



# Etikk, demens og kvalitet i pleien

Gerd Sylvi Sellevold



LOVISENBERG  
diakonale høgskole

# Innhold

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>3</b>
1.1 Hensikt .....	3
1.2 Bakgrunn .....	3
1.3 Forskningsspørsmål .....	4
1.4 Rapportens oppbygning .....	5
<b>2.0 Prosjektets organisering, gjennomføring og pedagogiske tilnærminger</b> .....	<b>7</b>
2.1 Prosjektets mål og hensikt .....	7
2.2 Prosjektets aktiviteter .....	8
2.3 Prosjektgruppens sammensetning .....	9
2.4 Prosjektets pedagogiske tilnærminger .....	10
2.4.1 Undervisning og læring.....	10
2.4.2 Studiesirkelene .....	11
2.4.3 Bruk av etisk refleksjonsmodell .....	11
2.4.4 Litteraturstudier.....	13
2.4.5 Intensivkurs, avsluttende seminarer og temauke .....	14
<b>3.0 Yrkesmessig kompetanse innenfor demensomsorgen</b> .....	<b>16</b>
3.1 Konsekvenser av demenssykdom.....	16
3.2 Betingelser for faglig forsvarlig omsorg .....	16
3.2.1 Kommunikasjon .....	17
3.2.2 Samarbeid med pasient og pårørende om sykdommens utvikling.....	17
3.2.3 Individuell oppfølging og sykepleiedokumentasjon .....	18
3.2.4 Vurderinger når det gjelder bruk av tvang for å sikre faglig forsvarlighet.....	18
3.3 Å reflektere kritisk.....	18
3.3.1 Den kritisk reflekterte sykepleier.....	20
3.3.2 Kompetanse- og kvalitetsutvikling som mål for kritisk refleksjon.....	20
3.4 Utvikling av sykepleiernes kompetanse .....	21
3.4.1 Personlige egenskaper som en viktig del av sykepleierers kompetanse .....	21
3.4.2 Kunnskap.....	22
3.4.3 Ferdigheter .....	22
3.4.4 Motiver og holdninger .....	22
3.4.5 Faktorer som hindrer kompetent yrkesutøvelse .....	23
<b>4.0 Metodiske tilnærminger</b> .....	<b>25</b>
4.1 En endrende tilnærming inspirert av aksjonsforskning.....	25
4.1.1 Aksjonsforskning .....	25
4.1.2 Aksjonslæring .....	27
4.2 Strategisk utvalg .....	27
4.3 Kvalitative data .....	27
4.3.1 Feltnotater og referater fra arbeidet i studiesirkelene.....	28
4.3.2 Fokusgruppeintervju .....	28
4.3.3 Analysen av datamaterialet .....	29
4.4 Metodiske utfordringer og refleksjoner .....	31
4.4.1 Troverdighet .....	31
4.4.2 Bekreftbarhet .....	32
4.4.3 Pålitelighet .....	33
4.4.4 Overførbarhet .....	33
4.4.5 Pragmatisk validitet .....	33
4.4.6 Nordetikk-prosjektet sett i lys av aksjonsforskning og aksjonslæring .....	34
4.4.7 Nordetikk-prosjektet som et kompetanse- og	

kvalitetsutviklingsprosjekt .....	35
4.4.8 Forskningsetiske refleksjoner .....	37
<b>5.0 Framstilling og drøfting av funn knyttet til deltakernes forståelse av faglig forsvarlig omsorg for pasienter med demens .....</b>	<b>38</b>
5.1 Faktorer som må ligge til grunn for faglig forsvarlig omsorg for pasienter med demenssykdommer .....	38
5.1.1 Kommunikasjon og samhandling .....	38
5.1.2 Utredning ved mistanke om demenssykdom .....	39
5.1.3 Et kritisk blikk på tvang og rettighetsbegrensninger .....	40
5.1.4 Støtte til pårørende .....	41
5.1.5 Behovet for meningsfull aktivitet .....	41
5.1.6 Kvalitet og kontinuitet i omsorgen for pasienter med demens .....	41
5.1.7 Tilbud om kompetanseutvikling til ansatte innenfor demensomsorgen .....	42
5.2 Satsningsområder for kvalitetsutvikling på deltakernes arbeidsteder .....	43
<b>6.0 Framstilling og drøfting av funn knyttet til utvikling av yrkesmessige kompetanse .....</b>	<b>44</b>
6.1 Utvikling av etisk bevissthet .....	44
6.1.1 Betydningen av etisk refleksjon .....	44
6.1.2 De etiske problemstillingene .....	45
6.2 Kunnskap .....	46
6.3 Yrkesspesifikke ferdigheter .....	47
6.4 Personlig kompetanse .....	48
6.4.1 Større åpenhet .....	48
6.4.2 Større faglig selvtilitt .....	49
<b>7.0 Framstilling og drøfting av funn knyttet til læringsaktivitetenes bidrag til kompetanseutvikling .....</b>	<b>50</b>
7.1 Problemstillinger fra eget arbeidssted .....	50
7.2 Litteraturstudier, kurs og seminarer .....	50
7.3 Bruk av en etisk refleksjonsmodell .....	51
7.4 Kritisk refleksjon .....	52
7.4.1 Etisk refleksjonsmodell som redskap i utviklingen av kritisk refleksjon .....	53
7.4.2 Studiesirkelen som læringsarena .....	54
<b>8.0 Konklusjon .....</b>	<b>55</b>
<b>Litteratur .....</b>	<b>56</b>

#### **Figurer:**

Figur 1. Oversikt over aktiviteter i Nordetikk I .....	8
Figur 2. Oversikt over aktiviteter i Nordetikk II .....	8
Figur 3. Deltakere i Nordetikk I og II .....	9

## 1.0 Innledning

I denne rapporten vil jeg gjøre rede for mitt arbeid innenfor et nordisk prosjekt knyttet til utvikling av yrkesmessig kompetanse og etisk bevissthet hos sykepleiere og hjelpepleiere som arbeider innenfor demensomsorgen. Den delen av prosjektet som framstilles og diskuteres her har strukket seg over 1 ½ år og er et samarbeidsprosjekt mellom nordiske land. I tillegg til at prosjektet var et internasjonalt prosjekt, var det også et samarbeidsprosjekt mellom utdanningsinstitusjon og praksisfelt. Aktivitetene i prosjektet hadde fokus på å utvikle de deltakende utdanningenes undervisningsplaner når det gjelder etikk, demensomsorg og kvalitetsutvikling. Samtidig var fokuset kvalitetsutvikling i praksisfeltene gjennom å utvikle deltakernes etiske bevissthet og yrkesmessige kompetanse. En av antakelsene var at et tettere samarbeid mellom utdanning og arbeidsliv ville bidra til å utvikle kvaliteten både innenfor utdanning og praksisfelt. Forskningsspørsmålene som ble utviklet var derfor rettet både mot praksisfelt og utdanning. Yrkesmessig kompetanse er et fellesanliggende for utdanning og praksis. I praksisfeltet er både arbeidsgiver og den enkelte ansatte ansvarlig for å inneha den nødvendige kompetanse til å utøve faglig forsvarlig omsorg for pasienter med demens og deres pårørende (Lov om helsepersonell mv av 2. juli 1999 nr. 64). Utdanningen på sin side har som oppgave å utdanne sykepleiere som innehar den nødvendige kompetansen.

Lovisenberg diakonale høyskole (LDH) har *omsorg og nestekjærlighet* som kjerneverdier og fokuserer sitt virke på sårbare og underprioriterte grupper. Høgskolen ønsket også å videreutvikle de kontakter og det samarbeidet som allerede finnes i regi av Nordpluss (LDH, 2001 – 2005). Det var derfor naturlig for undertegnede å takke ja til invitasjonen om å delta i et nordisk etikkprosjekt med fokus på omsorg for pasienter med demenssykdommer og deres pårørende, og jeg har vært og er fortsatt prosjektleder for den norske delen av Nordetikk-prosjektet ”Etikk, demens og kvalitet i pleien”.

Den første delen av prosjektet, Nordetikk I, startet høsten 2002 i form av et nettverkssamarbeid mellom Yrkeshøgskolan Sydväst, Ekenäs i Finland, Blekinge Tekniske høyskole, Karlskrona i Sverige og LDH. Prosjektet er delfinansiert gjennom midler fra Nordplus. Prosjektet ble videreført – ’Nordetikk II’ – studieåret 2003/2004, og eksisterer fortsatt og er inne i sitt femte og avsluttende år i og med ’Nordetikk V’. Innholdet i denne rapporten omhandler de to første årene av prosjektet (Nordetikk I og II), og det er den norske delen av arbeidet som i første rekke vil stå i fokus her.

### 1.1 Hensikt

Hensikten med prosjektet var først og fremst å bidra til kvalitet og kvalitetsutvikling innenfor demensomsorgens utvikling av deltakernes etiske bevissthet og yrkesmessige kompetanse.

Prosjektets hensikt er tredelt:

1. skape møteplasser mellom studenter, praksisveiledere og lærere for å utvikle samarbeidet mellom utdanning og arbeidsliv,
2. redusere den avstanden som kan oppleves mellom teori og praksis,
3. utvikle de deltakende utdanningenes undervisningsplaner når det gjelder etikk, demensomsorg og kvalitetsutvikling.

### 1.2 Bakgrunn

Antallet eldre over 80 år i Norge vil øke betydelig i perioden 1998-2020. Andelen eldre over 90 år vil øke med 50 % i samme periode, en demografisk utvikling en også ser i Norden for

øvrig (Fryjordet 2004). Med økende alder følger økende helsesvikt. Ikke minst gjelder dette demensrelaterte sykdommer, der forekomsten øker med økende alder fram til 90 år, for så å flate ut eller synke. Antallet personer med demenssykdommer var i Norge estimert til 65.000 i 2002, og man forventer nærmere 10.000 nye tilfeller pr. år i årene framover (Engedal og Haugen 2004). Nyere anslag indikerer at 77 % av pasientene i sykehjem har en demenslidelse (Engedal m fl 2002).

Eldre pasienter har gjerne et komplekst sykdomsbilde med ukarakteristisk symptomatologi, multimorbiditet og polyfarmasi med tilhørende bivirkninger. Når det gjelder utredning og diagnostisering kan det være vanskelig å skille mellom sykdom og normale aldersforandringer. Ved kognitiv svikt foreligger ofte språkproblemer som gjør diagnostisering, pleie og behandling ytterligere problematisk. Dette stiller store krav til kompetanse i form av kunnskap, holdninger og etisk refleksjon hos helsepersonell som arbeider innenfor demensomsorgen. Demenssykdom og påfølgende funksjonssvikt gjør mennesker med demens avhengige av hjelp fra andre, noe som kan skape sårbarhet i omsorgssituasjoner og true deres integritet og selvbestemmelse (Engedal og Haugen 2004, Wogn-Henriksen 2004). Nyere undersøkelser viser at det blant annet er utstrakt bruk av tvang i norske sykehjem (Kirkevold 2005, Engedal m.fl. 2002).

Den økende gruppen av pasienter med demens representerer en utfordring for samfunnet både når det gjelder det nødvendige antall helsepersonell og ikke minst helsepersonellens kompetanse. Samtidig viser det seg å være vanskelig å rekruttere sykepleiere til eldreomsorgen (Bergland og Lærum 2002). Fryjordet (2004) refererer til undersøkelser som både viser mangel på sykepleiere og ustabil bemanning i sykehjem. Til tross for at antallet sykepleiere i Norge har økt med 50 % de siste 10 årene, har dette ikke ført til forbedringer av pleiesituasjonen i sykehjem. I perioder, eksempelvis i ferier, kan 50 % eller mer av personalet være ufaglærte. Engedal m.fl. (2002) tar utgangspunkt i norske og internasjonale undersøkelser og beskriver forekomst og årsakssammenhenger relatert til bruk av tvang. Resultatene viser at den viktigste sammenhengen når det gjelder bruk av tvang og det miljøet pasienten lever i, er pleiernes utdanning, kompetanse og (manglende) kunnskap om konsekvenser av bruk av tvang og mulige alternativer til bruk av tvang. Det ser også ut til å være mindre bruk av tvang i avdelinger med høy pleiebemanning.

### **1.3 Forskningsspørsmål**

Overordnede forskningsspørsmål som man søkte å besvare allerede i utformingen av prosjektet, og videre gjennom hele prosjektperioden var:

1. Hva må ligge til grunn for faglig forsvarlig omsorg for pasienter med demenssykdommer?
2. Hva slags yrkesmessig kompetanse trenger sykepleiere (og hjelpepleiere) for å kunne utøve faglig forsvarlig omsorg for pasienter med demenssykdommer?
3. Hvilke etiske problemstillinger opplever sykepleiere og hjelpepleiere i møtet med pasienter med demens, og hvilke fellestrekk framsto i sykepleiernes refleksjon rundt disse problemstillingene?
4. Hvilken betydning har sykepleiere og hjelpepleieres evne til etisk refleksjon for deres utøvelse av faglig forvarlig omsorg for pasienter med demens og deres pårørende?

Det neste forskningsspørsmålet ble formulert ut fra prosjektets fokus på også å utvikle utdanningens undervisningsplaner med tanke på etikk, demensomsorg og kvalitetsutvikling:

5. Bidro deltakelse i prosjektet til utvikling av sykepleiernes etiske bevissthet og yrkesmessige kompetanse, og hvordan bidro de valgte læringsaktivitetene til denne utviklingen?

I arbeidet med å avklare begrepene: *refleksjon* og *kritisk tenkning* eller *kritisk refleksjon* og i analysen av det skriftlige datamaterialet, framsto i tillegg de følgende forskningsspørsmålene (se 3.4 ):

6. Hvordan bidrar utvikling av evnen til kritisk refleksjon til utvikling av yrkesmessig kompetanse hos sykepleiere og hjelpepleiere som arbeider innenfor demensomsorgen?
7. Kan bruk av en etisk refleksjonsmodell bidra til utvikling av sykepleieres evne til kritisk refleksjon?

## 1.4 Rapportens oppbygning

I kapittel 2 presenteres og diskuteres prosjektet i form av aktuelle rammer og pedagogiske tilnærminger. Jeg presenterer faglig innhold i forbindelse med kurs, seminarer og litteraturstudier som en del av den pedagogiske tilnærmingen. Dette representerer et av svarene på spørsmålet om hva slags yrkesmessig kompetanse sykepleiere og hjelpepleiere trenger for å kunne utøve forsvarlig omsorg for pasienter med demens.

I kapittel 3 gjøres det rede for pasienter med demens og deres behov for faglig forsvarlig og omsorgsfull pleie og behandling. Når jeg bruker betegnelsen pasient, mener jeg personer med demens som får helsehjelp. I Lov om helsepersonell mv av 2. juli 1999 nr. 64 defineres helsehjelp som ”enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende formål og som utføres av helsepersonell” (s.1). Jeg belyser også pårørendes viktige rolle når det gjelder omsorg for pasienter med demens. I rapporten brukes betegnelsen sykepleiere og hjelpepleiere, men også pleiepersonell. Når jeg bruker betegnelsen pleiepersonell, mener jeg ansatte i sykepleietjenesten hvor sykepleier er faglig ansvarlig leder. I det kapittelet gjøres det også rede for innholdet i kompetansebegrepet, spesielt relatert til den handlingskompetanse helsepersonell må ha for å utøve faglig forsvarlig omsorg for pasienter med demens samt hvordan kritisk refleksjon kan bidra til å utvikle denne. Presentasjonen tar utgangspunkt i fag- og forskningslitteratur som omhandler pasienter med demens, hva som er faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp til denne pasientgruppen, kritisk refleksjon og kompetansebegrepet.

Prosjektets metodiske tilnærminger presenteres i kapittel 4. Her diskuteres også metodiske utfordringer og refleksjoner.

I kapittel 5 framstilles og diskuteres det som man i denne fasen av prosjektet kom fram til representerer faglig forsvarlig omsorg for pasienter med demens. Indirekte besvares også her spørsmålet om hva slags yrkesmessig kompetanse sykepleiere og hjelpepleiere trenger for å kunne utøve forsvarlig omsorg for pasienter med demens.

Svaret på spørsmålet om deltakelse i prosjektet bidro til å utvikle deltakernes yrkesmessige kompetanse, framstilles og diskuteres i kapittel 6. Her gjøres det også rede for de aktuelle problemstillingene som deltakerne opplevde i møtet med pasienter med demens. Jeg framstiller også deltakernes forståelse av betydningen av etisk refleksjon.

I kapittel 7 framstilles og diskuteres funn relatert til hvilke læringsaktiviteter som bidro til utvikling av deltakernes yrkesmessige kompetanse.

Som en del av konklusjonen i kapittel 8, gjøres det rede for hvordan erfaringene fra prosjektet kan videreføres til sykepleierutdanning og praksisfelt og bidra til å utvikle

handlingskompetansen hos sykepleierstudenter, sykepleiere og andre yrkesgrupper som arbeider innenfor demensomsorgen.

## 2.0 Prosjektets organisering, gjennomføring og pedagogiske tilnærminger

I dette kapitlet beskrives prosjektets organisering og gjennomføring. Prosjektets pedagogiske tilnærminger beskrives og diskuteres.

### 2.1 Prosjektets mål og hensikt

Som beskrevet innledningsvis var hensikten med prosjektet:

1. å bidra til kvalitet og kvalitetsutvikling innenfor demensomsorgen gjennom å utvikle deltakernes etisk bevissthet samt yrkesmessige og kulturelle kompetanse.
2. å utvikle de deltakende utdanningenes undervisningsplaner når det gjaldt etikk, demensomsorg og kvalitetsutvikling.
3. å utvikle samarbeidet mellom utdanning og arbeidsliv og redusere den avstanden som kan oppleves mellom teori og praksis.

Det var et overordnet mål at deltakerne fikk økt kunnskap om demens fra ulike vitenskapelige perspektiv – etisk, sykepleievitenskapelig, medisinsk og sosialpedagogisk – for å kunne tilpasse en god helhetlig omsorg. For å oppnå prosjektets mål og hensikt, ble følgende delmål styrende for utformingen av prosjektet:

1. Mål innenfor etikk
  - a. Kartlegge etiske dilemma innenfor demensomsorgen
  - b. Bli bevisst på å reflektere over betydningen av etisk tilnærming i demensomsorgen
  - c. Analysere kulturelle aspekter av etisk tilnærming i de ulike deltakerland
  - d. Sammenlikne kulturelle likheter og ulikheter i omsorgsetikken og reflektere over ulikhetenes innvirkning på omsorgen.
2. Mål innenfor kvalitet
  - a. Utvikle og utprøve ulike kartleggingsmetoder innen demensomsorgen, samt tilpasse og implementere relevante metoder som basis for kontinuerlig kvalitetsutvikling
  - b. Få kunnskap om Dementia Care Mapping som en ny metode for å utvikle kvaliteten innom demensomsorgen.
3. Mål innenfor teori og praksis
  - a. Øke samarbeidet mellom utdanning og arbeidsliv og redusere avstanden mellom teori og praksis for dermed å kunne forbedre kvaliteten i omsorgen.
4. Mål innenfor utdanning
  - a. Utvikle felles retningslinjer for de nordiske undervisningsplanene innenfor etikk, demensomsorg og kvalitetsutvikling
  - b. Utvikle et nettbasert kurs i demensomsorg som både studenter og omsorgspersonell kan benytte
  - c. Utvikle deltakernes IKT-kompetanse
  - d. Oppmuntre deltakerne fra arbeidslivet til livslang læring.



I denne rapporten beskrives og drøftes ikke resultatene i forhold til delmål 1 c og d og delmål 4 a, b og c. På grunn av begrensede midler fra Nordplus til Nordetikk II, har vi ikke fått arbeidet tilstrekkelig med disse delmålene før i senere faser av prosjektet. De vil derfor komme med i neste prosjektrapport.

## 2.2 Prosjektets aktiviteter

Alle delprosjektene har hatt en styringsgruppe som har bestått av en lærerrepresentant fra hver høyskole samt prosjektkoordinator, gjennom hele perioden. Undertegnede representerte LDH. På planleggingsmøtet som innledet hver prosjektperiode, ble prosjektets organisering, forskjellige aktiviteter og det faglige innholdet i de planlagte intensivkursene diskutert. På det nasjonale plan ble det i tillegg holdt prosjektrelaterte forelesningsdager. Det faglige innholdet for disse ble avgjort ved den enkelte høyskole. Deltakerne i prosjektet bidro stadig mer aktivt i bestemmelsen av det faglige innholdet på kurs og seminarer. Deltakernes forståelse av hva slags kunnskap som er nødvendig for å utøve faglig og forsvarlig omsorg for pasienter med demens samt deres forståelse av de etiske problemstillingene, avgjorde ofte valg av tema.

Figur 1. Oversikt over aktiviteter Nordetikk I, "Etikk, demens og kvalitet i pleien"

<b>Tidspunkt</b>	<b>Aktiviteter</b>
September 2002	Styringsgruppen møtes i Stockholm
Oktober og november 2002	Planleggingsfasen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faglig innhold på Intensivkurset</li> <li>▪ Rekruttering av deltakere fra utdanning og arbeidsliv</li> </ul>
Desember 2002–september 2003	7 Regionale studiesirkler
16–18 januar 2003	Intensivkurs i Stockholm
Februar 2003	Som et alternativ til Nasjonal forelesningsdag fikk arbeidslivsrepresentantene tilbud om å delta på Temauke om demens i Videreutdanningen i Aldring og eldreomsorg
10–11. oktober 2003	Avsluttende seminar i Oslo
11 oktober 2003	Møte i styringsgruppen. Oppsummering/evaluering

Figur 2. Oversikt aktiviteter i Nordetikk II, "Etikk, demens og kvalitet i pleien"

<b>Tidspunkt</b>	<b>Aktiviteter</b>
Oktober 2003	Oslo: Styringsgruppen planlegger videreføringen av prosjektet
November 2003-Juni 2004	6 Regionale studiesirkler
10–12. Juni 2004	Avsluttende møte i Ekenäs
11. Juni 2004	Møte i styringsgruppen. Oppsummering/evaluering

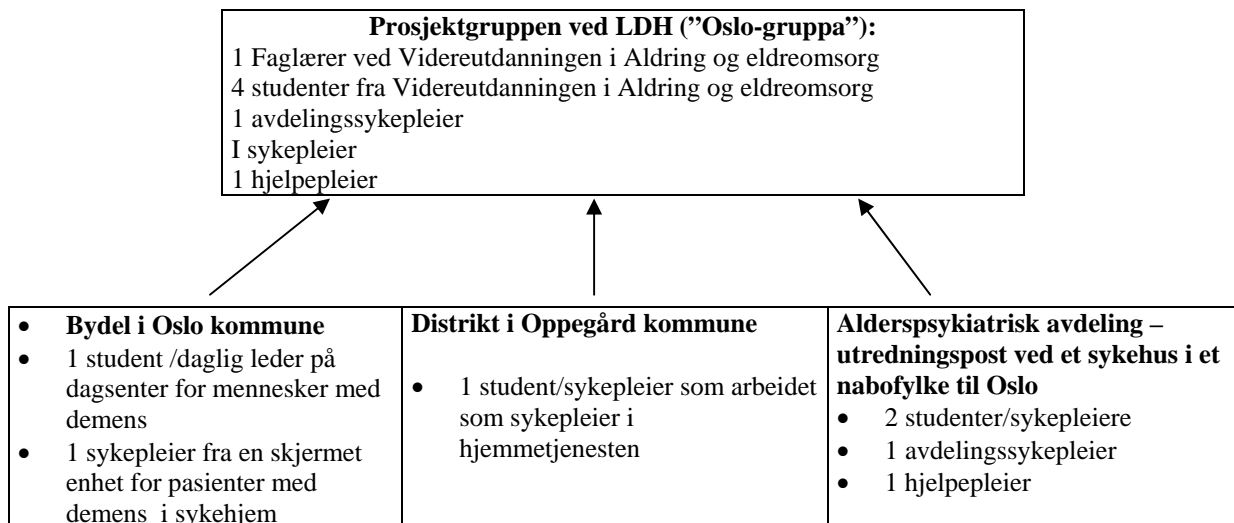
## 2.3 Prosjektgruppens sammensetning

Etter møtet i styringsgruppen i september 2002, startet arbeidet med å rekruttere studenter og arbeidslivsrepresentanter til prosjektet. Ved oppstarten av prosjektet var undertegnede både prosjektansvarlig for 'Oslo-gruppa' og fagansvarlig lærer ved Videreutdanningen i Aldring og eldreomsorg ved LDH, en deltidsutdanning for sykepleiere over to år som ga 60 studiepoeng.

De videreutdanningsstudentene som hadde valgt "Arbeid med aldersdemente og deres pårørende" som fordypningstema i sin utdanning, fikk informasjon om prosjektet i sin andre teoriuke i slutten av oktober 2002. Studentene ble oppfordret til å diskutere en eventuell prosjektdeltakelse med arbeidsgiver og samtidig videreformidle tilbudet til kollegaer. Det ble også informert om at det var ønskelig å rekruttere deltakere fra forskjellige deler av omsorgs- og behandlingsskjeden.

Flere av studentene og deres arbeidsgivere viste interesse. Prosjektgruppen ble etablert og bestod av to videreutdanningsstudenter som arbeidet med utredning av pasienter med demens innenfor 2. linjetjenesten, samt en avdelingssykepleier og en hjelpepleier ved denne avdelingen, en videreutdanningsstudent som arbeidet som leder på et dagsenter for mennesker med demens i en bydel i Oslo, en sykepleierkollega fra en skjermet enhet for aldersdemente i samme bydel og en fjerde videreutdanningsstudent som arbeidet i hjemmetjenesten i en annen kommune. Alle deltakerne var kvinner. Alle hadde lang erfaring fra pleie-, omsorg- og behandlingstjenesten til personer med demens. Selv innehadde jeg flere roller gjennom prosjektperioden: jeg var prosjektleder, sykepleier med videreutdanning i eldreomsorg, høgskolelektor og faglærer på Videreutdanningen i Aldring og eldreomsorg. Prosjektgruppen rakk å ha et oppstartende møte det før første transnasjonale intensivkurset som ble avholdt i Stockholm i januar 2003.

Figur 3. Deltakere i Nordetikk I og II



## 2.4 Prosjektets pedagogiske tilnærminger

Hovedmålet i prosjektet var å utvikle deltakernes etiske bevissthet og yrkesmessige kompetanse, noe som i følge Zhang m fl. (2001) kan gjenspeiles i hvordan de bruker sin kunnskap og sine ferdigheter, egenskaper, motiver og holdninger i møte med pasienter med demenssykdommer og deres pårørende. Innledningsvis i dette kapittelet gjør jeg rede for det synet på undervisning og læring som prosjektet ses i lys av, før jeg beskriver og diskuterer de valgte pedagogiske tilnærmingene.

### 2.4.1 Undervisning og læring

Dalin (1999 s. 31) definerer læring som ”de prosesser som fører til at den enkelte utvikler eller endrer egen kompetanse, eventuelt styrker eller endrer egne mønstre”. Med mønstre mener forfatteren de måtene vi vanligvis tenker og reagerer på, og de arbeidsvaner og kontaktformer som preger oss. Säljö (2001) forklarer læring som de erfaringene en person gjør i ulike situasjoner og hvilke oppfattelser, tolkninger og handlingsmønstre han tar med seg videre til andre kontekster. Å lære betyr derfor å kunne ta vare på erfaringer, kunnskap og ferdigheter og benytte dem i framtidige sammenhenger.

Säljö (2001) forstår pedagogikk som de praktiske metodene som skal skape læreprosesser. Undervisning betyr å legge til rette for læring ved å skape situasjoner som fremmer læring (Wilhelmsen 2000). I forbindelse med veilederutdanning i begynnelsen av 90-tallet, fikk jeg erfaring med konfluent pedagogikk. I følge Grendstad (1990 s. 233) betyr *konfluent* ”å bringe sammen til en helhet”. Konfluent pedagogikk er derfor en arbeidsmetode hvor hensikten er at intellektuelle, emosjonelle og psykomotoriske prosesser i undervisning, læring og veiledning flyter sammen mot et bevisst valgt mål. Konfluent pedagogikk legger vekt på læring gjennom erfaring. Samtidig med intellektuelle og fysiske aktiviteter i læringen, er det også et mål å komme i kontakt med og bli kjent med følelser og kroppsreaksjoner som stoffet og arbeidet med stoffet vekker. Man lærer gjennom å ’oppdage’ stoffet og meningen med stoffet, både intellektuelt, følelsesmessig og praktisk, og lærerens ansvar er å legge til rette for den lærendes ’oppdagelsesreise’. Å oppdage er en subjektiv prosess samtidig som man lærer i samspill med hverandre. Det gis plass til å arbeide med problemstillinger eller oppgaver både individuelt og i grupper i tillegg til at læreren gjennomgår det aktuelle stoffet.

Også ut fra et sosiokulturelt perspektiv på læring vektlegges det at kunnskap og ferdigheter konstrueres gjennom kommunikasjon og samhandling. Læringen er knyttet til den fysiske og sosiale konteksten den foregår i. Etablering av relasjoner, interaksjon og samhandling er også her grunnleggende faktorer (Dyste 2001, Säljö 2001).

Mezirow (2000) beskriver det han kaller ’den frigjørende utdannelsen’, der formålet er å hjelpe studentene med å utfordre sine forutinntattheter, utforske alternative perspektiver, endre gamle forståelsesmåter og handle ut fra nye perspektiver. Forfatteren beskriver en utdanningsinstitusjon som setter fokus på å utvikle studentenes evne til kritisk refleksjon i tråd med samfunnets krav om bevisste, reflekterte og endringsvillige sykepleiere. Både innenfor sykepleierutdanning og praksisfelt må det vises vilje til å ha et kritisk blikk på egen og andres praksis og de systemer og rammer vi handler innenfor for stadig å utvikle den til det bedre.

Prosjektet hadde fokus både på utvikling av studenters, sykepleieres og lærers kompetanse og kvalitetsutvikling innenfor demensomsorgen. Fuglestad (1997) beskriver hvordan praksis kan være grunnlag for utvikling av ny teori. Han hevder også at når vi reflekterer underveis og holder fast på målet om en bedre og riktigere måte å handle på, blir kunnskap i handling nyskapende i stedet for gjenskapende. Kunnskap i handling er ikke konfliktfri og bør alltid ha et element av tvil i seg, og i et arbeidsmiljø må man kunne uttrykke tvilen gjennom å reflektere kritisk over fag og etikk (Hummelvoll 2003).

Resultater av studier viser at sykepleiere ofte er direkte handlingsfokuserte heller enn kritiske reflekterende når de står overfor problematiske situasjoner i praksis (Chenoweth, 1998, Boney and Baker 1997). Både strukturelle rammer og manglende kompetanse i daglige møter med problemstillinger av etisk karakter, kan hindre sykepleiere i å utøve faglig og etisk forsvarlig omsorg for pasienter med demens. Utfordringen i prosjektet var å skape situasjoner som bidro til at deltakerne kunne gjøre erfaringer i forhold til egne oppfatninger, tolkninger og handlingsmønstre og på denne måten utvikle sin yrkesmessige kompetanse og dermed deres bidrag til kvalitetsutvikling i det praksisfeltet de var en del av.

## 2.4.2 Studiesirkelene

I det moderne samfunn løses kompliserte oppgaver i fellesskap, og løsningene kommer individene til gode. Tenkningen innenfor et fellesskap er et resultat av flere personers samhandling. Aktiv meningsutvikling, klare mål og presise tilbakemeldinger utvikler ofte gruppedeltakernes læringsmotivasjon. Samtidig spiller gruppesammensetningen med hensyn til den enkeltes kompetanse, en viktig rolle for læringsmotivasjonen (Manger 2000). Kommunikasjon og interaksjon står sentralt både innenfor et konfluent og et sosiokulturelt perspektiv på læring, og arbeid i grupper skaper møteplasser for å utveksle kunnskap og erfaringer. Som jeg vil komme tilbake til (jf 3.2.1), fordrer kritisk refleksjon at man hjelper hverandre til å oppdage og forstå gjennom de spørsmålene man stiller hverandre. I følge Fook m fl. (2006) er et respektfullt og trygt gruppeklime viktig hvis man skal tørre å utfordre gamle ideer og prøve nye gjennom kommunikasjon og dialog.

I løpet av begge prosjektperiodene møttes deltakerne i Oslo-gruppen til sammen 13 ganger à tre timer i en felles studiesirkel. Første møte ble avholdt i desember 2002. Målet for dette første møtet var å bli kjent med hverandre og tydeliggjøre forventninger og gruppenormer. Arbeidet i studiesirkelene bestod i å:

- reflektere kritisk rundt etiske problemstillinger fra deltakernes arbeidssted
- framskaffe, reflektere og diskutere innholdet i aktuell litteratur som kunne belyse de aktuelle problemstillingene
- reflektere over hva som må ligge til grunn for faglig forsvarlig omsorg for pasienter med demenssykdommer
- identifisere og velge ut aktuelle satsningsområder for kvalitets- og fagutvikling på deltakernes eget arbeidssted

Møtene i studiesirkelene foregikk delvis på høgskolen og delvis ute i praksisfeltet. Som prosjektleder deltok jeg ikke i det kliniske feltet, og innenfor rammen av prosjektets hensikter og mål var det de øvrige deltakerne som brakte de aktuelle problemstillingene inn i gruppen.

## 2.4.3 Bruk av etisk refleksjonsmodell

Jeg forstår begrepet etisk bevissthet som evnen til å reflektere kritisk over egne motiver og holdninger i møte med andre. Refleksjonen må ha fokus på alle de tre holdningskomponentene som Bunkholdt (2002) beskriver: *tankekomponenten*, *følelseskomponenten* og *den atferdsmessige komponenten*. Jormsri m fl. (2005 s. 586) definerer moralsk kompetanse som:

”the ability or capacity of a person to recognize their feelings as they influence what is good or bad in particular situations, and then to reflect on these feelings, to make their decision, and to act in a way that brings about the highest level of benefit for patients”.

Her mener jeg forfatteren setter fokus på viktigheten av at sykepleiere reflekterer kritisk over egne følelser og beveggrunner for sin utøvelse av sykepleie i forskjellige situasjoner, slik at denne blir til det beste for pasienten. I denne sammenhengen anses etisk bevissthet som en viktig del av sykepleieres yrkesmessige kompetanse, og utvikling av deltakernes etiske bevissthet ble sett på som en viktig forutsetning for å utvikle praksis. Utvikling av etisk bevissthet og yrkesmessig kompetanse fordrer læring. Säljö (2001, s. 155) forklarer læring som: ”å bli delaktig i kunnskaper og ferdigheter og å evne og bruke dem på en produktiv måte innenfor rammen av nye sosiale praksiser og virksomhetssystemer”. I følge Havnes (2000) er undervisning å legge til rette for læring gjennom å organisere og strukturere former for deltakelse og meningsdannelse.

Det finnes flere modeller som gir retning for etisk refleksjon innenfor helsetjenestene. Med bakgrunn i prosjektets hensikter og mål og forfatterens tidligere erfaringer fra slik arbeid, ble en praktisk orientert modell for etisk refleksjon og handling (Aadland 1998, s.184-195) benyttet som ramme for gruppens kritiske refleksjon. Denne modellen består av fire elementer som omhandler *Forforståelse, analyse, handlingsalternativ og handling*.

### **I Forforståelse:**

1. Fortell om situasjonen og hva som er vanskelig. Formuler problemet, skal jeg gjøre A eller B?
2. Beskriv hvem som er de involverte parter
3. Skriv ned hvilke åpne personlige, faglige og sosiale verdier og normer som preger problemeieren og andre involverte parter i møtet med situasjonen.
4. Skriv ned hvilke skjulte verdier som kan prege problemeieren og andre involvere parter i møtet med situasjonen
5. Ranger og prioriter egne og andres verdier i forhold til situasjonen

### **II Analyse:**

1. Hvilken type bakgrunnskunnskap og verdier gir faglitteratur, media, offentlige debatter etc uttrykk for når det gjelder tilsvarende situasjoner?
2. Hvordan kan situasjonen forstås ut fra forskjellige etiske teorier?

### **III Handlingsalternativ:**

1. Hvilke mulige handlingsalternativer finnes? Hvilke mulige konsekvenser kan de forskjellige handlingsalternativene få for de ulike involverte parter?
2. Ranger handlingsalternativene. Hvilke av disse tar best vare på de verdiene som er høyest prioritert?

### **IV Handling:**

1. Planlegg og iverksett det valgte handlingsalternativet
2. Evaluerer den aktuelle prosessen og resultatene

På samme måte som ved kritisk refleksjon, bidrar anvendelsen av modellen til forståelse og avklaring gjennom en dialog mellom den som eier problemet og andre gruppedeltakere som får rollen som veiledere gjennom å stille oppklarende spørsmål. Å arbeide sammen om å oppdage og utfordre egne og andres antagelser står sentralt når det gjelder kritisk refleksjon. På samme måte bidrar bruken av refleksjonsmodellen til innsikt i egen forforståelse og de forutsetninger som preger fortolkning og valg av handlingsalternativ i konkrete situasjoner.

En av mine forforståelser ved oppstarten av prosjektet, var at personlige egenskaper er en viktig del av helsepersonells yrkesmessige kompetanse generelt og moralske kompetanse

spesielt. Den valgte refleksjonsmodellen har nettopp som mål å bidra til utvikling av personlige egenskaper som personlig trygghet, fleksibilitet og en åpen holdning (Aadland 1998, s. 194). Utvikling av disse egenskapene kan også redusere faren for moralsk stress hos helsepersonell (Bolmsjö 2006, Woods 2005, Corley 2005, Hamric 2000).

Faglitteratur (Almberg og Jansson 2002) og egne erfaringer tilsier at pårørende til pasienter med demenssykdommer ofte er direkte involverte i situasjoner som representerer etiske problemstillinger i omsorgen for denne pasientgruppen. Den valgte modellen har også en styrke i måten den ivaretar perspektivet og interessen til alle involverte parter som berøres av konsekvensene av valgte handlingsalternativer.

Refleksjonsmodellen ble i tråd med Aadlands (1998) intensjon, benyttet som et rammeverk som skulle åpne for fri refleksjon og assosiasjon og dermed bidra til nye perspektiver og justeringer underveis, og ikke som en lineær form. Forfatteren beskriver hvordan han som veileder ofte har opplevd at problemeieren kom fram til hva som var det beste handlingsvalget i arbeidet med sin egen forforståelse. Vi gjorde den samme erfaringen i prosjektet.

Moralsk stress kan også oppstå når sykepleiere er inneforstått med hva som er den beste løsningen samtidig som denne løsningen ikke kan iverksettes på grunn av organisatoriske hindringer (Bolmsjö 2006, Woods 2005, Corley 2005, Hamric 2000). På denne måten påvirker strukturelle rammer, eksempelvis i form av manglende personellressurser, økonomiske ressurser og uhensiktsmessige organisatoriske strukturer og rutiner, helsepersonellens mulighet til å velge det handlingsalternativet som er til det beste for pasienten. I følge Brookfield (1991) er det en viktig komponent innenfor kritisk refleksjon å utforske hvordan også de strukturelle rammene påvirker våre tanker og handlinger. En svakhet med den valgte refleksjonsmodellen er at den ikke i stor nok grad setter fokus på denne sammenhengen. I arbeidet med kritisk refleksjon i forhold til etiske problemstillinger, tydeliggjorde vi ofte de strukturelle rammene samtidig som åpne og skjulte verdier ble beskrevet. Viktigheten av å identifisere og utforske aktuelle strukturelle rammer påpekes også av Bolmsjö m. fl. (2006).

#### **2.4.4 Litteraturstudier**

Når det gjelder innhold i teoretisk undervisning, har voksnes motivasjon og læring en stor grad av sammenheng med teoriens anvendbarhet i arbeidssituasjonen (Halland 2000). Hummelvold (2006) hevder at fragmentert kunnskap, eller kunnskap som er skilt fra praksis, i liten grad bidrar til endring av praksis. Innenfor rammen at endring i praksis må påstandskunnskap avledes og rotfestes i deltakernes erfarings- og praksiskunnskap.

Som en del av refleksjonsprosessen ble også fagkunnskap som kunne belyse de aktuelle problemstillingene, etterspurt. I tillegg til deltakelse på kurs og seminarer, var litteraturstudier en del av aktivitetene i prosjektet. De etiske problemstillingene som var gjenstand for diskusjonen i gruppen, var hentet fra deltakerne egne erfaringer. Parallelt ble det søkt etter aktuell litteratur som kunne belyse de konkrete problemområdene. Aktuell litteratur var fag- og forskningslitteratur som eksempelvis omhandlet utredning, behandling og sykepleie til mennesker med demens, litteratur om etisk teori og etisk refleksjon og aktuelle lover og retningslinjer. I starten av prosjektet var det undertegnede som utførte litteratursøkene. Etter hvert som deltakerne fikk veiledning og trening i å søke relevant litteratur på egenhånd, overtok de mer og mer av søkeprosessen selv og ble aktive og selvstendige i dette arbeidet. Et av prosjektets mål var å oppmuntre deltakerne til livslang læring. Erfaring med å søke litteratur var derfor en viktig del av prosjektet for at deltakerne fortsatt skulle kunne arbeide på denne måten etter at prosjektet var over.

### 2.4.5 Intensivkurs, avsluttende seminarer og temauke

Zhangs m. fls. (2001, s. 469) definerer som nevnt under punkt 3.3.1, kompetanse ut fra kompetansekomponeentene kunnskaper, ferdigheter, personlige egenskaper, motiver og holdninger. Det ble vist til at det i kunnskapselementet inngår faktakunnskap og forskningsbasert viten, relevante begrep, modeller og teorier samt aktuelle lover og retningslinjer (Skau 2005). Det ble på bakgrunn av dette arrangert felles intensivkurs for alle de nordiske prosjektdeltakerne for å øke deres teoretiske kunnskapsbasis (jf. punkt 2.4.5). Disse kursene stod styringsgruppen faglig ansvarlig for, men med stadig større deltakelse og påvirkning fra alle deltakerne i prosjektet.

Det første seminaret ble avholdt i Stockholm i januar 2003. Forelesningene på intensivkurset fikk følgende faglige innhold:

- Människan med demenssjukdom – att bevara hennes värdighet utgående från ett caring perspektiv v/lektor Christel Eriksson
- Autonomi, integritet och og paternalism/maternalism i vården av personer med demenssjukdom v/professor Sirkka-Liisa Ekman
- Kommunikasjon i demensvård utifrån ett etisk perspektiv v/professor Sirkka-Liisa Ekman
- ”Låt de gamla vara” Aktivitet och passivitet i demensvård utifrån ett etisk perspektiv v/lektor Liisa Palo-Bengtsson
- Att arbeta med livsberättelser i demensvård v/lektor Göran Holst
- Vad är etisk utifrån demensvård i olika länder och deras lagstiftning? Gruppearbeid.

Det avsluttende seminaret for 'Nordetikk I' ble avholdt i Oslo i oktober samme år. Her var den ene dagen et fagseminar med temaet ”Den dementes opplevelse av egen situasjon”. Fagseminaret var et resultat av et samarbeid mellom Nordetikk-prosjektet, Avdeling for videre- og etterutdanning ved LDH og Cathinka Guldberg-senteret i Oslo. På bakgrunn av erfaringene fra arbeidet i studiesirkelene i Oslo-gruppen, innholdet i den litteraturen man hadde framskaffet og samarbeidet innad i styringsgruppen, valgte man følgende forelesningstema:

- Den dementes opplevelse – kommunikasjon med demente v/sjefpsykolog Kjersti Wogn-Henriksen
- Seksuelle behov hos personer med demenssykdom v/sjefpsykolog Kjersti Wogn-Henriksen
- Livshistoriens betydning i demensomsorgen v/lektor Göran Holst
- 'Å bære hverandres byrder' – pårørendes behov v/överlärare Ingrid Hollmèu-Nilsson
- Aldersdemens fra et par og familieperspektiv v/spesialist i klinisk psykologi Reidun Ingebretsen

Når det gjaldt intensivkurset i Nordetikk II-fasen, utgikk dette av økonomiske årsaker, mens et avsluttende seminar ble holdt i Ekenäs to dager i juni 2004. Det ble holdt et foredrag om ”Dementia care mapping” (DCM). DCM er en metode for utvikling av omsorgen for personer med demens innenfor institusjon. Hensikten er å bevisstgjøre personalet i forhold til de sosialpsykologiske holdningene som kommer til uttrykk i den praktiske demensomsorgen (Rokstad, 2004).

Det ble også arrangert studiebesøk til flere boenheter tilpasset personer med demenssykdommer. Hensikten med studiebesøkene var at deltakerne skulle få erfare hvordan boenhetene var tilrettelagt både med tanke på det psykososiale- og det fysiske miljøet. Utover dette var det faglige innholdet på seminaret:

- Samtale og diskusjon om etiske perspektiver innenfor demensomsorgen i de ulike land
- Framlegg av erfaringer og resultater knyttet til deltakelse i prosjektet

- Framlegg og diskusjon av resultater fra arbeidet i studiesirklene
- Felles diskusjoner om framdrift i prosjektet

Som nevnt under punkt 2.3, var fire av Oslo-gruppens deltakere studenter ved Videreutdanningen i Aldring og eldreomsorg ved LDH, og kunnskap om personer med demens og deres pårørende var en del av innholdet i denne videreutdanningen. En av studieukene hadde fokus på personer med demenssykdom og deres pårørende, og Oslo-gruppens medlemmer fra praksisfeltet ble invitert til å delta på denne undervisningen. Her var teorien ment å være grunnlag for praksis i form av hvordan praksis burde være (Fuglestad 1997) og aktuelle tema på timeplanen denne uken var:

<b>Mandag 10.02.03</b>	<b>Tirsdag 11.02.03</b>	<b>Onsdag 12.02.03</b>	<b>Torsdag 13.02.03</b>	<b>Fredag 14.02.03</b>
Demens- syndromet  v/ Jan Bjørnson  ( 4 timer )  Akutt forvirring Hos eldre V/ Torgeir Wyller ( 2 timer )	”Siden blir det vel verre.....” Den dementes opplevelse av egen situasjon  v/ Kirsti Wogn-Henriksen  ( 4 timer )  Seksuelle behov hos aldersdemente v/ K. Wogn – Henriksen (2 timer)	Demens fra et psykiatrisk perspektiv - diff. diagnostikk og behandling  v/ Mirka Kraus  ( 6 timer )	Alderspsykiatri  v/ Asgeir Bragason  ( 4 timer)	Aldersdemens fra par- og familie perspektiv  v/ Reidun Ingebrigtsen ( 3 timer )



### **3.0 Yrkesmessig kompetanse innenfor demensomsorgen**

Nedenfor beskrives konsekvenser av demenssykdom. Videre gjøres det rede for noen aktuelle kjennetegn på faglig forsvarlig omsorg for pasienter med demens og deres pårørende. Avslutningsvis gjøres det rede for begrepene kritisk refleksjon og yrkesmessig kompetanse.

#### **3.1 Konsekvenser av demenssykdom**

Demens er en fellesbetegnelse på en rekke sykdomstilstander i hjernen. Tilstanden kjennetegnes av ervervet kognitiv svikt, svikt i emosjonell kontroll og sviktende funksjonsevne i relasjon til dagliglivets funksjoner. En demenstilstand er progredierende, og personer med demens vil trenge stadig mer hjelp fra helsevesenet etter hvert som sykdommen utvikler seg.

Det å ha en demenssykdom representerer en stor menneskelig utfordring. Personer med demens har daglige erfaringer med tap, avmakt, manglende mestring og smertefulle trusler mot selvpålevelse, identitet og menneskelig fellesskap (Wogn-Henriksen 1998). Personer med demens er sårbare for situasjoner som kan oppleves som overveldende, ukjente og kaotiske. De kan i tillegg mangle evnen til å forstå sine følelsesmessige reaksjoner og den språklige evne til å uttrykke disse verbalt (Engedal og Haugen 2004). Behovet for hjelp, tap av innsikt i egen situasjon og redusert samtykkekompetanse medfører at pårørende og helsepersonell i større eller mindre grad må yte hjelp og overta styringen over hverdagen til personen med demens.

I følge Kitwood (1999) kan man se på utviklingen av en demenstilstand som et samspill mellom en progredierende hjerneorganisk skade og det psykososiale miljøet som omgir personen. Det som forfatteren betegner som et "ondartet sosialpsykologisk miljø" kan framskynde den hjerneorganiske skaden, mens et positivt psykososialt miljø kan sinke den. Gjennom en individualisert miljøbehandling er det en viktig oppgave for helsepersonell å legge til rette for delaktighet, trygghet, mestring og trivsel og anstrenge seg for å forstå den subjektive verdenen til personen med demens gjennom å prøve å tolke personens, ofte nonverbale, forsøk på å kommunisere egne reaksjoner, ønsker og behov (Engedal og Haugen 2004, Hestad og Nordengen 2000). Formålet med prosjektet som her presenteres, var å gjøre deltakerne kompetente til dette arbeidet.

#### **3.2 Betingelser for faglig forsvarlig omsorg**

I følge Lov om helsepersonell mv av 2. juli 1999 nr. 64, § 4, skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Kjernen i kravet om faglig forsvarlighet er forventningen om den faglig gode eller optimale handlingen eller virksomheten (Molven 2006). Demensomsorgens overordnede mål må være å opprettholde et så godt liv som mulig for personer med demens og deres pårørende (Bolmsjö m fl. 2006). Kvalitetsutvikling innenfor demensomsorgen bør foregå på tre forskjellige, men innbyrdes avhengige nivåer: Den organisatoriske, den faglige og den pasientopplevde kvalitet (Gøtrik og Hansen 2001). Dette samsvarer med Molven (2000) som hevder at kravet retter seg både mot det enkelte helsepersonell og mot de enkelte virksomhetene innenfor helsevesenet. Helsepersonell må opptre slik at de har en margin å gå på i forhold til hva som er en minstestandard ved utøvelse av helsehjelp. Hva som er faglig forsvarlig kan komme til uttrykk i retningslinjer fra fagmiljøer eller myndigheter, kan endre seg ut fra løpende

forskning og erfaring og er derfor ikke en statisk størrelse. Helsepersonell er derfor ansvarlige for å følge med på og opptre i samsvar med faglige nyvinninger innefor deres ansvarsområde.

Kravet om omsorgsfull hjelp er sidestilt med kravet om faglig forsvarlighet og henviser til det relasjonelle aspektet mellom helsepersonell og pasient og ivaretagelse av pasientens opplevelse av sykdom og behandling. Helsepersonell skal møte pasienter med respekt, verdighet, innlevelse og imøtekommenhet ut fra deres subjektive forutsetninger (Molven 2006). I følge Martinsen (2005) er omsorgsbegrepet både relasjonelt, praktisk og moralsk. Hun argumenterer for at den moralske siden ved omsorg er overordnet og viser seg i yrkesutøvelsen. I møte med etiske problemstillinger bidrar regler og rasjonelle overveielser knyttet til skjønn, til omsorgsfull praksis.

### **3.2.1 Kommunikasjon**

Som nevnt ovenfor, er omsorgsfull hjelp også å hjelpe pasienten med de opplevelsene som følger med sykdom og behandling. Dette krever god kommunikasjon, innlevelse og gode kunnskaper. For eksempel kan det å sette ord på kaotiske, truende og slitsomme opplevelser ha en lindrende effekt og gjøre det enklere for personer med demens å håndtere og tåle slike opplevelser, påpeker Wogn-Henriksen (1998) som beskriver kommunikasjonenes viktige plass i omsorgen for personer med demens slik:

”Kommunikasjon rommer en menneskelig sett enda dypere og eksistensielt sett enda viktigere dimensjon som dreier seg om å være i verden, å bli sett, bli berørt og fanget opp av andre levende individer: Det å kommunisere handler dypest sett om det å være menneske (s. 742).

### **3.2.2 Samarbeid med pasient og pårørende om sykdommens utvikling**

En avgjørende betydning for kvalitet er at pasient og pårørende gis mulighet til å ha innflytelse på planlegging og evaluering av pleie- og behandlingstilbudet gjennom hele sykdomsforløpet (Gøtrik og Hansen 2001). Informasjon og medbestemmelse regnes som en menneskerett, og i Norge er det dessuten lovfestet (Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63, Kap 3). Kunnskap om egen sykdom og konsekvenser av denne, øker menneskets tåleevne (Wogn-Henriksen 2000), og retten til informasjon bør også være retningsgivende når det gjelder utredning, pleie og behandling av personer med demens, spesielt i tidlige og moderate stadier av sykdomsutviklingen. Degenerative hjernesykdommer som fører til demens utvikler seg ofte langsomt, og symptomene kan være vage i starten. Erfaringer viser at mange i tidlige faser av sykdommen kan delta i planlegging og utforming av egen framtid når det gjelder boforhold, utredning, hjelpeverge, medisinsk behandling etc. Derfor bør man ved mistanke om demenssykdom igangsette utredning og diagnostisering så tidlig som mulig. En tidlig demensdiagnose gjør det mulig å informere om sykdommen mens den demensrammede ennå kan forstå innholdet i informasjonen. Det muliggjør også et tidlig tilbud om behandling som kan bedre pasientens funksjonsnivå og etter hvert som behovet oppstår, tilrettelegging av et godt omsorgstilbud (Engedal og Haugen 2004, Gøtrik og Hansen 2001). Informasjon til personer med demens representerer en stor utfordring for helsearbeidere. Budskapet må være enkelt, klart, gjentas og presenteres slik at det er forståelig og håndterbart for den enkelte (Engedal og Haugen 2004, Gøtrik og Hansen 2001, Wogn-Henriksen 2000).

En tidlig diagnose muliggjør også tidlige tilbud om støtte til pårørende. Å være pårørende til personer med demenssykdommer innebærer ofte redusert livskvalitet både fysisk, følelsesmessig, sosialt og økonomisk. Ut fra den demensrammedes perspektiv er det ofte best å kunne bo hjemme så lenge som mulig, i kjente omgivelser og med pårørende som

kjenner den sykes livshistorie og som kan gi individuell omsorg. Pårørende på sin side opplever ofte sorg over tapet av kontakt, utrygghet og stress med tanke på framtiden og fysiske belastninger. Pårørende har behov for støtte fra helsetjenesten for å håndtere omsorgsoppgavene på en god måte uten å bli syk selv. Støtte til pårørende må tilpasses individuelt ut fra ulike stadier i demenssykdommen og pårørendes individuelle behov. Aktuell støtte er kunnskap om demenssykdommer og konsekvenser, følelsesmessig støtte og avlastning, både i hjemmet og i form av dagsenter eller avlastningsopphold (Ulstein 2004, Almberg og Jansson 2002).

### **3.2.3 Individuell oppfølging og sykepleiedokumentasjon**

Helsepersonelloven (1999) stiller krav til at all helsehjelp samt resultater av denne, skal dokumenteres i pasientjournal (Kap 8). En faglig forsvarlig omsorg for pasienter med demens er individuelt tilpasset den enkelte. Nøyaktig dokumentasjon og individuelle pleieplaner er et viktig redskap for å sikre en faglig forsvarlig omsorg og gjør det mulig for personalet å forholde seg konsistent overfor pasienten i den miljøterapeutiske tilnærmingen. Innholdet i sykepleiedokumentasjonen må også beskrive effekten av den omsorgen som gis (Hestad og Nordengen 2000).

### **3.2.4 Vurderinger når det gjelder bruk av tvang for å sikre faglig forsvarlighet**

Til tross for viktigheten av individuell og konsistent miljøbehandling, informasjon, kommunikasjon og medbestemmelse i omsorgen for personer med demens, viser norske og internasjonale undersøkelser at bruk av tvang i behandling, pleie og omsorg til personer med demens er omfattende (Kirkevold 2005, Engedal m.fl. 2002). Tvang defineres som:

”bruk av redskap som hindrer beboerens bevegelsesfrihet eller tilgang til egen kropp, fysisk holding ved undersøkelser og behandling, og i forbindelse med omsorgstiltak, overvåking med elektroniske redskaper og tilsetning av medisiner i mat og drikke uten beboerens vitende og vilje” (Engedal m.fl. 2002, s. 41).

Ingen norsk lov hjemmel åpner for bruk av tvang i sykehjem. Likevel kan det, i situasjoner der pasienten lider mer av at et tiltak ikke iverksettes enn at det gjør det, i følge Kirkevold (2005) være forsvarlig å iverksette tiltaket selv om pasienten motsetter seg dette. Å utøve tvang mot en pasient med demens krever en solid faglig begrunnelse, og tydelige ikke-skade- eller velgjørnehensyn må ligge til grunn for avgjørelsen om å overprøve pasientens vilje (Bolmsjö 2006). Kirkevolds (2005) undersøkelse konkluderer imidlertid med at tvang overfor personer med demens anvendes hyppigere i sykehjem enn hva som kan forsvares faglig. Den høye forekomsten av tvang, den gjennomgående manglende dokumentasjonen og tilfeldighetene rundt hvem det er som avgjør at tvang skal benyttes, har sannsynligvis årsak i manglende ressurser og rutiner og ikke i nøye overveielser om bruk av tvang i hvert enkelt tilfelle.

## **3.3 Å reflektere kritisk**

Det å behandle pasienter på en best mulig tilpasset, respektfull og omsorgsfull måte, krever mer enn kunnskap: det krever at kunnskapen benyttes på en gjennomtenkt og i positiv forstand kritisk måte. Det krever *refleksjon*. Boud m.fl. (1985, s. 19) definerer refleksjon i en

læringsmessig sammenheng som ”de intellektuelle og affektive aktiviteter hvor man undersøker sine erfaringer med tanke på å oppnå ny forståelse og vurdering”.

I følge forfatterne er refleksjon en prosess som involverer en som person og ikke bare resulterer i endring av ens kognitive perspektiv, men som også har fokus på følelser og handlinger. Det er samspillet mellom ideer, følelser og erfaring som bidrar til disse endringene. I følge Mezirow (2000) er refleksjon en integrert del av bestemmelsen om hvordan man handler best mulig. Refleksjon kan også være en revurdering med tilbakevirkende kraft i forhold til endring av tidligere læring. Refleksjon med tilbakevirkende kraft kan fokusere på antakelser om problemets innhold, problemløsningens prosesser og framgangsmåter, eller de forutsetningene som danner grunnlaget for problemstillingen. Når det reflekteres over forutsetninger, betegner forfatteren dette som kritisk refleksjon.

Begrepene ’kritisk refleksjon’, ’reflective practice’ og ’kritisk tenkning’ viser seg å være komplekse, det finnes ingen entydig definisjon av begrepene og de benyttes ofte om hverandre (Fook m.fl. 2006).

Gode samarbeidsegenskaper er også viktige egenskaper hos en kritisk tenker (Mangena og Chabeli 2005, Chenoweth 1998). Gjennom samhandling og diskusjoner bidrar man til å utvikle egne og andres evne til kritisk refleksjon. Man trenger hjelp fra andre for å oppdage og forstå hvordan man handler, og kunnskapen om hva vi gjør og kan gjøre bedre utvikler seg i et kritisk reflekterende fellesskap. Brookfield (1991) kaller de som bidrar til at vi utvikler vår evne til å reflektere kritisk for ’hjelpere’.

Brookfield (1991) beskriver fire komponenter innenfor kritisk tenkning:

1. Sentralt når det gjelder kritisk refleksjon, er å gjenkjenne og utfordre egne og andres antagelser som tas for gitt, men som man bygger ideer, overbevisninger, verdier og handlinger på.
2. Våre tanker og handlinger påvirkes alltid av den sammenhengen vi befinner oss innenfor, og det er avgjørende at man utforsker denne sammenhengen.
3. Når vi reflekterer kritisk prøver vi å forstille oss flere alternativer, både når det gjelder situasjonsforståelse og handlingsalternativer, og samtidig utforske disse.
4. Det å forestille seg og utforske flere alternativer utvikler ’reflective skepticism’. Med dette menes å være skeptisk til universelle sannheter og etablerte praksiser og strukturer, og å konfrontere disse.

Fooks m. fls. (2006) reviewstudie baserer seg på nyere litteratur som omhandler kritisk refleksjon og beskriver flere retninger og perspektiver. Nedenfor gjengis deler av deres vurderinger satt opp i fire punkter hvor de hevder at critical reflection involverer:

1. ”a process (cognitive, emotional, experiential) of examining assumptions (of many different types and levels) embedded in actions or experience;
2. a linking of these assumptions with many different origins (personal, emotional, cultural, historical, political);
3. a review and re-evaluation of these according to relevant (depending on context, purpose, etc.) criteria;
4. a reworking of concepts and practice based on this re-evaluation” (s. 12).

Som konklusjon kan det sies at å reflektere kritisk krever kognitive ferdigheter og kapasitet, men også affektive egenskaper som toleranse, åpenhet, kontekstuell forståelse og ikke minst et engasjement for og krefter, vilje og mot til å tenke og handle kritisk og til å utøve sykepleie i tråd med sentrale, faglige og etiske verdier (Fook m fl 2006, Mangena og Chabeli 2005, Clarke og Holt 2001, Daly 2001).

### 3.3.1 Den kritisk reflekterte sykepleier

I følge Molander (1997) er kritisk refleksjon viljen til å ha et kritisk blikk på egen og andres praksis for stadig å utvikle den til det bedre. Å være kritisk reflekterende er også å stille spørsmål til om egen og andres praksis og de systemer og rammer vi handler innenfor, kan virke diskriminerende, undertrykkende eller urettferdige (Askeland 2006, Brookfield 1991). Studier kan tyde på at sykepleiere som har en godt utviklet evne til kritisk refleksjon, også utviser stor grad av etiske overveielser. Drivkraften som stimulerer til kritisk refleksjon ligger i en persons verdier og forpliktelser (Glen 1995). Kritisk refleksjon er alltid kontekstavhengig, og sykepleieres avgjørelser må ikke bare tas ut fra den beste vitenskapelige eller praktiske tilnærmingen, men også ut fra de etiske og juridiske perspektivene i hver enkelt situasjon (Bell m.fl. 2002, Chenoweth 1998).

De kjennetegnene som beskrives ovenfor er viktige egenskaper hos sykepleiere som arbeider innenfor demensomsorgen og som gjennom dette ofte står overfor problematiske og utfordrende situasjoner som stiller krav til stor grad av handlingskompetanse. Både mine egne funn og resultater av andres studier, viser imidlertid at sykepleiere ofte er direkte handlingsfokuserte heller enn kritiske reflekterende når de står overfor problematiske situasjoner i praksis (Chenoweth 1998, Boney og Baker 1997). Dette til tross for at pasientene, på grunn av demenssykdommen og konsekvensene av denne, er svært sårbare og totalt avhengige av andre for å håndtere slike situasjoner.

### 3.3.2 Kompetanse- og kvalitetsutvikling som mål for kritisk refleksjon

Kritisk refleksjon ses på som et viktig og nødvendig redskap i utdanningen av sykepleiere for å kunne imøtekomme de samfunnmessige krav som ble beskrevet innledningsvis. I følge Utdannings- og forskningsdepartementet (2004, s. 5) skal man gjennom bachelorutdanningen i sykepleie utdanne

”selvstendige og ansvarsbevisste endrings- og pasientorienterte yrkesutøvere som viser evne og vilje til en bevisst og reflektert holdning ved utøvelse av sykepleie. Utdanningen skal kvalifisere for et yrke og en yrkespraksis som er i stadig utvikling og endring. Læring må derfor ses i et livslangt perspektiv der både yrkesutøver og arbeidsgiver har ansvar”.

Formålene med kritisk refleksjon er nettopp utvikling av profesjonell kompetanse og å sikre og utvikle en faglig forsvarlig sykepleiepraksis (William og Walker 2003, Daly 2001, Clarke og Holt 2001, Girot 1994). I følge Molander (1997) innebærer kritisk refleksjon viljen til å ha et kritisk blikk på egen og andres praksis for stadig å utvikle den til det bedre.

Helsepersonelloven (1999) stiller krav til at helsepersonell utøver faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. For å utøve yrket i tråd med dette lovkravet, er det innenfor sykepleiepraksis og sykepleierutdanning satt et sterkt fokus på kvalitetsutvikling og fagutvikling. I følge Kårikstad og Sellevold (2002) er en slik utvikling av praksis avhengig av de ansattes kompetanse. Granum og Solvoll (1997) sier at fagutvikling innenfor sykepleie innebærer å anvende den kunnskapen vi har eller framskaffer til å fornye eller endre sykepleiepraksis. Fagutvikling i en sykepleiefaglig sammenheng kan også ses på som et systematisk arbeid for å utforme, underbygge, gjennomføre og evaluere endringer i praksis. Det arbeides med konkrete kliniske problemstillinger ut fra anerkjente og konkrete behov for forbedringer. For å lykkes, er holdnings- og kulturendring en nødvendig del av fagutviklingen (Kårikstad og Sellevold 2002). Kyrkjebø (1998, p. 29) definerer kvalitetsutvikling som “en kontinuerlig prosess der en hele tiden vurderer de aktiviteter som påvirker tjenestens kvalitet for derved å heve kvaliteten”. Kvalitetsutvikling er nært knyttet til fagutvikling, og prosessene kan være delvis overlappende. Der kvalitetsutvikling har fokus på utvikling av rutiner og

systemer, handler fagutvikling primært om utviklingsarbeid innenfor den kliniske sykepleieutøvelsen (Kirkevold og Nortvedt 2005). Målet for begge utviklingsprosessene er å gi pasienter og pårørende et best mulig helsetilbud (Bergland m.fl. 2003). Kvalitetsutvikling i denne sammenhengen betyr utviklingsarbeid innenfor klinisk praksis, også hva rutiner og systemer angår, og med holdnings- og kulturendring som en integrert del av prosessen.

### 3.4 Utvikling av sykepleiernes kompetanse

Begrepet kompetanse er et mangfoldig og normgivende begrep, som ikke er klart definert i litteraturen. Flere forfattere beskriver yrkesmessig eller profesjonell kompetanse som de nødvendige kvalifikasjoner man må ha for å kunne utøve et yrke, og som gjenspeiler seg i yrkesutøvelsen (Clinton m.fl. 2005, Jormsri m.fl. 2005, Skau 2005, Williams m.fl. 2005, Bobo m.fl. 2002, Kårikstad og Sellevold 2002, Grundy 2001, Zhang m.fl. 2001, Dalin 1999). Flere av forfatterne vektlegger i tillegg til kunnskaper, ferdigheter og holdninger også personlige egenskaper som viktige i en persons yrkesmessige kompetanse og i utviklingen av denne.

#### 3.4.1 Personlige egenskaper som en viktig del av sykepleierers kompetanse

Dalin (1999, s. 26) definerer begrepet *realkompetanse* som ”samspillet mellom personlige forutsetninger, kunnskaper, ferdigheter, holdninger, innsikt og bruk av andres kompetanse som kommer til uttrykk gjennom arbeidet”. Han beskriver evner eller talenter, personlighetstrekk og energi og motivasjon som de personlige forutsetningene som må være til stede for å inneha realkompetanse. Skau (2005, s. 56) har utarbeidet en teoretisk modell for å klargjøre hva som ligger i det hun omtaler som *profesjonell kompetanse*, og da med særlig vekt på såkalt *personlig kompetanse*. Forfatteren beskriver personlig kompetanse som ”en unik kombinasjon av menneskelige kvaliteter, egenskaper og ferdigheter, som vi tilpasser og bruker i profesjonelle sammenhenger” (ibid, s. 59). I følge forfatteren er dette en kunnskapsform som er personlig og bygger på og er knyttet til en persons erfaringer og måten disse fortolkes og bearbeides på.

Også Zhang m.fl. (2001) hevder at personlige egenskaper er nødvendige for å at sykepleiere skal kunne omdanne kunnskap og ferdigheter til ”effective nursing performance”. ”Effective” oversatt til norsk kan bety virksom, gyldig eller tjenestedyktig (Kunnskapsforlaget, Engelsk-Norsk blå ordbok 1989). Jeg velger her å oversette ”effective nursing performance” til forsvarlig og omsorgsfull utøvelse av sykepleie i tråd med helsepersonell-lovens krav til helsepersonell.

I sin studie kom forfatterne fram til ni personlige egenskaper som sykepleierne hyppigst rapporterer som nødvendige personlige egenskaper for å håndtere problematiske situasjoner i praksis på en forsvarlig måte. Disse er *mellommenneskelig forståelse* (’interpersonal understanding’), *forpliktelse* (’commitment’), *oppmerksomhet* (’attentiveness’), *grundighet* (’thoroughness’), *medlidenhet* (’compassion’), *trøstende/hjelpsom* (’a comforting manner’), *kritisk tenkende* (’critical thinking’), *selvkontroll* (’self-control’) og *forståelsesfullhet* (’responsiveness’).

Denne studien samsvarer med min egen forståelse av at samspillet mellom forskjellige kompetansekomponeanter og personlige egenskaper utgjør sykepleierens handlingskompetanse. I dette prosjektet vektlegges Zhangs m fls. definisjon av kompetanse: “sets of knowledge, skills, traits, motives and attitudes that are required for effective performance in a wide range of nursing jobs and various clinical settings” ( 2001, s. 469).

Forfatterne klargjør ikke hva de legger i de andre kompetansekomponeentene. Nedenfor vil jeg imidlertid drøfte hva begrepene kunnskap, ferdigheter, motiver og holdninger innebærer i forbindelse med Nordetikk-prosjektet.

### 3.4.2 Kunnskap

Zhang m fl. (2001) har med 'knowledge' som en av kompetansekomponeentene uten å gjøre nærmere rede for hva som ligger i begrepet. Jeg velger i denne sammenhengen å henvise til Skau (2005) som hevder at kunnskapskomponenten inneholder alt fra faktakunnskap og forskningsbasert viten, kunnskap om relevante begrep, modeller og teorier og til aktuelle lover og retningslinjer. Fuglestad (1997) påpeker at teorisk kunnskap er grunnlag for praksis når den har en normativ funksjon for praksis i form av hvordan praksis bør være, da gjerne begrunnet i forskningsresultater. Et annet forhold kan være at teorisk kunnskap bidrar til å sette perspektiv på praksis gjennom å sette handlinger inn i en teoretisk ramme og føre til større forståelse av praksis, og dermed gjøre det mulig for oss å endre praksisutøvelsen. I tråd med Fuglestad (ibid) hevder Säljö (2001) at det å beherske teoretisk kunnskap og begrepsmessige systemer gjør oss i stand til å betrakte, beskrive, fortolke, analysere og forklare omverdenen på en kritisk-analytisk måte. Slik danner vi oss nye versjoner av virkeligheten. Teoretisk kunnskap bidrar på denne måten til å fornye menneskers handlinger. Dermed omskapes praksis på bakgrunn av teori. I følge Glen (1995) er også den teoretiske kunnskapens oppgave å gjøre sykepleiere i stand til å ta moralsk forsvarlige beslutninger og valg i praksis gjennom å utvikle deres evne til å reflektere kritisk over praksis for å dermed å gjøre det mulig å utvikle praksis.

Dalin (1999) inkluderer det å analysere erfaringer innenfor et fagområde i kunnskapselementet. Dette forholdet betegner Fuglestad (1997) som at praksis er grunnlag for teori. Ved å reflektere over praksis og analysere erfaringene, lærer man. Denne prosessen kan bidra til at vi utvikler ny forståelse som kan overføres til nye situasjoner, andre pasienter og/eller grupper av pasienter, m.v.

### 3.4.3 Ferdigheter

Zhangs m.fl. (2001) bruker begrepet 'skills', noe jeg velger å oversette som 'yrkesspesifikke ferdigheter'. Skau (2005, s. 57) definerer 'yrkesspesifikke ferdigheter' som "et sett av praktiske ferdigheter, teknikker og metoder som hører til et bestemt yrke, og som blir brukt i utøvelsen av det". Også her inngår kunnskap, men denne kunnskapsformen er av praktisk eller teknisk/metodisk art. Innenfor en alternativ kunnskapstradisjon ser man på kunnskap og handling som en helhet, hvor kunnskapen kommer til uttrykk i handlingen. Fuglestad (1997, s. 56) definerer *kunnskap i handling* som "nyskapning meir enn gjenskapning. Det er å reflektera og stadig vera undervegs mot ei betre og rettare måte og handle på."

### 3.4.4 Motiver og holdninger

Skaug (2005) forstår yrkesutøverens verdier og holdninger som en del av den personlige kompetansen. Zhang m.fl. (2001) utdyper ikke hva de legger i begrepene 'motives' og 'attitudes'. I følge Aadland (1998) er våre verdier i form av mål og idealer uttrykk for hvordan vi bør handle, og de styrer derfor våre handlinger. Åpne verdier er de idealer og prinsipper som vi forfekter skal ligge til grunn for tanker, utsagn og handlinger. Skjulte verdier er ubevisste verdier som gjerne utgjør skyggesiden av verdipyramiden vår og påvirker hvordan vi tenker og handler. Disse inkluderer ofte ubevisste følelser og irrasjonelle forestillinger.

Spørsmål om hva vi er redde for i situasjonen og hvilke motiv vi har, kan ofte hjelpe oss å komme i kontakt med våre skjulte verdier og bli bevisstgjort egne holdninger. I situasjoner hvor vi handler på impuls, kan ofte de skjulte verdiene styre handlingene våre ut fra hva som er til det beste for oss selv og ikke pasienten. For å kunne handle etisk ansvarlig, er det viktig å avsløre og vurdere våre skjulte verdier. Når Zhang m.fl. (2001) benytter 'motives' som et kompetanseelement hos sykepleiere, kan dette oversettes til motiv eller beveggrunner (Kunnskapsforlaget 1989). Våre motiver for å handle ligger i stor grad i våre åpne og skjulte verdier. Motivene utgjør grunner som beveger oss til å handle og til å handle i en bestemt retning. I denne sammenhengen velger jeg derfor å tolke 'motives' i betydningen av både åpne og skjulte verdier.

Oversatt til norsk betyr 'attitudes' innstillinger eller holdninger. Dalin (1999) beskriver holdninger som en egen kompetansekomponeent som samspiller med de personlige forutsetningene. Holdninger utgjør verdier eller innstillinger som styrer personenes forståelse av omverdenen, faglige valg og væremåte, og får betydning for hvordan kunnskaper og ferdigheter brukes i yrkesutøvelsen. Bunkholdt (2002, s. 188) definerer holdninger som:

”en relativt varig måte å organisere tanker, følelser og atferdstilbøyeligheter på, og er knyttet til verdispørsmål om samfunnet, en etnisk gruppe eller annet. Utviklingen av holdninger er en del av sosialiseringen fordi de både dannes som resultat av samspill med andre, og påvirker måten vi omgås andre på”.

I følge Bunkholdt (2002) består en holdning av tre deler eller komponenter:

1) *Tankekomponenten* omfatter yrkesutøverens, her sykepleierens, tanker om en pasient eller en gruppe pasienter og deres opplevelse og behov. 2) *Følelseskomponenten* omfatter sykepleierens følelser overfor pasienter og pårørende, kollegaer eller en situasjon, eksempelvis sympati, empati, antipati og redsel. 3) *Den atferdsmessige komponenten* er sykepleierens tilbøyelighet til å opptre eller handle på en bestemt måte overfor pasienter eller i en situasjon, for eksempel ved å engasjere seg i situasjonen og på hvilken måte hun engasjerer seg eller unngår å engasjere seg. Tanker og følelser kommer ikke alltid til uttrykk i tilsvarende atferd, og de forskjellige holdningskomponentene kan ha forskjellig styrke i forskjellige situasjoner. Selve holdningsfunksjonen dannes (og endres) gjennom tilpasning, ved kunnskapsøkning, ved refleksjoner og erfaringer i verdispørsmål. Prosessene er både bevisste og ubevisste, og holdningene kommer til uttrykk gjennom handlingene.

### **3.4.5 Faktorer som hindrer kompetent yrkesutøvelse**

I følge Zhang m.fl. (2001) er kritisk tenkning en av de personlige egenskapene som er en viktig del av sykepleieres kompetanse. Som tidligere nevnt, ser denne egenskapen ut til å påvirke utviklingen av de andre kompetansekomponeentene. Samtidig hevdes det at sykepleierutdanningene ikke vektlegger og/eller lykkes dårlig med å stimulere studentene til å utvikle evner som er nødvendige for å kunne reflektere kritisk (bl.a. Mangena og Chabeli 2005, Clarke og Holt 2001, Daly 2001). I følge Glen (1995, s. 172) er ”judgment and scepticism often systematically discouraged in nurse education”. Forfatteren hevder at sykepleiestudenter på et høyere utdanningsnivå blir ukritiske og ureflekterte som en del av sosialiseringprosessen. Bookfield (1993) beskriver hvordan sykepleiere som stiller kritiske spørsmål blir sett på som egenrådige ødeleggere og derfor blir frosset ut av arbeidsmiljøet. Som en konsekvens av dette, kan utdannende sykepleiere mangle nødvendige ferdigheter og vilje til å ta faglige og omsorgsfulle avgjørelser på et reflektert grunnlag. Konsekvensen blir at



de handler rutinemessig, påvirket av kulturell forutinntatthet og et ønske om å ta raske avgjørelser (Boney og Baker 1997).

Hamric (2000) beskriver reaktivt stress som stress av moralsk karakter som hindrer sykepleiere i å handle. Årsaken kan ligge i at sykepleierne mangler etisk kompetanse i form av å reflektere kritisk for å identifisere etiske problemstillinger og vurdere ulike handlingsalternativer eller mangler selvtillitt. En annen sammenheng hvor moralsk stress oppstår, er når sykepleiere er inneforstått med hva som er den beste løsningen, samtidig som denne løsningen ikke kan iverksettes på grunn av organisatoriske hindringer. I denne sammenhengen viser Corley m fl. (2005) til at moralsk stress hos sykepleiere ofte forårsakes av en konflikt mellom organisasjonens krav om effektivitet på den ene side og pasientenes behov på den andre. Konsekvensen av det moralske stresset blir at sykepleiere unngår pasienter, forlater yrket, bytter avdeling eller prøver å mestre stresset ved passivt å tilpasse seg eller inngå kompromisser på bekostning av det som de mener er det riktige handlingsalternativet (Bolmsjö 2006, Woods 2005, Corley 2005, Hamric 2000). Corley m fl. (2005) hevder at utviklingen av faglig selvtillitt vil redusere moralsk stress hos sykepleiere og hindre at de forlater yrket.

Kompetanseutvikling i helsetjenesten må først og fremst medføre ansvarlighet i praktiseringen av yrket og deltakelse i fagutviklingsprosesser som bedrer kvaliteten på pasienttilbudene (Kårikstad og Sellevold 2002). Sykepleie til pasienter med demens må være kunnskapsbasert (Bolmsjø m fl. 2006, Williams m fl. 2005). I denne sammenhengen betyr det at sykepleiere må ha tilstrekkelig kunnskap om demenssykdommer og om de spesielle behovene hos pasienter som lider av denne sykdommen og deres pårørende. De må også ha kjennskap til lover og retningslinjer som berører demensomsorgen for å kunne utøve faglig forvarlig omsorg til denne pasientgruppa.

Faglig forsvarlig yrkesutøvelse krever spesielle ferdigheter, oppmerksomhet og god vurderingsevne samt en overordnet forståelse for konsekvenser av egne handlingsvalg og/eller manglende ferdigheter. Kunnskap og etikk kan ikke ses på som atskilte fenomener. Dermed innebærer kunnskapsutvikling også å søke en dypere innsikt i hva som er det bedre eller det beste for menneskene (Molander 1997). Som tidligere nevnt, må demensomsorgens overordnede mål være å opprettholde et så god liv som mulig for personer med demens og deres pårørende (jf 3.2, s. 13). I følge Glen (1995) er sykepleiepraksis en moralsk aktivitet som krever faglig skjønn, klokskap og omtanke i komplekse situasjoner. Teoretisk kunnskap skal gjøre sykepleiere i stand til å ta moralske forsvarlige beslutninger og valg. Fisher (2005 i Askeland 2006) poengterer at kunnskap også må være myndiggjørende gjennom å hindre undertrykking og å bidra til å redusere sosial ulikhet.

## 4.0 Metodiske tilnærminger

Dette lærings- og utviklingsprosjektet er inspirert av aksjonsforskning. At det er inspirert av aksjonsforskning betyr ikke at det er et aksjonsforskningsprosjekt i streng forstand. Innledningsvis presenteres aksjonsforskning som vitenskapelig tilnærming og aksjonslæring. Deretter beskrives og diskuteres metodiske utfordringer og analyseprosessen. Avslutningsvis diskuteres gjennomføringen av prosjektet ut fra aksjonsforskning og aksjonslæring (4.4.6) og kvalitetsutvikling (4.4.7). Den metodiske tilnærmingen i prosjektet er ivaretatt gjennom systematisk dokumentasjon av resultater i form av feltnotater og referater fra arbeidet i studiesirkelene og fokusgruppeintervju samt analyse og framstilling av disse resultatene.

### 4.1 En endrende tilnærming inspirert av aksjonsforskning

Både aksjonsforskning, aksjonslæring, fagutvikling og kvalitetsutvikling har fokus på forbedring eller utvikling av praksis. I følge Tripp (2005) er både aksjonsforskning og aksjonslæring en form for *action inquiry*. Forfatteren definerer *action inquiry* som ”any process that follows a cycle in which one improves practice by systematically oscillating between taking action in the field of practice, and inquiring in to it (2005, s. 2)”. Slik jeg forstår forfatteren, kan også fagutvikling og kvalitetsutvikling ses på som en form for *action inquiry*. Forskjellen mellom aksjonsforskning og andre former for *action inquiry* ligger hovedsakelig i et strengere krav til vitenskapelighet når det gjelder aksjonsforskning. Nedenfor gjør jeg rede for de endrende tilnærmingene *aksjonsforskning* og *aksjonslæring*. Deretter diskuterer jeg Nordetikk-prosjektet i lys av disse tilnærmingene. Jeg diskuterer også prosjektet i lys av kvalitetsutvikling som var et av prosjektets overordnede mål.

#### 4.1.1 Aksjonsforskning

Holter og Schwaarts-Barcott (1993) beskriver et stort gap mellom kunnskapsutvikling innenfor sykepleien og sykepleiepraksis. Kunnskap som utvikles gjennom sykepleieforskning tas ikke i bruk i praksis, og praksis bærer heller preg av å bli styrt av individuelle erfaringer og rådende politiske og sosiale normer. En av årsakene mener de ligger i den amerikanske sykepleieforskningen som fram til da gjerne fokuserte på kunnskapsutvikling innenfor den naturvitenskapelige tradisjon. Også norsk sykepleieforskning tas lite i bruk for å belyse og utvikle sykepleiepraksis (Nortvedt 2001) på tross av at den ofte har en kvalitativ tilnærming. Holter og Schwaarts-Barcott (1993) hevder at en ikke-positivistisk aksjonsforskning, som et samarbeid mellom sykepleieforskning og sykepleiepraksis, kan bidra til å redusere distansen mellom partene og beskrive og utvikle den praktiske sykepleien. Her støttes forfatterne av Hummelvold (2006) som hevder at kunnskap som skal bidra til utvikling av praksis, må skapes i og for handling gjennom refleksjon over erfaringer og kunnskap som kan belyse erfaringene. Også egne erfaringer tilsier at utvikling av sykepleiepraksis er mulig når personalet selv har en aktiv kunnskapskonstruerende rolle i utviklingsarbeidet (Sellevold og Skulberg 2005, Sellevold 1999).

Aksjonsforskning bør foregå som en systematisk og syklisk forskningsprosess hvor man planlegger, iverksetter praksisforbedrende tiltak, og vurderer og evaluerer både prosess og resultater (Tripp 2005, Sjøvoll 2001). Målet med aksjonsforskning er tosidig:

1. Å utvikle ny kunnskap
2. Å utvikle praksisfeltet som deltar i forskningssamarbeidet (Tripp 2005, Hummelvold 2003, Coghlan og Casey 2001, Sjøvoll 2001).

Tripp (2005 s. 4) definerer aksjonsforskning som: “a form of action inquiry that employs recognised research techniques to inform the action taken to improve practice”. Også Hummelvold (2003) påpeker at aksjonsforskning som vitenskapelig tilnærming, stiller krav til at erfaringer og argumentasjonen relatert til disse dokumenteres, og til hvordan virkeligheten og datamaterialet fortolkes. Hva *vitenskap* angår, forklarer Halvorsen (2002, s. 14) begrepet som ”virksomhet som bringer fram ny kunnskap og systematiserer denne, slik at vi kan trenge under virkelighetens overflate”. *Metode* definerer han som “en fremgangsmåte som benyttes for å samle inn opplysninger som styrker eller avkrefter våre antagelser (2002, s. 14)”. Her hevder Tripp (2005) at det er et tydelig skille mellom aksjonsforskning og tradisjonell forskning. Aksjonsforskning er uløselig knyttet til praksis og at man endrer de fenomener som utforskes. Derfor må de metodene man velge være tjenlig for praksisfeltet. Tradisjonell forskning har som hovedmål å utvikle ny kunnskap. Aksjonsforskning har utvikling av praksis som hovedmål og forfatteren hevder at:

”one does not just understand practice in order to improve it in action research, one also gains an improved understanding of routine practice through improving it, so improvement is the context, means and main end of understanding” (s.6).

Samtidig er utvikling av kunnskap en viktig del av prosessen. Aksjonsforskning bidrar til å tydeliggjøre erfaringsbasert kunnskap (Tripp 2005, Sjøvoll 2001). Tripp (2005) etterlyser større grad av publisering av denne typen kunnskap i vitenskapelige tidsskrifter slik at den kan overføres til nye situasjoner, andre pasienter og/eller grupper av pasienter.

Studier av relevant forskningslitteratur spiller en viktig rolle innenfor aksjonsforskning når det gjelder å forstå situasjoner, planlegge hensiktsmessige endringer og forklare resultatene. I likhet med Säljö (2001) og Fuglestad (1997) påpeker Tripp (2005) at teorisk kunnskap kan ha en normativ funksjon for praksis og/eller bidra til å sette handlinger inn i en teoretisk ramme som skaper større forståelse av praksis, og dermed gjøre det mulig å utvikle praksis. En del av aksjonsforskningsprosessen er nettopp å beskrive hvordan praksis bør være ut fra et kunnskapsbasert grunnlag. Forfatterens erfaringer viser at aksjonsforskning bidrar til at forskningskunnskap tas i bruk i praksis, forankres hos deltakerne og spres i organisasjonene. Hummelvold (2006) omtaler dette som å utvikle lokal praksisteori ute i praksisfeltene.

Et viktig mål innenfor aksjonsforskning er å utfordre praktikere til kritisk refleksjon over egen praksis for å kunne oppdage egne og organisasjonens underliggende antagelser, verdier og konflikter for dermed å kunne endre praksis kontinuerlig. Forandrings- og læreprosessene skal vedlikeholde seg selv i de systemene som forskningen foregår i, og deltakerne må derfor være medforskere i forskningsarbeidet (Tripp 2005, Sjøvoll 2001, Holter og Schwaarts-Barcott 1993). I tråd med Fisher (2005 i Askeland 2006) skal oppdagelsene også bidra til å myndiggjøre gjennom å hindre undertrykking og redusere sosial ulikhet.

Tripp (2005) beskriver flere måter et samarbeid mellom forsker og praksis kan foregå på, ut fra praktikernes tilknytning eller rolle i prosjektet. En ytterlighet er når praktikere påtvinges en deltakelse i et aksjonsforskningsprosjekt, eller i motsatt fall deltar som medforskere. Coghlan and Casey (2001) for eksempel, skiller mellom aksjonsforskning som ”an external researcher approach” og ”inside action research” på bakgrunn av forskerens tilknytning til det praksisfeltet hvor forskningen foregår. I følge Tripp (2005), Sjøvoll (2001) og Holter og Schwaarts-Barcott (1993) skal de problemstillingene aksjonsforskningen søker å besvare, defineres i praksis som et samarbeid mellom forsker og de praktikerne som deltar i aksjonsforskningen.

### **4.1.2 Aksjonslæring**

På grunn av at forskerens rolle innenfor aksjonsforskning kan være ambivalent og problematisk, noe jeg utdyper nærmere i 4.4.6, mener Tiller (1999) at man må utvikle tanken om aksjonslæring innenfor utdanningsinstitusjonene. Aksjonslæring handler i følge Tiller (1999, s. 49) om å ” forstå det man erfarer, forstå seg selv og få øye på det som befinner seg i dypet”. Det handler om å samarbeide i grupper innad i en organisasjon hvor hensikten er å utfordre seg selv og hverandre gjennom å diskutere og reflektere over erfaringer slik at antakelser og praksisteorier undersøkes, beskrives, utfordres og endres. Gruppens oppgaver er å bidra til kompetanseutvikling hos deltakerne. Aksjonslæringen består av fire basisaktiviteter hvor man 1) anvender en vitenskapelig framgangsmåte, 2) søker etter fornuftige avgjørelser, 3) utveksler gode råd og konstruktiv kritikk og 4) lærer ny atferd. Denne lærings- og refleksjonsprosessen kan hjelpe personalet ut av handlingslammende situasjoner og til å ta tak i miljømessige og rammemessige problemer og utfordringer for å forandre dem til noe bedre. Aksjonslæringen foregår ofte i møte med og med støtte fra fagpersoner utenfra (Tiller 1999). I tilknytning til Nord-etikk prosjektet ble både deltakerne og undertegnede hverandres støtte som fagpersoner utenfra.

## **4.2 Strategisk utvalg**

I følge Grønmo (2004) bygger et strategisk utvalg på en systematisk vurdering av hvilke informanter som ut fra en teoretisk og analytisk hensikt er mest interessante og relevante å inkludere i et bestemt studie. I Kap 2.3 beskriver jeg prosjektgruppens sammensetning av fortrinnsvis sykepleiere, men også hjelpepleiere med lang erfaring fra arbeid med pasienter med demenssykdom. De seks personene som deltok gjennom hele den første prosjektperioden, hadde fra 5-19 år og i gjennomsnitt 12 års erfaring fra demensomsorgen. De representerte derfor et relevant og interessant utvalg med tanke på deres erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger relatert til yrkesmessig kompetanse og utøvelse av faglig forsvarlig omsorg for pasienter med demens. Som aktive medlemmer av prosjektgruppa representerte de samtidig et interessant og relevant utvalg knyttet til erfaringer, opplevelser og tanker om hvordan deltakelse i prosjektet hadde bidratt til utvikling av deres yrkesmessige kompetanse og hvilke faktorer som hadde bidratt til en slik utvikling.

Grønmo (2004) hevder at når det gjelder utvalgets størrelse, må dette alltid overveies i skjæringspunktet mellom kompleksiteten på det som studeres og hvor mye informasjon om hver enhet som er mulig å håndtere. Innfor Nordetikk-prosjektet påvirket økonomiske faktorer størrelsen på gruppen i tillegg til pedagogiske vurderinger av sammenhengen mellom gruppestørrelse, delaktighet og et trygt læringsklima.

## **4.3 Kvalitative data**

Problemstillingen eller de spørsmålene som prosjektet skal belyse eller besvare, avgjør hva slags metodisk tilnærming som velges. Kvalitative metoder gir oss kunnskap om menneskers erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. De er også hensiktsmessige når vi skal utforske dynamiske prosesser som for eksempel utvikling. Styrken i kvalitative forskningsmetoder ligger i de åpne spørsmålene som stilles (Malterud 2003). Min hensikt var å undersøke og forstå deltakernes erfaringer, opplevelser av og tanker om hvorvidt prosjektets hensikt og mål i forhold til utvikling av deres etiske bevissthet og

yrkesmessig kompetanse var nådd. Etter hvert ønsket jeg også å utforske hvordan de aktuelle læringsaktivitetene og læringsverktøyene som ble benyttet, bidro til denne utviklingen. Jeg hadde også som mål å forstå og beskrive deltakernes erfaringer og tanker om hva som må ligge til grunn for forsvarlig omsorg for pasienter med demens og hva slags yrkesmessige kompetanse helsepersonell trenger for å utøve en slik omsorg.

#### **4.3.1 Feltnotater og referater fra arbeidet i studiesirkelene**

Det empiriske materialet relatert til studiesirkelene bestod av feltnotater og referater fra arbeidet i studiesirkelene hvor vi blant annet benyttet en etisk refleksjonsmodell (jf. 2.4.3) i arbeidet med etiske problemstillinger fra deltakernes eget arbeidsfelt. Skrivning av referater gikk på omgang blant deltakerne i prosjektet. Arbeidet i studiesirkelene hadde to fokus: Vi arbeidet med å reflektere kritisk over etiske problemstillinger fra praksis. Etter hvert arbeidet vi også med å beskrive hvordan praksis burde være innenfor demensomsorgen generelt og hvilke områder som burde utvikles på de forskjellige arbeidsstedene spesielt.

Jeg gjorde egne notater i form av beskrivelser av innhold i refleksjonene rundt de etiske problemstillingen og deltakernes beskrivelser av hvordan praksis bør være. Jeg noterte også deltakernes utsagn om hvordan deres deltakelse i prosjektet bidro til utvikling av deres kompetanse og til konkrete endringer av egen og arbeidsmiljøets praksis.

#### **4.3.2 Fokusgruppeintervju**

I tillegg til referater og feltnotater, gjorde jeg et fokusgruppeintervju med deltakerne avslutningsvis i prosjektperioden (Nordetikk II). I følge Grønmo (2004, s. 416) er formålet med fokusgrupper ofte å ”få fram et mangfold av synspunkter, vurderinger og kreative assosiasjoner om bestemte, forholdsvis avgrensede tema”. Brandth (1996) hevder at hensikten med fokusgruppeintervju kan være både kunnskapsgenerering, eksplorering og/eller intervensjon. Gjennom gruppesamtalen vil kunnskap om det aktuelle temaet framstå og tydeliggjøres. Metoden er spesielt egnet når man ønsker å forstå deltakernes erfaringer og perspektiver og å få deltakerne med i en endringsprosess. Når deltakere involveres i utforskningsprosesser på denne måten, virker det ofte mobiliserende og bevisstgjørende.

En stor fordel med gruppeintervjuer er at de gir en synergieffekt som bidrar til en innsikt hos deltakerne som de sannsynligvis ikke ville oppnådd ved bruk av andre metoder. Dette kom tydelig fram i løpet av intervjuet. Synergieffekten besto i at deltakerne støttet opp om hverandres utsagn flere ganger under intervjuet og at de i løpet av samtalegangen kunne ta ’opp tråden’ fra en annen deltakers utsagn og utdype temaet videre. Deltakernes aktivitet varierte personene imellom og i forhold til hvilket tema som ble satt i fokus.

Fokusgruppeintervju ble vurdert som en hensiktsmessig metode ut i fra prosjektets fokus på endring, for å tydeliggjøre årsaker til ending og for å beskrive og evaluere resultatene i forhold til prosjektets mål. En av hensiktene med intervjuet var å evaluere resultatene så langt i prosjektet. En annen hensikt var å få tak i deltakernes erfaringer og perspektiver på hvordan deltakelse i prosjektet hadde bidratt til å utvikle deres kompetanse, hvilke faktorer som hadde bidratt til denne utviklingen og hvordan dette kom til uttrykk i deres yrkesutøvelse og arbeidsmiljøets praksis.

Fokusgruppeintervjuet ble gjennomført etter ca 1 ½ års prosjektperiode og varte i 1 ½ time. På grunn av sykdom deltok bare fem av seks medlemmer i prosjektgruppen. Alle ga et muntlig informert samtykke om å delta i intervjuet. Intervjuet hadde form av en samtale og prosjektets formulerte hensikter og mål fungerte som en intervjuguide eller ramme for samtalen. Når jeg i samtalegangen ba deltakerne om å beskrive sine erfaringer, skjedde det

flere ganger at jeg ba dem utdype temaer som framsto som spesielt interessante eller eventuelt uklare. For å sikre at jeg hadde oppfattet det som ble sagt riktig, presenterte jeg flere ganger mine tolkninger av det som ble sagt. På denne måten fikk jeg tilbakemeldinger på mine tolkninger der og da. Jeg benyttet båndopptaker under intervjuet, og samtalen ble så transkribert.

### 4.3.3 Analysen av datamaterialet

Analyse av kvalitative data betyr å avdekke generelle eller typiske mønstre i datamaterialet. I arbeidet med datamaterialet vil inntrykk herfra kobles med forskerens forforståelse i form av kunnskap, antakelser, verdier og erfaringer, og dette vil føre til en stadig dypere innsikt i og økt forståelse av viktige empiriske mønstre (Solvoll 2005, Grønmo 2004).

Når det gjelder mitt datamateriale, gjorde jeg først en analyse av det skriftlige materialet fra arbeidet i studiesirkelene. Deretter analyserte jeg det skriftlige materialet fra fokusgruppeintervjuet. Dataanalysen foregikk i flere omganger, og nye mønstre ble avdekket underveis. Vekslinger mellom dataanalyse og kontinuerlige litteraturstudier fikk meg stadig til å stille nye, mer konkrete spørsmål, både til det skriftlige materialet fra fokusgruppeintervjuet og fra arbeidet i studiesirkelene. Dette samsvarer med Malterud (2003) som hevder at den innsikten man oppnår gjennom analyse og framstilling av datamaterialet ofte medfører revidering av problemstillinger slik at de framstår mer fokusert og spesifisert.

#### *Analyse av skriftlig materiale fra arbeidet i studiesirkelene*

Jeg startet analyseprosessen med å analysere referatene og feltnotatene som utgjorde det skriftlige materialet fra studiesirkelene. De spørsmålene som jeg stilte til materialet tok utgangspunkt i forskningsspørsmålene 1, 2 og 3 (jf s. 2 og 3):

- Hva kjennetegnet pasientsituasjonene og de etiske problemstillingene som var gjenstand for diskusjon. Hvilke fellestrekk og ulikheter var til stede?
- Hvilke spørsmål stilte gruppen for å få et tydeligere bilde av pasientsituasjonen?
- Hvilke tidligere erfaringer, kunnskaper, verdier, rutiner etc la deltakerne til grunn for sin forståelse av situasjonen og/eller aktuelle handlinger?
- Hvilke alternative handlinger ble foreslått og hvordan vurderte man faglige og etiske konsekvenser av de enkelte handlingene?
- Hva mente deltakerne måtte ligge til grunn for faglig forsvarlig omsorg for pasienter med demenssykdommer?
- Hva slags yrkesmessig kompetanse trenger sykepleiere (og hjelpepleiere) for å kunne utøve faglig forsvarlig omsorg for pasienter med demenssykdommer?

Hva utvikling av kvalitet angår, så jeg det skriftlige materialet i lys av hva deltakerne mente var sentrale faktorer når det gjaldt å ivareta kvalitet i omsorgen for pasienter med demens. Jeg så også etter hvilke satsningsområder som ble valgt på de forskjellige arbeidsplassene, og eventuelle erfaringer og resultater av utviklingsarbeidet innenfor disse områdene

#### *Analyse av datamateriale fra fokusgruppeintervju*

Når det gjelder fokusgruppeintervjuet, startet, som indikert i 4.3.2, analysen av datamaterialet allerede i intervjusituasjonen. Jeg var hele tiden i dialog med deltakerne ved at jeg aktivt prøvde å forsikre meg om at jeg oppfattet deres utsagn slik de var ment, slik at jeg ikke lot min egen forforståelse 'skygge for' det de hadde å si.

I tråd med Slot og Roschels (2005) anbefalinger, ble båndet avspilt og skrevet ut like etter intervjuet. Jeg hadde ikke utarbeidet en oversikt over hvordan deltakerne var plassert i

intervjusituasjonen, da deltakerne var lett å gjenkjenne på bakgrunn av dialektene deres. Deltakerne ble anonymisert i form av tall fra 1-5. Jeg noterte i transkripsjonsteksten når deltakerne samtykket i utsagn fra andre deltakere og/eller tolkninger som jeg presenterte tilbake til gruppen under intervjuet. Jeg markerte også følelsesutbrudd som iver, latter og tristhet i stemmeleie. Jeg laget gode marger for å gjøre plass til notater under analysen.

Analyseprosessen ble foretatt i flere omganger. Først ble et relativt omfangsrikt datamateriale fra fokusgruppeintervjuet kodet manuelt og delt inn i mindre enheter og karakterisert med stikkord (for eksempel "tenkemåte", "hjelp fra en annen", "samspill med kollegaer", "endring", "den dementes livshistorie", "manglende utredning", "motivasjon"). På dette nivået forsøkte jeg å framstille meningen i deltakernes utsagn innenfor kategoriene: *Kartlegging av etiske problemstillinger, etiske perspektiver i møtet med pasienter og medarbeidere, utredning ved mistanke om demens, samarbeid mellom teori og praksis og livslang læring.*

Neste tinn i analyseprosessen var å sammenlikne de enkelte enhetene for å finne likheter og forskjeller mellom dem og dermed videreutvikle kategorier. Prosjektets formulerte hensikter og mål i form av etisk bevisstgjøring og utvikling av yrkesmessig kompetanse hos deltakerne, ga fortsatt rammer for denne delen av analysearbeidet. I tillegg påvirket den teoretiske referanserammen både innsamling og analyse av data. I denne fasen arbeidet jeg med å utforske den teoretiske betydningen av yrkesmessig kompetanse relatert til utøvelse av sykepleie. Disse erfaringene sammen med mine erfaringer med bruk av Aadlands (1998) etiske refleksjonsmodell, preget min forforståelse. I følge Malterud (2003) vil møtet med data og teoretiske referanserammer ofte gi forskeren større innsikt underveis. Denne innsikten kan gjøre det nødvendig å revidere problemstillingen, eller stille andre og/eller flere spørsmål til materialet, noe som må tydeliggjøres i beskrivelsen av analyseprosessen. De nye forskningsspørsmålene jeg stilte til datamaterialet var:

- Hvilken betydning mener deltakerne at sykepleieres etiske bevissthet har for deres utøvelse av faglig forvarlig omsorg for pasienter med demens og deres pårørende?
- Hvilke komponenter innenfor deltakernes yrkesmessige kompetanse bidro deltakelsen i prosjektet til å utvikle?
- Hvordan bidro de valgte læringsaktivitetene til utviklingen av deltakernes etiske bevissthet og yrkesmessige kompetanse?

Etter hvert utforsket jeg den teoretiske betydningen av refleksjon og kritisk refleksjon. I mitt neste møte med datamaterialet oppdaget jeg mønstre som samsvarte med komponenter av kritisk refleksjon. Med bakgrunn i dette formulerte jeg i tillegg forskningsspørsmålene:

- Hvordan kan utviklingen av evnen til kritisk refleksjon bidra til utviklingen av yrkesmessig kompetanse hos sykepleiere og hjelpepleiere som arbeider innenfor demensomsorgen?
- Kan bruk av en etisk refleksjonsmodell bidra til utvikling av sykepleiere og hjelpepleieres evne til kritisk refleksjon?

I tråd med forutsetningene for en hermeneutisk analyse, prøvde jeg å forstå fenomenene som ble behandlet ut fra den større helheten de inngikk i (Grønmo 2004). Til slutt i analyseprosessen sammenliknet jeg derfor kategoriene fra analysen av dataene fra fokusgruppeintervjuet med resultatene fra analysen av dataene fra referatene og feltnotatene. Hensikten var å finne likheter og forskjeller mellom disse datakildene, for dermed å utvikle nye kategorier. På samme måte som arbeidet i studiesirkelene var preget av at arbeidet med problemstillinger og fagstoff utfylte hverandre, ble analyseprosessen også et samspill mellom data og teori knyttet til personer med demens og deres behov for faglig forsvarlig omsorg og behandling, kompetansebegrepet, læring og kritisk refleksjon.

Ved gjennomgang av datamaterialet fant jeg lite informasjon om mål 1, c og d og mål 4, a, b og c. Dette medførte at jeg utelot forskningsspørsmål om kulturelle aspekter og etisk tilnærming, felles undervisningsplaner og utvikling av deltakernes IKT kunnskaper. Jeg hadde valgt Aadlands (1998) refleksjonsmodell som pedagogisk verktøy og ramme for store deler av arbeidet i studiesirkelene. Parallelt med dataanalysen, arbeidet jeg med den teoretiske referanserammen hvor jeg flyttet fokus fra refleksjon til kritisk refleksjon. Jeg mente å oppdage mønstre i form av kritisk refleksjon i datamaterialet fra fokusgruppeintervjuet. Dette gjorde det nødvendig å også gjennomgå datamaterialet fra studiesirkelene og etterspørre om og i hvilken forbindelse deltakerne reflekterte kritisk. Her holdt jeg et spesielt fokus på hvilke spørsmål deltakerne stilte til situasjonene og hvilke åpne og skjulte verdier, handlingsalternativer og mulige konsekvenser som ble beskrevet. På denne måten ble forskningsspørsmålene mine utvidet til også å omhandle forholdet mellom kritisk refleksjon og utvikling av yrkesmessig kompetanse og forholdet mellom Aadlands (ibid) etiske refleksjonsmodell og utvikling av evnen til kritisk refleksjon.

Når det gjelder informasjon om hva slags kompetanse helsepersonell innenfor demensomsorgen må inneha for å kunne møte pasienten og deres pårørende på en faglig forsvarlig og omsorgsfull måte, finnes denne i det datamaterialet jeg beskriver over. Denne informasjonen finnes også i kurs- og seminarprogram, i prosjektsøknader, referater fra møter i styringsgruppen og i resultater av litteratursøk.

## 4.4 Metodiske utfordringer og refleksjoner

Nedenfor beskriver og diskuterer jeg hvordan krav til kvalitet ble forsøkt ivaretatt gjennom forskningsprosessen.

### 4.4.1 Troverdighet

Troverdighet er et av kriteriene for kvalitet i kvalitative studier. Dette kriteriet er relatert til at forskningen er gjennomført på en tillitsvekkende måte som tydeliggjøres for leseren (Fagermoen 2005). Data som beskrev deltakernes etiske bevissthet eller yrkesmessige kompetanse og/eller kvaliteten på utdanningens pedagogiske tilnærming og/eller praksisfeltenes omsorgstilbud til personer med demens, ble ikke samlet inn i forkant av implementerings- eller arbeidsfasen. Dette medfører at man ikke med sikkerhet kan dokumentere resultatene av intervensjonene eller arbeidsprosessene. I en nåværende fase av prosjektet er dette i større grad ivaretatt.

I følge Grønmo (2004) innebærer troverdighet blant annet at de empiriske funn som presenteres er basert på faktiske forhold og ikke på forskerens subjektive skjønn. I prosjektrapporten prøver jeg å ivareta troverdigheten når jeg skiller mellom hva som er informantens erfaringer og hva som er mine tolkninger. Jeg underbygger mine framstillinger med sitater fra informantene. Disse sitatene er satt i kursiv og merket med nummer. Jeg stilte oppklarende spørsmål underveis i fokusgruppeintervjuet. I etterkant ser jeg at jeg kunne ha presentert mine analyser og fortolkninger tilbake til deltakerne underveis i denne prosessen og dermed fått sjekket ut mine tolkninger. Dette kaller Grønmo (2004) *kommunikativ validitet*. Prosjektet var dessuten et samarbeidsprosjekt mellom høgskole og praksisfelt. Ved å trekke deltakerne mer inn i analyse og tolkningsprosessen ville jeg, i tråd med Tripp (2005), gitt dem en mer likeverdig rolle også i denne delen av prosjektet.

Et annet element som er knyttet til troverdighet, er kvaliteten på den informasjonen som mine framstillinger bygger på. Data skal være samlet inn på en systematisk måte og være



i tråd med etablerte forutsetninger og framgangsmåter (Grønmo 2004). I prosjektet byttet deltakerne på å skrive referater fra møtene i studiesirkelene. Den som skrev referat, noterte underveis, men det kunne gå tid mellom møtene og den endelige utformingen av referatet. I tillegg til referatene, gjorde jeg feltnotater underveis. Samtidig fungerte jeg ofte som møteleder og veileder, noe som kunne avlede min oppmerksomhet bort fra skrivingen. Grønmo (2004) forklarer begrepet *kompetansevaliditet* som forskerens kompetanse når det gjelder innsamling av data. Min begrensede erfaring med intervju som metode, kunne påvirke kvaliteten på fokusgruppeintervjuet i negativ retning. Flere intervjuer underveis ville også gitt meg et større datamateriale. Det samme kunne et større utvalg bidratt til. Kunne dette gitt større troverdighet?

#### 4.4.2 Bekreftbarhet

Et annet kriterium for kvalitet, er *bekreftbarhet*. Dette kriteriet er knyttet til tolkning av resultater og betyr at forsker har et kritisk perspektiv på egen tolkning. Tolkning av datamateriale er en sentral del av den kvalitative forskningsprosessen. Malterud (2003) beskriver hvordan forskeres forforståelse i kraft av erfaringer, hypoteser, faglige perspektiv og teoretiske referanserammer påvirker innsamling og analyse av data. Ofte er denne forforståelsen en viktig motivasjon for utforskning av spesielle tema. En kvalitativ forskningsprosess krever at forskeren erkjenner og vurderer sin egen forforståelse og hvordan denne og den teoretiske referanserammen påvirker fortolkningen og dermed kunnskapsutviklingen. Bjørndal (2004) omtaler en slik måte å forholde seg på som *en refleksiv posisjon* hos forsker.

Bjørndal (2004) beskriver *den refleksive posisjonen* som en av tre ulike måter forskere forholder seg til det sosiale forskningsfeltet på. Denne posisjonen innebærer at all forskning uunngåelig reflekterer og til en viss grad er skapt av forskeren ved at den farges av dennes sosiale bakgrunn, erfaring, kultur og atferd. Dette nødvendiggjør at forskeren stiller kritiske spørsmål til hvordan hun selv farger den informasjonen som samles inn, hvordan egne antakelser og verdier påvirker funnene og hvordan egen tilstedeværelse påvirker handlingene til de andre deltakerne. Når forskeren deltar åpent og aktivt for å endre praksis og/eller systemer, må forskeren vurdere graden av egen involvering i det systemet eller i personene som observeres og grad av åpenhet, eksempelvis i forhold til hva som observeres og formålet med observasjonene.

I min forforståelse lå erfaringen av at sykepleiere ofte hadde fokus direkte på problemløsning i situasjoner hvor de sto overfor kliniske problemstillinger. De utforsket situasjonene i liten grad, og/eller vurderte sjelden flere innfallsvinkler før de besluttet hvilke handlinger som burde iverksettes. Jeg hadde også erfart at flere sykepleiere som tok videreutdanning, gjennom sin kunnskapsøkning opplevde et større gap mellom teori og praksis med påfølgende frustrasjoner, utover i utdanningsforløpet. Jeg kjente til Aadlands (1998) etiske refleksjonsmodell og hadde positive erfaringer med dens hensiktsmessighet når det gjaldt å avklare årsaker til handlingsvalg i praksis og aktuelle hindringer for utvikling av praksis. På den annen side hadde jeg mer teoretisk enn praktisk erfaring med bruken av tilsvarende modeller.

*Bekreftbarhet* innebærer også at annen forskning bekrefter egne resultater. Flere kilder beskriver en sammenheng mellom kritisk refleksjon og utvikling av yrkesmessig kompetanse (Williams og Walker 2003, Daly 2001, Zhangs m fl 2001, Clarke og Holt 2001). Andre kilder viser en sammenheng mellom sykepleieres evne til kritisk refleksjon og deres grundighet når det gjelder etiske overveielser (Bell m.fl. 2002, Daly 2001, Chenoweth 1998, Glen 1995). I tillegg beskrives sammenhenger mellom moralsk stress hos sykepleiere og manglende eller

manglende bruk av yrkesmessige kompetanse (Bolmsö 2006, Corley m fl 2005, Jormsri m fl 2005 og Hamric 2000).

#### 4.4.3 Pålitelighet

I følge Fagermoen (2005) har *pålitelighet* en nær tilknytning til bekreftbarhet. Dette kriteriet kan ivaretas ved at en utenforstående person foretar en granskning og vurdering av forskningsprosessen. Dette ivaretas gjennom veiledning, publisering og framlegg av resultater i andre sammenhenger.

#### 4.4.4 Overførbarhet

Et fjerde kriteriet er *overførbarhet*. Dette innebærer at resultatene, eller den teoretiske forståelsen som er knyttet til erfaringene fra prosjektet, kan bidra til å belyse og forstå andre situasjoner eller sammenhenger (Fagermoen 2005). Under fokusgruppeintervjuet samtykket de fem deltakerne flere ganger i hverandres uttalelser. De spant også ofte videre på hverandres uttalelser. Dette sammenfallet i meninger kan ifølge Fagermoen (2005) tyde på at resultatene fra prosjektet kan overføres til andre sammenhenger hvor det arbeides med kompetanseutvikling i forbindelse med omsorg for personer med demens og deres pårørende.

Erfaringene antyder hvordan kritisk refleksjon, her innenfor rammen av en etisk refleksjonsmodell, bidrar til utvikling av etisk bevissthet og en yrkesmessig kompetanse som er ønskelig i forhold til ”Rammeplan for sykepleier utdanning”. Med bakgrunn i deltakernes erfaringer som kom fram i fokusgruppeintervjuet, belyser jeg fenomenet moralsk stress hos sykepleiere og de konsekvenser dette for eksempel kan få i form av å ikke ta i bruk egen kompetanse, hyppig jobb-bytte og andre yrkesvalg. Jeg mener at denne teoretiske forståelsen kan belyse sykepleieres opplevelse av frustrasjoner og stress, forbygge utbrenthet og redusere høy ”turn-over”. Den teoretiske forståelse kan også være veiledende for ledere og arbeidsgivere når det gjelder tilrettelegging for livslang, målrettet læring hos sine ansatte.

#### 4.4.5 Pragmatisk validitet

I tråd med Grønmo (2004) hadde datamaterialet og resultatene innenfor dette prosjektet også en *pragmatisk validitet*. Pragmatisk validitet sier noe om hvordan datamateriale og resultater i en studie utgjør et godt handlingsgrunnlag og er spesielt relevant innenfor aksjonsforskning der forsker samhandler med de andre deltakerne for å benytte forskningsresultatene i praktisk handling. Innenfor prosjektet tok vi i bruk pedagogiske tilnærminger i form av diskusjon og refleksjon i gruppe, bruk av situasjoner fra deltakernes egen praksis, bruk av en etisk refleksjonsmodell og studier av aktuell litteratur. Arbeidet ga oss nyttige erfaringer i form av hensiktsmessige metoder for å utvikle etisk bevissthet og yrkesmessig kompetanse både hos videreutdanningens studenter og sykepleiere i praksisfeltet. Studier av litteratur og deltakernes erfaringskunnskap ga oss et mål for hvordan omsorg for pasienter med demens og deres pårørende burde ivaretas. Den enkelte deltaker fikk muligheten til å sammenlikne egen og arbeidsstedets praksis ut fra dette perspektivet. Dette bidro til avklaring av aktuelle områder for utvikling av egen og arbeidsstedets praksis og dernest til utviklingsprosesser.

#### 4.4.6 Nordetikk-prosjektet sett i lys av aksjonsforskning og aksjonslæring

Ut fra det jeg skisserer innledningsvis i kapitlet, mener jeg at aksjonsforskning og aksjonslæring har mange fellestrekk, men også ulikheter. Et fellestrekk er at begge tilnærmingene har endring av praksis som mål, og at problemene man søker løst, skal defineres i praksis. Nordetikk-prosjektet hadde endring i form av kvalitetsutvikling som mål. Flere praksisfelt var representert gjennom deltakerne i gruppen og dermed gjenstand for endring. Endringen hadde primært fokus på utviklingen av deltakernes kompetanse og ikke på den organisatoriske kompetansen innenfor deltakernes praksisfelt. Prosjektet var initiert av høgskolen, men de etiske problemstillingene som ble drøftet kom fra praksis. Deltakerne beskrev både positive faktorer som bidro til å ivareta kvalitet i omsorg og behandling av pasienter med demens på egen arbeidsplass og prosesser som krevde forbedring. De valgte ut områder som de ønsket å kvalitetsutvikle, og fikk støtte, råd og oppklarende spørsmål fra de andre i gruppen gjennom endringsprosessen. På denne måten ble også fokuset i noen grad satt på deltakernes praksisfelt, men vi fikk ikke gått i dybden på disse endringsprosessene.

Både innenfor aksjonsforskning og aksjonslæring er refleksjon over egen og organisasjonens praksis den sentrale katalysatoren for endring av praksis. Kritisk refleksjon var en av flere pedagogiske tilnærminger innenfor Nordetikk-prosjektet. På denne måten blir praksis "nyskaping meir enn gjenskaping" (Fuglestad 1997, s. 56). Aksjonsforskning, aksjonslæring og kritisk refleksjon har alle til hensikt å utvikle yrkesutøvernes kompetanse og å endre og utvikle praksis gjennom å stille kritiske spørsmål til praksis og utforske egen og andres antakelser og handlingsalternativer (Fook 2006, Tripp 2005, Williams and Walker 2003, Tiller 1999). I tråd med Fisher (2005 i Askeland 2006) og Holter og Schwaarts-Barcott (1993) skal oppdagelsene også bidra til å myndiggjøre gjennom å hindre undertrykking og redusere sosial likhet. Myndiggjøring i forhold til pasienter med demens var en sentral moralsk utfordring når det gjaldt arbeidet i Nordetikk-prosjektet. Det samme var denne pasientgruppens likeverdige rett til faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp.

Når det gjelder aksjonsforskning som vitenskapelig tilnærming, stilles det krav til hvordan erfaringer og argumentasjonen i forhold erfaringene dokumenteres og til hvordan virkelighet og datamateriale fortolkes (Tripp 2005). Forskningsmetoder eller grunnriss av metoder, kan videreutvikles i samarbeid med deltakerne i aksjonsforskningsprosessen og i samsvar med de aktuelle forskningsspørsmålene (Hummelvold 2003). Også aksjonslæring stiller krav til anvendelse av en vitenskapelig framgangsmåte, uten at denne beskrives nærmere av Tiller (1999). Når det gjaldt Nordetikk-prosjektet, ivaretok jeg en vitenskapelig framgangsmåte ved innsamling og analyse av data i samsvar med forskningsspørsmålene. Formulering av forskningsspørsmål og innsamling av data var rettet mot hvorvidt prosjektets hensikter og mål var nådd. I følge Tripp (2005) må imidlertid kravet til dokumentasjon ivaretas gjennom alle fasene i aksjonsforskningsprosessen, et krav som ikke er ivarettatt i prosjektet.

En av ulikhetene mellom aksjonsforskning og aksjonslæring mener jeg ligger i hvordan man vektlegger den teoretiske kunnskapens rolle (3.3.2) når det gjelder endring av praksis. Aksjonsforskningens hensikt er å utvikle ny kunnskap og/eller å framskaffe teori som kan forklare og løse problemstillinger i praksis (Tripp 2005, Hummelvold 2003, Coghlan og Casey 2001, Tiller 1999). Når det gjelder kunnskapsinnhold, vil deltakerne fra praksisfeltet kunne beskrive sine opplevelser av problemstillingene og erfaringer. Forskeren på sin side bidrar med kunnskap om resultater fra tidligere studier av liknende problemstillinger, teorier, metoder og analyser som kan bidra til å utvikle praksis, og også gi den nødvendig tyngde som må til for å få til endring i praksis. Gjennom dialog kan forskere og praktikere utfylle hverandre i et felles forsøk på å løse problemene (Sjøvoll, 2001). I følge Tiller (1999) bidrar aksjonslæringen til at man blir mer oppmerksom på og kan utnytte det som allerede finnes av kunnskap i organisasjonen til å endre praksis, men aksjonslæring har ikke som mål at

faktakunnskap tilføres deltakerne. Når det gjelder Nordetikk-prosjektet, foregikk utvikling av ny kunnskap og forståelse som en symbiotisk prosess mellom å beskrive deltakernes praksiskunnskap og å framskaffe fag- og forskningskunnskap som kunne belyse problemstillingen. Dette bidro til at deltakerne på den ene siden fikk satt ord på og analysert relevant erfaringskunnskap, og de fikk delt den med hverandre slik at gruppen som helhet utviklet en kunnskapsbase. Samtidig bidro den teoretiske kunnskapen i samsvar med Fuglestad (1997), til å fornye deltakernes handlinger (3.3.2) på samme måte som innenfor aksjonsforskning.

En annen ulikhet mellom aksjonsforskning og aksjonslæring er at forskerrollen er tydelig definert og beskrevet når det gjelder aksjonsforskning, men nedtonet når det gjelder aksjonslæring. I følge Sjøvolls (2001) studie, er samarbeidsperspektivet og endringen av relasjonen mellom forsker og den eller de som utforskes, det mest framtrædende kjennetegnet ved aksjonsforskning. Samtidig kan forskeren ha forskjellig tilknytning til den organisasjonen som det forskes i, som forsker utenfra eller som forsker i egen organisasjon (Coghlan og Casey 2001). Som prosjektleder hadde jeg ikke tilknytning til noen av praksisfeltene. Som prosjektansvarlig og veileder kunne jeg stille spørsmål til praksisfeltenes eksisterende praksis og kvaliteten på denne, samt organisatoriske strukturer og relasjoner. Jeg måtte forholde meg til deltakernes beskrivelser av situasjonene og endringer i praksis uten å kunne gjøre egne observasjoner ute i praksisfeltene. Jeg kunne heller ikke bidra direkte i endringsarbeidet eller rekruttere og opprettholde støtte eller redusere og håndtere motstand slik Coghlan og Casey (2001) beskriver det. På den annen side ga dette meg mulighet til å ivareta utenfra-perspektivet og få overblikk over ulike aspekter ved problemstillingene (Sjøvoll 2001).

Aksjonslæring foregår i strukturerte møter mellom mennesker i en organisasjon, gjerne i møte med og med støtte fra fagpersoner utenfra (Tiller 1999). Forfatteren beskriver ikke hvem disse fagfolkene kan være og hvilken rolle de har, utover å være støttende. Innenfor Nordetikk-prosjektet representerte studiesirkelene en strukturert møteplass både for deltakere fra samme arbeidssted og for deltakere fra andre arbeidsteder. Jeg var, i tråd med Tiller (1999), en støttende fagperson utenfra, både faglig og pedagogisk. Samtidig hadde jeg ansvaret for den systematiske og vitenskapelige tilnærmingen i prosjektet. Som en del av styringsgruppen, definerte jeg i stor grad hvilke aktiviteter som var aktuelle innenfor prosjektet.

Tripp (2005) beskriver fire måter deltakere fra praksisfeltet kan delta i aksjonsforskning på: *compulsion (tvang)*, *co-option (innvelging)*, *co-operation (medvirkning) and collaboration (samarbeid)*. *Co-operation* eller *medvirkning* kjennetegnes av at forskere får andre til å delta i deres prosjekt. På mange områder medvirker disse deltakerne som partnere ved at de stadig konsulteres, men det er alltid forskeren som "eier" prosjektet. Når det gjelder *collaboration* eller *samarbeid*, har alle deltakerne status som medforskere. Ut fra beskrivelsene over, mener jeg at prosjektet kan karakteriseres som et medvirkningsprosjekt. Deltakerne ble stadig konsultert på møtene i studiesirkelene i etikkprosjektet. Likevel hadde jeg som prosjektleder større påvirkningskraft enn de øvrige deltakerne når det gjaldt planlegging, styring, aktiviteter og framdrift. Nordetikk-prosjektet var initiert av høgskolen, men de etiske problemstillingene som ble drøftet, kom fra praksis. Senere i prosjektet valgte deltakerne områder fra egen arbeidsplass som var aktuelle å utvikle for å sikre faglig forsvarlig omsorg og behandling til pasienter med demens.

#### **4.4.7 Nordetikk-prosjektet som et kompetanse- og kvalitetsutviklingsprosjekt**

Som tidligere nevnt var hensikten med prosjektet å bidra til kvalitetsutvikling innenfor demensomsorgen gjennom utvikling av deltakernes yrkesmessige kompetanse. Her kan kompetanseutvikling forstås som en utviklingsaktivitet primært knyttet til ansatte i helse- og

sosialsektoren som allerede har en relevant fagutdanning. Kompetanseutvikling er oftest knyttet til eksisterende og/eller framtidige arbeidsoppgaver og kan ses på som både et kollektivt og et individrettet tiltak (Kårikstad og Sellevold 2002). I tråd med dette antas det her at bedre kvalitet innenfor demensomsorgen er avhengig av utvikling av de ansattes yrkesmessige kompetanse

På samme måte som aksjonsforskning, kan også fagutvikling og kvalitetsutvikling ses på som en form for *action inquiry* (Tripp 2005). Både kvalitetsutvikling og fagutvikling innenfor sykepleie har fokus på utvikling av sykepleiepraksis. Nordetikk-prosjektet hadde fokus på utvikling både av utdanningens undervisningsplaner og av praksis innenfor demensomsorgen. Samtidig stiller kvalitetsutvikling, slik Tripp (2005) påpeker det, krav til at utviklingen opprettholdes som en syklisk prosess. Dette stiller blant annet krav til utforming av prosedyrer og at disse implementeres som en del av organisasjonenes kvalitetssikringssystem og en faggruppe, for eksempel i form av en aksjonslæringsgruppe, som holder tak i prosessene (Sellevold og Skulberg 2005). Som utenforstående medforsker uten tilknytning til de mange praksisfeltene, var det vanskelig å påvirke slike vedlikeholdsprosesser. Når det gjelder utdanningen, har jeg større mulighet til å påvirke at de positive erfaringene fra prosjektet implementeres i undervisningen.

Utvikling av ny kunnskap er en viktig del av aksjonsforskningsprosessen. Samtidig har studier av relevant litteratur en viktig rolle innenfor aksjonsforskning når det gjelder å forstå situasjoner, planlegge hensiktsmessige endringer og forklare resultatene (Tripp 2005, Sjøvoll 2001). Også innenfor kvalitetsutvikling tas ny kunnskap i bruk for å beskrive mål i form av hvordan praksis bør være (NSF 1995). Innenfor prosjektet tok vi i bruk ny kunnskap til å fornye prosesser både innenfor utdanning og praksisfelt. Prosjektets hovedfokus var utvikling av deltakernes yrkesmessige kompetanse. Samtidig reflekterte deltakerne over aktuelle områder for kvalitetsutvikling på eget arbeidssted. De arbeidet med å sette i gang utviklingsprosesser på eget arbeidssted og støttet og utfordret hverandre i disse prosessene. I tråd med Kårikstad og Sellevold (2002) var holdningsendring en viktig del av utviklingsprosessen. Prosjektet hadde i tillegg fokus på å utveksle erfaringer fra bruk av redskaper og metoder som bidrar til å sikre kvalitet i omsorgen for pasienter med demens.

I 4.4.6 diskuterer jeg hvordan kvaliteten i den vitenskapelige tilnærmingen burde vært ivaretatt på en bedre måte. Blant annet mangler prosjektet en vitenskapelig tilnærming i planleggingsfasen. Tripp (2005) poengterer at det er viktig å samle data både før, under og etter implementeringen. Dette kravet er ikke oppfylt, og jeg kan ikke konkludere med at det er deltakelsen i prosjektet alene som har bidratt til resultatene. I tråd med Tripps (2005, s. 2) definisjon av "action inquiry" og vitenskapelige krav til aksjonsforskning, tenker jeg at prosjektet kan ses på som et kompetanse- og kvalitetsutviklingsprosjekt heller enn aksjonsforskning. Funnene beskriver i større grad etiske og faglige utfordringer innenfor demensomsorgen og utviklingen av deltakernes yrkesmessige kompetanse enn utvikling av praksis på de aktuelle arbeidsplassene. På denne måten kan prosjektet forstås som et kompetanseutviklingsprosjekt som i tråd med Kårikstad og Sellevold (2002) skulle sette deltakerne i stand til å utvikle praksis på eget arbeidssted.

På bakgrunn av mine erfaringer fra dette og tidligere endringsprosjekt, vil det i framtidige samarbeidsprosjekter, være ønskelig med en tettere tilknytning til ett praksisfelt om gangen. Som medforsker er mine bidrag i form av fag- og forskningskunnskap, teorier, metoder og analyser som kan bidra til å utvikle praksis, viktige i prosessen med å skape forskningsbaserte endringer i praksis. Målet må være at kvaliteten i den vitenskapelig tilnærmingen er i tråd med de kravene Tripp (2005) skisserer. På denne måten framstår forslagene til forbedring både innenfor praksisfelt og utdanning som troverdige, slik at erfaringene vil kunne publiseres og komme andre til nytte.

Praksisstudier representerer sentrale læresituasjoner for studentene. Jeg tenker at kvaliteten på praksis i forhold til faglig forsvarlig og omsorgsfull sykepleie til pasienter med demens og deres pårørende, bidrar til en positiv utvikling av studentenes yrkesmessige kompetanse i møtet med denne pasientgruppen. Ved at studenter deltar i utviklingsprosesser i praksis, lærer de også yrkesrelaterte strategier for livslang læring.

Etablering av aksjonslæringsgrupper som en del av endringsprosjekter, kan også bidra til synliggjøring av erfaringskunnskap. Aksjonslæringsgrupper bør også bestå etter at prosjekter avsluttes slik at forandrings- og læreprosessene vedlikeholder seg selv i organisasjonen, med medforsker som en nedtonet faglig støtte utenifra.

#### **4.4.8 Forskningsetiske refleksjoner**

Prosjektet var et samarbeidsprosjekt mellom høgskole og flere praksisfelt. Som lærer inviterte jeg aktuelle videreutdanningsstudenter med i prosjektet. Her benyttet jeg et muntlig *informert samtykke*. I forbindelse med fokusgruppeintervju og analyse og tolkning av det skriftlige datamaterialet, innhentet jeg et muntlig informert samtykke hos deltakerne. Jeg benyttet et skriftlig informert samtykke fra overordnet leder der studentene var ansatt, samtidig som jeg inviterte flere sykepleiere fra de aktuelle arbeidsplassene med i prosjektet. For å ivareta kravet om *konfidensialitet*, anonymiserer jeg datamaterialet både i forhold til deltakerne og deres arbeidssteder. Når jeg bruker sitater i framstillingen av resultatene fra fokusgruppeintervjuer erstatter jeg deltakernes navn med nummer.

Når det gjelder *informasjon om resultatet av undersøkelsen*, vil deltakerne få tilsendt hver sin prosjektrapport. De vil også få tilsendt en kopi av en artikkel som er skrevet ut fra erfaringene fra prosjektet når den blir publisert. Jeg vil også ta kontakt med deltakerne for å høre om de ønsker at jeg skal legge fram resultatene fra prosjektet på deres arbeidsplass. I samsvar med at jeg har vært opptatt av deltakernes status som medvirkende i prosjektet, ønsker jeg at også framlegget er et samarbeidsprosjekt hvor også deltakernes stemmer høres.

## **5.0 Framstilling og drøfting av funn knyttet til deltakernes forståelse av faglig forsvarlig omsorg for pasienter med demens**

Funnene viser at deltakerne i all hovedsak var opptatt av læring knyttet til samhandling med pasient, pårørende og kollegaer, utredningsprosesser, tvangsbehandling, støtte til pårørende, meningsfull aktivitet, kvalitet og kontinuitet i omsorgen og tilbud om kompetanseutvikling til ansatte. Deltakernes forståelse vokste fram som et resultat av refleksjon over det faglige innholdet fra kurs, seminarer og aktuell litteratur og deltakernes erfaringskunnskap fra møter med pasienter med demens. Som nevnt i kapittel 1.4, vil jeg framstille resultatene fortløpende og så diskutere disse i lys av aktuell teori og egne erfaringer.

### **5.1 Faktorer som må ligge til grunn for faglig forsvarlig omsorg for pasienter med demenssykdommer**

I en periode av prosjektet arbeidet vi med litteraturstudier, refleksjoner og diskusjoner omkring spørsmålet om hva som måtte ligge til grunn for kvalitet i pleie, omsorg og behandling til pasienter med demenssykdommer. Vi kom fram til følgende resultater:

1. Samhandling og kommunikasjon med fokus på å forstå pasientens opplevelse og ivareta hans eller hennes integritet.
2. Demensutredning ved mistanke om kognitiv svikt og tilpasset informasjon til pasienter og deres pårørende gjennom utredningsprosessen.
3. Ha et kritisk blikk på bruk av tvang og rettighetsbegrensninger
4. Støtte til pårørende.
5. Ivareta pasientenes grunnleggende behov, f. eks behovet for meningsfull aktivitet
6. Sikre kontinuitet og kvalitet gjennom et godt utviklet system for pasientdokumentasjon og utarbeidelse av individuelle planer, helsehjelp på riktig nivå i omsorgskjeden og hensiktsmessig organisering av tjenesten.
7. Tilbud om kompetanseutvikling til personalet.

#### **5.1.1 Kommunikasjon og samhandling**

Fokus på kommunikasjon og samhandling med pasienter med demenssykdommer var et gjennomgående tema i løpet av prosjektperioden. Deltakerne mente at å prøve å få tak i hva som er til det beste for den enkelte pasient, viser respekt for menneskeverdet og bidrar til å ivareta pasientenes integritet.

Her er deltakernes vektlegging på kommunikasjon og samhandling i møte med pasienter med demens i tråd med Kitwoods (1999) betraktning om at utviklingen av en demenstilstand er et samspill mellom en progredierende hjerneorganisk skade og det psykososiale miljøet som omgir personen. Et positivt psykososialt miljø bidrar til delaktighet, trygghet, mestring og trivsel hos den sykdomsrammede. Wogn-Henriksen (1998, s. 742) hevder at å kommunisere ”handler dypest sett om det å være menneske”. Forfatteren beskriver kommunikasjonens viktige plass i omsorgen for personer med demens og viktigheten av å kommunisere med pasienten på en tålmodig, respektfull og ivaretakende måte. Man må anstrenge seg for å forstå den subjektive verdenen til personen med demens gjennom å prøve å tolke personens, ofte nonverbale, forsøk på å kommunisere egne reaksjoner, ønsker og behov.

I de transnasjonale møtene mellom gruppene fra de forskjellige skolene, ble forskjellige måter å kommunisere med personer med demens på synliggjort gjennom rollespill. På et av disse fellesseminarene kom det fram ulike holdninger når det gjaldt kommunikasjon med mennesker med demens. En av gruppene benyttet i et rollespill 'jætting' eller usannheter i samhandling med en person med demens. En annen gruppe ville heller ha benyttet 'validering' som kommunikasjonsteknikk i situasjonen. Gruppen mente også at 'jættingen' var unødvendig i situasjonen fordi pleierens nonverbale kommunikasjon i seg selv skapte trygghet hos pasienten:

*"Det var jo mer at den personen som kom etterpå innga tillitt, det var det som gjorde at han faktisk ble med (A3)." "Det var unødvendig å lyge, det var mye som løste problemet og ikke løgnen (A4) "*

I samsvar med Solem (1995) mente den ene gruppen at jætting i form av å late som om man deler den demente personens virkelighetsoppfattning, er uærlig og overfladisk. Forfatteren understøtter også gruppens mening om at bruk av validering i kommunikasjon uttrykker en verdsettende og aksepterende holdning til personen med demens og understreker omsorgspersonenes ærlighet.

### 5.1.2 Utredning ved mistanke om demenssykdom

Viktigheten av en tiltrekkelig utredning ved mistanke om eventuell demenssykdom, var et sentralt tema, både i diskusjonene i studiesirkelene og i fokusgruppeintervjuet. Resultater fra fokusgruppeintervjuet viser at praksis i kommuner når det gjelder utredning og diagnostisering med mistanke om demenssykdommer, ikke samsvarer med faglige anbefalinger. En av deltakerne beskriver situasjonene slik: *"de [pasientene] har jo ingen diagnose, vi vet ikke hva som feiler dem, vi vet ikke hvilken type demens de har"* (2). Deltakerne fra utredningsavdelingen beskrev derimot gode rutiner og en god struktur i eget utrednings- og behandlingstilbud. Når det gjelder utredning, mente deltakerne at informasjonen til pasienter og pårørende gjennom utredningsprosessen var viktig og nødvendig, og at det er nødvendig med et nært og godt samarbeid mellom behandlende lege og sykepleietjenesten for å lykkes i å ivareta pasienters rett til informasjon og medvirkning.

Deltakerne fortalte at helsepersonell i kommunehelsetjenesten ofte mangler nødvendig kompetanse om utredning ved mistanke om demenssykdommer. Kompetansesentre i 2. linjetjenesten tilbyr nå kurs om demensutredning. Flere av deltakerne påpekte at det bør etableres demensteam ute i kommunene som blant annet bør ha ansvaret for utredning. De var opptatt av at *"det blir bedre med demensteam"* (5) og at *"det bør sentraliseres et sted, slik at ikke hvem som helst kan gå ut og teste. Det er jo så skremmende"* (2).

I tillegg til problemene knyttet til manglende eller ukvalifisert utredning ved mistanke om demenssykdom, beskrev deltakerne ofte problematiske situasjoner i møtet med pasienter med vanskelig atferd. Deltakerne mente at ulike årsaksfaktorer til slik atferd må utredes og forskjellige tiltak må prøves ut og evalueres.

Deltakernes tanker om nødvendigheten av utredning ved mistanke om demenssykdom, støttes av Engedal og Haugen (2004) og Gøtrik og Hansen (2001), som poengterer at det er viktig at man tilbyr utredning så tidlig som mulig i sykdomsforløpet ved mistanke om demenssykdommer. Forfatterne er også tydelig når det gjelder pasienters og pårørendes rett til



og behov for informasjon gjennom utredningsprosessen, og nødvendigheten av et godt tverrfaglig samarbeid. Dette samsvar med Wogn-Henriksens (2000) forståelse av at kunnskap om egen sykdom og konsekvenser av denne, øker pasienters og pårørendes tåleevne. I følge Lov om Pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63, har pasienter rett til medvirkning og informasjon. Når pasienter på grunn av demenssykdom ikke kan ivareta sine interesser, har både pasienten og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon. Utvikling av informasjonsrutinene var et aktuelt satsingsområde for å bedre kvaliteten på utredningen.

### 5.1.3 Et kritisk blikk på tvang og rettighetsbegrensninger

Deltakerne beskrev hvordan personer med demens ofte er utsatt for overgrep i form av tvang, rettighetsbegrensning og ignorering. Etter slike hendelser kan personen ofte sitte igjen med en negativ følelsesmessig opplevelse uten å kunne formidle dette videre eller stille krav til en bedre oppførsel fra personalets side gjennom å klage. En av deltakerne sier det slik: *”Han (pasienten) er sjanseløs” og ”gjennom sykdommen så mister han klageretten”* (2).

For å ivareta kvalitet burde man, i følge deltakerne, stille spørsmål om hvem som best ivaretar pasientene i tvangssituasjoner og argumentere for at alle pasienter med demenssykdom får opprettet en verge eller hjelpeverge. I forbindelse med en studiesirkelsamling hvor bruk av tvang ble diskutert, beskrev en av deltakerne hvordan hennes avdeling selv hadde meldt fra til Fylkeslegen etter å ha måttet ty til gjentatt bruk av tvang i forhold til en pasient.

Deltakerne framstiller også demensomsorgen som selvmotsigende i forhold til bruk av tvang og rettighetsbegrensede tiltak. På den ene siden er bruk av tvang ulovlig. På den annen side utøves bruk av tvang for å hindre at pasienter skader seg selv og andre. Eksempelvis er låsing av dører og binding i stol et vanlig fenomen. Samtidig beskriver deltakerne hvordan de ofte unngikk tvang gjennom å kommunisere med pasienten på en tålmodig og ivaretakende måte ved å prøve å forstå dennes opplevelse av situasjonen. Deltakerne var ofte opptatte av hvorvidt pasienten var utredet med tanke på å kunne gi samtykke til behandling og pleie. De mente at resultatet av en slik utredning var en viktig faktor i vurderingen av bruk av tvang og rettighetsbegrensninger i de enkelte situasjonene.

Deltakernes erfaringer med bruk av tvang samsvarer med funnene i Kirkevolds (2005) studie som viser en utstrakt bruk av tvang i forhold til pasienter med demens, spesielt i sykehjem. Når deltakerne stiller seg kritisk til bruk av tvang overfor personer med demens, støttes dette også av Bolmsjø m fl (2006) som hevder at å utøve tvang mot en pasient med demens krever en solid faglig vurdering, og må kun gjøres ut fra sterke ikke-skade- eller velgjørhetshensyn. Når de i tillegg påpeker at pasientens samtykkekompetanse må vurderes i tvangssituasjoner, og at verge eller hjelpeverge må konsulteres, legger de til rette for å ivareta pasientens rett til å samtykke og medvirkning til behandling (Lov om Pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63, Kap 3) i så stor grad som mulig. Avdelingen som meldte seg selv til Fylkeslegen, tok ansvar for at de handlet på tvers av lover og forskrifter. Samtidig ba de om råd om hvordan de kunne håndtere problemet på en faglig forsvarlig måte. Fylkeslegene har et spesielt ansvar for at svake grupper får dekket behovet for helsetjenester på en forsvarlig måte i forhold til lover og retningslinjer, og har både en tilsyns- og rådgivingsplikt (Hallandvik 2002). Avdelingen opptrådte også i tråd med Engedal m fls (2002) anbefalinger om at en beslutning om tvang må avgrenses i tid og en ny vurdering må foretas regelmessig.

Deltakernes beskrivelser av hvordan de bruker en tålmodig og ivaretakende måte å kommunisere på og dermed ofte unngår tvang, tyder på at gode kommunikasjonsferdigheter

hos personalet kan redusere bruk av tvang. Dette støttes av Engedal m fl (2002) som viser til sammenhengen mellom bruk av tvang og personalets manglende kunnskap om bruk av tvang og alternativer til tvangsbruk. Wogn-Henriksen (1998) beskriver hvordan kommunikasjon bidrar til at vi føler oss sett og berørt som mennesker. Å se og berøre pasienter med demens gjennom kommunikasjon, kan skape en trygghet hos pasientene om at vi vil det beste for dem, noe som igjen bidrar til en åpenhet til å ta imot omsorg og behandling.

Dilemmaet mellom å skulle ivareta autonomi, verdighet og integritet på den ene siden, og samtidig ivareta pasientenes behov for beskyttelse og forebygge skade, ble tematisert på det første fellesseminaret. Det ble også lagt vekt på at deltakerne skulle kjenne til lover og retningslinjer som regulerte pasienter og pårørendes rettigheter.

#### **5.1.4 Støtte til pårørende**

Som jeg beskriver tidligere, var pårørende en sentral tredjepart i de situasjonene som representerte de etiske problemstillingene. Pårørende ble beskrevet av deltakerne som en viktig ressurs for pasienter med demens. De sitter ofte inne med verdifull kunnskap om pasienten, og et godt samarbeid med pårørende gjør det lettere å ivareta pasientens integritet på en god måte. På den annen side beskrev de hvordan enkelte pårørende, for eksempel på grunn av manglende overskudd og/eller kunnskap, ikke fungerte som støtte for pasienten med demenssykdom. Deltakerne var tydelige på at de også hadde et ansvar for de pårørende til personer med demens. Ofte kunne det å ivareta både pasientens og de pårørendes behov, skape etiske dilemmaer ved at de erfarte at handlingsvalg som hadde fokus på pasientens behov alene, kunne være uheldig for de pårørende og motsatt.

Å være pårørende til personer med demens, er en krevende oppgave som kan føre til helsesvikt og sosial isolasjon. Derfor har pårørende ofte behov for helsehjelp i form av støtte og avlastning (Ulstein 2006, Almberg og Jansson 2002). Pårørendes rolle og behov var tema på et av fellesseminarene, og i forbindelse med innhenting av aktuell litteratur.

#### **5.1.5 Behovet for meningsfull aktivitet**

Deltakerne vektla ivaretagelse av grunnleggende behov som en viktig del av en faglig forsvarlig omsorg for pasienter med demens. I løpet av den første fasen i prosjektet diskuterte vi spesielt viktigheten av meningsfull aktivitet. En av deltakerne i gruppen reflekterte over at enkelte brukere av dagsenteret hvor hun arbeidet, ofte ble overstimulerte slik at de ble slitne og urolige.

Kitwood (1999) definerer ”beskæftigelse” som en av de viktigste psykologiske behov hos personer med demens. Engedal (2004) beskriver hvordan tilpasset aktivitet fører til bedring av sosial fungering, uro og trivsel hos pasienter med demens. Han beskriver også hvordan pasienter kan bli forvirret og engstelig og trekke seg vekk fra aktivitetene når de overstimuleres. Dette tema var også en del av det faglige innholdet på det første fellesseminaret.

#### **5.1.6 Kvalitet og kontinuitet i omsorgen for pasienter med demens**

I forbindelse med fokusgruppeintervjuet uttrykte en av deltakerne frustrasjon relatert til utredning generelt og ved vanskelig atferd spesielt, slik:

”det er viktig, og hva er så vitsen så lenge kommunene ikke klarer å stille opp på det som resultatet av utredningene sier er behovene; for det er ikke plasser i sykehjem, det er ikke dagsenter, det er ikke hjemmesykepleie, det er ikke støttekontakter – det er så mye som ikke finnes” (1).

Deltakerne poengterte også viktigheten av et godt utviklet system for pasientdokumentasjon, og at innholdet i sykepleiedokumentasjonen beskriver pasientenes individuelle behov og ressurser. Pasientdokumentasjon skal sikre kontinuitet og kvalitet i omsorgen for den enkelte pasienten. Derfor mente deltakerne at det må blant annet utarbeides individuelle planer, spesielt ved overføring av pasienter fra 2. linjetjenesten til kommunehelsetjenesten.

Deltakerne utvekslet erfaringer og ideer angående bruk av dokumentasjonssystemer. På en av arbeidsplassene var det behov for å utvikle gode rutiner for pasientdokumentasjon, både når det gjaldt system og innhold. Dette ble et av avdelingens satsningsområde for utvikling av kvalitet.

I følge deltakerne er en organisering av tjenestene slik at man sikrer kontinuitet, en viktig forutsetning for å sikre faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp til pasienter med demens og deres pårørende. Ikke minst er dette viktig for å lykkes med å få til et godt tillitsforhold og et godt samarbeid mellom helsepersonell, pasienter og deres pårørende. Målet må være en mindre gruppe ansatte med kompetanse om demens som i hovedsak har ansvar for å følge opp pasienter og brukere med demens og deres pårørende. Det er også nødvendig å utvikle et godt samarbeid mellom de forskjellige tjenestene i behandlings- og omsorgskjedene.

Deltakernes vektlegging av et godt utviklet system for sykepleiedokumentasjon støttes av Hestad og Nordengen (2000). Forfatterne beskriver erfaringer som viser at individuelle pleieplaner som også dokumenterer effekten av den omsorgen som gis, sikrer individrettet og faglig forsvarlig omsorg.

Ut fra utsagnet til deltakeren, som for øvrig flere av de andre deltakerne støttet opp om, ser det ut til å være et gap mellom hvordan helsetilbudet til pasienter med demens bør være og hvordan det faktisk er. Dessverre stemmer deltakernes erfaringer overens med Eeks og Nygårds (2004) framstilling av det faktiske tilbudet rundt omkring i kommunene. Forfatterne viser til kommunenes plikt til å yte tilrettelagt helsehjelp og sosial hjelp til personer med demens og deres pårørende og beskriver hvordan et tilrettelagt tilbud innenfor helsetjenesten kan sikre kvalitet og kontinuitet innenfor omsorgskjeden.

### **5.1.7 Tilbud om kompetanseutvikling til ansatte innenfor demensomsorgen**

Deltakerne viste til at det innenfor eldreomsorgen generelt og sykehjem spesielt, arbeider mange uten helsefaglig kompetanse til tross for kompleksiteten i de eldres sykdomsbilder. De oppga videre at mange sykepleiestudenter har negative erfaringer fra praksis i eldreomsorgen, og det er vanskelig å rekruttere sykepleiere til å arbeide der.

Å sikre nødvendig kompetanse hos ansatte innenfor demensomsorgen er, i følge deltakerne, en viktig faktor for å sikre faglig forsvarlig omsorg for pasienter med demens. Deltakerne mente at å arbeide innenfor demensomsorgen krever helsefaglig utdanning. Samtidig refererte de til helsepersonell som opplever at helsefagutdanningene i for liten grad bidrar til å utvikle deres kompetanse i forhold til personer med demens generelt og problematisk atferd spesielt. Her mente de at innholdet i undervisningen må gjenspeile de faktorene som de beskriver må ligge til grunn for faglig forsvarlig omsorg for pasienter med demens og deres pårørende.

Når det gjelder kompetanse hos ansatte innenfor demensomsorgen, poengterte deltakerne i flere sammenhenger at ansatte i demensomsorgen må arbeide med seg selv for å tørre å stå i vanskelige pasientsituasjoner og ikke gi etter for unnlåtelsessynder.

Deltakernes erfaringer når det gjelder manglende kompetanse hos flere ansatte innenfor demensomsorgen, samsvarer med Fryjordet (2004) som viser til at det innenfor eldreomsorgen generelt og sykehjem spesielt, arbeider mange uten helsefaglig kompetanse. Bergland og Lærums (2002) studier samsvarer med deltakernes erfaringer om at mange sykepleiestudenter har negative erfaringer fra praksis i eldreomsorgen, og at nyutdannede sykepleiere ikke ønsker å arbeide der.

Når deltakerne poengterer at ansatte i demensomsorgen må arbeide med seg selv for å tørre å stå i vanskelige pasientsituasjoner og ikke gi etter for unnlåtelsessynder, tenker jeg dette betyr at personale kontinuerlig må strebe etter å utvikle sin moralske kompetanse i tråd med Jormsri m fl. (2005, s. 586). Dette fordrer utvikling av personlige egenskaper, f. eks gjennom veiledning og refleksjon.

I følge deltakerne må undervisningen gjenspeile de beskrevne faktor som må ligge til grunn for faglig forsvarlig omsorg for pasienter med demens og deres pårørende. Her mener jeg at i tillegg til de temaene som deltakerne beskriver, må de ansatte ha tilstrekkelig kunnskap om demenssykdommer og de spesielle behovene hos pasienter som lider av denne sykdommen, for å kunne utøve faglig forvarlig omsorg til denne pasientgruppa.

## **5.2 Satsningsområder for kvalitetsutvikling på deltakernes arbeidssteder**

Et av målene i prosjektet var å ”Øke samarbeidet mellom utdanning og praksisfeltet for å redusere avstanden mellom teori og praksis med den hensikt å bedre kvaliteten i omsorgen”. Videreutdanningsstudentene i gruppen var deltidsstudenter og arbeidet innenfor eldreomsorgen sammen med de andre deltakerne fra praksisfeltet. Refleksjon over egen, andres og arbeidsstedets praksis, ny kunnskap og forståelse og støtten fra hverandre, gav deltakerne mulighet til å samarbeide om å utvikle kvaliteten i omsorgen for pasienter med demens på egen arbeidsplass.

Deltakerne ble utfordret til å kartlegge og beskrive egen arbeidsplass relatert til faglig forsvarlig omsorg for pasienter med demens og hvorvidt praksis som ble ansett som faglig forsvarlig, var beskrevet i form av rutiner, retningslinjer og prosedyrer. Deltakerne ble også utfordret til å sammenlikne egen arbeidsplass med beskrivelsen av hvilke faktorer de mente måtte ligge til grunn for faglig forsvarlig omsorg for pasienter med demens. Gjennom å reflektere over praksis på eget arbeidssted kom deltakerne fram til følgende aktuelle områder for kvalitets- og fagutvikling:

- Utredning ved mistanke om kognitiv svikt, ansvarsfordeling innenfor faggruppene
- Informasjon til pasienter gjennom utredningsfasen
- Organisering av tjenestene for å sikre kontinuitet og forutsigbarhet
  - Primærsykepleiemodell
  - Demensteam
- Meningsfull aktivitet til personer med demens og individuell tilpasning for å hindre overstimulering
- Utvikling av pasientdokumentasjon, blant annet individuell plan

## 6.0 Framstilling og drøfting av funn knyttet til utvikling av yrkesmessige kompetanse

Utvikling av deltakernes yrkesmessige kompetanse var et annet hovedmål i prosjektet. Yrkesmessig eller profesjonelle kompetanse kan defineres som de nødvendige kvalifikasjoner man må ha for å kunne utøve et yrke, og som gjenspeiler seg i yrkesutøvelsen (Jormsri m.fl. 2005, Skau 2005, Kårikstad og Sellevold 2002, Zhang m.fl. 2001). Flere av disse forfatterne vektlegger i tillegg til kunnskaper, ferdigheter og holdninger også personlige egenskaper som viktige i en persons faglige kompetanse og utviklingen av denne.

Når det gjelder kompetansekomponeentene holdninger og motiver, velger jeg å diskutere disse i lys av utvikling av etisk bevissthet, som var et av prosjektets hovedmål. Jeg anser kunnskap og handling som en helhet når kunnskapen kommer til uttrykk i yrkesutøvelsen. I en slik sammenheng kan det være uhensiktsmessig å skille mellom kompetansekomponeentene *kunnskap* og *ferdigheter*. I tråd med den teoretiske forståelse av begrepet yrkesmessig kompetanse, velger jeg likevel å diskutere komponentene enkeltvis når jeg nedenfor prøver å besvare spørsmålet om hvorvidt deltakelse i prosjektet bidro til å utvikle deltakernes yrkesmessige kompetanse.

Også her velger jeg å framstille og diskutere resultatene fortløpende.

### 6.1 Utvikling av etisk bevissthet

Holdninger dannes og endres gjennom kunnskapsutvikling, refleksjon og erfaring (Bunkholdt 2002). Refleksjonene hadde i stor grad sitt utgangspunkt i deltakernes praksiserfaringer. Samtidig var de påvirket av undervisning og seminarer underveis i prosjektet og tema som satte fokus på etiske perspektiver i omsorgen for pasienter med demenssykdommer. Begrepet etisk bevissthet forstås her som å reflektere kritisk over egne motiver og holdninger i møte med andre. Refleksjonen må ha fokus på alle de tre holdningskomponentene som Bunkholdt (2002) beskriver: *tankekomponenten*, *følelseskomponenten* og *den atferdsmessige komponenten*. Her anses etisk bevissthet som en del av den yrkesmessige kompetansen hos sykepleiere.

#### 6.1.1 Betydningen av etisk refleksjon

I fokusgruppeintervjuet beskrev flere av deltakerne hvordan konsekvensene av en demenssykdom hindret pasientene i å kunne uttrykke ønsker og behov. Til tross for liten kjennskap til pasientens historie, personlighet og nettverk, måtte deltakerne ta beslutninger på pasienters vegne. Som en av deltakerne uttrykte det: *”da blir det at vi må velge på hans eller hennes vegne – og det er jo kjempeviktig det vi faktisk bestemmer skal skje – hvis vi tenker på det blir det nesten skremmende”* (3).

En av deltakerne beskrev hvordan man på hennes arbeidsplass ofte så på etiske problemer som uløselige. Dette ble et vikarierende motiv for å unngå å engasjere seg og prøve å løse situasjonen. Man fraskrev seg ansvaret i stedet for å gå inn i situasjonen. Hun hevdet at *”Det kan bli ei sovepute at det er så vanskelig ... og så unngår man å gjøre valg”* (4).

I sitatet over forteller en av deltakerne hvordan pasienter med demens blir avhengig av hennes hjelp, og at det ligger noe betydningsfullt, men også noe skremmende i denne utfordringen. Her tenker jeg at det betydningsfulle kan ligge i det Martinsen (2005), med henvisning til

Løgstrup (1995), kaller fordringen om å ta vare på den annens liv som henvises til oss som sykepleiere. Det som deltakeren omtaler som skremmende kan ligge i at vi, gjennom vår holdning, kan gjøre den annens liv truende eller trygt. Hvert møte mellom mennesker utgjør moralske utfordringer. Hvordan vi handler til det beste for den vi møter, må læres og vurderes ut fra erfaring, forståelse, innsikt og klokskap. I møter med pasienter med demens som ikke kan uttrykke ønsker og behov, blir det å handle til det beste for pasientene spesielt utfordrende. Etisk refleksjon er en hjelp til å komme fram til hva som er til det beste for pasienten.

Når en annen deltaker beskriver hvordan kollegaer unngår å handle i møte med etiske problemstillinger, kan dette tolkes som en type moralsk stress som hindrer personalet i å handle for å prøve å løse problemet. Årsaken til at slike mestringsstrategier velges, kan ligge i at personalet mangler selvtillitt og/eller mangler etisk kompetanse. En annen årsak kan være at personalet har forståelse for hva som er den beste løsningen, men at denne løsningen ikke kan iverksettes på grunn av organisatoriske hindringer (Bolmsjø 2006, Corley et al 2005, Hamric 2000).

Sykepleieutøvelse til eldre og gamle pasienter stiller oss også overfor det Riis (2000) kaller ”omsorgens to grøfter”. Innenfor eldreomsorgen er personalet permanent til stede, og det stilles krav til å involvere seg over tid. Går man for langt i sin innlevelse, kan man risikere utbrenthet og tap av krefter til å leve sitt eget liv. Den andre ytterligheten er å holde en stor avstand til pasientene og å unngå å engasjere seg og ta i bruk sin evne til empati.

Et av Nordetikk-prosjektets hensikter var å utvikle deltakernes etiske bevissthet. Som en motsats til å være likegyldig og unngå å handle for å løse etiske problemer, setter Jormsri m fl. (2005) fokus på viktigheten av at sykepleiere reflekterer kritisk over egne følelser og beveggrunner for sin utøvelse av sykepleie i forskjellige situasjoner, slik at denne blir til det beste for pasienten. Misbruk av makt utøves gjennom å ignorere disse aspektene og heller fokusere på rutiner enn den gamles individuelle behov. I følge Aadland (1998) inkluderer skjulte verdier ofte ubevisste følelser og irrasjonelle forestillinger. I situasjoner som skaper negative følelser f. eks i form av utrygghet, kan ofte de skjulte verdiene styre handlingene våre ut fra hva som er til det beste for oss selv og ikke pasienten i situasjonen. For å kunne handle etisk ansvarlig, er det viktig å avsløre og vurdere våre skjulte verdier.

### 6.1.2 De etiske problemstillingene

De etiske problemstillingene som ble drøftet ut fra deltakernes praksiserfaringer, kan beskrives som følgende:

1. Hvordan bør pleierne håndtere situasjonen når personer med demens etablerer et seksuelt forhold, og det kan stilles spørsmål ved deres seksuelle kompetanse?
2. Hvordan bør pleierne håndtere situasjonen når nærmeste pårørende ikke er enige i at det er behov for å søke langtidsplass i sykehjem?
3. Hvordan bør pleierne håndtere situasjonene når man er faglig bekymret for personer med demens som fortsatt bor alene hjemme og hjemmetjenesten ikke slipper til med det man vurderer som faglig forsvarlig helsehjelp?
4. Hvordan bør pleierne håndtere situasjonen når en pasient på Skjermet enhet vil ut og hjem?
5. Hvordan bør pleierne håndtere situasjonen når en ektefelle er fysisk og psykisk nedslitt og trenger regelmessig avlastning, og personen med demens ikke ønsker dette?
6. Hvordan bør pleierne håndtere situasjonen når pårørende ikke ønsker informasjon om pasientens sykdomsforløp, når denne informasjonen sannsynligvis vil gjøre henne i stand til å være en bedre omsorgsperson?

Umiddelbart kan de beskrevne problemstillingene framstå som svært ulike. Gjennom en analyse av referatene og feltnotatene fra studiesirkelene, framstod det likevel flere mønstre eller fellestrekk.

Av seks etiske problemstillinger som det ble arbeidet med i studiesirkelen, bar fem av disse preg av å være etiske dilemmaer kjennetegnet ved at det i utgangspunktet ikke fantes et handlingsalternativ som var klart bedre enn andre (Aadland 1998, s. 27), og fokuset for diskusjonen ble å finne det handlingsalternativet som var minst skadelig for pasient og pårørende.

Den etiske refleksjonsmodellen som ble benyttet som ramme rundt den kritiske refleksjonen, etterspør hvem som er de involverte parter. Et fellestrekk ved deltakernes situasjonsbeskrivelser er at i tillegg til pasient og sykepleier, var ofte pårørende en sentral part. I fem av de seks etiske problematiske situasjonene som ble drøftet, var både pasient, pårørende og personale direkte involverte parter. Sykepleierne opplevde ofte at det å skulle balansere mellom på den ene siden å ivareta pasientens eller pårørendes autonomi og ønsker og på den andre siden faren for å foreta handlinger eller valg som kunne medføre skade, ubehag eller en opplevelse av frustrasjon eller maktesløshet hos pasienten eller pårørende, var vanskelig.

Allerede tidlig i den kritiske refleksjonsprosessen kom man i noen tilfeller fram til at man manglet viktig informasjon, eksempelvis om pasientens samtykkekompetanse og om pasienters og pårørendes opplevelse og behov for informasjon og veiledning. En slik informasjon kunne ha bidratt til å finne handlingsalternativer til det beste for pasient og pårørende.

For deltakerne viste det seg å være svært nyttig å lete seg fram til mulige skjulte verdier som kunne ligge og 'lure' i bakgrunnen når handlingsvalg skulle tas. Skjulte verdier i form av unnlattessynder eller engstelse hos sykepleieren, skapte ofte hindringer for å handle til det beste for pasienten.

## 6.2 Kunnskap

Gjennomgang av referater og feltnotater fra studiesirkelene viser at deltakerne utviklet sin forståelse av hvilke kunnskapsmessige forutsetninger som må ligge til grunn for faglig forsvarlig omsorg og behandling av pasienter med demens. Arbeidet med litteraturen bidro til å belyse og forstå de problematiske situasjonene og til å begrunne og argumentere for handlingsvalg i praksis. En av deltakerne bekreftet dette gjennom at: *"Det vi har lært har vi dratt med i behandlingsmøter og diskusjoner"* (1).

Flere av deltakerne beskrev hvordan de etter hvert som deres kunnskapsbase vokste, ble brukt som ressurspersoner i eget arbeidsmiljø. Kollegaer spurte dem ofte om faglige råd, om de kunne gi dem tips om aktuelle artikler og de henviste studenter videre til dem når de selv følte at de kom til kort. En av deltakerne sa det slik: *"Jeg synes det er der det fungerer. At vi har litt (kunnskap) å bære med oss videre og folk er interessert"* (3).

På samme måte som kollegaer etterspurte deltakernes kompetanse, var deltakerne selv blitt flinkere til å etterspørre andre ressurspersoners kompetanse. Når det for eksempel ble planlagt utskrivning av pasienter, prøvde de nå å oppspore ressurspersoner i pasientens nærmiljø som kunne bidra til å skaffe pasienten et faglig forsvarlig tilbud i hjemkommunen. En av deltakerne fortalte at hun var:

*”blitt flinkere til å kontakte forskjellige, prøve flere muligheter når pasienten skal skrives ut kanskje. Finnes det en demenssykepleier eller personer som kan dra i trådene på en annen måte enn vi” (1).*

Deltakerne satte ord på sin tause kunnskap, og dette så ut til å forsterke den. En av deltakerne beskrev dette slik: *”Det ligger der, og så tenker du ikke på at du kan det, men når du begynner å prate om det og noen nevner det, så får du det igjen på nytt (1)”*.

Det første utsagnet i teksten over, mener jeg bekrefter at deltakelse i prosjektet bidro til å utvikle deltakernes kunnskap og forståelse av situasjon og deres evne til å vurdere handlingsalternativer. Denne forståelsen tok de også i bruk i diskusjoner i faglige fora. Et av målene med aksjonsforskning er nettopp å ta i bruk teoretisk kunnskap for å forstå og utvikle praksis (Tripp 2005). På denne måten får den teoretiske kunnskapen en normativ funksjon i form av å beskrive hvordan faglig forsvarlig og omsorgsfull praksis bør være (Säljö 2001, Fuglestad 1997). På denne måten ivaretas, i tråd med Hansen og Nortvedt (2001), kravet om kunnskapsbasert praksis som en av forutsetningene for faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. Når deltakerne sier at de tar i bruk ny kunnskap i faglige diskusjoner, kan dette forstås som det Hummelvold (2006, s. 29) sier om at å *”det å bli en bedre praktisk teoretiker er en viktig nøkkel til bemyndigelse av praktikerne”*.

Flere av deltakerne beskriver hvordan både de selv og kollegaer tar kontakt med hverandre og i større grad etterspør andres kompetanse. Dette tyder på at de har utviklet en type kompetansekomponeent som Dalin (1999) omtaler som *bruk av andres kompetanse*. På denne måten utvikles det forfatteren kaller organisatorisk kompetanse på arbeidsplassen.

Det siste utsagnet i teksten over tilsier at deltakerne lærte av å analysere sine erfaringer, noe Dalin (1999) hevder er en del av kunnskapselementet. Dette forholdet beskriver Fuglestad (1997) som at praksis gir grunnlag for teori. Ved å reflektere over praksis og analysere erfaringene lærer man, og analysen av datamaterialet kan tyde på at deltakerne utviklet ny forståelse som de kunne overføre til nye situasjoner, andre pasienter og/eller grupper av pasienter etc. På samme måte som innenfor problembasert læring, ser refleksjonene over de aktuelle pasientsituasjonene ut til å forsterke deltakernes tidligere kunnskap ved at de ble utfordret til å bruke den (Bjørke 2000). Hummelvold (2006) hevder at ved å utforske lokal kunnskap og oppfatninger, økes muligheten for å skape relevant kunnskap for bruk i praksis. På denne måten ble også aksjonsforskningens mål om å tydeliggjøre erfaringsbasert kunnskap nådd (Tripp 2005, Sjøvoll 2001).

### **6.3 Yrkesspesifikke ferdigheter**

Deltakerne satte også fokus på at økt kunnskap må bidra til forsvarlige beslutninger i praksis. En av deltakerne uttrykker det slik: *”For det er jo ikke så viktig med den kunnskapen hvis det ikke blir gjort noe med det. Det blir jo handlingen som blir det viktige” (4).*

Skau (2005, s. 57) definerer ’yrkesspesifikke ferdigheter’ som *”et sett av praktiske ferdigheter, teknikker og metoder som hører til et bestemt yrke, og som blir brukt i utøvelsen av det”*. Også her inngår kunnskap, men denne kunnskapsformen er av praktisk eller teknisk/metodisk art. Som jeg sier innledningsvis, kan kunnskap og handling ses som en helhet når kunnskapen kommer til uttrykk i yrkesutøvelsen. Samtidig er teori ofte nødvendig for å kunne utvikle den yrkesmessige kompetansen slik at den kommer til uttrykk i endret praksis. Jeg tenker at kvaliteten på sykepleieres yrkesspesifikke ferdigheter påvirkes av



sykepleierens kunnskapsgrunnlag. Derfor er det uhensiktsmessig å skille mellom kompetansekomponentene *kunnskap* og *ferdigheter*.

Deltakernes meninger om kunnskapens rolle samsvarer med aksjonsforskningens hovedmål om å utvikle praksis, og utvikling og bruk av kunnskap er et av midlene for å nå dette målet (Tripp 2005). Deltakernes uttalelser er også i samsvar med Säljö (2001), Fuglestad (1997) og Glen (1995) som hevder at å sette handlinger inn i en teoretisk ramme bidrar til å sette perspektiv på praksis ved å skape større forståelse av praksis og dermed gjøre det mulig å utvikle praksis på bakgrunn av teori. Kvalitetsutvikling var det siste av tre hovedmål i praksis. Når kunnskap fører til fornying av våre handlinger i praksis, bidrar vi også til å utvikle kvaliteten på praksis. Arbeidet med å skaffe relevant litteratur bidro til å belyse de etiske problemstillingene fra praksis. Slik danner man seg nye versjoner av virkeligheten. Kunnskap i handling er nyskapning mer enn gjenskapning når man gjennom refleksjon stadig utvikler praksis (Fuglestad 1997). Säljö (2001) hevder at teorien er en nødvendig faktor for nye perspektiver og utvikling av praksis.

Teoretisk kunnskap har en sentral rolle innenfor kritisk refleksjon når det gjelder å stille spørsmål til de forutsetningene som danner grunnlaget for vår forståelse og våre handlinger. Aadland (1998) etterspør også faglige verdier og bakgrunnskunnskap som en del av den etiske refleksjon (jf 2.4.3).

## 6.4 Personlig kompetanse

Som jeg gjør rede for tidligere, definerer Skaug (2005) personlig kompetanse som ”en unik kombinasjon av menneskelige kvaliteter, egenskaper og ferdigheter, som vi tilpasser og bruker i profesjonelle sammenhenger” (s. 59). Personlig kompetanse er nødvendig for at sykepleiere skal kunne omdanne kunnskap og ferdigheter til forsvarlig og omsorgsfull utøvelse av sykepleie (Skau 2005, Zhang m.fl. 2001, Dalin 1999).

### 6.4.1 Større åpenhet

Deltakerne var opptatte av hvordan det å ha fokus på etikk i relasjonen mellom pleiere og personene med demens også påvirker relasjonene pleierne i mellom. Personalet snakket for eksempel ikke så mye om hverandre, men tok opp ting direkte hvis det var noe de var uenige om, reagerte på etc. En av deltakerne beskrev det slik:

*”Når du har så mye fokus på etikk i pasientrelasjoner så smitter det over på relasjoner i personalgruppen også – du får fram ting i personalgruppen, du blir mer bevisst hvordan du snakker til folk, du blir mer opptatt av hvordan vi orienterer oss til hverandre og hvordan vi ivaretar hverandre ikke minst” (2).*

Holdninger utvikles i samspill med andre og påvirker måten vi forholder oss til andre på (Bunkholdt 2002). Gode samarbeidsegenskaper er ofte viktige i utviklingen av yrkesmessig kompetanse. Gjennom samhandling og diskusjoner får man hjelp til å oppdage og forstå hvordan man handler. Denne forståelsen gjør det mulig for oss å utvikle vår yrkesmessige kompetanse (Mangena og Chabeli 2005, Chenoweth 1998).

#### 6.4.2 Større faglig selvillit

I prosessen med å analysere etiske problemstillinger ved hjelp av refleksjonsmodellen, delte medlemmene i prosjektet kunnskap, erfaringer, antagelser og verdier med hverandre. De stilte spørsmål til hverandre og utforsket hverandres erfaringer. Disse erfaringene bidro til å gi deltakerne større mot til å stille kritiske spørsmål til kollegaer, slik en av deltakerne beskriver det: *”Også det at jeg turte å stille spørsmålet, å spørre hva det var som var grunnen til å gjøre det de gjorde. At jeg hadde motet til å gjøre det”* (1).

Deltakerne framholdt viktigheten av at omsorgen for mennesker med demens er faglig og etisk begrunnet. Gjennom å stille avdekkende spørsmål til situasjonen kan man i ettertid gi en faglig begrunnelse for handlingsvalget. To av deltakerne sier det slik: *”Vi kan begrunne bedre tiltakene. Rettferdiggjøre det”* (4). *”Mer gjennomtenkt”* (1).

Flere av deltakerne erfarte at problematiske situasjoner skapte stadig mindre slitasje i form av tvil om at de hadde handlet riktig ettersom de i større grad utforsket situasjonene de sto i og sitt eget forhold til dem, før de valgte faglig begrunnede handlingsalternativer. Når de utøver omsorg for personer med demens ut fra et informert og utforsket grunnlag, gir dette større faglig trygghet og ro i arbeidssituasjonen.

Å ha et kritisk blikk på egen og andres praksis for å utvikle den til det bedre, krever vilje og mot (Mangena og Chabeli 2005, Clarke og Holt 2001, Daly 2001). Uttalelsen innledningsvis i teksten over tyder på at deltakeren, gjennom deltakelse i prosjektet, hadde utviklet større faglig selvillit. Faglig selvillit setter sykepleiere i stand å bidra til endring av egen eller andres praksis som, i tråd med Askeland (2006), er undertrykkende overfor pasienter med demens. De neste utsagnene kan tolkes i retning av at de utvikler det Hummelvold (2006) kaller effektive praksisteorier. Han hevder at effektive praksisteorier bidrar til å myndiggjøre praktikere. Den teoretiske kunnskapen som deltakerne tilegnet seg gjennom litteraturstudier og deltakelse på kurs og seminarer, bidro til å myndiggjøre dem. Corley m fl. (2005) hevder at utviklingen av faglig selvillit vil redusere moralsk stress hos sykepleiere og hindre at de forlater yrket. Dette stemmer overens med deltakernes erfaringer med at de nå opplever mindre slitasje og større trygghet og ro i arbeidssituasjonen.

## 7.0 Framstilling og drøfting av funn knyttet til læringsaktivitetenes bidrag til kompetanseutvikling

Undervisning betyr å legge til rette for situasjoner som fremmer læring (Wilhelmsen 2000). Innenfor Nordetikk-prosjektet forstås læring som å ta vare på erfaringer, kunnskap og ferdigheter og benytte dem i framtidige sammenhenger. Læringsaktiviteter forstås som alle prosesser og aktiviteter som bidrar til læring.

### 7.1 Problemstillinger fra eget arbeidssted

Deltakerne framhevet nytten av å utforske problemstillinger fra eget arbeidssted:

*”Det som har vært fint er at man har tatt utgangspunkt fra eget arbeidssted og hatt eksempler som vi har brukt inn i den etiske refleksjonsmodellen, det synes jeg har vært fint” (3).*

*”Jeg tror det har vært nødvendig å gjøre det på den måten – å bruke et oppdiktet case har ikke vært så reelt – den som har opplevd situasjonene kan utdype det” (1).*

Når vi valgte å arbeide med etiske problemstillinger fra deltakernes praksisfelt, var dette i samsvar med Durgahees (1996) syn på kliniske situasjoner som rikholdige kilder til kunnskap. Og ved å sette søkelyset på møtet med den enkelte pasient som en unik læresituasjon og kilde til kunnskap og perspektiver, vokste det fram en ny type forståelse. Durgahee (ibid) bruker begrepet 'critical incidents' om situasjoner som gjør et spesielt inntrykk på eller får en spesiell mening for studentene, påkaller oppmerksomheten deres og blir en kilde til kritisk refleksjon. I studiesirkelene var det 'critical incidents' i form av etiske problemstillinger fra deltakernes egen arbeidshverdag som ble gjenstand for utforskning. Bolsjø m fl. (2006) og Woods (2005) hevder at alle etiske refleksjonsmodeller bør benyttes i forhold til konkrete problemstillinger i praksis og at de ikke vil ha den samme nytteverdien i forhold til konstruerte problemstillinger.

Flere pedagogiske tilnærminger legger vekt på at det innenfor praktiske yrker må være en sterk sammenheng mellom det som skal læres og den praktiske virkeligheten som kunnskapen skal brukes i (Säljö 2001, Bjørke 2000, Kvernbekk 1996). I forbindelse med Nordetikk-prosjektet var det en nær sammenheng mellom utvikling av deltakernes yrkesmessige kompetanse og utvikling av kvaliteten på praksis. I følge Hummelvold (2006) er fragmentert kunnskap som er skilt fra praksis og erfaring, lite effektiv når det gjelder å endre praksis. Kunnskap som skal bidra til endring av praksis, må skapes i og for handling gjennom refleksjon over erfaringer og kunnskap som kan belyse erfaringene. Ved å la deltakernes egne etiske problemstillinger være gjenstand for refleksjon og diskusjon, ble det skapt en sammenheng mellom deltakernes praktiske virkelighet og det som skulle læres.

### 7.2 Litteraturstudier, kurs og seminarer

Deltakerne poengterte viktigheten av at den kunnskapen som de tilegnet seg ved å delta i prosjektet, kom til uttrykk i deres praksisutøvelse. En av deltakerne sa det slik:

*”det er ikke noe verdt noe, det er ikke til noe nytte hvis du ikke får det ut og da forsvinner det også, hvis du ikke får brukt det” (1).*

Glen (1995) hevder at *'formal knowledge'* er en svært viktig del av sykepleierens kompetanse. Hun beskriver sykepleiepraksis som en moralsk aktivitet som krever skjønn, klokskap og omtanke i komplekse, skiftende situasjoner. Hun hevder at den teoretiske kunnskapens oppgave er å gjøre sykepleiere i stand til å ta moralsk forsvarlige beslutninger og valg gjennom å utvikle deres evne til å reflektere kritisk over praksis for dermed å gjøre det mulig å utvikle praksis. I 6.2 og 6.3 beskriver jeg hvordan teoretisk kunnskap bidro til å utvikle deltakernes forståelse av omsorg for pasienter med demens generelt og de etiske problemstillingene generelt. Jeg beskriver også hvordan ny kunnskap gir dem flere handlingsalternativer.

Utsagnet over tyder på at når ny kunnskap ble tatt i bruk for å utforske og forstå aktuelle problemstillinger i praksis, ble kunnskapen også forankret hos deltakerne. Slik jeg forstår Hummelvold (2006), er deltakernes mening i tråd med hans uttrykk om at påstandskunnskap er nyttig for praktikere når den er avledet fra og rotfestet i deres erfarings- og praksiskunnskap. Påstandskunnskap fra litteraturstudier, kurs og seminarer hadde ofte en direkte tilknytning til de etiske problemstillingene fra deltakernes arbeidshverdag. Når en av deltakerne hevder at: *”Jeg tror det har vært nødvendig å gjøre det på den måten – å bruke et oppdiktet case har ikke vært så reelt” (1)*, kan dette være et uttrykk for at kunnskap er nytting og bidrar til læring når den har en direkte sammenheng *til praktikerens praksisteorier*.

### 7.3 Bruk av en etisk refleksjonsmodell

Deltakerne forteller hvordan bruk av Aadlands refleksjonsmodell bidro til å ansvarliggjøre dem til å arbeide aktivt med etiske problemstillinger. Når de utforsket etiske problemstillinger ved hjelp av refleksjonsmodellen, erfarte de ofte at det fantes alternative løsninger som kunne føre til bedre omsorg for pasientene. Deltaker nr. 4 fant at: *”det er blitt mye færre etiske dilemmaer etter at man lærte å tenke, altså løsningen er der”*. En annen deltaker var enig i modellens nytteverdi: *”Refleksjonsmodellen har også vært til god hjelp både til å kartlegge hva som er et etisk dilemma og hva som ikke er det – se forskjellene på det” (1)*.

Flere av deltakerne beskrev hvordan bruken av den etiske refleksjonsmodellen virket bevisstgjørende relatert til viktigheten av å kjenne pasientens livshistorie, nettverk og personlighet før sykdommen rammet: *”Det er lettere å få med seg den etiske dimensjonen hvis en har med seg forhistorien til pasienten – får en helt annen respekt hvis en vet om bakgrunnen” (1)*. Bruken av refleksjonsmodellen brakte flere andre involverte parterers perspektiver inn i refleksjonsprosessen, og bidro til å endre deltakernes forståelse og måte å møte pasienten på. Dette bekreftes av deltakerne når to av dem forteller bakgrunnen til en endret måte å møte pasienten på: *”Det var jo sikkert det at vi fikk opplysninger, flere opplysninger” (5)*. *”Litt mer bakgrunnshistorie, selvfølgelig” (1)*.

Deltakernes erfaringer er i tråd med Martin (1996) som beskriver hvordan bruk av en etisk refleksjonsmodell bidrar til en systematisk kritisk analyse av et etisk problem slik at dette fører til etisk handling som ivaretar både pasientens interesse og sykepleierens faglige og etiske perspektiv. Bruken av en slik modell gjør det mulig å utforske alternativer slik at situasjonen blir grundig analysert.

Den valgte modellen har en styrke i måten den ivaretar perspektivet og interessen til alle involverte parter. Gjennom å stille spørsmålene som gis i Aadlands (1998) refleksjonsmodell, til den av deltakerne som hadde erfart den etiske problemstillingen og gjennom diskusjoner som ofte førte til oppklarende svar, framsto pasientens historie og nettverk på en tydeligere måte. Tilstrekkelig informasjon og gjennomdrøfting er viktig for å få en åpen analyseprosess relatert til temaet som belyses, gjøre det mulig å utforske alternativer og dernest gi pasientene individuell tilpasset hjelp med respekt for hva som sannsynligvis ville ha vært pasientens egne ønsker hvis de hadde kunne formidle disse. Deltakernes erfaringer samsvarer med Holst (2002) som framholder det å kjenne pasientens livshistorie som en verdifull hjelp i vurderingen av hva som er best for den enkelte pasient. Ved å kjenne pasientens livshistorie, livssituasjon og nettverk, er det mulig for helsepersonell å oppfylle demensomsorgens overordnede mål om å opprettholde et så godt liv som mulig for personer med demens og deres pårørende (BolmsjØ m. fl. 2006).

## 7.4 Kritisk refleksjon

Gjennom å delta i prosjektet opplevde deltakerne utfordringer knyttet til bevisstgjøring av egne forutinntatte antagelser. Disse antakelsene beskrev de som at *"Det går mye på gammel vane"* (1), *"Egne oppfattelser"* (4), *"Hierarkiet på arbeidsplassen"* (2) og *"miljøet, arbeidsmiljøet eller strukturen"* (4).

Deltakerne beskrev hvordan de tidligere handlet direkte der og da i sine møter med problematiske situasjoner, uten å utforske situasjonen nærmere, og de forklarte dette med gammel vane og tidspress. Bruk av refleksjonsmodellen i tilknytning til studiesirkelene førte til en endring av tidligere måter å arbeide på. En av deltakerne satte ord på det slik; *"Det å ikke gå rett på tiltak – det er det vi er så vant til å måtte gjøre, det er tidspress og ting skal skje fort – det er avlæring egentlig"* (1).

Deltakerne tok med seg denne spørrende og utforskende innstillingen inn i arbeidssituasjonen og bidro dermed til å endre arbeidsplassens måte å jobbe på også på det generelle plan. Som en av deltakerne uttrykte det: *"Det har endret vår [deltakerne i gruppens] måte å jobbe på, og det har vært med på å endre hvordan arbeidsplassen jobber"* (1). En annen deltaker beskrev hvordan denne endringen har forplantet seg til kollegaer: *"det som merkes helt konkret er at man er flinkere til å sette seg ned to stykker og diskutere ting i stedet for å ta egne avgjørelser"* (2). Hvorpå en annen i gruppen tilføyde: *"For da får du inn litt andre synsvinkler enn bare de du har selv"* (3).

Deltakerne kom med eksempler på hvordan egne og kollegaers holdninger i omsorgen for personer med demens, gradvis hadde endret seg i positiv retning gjennom deres deltakelse og læringsprosesser i prosjektet. Dermed pekte de på at prosjektet har hatt positive ringvirkninger på deltakernes respektive arbeidssteder. Deltakerne hevdet at i stedet for å ha fokus på effektivitet og å hjelpe flest mulig pasienter på kortet muligst tid, har man nå i større grad fokus på kvaliteten av individuell omsorg og at personer med demens har behov for tid. Andre varige effekter av prosjektet for deltakerne er at de nå våger å være mer åpne, de opplever større selvtillit og har fått et bevisst forhold til sine egne og andres verdier og holdninger.

Kritisk refleksjon og aksjonsforskning har begge til hensikt å utvikle yrkesutøvernes kompetanse og endre og utvikle praksis gjennom å stille kritiske spørsmål til praksis samt utforske egne og andres antakelser og handlingsalternativer (Fook 2006, Hummelvold 2006, Tripp 2005). I følge Fook (2006) og Brookfield (1991) reflekterer deltakerne kritisk når de

undersøker egne og andres forutinntatte antagelser. Holdninger representerer måten vi organiserer våre tanker, følelser og handlinger på og kan f. eks være knyttet til verdispørsmål, personer eller grupper, og jeg tenker at forutinntatte antagelser påvirker våre holdninger. I tillegg til egne oppfatninger og vaner, oppgir deltakerne at arbeidsmiljø og hierarkiet på arbeidsplassen har påvirket deres holdninger. Holdninger utvikles i sosialiseringprosesser som et resultat av samspill med andre, og de påvirker vår måte å omgås andre på (Bunkholdt 2002). I følge Dalin (1999) styrer holdninger vår måte å forstå omverdenen på og våre faglige valg og væremåter. Våre egne og andres holdninger får derfor betydning for hvordan vi bruker våre kunnskaper og ferdigheter i yrkesutøvelsen.

Deltakerne beskrev hvordan de tidligere handlet direkte der og da i sine møter med problematiske situasjoner, uten å utforske situasjonen nærmere, og de forklarte dette med gammel vane og tidspress. Dette samsvarer med Boney og Baker (1997) som hevder at sykepleiere handler rutinemessig uten å reflektere i møte med problematiske situasjoner. I følge forfatterne ligger årsaken i manglende ferdigheter og vilje til å ta faglige avgjørelser på et reflektert grunnlag. Som et resultat av erfaringer fra læringsaktivitetene i prosjektet, har deltakerne endret sin måte å forholde seg til problematiske situasjoner på. Nå reflekterer de mer kritisk over egen, andres og arbeidsstedets praksis. De utforsker situasjonene, og i tråd med Fook m. fl (2006) og Brookfield (1991) vurderer de flere tilnærminger for å forstå og håndtere situasjonene. En av deltakerne omtaler denne endringen i måten å tilnærme seg problemstillinger på for "avlæring". Deltakerens uttalelser kan forstås som den typen refleksjon Mezirow (2000) omtaler som en revurdering med tilbakevirkende kraft og som fører til endring av tidligere læring.

#### **7.4.1 Etisk refleksjonsmodell som redskap i utviklingen av kritisk refleksjon**

Deltakernes uttalelser gjenspeilte et stort ønske om å handle til det beste for pasienter og pårørende. Likevel fortalte flere av deltakerne at de gjennom refleksjon og diskusjon i studiesirkelen ble bevisste på egne forutinntatte holdninger til enkelte pasienter. De ble også mer bevisste på skjulte verdier og hvordan disse styrte deres handlingsvalg i møte med pasient og pårørende. Men til tross for ønsket om å gjøre en god jobb, beskriver de hvordan endringen av gamle tenke- og handlingsmønstre tar tid. Derfor er det viktig og nødvendig at de stadig stiller kritiske spørsmål til seg selv og sine kollegaer. Som en av deltakerne uttrykker det: *"innsatsviljen er så stor, vi har lyst til å gjøre en god jobb, men samtidig henger vi fast i normer, så da må vi bare ha noe som vinkler synet vårt"* (2). Her mente deltakerne at bruken av den etiske refleksjonsmodellen hjalp dem til oppdage flere innfallsvinkler og handlingsalternativer.

Deltakerne forteller at å bruke modellen som ramme for refleksjon har hjulpet dem til å oppdage flere aspekter ved en situasjon og dermed til å endre forståelse av situasjonen. En av deltakerne sier; *"Så har jeg faktisk endret oppfattelse ved at jeg har fått ryddet ordentlig opp i det"* (4).

Refleksjonsmodellen ble oppfattet som et nyttig verktøy som hjelper deltakerne i gruppen til å stille hverandre de oppklarende spørsmålene. Resultatet ble ofte at deltakerne så andre handlingsalternativer som de ville ha valgt å prøve ut om de stod i den samme situasjonen om igjen. Som en av deltakerne uttrykte det: *"Vi kom til et annet resultat enn det vi hadde tenkt på forhånd da vi startet opp [å benytte refleksjonsmodellen] og så ble det et annet utkomme enn det vi hadde tenkt"* (3).

Samtidig som deltakerne ønsker å handle til det beste for pasient og pårørende, beskriver de hvordan de trenger hjelp til å bli bevisste på egne holdninger og hvordan disse påvirker deres handlinger. Holdningens følelseskomponent omfatter sykepleiers følelser overfor en pasient,

pårørende eller en situasjon (Bunkholdt 2002). Når refleksjonsmodellen bidrar til å avdekke skjulte verdier, avdekker den ofte negative følelser som oppstår når man står overfor et etisk problem. Som tidligere beskrevet (2.4.3), er moralsk kompetanse å ha evnen til å ha en kritisk oppmerksomhet på og gjenkjenne egne følelser og beveggrunner og reflektere over hvordan disse påvirker våre handlingsvalg overfor pasienter. Refleksjonsmodellen ble vurdert å være et viktig virkemiddel i utviklingen av etisk bevissthet og moralsk kompetanse ved at den setter fokus på skjulte verdier, eksempelvis i form av følelser og reaksjoner og deres konsekvenser for fortolkning av og handling i etisk problematiske situasjoner.

I teksten over forteller en av deltakerne hvordan hun har endret forståelse av en situasjon gjennom å få hjelp til å oppdage flere aspekter ved situasjonen. Brookfield (1991) kaller de som bidrar til at vi utvikler vår evne til å reflektere kritisk for "hjelpere". De spørsmålene refleksjonsmodellen stiller til situasjonen kan fungere som en "hjelper".

Deltakerne beskriver hvordan de endret forståelse av en situasjon og oppdaget andre handlingsalternativer ved å bruke modellen som ramme rundt etisk refleksjon. I følge Aadland (1998) er refleksjonsmodellen nettopp ment å være en hjelp til å se flere perspektiver og handlingsvalg. Her ser jeg flere likhetstrekk med Fooks m. fls. (2006) og Brookfields (1991) beskrivelser av kritisk refleksjon, hvor blant annet det å gjenkjenne og utfordre egne og andres antagelser samt å forstille seg og utforske flere alternativer, er sentrale elementer.

#### **7.4.2 Studiesirkelen som læringsarena**

Resultatet av analysen viser at deltakerne sier lite om læring som et resultat av dialog og samhandling innenfor studiesirkelene. Det kan hende at dette er i samsvar med det Havnes (2000) sier om at grunnlaget for læring er de lærendes handlinger i møte med lærestoffet og samhandling med andre i en sosial praksis, men man snakker kanskje mindre om dette. Undervisning innebærer å legge til rette for læring gjennom å organisere og strukturere former for deltakelse og meningsdannelse. En etisk problemstilling involverer alltid flere personer med forskjellig oppfatning av situasjonen og med forskjellige synspunkter på hvordan det bør handles. I følge Aadland (1998, s.184) er etisk refleksjon "ein prosess som er relasjonell og dialektisk, der språk og forteljing set rammevilkåra for både problemforståing og problemdrøfting". Samtalen skal klargjøre den etiske problemstillingen og være en hjelp til å se flere perspektiver og handlingsvalg. Også Brookfield (1987) viser hvordan en dialog mellom flere i form av kritiske spørsmål utvikler vår evne til kritisk refleksjon.

Studiesirkelene representerte en møteplass hvor man reflekterte og diskuterte etiske problemstillinger, erfaringer i møtet med pasienter med demens og deres pårørende og erfaringer i møtet med ny teoretisk kunnskap. I følge Dysthe (2001) bærer fagpersoner med seg kompetanse i form av kunnskap og ferdigheter, og man får del i denne gjennom dialog og samhandling med hverandre. Deltakerne ga uttrykk for at de også delte erfaringskunnskap og teoretisk kunnskap med kollegaer, og de utviklet seg både som enkeltpersoner og som gruppe.

Deltakerne uttrykker i flere sammenhenger hvordan de utviklet sin yrkesmessige kompetanse gjennom å reflektere over kritiske spørsmål med utgangspunkt i en refleksjonsmodell eller fra kollegaer. Refleksjonsmodellen ble i tråd med Aadlands (1998) intensjon, benyttet som et rammeverk som skulle åpne for fri refleksjon og assosiasjon og dermed bidra til nye perspektiver og justeringer underveis, og ikke som en lineær form. Dette ga stort rom for deltakernes egne spørsmål og innspill. Deltakerne framhever refleksjonsmodellens bidrag til utviklingen av deres yrkesmessige kompetanse. Jeg tenker også at samspillet mellom bruken av refleksjonsmodellen og dialogen og samspillet deltakerne i mellom, bidro til denne utviklingen.

## 8.0 Konklusjon

I prosjektet som her er blitt presentert, var faglig innhold i kurs og seminarer valgt ut fra prosjektets overordnede hensikter. Annen teoretisk kunnskap ble framskaffet for å belyse konkrete problemstillinger fra deltakernes egen praksis. Deltakerne arbeidet i lokale grupper i form av studiesirkler, med å belyse konkrete problemstillinger. I forbindelse med fellesseminarer foregikk arbeidet både i nasjonale grupper, og grupper sammensatt av deltakere fra alle de medvirkende høgskolene. Med tanke på å ivareta integritet og selvbestemmelsesretten hos personer med demens, ble det viktig å legge til rette for at deltakerne fikk arbeide med bevisstgjøring av egne verdier og holdninger i møte med pasienter og deres pårørende. Kritisk refleksjon som en dialog innenfor rammen av en etisk refleksjonsmodell, er noe jeg i ettertid vurderer å være et hensiktsmessig verktøy. Når jeg ser meg tilbake, tenker jeg at samspillet mellom valg av etiske problemstillinger ut fra deltakernes egen arbeidshverdag, bruken av Aadlands refleksjonsmodell, dialogen og samspillet deltakerne i mellom og møtet med ny teoretisk kunnskap som var relevant for deltakernes praksis, bidro til denne utviklingen.

I følge Havnes (2000) innebærer ikke læring en mental endring hos en person, men en endring i måten å delta i en sosial praksis på. Slik betyr læring både å forstå et kunnskapsinnhold og å kunne bruke det for å mestre situasjoner der kunnskapen er relevant. Dette synet på læring har mange fellestrekk med forståelsen av yrkesmessig kompetanse som kvalifikasjoner som er nødvendige for å kunne utøve et yrke på en forsvarlig måte. Egne erfaringer og analyse og fortolkning av datamaterialet tyder på at deltakerne utviklet sin yrkesmessige, og deriblant moralske kompetanse. Dette setter dem i større grad i stand til å arbeide mot å oppfylle demensomsorgens overordnede mål om å opprettholde et så godt liv som mulig for personer med demens og deres pårørende (Bolmsjö m. fl. 2006).

For å lykkes med å utdanne sykepleiere som reflekterer kritisk over egen og andres praksis, må utdanningene bidra til utvikling av studentenes evne til kritisk refleksjon. Innenfor sykepleierutdanningene legges det til rette for at studentene lærer gjennom dialog og samarbeid. Som en del av dialogen og samarbeidet, må det arbeides med hvilke spørsmål studentene stiller til hverandre og til lærer, til lærestoffet og til egen og andres praksis. Kliniske situasjoner og erfaringer er rikholdige kilder til kunnskap. På samme måte som Hummelvold (2006) hevder at påstandskunnskap er nyttig for praktikere når den er avledet fra og rotfestet i deres erfarings- og praksiskunnskap, tenker jeg at kunnskap knyttet til sykepleierstudenters erfaringer bidrar til forståelse og læring. Lærer kan også bringe den praktiske virkeligheten inn i klasserommet gjennom fortellinger om egne og andre sykepleieres erfaringer i møte med pasienter og pårørende.

Når det gjelder praksisfeltet, erfarer jeg at dette er preget av en handlingskultur der det sjelden skapes rom for kritisk refleksjon og diskusjon knyttet til egen og andres praksis, og/eller møte med problematiske situasjoner. Hvordan det kan legges til rette for en arbeidskultur for faglige/etiske refleksjonsgrupper, dialog og samspill deltakerne i mellom og tilegnelse av ny teoretisk kunnskap, er problematisk. Prosjektet viser at ved å delta i gruppe der sykepleiere og annet pleiepersonell reflekterer kritisk over egen yrkesutøvelse og hvor kunnskapsbasert praksis er i fokus, bidrar dette til utvikling av praktikernes yrkesmessige kompetanse og sikrer faglig forsvarlig omsorg for pasienter og pårørende generelt og pasienter med demens spesielt. Det kan være at slike grupper ikke bør baseres på prosjektbasis, men bør fremstå som en del av samarbeidet mellom praksis og utdanningsinstitusjon. Praksisstudier i et slikt arbeidsmiljø bidrar både til sykepleiestudentenes og pleiepersonalets læring. Samtidig lærer begge parter strategier for livslang læring. Et slikt samarbeid forplikter nødvendigvis ledelsen innenfor både høgskole og praksisfelt.



## Litteratur

Aadland, Einar (1998): *Etikk for helse- og sosialarbeidarar*. Oslo: Det norske samlaget

Almberg, Britt og Jansson, Wallis (2002): ”Att vara anhörig till en person med demenssjukdom”, s. 61-81. I: Anna-Karin Edberg (red). *Att möta personer med demens*. Lund: studentlitteratur

Askeland, Gurid Aga (2006): ”Kritisk reflekterende – mer enn å reflektere og kritisere”. I: *Nordisk sosialt arbeid*, 26(2), s. 123-135

Bell, Margaret L.; Heye, Mary L.; Campion, Laura; Hendricks, Pauline B.; Owens, Barbara L.; Schoonover, Janemarie (2002): “Evaluation of a process-Focused Learning strategy to Promote Critical Thinking”. I: *Journal of Nursing education*, 41(4), s. 175-177

Bergland, Ådel; Hestetun, Margrete; Sellevold, Gerd Sylvi (2003): ”Systematisk fagutvikling i sykehjem – en måte å bedre tjenesten på Erfaringer fra tre fagutviklingsprosjekter ved Undervisningssykehjemmet i Oslo”. I: *Tidsskriftet Sykepleien*, nr. 7, s. 36-41

Bergland Ådel og Lærum Hilde (2002): ”Norske sykepleiestudenters syn på eldreomsorgen som arbeidsplass etter endt utdanning”. I: *Vård i Norden*, 22 (2), s. 21 – 26.

Bjørke, Gerd (2000): *Problembasert læring. Ei innføring for profesjonsutdanningene*. Oslo: Universitetsforlaget

Bjørndal, Cato R.P. (2004): “Refleksivitet omkring aksjonsforskningens påvirkning – fra salmer til jazz på kjøkkenet”. s. 117-141. I: Tom Tiller (red). *Aksjonsforskning i skole og utdanning*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.

Bobo, Nicole; Adams, Virginia W.; Cooper, Leslie (2002): “ Excellence in School Nursing Praticce: Developing a National Perspective on School Nurse Competencies”. I: *The Journal of School Nursin*, 18 (5), s. 277-285

Bolmsjö, Ingrid Ågren; Edberg, Anna-Karin; Sandman, Lars (2006): ”Everyday Ethical Problems in Dementia care: A Teleological Model”. I: *Nursing Ethics*, 13 (4), s. 340 – 359

Boney, Jo; Baker, Jacqeline. D.(1997): “Strategies for teaching clinical decition-making”. I: *Nurse Education Today*, nr. 17, s. 16-21

Boud, David; Keogh, Rosemary; Walker, David (1987): *Reflection: Turning Experience into learning*. London: Kogan Page; New York: Nichols

Brandth, Berit (1996): “Gruppeintervju: perspektiv, relasjoner og kontekst”. s. 145-165. I: Harriet Holter og Ragnvald Kalleberg (red.): *Kvalitative metoder I samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget

Brookfield Stephen (1993): “On Impostorship, Cultural Suicide, and Other Dangers: How Nurses Learn Critical Thinking”. I: *The journal of Continuing Education in Nursing*. 24(5), s. 197-205

- Brookfield Stephen (1991): "The Development of Critical Reflection in Adulthood: Foundations of a Theory of Adult Learning". I: *New Education*, 13(1), s. 39-48
- Brookfield Stephen (1987): *Developing Critical Thinkers - Challenging Adults to Explore Alternative Ways of Thinking and Acting*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers
- Bunkholdt, Vigdis (2002): *Psykologi. En innføring for helse- og sosialarbeidere. 2 utg.* Oslo: Universitetsforlaget
- Chenoweth, Lynn (1998): "Facilitating the process of critical thinking for nursing". I: *Nurse Education Today*, vol. 18, s. 281-292
- Clarke, David J. og Holt, Janet (2001): "Philosophy: a key to open the door to critical thinking". I: *Nurse education today*, nr. 21, s. 71-78
- Clinton, Michael; Murrels, Trevor; Robinson, Sarah (2005): "Assessing competency in nursing: a comparison of nurses prepared through degree and diploma programmes". I: *Journal of Clinical Nursin*, nr.14, s. 82-94
- Coghlan, David og Casey, Mary (2001): "Action research from the inside: issues and challenges in doing action research in your own hospital". I: *Journal of Advanced Nursing*, 35(5), s. 674-682
- Corley, Mary C.; Minick, Ptlene; Elswick, RK; Jacobs, Mary (2005): "Nurse Moral Distress and Ethical Work Environment". I: *Nursing Ethics*, 12(4), s. 381-390
- Dalin, Åke (1999). *Veier til den lærende organisasjon*. Oslo: Cappelen akademisk forlag
- Daly, William M. (2001): "Issues and innovation in nursing education The development of an alternative method in the assessment of critical thinking as an outcome of nursing education". I: *Journal of Advanced Nursing*, 36(1), s.120-130
- Durgahee, Taleb (1996): "Promoting reflection in post-graduate nursing: a theoretical model". I: *Nurse Education Today*, nr. 16, s. 419-426
- Dysthe, Olga (2001): "Sosiokulturelle teoriperspektiv på kunnskap og læring". I: Olga Dysthe (red): *Dialog, samspell og læring*. Oslo: Abstrakt forlag AS
- Eek, Arnfinn og Nygård, Aase-Marit (2004): "Kommunal omsorgskjede – organisering og innhold"; s. 333-350. I: Knut Engedal og Per Kristian Haugen (red): *Lærebok demens Fakta og utfordringer*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens
- Engedal, Knut og Haugen, Per Kristian (2004): *Lærebok demens Fakta og utfordringer*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens
- Engedal, Knut; Kirkevold, Øyvind; Eek, Arnfinn og Nygård, Aase-Marit (2002): *Makt og avmakt. Rettighetsbegrensninger og bruk av tvangstiltak i institusjoner og boliger for eldre*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens
- Fagermoen, May Solveig (2005): "Kvalitative studier og kvalitetskriterier". I: *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 7(2), s. 40 – 54

Fook, Jan; White, Sue; Gardner, Fiona (2006). "Critical reflection: a review of contemporary literature and understandings", s. 3 – 20. I: Sue White, Jan Fook and Fiona Gardener (red.): *Critical reflection in Health and Social Care*. England: Open University Press

Fryjordet, Jorunn (2004): *Når du blir gammel og ingen vil ha deg... En statusrapport om situasjonen i helsetjenesten*. Oslo: Helsepolitisk avdeling Den norske lægeforsking

Fuglestad, Otto Laurits (1997). *Pedagogiske prosessar. Empiri – teori – metode*. Bergen: Fagbokforlaget

Girot, Elisabeth Anne (1995): "Preparing the practitioner for advanced academic study: the development of critical thinking". I: *Journal of Advanced Nursing*, nr. 21, s. 387-394

Glen, Sally (1995): "Eveloping critical thinking in higher education". I: *Nurse education today*, nr. 15, s. 170-176

Granum, Vigdis og Solvoll, Betty-Ann (1997): *Sykepleieren den forskende praktiker*. Oslo: Tano Aschehaug.

Grendstad, Nils Magnar (1990): *Å lære er å oppdage. 2. utg.* Oslo: Didakta norsk forlag

Grundy, Lynne (2001): "Pathways to fitness for practice: National Vocational Qualifications as a foundation of competence in nurse education". I: *Nurse Education Today*, nr.21, s. 260-265

Grønmo, Sigmund (2004): *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen:Fagbokforlaget

Gøtrik, Jens Kristian og Hansen, Steen Werner (2001): *Demens – den fremtidige tilrettelæggelse af sundhedsvæsenets indsats vedrørende diagnostikk og behandling*. Danmark: Sundhedsstyrelsen

Halland, Geir Olav (2000): "Læring – møtet mellom teori og praksiserfaringer i opplæring for voksne". S. 159 – 168. I: Arild Raaheim og Kjell Raaheim (red). *Læring hos voksne*. Bergen: Sigma forlag AS

Hallandvik, jan-Erik (2002): *Helsetjeneste og helsepolitikk. 3. utg.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Halvorsen, Knut (2002): *Forskningsmetode for helse- og sosialfag – en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

Hamric, Ann B. (2000): "Moral Distress in Everyday Ethics". I: *Nursing Outlook*, nr. 48, s. 199 – 201

Havnes, Anton (2000): "Modeller for læring i arbeid og utdanning – et sosialt perspektiv på læring", s. 96-112. I: Arild Raaheim og Kjell Raaheim (red). *Læring hos voksne*. Bergen: Sigma forlag AS

Hestad, Knut og Nordengen, Wenche (2000): "Behandling av aggressiv atferd hos pasienter med demens". I: *Demens*, 4(2) s. 23-25

Holst, Göran (2002): „Livet som berättelse“, s. 96-106. I: Anna-Karin Edberg (red). *Att möta personer med demens*. Lund: studentlitteratur

Holter, Inger Margrethe, Schwartz-Barcott, Donna (1993): “Action research: what is it? how has it been used and how can it be used in nursing?”. I: *Journal of Advanced Nursing*, nr.18, s. 298-304

Hummelvold, Jan Kåre (2006): ”Handlingsorientert forskningssamarbeid – teoretisk begrunnelse og praktiske implikasjoner”. I: *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 8(1), s. 17-30

Hummelvoll, Jan Kåre (2003): “Handlingsorientert forskningssamarbeid eksemplifisert ved Prosjekt Undervisningsavdeling”, s. 21-48. I: Jan Kåre Hummelvold (red). *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo: Universitetsforlaget.

Jormsri, Pantip; Kunaviktikul, Wipada; Ketefian, Shaké; Chaowalit, Aranya (2005): “Moral Competence in Nursing Practice”. I: *Nursing Ethics*, 12(6), s. 582-594

Kirkevold, Øyvind (2005): ”Bruk av tvang i sykehjem”, I: *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 125(10), s. 1346-1348

Kirkevold, Marit og Nortvedt, Per (2005): ”Framtidens sykepleie – nye arenaer og endrete vilkår”, s.236 – 250. I: Nina Jaren Kristoffersen, Finn Nortvedt, Eli-Anne Skaug (red). *Grunnleggende sykepleie Bind 4*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kitwood, Tom (1999): *En revurdering af demens – personene kommer i første række*. København: Dafolo Forlag 1999

Kunnskapsforlaget (1989): *Engelsk – Norsk blå ordbok*. Oslo: H. Aschaoug & Co. og A/S Gyldendal norsk forlag

Kvernbekk, Tone (1996): ”Confluent education: a participator view of knowledge”, s. 1- 15. In: *Advances in confluent education. Integrating consciousness for human change*. Brown, Joel. H. (red). London: Jai press inc

Kyrkjebø, Jane Mikkelsen (1998); *Kvalitetsutvikling i helsetjenesten*. Bergen: Fagbokforlaget

Kårikstad, Vidar og Sellevold, Gerd Sylvi (2002): *Program for å rekruttere og beholde sykepleiere. Et modellforsøk innenfor rammen av Undervisningssykehjemsprosjektet*. Rapport nr 2/02. Bergen: Nasjonalt formidlingsenter i geriatri

Lov av 1999.07.02, nr. 63: *Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven)*. [www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html](http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html)

Lov av 1999.07.02, nr. 64: *Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven)*. [www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html](http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html)

Lovisenberg diakonale høgskole (2001-2005). *Strategidokument*

- Malterud, Kirsti (2003): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring. 2. utg.* Oslo: Universitetsforlaget
- Mangena, Agnes og Chabeli, Mary M. (2005): “Strategies to overcome obstacles in the facilitation of critical thinking in nursing education”. I: *Nurse education Today*, nr. 25, s. 291-298
- Manger, T. (2000): “Hva påvirker vår motivasjon for læring?”, s.49-61. I: Arild Raaheim og Kjell Raaheim (red). *Læring hos voksne*. Bergen: Sigma forlag AS
- Martin, Geoffrey W. (1996): “An approach to the facilitation and assessment of critical thinking in nurse education”. I: *Nurse education Today*, nr. 16, s. 3-9
- Martinsen, Kari (2005): *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Mezirow, Jack (2000): ”Hvordan kritisk refleksjon fører til transformativ læring”, s. 67-82. I: Knud Illeris (red): *Tekster om læring*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag
- Molander Bengt (1997): ”Kunskapsmångfald och olika kunskapstradisjoner”. s. 124 –146 i: Herdis Alvsvåg, Norman Andersen, Eva Gjengedal og Målfrid Råheim (red). *Kunnskap kropp og kultur Helsefaglige grunnlagsproblemer*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Molven, Olav (2006): *Helse og jus. En innføring for helsepersonell*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Molven, Olav (2000): ”Kravet om faglig forsvarlighet”. I: *Tidsskriftet Sykepleien*, nr. 14, s. 48-49
- NSF (1995). *Kvalitet i helsetjenesten. Et brukerfokusert system for kontinuerlig forbedring av kvalitet*. Oslo
- Rammeplan for sykepleierutdanning* (2005): Fastsatt 1. desember av Utdannings- og forskningsdepartementet.
- Riis, Povl (2000). ”Svækkelse og etikk”, s. 59-71. I: Pia Fromholdt, Jessey Hjorth Hansen, Dorte Høeg og Andrus Viidik (red). *Svækkelse i alderdommen. Omsorg og etikk i svækkelsesforløbet*. Fredrikshavn: Dafolo A/S
- Rokstad, Anne Marie Mork (2004):”Dementis Care Mapping (DCM) En metode for kvalitetssikring av omsorgen for personer med demens”. I: *Demens*, 8(2), s. 7-9
- Säljö, Roger (2001): *Læring i praksis. Et sosiokulturelt perspektiv*. Oslo: Cappelen akademisk forlag
- Sellevoid, Gerd Sylvi og Skulberg, Vigdis Brit (2005): *Nok mat, rett mat og trivelige måltider for eldre sykehjemspasienter: et kvalitetssikringsprosjekt*. Undervisningspsykehjem. Rapport nr. 1/05. Bergen: Nasjonalt formidlingscenter i geriatri
- Sellevoid, Gerd Sylvi (1999). *Maten er bare halve føda. Et endringsarbeid for å sikre kvalitet på matstell og måltid i sykehjem*. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap.

- Sjøvoll, N. (2001): *Aksjonsforskning i sykepleien - en kommunikatív utfordring. En litteraturstudie av utviklingen i aksjonsforskning i sykepleien etter 1994*. Hovedoppgave høsten 2002, Seksjon for helsefag, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo
- Skau, Greta Marie (2005): *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker. 3.utg.* Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Slot, Alice; Rischel, Vibeke (2005): "Fokusgruppemetoden – transkripsjon, systematisering og databearbeiding". I: *Tidsskrift for sykeplejeforskning*, nr. 3, s. 14-20
- Solem, Per Erik (1994): "Kommunikasjon med aldersdemente", s.137-152. I: Per Erik Solem, Reidun Ingebretsen, Kolbein Lyng og Aase-Marit Nygård (red). *Psykologiske perspektiver på aldersdemens*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Solvoll, Betty-Ann, Gunn Engelsrud og Kirsten Heggen (2005): "Forsker erfaringer og refleksjon. Basert på utvalgte situasjoner fra feltforskning i sykehus." I: *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 7(2), s. 3-14
- Tiller, Tom (1999): *Aksjonslæring. Forskende partnerskap i skolen*. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Tripp, David (2005): *Action reseach: a methodological introduction*. [online] [http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/en\\_a09v31n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/en_a09v31n3.pdf) [nedlastet 22.03.07]
- Ulstein, Ingun (2004): "Pårørendes situasjon", s. 319-332. I: Knut Engedal og Per Kristian Haugen (red): *Lærebok demens Fakta og utfordringer*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens
- Wilhelmsen, Lars S. (2000): "Selvstudier og bearbeidelse av lærestoffet", s. 128- 147. I: Arild Raaheim og Kjell Raaheim (red). *Læring hos voksne*. Bergen: Sigma forlag AS
- William, Brandon og Walker, Liz (2003): "Faciliating perception and imagination in generating change through refelctive practice groups".I: *Nurse Education Today*, nr. 23, s. 131-137
- Williams, Christine L.; Hyer, Kathryn; Kelly, Annette; Leger – Krall, Sue; Tappen, Ruth M. (2005): "Development of Nurse Competencies to Improve Dementia Care". I: *Geriatric Nursing*, 26(2), s. 98-105
- Wogn-Henriksen, Kjersti (2004): "Grønnsak eller menneske? Noen refleksjoner om personer med alvorlig demens". I: *Demens*, 8(2), s. 10 – 13
- Wogn-Henriksen, Kjersti (2000): "Fra motstand til samarbeid. Om forandringsprosesser hos mennesker med aldersdemens". I: *Demens*, 4(3), s. 2-4
- Wogn-Henriksen, Kjersti (1998): "Går det an å kommunisere med mennesker med aldersdemens?". I: *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, nr. 35, s. 739-745
- Woods, Martin (2005): "Nursing Ethics Education: are we really delivering the good(s)?" I: *Nursing Ethics*. 12(1), s. 5-18.

Zhang, Zhi-xue; Luk, Weety; Arthur, David; Wong, Thomas (2001): “Nursing competencies: personal characteristics contributing to effective nursing performance”. I: *Journal of Advanced Nursing*,\_33(4), s. 467-474