriterte også som lite viktig for opplevelsen av god omsorg at de fikk opplysninger om støttegrupper for pasienter med lignende sykdommer. Tabellen viser at sykepleiernes rangerte de samme utsagnene relativt lavt, men det var likevel statistisk signifikante forskjeller i middelveidi i 3 av de 10 lavest rangerte utsagnene.

Tabell 6. Handlinger som pasientene (pas.) (n = 60) rangerte som de ti minst viktige handlingene sammenlignet med sykepleiernes (spl.) (n = 30) rangering av de samme handlingene[^]

Rangering pas.	spl.		Mvd. pas.	Mvd. spl.	Diff.
41	(29)	Er klar over at natten ofte er den vanskeligste tiden for pasienten og planlegger tiltak å forbedre den på	3.59	3.93	- 0.34
42	(50)	Ser profesjonell ut og går i riktige klær	3.59	2.43	1.15***
43	(30)	Hjelper pasienten til ikke å føle seg “dum” ved å gi adekvat informasjon	3.57	3.80	- 0.22
44	(32)	Passer på at andre vet hvordan en skal pleies	3.54	3.73	- 0.19
45	(40)	Ordner med rette hjelpetiltak som rett belysning, riktige sengetøy osv.	3.47	3.60	- 0.12
46	(42)	Henvender seg ofte til pasienten uten han hun har ringt	3.42	3.53	- 0.10
47	(39)	Hjelper pasienten til å sette opp rimelige mål	3.26	3.57	- 0.31
48	(34)	Tilbyr rimelige alternativer til pasienten angående avtaletider, stelletider osv.	3.15	3.60	- 0.33
49	(32)	Opplyser pasienten om tilgjengelige støttegrupper, f.eks. selvhjelpsgrupper for pasienter med lignende sykdommer	3.08	3.66	- 0.58**
50	(47)	Spørre pasientene hvilket navn de vil en skal bruke (fornavn eller etternavn)	2.36	2.76	- 0.40

[^]Alle utsagnene rangert etter middelerverdi (mvd). Høyest mulige middelerverdi er 7 og lavest mulige er 1

* 0.01 < p <= 0.05. ** 0.001 < p <= 0.01. *** p <= 0.001

I tabell 7 er de fem handlingene som ble prioritert høyest i pasientgruppen analysert i forhold til de demografiske bakgrunns variablene. De eldste pasientene (over 60 år) prioriterte kunnskap om det å gi sprøyter og håndtere teknisk utstyr høyere enn de yngre aldersgruppene.

Det samme var tilfelle ved utsagn 3 (vet når legen må hentes). Det var forøvrig ikke store forskjeller i rangering mellom de ulike undergrupper i materialet (Tabell 7).

Tabell 7. Resultatene i forhold til pasientenes (n = 61)demografiske bakgrunns variabler

Bakgrunns variabler	n	Handlingsrangering i totalmaterialet									
		1		2		3		4		5	
		mv	nr.	mv	nr	mv	nr	mv	nr	mv	nr
Total	61	5.52	(1)	5.25	(2)	5.15	(3)	5.05	(4)	5.03	(5)
Alder (år):											
< 40	9	5.11	(4)	4.33	(13)	4.78	(6)	5.33	(2)	5.56	(1)
40 - 60	21	5.29	(2)	5.43	(1)	4.81	(6)	5.05	(3)	4.90	(4)
60 - 85	31	5.81*	(1)	5.39	(3)	5.48**	(2)	4.97	(4)	4.97	(5)
Kjønn :											
Kvinner	24	5.67	(1)	5.00	(3)	5.37	(2)	4.83	(5)	5.00	(4)
Menn:	37	5.43	(1)	5.41	(2)	5.00	(5)	5.19	(3)	5.05	(4)
Utdannelse:											
Univ/høgsk	20	5.20	(1)	5.05	(4)	5.00	(3)	5.10	(3)	5.15	(2)
Andre	39	5.64*	(1)	5.38	(2)	5.28	(3)	5.05	(4)	4.95	(5)
Siviltilstand:											
gift/sambo.	48	5.33	(2)	5.37	(1)	5.17	(3)	5.10	(4)	5.02*	(5)
Bor alene	13	6,23	(1)	4.77	(5)	5.08	(3)	4.85	(4)	5.08	(2)

mv: middelvei * 0.01 < p <= 0.05. ** 0.001 < p <= 0.01. *** p <= 0.001

Tabell 8 viser at det er signifikant forskjell på prioriteringen av utsagn 3 (vet når legen må hentes) mellom de som fikk strålebehandling og de som fikk

cellegift behandling. De som fikk strålebehandling rangerte dette høyest. Det ble også funnet signifikante forskjeller i prioriteringen av utsagn 4 (er blid og positiv) mellom de som steller seg selv og de som måtte ha hjelp, og i forhold til lengden på oppholdet. De som stellet seg selv rangerte dette som viktigst. For denne handlingen hadde også de som hadde vært innlagt mindre enn 7 dager høyere middelerverdi enn de andre gruppene. Det var forøvrig ikke store forskjeller i rangering mellom de ulike grupper etter diagnose, behandlingsform, funksjon og oppholdes lengde.

Tabell 8. Resultater presentert for undergrupper i materialet etter diagnose (de største gruppene) behandling, funksjon og oppholdets lengde.

Bakgrunns variabler	n	Utsagnsrangering i totalmaterialet									
		1		2		3		4		5	
		mv	nr	mv	nr	mv	nr	mv	nr	mv	nr
Total	61	5.52	(1)	5.25	(2)	5.15	(3)	5.05	(4)	5.03	(5)
Diagnose:											
Brystkreft	14	5.43	(1)	4.50	(9)	5.29	(2)	4.93	(4)	4.71	(5)
Lymfekreft	12	5.67	(1)	5.50	(2)	5.42	(3)	4.83	(7)	5.42	(4)
Lungekreft	11	5.45	(2)	5.27	(3)	5.45	(1)	5.00	(4)	5.00	(5)
Behandling:											
Cellegift	38	5.61	(1)	5.24	(2)	4.87*	(5)	5.00	(4)	5.08	(3)
Strålebehand.	16	5.56	(2)	5.19	(4)	5.62	(1)	5.19	(5)	5.31	(3)
Funksjon:											
Steller seg selv	50	5.44	(1)	5.20	(2)	5.04	(4)	5.14*	(3)	5.04	(5)
Hjelp til stell	11	5.91	(1)	5.45	(3)	5.64	(2)	4.64	(8)	5.00	(4)
Lengde opphold:											
< 7 dager	24	5.38	(1)	5.38	(2)	4.63	(8)	5.21*	(3)	5.04	(4)
7 - 13 dager	15	5.93	(1)	4.80	(5)	5.53	(2)	5.07	(4)	5.27	(3)
14 - 60 dager	22	5.41	(1)	5.41	(3)	5.45	(1)	4.86	(5)	4.86	(4)

mv: middelerverdi

* 0.01 < p <= 0.05. ** 0.001 < p <= 0.01. *** p <= 0.001

Tabell 9 viser at sykepleierne prioriterer emosjonelle aspekter som viktigst i omsorgen av kreftpasientene, noe som rangeres noe lavere av pasientene, og medisinsk behandling og klinisk kunnskap som nr. 3 og 4.

Tabell 9. Sykepleiernes (n = 30) oppfatning av hva som var viktigst for at pasientene skulle oppleve god omsorg

Handlinger	Middelverdi	SD	Pas.rang.
1. Lytter til pasienten	5.77	0.86	(6)***
2. Snakker med pasienten	4.97	1.07	(9)
3. Vet når legen må hentes	4.97	1.30	(3)
4. Gir medisn og behandling i rett tid	4.90	1.06	(5)
5. Er oppmerksom på pas. behov og opptrer der etter	4.87	0.90	(7)
6. Kan gi sprøyter og i.v. og behandle utstyr som i.v, sug osv.	4.80	1.19	(1)
7. Gir pasienten god fysisk pleie	4.73	1.19	(39)***
8. Tillater pasienten å uttrykke sine følelser om hans/hennes sykdom fullt ut	4.77	1.04	(15)
9.Forventer at første gangene er verst og gir pas. spesiell oppmerksomhet under første besøk på klinikken osv.	4.67	1.24	(16)
10.Tar pasientens familie med i hans/hennes pleie	4.63	0.81	(30)**

p - verdi for differansen mellom sykepleier e og pasienter * 0.01< p<= 0.05. ** 0.001< p< = 0.01.
*** p <= 0. 001

Tabell 10 viser at sykepleiernes rangering av hva de mener er minst viktig for at pasientene skal oppleve god omsorg er. Selv om en del av svarene er nesten sammenfallene, er det likevel 6 av 10 som er statistisk signifikant forskjellig.

Tabell 10. Sykepleiernes (n = 30) oppfatning av hva som var minst viktig for at pasientene skulle oppleve å bli gitt god omsorg

Handlinger	Middelverdi	SD.	pas.rang.
50. Ser profesjonell ut og går i riktige , gjenkjennelige klær og har navneskilt	2.35	1.13	(42)
49. Blir personlig kjent med pasienten	2.57	1.28	(34)***
48. Foreslår spørsmål som pasienten kan stille til legen	2.65	0.98	(27)***
47. Spørre pasienten hvilke navn han/hun vil en skal bruke	2.77	1.04	(50)
46. Konferer med pas. om den beste tid å snakke med han/henne om forandringer i tilstanden	2.83	0.65	(38)***
45. Behandler pasienten på en konsekvent måte	2.83	1.18	(29)***
44. Forvisser seg om at avtaler som rgt. og andre behandlinger er realistiske i-forhold til pasientens tilstand	3.30	0.92	(24)**
43. Oppmuntrer pasienten til å finne positive elementer i sin tilstand og behandling	3.50	0.86	(26)
42. Henvender seg ofte til pas. uten han hun har ringt for å tilby sm.still med osv.	3.53	1.04	(46)
41. Er velorganisert	3.57	1.04	(18)*

p- verdi for differansen mellom sykepleier og pasienter * 0.01 < p ≤ 0.05. ** 0.001 < p < 0.01.

*** p < 0.001

De femti handlingene som er beskrevet i utsagnene, er i instrumentet inndelt i seks dimensjoner eller undergrupper (se vedlegg 7). De seks undergruppene av sykepleieres handlinger/væremåte er: “tilgjengelig” (handlinger som viser at sykepleieren er tilgjengelig for pasienten), ” forklarer og tilrettelegger”, “hjelpetiltak” (handlinger som viser at sykepleieren er villig til å lytte og snakke med pasienten og er blid og positiv), “forventer” (handlinger som beskriver at sykepleieren forutser og forstår hvordan pasienten har det) , “fortrolige forhold” og “overvåker og oppfølger”. Tabell 11 viser at pasientene rangerer dimensjonen “ overvåker og oppfølger” som viktigst for opplevelsen av å bli gitt god omsorg.

Tabell 11. Dimensjoner eller undergrupper rangert etter hvor viktig pasientene (n = 61) vurderte disse til å være.

Dimensjoner	M.verdi	SD.	Spl.rang
1. Overvåker og følger opp	4.21	0.37	(4)
2. Hjelpetiltak	4.14	0.37	(2)
3. Forklarer og tilrettelegger	4.02	0.49	(5)*
4. Er tilgjengelig	4.00	0.37	(3)
5. Forventer	3.99	0.54	(1) **
6. Fortrolige forhold	3.81	0.23	(6)

Høyest mulige middelværdi er 7 og lavest mulige er 1

* 0.01 < p <= 0.05. ** 0.001 < p <= 0.01. *** p <= 0.001

Tabell 12 viser at sykepleierne rangerer dimensjonen “forventer” høyest.

(rangert nest lavest av pasientene) Det er statistisk signifikant forskjell mellom pasientenes og sykepleiernes middelværdi for denne dimensjonen. Utsagnene som er i denne undergruppen beskriver noe om sykepleiernes evne til å forutsi og forvente hvordan pasientene vil oppleve forskjellige situasjoner og opptre der etter. Begge gruppene rangerer utsagn som beskriver fortrolige forhold lavest når en samler disse i en undergruppe.

Sykepleierne rangerer dimensjonen som viser noe om sykepleiernes tekniske og kliniske dyktighet som nr. 4, mens pasientene rangerer denne dimensjonen høyest (overvåker og følger opp) .

Tabell 12.Sykepleiernes (n = 30)rangering av ulike dimensjoner eller undergrupper

Dimensjoner	Middelv.	SD
1. Forventer	4.37	0.48
2.Hjelpetiltak	4.31	0.36
3.Tilgjengelig	4.08	0.43
4.Overvåker og følger opp	4.02	0.50
5.Forklarer	3.77	0.40
6.Fortrolige forhold	3.75	0.22

8. DISKUSJON

8.1 Resultatene

8.1.1 De ti viktigste handlingene rangert av pasientene.

Denne studien viser at pasientene rangerte som viktigst for opplevelsen av god omsorg at sykepleierne visste hvordan injeksjoner gis, hvordan intravenøse infusjoner settes, og kunne håndtere teknisk utstyr som f. eks. intravenøst utstyr og sug. Flere pasienter bemerket til prosjektleder under datainnsamlingen at dette måtte være det viktigste sykepleierne lærte i sin utdanning. Funnet samsvarer med tidligere undersøkelser gjort av Larson (1984) og Mayer (1987). I en studie utført av von Essen & Sjøden (1991), ble kunnskap om dette vurdert som nest viktigst.

De fleste pasientene som var med i min studie, var innlagt til behandling med cellegift for en kreftsykdom. I følge teori om kreftpasienters følelsemessige

tilstand, ville en forvente at denne pasientgruppen var opptatt av den følelsemessige dimensjonen i omsorgen (Massie & Holland 1990, Kübler - Ross 1979, Cullberg 1976, Gyllenskøld 1976, O'Connor 1990). Dette viste seg ikke å være tilfelle for de pasientene som deltok i denne studien. Tidligere studier har vist at sykepleiere systematisk tolker pasientenes psykiske smerte til å være verre enn pasientene selv rapporterer (Jennings & Muhlenkamp 1981, Lampic 1996, Lauer et al. 1982). Opplevelsen av den psykiske smerten i en krise kan også endre seg over tid (Cullberg, 1976), og det er beskrevet at det er i løpet av den første tiden etter at diagnosen er gitt at pasientene er mest opptatt av det som har med livets mening, sykdom og død å gjøre (Weismann og Worden, 1976). Nye kriser kan likevel oppstå i behandlingsforløpet (Gyllenskøld, 1976). Det finnes ingen opplysninger om hvor lenge det var siden pasientene hadde fått diagnosen i denne studien.

I følge teori og erfaring vet en at mange kreftpasienter som får cellegiftbehandling opplever infusjoner og blodprøvetaking som en sterk belastning (Schem, Mella, 1994). Det er nærliggende å tro at dette kan være en medvirkende årsak til at pasientene betraktet sykepleiernes tekniske dyktighet som viktigst i deres aktuelle situasjon. Det ble imidlertid ikke funnet statistisk signifikant forskjell i prioriteringen av viktigheten av disse handlingene mellom pasientene som fikk cellegift og pasientene som fikk strålebehandling. Stråleterapi pasientene får sjelden intravenøse infusjoner og sprøyter når de er innlagt i avdelingen.

De fleste pasientene som var med i studien var menn. Det er imidlertid ikke funnet statistisk signifikant forskjell i rangeringen av hva som var viktig mellom menn og kvinner, verken i denne eller andre studier der samme

metode er brukt (Larson 1984, Mayer 1987 og von Essen & Sjøden, 1991). Resultatene fra studien må likevel tolkes med forsiktighet da utvalgets antall i de forskjellige undergrupper er lite (24 kvinner og 37 menn). Det styrker likevel resultatet at det samsvarer med tidligere forskning .

Pasientene rangerte som nest viktigst at sykepleierne var ærlige om deres tilstand. Dette ble ikke rangert blant de ti viktigste hos Larson (1984) og heller ikke blant de fem viktigste i Mayers studie (1987). I von Essen & Sjødens studie fra 1991 ble det rangert som nr. 3. I en studie utført av samme forskere også i 1991, ble utsagnet rangert som nr. 1. I den undersøkelsen ble de forskjellige Care - Q utsagnene brukt i et spørreskjema. Pasientene kunne gi svarene en verdi uten krav om å prioritere.

Det har gått mer enn ti år mellom Larsens første studie (1984) og denne studien. En kan diskutere om dette kan være medvirkende til at utsagnet “ er ærlig om pasientens tilstand” ble rangert høyere i 1997 enn de tidlige studiene. Det kan synes som det i dag er mer åpenhet omkring kreftsykdom, og pasientene vil gjerne ha informasjon. Pasientene har kanskje også mer kunnskap om sykdom og behandling enn tidligere. For at sykepleierne skal kunne være med å gi den informasjonen som pasientene ønsker, må de ha kunnskap om sykdom og behandling og kjenne sine pasienters behov. Flere forfattere legger vekt på kunnskap som grunnlag for å gi god omsorg (Mayeroff 1971, Knowlden 1988, Roach 1987, Wilde et al. 1993, Sherwood 1988). Mayeroff (1971) legger også vekt på ærlighet, mot, ydmykhet og å hjelpe den andre til å vokse, som viktige ingredienser i omsorgen. Fromm (1963) beskriver omsorg, respekt, ansvar og kunnskap som basiselementer i kjærlighet.

Pasientene rangerte som nr. 3 at det var viktig at sykepleierne visste når legen må hentes. Dette viser at pasientene mener det er viktig at sykepleierne har god nok medisinsk kunnskap til at de kan føle seg trygge. Satonovic` (1992) fant i en studie at trygghet var en av de truede verdier som pasientene opplevde i en sykehusavdeling og at styrking av denne verdien kunne forstås som omsorg. Utsagnet om at sykepleierne vet når legen må hentes, ble rangert som nr.1 i von Essen & Sjødens studie(1991), og nr. 2 i Larsons studie (1984). Flere andre studier viser også at pasienter rangerer handlinger relatert til fysisk omsorg, observasjon og utførelse av medisinsk behandling som viktig (Wilde et al. 1993, White 1972, Komorita et al. 1991, Cronin & Harrison 1988). Funnet i denne studien samsvarer derved med resultater fra tidligere studier. Flere forfattere, blant andre Drew (1988) er opptatt av at sykepleierne ikke må begrense sykepleievitenskapen til bare å omfatte sosial og atferdsvitenskap og derved "slå barnet ut med badevannet". Det er også viktig ut fra dette at sykepleierne ikke er så opptatt av å skille omsorg og behandling , men at alle i helseteamet arbeider sammen til pasientenes beste (Manss 1993, Baker og Diekelmann 1994 , Eriksen 1994).

Et interessant funn er at pasientene rangerer at det er viktigere at sykepleierne er blide og positive (nr. 4) enn at de gir medisin og behandling i rett tid, selv om dette også blir rangert som viktig (nr.5). Dette samsvarer med Mayers funn (1987). Utsagnet ble her rangert som nest viktigst. I von Essen & Sjødens studie (1991) ble det rangert som nr. 8.

Videre kan en reflektere over om pasientenes forventninger hadde betydning for resultatene i studien. Er det som ble rangert som viktigst hva pasientene forventer sykepleierne kan tilby når de er innlagt i sykehus? Opplevelsen av kvalitet i omsorgen er avhengig av forventninger (Øvretveit, 1990). Flere

pasienter gav uttrykk for at sykepleierne hadde det så travelt at mange av handlingene som ble beskrevet, ikke kunne forventes å bli utført.

Ser en på pasientenes rangering av hva som er viktigst ut fra en sykepleieteoretisk perspektiv, støttes synet på sykepleie som en behovsteoretisk tilnærming og terapeutisk intervensjon. Pasientene sier likevel ikke at de andre tilnærmingene *ikke* er viktig, men *mindre* viktige (Meleis 1991, Morse et al. 1990).

Oppsummering av de viktigste rangeringene i forhold til tidligere forskning der Care- Q. instrumentet er brukt

Kvåle (1997)	Larson (1984)	Meyer (1987)	V. Essen & Sjøden (1991a)
1. Vet hvordan gi sprøyter og håndtere teknisk utstyr som i.v osv.	1. Vet hvordan gi sprøyter og håndtere teknisk utstyr som i.v osv	1. Vet når legen må tilkalles	1. Vet når legen må tilkalles
2. Er ærlig med pasienten om hans/hennes tilstand	2. Er blid og positiv	2. Vet hvordan gi sprøyter og håndtere teknisk utstyr i.v osv	1. Vet hvordan gi sprøyter og håndtere teknisk utstyr som i.v osv.
3. Vet når lege må tilkalles	3. Kommer snart når pasienten ringer	3. Oppmuntrer pas til å ringe dersom de har problemer	3. Er ærlig med pasienten om hans tilstand
4. Er blid og positiv	4. Gir god fysisk omsorg til pasienten	4. Setter pasienten først samme hva som skjer	4. Setter pas. først samme hva som skjer
5. Gir pasienten medisin og behandling i rett tid	5. Gir pasienten medisin og behandling i rett tid	5. Forstår at "første gang" er verst og er spesiell oppmerksom ved første besøk til klinikken osv.	5. Forteller pas. i forståelig språk hva som er viktig å vite om sykdom og behandling

8.1. 2 Pasientenes rangering av de minst viktige handlingene

Det utsagnet som ble rangert som minst viktig, var hvilke navn sykepleierne tiltalte pasientene med. Dette samsvarer med tidligere forskning (Larson 1984, Mayer 1987, von Essen & Sjøden 1991). Flere pasienter kommenterte dette spørsmålet med at det var å foretrekke at de ble kallet med fornavn. Dette var overraskende, men viser at bruken av etternavn ikke er så viktig i dag som tegn på høflighet som tidligere. Det var her heller ikke statistisk signifikant forskjell i prioritering i forhold til alder.

Et overraskende funn var at pasientene rangerte som nest minst viktig at sykepleierne gir de opplysninger om tilgjengelige støtte grupper, for eksempel selvhjelpsgrupper for pasienter med lignende sykdommer. En kan reflektere over om dette kan ha sammenheng med hvor lenge det var siden den enkelte pasient fikk kreftdiagnosen, da dette er beskrevet av flere forfattere som viktig for pasientenes opplevelse av å leve med en kreftsykdom (Weismann & Worden 1976, O `Connor 1990). Det foreligger som nevnt tidligere ikke opplysning om hvor lenge det er siden pasienten fikk diagnosen i studien. En annen grunn til at behovet for å få vite om støttegrupper ble rangert lavt kan være at pasientene ikke var så opptatt av det der og da.

Kommentarer fra flere av pasientene i forbindelse med spørsmålet om støttegrupper var at de har andre som er nærmere til å snakke med om sin sykdom. De fleste pasientene var enten gifte eller samboende. I tidligere studier er det ikke referert hvordan dette utsagnet ble rangert, men det er ikke blant de 10 minst viktige verken i Larson studie (1984) eller i von Essen & Sjøden studie (1991). Det er heller ikke blant de 5 viktigste eller de 5 minst viktige funn i Mayers studie (1987).

En del av handlingene som ble rangert lavt, for eksempel at sykepleierne henvender seg ofte til pasientene uten at de har ringt, at sykepleierne passer på at andre vet hvordan de skal pleies og tilbyr rimelige alternativer når det gjelder stelletider, og at sykepleierne gir god fysisk omsorg, kan forklares med at de fleste pasientene som var med i studien var oppegående og stellet seg selv .

Et interessant funn var at pasientene rangerte som lite viktig at sykepleierne hjalp de til ikke å føle seg “dumme” ved å gi adekvat informasjon. Flere pasienter kommenterte dette spørsmålet med at de ikke trengte hjelp fra sykepleierne for ikke å føle seg dumme. Videre ble utsagnet om at det var viktig at sykepleierne kontrollerte at deres oppfatning av pasientene var riktig før noe ble satt i gang, rangert statistisk signifikant mindre viktig av sykepleierne enn pasientene. Ser en på utsagnet om at en bør konferere med pasientene om den beste tiden å snakke om forandringer i deres tilstand , er dette ikke rangert høyt verken av sykepleiere eller pasienter. Det er likevel verdt å merke seg at sykepleierne rangerer det statistisk signifikant mindre viktig enn pasientene. Pasientene rangerer heller ikke som viktig at sykepleierne hjelper dem å klarlegge sine tanker om sykdom og behandling. Dette rangerer derimot sykepleierne statistisk signifikant viktigere.

Disse resultatene kan relateres til flere teorier om omsorgsbegrepets innhold. I sin oppsummering av fundamentale kvaliteter i omsorgsbegrepet med utgangspunkt i Heiddeggers teoretiske analyse, beskriver Martinsen (1981) anerkjennelse og respekt for pasientene som en viktig kvalitet. Hun sier videre at en må sørge for at den som en viser omsorg, gjør det på en slik måte at en verken overvurderer eller undervurderer pasientens evne til selvhjulpenhet. Robinson (1986) beskriver også Rogers begrep om

kjærlighet som en dyp forståelse og akseptering av en annen person. Gadow (1985) og Watsen (1985) beskriver at basen i sykepleien må være å ivareta pasientens verdighet.

Pasientene i studien rangerte også som lite viktig at sykepleierne gikk i riktige klær og hadde navneskilt. Dette samsvarer med funn gjort av Larson (1984) og Mayer (1987).

Det er viktig å merke seg at pasientene ble i denne studien tvunget til å prioritere handlingene etter grad av viktighet. En kan derfor ikke dra den konklusjonen at det som ble rangert som minst viktig ikke betydde noe for pasientene. Likevel viser tidligere forskning med metoder der pasientene kunne gi hvilken verdi de ville til utsagnene uten å tvinges til å prioritere, at resultatene samsvarer i høy grad med studier der det er tvungen prioritering (von Essen & Sjøden, 1991b).

Oppsummering av de fem minst viktige rangeringene i forhold til tidligere forskning der Care - Q instrumentet er brukt

Kvåle (1997)	Larson (1984)	Mayer (1987)
50. Spørre pas. hvilket navn de vil en skal bruke	50. Spørre pas. hvilket navn de vil en skal bruke	50. Spørre pas. hvilket navn de vil en skal bruke
49. Opplyse pasienten om tilgjengelige støttegrupper	49. Sjekke ut den beste tiden å snakke om endringer i pas. tilstand	49. Hjelper pasienten å sette opp realistiske mål
48. Tilbyr rimelige alternativer til pas. angående stelletider osv.	48. Setter seg ned med pasienten	48. Ser profesjonell ut og går i riktige klær
47. Hjelper pas. til å sette opp realistiske mål	47. Ser profesjonell ut og går i riktige klær	47. Foreslår spørsmål som pas. kan stille legen
46. Henvender seg ofte til pasienten uten han/hun har ringt	46. Tilbyr rimelige alternativer til pas. angående stelletider osv.	46. Sjekker ut den beste tiden å snakke om endringer i pas. tilstand

8.1.3 Pasientenes rangering av de ulike undergrupper av dimensjoner

Ved å analysere de forskjellige dimensjonene (tilgjengelighet, forklarer og tilrettelegger, hjelpetiltak, forventer, fortrolige forhold, overvåker og følger opp) i forhold til hverandre, finner en at pasientene rangerte dimensjonen “ overvåker og følger opp” som viktigst og “hjelpetiltak” som nr. 2. “Fortrolige forhold” ble rangert som den *minst* viktige dimensjonen.

“Overvåker og følger opp” ble rangert som viktigst av pasientene både i Larsens studie (1984), og von Essen & Sjødens studie (1991a).

Mayers studie (1987) viste at pasientene rangerte dette som nr 2.

Dette bekrefter at sykepleiernes observasjon av pasientene er viktig sett fra pasientenes side. God overvåking og oppfølging oppleves som god omsorg. Drews (1988) artikkel om viktigheten av å ikke slå barnet ut med badevannet ved å nedgradere viktigheten sykepleiernes biologiske (medisinske) kunnskap er aktuell også i denne sammenheng.

Ut fra teori om kreftpasienters psykiske og eksistensielle behov (Booth et al. 1994, Massie & Holland, 1990) er det overraskende at dimensjonen “fortrolige forhold” ble rangert som den minst viktige. Tidligere forskning bekrefter at dette blir rangert som lite viktig. Pasientene i Larsons studie (1984) har rangert denne dimensjonen som nr. 5, Mayers pasienter (1987) har rangert den som nr. 5 og von Essen og Sjødens studie (1991) viser at den ble rangert som nr. 6. Dette viser at pasientene kanskje ikke velger sykepleierne i en avdeling som sine fortrolige, men har andre å snakke med om sine problemer. En bør merke seg at de fleste pasientene hadde vært innlagt i

avdelingen mindre enn syv dager, og at dette kan ha betydning for deres utvikling av fortrolighet til sykepleierne. Det som kan tale imot dette, var at de fleste hadde vært inneliggende i avdelingen før og derved kjente mange av sykepleierne fra tidligere opphold.

8.1.4 Andre funn blant pasientenes rangering

Pasientene rangerte som nummer 11. at sykepleierne er blide og imøtekommende overfor pasientens familie og andre pårørende. En bør merke seg at det er viktig for pasientenes opplevelse av god omsorg at en også pårørende blir vist omsorg. Flere forfattere (Cassel 1976, Kesselring et al. 1986) legger vekt på den sosiale støttenes innvirkning på helsen.

Utsagnet om at sykepleierne tillater pasientene å uttrykke sine følelser om sykdom og behandling til fulle og behandler disse opplysningene konfidensielt, ble rangert som nr. 15 av de 50 utsagnene. Dette utsagnet er heller ikke rangert mellom de 10 viktigste i tidligere studier (Larsen, 1984, Mayer, 1987 og von Essen & Sjøden, 1991). Mange pasienter gav uttrykk for at de hadde familie og venner som de snakket om dette med. De fleste pasientene var gift eller hadde samboer. De følte ikke behov for å snakke med sykepleierne om dette. Hvorfor det er slik kan en tolke på mange ulike måter. Gir ikke sykepleierne tid og rom til dette ? Inviterer deres oppførsel ikke til dette ? Er de ytre forhold slik i en avdeling at det ikke inviterer til fortrolige samtaler ?

8.1.5 Sykepleiernes oppfatning av hva som var viktigst for at pasienten skulle oppleve god omsorg

Gruppen av sykepleiere som var med i undersøkelsen er av ulike årsaker liten (n = 30) og en kan derfor ikke dra for sikre konklusjoner av resultatene. Det er likevel interessant å legge merke til noen tendenser og sammenligne dette med pasientenes prioritering, samt om resultatene fra sykepleiernes prioritering i denne studien samsvarer med tidligere forskning.

Totalmaterialet viste at sykepleierne prioriterte 23 av de 50 utsagnene i instrumentet som statistisk signifikant forskjellig fra pasientene. Dette viser at sykepleiernes evne til å oppfatte hva pasientene føler og mener ikke alltid er riktig. Den empatiske evnen kan kanskje av og til forveksles med projeksjon av deres egne følelser over situasjonen som pasientene befinner seg i (Holm 1987, Lampic et al. 1996).

Widmark - Petersson et al. (1996) har i en svensk studie sett på om sykepleiernes oppfatning av omsorgsbegrepet har betydning for prioritering av handlinger der Care- Q metoden er brukt. Det er hevdet at sykepleierne i Sverige skiller mellom begrepene “omvårdnad” (“caring”) og “vård” (“clinical care”). Til å undersøke dette, brukte hun et spørreskjema der Care - Q. utsagnene kunne bli gitt en verdi uten tvungen prioritering, og ut ifra forskjellig definisjon av omsorgsbegrepet. Resultatene viste at sykepleierne rangerte alle handlingene som svært viktige. De hadde vanskelig for å prioritere. Resultatene av studien verifiserte ikke antagelsen om at sykepleierne ville rangere handlingene forskjellig dersom ved bruk av ulike definisjonene av omsorgsbegrepet.

Sykepleierne rangerte “lytter til pasienten” som det viktigste for at pasienten skulle oppleve god omsorg. Dette samsvarer både med Larson (1984), Mayer (1987) og von Essen & Sjøden (1991a). Alle hadde dette som det viktigste. Dette er statistisk signifikant forskjellig fra pasientenes rangering av dette utsagnet, selv om pasientene også prioriterte dette blant de ti viktigste handlingene.

Videre rangerte sykepleierne i denne studien “ vet når legen må hentes” som nr. 3, “gir behandling og medisiner i rett tid nr. 4.”, og utsagnet “ kan gi sprøyter og håndtere utstyr som i.v. og sug ” som nummer 6 . Disse funn samsvarer *ikke* helt med funn i tidligere studier utført med samme metode. personalet prioriterte ikke dette blant de ti viktigste handlingene verken i Larsons studie (1984) , Mayers studie (1987) eller von Essen & Sjødens studier(1991, 1994). Det er likevel viktig å bemerke at det er en statistisk signifikant forskjell mellom pasienter og sykepleiere i rangeringen av utsagnet “ kan gi sprøyter” Pasienten mener det er viktigere enn sykepleierne.

Årsaken til at disse funn er forskjellig fra tidligere forskning, kan være at resultatene fra tidligere studier er kjent blant sykepleierne, eller at sykepleierne i denne studien ikke tolker omsorgsbegrepet på samme måte som sykepleierne i tidligere studier. Årsaken kan også være det begrensede antallet sykepleiere som er med i utvalget. von Essens & Sjøden (1991, 1994) hadde andre av personalet enn sykepleiere med i utvalget. Dette kan kanskje ha betydning for resultatene i deres studier.

Det er også sterk statistisk signifikant forskjell mellom sykepleiere og pasienter i rangeringen av utsagnet “ er ærlig om pasientens tilstand “. Dette kan tolkes som om sykepleierne ikke mener dette er så viktig som pasienten opplever det og at de kanskje er redde for pasientenes reaksjoner på “sannheten”, spesielt når det gjelder kreftpasienter. Filosofen Mayeroff (1971) beskriver *mot* som en av ingrediensene i omsorgsbegrepet. Mot beskrives som “mot til å gå inn i den andres situasjon uten den trygghet som kjente “landemerker” gir. Er det dette motet som svikter hos sykepleierne ?

Andre utsagn som er rangert statistisk signifikant forskjellig er at sykepleierne er blide og positive. Dette mener pasientene er mye viktigere enn sykepleierne.

Dersom vi ser på sykepleiernes rangering av dimensjoner eller undergrupper, og sammenligner det med pasientenes rangering av disse gruppene ser vi at det her er forskjeller. Pasientene rangerer dimensjonen “overvåker og følger opp” som viktigst, mens sykepleierne rangerer dette som nr.4. Disse funn samsvarer også med tidligere studier (Larsen 1984, Mayer 1987, von Essen & Sjøden 1991). Dette viser at sykepleierne rangerer det som de gjør mest til daglig mindre viktig for at pasientene skal oppleve god omsorg enn det pasientene gjør. Det kan gjenspeile en fokusering blant sykepleiere på alt de ikke rekker å gjøre, men som de gjerne skulle ha gjort ut fra det de har lært i sin utdanning. Det kan også tolkes som at sykepleierne mener at det de gjør ikke har noe med god omsorg å gjøre. Å overvåke og følge opp blir ofte gjengitt i sykepleielitteraturen som sykepleiernes assistentfunksjoner i forhold til legen, og at omsorgen er vår egenart. Ut fra denne studien kan det synes som at er noe sykepleierne er opptatt av og ikke pasientene. Det kan også være uheldig å knytte begrepet omsorg bare til sykepleiernes yrke og

derved implisitt antyde at ikke andre grupper innenfor helseteamet også utfører omsorg slik pasientene synes å vektlegge begrepet.

Sykepleierne rangerer dimensjonen “forventer”, (utsagn som har med å forutsi pasientenes reaksjoner og behov å gjøre) som viktigst. Pasientene rangerte den som nr. 5. Dette er statistisk signifikant forskjellig. Det er overraskende at både sykepleiere og pasienter rangerer “fortrolige forhold” som den minst viktige dimensjonen.

Oppsummering av hva sykepleierne rangerte som viktigst sammenlignet med tidligere studier der samme metode er brukt

Kvåle (1997)	Larson (1984)	Mayer(1987)	von Essen & Sjøden (1991)
1. Lytter til pasienten	1. Lytter til pasienten	1. Lytter til pasienten	1.Lytter til pasienten
2. Snakker med pas.	2. Berører pas. når han trenger trøst	2. Tillater pasienten til å gi uttrykk for sine følelser	2.Setter pas. først samme hva som skjer
3. Vet når legen må hentes	3. Tillater pas. å uttrykke sine følelser	4. Forstår at pasienten kjenner seg selv best	4.Berører pas. når han / hun trenger trøst
4. Gir pas. medisin og behandling i rett tid	4. Blir personlig kjent med pasienten	4. Berører pas. når han/hun trenger trøst	4. Snakker med pasienten
5. Er oppmerksom på pasientens behov og opptrer der etter	5.Snakker med pasienten	5. Er oppmerksom på pas. behov og opptrer der etter	5. Forteller pasienten i forståelig hva som er viktig å vite om sykdom og beh.

Sammenligning av sykepleiernes rangering av dimensjoner i forhold til tidligere forskning

Denne studien	Larson (1984)	Mayer (1987)	von Essen &
----------------------	----------------------	---------------------	------------------------

			Sjøden (1991a)
1. Forventer	1. Hjelpetiltak	1.Forventer	1. Hjelpetiltak
2. Hjelpetiltak	2. Forventer	2.Hjelpetiltak	2. Forventer
3. Tilgjengelig	3. Tilgjengelig	3.Fortrolige forhold	3. Tilgjengelig
4. Overvåker og følger opp	4. Fortrolige forhold	4. Forklarer og tilrettelegger	4. Overvåker og følger opp
5.Forklarer	5. Tilgjengelig	5. Tilgjengelig	5.Fortrolige forhold
6.Fortrolige forhold	6. Forklarer og tilrettelegger	6. Overvåker og følger opp	6. Forklarer og tilrettelegger

Flere forfattere som mener at årsaken til forskjellen mellom sykepleiere og pasienters opplevelse av handlingers viktighet for at pasientene skal oppleve god omsorg er at pasienter og sykepleiere tolker begrepet forskjellig. Dette er klart en mulig årsak, men en bør som følge av denne antagelsen reflektere over hvem som tolker det rett. Det vil være nærliggende å antyde at det må være pasientene. Empati er viktig, og en må ikke forveksle dette med projisering av egne følelser over på pasientene (Holm, 1987). Studier har også vist at det kan se ut som sykepleiere projiserer sine egne hypotetiske følelser overfor vanskelige situasjoner over på pasientene (Lampic, 1996). Begrepet “ the requirement of mourning phenomena “ kan også være nærliggende å minne om i denne sammenheng (Jennings & Muhlenkamp, 1981).

8.2 Metoden

Den fremgangsmåten som er brukt I studien er personlig intervju. Det blir beskrevet som en god metode innen for et surveydesign på grunn av nærhet mellom forsker og deltagerne i studien (Polit & Hungler, 1991). Det personlige intervju gav også tilleggsopplysninger som ble brukt som grunnlag for tolkning og diskusjon av resultatene. Selv om metoden var

tidkrevende og krevde nøye planlegging fra forskers side, var tilstedeværelsen ved innsamlingen av data nyttig og interessant.

8.2.1. Metodens styrke og egnethet

Instrumentet som ble brukt i undersøkelsen består av 50 kort der utsagn om handlinger som sykepleiere utfører i det daglige i en sykehusavdeling er beskrevet. Instrumentets originalform er engelsk og utsagnene er oversatt til norsk av profesjonell translatør til norsk etter gjeldende regler for slik oversettelse. Metodens validitet er ikke testet i Norge. Ingen av pasientene stilte spørsmål ved utsagnenes relevans. Alle mente noe om det de ble spurt om. Selv om metoden kunne virke komplisert og krevde konsentrasjon over tid, var det ingen av pasientene som trakk seg fra undersøkelsen under selve utførelsen av prosedyren. Flere uttrykte glede over å få være med og spesielt over at noen var interessert i hva pasientene mente om den omsorgen de fikk. Ingen av pasientene stilte spørsmål ved om de handlingene som var beskrevet var uttrykk for god omsorg selv om alle spørsmålene startet med: “ For at du skal oppleve god omsorg hvor viktig er det at sykepleieren.....”

Pasientene hadde ikke vanskeligheter med å sortere hva som de mente var viktigst og minst viktig. De fleste hadde klare meninger om dette. Hva som skulle rangeres som ganske viktig og ikke så viktig kunne være mer usikkert (mellomsjiktet). Prosjektleder presiserte at det var seg selv og sin egen situasjon pasientene skulle vurdere svarene ut fra.

Det positive med metoden er at en får belyst pasientenes oppfatning av hva som er av viktighet når det gjelder mange av de handlinger som sykepleiere

utfører i det daglige. Den gir stor bredde og spørsmålene er aktuelle og praktiske. Pasientene kjenner seg selv og sin egen situasjon igjen. Metoden var egnet til å få en konkret og kvantitativ kjennskap til dette, men den er ikke egnet til å gå i dybden og analysere *hvorfor* den enkelte pasient prioriterte som han/hun gjorde.

8.1.2 Metodens begrensinger

De femti utsagnene om omsorgsbegrepet er nøye utviklet av Larson (1984). Noen av sykepleierne som var med i undersøkelsen, gav uttrykk for at de var usikre på om noen av utsagnene beskrev komponenter av omsorgsbegrepet ut fra deres teoretiske oppfatning av dette begrepet, samtidig som de gav uttrykk for at alle utsagnene var viktige og relevante for pasientgruppen.

Sykepleierne syntes det var vanskelig å prioritere mellom handlingene. De synes alt var viktig. Dessuten mente de at det var individuelle pasientvariasjoner i hva som var viktig. Sykepleierne måtte svare ut fra en hypotetisk tenkt pasient, mens pasientene svarte ut fra sin egen situasjon. Dette er åpenbart en begrensning ved metoden, men kan også være et uttrykk for at sykepleierne har problemer med å prioritere hvilke oppgaver som pasientene mener er viktigst ut fra sin teoretiske kunnskap om omsorg og omsorgsbegrepet.

Utsagnene i Care- Q instrumentet er ofte lange og krever konsentrasjon for å kunne tolkes riktig. Sorteringen er også komplisert og krever tankearbeid. Studien var i utgangspunktet ment å utføres blant pasienter som hadde en kreftsykdom som ikke var kurerbar, og som var innlagt for palliativ behandling. Det viste seg snart at disse pasientene ofte var for dårlig til å kunne utføre denne prosedyren. De fleste pasientene som ble vurdert av

avdelingens personale til å være i god nok allmenntilstand til å være med i undersøkelsen, var derfor oppegående og stellet seg selv. En del av utsagnene f.eks. viktigheten av “god fysisk pleie,” “se ofte til pasienten” og andre lignende utsagn, vil derfor være uaktuelle for en stor gruppe av pasientene. Det er likevel overfor denne pasientgruppen metoden egner seg best. Reliabilitetstesting og validitetstesting bør gjøres før instrumentet brukes i mer omfattende studier i Norge.

8.2.3 Den praktiske gjennomføringen

Mange av pasientene uttrykte at det var positivt å få lov til å være med i en slik studie, og prosjektleder hadde mange og interessante samtaler med pasientene i tilslutning til data innsamlingen. Det opplevdes som godt for mange å få gi uttrykk for hva de mente var viktig at sykepleierne gjorde. Ingen av pasientene valgte å avbryte datainnsamlingen, selv om den krevde tid og konsentrasjon. Sykepleiere som arbeidet på avdelingen gav også uttrykk for at pasientene opplevde det positivt.

På grunn av at metoden var krevende, valgte prosjektleder å være hos pasientene mens de utførte prosedyren. Ideelt sett er dette ikke gunstig da prosjektleder i teorien kunne påvirke pasientenes svar. Prosjektleder var bevisst på dette. Valget om å være tilstede ble gjort ut fra en nøye vurdering. Konklusjonen ble at prosjektleder mente det var større mulighet for riktige svar dersom prosjektleder var tilstede og kunne oppklare spørsmål underveis og derved gi pasientene en trygghet. Dette ble vurdert som viktigere enn en eventuell ubevisst påvirkning av pasientenes svar. Ideelt sett burde kanskje en annen person enn prosjektleder være tilstede, men prosjektleder ville da

miste tilleggsopplysninger fra pasientene som var verdifulle for tolkningen og diskusjonen av resultatene.

Noen pasienter hadde vanskeligheter med å lese og ba prosjektleder lese spørsmålene på kortene. Å få utdelt femti kort som skulle sorteres kunne virke overveldende. Prosjektleder ba derfor pasientene grovsortere kortene først ved å velge ut de utsagnene som de mente var viktigst, absolutt ikke viktig, og verken viktig eller ikke viktig. Kortene i de enkelte gruppene ble så sortert i konvoluttene etter den oppsatte prosedyren (se vedlegg 7 b).

De fleste sykepleierne som fikk informasjon om undersøkelsen syntes den var spennende og interessant. Antallet sykepleiere som valgte å utføre undersøkelsen ble likevel mindre enn forventet. Årsakene til dette kan være mange. De fleste sykepleierne hadde ikke mulighet eller prioriterte ikke å utføre undersøkelsen i arbeidstiden. De fleste som har utført undersøkelsen har gjort det på sin fritid hjemme. Ikke alle ønsket å bruke sin fritid til å utføre undersøkelsen.

Prosjektleder kunne også ha systematisert datainnsamlingen i sykepleiegruppen bedre. Etter at informasjonsmøtene var holdt, etterlot prosjektleder kortene på avdelingen og ba sykepleierne utføre prosedyren etter tur, men presiserte at det selvsagt var frivillig. Kortene ble oftest liggende. Avdelingssykepleiernes holdning og tilretteleggelse for at sykepleierne kunne delta var viktig og hadde innflytelse på hvor mange som deltok. Det er også forståelig at det er vanskelig å prioritere forskning i en travel hverdag. Etter en tid valgte prosjektleder å purre ved å sende brev til den enkelte sykepleier. Det ble så gjort individuelle avtaler med de som ønsket å delta. Prosjektleder delte ut kortene og avtalte når de kunne hentes.

Dette burde også vært gjort ved første henvendelse. Flere utførte da undersøkelsen.

Dersom noen ønsker å bruke samme metode i senere studier, er det viktig å vite at det er en tidkrevende metode, men spennende og interessant . Den gir også flere tilleggsopplysninger til prosjektleder enn et spørreskjema ville ha gjort, og i tillegg er det mye mer givende og lærerikt å møte pasientene ansikt til ansikt enn gjennom et spørreskjema.

8. 3 Konsekvenser for praksis

Hovedhensikten med denne studien var i å samle inn data som kunne brukes i kvalitetssikringen av sykepleie til kreftpasienter, her forstått som komponenter av god omsorg, for å sikre optimal sykepleie for denne gruppe pasienter. Studien er ikke en begrepsanalyse av begrepet omsorg.

For å oppnå en kvalitetsforbedring av sykepleien til disse pasientene, er det viktig at resultatene fra tidligere studier og resultatene av denne studien blir kjent for sykepleiere i praksis ved å publisere artikler og ved å gi undervisning. Det er viktig at sykepleiere prioriterer å utføre de handlingene som pasientene mener er viktigst, dersom det ikke er uforenlig med sykepleierens faglige kunnskap og den aktuelle situasjonen der og da. Resultatene bør videre brukes til å reflektere over sykepleiernes grunnleggende antagelser om hva god omsorg i sykepleien er, og bruke dette i utdanningen av nye sykepleiere. En kan på den måten kvalitetssikre sykepleietjenesten ved å innfri de forventninger som pasientene har og derved styrke deres opplevelse av kvalitet.

Flere forskere indikerer at sykepleierne har vanskelig for å prioritere mellom hva som er viktig og mindre viktig av handlingene de utfører. Alt er like viktig (von Essen & Sjøden, 1991, Widmark- Peterson, 1996).

Dette fører til at sykepleierne står overfor en mengde oppgaver som de ikke makter å utføre. De ønsker å gjøre alt for pasientene, både det de ber om og det som sykepleierne tror de ønsker. Dette kan føre til utbrenning (Widmark - Peterson, 1996).

En kan ut fra denne studien ikke konkludere med at de handlingene som pasientene ikke prioriterte som viktigst, ikke betyr noe for pasientene. Hva pasientene mente var viktigst står likevel fast. Morrisons studie (1989) av sykepleieres oppfatning av sin egen omsorg i forhold til det de mente var den ideelle omsorg bør være en tankevekker. Resultatene kan kanskje medvirke til at sykepleierne får bedre samvittighet for at de i sitt daglige arbeid er nødt til å prioritere handlinger som er relatert til pasientenes behandling. Det er i samsvar med det den pasientgruppen som er med i denne studien mener er viktigst å prioritere. En må likevel ikke dra den konklusjonen at det andre ikke er viktig og heller ikke at dette gjelder alle pasientgrupper som er innlagt i sykehuset. Det må heller ikke bli en sovepute for administratorer og politikere.

Resultatene kan likevel være med å styrke oppfatningen om at pasientene som er innlagt i et sykehus har forskjellige behov. Det viktigste en kan gjøre er å spørre pasientene hvilke behov de har og ikke anta at våre egne vurderinger av dette er riktig. Kunnskap om pasientenes behov i møte med vår faglige kunnskap vil styrke kvaliteten på den omsorgen som blir gitt.

8.4 Fremtidig forskning

En survey som den denne studien er, har ikke gått i dybden og intervjuet pasientene om hvorfor de prioriterer som de gjør. Det ville være av interesse å gå nærmere inn på enkelt resultatene i en studie der en kvalitativ metode blir brukt for å kunne gå i dybden og derved få et innblikk i *hvorfor* pasientene prioriterte den kliniske kunnskap og tekniske dyktighet som det viktigste. Pasientenes prioriteringer kunne videre analyseres i forhold til hvilke forventninger de hadde til hva sykepleiere har mulighet til å utføre i en travel sykehusavdeling. Det ville spesielt være interessant å studere nærmere *hvorfor* den følelsemessige dimensjonen ble prioritert lavt. Dersom en hadde opplysning om når pasientene hadde fått diagnosen, kunne en undersøke om der var sammenheng med tiden som var gått siden diagnosen ble gitt og prioriteringen av denne handlingen.

Det ville også være interessant å gjøre nye studier der en setter pasienter og sykepleiere sammen i "par" og ser om forskjellen mellom sykepleiernes rangering og pasientenes rangering da blir mindre. Sykepleierne i denne studien mente at det var vanskelig ikke å prioritere i forhold til enkelt pasienter. Det ville også være interessant å bruke samme metode i studier av andre pasientgrupper, gjerne da med et spørreskjema der utsagnene kunne prioriteres fritt (fritt format av Care - Q instrumentet) (von Essen & Sjøden 1991 b).

8.4 Konklusjon

Hovedproblemstillingen i denne studien var finne ut hvilke handlinger utført av sykepleiere kreftpasienter oppfattet som viktigst for opplevelsen av god omsorg, og om dette varierte i forhold til deres bakgrunnsvariabler. Videre

ønsket en å studere om sykepleierne som ivaretok slike pasienter oppfattet de samme handlingene som viktigst for pasientene. En kunne ved det også få et inntrykk av sykepleiernes evne til å oppfatte pasientenes situasjon.

Mine hypoteser ut fra tidligere forskning, var at pasientene ville prioritere klinisk kunnskap og dyktighet i utførelsen av tekniske prosedyrer som viktigst for opplevelsen av god omsorg, mens sykepleierne ville prioritere affektive sider av omsorgen som viktigst. Videre var hensikten med studien å undersøke om prioriteringen av de viktigste handlingene i en norsk pasientpopulasjon og blant norske sykepleiere samsvarte med resultater fra studier utført i andre land.

Resultatene fra studien bekreftet hypotesene. En må likevel bemerke at sykepleierne i denne studien prioriterte handlinger som beskrev tekniske prosedyrer og klinisk kunnskap høyere enn i tidligere studier, og derved mer i samsvar med pasientenes prioritering av disse handlingene.

Pasientene tegnet med sin prioritering av sykepleiernes handlinger, et bilde av hvordan de ønsket en omsorgsfull sykepleier skulle være. Det kan sammenfattes på følgende måte: En sykepleier skal være flink til å sette sprøyter og håndtere teknisk utstyr. Hun/han skal ha nok kunnskap og ha mot til å kunne informere pasienten om hans/hennes tilstand og vite at pasientene ønsker at hun/han er ærlig. Sykepleieren skal videre ha nok medisinsk kunnskap til å kunne observere pasienten på en slik måte at hun/han vet når lege må tilkalles, og hun/han skal gi medisin og behandling i rett tid. I tillegg er det viktig at sykepleieren er blid og positiv, lytter til pasienten, tar pasienten med på råd, er oppmerksom på hans/hennes behov og opptrer der etter.

Den *dimensjonen* som pasientene mente var viktigst, var at sykepleieren overvåker og følger de opp i den situasjonen de er i. Dette kan en tolkes som et uttrykk for deres trygghetsbehov. Trygghet er et grunnleggende behov hos alle mennesker. Dette samsvarer i høy grad med funnene i tidligere forskning. Studien stadfester likevel ikke at de andre handlingene og dimensjonene som er beskrevet ikke er av betydning for pasientene. Pasientene var i studien tvunget til å prioritere.

Sykepleierne i studien rangerte affektive aspekter som å lytte til pasienten og snakke med pasienten som viktigst for at vedkommende skulle oppleve god omsorg. Det var statistisk signifikant forskjell i prioriteringen av 23 av de 50 utsagnene som instrumentet beskriver. Dette indikerer at sykepleiernes oppfatning av hva pasientene mener er viktigst for opplevelsen av god omsorg, ikke alltid er riktig. Det kan ha betydning for resultatene at sykepleierne ikke oppfatter tekniske prosedyrer og medisinsk behandling som en del av den omsorgen de gir pasientene. Pasientene derimot kan ha beskrevet hva de syntes var viktig i deres situasjon uten å reflektere over hva som kan beskrives som omsorg eller ikke. Dette bør lære oss noe.

Sykepleierne prioriterte likevel teknisk kompetanse og medisinsk behandling som viktigere i denne studien enn personalet i tidligere studier.

Det er viktig at disse resultatene og resultater fra lignende studier blir kjent for sykepleiere som arbeider i sykehusavdelingene. Det kan være et bidrag til kvalitetssikring av den sykepleien som gis kreftpasientene når de er innlagt til behandling.

REFERANSER

- Aristoteles. Den nikomakiske etikk i : Nordenstam T.(1993). (Etikk - Klassiske tekster og aktuelle artikler i utvalg. Filosofisk Institutt, Universitetet i Bergen, 1993.
- Baker, C.& Diekelmann, N.(1994). Connecting Conversations of Caring: Recalling the Narrative to Clinical Practice. Nursing Outlook, vol.42. No.2.
- Bendall, E. The future of British nurse education. J. Adv. Nursing. 2, 171-181
- Benner, P. (1984) From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Addison - Wesley Publishing Company, California,
- Benner, P. & Wrubel J. (1989)The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and illness. Menlo Park, Calif: Addison - Wesley Publishing Company, California.
- Ben- Sira, Z. Book Review (1990)(Review of The Primacy of Caring: Stress and coping in health and illness). Social science and Medicine, 30: 517 - 519.

- Bevis, E.O.(1981). Caring: a life force. In : Leininger M.M (ed). Caring: An Essential Human Need. Proceedings of Three National Caring Conferences. Thorofare, NJ: Slack.
- Booth, K. M, P., Orford, J. et al. (1994). Screening for affective disorders in Cancer outpatients. Paper presented at British Psychosocial Oncology Group annual Conference, Manchester.
- Bowlby, J. (1980). Loss, Sadness and Depression, Attachment and Loss. New York: Basic Books, vol. 3.
- Brink, P.J. & Wood M.J. (1989). Advanced Design in Nursing Research. Sage Publications, Inc. California.
- Brown, L. (1986). The experience of care: patient's perspectives. Topics in (2), 56 -62.
- Kreftregisteret, (1992). Cancer in Norway. Oslo.
- Carter B.J.(1993). Long-term survivors of breast cancer. Cancer Nursing, 16(5): 354 -361.
- Cassel, J. (1976).“ The Contribution of Social Envirement to the Host Resistance.” American Journal of Epidemiology, No.28.
- Cronin, S.N. & Harrison, B. (1988). Importance of nurse caring behaviours as perceived by patients after myocardial infarction. Heart & Lung, July vol.17, No.4.
- Cullberg, J.(1976). Kriser og utvikling. Hans Reitzels Forlag, København
- Dennis, K.E. (1986). Q- methodology: relevance and application for nursing Research. ANS 8, 6-17.
- Drew, B.J. (1988). Devaluation of Biological Knowledge. IMAGE: Journal of Nursing Scholarship, vol. 20, Nr.1.
- Egedius H. & Nordberg A.(1985). Teorier omvårdnads arbetet. Nordsteds Tryckeri, Stockholm.
- Eriksen, T. B. (1995). Helse i hver dråpe. Universitetsforlaget, Oslo.

- Eriksson, K. (1987). Vårdandets ide. Almqvist & Wiksell, Stockholm.
- Fløistad, G. (1993). Heidegger: En innføring i hans filosofi. Oslo
- Fromm, E. (1963). The art of Loving. Bantam Books, New York .
- Forrest, D. (1989). The experience of caring. Journal of Advanced Nursing, 815 - 823.
- Gadow, SA. (1985). Nurse and Patient: the caring relationship. In: Bishop A.H. & Scudder J.R., (eds.) Caring, Curing, Coping. Birmingham, Ala: University of Alabama Press.
- Giljen, N. & Grimen, H. (1993) Samfunnsvitenskapenes forutsetninger. Universitetsforlaget AS Oslo.
- Haga, H-J, Meyer Smith, H., Langnes., A. et al. (1995). Brukermedvirkning i utformingen av klinisk kvalitetssikring. Tidsskr Nor Lægeforening nr. 15, 115: 1857-60.
- Hauge, H. (1996). Omsorg - en fenomenologisk begrepsanalyse. Hovedfagsoppgave Institutt for Samfunnsmedisinske fag, Seksjon for Sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen.
- Haugen, M. (1987) Livskvalitet og palliativ behandling. Hovedfagsoppgave Institutt for Samfunnsmedisinske fag, Seksjon for Sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen.
- Henderson, V. A. (1966). Basic Principles of Nursing. I.C.N. London.
- Heidegger, M. (1981). Varat och tiden, del 1. Doxa, Lund.
- Henry, D.M.M. (1975). Nurse behaviours perceived by patients as indicators of caring. (Doctoral Dissertation, Catholic University, Washington DC.) Dissertation Abstracts International 36, 02652 B.
- Holm, U. (1987) . Empati. Natur og Kultur, Malmø.
- Horner, S. (1988). Intersubjective co-presence in a caring model. In : Caring and Nursing Explorations in the Feminist Perspectives. Denver, Colo: School of Nursing, University of Colorado Health Sciences Centre.

- Jennings, B.M. & Muhlenkamp, A.F. (1981). Systematic Misperception: Oncology patients` self-reported affective states and their caregivers` Perception. *Cancer Nursing* (4): 485 - 9.
- Kesselring, A., Lindsey, AM., Dodd, MJ., Lovejoy NC. (1986). Social network and support perceived by Swiss cancer patients. *Cancer Nursing* (4): 156-163.
- Kirkevold, M.(1992). Sykepleieteorier - analyse og evaluering. Oslo: Ad Notam Gyldendal A/S.
- Kitson, A.L.(1987). A comparative analyses of lay- caring and professional (Nursing) caring relationships. Int. J. of Nursing Stud., Vol. 24, No. 2. s. 155 - 165.
- Klepp, O., Kaasa, S.(1994). Vurdering av terapeutisk effekt, i: Foss Abrahamsen A.(red). Cytostatika. Institutt for Farmakoterapi og Den Norske Kreftforening. Norsk Medisindepot. Oslo.
- Knowlden V.(1988). Nurse caring as constructed knowledge. In : Caring and Nursing Explorations in the Feminist perspective. Denver, Colo.: School of Nursing, University of Colorado Health Science Centre.
- Komorita, N., Doering, K. M.& Hirschert, P.W.(1991). Perceptions of Caring by Nurse Educators. Journal of Nursing Education, vol. 30, No. 1
- Kübler- Ross, E. (1979) Før livet ebber ut. Norbok, Oslo/Gjøvik.
- Kaasa, S., Wist, E. et al.(1992). Palliativ strålebehandling . Universitetsforlaget, Oslo.
- Lampic, M. Sc., von Essen L., Peterson V.W. et al.(1996). Anxiety and depression in hospitalised patients with cancer. Cancer Nursing. 19 (6): 419 - 428.
- Larson, P.J. (1987). Comparison of cancer patients and professional nurses perceptions of important nurse caring behaviours. Heart & Lung, vol. 16, no.2.
- Larson P.J. (1984). Important Nurse Caring Behaviours Perceived by Patients With Cancer. Oncology Nursing Forum, vol. 11. No. 6.

- Lauer, P. Murphy S.P., Powers, M. J. (1982). Learning needs of cancer Patients. Nursing Research, vol. 31.No.1.
- Leininger M. (1981) The Phenomenon of Caring: Importance, research Questions and Theoretical Considerations. In: Leininger, M. (ed.) Caring: An Essential Human Need, Thorofare, N.J : Charles B. Slack.
- Leininger, M. (1984) Caring, a central focus of nursing and health services. In: Leininger, M.(ed.) Care: The essence of nursing and health. Thorofare. N.J. Slack.
- Leininger, M. (1977). Caring: The Essence and Central Focus of Nursing. Nursing Research reports; American Nurses Foundation, vol. 12.
- Lønning, P.E., Kvinnsland, S., Christoffersen, T. (1994). Hormoner og hormonantagonister. in: Foss Abrahamsen, A.(ed). Cytostatika . Institutt for Farmakoterapi og Den Norske Kreftforening. Norsk Medisindepot. Oslo.
- Martinsen, K. (1981). Omsorgens filosofi . Sykepleien nr 8.
- Martinsen, K.(1990). Moralsk praksis i praktisk sykepleie. i : Jensen, T.K., Jensen, L.V., Kim, W. C. (red.). Sykepleiens grunnlagsproblemer. Etik, vitenskapsteori, ledelse og samfunn. Gyldendal, Oslo.
- Martinsen, K. (1989) Omsorg, sykepleie og medisin, Historiske essays. Tano forlag, Oslo.
- Mangold, A.M.(1991). Senior nursing students` and professional nurses` perceptions of effective caring behaviours: a comparative study. J Nurs Educ 30 (3): 134 - 139.
- Manss, V.C. (1993). Care versus Cure: A Nursing Perspective. Aspens advisor for Nurse Executive's vol. 8. No 5.
- Massie, MJ., Holland JC. (1990). Depression and the Cancer patient. J clin. Psychiatry, 51(7): 12 - 17.
- Mason, L., Muhlenkamp, A. (1976). Patients` self-reported affective states following loss and caregivers expectations of patients` affective states. Rehabil Psychol 23: 72 - 76.

- Mayer, D.K. (1987). Oncology Nurses versus Cancer Patients Perceptions of Nurse Caring Behaviours: A Replication Study. Oncology Nursing Forum, vol.14. no. 3.
- Mayeroff, M. (1971). On Caring. New York: Harper & Row.
- McFarlane, JK. (1976). A charter for caring. Journal of Advanced Nursing, 1, 187 - 196.
- Mella, O., Klepp, O., Kaasa, S. (1994). Kvalme og brekninger ved Cytostatika behandling. I : Foss Abrahamsen, A. (red). Cytostatika, Institutt for Farmakoterapi og Den Norske Kreftforening. Norsk Medisindpot, Oslo.
- Meleis, A. (1991). Theoretical nursing. Development & Progress, J.B. Lippincott Comp.1991, kap. 8.
- Montagu, A. (1978). Touching.2 ed. New York: Harper & Row.
- Morse, M. J. et al. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. Advances in Nursing Science, sept.
- Morrison, P. & Burnard, B. (1992). Omsorg og kommunikasjon. Ad Notam Gyldendal, Oslo.
- Morrison, P. (1989). Nursing and caring: a personal construct theory study of some nurses' self- perceptions. Journal of Advanced Nursing, 14. 421 - 426.
- Nightingale, F. (1969). Notes on Nursing - what it is and what it is not. Dover Publications, Inc. New York.
- O' Berle, K., Davies, B. (1992). Support and Caring: Exploring the Concepts. Oncology Nursing Forum, vol. 19. no.5.
- O'Connor, A. P. et al.(1990). Understanding the cancer patient's search for meaning. Cancer Nursing, 13 (3): 167 - 175.
- Onarheim, H.(1988). Hovedfagsoppgave Seksjon for sykepleievitenskap, Institutt for Samfunnsmedisinske fag, Medisinske Fakultet, Universitetet Bergen.

- Ose, T., Schem, BC., Haarstad, H.(1994). Ernæring til Kreftpasienter. I: Foss Abrahamsen, A. (red). Cytostatika. Institutt for Farmakoterapi og Den Norske Kreftforening. Norsk Medisindepot. Oslo.
- Paternoster, J.(1988). How Patients Know That Nurses Care About Them. J. of the New York State Nurses Association, vol. 19, No. 4.
- Polit, D. F.& Hungler, B. P.(1995). Nursing Research: Principles and Methods. Philadelphia: Lippincott Co.
- Riemen, DJ. (1986). Non caring and caring in the clinical setting: patients' descriptions. Topic in clinical Nursing, July.
- Robinson, Z. (1986). The caring concept and nurse identified caring Behaviours. Topics in Clinical Nursing, July.
- Roach, MS. (1987). The Human Act of Caring: A Blueprint for Health Professions. Toronto, Canada: Canadian Hospital Association.
- Rogers, C. (1965). Client Centred Therapy. Boston: Houghton Mifflin. 5.
- Rule, J. B. (1978). The professional ethic in nursing. J. Adv. Nurs. 3, 3 - 8.
- Satinovic`, M. (1992). Opplevelse av omsorg. Hovedfagsoppgave. Institutt for samfunnsmedisinske fag, Seksjon for Sykepleievitenskap, Det Medisinske Fakultet, Universitetet I Bergen.
- Schem, BC., Mella, O. (1994). Støttebehandling. I : Foss Abrahamsen, A. (red). Cytostatika. Institutt for Farmakoterapi og Den Norske Kreftforening, Norsk Medisindepot. Oslo.
- Sherwood, G.D. (1988). Nurses caring as perceived by post-operative Patients: A phenomenological study. Dissertation Abstract International vol. 49 no. 6.
- Statens Helsetilsyn, 1996 : Prioriteringer innen palliativ kreftbehandling. Utrednings serie 2 - 96.
- Svenneby, E. (1996). Omsorgsbegrepets tvetydighet del 1 og 2. Tidsskriftet sykepleien nr. 5 og nr. 6.

- Tanner, C.A. (1990). Caring as a value in Nursing Education. Nursing Outlook, vol. 38. no.2
- Tønnessen, T .I.(1983). Smerter og andre symptomer hos kreftpasienter. Universitetsforlaget . Oslo.
- von Essen, L.& Sjøden, P.O.(1991a). The importance of nurse caring behaviours as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. International J.of Nursing Studies. vol. 28, No. 3, 267 - 281.
- Von Essen, L., Burstrøm, L. Sjøden, P.O. (1994). Perception of caring behaviours and patient anxiety and depression in cancer patient - staff dyads. Scand J Caring Sci, 8: 205- 212
- Von Essen, L. (1994). What is good Caring? Summaries of Uppsala Dissertations from Faculty of Social Sciences 45. Acta Universitatis Upsaliensis.
- Von Essen, L. & Sjøden P.O. (1991b) Patient and staff perceptions of caring: review and replication. Journal of Advanced Nursing, 16, 1363 - 1374.
- Walters, AJ.(1995). A Heideggerian hermeneutic study of the practice of critical care nurses. Journal of Advanced Nursing, 21: 492 - 497.
- Waters,E., Noyes, D.M.,Vaughn, B.E. & Ricks, M. (1985). Q-sort data definitions of social competence and self-esteem: discriminant validity of related constructs in theory and data. Devel. Psychol. 21, 508-522.
- Watson, J. (1985). Nursing. Human Science and Human Care, A Theory of Nursing. Norwalk, Conn: Appleton - Century Crofts.
- Watson, J. (1985). Nursing. The Philosophy And Science Of Caring. Colorado Associated University Press, USA.
- Weismann, A.D. & Worden J.W. (1976). The existential plight in cancer: significance of the first 100 days. Int J Psychiatry Med ; 7:1-15.
- White, M. B. (1972). Importance of selected Nursing Activities. Nursing Research . vol. 21.nr.1. 1972.

- Wilde, M, Starrin B., Larsson G., Larsson, M.(1993). Quality of Care from a Patient Perspective. Scand J Caring Science ; 7: 113 - 120.
- Widmark - Petersson, V., von Essen, L., Lindman, E., Sjøden, P.O.(1996). Cancer patient and Staff Perception of Caring vs. Clinical Care. Scand J Caring Sci.; 10: 227 - 233.
- Wolf, Z.R. (1986). The caring concept and nurse identified caring Behaviours. Topics In Clinical Nursing, 8 (2): 84- 93.
- World Medical Association. Declaration of Helsinki. Code of Ethics of the World Medical Association. In : Enger E, red. Kontrollerte kliniske forsøk(1996). Tillegg 2. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wright, B. A. (1960). Physical Disability - A psychological Approach. Harper and Row, New York.
- Øvretveit, J. (1990). Quality in Health Services. Brunel Institute of Organisation and Social Studies, The University of West London. Uxbridge, Middlesex, Research Report.

Til avdelingsoverlegen

**Onkologisk avdeling
5021 Haukeland Sykehus**

Bergen 14.01.96

Seksjon for sykepleievitenskap, Institutt for samfunnsmedisinske fag, henvender seg med dette til deg med søknad om å gjøre en studie som en del av en hovedfagsoppgave, blant pasienter innlagt på Onkologisk avdeling. Pasientpopulasjonen som ønskes undersøkt, er pasienter innlagt for palliativ behandling og pleie .

Studien vil bestå av en kartlegging av hva sykepleiere og pasienter mener er viktigst for opplevelsen av omsorg. Metoden er en survey der pasienter og sykepleierne blir bedt om å prioritere strukturerte utsagn om sykepleieres handlinger. Lignende undersøkelser med samme metode er tidligere gjort i USA og Sverige, men ikke i Norge.

Hensikten med studien er å finne ut hva pasientene prioriterer, og om sykepleierne og pasientenes prioriteringer samsvarer med hverandre . Dette er viktig ut fra et kvalitetssikringsperspektiv på den sykepleien som utføres for denne pasientgruppen. I forhold til opplevelse av kvalitet, er pasientenes forventninger av stor betydning.

For mer detaljerte opplysninger om prosjektet viser jeg til vedlagte prosjektplan. Dersom det er ønskelig , kan veileder og prosjektleder møte til samtale om prosjektet.

Dersom det blir gitt samtykke til at undersøkelsen blir utført , må dette foreligge skriftlig fra avdelingsoverlegen.

Vi imøteser et positivt svar.

Med vennlig hilsen

Margareth Bondevik
amanuensis/veileder

Kirsti Kvåle
hovedfagstudent

INFORMASJON OG FORESPØRSEL OM Å VÆRE MED I UNDERSØKELSE

Til deg som er pasient

Jeg er sykepleier og for tiden hovedfagstudent i sykepleievitenskap. Som en del av dette studiet skal jeg gjennomføre en undersøkelse. Jeg ønsker å gjøre en undersøkelse for å få mer kunnskap om hva dere som pasienter mener er viktigst av det sykepleierne gjør, for at dere skal oppleve omsorg i den tiden dere er innlagt på sykehus. Dette er viktig å vite for at vi sykepleiere skal kunne ivareta dere på best mulig måte.

Dersom du er villig til å være med, vil jeg be deg om å sortere 50 kort i forskjellige konvolutter. På kortene vil det være skrevet setninger som beskriver noe sykepleiere gjør. Det finnes ikke rette eller gale svar. Du skal prioritere hva du synes er viktig og mindre viktig. Jeg vil selv informere deg om hva du skal gjøre før selve utførelsen, og jeg vil hele tiden være tilstede slik at du kan spørre dersom det er noe du ønsker å vite mer om. Undersøkelsen er gjort i andre land tidligere, og har tatt ca. 40 minutter å utføre.

Dine svar vil være anonyme. Det vil ikke bli spurt etter navn eller fødselsdata, bare alder. Det er helt frivillig om du vil være med eller ikke. Dersom du ønsker å være med, men av ulike grunner vil å trekke deg senere, har du full anledning til det uten at dette vil ha noen konsekvenser for videre pleie og behandling.

Som prosjektleder har jeg taushetsplikt .

Du kan selv bestemme det tidspunkt som passer best til at undersøkelsen kan finne sted.

Enten du ønsker å delta eller ikke, ber jeg deg om å skrive under på vedlagte svarslipp og gi den til en sykepleier i avdelingen. Hun vil gi beskjed videre til meg. Dersom du ønsker å delta, vil jeg ta kontakt med deg .

Vennlig hilsen

Kirsti Kvåle
sykepleier/ hovedfagstudent

TAUSHETSERKLÆRING

Prosjekt: Hva er god omsorg i sykepleien ?

Prosjektleder: Kirsti Kvåle

Jeg erklærer med dette at alle opplysninger som kommer meg i hende i forbindelse med prosjektet vil bli behandlet konfidensielt. Opplysningene vil bli behandlet på en slik måte at det ikke vil være mulig for andre enn meg å trekke ut opplysninger som vil kunne tilbakeføres til bestemte personer. Det vil ikke bli ført kartotek over data som er personidentifiserbare.

Dato: _____
Underskrift prosjektleder

Dersom du ønsker å delta kan du skrive under her:

Jeg har lest “ Informasjonen og forespørsel om å delta i undersøkelse” og er villig til å delta. Deltagelsen er frivillig .Jeg kan når som helst trekke meg fra undersøkelsen. Jeg er kjent med taushetserklæringen ovenfor.

Dato: _____
Underskrift pasient / sykepleier

INFORMASJON OG FORESPØRSEL OM Å VÆRE MED I UNDERSØKELSE

Til sykepleier

Jeg er sykepleier og for tiden hovedfagstudent ved Seksjon for sykepleievitenskap, Institutt for samfunnsmedisinske fag. Som en del av dette studiet skal jeg gjennomføre en undersøkelse . Jeg ønsker å gjøre en undersøkelse for å få mer kunnskap om hva sykepleiere og pasienter mener er viktigst for opplevelsen av god omsorg, og i hvilken grad dette samsvarer med hverandre. Jeg henvender meg til deg med spørsmål om du vil være med.

Dersom du er villig til å være med, vil jeg be deg om å sortere 50 kort i konvolutter. På kortene vil det være skrevet utsagn om handlinger vi sykepleiere utfører i det daglig i forhold til våre pasienter. Du vil bli bedt om å prioritere utsagnene etter viktighet for omsorgen, slik du ser det.

Jeg vil informere om detaljene før utførelsen , og være tilgjengelig for spørsmål. Du kan velge om du vil utføre undersøkelsen hjemme eller I avdelingen.

Dine svar vil være anonyme. Jeg vil ikke spørre etter navn eller personnummer, bare alder. Som prosjektleder har jeg taushetsplikt.

Jeg vil be deg om å skrive under på vedlagte svarslipp enten du ønsker å være med eller ikke. Dette er et krav i følge retningslinjene for forskning.

Med vennlig hilsen

Kirsti Kvåle

hovedfagstudent/prosjektleder

1

PROSEDYRE

Du skal legge det kortet som beskriver det du mener er viktigst i konvolutt merket nr 1, og det som du mener er minst viktig i konvolutt merket nr 7.

Fire kort som beskriver det du mener er nest viktigst legger du i konvolutt nr . 2 og fire som beskriver det du mener er nest minst viktig i konvolutt nr 6.

10 kort som du mener beskriver det du mener er ganske viktig legges I konvolutt nr 3, og 10 kort som du mener ikke er så viktig i konvolutt nr 5.

20 kort som beskriver noe du mener Verken er viktig eller ikke viktig legges i konvolutt nr. 4.

OPPSUMMERING :

Konvolutt nr. 1: 1 kort: Viktigst

Konvolutt nr. 2 : 4 kort : Nest viktigst

Konvolutt nr. 3 : 10 kort : Ganske viktig

Konvolutt nr. 4 : 20 kort : Verken viktig eller ikke viktig

Konvolutt nr. 5 : 10 kort : Ikke så viktig

Konvolutt nr. 6 : 4 kort : Nest minst viktig

Konvolutt nr. 7 : 1 kort : Minst viktig

VEDLEDD 1

VEDLEGG 2

UTSAGNENE SOM VAR SKREVET PÅ KORTENE

A. Undergruppe (dimensjon) “tilgjengelig”

1. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren henvender seg ofte til deg uten at du har ringt, for å tilby f.eks. smertestillende medisin, ryggmassasje osv.
2. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren tilbyr seg å gjøre “ småting” for deg, som f. eks. hente en kopp kaffe, en avis osv. ?
3. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren gir deg medisin og behandling i rett tid ?
4. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er et at sykepleieren ser ofte til deg ?
5. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren kommer hurtig når du ringer ?
6. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren oppmuntrer deg til å ringe hvis det er noe du trenger hjelp til ?

B. Undergruppe (dimensjon) “forklarer og tilrettelegger”

7. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren opplyser deg om tilgjengelige støttesystemer, selvhjelp grupper, pasienter med lignende sykdommer (enkeltpersoner eller grupper osv.) ?
8. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren hjelper deg til ikke å føle deg “dum” ved å gi deg god nok informasjon ?
9. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren forteller deg i forståelig språk , det som er viktig å vite om din sykdom og behandling ?
10. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren lærer deg opp til å ta vare på deg selv, når dette er mulig ?
11. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg hvor viktig er det at sykepleieren foreslår spørsmål som du kan stille til legen ?
12. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren er ærlig om din tilstand ?

C. Undergruppe (dimensjon) “hjelpetiltak”

13. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren ordner med enkle hjelpetiltak, som rett belysning, støykontroll, riktig sengetøy osv. ?
14. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren oppmuntrer deg til å finne positive elementer i din tilstand og behandling f.eks. å bemerke at du nå har mindre kvalme, eller at du nå kan ta smertestillende midler selv ?
15. Hvor viktig er det at sykepleieren er tålmodig selv med “vanskelige” pasienter ?
16. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren er blid og positiv ?
17. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren setter seg ned med deg ?
18. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren berører deg når du trenger trøst ?
19. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren hører på deg?

20. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren snakker med deg ?
21. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren tar din familie eller andre som står deg nær med i omsorgen av deg ?

D: Undergruppe (dimensjon) “forventer”

22. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren er klar over at natten ofte er den vanskeligste tiden for deg, og planlegger måter å forbedre natten hvor dette er mulig, f.eks. utarbeider realistisk og praktisk tid for å ta sovemedisin, foreslår støttetiltak som ekstra puter, et avslappende bad osv. ?
23. For at skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren vet at du og din familie kan få sjokk over diagnosen, og planlegger muligheter for å snakke om det, hver for dere eller sammen?
24. For at du skal føle at du får god omsorg , hvor viktig er det at sykepleieren forstår når du er sliten og oppfører seg deretter, feks. ordner med at en undersøkelse blir tatt på en annen tid, begrenser de besøkende slik at du kan være for deg selv ?
25. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren er oppmerksom på dine behov og opptrer deretter, feks. gir medisin mot kvalme når du mottar behandling som antagelig vil gi kvalme ?
26. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren forventer at “første gangene” er verst og gir deg spesiell oppmerksomhet under første besøk på klinikken, første innleggelse, første behandling osv.?

E. Undergruppe (dimensjon) “fortrolige forhold”

27. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren når hun er sammen med deg, konsentrerer seg kun om deg
28. For at du skal føle at sykepleieren gir deg god omsorg, hvor viktig er det at hun fortsetter å interessere seg for deg selv om en krise eller kritisk fase i din sykdom er forbi ?
29. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren tilbyr deg alternativer når det gjelder avtaletider, stelletid osv.?

30. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren hjelper deg til å sette opp realistiske mål for deg ?
31. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren konfererer med deg om den beste tid til å snakke med deg om forandringer i din tilstand ?
32. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren kontrollerer at hun oppfatter deg riktig før noe settes igang (f.eks. om hun/han føler at du er urolig for behandlingen), og diskuterer det med deg før han/hun snakker med legen ?
33. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det sykepleieren hjelper deg til å klarlegge dine tanker om sykdom og behandling ?
34. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren forstår at du kjenner deg selv best og så godt som mulig tar deg med i planlegging og håndtering av din pleie ?
35. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren oppmuntrer deg til å stille spørsmål du måtte ha ?
36. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren setter deg som pasient først, samme hva som skjer ?
37. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren er blid og imøtekommende overfor din familie og andre som står deg nær ?
38. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren tillater deg å uttrykke dine følelser om din sykdom og behandling fullt ut, og behandler disse opplysningene konfidensielt ?
39. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren spør om hvilket navn (for - eller etternavn) du vil hun skal bruke ?
40. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren behandler deg på en konsekvent måte ?
41. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren blir personlig kjent med deg ?
42. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren presenterer seg og forteller deg hva hun gjør ?

F. Undergruppen (dimensjon) “overvåker og følger opp”

43. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren ser profesjonell ut, går i klær som viser hva hun er, og har navneskilt ?
44. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg hvor viktig er det at sykepleieren forvisser seg om avtaler som røntgen og andre behandlinger er realistiske i forhold til din tilstand ?
45. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren er velorganisert ?
46. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren kan gi sprøyter, intravenøst osv. og kan håndtere utstyr som intravenøst, sug osv. ?
47. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren er rolig ?
48. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren gir deg god fysisk pleie ?
49. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren passer på at andre vet hvordan du skal pleies ?
50. For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, hvor viktig er det at sykepleieren vet når legen må hentes ?