

Støy
- i tilrettelagt enhet på sykehjem

Kjetil Heggem
Diakonhjemmet Høgskole
Lovisenberg diakonale høgskole

Mastergradsoppgave i
helsetjenester til eldre

Antall ord: 19984

1. desember 2015

Forord

Da er tre års innsats innbundet mellom to permer. Tre år som har vært faglig berikende og utfordrende. Jeg har latt mennesker jeg har møtt bli med meg inn i faglige diskusjoner på skolen, når teori har blitt reflektert, tilbake i praksis og i arbeidet med denne mastergradsoppgaven. Temaet kom til meg i slike møter, og jeg er takknemlig for den kunnskapen disse møtene har gitt meg. Møter med få ord, og med avgjørende verdi for de valgene jeg har tatt.

Det har tidvis vært tunge steg frem til målet, med teori som har utfordret og mangel på tid til å få hverdagens oppgaver i havn. Men nå er denne milepælen nådd, og jeg er så uendelig glad, tilfreds og takknemlig.

#

Først ønsker jeg å rette en stor takk til menneskene jeg fikk møte på sykehjemmene. Takk for at jeg fikk ta del i hverdagen, og for den innsikten det ga meg på veien frem. Uten dere ville ikke dette blitt realisert!

Veilederen min har vært Rita Jakobsen. Hun har med sitt store engasjement og inspirerende formidlingsevne, vært en stor kilde til kunnskap og gode råd. Takk for tålmodigheten, tilliten og de viktige sparkene som gjorde at målet ble oppnådd.

Min arbeidsgiver, Helse Møre og Romsdal – Klinikk for psykisk helsevern, fortjener takk for at jeg fikk muligheten til å ta denne masterutdanningen. Min avdelingssjef, Nils-Arne Skagøy, for tid, tro og rom! Mine kolleger og ansatte for gode innspill og refleksjoner, og tålmodigheten dere har vist i disse tre årene.

Ønsker også å takke medstudentene mine, som vært en fornøyelse å bli kjent med og lære av. For en kunnskapsrik gjeng! Lykke til videre.

Takk til Geir, som rank og tålmodig har heiet og støttet meg hele veien. For faglige refleksjoner og utfordrende spørsmål, gode avbrekk og kjærlig omsorg.

Takk til familien min som har vært behjelpelig og støttende, hjulpet med hundepass og levert middager på døra nå i innspurten. Til slutt en takk til venner som har støttet, avsporet meg og gitt meg pauser, som har lest korrektur og diskutert artikler med meg.

God lesning!

Sjøholt, desember 2015

Kjetil Heggem

Sammendrag

Bakgrunn:

Støy blir omtalt som en betydelig helseutfordring for mennesker i dag. Det beskrives utfordringer blant annet i forhold til støy ved utvikling av nye boligprosjekter, i skoler og barnehager. Denne studien har undersøkt støy på kommunale sykehjem.

Hensikt:

Denne studiens hensikt er å se på hvordan støy fremtrer i tilrettelagte enheter på sykehjem og konsekvensene fenomenet støy kan ha på personer med demenslidelser som lever der.

Studiens forskningsspørsmål er:

1. På hvilken måte fremstår støy av ulik karakter i en tilrettelagt sykehjemsavdeling?
2. Hvordan påvirker ulike typer støy samhandlingen på en avdeling?

Teoretisk forankring:

Studien tar utgangspunkt i faglitteratur og tidligere forskning omkring støy og demens, og knyttes til en fenomenologisk forståelse av betydningen av støy for mennesker med demenslidelser.

Metode:

På bakgrunn av oppgavens tema og forskningsspørsmål er det valgt et kvalitativt design forankret i en fenomenologisk tilnærming for å besvare studiens forskningsspørsmål. For å bringe frem perspektivet til personer med demens, som kan ha nedsatte evner til selv å tale sin sak, ble det valgt delvis deltakende observasjon som metode.

Resultater:

Resultatene peker på at personer med demenslidelser i tilrettelagte enheter på sykehjem tidvis omgir seg med støy i fellesmiljøet. Dette er personer som i utgangspunktet er sårbare for ulike sanseinntrykk, og som har begrensede evner og muligheter til å skjerme seg fra sanseinntrykkene uten bistand fra omsorgspersoner.

Konklusjon:

Ser man funnene samlet har de fysiske rammene, driften og pleierne en betydning for hvordan støy fremtrer i en tilrettelagt enhet. Samtidig spiller den kognitive svikten hos pasientene inn, ved at konsekvenser av sårbarhet for sanseinntrykk også kan lede til at lydbildet forverres. Utfordringen dette gir henstiller både til en bevissthet omkring lydkilder, potensielle konsekvenser og sårbarheten hos pasientene. Dette støttes av tidligere forskning.

Summary

Background:

Noise is described as a significant health challenge for people today. It describes challenges including noise when developing new housing projects, schools and kindergartens. This study has investigated the noise in municipal nursing homes.

Aim:

This study aims to look at how noise emerges in specialized units in nursing homes and the consequences the phenomena of noise can have on people with dementia who live there.

This study's research questions are:

1. In what way does noise of different nature emerge in specialized nursing home units?
2. How do different types of noise affect the interaction in a ward?

Theoretical foundation:

The study is based on literature and previous research on noise and dementia, and linked to a phenomenological understanding of the importance of noise for people with dementia.

Method:

Based on the thesis topic and research questions a qualitative design anchored in a phenomenological approach is chosen. To bring forward the perspective of persons with dementia, who may have reduced abilities to speak on their own behalf, a partial participant observation method was chosen.

Results:

The results show that people with dementia in specialized nursing home units in nursing homes occasionally surround themselves with noise in the common environment. These persons are vulnerable to various sensory inputs, and have limited ability and possibility to shield themselves from these sensory inputs without assistance from caregivers.

Conclusion:

Looking at the overall findings, the physical environment, the everyday activities and the care givers are important for how noise appears in specialized nursing home units. At the same time the cognitive impairment of the patients must be taken into consideration because the consequences of vulnerability to sensory input may also lead to the soundscape deteriorating. The challenge this brings is to be aware of sound sources, potential impacts and the vulnerability of patients. This is supported by previous research.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	7
1.1	Tema – forskningsspørsmål.....	7
1.2	Mastergradsoppgavens oppbygning	7
2	Demens.....	8
2.1	Forskning på feltet.....	10
3	Støy som fenomen.....	15
3.1	Syn og hørsel	17
4	Rom og rommelighet.....	18
4.1	Sanselighet og omsorg	20
4.2	Sanselighet i stormkast og stille vann	22
5	Politiske rammer og føringer.....	23
5.1	Lover og forskrifter	23
5.2	Norske sykehjem	25
6	Vitenskapsteoretisk perspektiv	25
6.1	Fenomenologi.....	26
7	Metode	27
7.1	Bakgrunn for valg av metode	27
7.1.1	Endret kurs	28
7.2	Strategisk utvalg	28
7.3	Min forforståelse	29
7.4	Beskrivelse av rekrutteringsprosedyre.....	30
7.5	Delvis deltakende observasjon.....	30
7.6	Transkribering av observasjonsnotater.....	34
8	Analyse av det empiriske materialet.....	34
8.1	Analytisk reduksjon og potensiell kunnskapskraft.....	35
8.2	Systematisk tekstkondensering.....	35
	Trinn 1: Skape et helhetsinntrykk.....	35
	Trinn 2: Identifisere meningsbærende enheter	36
	Trinn 3: Kondensering	36
	Trinn 4: Sammenfatning	36
	Tabell 8.1 Eksempel på kondenseringsprosess:	37
8.3	Studiens gyldighet	37
8.4	Studiens pålitelighet.....	37

8.5	Etiske og juridiske overveielser	38
8.6	Metodekritikk.....	38
9	Presentasjon av funn.....	39
9.1	Å velge sine ord med omhu.....	40
9.2	Å omgi seg med kolliderende lydbilder	41
9.3	Å være sårbar i fellesskapet	43
9.4	Å spise med hjertet i halsen	44
10	Diskusjon	46
10.1	Å velge sine ord med omhu.....	46
10.2	Å omgi seg med kolliderende lydbilder	49
10.3	Å være sårbar i fellesskapet	52
10.4	Å spise med hjertet i halsen	54
11	Sammenfatning	56
12	Implikasjoner for praksis	57
13	Litteraturliste.....	59
14	Vedlegg.....	62

1 Innledning

Støy kan føre til betydelige helseutfordringer for mennesker. Forskning har påvist at støyplager kan forringe menneskers livskvalitet i stor grad. Store veiprosjekter må innimellom legges i alternative traséer på grunn av hensynet til boligområder. Støy har også vært problematisert langt tilbake i historien. I middelalderen ble god nattesøvn forsøkt sikret gjennom lover som forbød støy og larm på nattetid.

Støy som fenomen i samhandlingen med personer med demens har opptatt meg i lang tid. Som vernepleier ved en alderspsykiatrisk seksjon i spesialisthelsetjenesten har jeg møtt pasienter hvor støy ble tolket som en utfordring. Poliklinisk har jeg også møtt personer med demens i tilrettelagte enheter hvor lydbildet har overrasket meg som «besøkende».

Tema var derfor tidlig klart da jeg startet på mastergradsutdanningen for tre år siden. Videre gikk jeg inn for sykehjem som felt, da jeg vurderte den arenaen som mest betydningsfull for pasientgruppen. Det er i den tilrettelagte enheten pasienten vil tilbringe mest tid, og eventuelle funn fra studien kunne derav belyse temaet og være et godt utgangspunkt. For å kunne belyse hvordan støy fremtrer for personer med demenslidelser ønsket jeg å observere i fellesarealene gjennom delvis deltakende observasjon. Etter observasjonsstudien var planen å gjennomføre fokusgruppeintervju med pleiere. Dette måtte dessverre utgå, og begrunnes senere i oppgaven.

1.1 Tema – forskningsspørsmål

Mastergradsoppgavens tema er «Støy – i tilrettelagt enhet på sykehjem». Hensikten med studien er derfor å belyse fenomenet støy slik det fremtrer i tilrettelagte enheter for personer med demenslidelse på sykehjem.

Forskningsspørsmålene som jeg ønsker å belyse er:

1. På hvilken måte fremstår støy av ulik karakter i en tilrettelagt sykehjemsavdeling?
2. Hvordan påvirker ulike typer støy samhandlingen på en avdeling?

1.2 Mastergradsoppgavens oppbygning

Oppgaven starter med en innledning og presentasjon av tema og forskningsspørsmål. Kapitlene 2-4 er oppgavens teorikapitler, hvor også tidligere relevant forskning presenteres. Disse avløses av en kort omhandling av relevante politiske rammer og føringer. Det vitenskapsteoretiske perspektiv omhandles i kapittel 6, før metoden redegjøres for i kapitlet

etter. I kapittel 8 omhandles analysen og veien frem til oppgavens funn. Disse presenteres i kapittel 9, og diskuteres i lys av teori i kapittel 10. Avslutningsvis sammenfattes dette, med implikasjoner for praksisfeltet avslutningsvis.

2 Demens

Hvorfor er en problemstilling knyttet til støy på sykehjem særlig relevant for personer med demenslidelse?

Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand eller et syndrom som kan komme av ulike organiske sykdommer (Engedal & Haugen, 2006). Demens ledsages av redusert mental kapasitet og gir seg utslag i flere psykologiske prosesser som gir personen det rammer progressive utfordringer. Kognitive funksjoner trues og fører til at hukommelse, innlæring, oppmerksomhet, dømmekraft, språk og evnen til å tenke/resonnere blir rammet. Dette gjør dagliglivets aktiviteter vanskelig å håndtere (Ulstein, 2012). De ulike demenssykdommene og stadiene vil i varierende grad gi utslag i atferdsmessig og motorisk dysfunksjon (Engedal & Haugen, 2006). Demens er en stor trussel mot selvet, selvstendigheten og livet som en har igjen (Jakobsen, 2007, 2012). Det å skulle få en demenssykdom er den delen ved det å bli gammel, som fryktes mest. Det er også en sykdom som blir misforstått av mange, ansatte i omsorgsykker er ingen unntak i så måte (Brooker, 2013).

Det er en rekke symptomer ved – og konsekvenser av demenssykdom. Jeg vil nå redegjøre for de som er særlig relevante for studiens tema, hensikt og forskningsspørsmål, se 1.1.

Når demens rammer vil evnen til *fokusert og delt oppmerksomhet* svekkes, og gjør de dagligdagse aktivitetene svært utfordrende. Vi mestrer, og tar for gitt, å være oppmerksom på flere ting samtidig (Engedal & Haugen, 2006). For personer med demens vil denne evnen reduseres, og i likhet med fokusert oppmerksomhet føre til at dagliglivets gjøremål blir vanskelig. Når så hverdagslige aktiviteter oppleves vanskelige, utfordres også «normale» gjøremål som å lage mat eller å ha gjester til middag. Personens identitet og sosiale posisjon står i fare (Jakobsen, 2007).

Sviktende hukommelse er det som folk flest forbinder med begynnende demens, og skaper både bekymringer for fremtiden og praktiske utfordringer i hverdagen. Samtidig er det hukommelsen som bekrefter ens eksistens, ved at den lagrer personens historie. Dette gjør

personen i stand til å vise og bekrefte ens eksistens. Jakobsen (2007, p. 34) skriver videre at «hukommelsen skaper sammenhenger og utgjør en lenke fra fortid til nåtid».

I kommunikasjon med andre mennesker er språket vårt vesentlig, og daglig i bruk. Ordene kommer som perler på en snor, uten at vi trenger å anstrenge oss. Vi snakker med hverandre, eller leser mail og sms, og opplever at vi forstår og blir forstått.

«Det er språket som gjer at vi har ei sams verd; forstår vi ikkje språket til kvarandre, lever vi i vår eiga verd, utan anna enn overflatisk kontakt» (Skjervheim, 1957, 2002, p. 20).

Når det ringer på døren, går vi for å åpne opp. Når vannkokeren piper skiller vi dét signalet fra andre, og vet at vannet er kokt. Vi gjenkjenner de ulike signalene. Ved demens svekkes denne *tolkningen av ulike sanseintrykk*, og de blir vanskeligere å identifisere (Jakobsen, 2007). Av sansesvikt er det i følge (Engedal, 2008; Engedal & Haugen, 2006) *syns – og hørselsagnosi* som er av størst betydning, og hørselsagnosi som den hyppigste. Når omverden blir fylt av ugjenkjennelige inntrykk kan dette skape engstelse (Jakobsen, 2007).

For å fungere selvstendig i dagliglivet fordrer det at vi benytter et spekter av ferdigheter samtidig. Våre *intellektuelle evner* manøvrerer dette. Dette gjør at vi fleksibelt kan resonnerer, huske et poeng, formidle dette verbalt, med gestikulering og abstraksjoner, føle på en trygghet i situasjonen og oppfatte om det vi formidler blir forstått (Engedal & Haugen, 2006). Å mestre utfordringer livet bringer, for eksempel sykdom, fordrer kognitiv kapasitet, en kapasitet som er betydelig truet ved en demenslidelse. Når mestringsstrategier vanskelig lar seg mobilisere skaper dette fortvilelse, uro og/eller angst hos den som er rammet. Dette kalles ofte *katastrofereaksjoner* (Engedal & Haugen, 2006; Jakobsen, 2007).

Etter hvert vil personen med en begynnende demensutvikling innhentes av at sykdomsprogresjonen «vinner over» mestringsstrategiene. En av Wogn-Henriksen (2012, p. 176) informanter forklarer det med å gå i en «stadig brattere oppoverbakke». En taper terreng og påvirkningsmuligheter; ens *språklige og tankemessige uttrykkskraft*. Nettverk og tilhørighet blir mer betydningsfullt, en dog opprettholdelsen av gjensidighet og nærhet blir vanskeligere. Wogn-Henriksen (2012, p. 177) skriver, «gradvis må den enkelte før eller siden gi slipp på kontrollbehov og akseptere sin ultimate sårbarhet og avmakt».

Symptomene på *depresjon* kan vise seg på samme måte som hos yngre, men i takt med redusert intellektuell kapasitet, kan symptomene også vise seg som irritabilitet, sinne eller uro

(Engedal & Haugen, 2006). I utredning av demens, er depresjon (sammen med angst og psykose) en viktig differensialdiagnose (Ulstein, 2012).

Angst kan oppstå ved demens når kognitive og psykologiske pilarer i en selv reduseres. Og ikke kjenne verken seg selv eller omgivelsene igjen, miste begrepet om tid, og føle seg forlatt i en fremmed tilværelse kan fremkalle angst og katastrofereaksjoner. Redsel, aggressivitet eller flukt kan derfor bli nærliggende reaksjoner og strategier (Engedal & Haugen, 2006).

Passivitet og apati er den hyppigste atferdsendringen ved demens. En kan bli sittende på samme sted uten å vise interesse for å utføre eller delta i aktiviteter, en følger ikke med på det som skjer og en kan tilsynelatende oppfattes som interesseløs. Engasjement og motivasjon avløses av passivitet og stillhet. I motsatt fall kan vi møte personer med demens som er *motorisk urolige*, og som stadig er i aktivitet, eller hvileløst vandrer rundt (Engedal & Haugen, 2006).

Irritabilitet og aggressivitet er atferd som oppleves som utfordrende for nærpersionene, og med stor sannsynlighet for personen med demens især. De ulike kognitive, kroppslige og psykologiske endringene, sammen med type av demenssykdom kan alene eller sammen forklare mye av denne atferden. Overfor personene rundt kan irritasjonen eller aggresjonen komme «som lyn fra klar himmel», men kan ha sin klare hensikt i et sterkt ønske om å uttrykke seg (Rokstad, 2014). Hemninger, filter og tidligere personlighet kan ha minsket i sin funksjon på samme måte som andre funksjoner og mestringsstrategier (Engedal & Haugen, 2006).

2.1 Forskning på feltet

Bergland and Kirkevold (2011) har gjort en litteraturstudie som er basert på 15 oversiktsartikler som oppsummerer empiriske studier av fysiske omgivers betydning for personer med demens. 13 av artiklene hadde sitt hovedfokus på overstimulering og tiltak for å redusere denne, med atferd, funksjon og livskvalitet som utfallsmål. Små enheter hadde også kvaliteter ved seg som nære relasjoner til personalet, økt tilsyn og veiledning. Nøytrale omgivelser (farger/design), rutiner, og reduksjon av støy reduserte atferdsforstyrrelser, katastrofereaksjoner, medikamentbruk og tvang. Artikkelen konkluderer med at litteraturstudiens artikler har et hovedfokus på håndtering av utfordrende atferd. Et fåtall fokuserer på faktorer som fremmer trivsel og velvære.

Garre-Olmo et al. (2012) vurderte sammenhengen mellom livskvalitet og miljømessige faktorer på åtte sykehjem for 160 personer med langtkommen demenssykdom. De ser på de ulike typene av atferd hos personer med langtkommen demens som en uttrykksform for grunnleggende behov som ikke oppfylles, og som reaksjoner på et utilfredsstillende miljø. De miljømessige faktorene de undersøkte var temperatur, støy og lysstyrke. Støy ga seg uttrykk i alarmer, dørklokker, telefoner, høyt volum på fjernsyn, og fra menneskelig aktivitet. Med referanser til Lawton hevder de at jo større påvirkning miljøet har på pasientene, jo mer fratrar en deres ferdigheter. Studien konkluderer med at faktorene de undersøkte er relatert til pasientenes livskvalitet. Et høyt støynivå viste seg ved en lavere sosial interaksjon pasientene imellom. Dette forstått ved at pasientene påvirkes av støy, som kan øke forvirring, utløse frykt og andre negative følelser. Garre-Olmo et al. (2012) refererer også til Evans, og hans funn i forhold til syndromet sundowning¹, som viste at pasienter uten nedsatt hørsel var mer utsatt for dette.

Dewing (2009) poengterer i sin artikkel at de fleste heldøgns omsorgstilbud til personer med demens er støyende miljøer. I tillegg refererer artikkelforfatteren til Hall and Buckwalter (1987) som har dokumentert en lavere stressterskel for støy i miljøet hos personer med demens. Hvordan pleierne opplever støynivået på enheten, er derfor ikke et godt referanseverktøy alene. Dewing (2009) skriver videre at støy kan være en riktig forklaringsmodell i forhold til mange tilfeller av utfordrende atferd. Dewing ser på støy som uttrykk for både over – og understimulering. Om en derimot ikke inkluderer miljømessige forklaringer, er der en fare for at funksjonsnivået til pasientene observeres og evalueres på patologiske endringer alene. Støy som eksempelvis kommer av dører som slås igjen forårsaker reflekser, som ved siden av å lede til fysiske responser, også kan føre til økt desorientering og usikkerhet. Personer med demenslidelser som utsettes for støy over tid kan oppleve økt forandring i kognitive funksjoner, økt agitasjon, lavere smerteterskel og sterkere ensomhetsfølelse. Disse endringene kan videre lede til nedsatt evne til å forstå og samarbeide i omsorgen, som igjen kan føre til at personen vegrer eller nekter å ta imot bistand. For å gjøre miljøet rundt personer med demens mer personsentrert og demensvennlig kreves det kontinuerlig fokus på elementene som skaper den uheldige støyen. Dewing mener helsetjenesten kan gjøre mye for å bedre dette uten nødvendigvis dyre løsninger. Første bud er jevnlig å gjøre en vurdering av støynivået, og deretter igangsette tiltak. Ved å tilpasse miljøet

¹ Økt uro utover ettermiddag (Engedal & Haugen, 2006).

kan personer med demens gjenvinne mye av sin uavhengighet og sitt velbefinnende, i følge Dewing (2009).

Også Dube et al. (2008) finner i sin studie på en sykehusavdeling med kognitivt friske pasienter at støy er til stede, og et problem. Studien vurderte både pasienter og pleiere sin opplevelse av ulike faktorer i miljøet de definerte som støyende. I etterkant utførte de en intervensjonsstudie hvor støyreducerende tiltak ble utprøvd og evaluert. Både pleiere og pasienter oppfattet samtaler som mest plagsomt. Intervensjonsstudien ga positive effekter på internundervisning av ansatte. Her ble fokuset å tilpasse stemmebruk, gå stille gjennom dørene, benytte fottøy som ikke ga fra seg høy lyd, volum på personsøkere og telefoner ble nedjustert og bevisstheten i forhold til støy generelt ble økt.

Funnet og effekten av å øke ansattes bevissthet omkring støy, og det faktum at pleiere kan være kilden, støttes av Joosse (2012). I hennes studie ble personalskapt støy ytterligere problematisert ved at støy, som lyder, ble avdekket som en utløsende årsak til pasienters utfordrende atferd. Avslutningsvis oppfordrer også denne studien til bevisstgjøring. Pleiere i helsetjenesten til personer med demens må holde samtaler seg imellom utenfor fellesmiljøet og holde utstyr avslått når de ikke er i bruk.

Å benytte hvit støy² som intervensjon ovenfor personer med demens som utviser agitert verbal atferd, er gjennomført av Burgio, Scilley, Hardin, Hsu, and Yancey (1996). De gjennomførte en intervensjonsstudie på to sykehjem, og ga pasienter med kjent utagerende atferd hodetelefoner med hvit støy i perioder på 20 minutter. Ved å lytte til hvit støy med hodetelefoner blir annen auditiv støy tatt bort. I denne studien ble bakgrunnsstøy i miljøet identifisert som blant annet lyder fra ventilasjonssystem, medisinsk utstyr og samtaler. Resultatene viste en reduksjon av utfordrende atferd med 23 %, på tross av at intervensjonen kun ble benyttet i 51 % av tilfellene.

I forhold til bruk av musikk til personer med demens understreker Dewing (2010) viktigheten av varsomhet ovenfor pasienter som allerede er overstimulert, selv når en spiller musikk som pasienten liker. Å tilføre nok et lag av støy kan gjøre vondt verre. Artikkelen understreker avslutningsvis at når over – eller understimulering fører til utfordrende atferd bør *ikke-farmakologiske* tiltak med en personsentrert tilnærming være førstevalget.

²² Lyd med konstant frekvensenergi (Hsu, Ryherd, Wayne, & Ackerman, 2012).

Selbæk, Kirkevold, and Engedal (2007) viser i sin studie til en høy forekomst av atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens, og en høy forekomst av foreskriving av psykofarmaka til denne pasientgruppen. Symptomene øker med progresjonen av sykdommen.

Hauge (2004) ser på fellesskapet i sykehjem, og om dette utelukkende er et gode for de som oppholder seg der. Analysen peker på et skjørt sosialt fellesskap, som kollapser når personalet ikke er innen rekkevidde for pasientene. De som kan forflytte seg selv forlater fellesskapet, når dette skjer. De som er immobilisert blir derimot fanget i et påtvunget fellesskap, beskrevet som «tvangskollektivet» av forfatteren. Dette tvangskollektivet beskrives som et miljø med kolliderende lydbilder, kaotisk uro og hvor personalet er totalt fraværende. Veien ut av dette tvangskollektivet er oppnåelig, skriver Hauge. For det første ved en større forståelse for betydningen av sykehjemmets ulike rom og hva de skal fylles med. For det andre må beboernes grad av privatliv økes. Og for det tredje handler den endringen om å understreke personalets sentrale rolle som fellesskapsaktører.

Persontrent demensomsorg ble først introdusert av Tom Kitwood, en britisk sosialpsykolog, og hans arbeid ble en del av bølgen av psykososiale tilnærminger som dukket opp i 1980 – og 1990-årene (Brooker, 2013; Rokstad, 2012). Tom Kitwoods' arbeid har referanser tilbake til Martin Bubers' arbeid i 1920-årene, med vekt på Jeg-Du-relasjonen, gjennom gjensidighet, spontanitet, anerkjennelse og aksepten av det unike ved mennesket. Videre har Kitwoods' arbeid og begrepet persontrent omsorg sine røtter i klientsentrert terapi, som beskrevet av Carl Rogers, hvor empati, umiddelbar positiv respons og autentisitet var bærende elementer (Brooker, 2013; Rokstad, 2013). Utgangspunktet for Tom Kitwoods' arbeid ble likevel sett på som kritikk av demensfeltets tilnærming, som Kitwood mente hadde et for stort fokus på medikamentelle tiltak, og et problem – og avviksfokus. Hans arbeid la det teoretiske grunnlaget for persontrent demensomsorg i praksis (Brooker, 2013; Rokstad, 2013).

I mangel på en allment akseptert definisjon av begrepet persontrent omsorg, introduserte Brooker (2013) fire hovedelementer for å beskrive begrepet.

1. *V Verdigrunnlag*: Et sett av verdier som anerkjenner menneskets unike og absolutte verdi, uavhengig av alder og kognitiv funksjon.
2. *I Individuell tilnærming*: En tilnærming som legger vekt på det unike hos det enkelte menneske.

3. *P Personens perspektiv*: Utgangspunktet for å forstå verden.
4. *S Støttende sosialt miljø*: Skal dekke personens psykologiske behov.

Disse fire elementene danner akronymet VIPS, som videre blir stående for Very Important PersonS (Brooker, 2013).

Det teoretiske grunnlaget for personsentrert demensomsorg i praksis har sin basis i fem grunnpilarer (Brooker, 2013). De fem pilarene sammenfattes, og inspirert av Brooker (2013) og (Rokstad, 2013):

1. *Bevaring av personverdet*: I personsentrert omsorg forutsetter en at atferden har en mening. I omsorgsmiljøer der personverdet støttes forventer en å se trivsel og sosial trygghet i større grad.
2. *Utvidet modell*: Personsentrert omsorg tar hensyn til at demens må forstås i en helhetlig kontekst ut fra personens perspektiv, hvor personens opplevelse er utgangspunktet for å forstå den nevrologiske svekkelsen, personens fysiske helse, dens livshistorie og det sosiale miljøet.
3. *Virkningene av ondartet sosialpsykologi*: Tom Kitwood beskrev den ondartete sosialpsykologien som kulturelt skapt fremfor omverdenens onde hensikter. På tross av handlingenes opphav beskrev Kitwood en praksis hvor mennesker med demens blant annet ble utsatt for høyt tempo, neglisjering, manipulering, ble objektivisert, bortvist og latterliggjort. Kitwood hevdet at dette førte til eksklusjon og isolasjon, som videre kunne resultere i ytterligere funksjonstap.
4. *Personens perspektiv*: For å øke forståelsen av hvordan personer med demens opplevde omsorgen, utviklet Tom Kitwood Dementia Care Mapping (DCM). DCM anvendte en kombinasjon av empatisk innlevelse og observasjon, for å kartlegge demensomsorgen gjennom pasientens perspektiv.
5. *Ny pleiekultur*: Tom Kitwood beskrev behovet for en endring i synet på pleiekulturen innen demensomsorgen. Han understreket også at ansatte sitt personverd måtte respekteres, for at de skulle kunne utføre en god jobb for personene med demens.

Artikkelen til Edvardsson (2015) forsøker å beskrive tilnærmingen, samtidig som artikkelen reiser et varsku for implikasjonene personsentrert omsorg har gitt, og fortsatt står i fare for å gjøre. Utfordringen i følge Edvardsson er at den personsentrerte tilnærmingen står i fare for å sitte igjen med et vanskelig anvendelig materiale på grunn av at den har blitt så bredt omfavnet, samtidig som den skal favne hver enkelt person som mottar omsorgen. Hva er til

slutt den personsentrerte essensen, og hvilke intervensjoner skaper en personsentrert omsorg, er spørsmålene han reiser. Utfordringen blir å nøste det han betegner som løsrevne tilnærminger, og tydeliggjøre det som overlapper. Han oppfordrer forskningsfelt, så vel som klinikere, til å tydeliggjøre begrep og praksis. Vel vitende om at det kan øke vidden utgangsspørsmålet stiller.

3 Støy som fenomen

Støy er definert som uønsket lyd, og lyd som kan gi helseskader. Støy blir omtalt som en betydelig helseutfordring for mennesker i dag (Aasvang, Engdahl, & Krog, 2014).

Opprinnelsen til det engelske ordet for støy *noise*, kommer fra det latinske ordet *nausea*, som betyr kvalme på engelsk (Ruud, 2005).

Etter denne definisjonen kan uønsket lyd være både trafikkstøy, og musikk som en ikke liker, og derfor oppfatter som uønsket (Ragneskog, 2004). For snart 160 år siden skrev Florence Nightingale «unnecessary noise, then, is the most cruel absence of care which can be inflicted on sick or well» (Nightingale, 2009, p. 29). Begrepet støy overfor pasienter har altså vært problematisert som en utfordring for syke lenge. I det gamle Hellas forbød overklassen metallarbeid innenfor bygrensen så tidlig som år 600 før Kristus (Christensen, 2005), og i middelalderen var transport med hest og kjerre forbudt nattetid i noen byer for å sikre god søvn for innbyggerne (Berglund, Lindvall, & Schwela, 1995).

Verdens helseorganisasjon publiserte i 1993 retningslinjer for håndtering av støy i sykehus for å bedre lyd miljøet for pasienter og ansatte (Berglund et al., 1995). Det ble blant annet anbefalt desibelnivå angitt til 40 dB på dagtid og 35 dB på natt. Christensen (2005) viser til at lydnivået på britiske sykehus overstiger dette, og stiller spørsmål om lydnivået i sykehus ikke blir problematisert, men heller akseptert som «en del av det å være på sykehus».

Hva den enkelte av oss definerer som plagsom støy er høyst individuelt, og i tillegg betinget av vaner, kultur og tidligere erfaringer (Christensen, 2005). En person som er oppvokst i en storfamiliekultur, med mange mennesker og høy grad av aktivitet rundt seg, kan ha en annen preferanse for støybegrepet enn andre som er vant til langt roligere omgivelser. Andre kan ha

arbeidet et langt arbeidsliv med støy som bakteppe, og kanskje lært seg strategier for å begrense påvirkningen. En slik arbeidserfaring kan gi yrkesrelaterte helseplager.

Personer med demens som bor i tilrettelagte enheter i sykehjem vil, på grunn av demenssykdommens konsekvenser, trenge omsorgspersoner rundt seg som blant annet tilrettelegger for et godt lydmiljø. Hva den enkelte trenger er selvsagt individuelt, men kunnskapen om sykdommens symptomer og uttrykk, gir likevel en retning å gå etter. Personens livshistorie, vaner og interesser vil være andre ledetråder for omsorgspersonene i arbeidet med å tilrettelegge miljøet, individuelt og som helhet. Ericsson (2011) skriver at et godt miljø for samvær og kommunikasjon for eldre, er et rolig miljø uten forstyrrelser fra fjernsyn eller radio. Et rolig miljø fremmer kommunikasjon, og øker den eldre sin mulighet til å mestre en samtale. I følge Løgstrup vil oppmerksomme og engasjerte omsorgspersoners holdninger ha stor innflytelse på «vidden og fargen den gamles verden får» (Balteskard, Storli, & Martinsen, 2013, p. 134).

Den totale stillhet finnes ikke. Så lenge vi har bevegelse og liv, vil vi også ha lyd rundt oss. Den subjektive stillhet kan hver enkelt definere, enten en ligger i lyngen på en fjellknaus og nyter livet, eller går hjem gjennom folketomme gater. For andre igjen kan stillhet være en utfordring. Dagbladets USA-korrespondent Eva Bratholm rapporterte en gang fra New York, og beskrev storbyens lyder som en forsikring om det normale; for henne ville en plutselig stillhet være fryktelig (Ruud, 2005). Vi kjenner også til uttrykket «pinlig stillhet», hvor stillheten stiller forventninger og derfor kan oppleves ubehagelig og truende.

Stillhet kan altså både være behagelig og ubehagelig. Når vi er slitne og trenger hvile, kan stillheten være god for å kunne slappe av, men å vandre gjennom folketomme gater på kveldstid kan også skape frykt. Støy og stillhet handler med andre ord om hvordan vi gjennom sansene bearbeider de ulike inntrykkene som kommer til oss. I studien til Hsu et al. (2012) sov pasientene bedre med hvit støy på øret, på tross av at lydnivået økte. Hvit støy er lyd(er) med en konstant frekvensenergi, og kan oppleves både avslappende, som en plage, eller anvendes som smertelindring. Det kan altså være irriterende, om en slår på fjernsynet men mislykkes i å finne kanalen, eller avslappende om en lytter til lyden av et bekkefar i naturen, eller avspilt fra en CD-spiller. Martinsen (2012b) skriver om stillhet som den ytre og indre ro. Denne stillheten åpner for en lyttende holdning, hvor undring kan komme som en følgesvenn. En retter oppmerksomheten utover, samtidig som en blir mottakelig for inntrykk. Martinsen kaller dette et sansesamspill hvor de ulike sansene utfyller og forklarer hverandre.

Blikket møter den gamles blikk, det lyttes, håndlaget berører og kjenner etter. «Kroppens toner klinger ut, kroppens stemninger tonesettes, og det blir tydelig at inntrykket gjør sykepleieren mottakelig for langt mer enn hun kan observere» (Martinsen, 2012b, pp. 41-42).

Som en liten motvekt til den hektiske hverdagen de fleste av oss omgir oss med har flyplasser og tog fått såkalte «stille soner». Her oppfordres reisende til å skru av sine telefoner og lesebrett slik at en ikke blir plaget med ringesignaler og telefonsamtaler.

3.1 Syn og hørsel

Syn og hørsel er de to sansene som gir oss mest differensiert informasjon, og beskrives derfor som *de høyere sanser*. Vi bruker synet mest for å orientere oss, og hørselen er viktigst for kommunikasjonen med omverden og for sosialt samspill (Daatland & Solem, 2011).

Med alderen trenger mennesker sterkere lys for å se godt. En blir også mer følsom for blinding, og ser derfor dårligere når lyset kommer rett forfra, enn i yngre år. Dette gjør merking med kontrastfarger til en god bolig – og samfunnstilpasning. (Bakker, 2003; Daatland & Solem, 2011).

Hørselssvekkelse er en normal aldersforandring. Nedsatt hørsel kan lett føre til forvirring og mistenksomhet når en ikke får med seg det som blir sagt. Det er spesielt utfordrende å få med seg tale som ikke er direkte henvendt til personen, eller i diskusjoner mellom flere hvor tempoet er raskt og oppmerksomheten må skifte mellom flere (Daatland & Solem, 2011). For å tilpasse miljøet rundt personer med nedsatt hørsel, er det derav anbefalt å være direkte henvendt og redusere tempo og bakgrunnsstøy (Bakker, 2003; Daatland & Solem, 2011).

Aldersrelaterte syns – og hørselsnedsettelse blir ytterligere utfordrende med en svekket kognitiv fungering. Bakker (2003) påpeker at det ofte er dårlig tilpasning, og ikke demenslidelsen det skorter mest på. Dårlig belysning og et støyende miljø fratar personer med demens sin potensielle fungeringsevne. Om en i tillegg ikke legger til rette for at personene benytter høreapparat eller ser til at brillene er i bruk (og rene) økes omsorgssvikten (Bakker, 2003). I lys av faktorene syn, hørsel og kognitiv svekkelse, står disse personene i betydelig fare for å bli ekskludert i det sosiale fellesskapet (Agulnik, Hills, Le Grand, & Piachaud, 2002).

4 Rom og rommelighet

I dette kapitlet vil jeg se på rommet og rommelighetens betydning for menneskets væren i verden, og hvordan dette er truet ved demens.

I den fenomenologiske forståelsen av rom og rommelighet, blir det også tydelig at mellomrommet har en klar relevans for mennesket. Dette felles eide rommet mellom oss, som ikke har markerte grenser, ei heller et tydelig ansvarsforhold. Slipper jeg ansvaret for mellomrommet når mitt uttrykk er gitt, og hvem har så et ansvar for å bære det videre?

«I et rom, i et hus, i en hage» het tittelen på Finn Carling sin selvbiografi fra 1976, der forfatteren skriver om relasjonen mellom mennesket og verden (Carling, 2012). Og vi kan fortsette – i en gate, i et nabolag, i en bydel... Om vi så stopper opp, snur oss om og tar turen tilbake... Inn hageporten, opp langs den hellelagte stien til huset. Huset vårt. Vi låser oss inn, og lukker døren til det utenfor. Et hus som inneholder mange rom, store og små, som vi har skapt med ting som sier noe om oss som bor i huset. Om vi besøker naboen er huset, rommene og inventaret ulikt vårt eget. Hvordan vi bor er også forskjellig. Hvordan vi bekler husets interiør med våre liv, aktiviteter, samtaler og husets regler. Vi har hjerterom og husrom, men også låsbare dører og personlige grenser, om vi ønsker å være alene og uforstyrret.

Hva er et rom? Hvor går grensene mellom det ene og det andre, mellom mitt rom og ditt? Og mellomrommet i mellom oss? Er det så enkelt, at jeg kan fortelle deg hvor mitt rom er? Og hvor går grensen mellom mellomrommet og sfæren en selv vil være herre over?

Ordtaket «der det er hjerterom, er der husrom» belyser Alvsvåg and Førland (2014) og viser til dets to betydninger av rom; det fysiske husrommet og kjærligheten det innehar. Om vi snur ordtaket bak frem, blir budskapet et annet. Der det er husrom, finner vi ikke alltid gjestfrihet og varme.

Utenfor husets fire vegger møter vi andre fysiske rom. Vi går i butikken, til kirken, til Nav-kontorets ekspedisjon, pauserommet på jobb, eller i naturens egne rom. «Rom er steder og værelser å være i for mennesket, enten værelsene er i naturen, eller de er menneskeskapte» (Alvsvåg & Førland, 2014, p. 14). I helsetjenesten finner vi også rom som er stedstypiske, både når det gjelder det fysiske og kvaliteter ved dem. Fra utsiden og på avstand kan vi kjenne igjen, og nokså sikkert anta at bygningen vi ser foran oss er et sykehjem, privathus

eller et forretningsbygg. Innenfor helsetjenestens vegger finner vi blant annet fødestuer, operasjonsstuer, venterom, palliative enheter og kapell. Og rommet som belyses spesielt i denne oppgaven; de tilrettelagte enhetene for personer med demens. Dette er rom vi ikke møter andre steder, og som har i seg noen felles karakteristika, og som også kan romme kvaliteter vi finner typiske for stedet.

Når vi sier at «kulturen ligger i veggene», eller «jeg kjente det med en gang jeg kom inn i rommet», antyder vi at rom også inneholder noe utover det fysiske og konkrete. De ulike rom har ulike kvaliteter; stemninger, lydbilder, dufter og temperatur, som forteller oss noe annet – gjennom det vi sanser (Alvsvåg & Førland, 2014; Martinsen, 2015).

Sansene våre, for syn, hørsel, lukt, berøring og likevekt, gir oss dimensjoner ved det å være, og rom kan åpne seg. Sansingens stemthet farger oss, avhengig av de ulike bevisste sinnstilstander vi innlemmes i. Vi er både beveget og berørt av noe som hindrer oss fra å være uberørt (Martinsen, 2012a). Vi kan bli oppløftet, kjenne hjertevarme og føle at vi innhenter hvilepuls. Stemtheten kan også romme tungsinn, en avstand til omgivelsene og et ønske om å komme bort fra stedet eller stemningen. Vi kan føle at vi mister fotfestet. Stemtheten rommer en spontan bevegelse (Kjær & Martinsen, 2015a). Av og til evner vi å riste av oss en stemning, andre ganger blir vi fengslet. Som rom kan åpnes, kan de også lukkes. Billedlig og konkret. Kjær and Martinsen (2015a, p. 21) skriver videre at tjenesteutøverne kan være de som gir rom og er rommelige for det pasienten bærer på av inntrykk. Og gjennom tillit og trygghet skaper de rom for å ta i mot disse inntrykkene. Samtidig kan det være at rom lukkes, tanker og følelser stenges inne, og medmenneskelige møter uteblir. Mellomrommets utydelige grense fordrer omsorgsutøveren til å være oppmerksom og tilstedeværende i rommet, og ha respekt for at pasienten lar noen rom forbli lukket. Martinsen (2012a) sier at dette mellomrommet kan benyttes som et pusterom, eller et stemt tankerom. Et pusterom der en kan la inntrykket være for en stund, og gi mulighet til å fornemme og fatte; en pitstop som gir næring til de inntrykk som deles i dette mellomrommet.

I vår væren, kan vi lett bli oppslukt i hverdagens gjøremålsjag. Fra vekkeruret røsker oss ut av søvnen, til vi lander hodet igjen på puta om kvelden, er hverdagene ofte en maraton fra det ene til det andre. Vi akselerer, er mobile, foranderlige og fleksible (Kjær & Martinsen, 2015b). For noen er stillstand synonymt med revers, andre tar kurs i Mindfulness for å sakke ned på farten, for å bli mer stedlige. Balteskard et al. (2013) skriver at der vi tar kampen mot det flyktige øyeblikk, oppnår vi erfart tid ved å holde tilbake nuet. En behøver ikke å leve

livet i total stillstand for å oppnå dette, men ved å være engasjert i noe betydningsfullt, kan en åpne opp for rom som evner å holde tiden.

Denne tilstedeværelsen i betydningsfulle rom, fordrer aktiv støtte fra andre, for at opplevelsen skal bli betydningsfull for personer med demens. De vil trenge hjelp til å være, til å bli, til å skifte retning og stemning. De trenger medskapere av betydningsfulle øyeblikk, noen som ser, lytter og fasiliterer, for å «gi plass for eksistensiell rommelighet der en ikke venter å finne det» (Balteskard, 2015, p. 82). Om ikke denne støtten er tilgjengelig, om behovet ikke identifiseres eller overses i gjøremålstravelheten, kan romligheten fortone seg som en kartbok med flyktige koordinater av stemthet i et univers ingen ønsker å delta i. Med referanser til Løgstrup skriver Kjær and Martinsen (2015a, p. 21) om «rom der mennesker blir avskåret fra sanseintrykk, som ekkorum. Tanke –og følelsesrommet blir kun et ekko av seg selv, selvkretsene og utarmende». Det kan være en lukt, et syn, en bevegelse som tar en med, og åpner nye inntrykk og rom, og som da kan skape et slikt ekkorum. Rom en kanskje ikke ønsker å være i, men som fanger, og hvor flukten mislykkes i alle forsøk. Dette poengteres også av Martinsen (2015, p. 202); «mennesket kan oppleve motløshet og tomhet, når det naturfylte verdensforhold underbindes og gir plass for et naturforlatt verdensforhold». Forholdet til verden mister sin bærebjelke, og sansingen dreies bort fra livets kraftkilde. Verdensforholdet endres; trygghet, tillit, håp og livsglede blir flyktig.

4.1 Sanselighet og omsorg

I møtet med mennesker som er sårbare og skjøre, utfordres utøvelsen av omsorg. I mellomrommet vi sammen skaper mellom oss trer sanseverden frem. I møtet mellom omsorgsgiver og omsorgsmottaker sanses det fra begge hold. Helsearbeideren tyder ordene som blir sagt, hvilke toner ordene spilles på, blikkontakten og hvordan pasienten berøres av omsorgen som gis. Likeså som pasienten tyder hva som formidles, verbalt og non-verbalt, i mellomrommet og tilbake (Martinsen, 2012b). I demensomsorgen er dette særlig utfordrende.

I denne relasjonen ligger sårbarheten, skjør og truende. Mennesker er sårbare, og avhengige av hverandre, det er et grunnleggende trekk ved vår tilværelse. Vi er ufullkomne mennesker, og vår sårbarhet kan være en ødeleggende gjest. Like fullt innbyr sårbarheten til innlevelse, og uttrykker en oppfordring til ivaretagelse. Samtidig som sårbarheten kan være truende og ubuden, kan den derfor også være en styrke. I omsorgen til personer med demens, må helsearbeideren forholde seg både til egen – og pasientens sårbarhet (Martinsen, 2012b). I vågestykket som sansing kan være, handler det om at en «gripes av noe, blir beveget av noe

og griper ut mot noe uten at vi på forhånd vet hva det er» (Martinsen, 2012b, p. 33). Det krever styrke å skulle bære utfordringen som ligger i dette, men også tillit til å vise sin sårbarhet, eller å inneha en tillit som gir rom for en slik sårbarhet. Martinsen (2012a) skriver videre at i omsorgsutøvelsen er kombinasjonen av å kombinere problemløsning og kunnskap, med en undrende åpenhet, en alltid tilstedeværende utfordring.

Inspirert av Martinsen (2012b) ser jeg familiære bånd mellom sansing og undring. Med våre sanser kan vi avlese våre pasienter viktig informasjon som å kjenne på en klam panne, lytte etter surkling i pusten og lukte om sårhelingen går feil vei, som tas med i den videre behandlingen. Men samtidig mottar vi også mange sansedata som krever en annen tilnærming, vi må undre oss uten å sikkert kunne slå fast. Videre skriver Martinsen (2012b) at undringen fører seg sakte, er dvelende og voksende. Og at undringens aktivitet ikke kan beordres, men vi kan stille oss åpne for dets vesen med ro, tid og åpenhet i - og omkring oss.

Fra Løgstrups *Den etiske fordring* refererer Martinsen (2014, p. 227) «den enkelte har aldri med et annet menneske at gjøre uten at holde noget af dets liv i sin hånd». Vi er sårbare og avhengige av hverandre, og må by på rommelighet i møtet med den andre. Samtidig bærer avhengigheten med seg en dimensjon av makt. I relasjon til andre har vi både makt, og i vår egen sårbarhet, posisjonert til andres makt. Maktdimensjonen kan gi oss styrke, være motivatoren som får den slitne til å se muligheter, men også skape avmakt og være kvelende. I ens rolle som omsorgsutøver må en være sitt ansvar bevisst. De ulike rollene en innehar skipler maktbalansen, den er ikke jevnbyrdig. Makten må doseres ut der vi ser pasienter og pårørende trenger styrken som makten kan tilføre, der de er avmektige i person og situasjon (Martinsen, 2014).

Også Balteskard (2015) lener seg på Løgstrup når hun beskriver det etiske ansvaret som ligger i omsorgen til sårbare mennesker. Løgstrup understreker selvstendighetens posisjon helt til døden inntreffer. Knyttet til ens «iboende verdighet, integritet og identitet som person» innehar selv den meste hjelpetrequende person sin selvstendighet (Balteskard, 2015, p. 86). Ingen kan frata et annet menneske sin selvstendighet. Rita Jakobsen (2012, p. 117) skriver i sin doktorgradsavhandling om identitet, «som den enkelte persons selvforståelse eller selvoppfattelse og er uløselig knyttet til individets personlige historie og egenskaper». Balansegangen er skjør, og feiltrakk kan være vanskelig å unngå når sykdom gjør identiteten vanskelig å tyde.

Den stolte bedriftslederen med sine 200 ansatte, og familiefar til tre, sitter skrøpelig og avmagret i rullestolen, og får avsilt havresuppe fra tutekopp.

Men med en bevissthet om sårbarhetens dimensjoner øker mulighetene for at omsorgen gis på pasientens premisser. En bevissthet som gjør omsorgsgiveren sanselig tilstedeværende i tid og rom, og gir rommelighet til pasientens selvstendighet og relasjonen dem imellom (Balteskard, 2015).

4.2 Sanselighet i stormkast og stille vann

Sanselighet taler til det forutsigbare, det stille rom, med varme og kjærlige hender. Selv i sorg og sykdom skal sanseligheten gi oss hvilepuls og tid til å være – for oss selv og i samværet med andre. Men vi omgir oss ikke alltid med stille vann. Det er kanskje like ofte krusninger på vannet, bølgene vokser og tidvis stormer det rundt oss. Dager kan fortone seg kaotiske, uoversiktlige og uforutsigbare. Hadde vi bare vært fulltallige på vekten, skulle vi fått det bedre til. Hadde det ikke vært for at Helga lå på gulvet når vi kom innom, kunne vi rukket å gå hjem ved vaktslutt. Hadde vi bare vært ett klokt hode til, to varme hender til...

Gjøremålstravelheten i helsetjenesten utfordrer omsorgens uttrykksform. For flere år siden var jeg veileder for en sykepleiestudent i praksis i hjemmesykepleien. Halvveis i praksisperioden kom han til meg med en tegning av en hvit svane som svømte på et vann. Det var hans måte å uttrykke hvordan han opplevde omsorgen i hjemmesykepleien. Over vannskorpen en vakker og tillitsvekkende svane, tilsynelatende med all verdens tid. Under vannskorpen, det pasienten ikke ser, jobber beina på høygir. Dette ble et bilde for han på at i møtet med pasienten måtte andre bekymringer parkeres, vel ute av døren måtte tempoet settes opp for å spare inn igjen tid til neste pasient.

Eksemplene over kan være med på å forklare Martinsen (2014) sin to-delning av travelhetsbegrepet. Først den vonde travelheten, den som gir oss dårlig samvittighet. Både for alt det vi ikke fikk tid til, samtidig som vi får dårlig samvittighet for det vi fikk tid til – men som vi kunne gjort så mye bedre, om vi ikke var så stresset. Den andre travelheten eksemplifiseres ved den hvite svanen. Sykepleiestudenten følte på en travelhet overfor å hjelpe pasientene på best mulig måte, og det var ikke ved å utføre gjøremålene i hast, men ved å ta seg den tiden det ville ta.

Det travle og hastige fratar en ikke fra å sanse, men gjøremålsjaget lagrer sanseintrykkene i dårlig samvittighet istedenfor å omgjøre de til handling. Travelheten kan hemme en fra å se,

ved å ta skylappene på og haste videre. Men samvittigheten avslører alt det en har gått forbi og oversett gjennom dagen. Etter endt vakt er det skyldfølelsen en kjenner på, ikke varmen fra de gylne øyeblikk. Nestekjærlighetsbudet, den gylne regel, må vike for rutiner, kulturen, institusjonens normer og retningslinjer (Hauge, 2004; Jakobsen, 2012; Martinsen, 2014).

5 Politiske rammer og føringer

Lover og forskrifter skal sikre gode og forsvarlige helse –og omsorgstjenester til befolkningen, samt ivareta pasientens rettigheter. Loven pålegger også tjenesteutøvere å utføre helsetjenester faglig forsvarlig og omsorgsfullt (Slettebø, 2014). Undersøkelse og behandling, herunder også omsorg, av eldre med nedsatte kognitive evner fordrer spesielt store krav til tjenesteutøverne. Eldre med nedsatt kognisjon er i betydelig grad avhengige av andre i hensynet til eget rettsvern (Engedal, 2008).

5.1 Lover og forskrifter

Tjenesten sykehjem er regulert av de følgende lover og forskrifter:

Helse – og omsorgstjenesteloven

Loven fastsetter kravet om sykehjem og hjemmesykepleie for alle innbyggere. Tilbudet skal være forsvarlig. Lovens formål spesifiserer særlige krav som ligger til loven jf. §1-1. Blant annet forebygging, behandling og tilrettelegging for mestring av sykdom, sikring av den enkeltes mulighet til å leve og bo selvstendig med en aktiv og meningsfull tilværelse.

Tjenestene skal være tilrettelagt med respekt for den enkeltes integritet og verdighet (Helse - og omsorgstjenesteloven).

Forskrift for sykehjem

Forskriften gjelder for sykehjem og omsorgstjenester i heldøgns boformer, og er hjemlet i helse – og omsorgstjenesteloven. Forskriften innbefatter ulike boformer, hvor skjermet enhet for senil demente er spesifisert, og understreker at diagnosen langtkommen senil demens skal være fastslått før tilbudet innvilges (Forskrift for sykehjem m.v.).

Pasient – og brukerrettighetsloven

Denne loven skal sikre lik tilgang på tjenester av god kvalitet til befolkningen. Loven trådte i kraft første gang 1. januar 2012, og ga med denne tjenestemottaker rettigheter overfor helse – og omsorgstjenesten. Lovens bestemmelser skal videre bidra til å fremme tillitsforholdet

mellom tjenestemottaker og tjenesteutøver, fremme sosial trygghet og ta respekten for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd i vare (Pasient - og brukerrettighetsloven - pbrl.).

Kvalitetsforskrift for pleie – og omsorgstjenestene

Kvalitetsforskriften skal sikre at tjenestemottakerne får ivaretatt grunnleggende behov med respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. Det skal sikres kontinuitet i helsetjenesten som ytes gjennom en helhetlig, samordnet og fleksibel tjeneste. (Kvalitetsforskrift for pleie - og omsorgstjenestene).

I forhold til systemene som skal understøtte pasientens grunnleggende behov, spesifiseres en liste med eksempler. Jeg velger å ta med noen av eksemplene på grunnleggende behov som forskriften søker å sikre, og som jeg finner relevant for denne oppgaven:

- «oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
- selvstendighet og styring av eget liv (...)
- sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet (...)
- mulighet for ro og skjermet privatliv (...)
- en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser (...)
- tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov
- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise»
(Kvalitetsforskrift for pleie - og omsorgstjenestene, § 3).

Helsepersonelloven

Helsepersonelloven skal bidra til sikkerhet og kvalitet for pasienter, samt tillit til helsepersonell og helse – og omsorgstjenesten. Virkeområdet inkluderer alt helsepersonell og alle virksomheter som yter helsehjelp. Enhver handling som utføres for forebyggende, diagnostisk, behandlende, bevarende, rehabiliterende eller for pleie – og omsorgsformål, og som utføres av helsepersonell, defineres i loven som helsehjelp. I lovens kapittel 2 behandles forsvarlighetskravet til helsepersonell. Helsepersonell skal yte helse – og omsorgstjenester i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes av kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig jf § 4. (Helsepersonelloven).

Verdighetsgarantien

Forskriften skal sikre at eldreomsorgen tilrettelegges slik at den bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom i samsvar med den enkeltes individuelle behov. Eldreomsorgen skal ytes med respekt for selvbestemmelsesretten, ens egenverd og livsførsel, og sikre ivaretagelsen av medisinske behov (Verdighetsgarantiforskriften).

5.2 Norske sykehjem

Andelen personer med demens som bor i eget hjem er omtrent 60 %. I første del av sykdomsutviklingen mestrer personen selv, familien og nettverket rundt ofte sykdommens utfordringer. Med en gradvis progresjon av sykdommen vil hjelpebehovet øke, og behovet for bistand fra nærpersoner og hjemmebaserte tjenester vil melde seg (Ulstein, 2012). 12 % av personer over 80 år bor i sykehjem (Selbæk et al., 2007).

I følge Selbæk et al. (2007) har bortimot 80 % av pasientene i norske sykehjem demens. Jamfør tall fra Statistisk sentralbyrå var det 40.337 institusjonsplasser ved norske sykehjem i 2013. Dette antallet gir oss 32.200 personer med demens i sykehjem, i tillegg viser samme kartlegging at 2.200 personer med demens bor i tilrettelagte bokollektiv. Kartleggingen viser videre at 396 av Norges 428 kommuner hadde et tilrettelagt tilbud til denne pasientgruppen, enten tilrettelagt enhet i sykehjem eller tilrettelagte bokollektiv i omsorgsbolig (Gjøra, Eek, & Kirkevold, 2015).

6 Vitenskapsteoretisk perspektiv

I dette mastergradsprosjektet entrer jeg to ulike tilrettelagte sykehjemsavdelinger for personer med demens. Når jeg tok steget over dørterskelen startet min observasjon og min tolkning av det jeg erfarte gjennom sansene. Personer med demens har i ulik grad nedsatte evner til å kommunisere slik som de ville gjort som friske. Konsekvenser av demenssykdom viser seg på ulikt vis, der både atferd og kommunikasjon kan være dysfunksjonell. Det kreves både fagkunnskap, erfaring, sansing og tolkning for å forstå og å ivareta omsorg til personer med demens. Selv uavhengig av fagkunnskap og erfaring kan pasientenes uttrykk være krevende å tolke. Det er ofte vanskelig å få bekreftelse på om man har tolket riktig eller ikke. Fenomenet støy som er valgt som tema for mastergradsprosjektet er heller ikke selvsagt eller klart definert i feltet jeg har begitt meg inn på. Opplevelsen av støy er individuelt betinget, om enn støybildet er skapt i fellesskap.

Hvilke følger ser det ut til at støy har for Anna? Og hvordan ser det ut til at Hans mestrer lydbildet han er en del av gjennom mine øyner som deltakende observatør? Kan Kåre sin begeistring for trekkspill-musikeren bety at han trives når det blir liv og røre rundt han? Er det også slik for Edna, Liv og Johannes? Hvordan håndteres alles ulike behov for ulik

tilrettelegging? Hvor personsentrerte klarer vi å være? Hvor tilrettelagt er de tilrettelagte enhetene?

Dette er spørsmål som vil følge meg inn i observasjonen og den videre analysen av observasjonsmaterialet. Videre skal jeg forsøke å forstå fenomenet støy slik det fremtrer for meg, og fortolke det jeg ser i møtet med de som bor og jobber på de tilrettelagte enhetene. Etter tiden som observatør på sykehjemmene tar jeg steget ut av den konkrete konteksten, forsøker å skaffe meg et overblikk over feltet som helhet, ved å betrakte det utenfra (Gilje & Grimen, 2013).

6.1 Fenomenologi

Fenomenologi gir grunnlag for det Kari Martinsen kaller en «kjærlig forskning» (Thagaard, 2011). Fenomenologi har sitt utgangspunkt fra Edmund Husserls' (1859-1938) filosofi og metode, hvor fokuset er menneskets bevissthet, og hvordan fenomener trer frem for den enkelte fra et førstepersonsperspektiv (Tjora, 2013). Eller sagt med Magdalene Thomassen (2007) så er fokuset i fenomenologiske undersøkelser rettet mot verden slik den konkret oppleves og erfares fra personens eget perspektiv. Fokuset rettes mot den levde erfaringsverden i søken etter forståelse, som i følge Husserl er kjennetegnet ved «direkte opplevelse av helhetlige, meningsbærende fenomener» (Thomassen, 2007, p. 83).

Et tenkt fenomen, et hvilket som helst *noe*, kan beskrives ved en rad ulike perspektiver. Fenomenet kan vekke interesse hos noen, glede, smerte eller skam hos andre. Dets vesenstrekk eller essens oppnås først når det konstante, på tvers av hele variasjonsbredden, er kokt ned til en dypere mening; det særegne ved fenomenet. I følge Husserl er livsverden; verden slik den kommer til oss i det daglige, og i våre mellommenneskelige aktiviteter. Summen av livsverdenen omfatter hele vår totale menneskelige aktivitet, herunder også erfaringer, oppfatninger og forståelsesmønstre. Vår deltakelse i livsverden innebærer også møter med andre, som interagerer innenfor denne. Dette gjør at egne perspektiv møter andres, og utvikles. Innlevelse og språklig formidlingsevne av erfaringer i møtet med individet bidrar til at kunnskapen blir synlig og eksplisitt (Thagaard, 2011; Thomassen, 2007).

Vitenskapenes grunnleggende data, er i følge Husserl, helhetlige og meningsbestemte fenomener slik de kommer til oss i vår opplevelse av den praktiske livsverden. Som en kritikk av empiriens syn på erfaring og erkjennelse, avviser Husserl data som nøytrale mot teorien. De er «alltid avhengige av den menneskelige bevissthetsaktivitet og et menneskelig fortolkningsperspektiv» (Thomassen, 2007, p. 85). Grunnlaget for vår erkjennelse er

helhetlige og meningsbestemte fenomener slik vi erfarer dem. Hvordan fenomener oppleves, som et ikke-redusert hele, blir utgangspunktet for å utforske og forstå virkeligheten (Thomassen, 2007).

I min søken etter å forstå hvordan fenomener fremstår i tilrettelagte enheter, for personer med demens og deres omsorgspersoner, vil jeg forholde meg til datamaterialet både knyttet til et innenfra – og et nedenfraperspektiv. Innenfraperspektivet undersøker fenomenets betydning for personen, som ikke kommer fra direkte uttalelser fra pasientene, men via observasjon og tolkning av fenomenets fremtreden. I et nedenfraperspektiv undersøkes praksisutøvelsen slik den kommer til uttrykk (Thomassen, 2007).

7 Metode

7.1 Bakgrunn for valg av metode

Hensikten med studien er å belyse fenomenet støy slik den fremtrer i tilrettelagte enheter for mennesker med demenssykdom på sykehjem.

Forskningsspørsmålene som jeg ønsker å belyse er:

1. På hvilken måte fremstår støy av ulik karakter i en tilrettelagt sykehjemsavdeling?
2. Hvordan påvirker ulike typer støy samhandlingen på en avdeling?

På bakgrunn av oppgavens tema og forskningsspørsmål er det valgt et kvalitativt design forankret i en fenomenologisk tilnærming. Den kvalitative forskningstradisjonen tar utgangspunkt i virkeligheten slik den opptrer for det enkelte individ, og bygger derav sine teorier på hermeneutikk og fenomenologi (Malterud, 2013). Egenarten ved kvalitative metoder er nærheten mellom objektet eller fenomenet det forskes på, og forskeren (Thagaard, 2011). I kvalitativ forskning er målet å oppnå forståelse mer enn forklaring. Og funn blir presentert i form av tekst, fremfor tall.

Videre valg falt på å benytte observasjon og fokusgruppe som metodiske verktøy.

Utgangspunktet for den kvalitative forskningstradisjonen er at det tas utgangspunkt i virkeligheten slik den gir seg til uttrykk, og videre forsøker å forstå og beskrive disse uttrykkene (Malterud, 2012, 2013).

Observasjon som metode gir mulighet til å inkludere perspektivet til de som ikke kan tale sin egen sak, som i dette tilfellet er personer med demens i tilrettelagte sykehjemsenheter.

Observasjonsstudier kan frembringe kunnskap om det som skjer med personer med demens i fellesområder, om hvordan hverdagene deres er, og hvordan tjenesteutøverne møter dem (Brooker, 2010).

7.1.1 Endret kurs

I rekrutteringsprosessen til fokusgruppeintervjuet fikk jeg fire ansatte som samtykket til å delta. Utfordringen de neste ukene ble å finne dato og klokkeslett som passet. Ledelsen ved sykehjemmene var presset på økonomi, og tillot derfor ikke at ansatte skrev timer utenfor arbeidstid til avspasering. To av deltakerne var klar på at de ikke var villige til å delta i fritiden. Ledelsen ved ett av sykehjemmene kunne tilpasse driften slik at fokusgruppen kunne foregå i løpet av en dagvakt, uten ekstra innleie. En av deltakerne var under utdanning, og hadde undervisning i to av de aktuelle ukene. Etter utallige telefoner og dager i påvente av svar ble jeg bekymret for tiden jeg hadde til disposisjon for å slutføre mastergradsoppgaven. I samråd med min veileder erkjente jeg til slutt at fokusgruppen måtte utgå, og datagrunnlaget begrenses til observasjonsstudiet.

7.2 Strategisk utvalg

Ved strategisk utvelgelse definerer forskeren hvilke egenskaper og kvalifikasjoner feltet skal ha basert på problemstilling og prosjektets teoretiske perspektiv (Thagaard, 2011). En forutsetning for å treffe riktige valg er forskerens feltkunnskap og teoretiske bakgrunn (Malterud, 2013). I denne studien var tilrettelagt enhet valgt som arena, på bakgrunn av ønsket om å studere sårbare personer i langtkommen demensutvikling og betydningen fenomenet støy har for disse.

Ved valg av tilrettelagt enhet som arena, spisses det strategiske utvalget mot forskningsspørsmålene, som i så måte kan beskrives som et temadefinert utvalg (Fangen, 2011). Når tilrettelagt enhet ble valgt ble den videre utvelgelsen gjennomført ved tilgjengelighetsutvalg, og de to første sykehjemmene som stilte seg positive til deltakelse ble valgt. Dette øker mulighetene for å oppdage – og overraskes av momenter en ikke forventer, i følge Fangen (2011).

Informasjonsskriv og samtykkeskjema ble sendt, ferdig frankerte konvolutter ble vedlagt med returadresse og en etikett som skilte «fokusgruppe» fra «forskningsprosjekt»³.

³ Fokusgruppen ble av ulike grunner, som beskrevet i Endret kurs, ikke gjennomført.

7.3 Min forforståelse

Interessen for tematikken i denne mastergradsstudien kom til meg for mange år tilbake. Jeg jobbet klinisk som vernepleier på sengepost i en alderspsykiatrisk seksjon i spesialisthelsetjenesten. Menneskene jeg har møtt, i sine ulike sårbare situasjoner har etter hvert blitt mange, og erfaringene likeså. Interessen for støy som fenomen kom til meg i disse møtene. I mine forsøk på å hjelpe, nå inn til og trygge, erfarte jeg at jeg ble raskt for ordrik og utålmodig i min iver for å gjøre situasjonen bedre. Jeg stilte spørsmål, jeg foreslo svar, jeg informerte og forklarte. I samme iver kom jeg derfor ofte til kort – og opplevde at stundene hvor jeg ikke kom på mer å si ble bedre. Jeg opplevde at stillhet var et bedre miljøterapeutisk verktøy i samhandlingen med mennesker med demenssykdom i mange situasjoner. Ord ble for mye eller uhensiktsmessig å benytte. Å sette seg nærme, og la det non-verbale tale for trygghet og aksept, følte jeg var mest virkningsfullt.

I disse stille stundene ble det også tydelig hvor sårbare pasientene var for inntrykk. Det kunne være at kolleger kom innom med beskjeder, innkommende telefoner, stoler som ble flyttet på i naborommet, ringeklokker, rop og gråt fra andre pasienter. «Min» pasient ble rykket ut av tryggheten som var etablert, og vi ble satt tilbake på startlinjen; langt fra målet – igjen.

I mitt polikliniske arbeid, og spesielt som Marte meo-terapeut⁴ på sykehjem, har jeg møtt mange pasienter som nedsettes av ulike nevropsykiatriske symptomer ved demens. Pasienter oppholder seg mye i miljøet sammen med sine medpasienter, personalet og besøkende. Et miljø som i sum kan skape mange sanseintrykk, og hvor sanseintrykkene skifter i raskt tempo. Pasientene med få eller ingen fluktmuligheter blir fengslet i et bombardement av ugjenkjennelige inntrykk.

Forforståelsen en som forsker tar med seg inn i nye prosjekter inneholder ens faglige ballast med teoretisk referanseramme, faglige perspektiv, erfaringer og hypoteser (Malterud, 2013). Det kan være en stor utfordring å bære denne bagasjen, ikke minst å evne å benytte den hensiktsmessig ut gjennom forskningsprosessen. Om en ikke er bevisst egen forforståelse kan den også representere et stort hinder, ved at den ilegges større vekt enn feltet gir, og en blendes for ny innsikt (Malterud, 2013). Ved å ha en bevissthet til egen forforståelse samtidig som en har en ydmykhet til verdien eller «sannheten» i sine tanker og hypoteser, kan denne benyttes konstruktivt som et bakteppe i møtet med feltet og det potensielle datamaterialet det representerer. I møtet med datamaterialet kan ny innsikt utvikle kunnskapen en tok med seg

⁴ Veiledningsmetode som er relasjons – og kommunikasjonsorientert (Rokstad, 2014).

inn, eller forkaste forestillinger en tidligere tilla stor vekt (Malterud, 2013). Forforståelsen vil uansett være med på reisen, den kan ikke legges bort; den er en del av den (fag)personen jeg er i dag. Men min forforståelse kan utvikles, den kan trekkes ut i lyset og møte ny innsikt, og videre utvide mitt synsfelt (Gilje & Grimen, 2013). Mastergradsoppgaven blir således et team-arbeid mellom min forforståelse, metoden og datamaterialet.

7.4 Beskrivelse av rekrutteringsprosedyre

Rekruttering av arena for datainnsamling ble foretatt ved at jeg tok telefonisk kontakt med norske sykehjem, og forhørte meg om interesse for å delta i prosjektet. For å unngå mulig «interessekonflikt» i forhold til eget arbeidsforhold, valgte jeg sykehjem utenfor opptaksområdet til mitt arbeidssted. Jeg hadde ikke kjennskap til kommunens tjenestetilbud, men forklarte studiens hensikt og inklusjonskriterier i telefonsamtalen med styrerne. Informasjonsskriv ble sendt i etterkant til de som stilte seg positiv til deltakelse.

Et strategisk utvalg gir muligheter for en rik og fokusert datainnsamling (Malterud, 2013). I forhold til forskningsspørsmålene sikres datagrunnlaget ved spesifikt å rette henvendelsen mot tilrettelagte enheter ved ulike sykehjem. Jeg ber ikke om den beste avdelingen, ei heller den med de største utfordringene. Datamaterialet vil heller ikke for ettertiden kunne kategorisere de valgte enhetene på denne måten.

Utvalgsprosessen er knyttet til tilgang på feltet som delvis deltagende observatør. Dette fordrer stor fagkunnskap om temaet, og at en i analysearbeidet skaffer seg et inntrykk av både bredde og helhet, og kjennskap til dybden for å forstå hvilke elementer som kan gi svar på forskningsspørsmålene (Malterud, 2013).

7.5 Delvis deltakende observasjon

Informasjonsskrivet (vedlegg 3) beskriver studiens hensikt og hvordan den skal gjennomføres, og var en forberedelse for ansatte. Samtidig var jeg forberedt på å besvare spørsmål når jeg ankom. Ved det ene sykehjemmet var jeg ventet og ble møtt av avdelingssykepleieren, mens jeg ved det andre sykehjemmet kom overraskende på den som var ansvarlig sykepleier i avdelingssykepleierens fravær. Ved sistnevnte sykehjem henviste jeg til avtalen som var gjort, og vedkommende sykepleier husket etter hvert at hun hadde hørt jeg skulle komme. Dette understreker betydningen av et godt forarbeid med informasjonsskriv og avtaler, samtidig som en må være beredt på å forklare sitt ærende igjen når en møter dem første gang. Jeg ønsket at feltet som helhet skulle gi data til prosjektet, uten definerte bokser til å sortere det i.

Dette var et bevisst valg under mine forberedelser. Penn, notatbok og egen tilstedeværelse var derfor det verktøyet jeg gikk inn i observasjonene med.

Observasjonene ble gjennomført på en dagvakt og en kveldsvakt på hvert av sykehjemmene, totalt fire vakter. Alle observasjonene ble gjennomført på ukedager. Disse valgene gjør at observasjoner på natt og helg ikke er med, og er således en metodisk begrensning begrunnet i omfanget til både datamateriale og mastergradsoppgaven.

Tidspunktet for mulig oppstart av observasjonsstudien sammenfalt med sommeren og ferieavvikling. Det ble derfor valgt å avvente med første observasjon til mot slutten av sommeren, for å sikre at flest av det faste personalet var tilbake fra ferie. Det er ikke sikkert dette ville endret datamaterialet. I etterkant kunne det imidlertid bli stilt spørsmål ved overførbarheten tilbake til feltet eller i forskersamfunnet med det Kvale (1997) forklarer med kommunikativ gyldighet (Tjora, 2013).

Observasjonsstudier kan gi tilgang på et svært rikt datamateriale. Deltakende observasjon har som mål å kunne beskrive praksis og uttrykk i omgivelser som ikke er instruert eller strukturert av forskeren. En går inn i en daglig hendelse, observerer hva som skjer, hvilke strukturer som avdekkes og hvordan menneskene som oppholder seg der oppfører seg og samhandler. Forskeren blir verktøyet for innsamlingen av data (Malterud, 2013). Ved deltagende observasjon er det et ideal å tilegne seg så intim kunnskap om miljøet en klarer, på samme tid som en innehar en analytisk distanse. I dette midtsjiktet må jeg finne min posisjon (Fangen, 2011).

Ved å observere i fellesarealet på avdelingen hvor pasienter og deres omsorgspersoner interagerer og ferdes, fikk jeg mulighet til å fokusere på hvordan samspillet fungerte, og hvilke utfordringer eventuell støy skapte gjennom dagen. Jeg hadde et ønske om å kunne «skli inn i miljøet», vel vitende om at jeg kunne oppfattes som «en fremmed» eller oppleves som skremmende, og at usynlighet ofte er en umulighet (Tjora, 2013). Gjennom deltagende observasjon kan en som forsker både sitte tilbaketrasket, og inviteres inn til å ta en kaffe sammen med de som oppholder seg i fellesskapet. Jeg ønsket derfor å kunne tilpasse meg i forhold til både plassering og involvering, og justere disse faktorene dersom det skulle påvirke datainnsamlingen. Når jeg ankom første sykehjemmet til den første dagen med observasjoner, var jeg spent. Jeg hadde vært på mange sykehjem tidligere, men da med et annet fokus og andre briller. Som novise i forskerfaget, kjente jeg både på følelsen av forventning og ærbødighet. Fangen (2011) bekrefter denne forskjellen mellom observatør og

fullverdig deltaker, og poengterer at forskerbrillene gjør at oppmerksomheten blir skarpere mot prosjektets hensikt. Denne oppmerksomheten eller følsomheten kan blekne etter hvert som inntrykkene gjentar seg, og overraskelsesmomentet blir mindre. Av den grunn var jeg oppmerksom på å notere ofte og skrive ut stikkordene raskt i den første tiden ved begge sykehjemmene. Samtidig hadde jeg med meg forskningsspørsmålene, og noen andre spørsmål nedskrevet i notatboken, som hjalp meg til å skjerpe fokuset i stunder hvor jeg tenkte det ikke skjedde noe. Denne forberedelsen hjalp meg til å finstille mitt fokus, eller å endre det til et annet perspektiv.

Jeg skiftet mellom å sitte sammen med pasienter, og å sitte mer for meg selv. Andre ganger gikk jeg litt rundt i fellesarealene. Det hendte også at pasienter henvendte seg til meg, tok meg i armen, og at vi sammen ruslet litt rundt i avdelingen eller ute i sansehagen. Jeg valgte å gå i privattøy, som skapte en synlig forskjell på meg og de ansatte. Når pasientene spurte hvem jeg var, presenterte jeg meg og forklarte at jeg var student. Dette godtok de som spurte. Jeg vil anta at andre kanskje antok at jeg var en pårørende på besøk.

Tidsaspektet for observasjonsstudien krevde rask aksept, og at jeg kunne justere meg underveis i observasjonen, dersom det skulle vise seg at min tilstedeværelse forstyrret hensikten med observasjonen. Dersom jeg skulle oppleve at en pasient ble økende urolig ved at jeg oppholdt meg på hans arena, kunne jeg tilby meg å bytte plass eller «ubemerket» rusle bort fra situasjonen om ikke pleiernes tilnærmin endret på situasjonen. Om det skulle vise seg at pasienten var sensitiv ved skifte av personal, dette viste seg kjent blant ansatte, og de roet situasjonen, kunne det være et funn alene. En annen potensiell situasjon kunne være at min tilstedeværelse ville trygge pasientene i situasjoner hvor de ansatte er opptatte eller ikke tilstede. Slike situasjoner er en etisk og metodisk utfordring, og som fordrer en som forsker på å beskrive situasjonen godt (Malterud, 2013). Går man ut av situasjonen for å gjøre situasjonen autentisk, eller forblir man i samværet med pasienten for å hindre unødig utrygghet?

Ved et tilfelle satt jeg ute i fellesarealet og hørte at en av pasientene ble økende urolig inne på rommet sitt. Han lette tydeligvis etter noe, som han ikke fant. En av pleierne kom til, prøvde å hjelpe pasienten med å lete, men pasienten klarte ikke å forklare dette, og pleieren gikk etter hvert videre og lot pasienten fortsette med sitt. Uroen økte, og pasienten kom ut i fellesarealet. Han fikk øye på meg, og tilkalte meg inn på rommet. Det var utfordrende å forstå hva han lette etter, men vi kom til slutt frem til at det var telefonnummeret hjem til kona han ville ha

fatt i. Når han ble trygget på at han nylig hadde ringt hjem, roet pasienten seg, og kunne ikke få takket meg nok for hjelpen.

I denne situasjonen tilpasset jeg min egen deltakelse til miljøet, og gikk inn i dialog og samhandling med en av pasientene. Fangen (2011) kaller dette en utførende innstilling, og refererer til Habermas' *performative attitude*. Pasienten selv grep tak i den hjelpen som for han var tilgjengelig. Min rolle var ikke uklar, sett fra pasientens perspektiv. Når pasientens problem løste seg, gikk jeg tilbake til posisjonen jeg hadde forut for situasjonen. Dette eksemplifiserer dynamikken som en tidvis møter, ved at man veksler mellom ulike roller (Fangen, 2011). I denne situasjonen fikk jeg et innblikk i pasientens frustrasjon ved å miste fotfestet i tilværelsen, og til slutt lykkes ved å bli trygget på det som uroen bunnet i.

I tillegg til samhandlingsdata, handler observasjon også om å samle diskursive data; altså hva det snakkes om (Fangen, 2011). Diskursive data samles i denne studien ved å lytte til og innta språk. I en observasjonsstudie vil disse to former for data ofte gå i hverandre, da jeg kan observere både forsøk på språklige uttrykk og verbalt språk. Videre hvordan de formidles, og om de blir oppfattet – og i så fall hvordan budskapet mottas og håndteres. Å observere hverdagslivet i en tilrettelagt enhet for mennesker med demens handler også om å være var for språklige uttrykk fra mennesker med nedsatt evne til nettopp å gjøre seg forstått, og forstå gjennom språk. Uttrykk av glede, tilfredshet, frustrasjon, mistenksomhet og takknemlighet kan komme til uttrykk gjennom en forsiktig rykning i munnviken, et øye som fylles av en tåre, en forsiktig og sliten hånd som rekkes frem, en bekymringsrynke i pannen eller apati. Ofte kan det være en diskrepans mellom det personen med demens ønsker å uttrykke, og det han faktisk uttrykker (Engedal & Haugen, 2006; Fangen, 2011). Og det kan like gjerne være en diskrepans mellom det personen uttrykker, og det som blir oppfattet av omsorgspersonen som mottar budskapet. Det må sanses, undres og tolkes. Dette kan videre resultere i at personen blir misforstått, resignerer og/eller utagerer. Én person kan ha bedre evne til å vise autentiske uttrykk enn sidemannen, og evnen kan variere med dagsform eller fluktuasjoner i sykdommen (Engedal & Haugen, 2006). Symptomer ved sykdommen, som ordletingsvansker, kan også fordre til tolkning av verbale utsagn og at en hjelper til når «det stikker seg».

Kirsti Malterud (2013) poengterer at tale alltid fordreies ved skriftliggjøring, selv ved direkte sitering. Ved tale benytter vi alltid non-verbale uttrykk i tillegg, og understreker deler av meningsinnholdet ved ulik bruk av toneleie og tempo. Konteksten samtalen opptrer i, kan

også styrke budskapet. Talespråket blir gjerne oppstykket, og har en uformell karakter, til forskjell fra skriftspråket.

Graden av aksept og tiden jeg som forsker har til rådighet er også en faktor det tas høyde for i denne typen av observasjonsstudier. Det er høyst usikkert om datamaterialet ville blitt kvalitativt bedre ved en dobling av antall vakter ved institusjonene.

7.6 Transkribering av observasjonsnotater

Etter de fire vaktene med observasjon hadde jeg mange sider håndskrevne notater. Disse data inneholdt både direkte nedskrivninger fra observasjonene, og refleksjoner jeg gjorde under eller rett i etterkant av hver enkelt observasjon. Fangen (2011) sier at feltnotatene bør inneholde arbeidshypoteser, men kun som midlertidige hypoteser. Det er viktig at disse kan forkastes eller tillegges mindre vekt, til fordel for andre eller riktigere veivalg senere i prosessen.

For at vår skriftliggjøring skal yte rettferdighet mot de som er til stede, ved at meningsinnholdet blir riktig i forhold til deres intensjon med utsagnet og ikke fører til en latterliggjøring eller fordreining, kan redigering av tekst fra tale i noen grad være riktig. Dette kalles *slightly modified verbatim mode* (Malterud, 2013). Når det gjelder kvalitetssikring opp mot intensjoner i utsagnet vil dette ikke korrigeres for. Jeg redigerer imidlertid innholdet slik at det er etisk forsvarlig å presentere det som tekst.

Transkriberingen gikk jeg i gang med rett etter observasjonene, og erfarte at det var hensiktsmessig, da jeg fortsatt hadde mange detaljrike minner som jeg fikk skrevet ned. Tjora (2013) benytter seg av begrepet *visuelle ledetråder*, som gode stemningsbeskrivelser, og understreker at dette er ferskvare. Jeg opplevde likevel, etter flere gjennomlesninger, at jeg fortsatt fikk fylt på med flere detaljer. Det er også beskrevet som en av styrkene ved å transkribere eget materiale (Tjora, 2013).

8 Analyse av det empiriske materialet

Analysen skal i følge Malterud (2013) være en brobygger mellom datamaterialet og resultatene, dette gjennom organisering, fortolkning og sammenfatting av materialet. Det handler om å gå i dialog med dette materialet. Mønstre og kjennetegn som vi gjennom systematisk kritisk refleksjon kan identifisere og gjenfortelle, er de svarene denne dialogen gir

forskeren (Malterud, 2013; Tjora, 2013). I ettertid skal andre kunne følge den samme veien, anerkjenne systematikken og forstå konklusjonene. Veien skal beskrives jamfør prinsippet om intersubjektivitet (Malterud, 2013).

8.1 Analytisk reduksjon og potensiell kunnskapskraft

I dialogen med materialet filtreres etter hvert deler med potensiell kunnskapskraft ut, der målet er å bidra til å utvikle ny kunnskap. Ved filtrering og reduksjon kommer en ikke utenom det faktum at deler av materialet velges bort (Malterud, 2013; Tjora, 2013).

Utfordringen blir å velge, og velge bort med omhu, slik at essensen beholdes og uttrykker helheten i materialet. Malterud (2013) understreker også viktigheten av dette med hensyn til lojaliteten som da opprettholdes til feltet en henter sine data fra.

Bearbeidingen av datamaterialet er en tidkrevende prosess, hvor utgangspunktet handler om å kjenne teksten godt. Denne skal leses, med ulike briller, for at nyanser og ulike forståelsesmåter tilstrebes oppnådd. Dekontekstualisering handler om å løfte ut deler av materialet for å utforske det sammen med andre deler i stoffet som handler om det samme. Den videre prosessen blir å rekontekstualisere materialet en hentet ut fra sin opprinnelige plassering, for å sjekke at det ikke har mistet sin mening. For å forhindre reduksjonisme (i ordets negative betydning) er rekontekstualisering det viktigste verktøyet, samt den prosessen som ivaretar forbindelsen til feltet (Malterud, 2013).

8.2 Systematisk tekstkondensering

Analysemetoden som videre ble valgt for analyseprosessen var systematisk tekstkondensering, som beskrevet av Malterud (2013). Denne er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse, hvor formålet er å utvikle kunnskapen om feltets erfaringer og livsverden innen valgt område.

Systematisk tekstkondensering blir detaljert beskrevet av forfatteren, og er således en god oppskrift å følge for uerfarne førstegangsforskere. Avslutningsvis i dette kapitlet presenteres en tabell med eksempler fra kondenseringsprosessen.

Hovedstrukturen i systematisk tekstkondensering følger fire trinn (Malterud, 2013):

Trinn 1: Skape et helhetsinntrykk

For å skape et helhetsinntrykk, gjelder flere gjennomlesinger av det transkriberte tekstmaterialet. Egen forforståelse og teoretiske referanseramme skal tilstrebes å settes til side; i en parentes. Å løfte seg opp fra teksten, og studere denne fra fugleperspektiv, kan gjøre

at man ser nyanser og deler av teksten med andre øyner og med annen innfallsvinkel enn tidligere gjennomlesninger. Mot slutten av trinn 1, spør en materialet om en skimter intuitive foreløpige temaer. Disse gis midlertidige navn for videre bearbeiding (Malterud, 2013).

Trinn 2: Identifisere meningsbærende enheter

På dette trinnet konsentreres oppmerksomheten mot de delene av teksten som er relevant for å belyse problemstilling og forskningsspørsmål. Disse delene gjennomgås nøye med det mål for øyet at meningsbærende enheter identifiseres. De meningsbærende enhetene sorteres og systematiseres med koder i beskrivende grupper. Parallelt ser en mot trinn 1 for eventuelt å justere og videreutvikle kodene, og spisser språket i valg av betegnelser for presis klassifisering. Denne fleksible arbeidsmetoden gjennomføres fortløpende, og gjør at en tidvis må starte forfra igjen, for å sikre at hele materialet blir gjennomgått med gjeldende grupperinger (Malterud, 2013).

Trinn 3: Kondensering

Når de aktuelle kodene og meningsbærende elementene er funnet, skal en hente ut mening ved å kondensere innholdet i de enhetene som er kodet sammen. Det empiriske materialet en startet med er på dette trinnet redusert til et dekontekstualisert utvalg. Hver kodegruppe skal være tydelig forskjellig fra hverandre, både i form av betegnelsen en har valgt og innholdet. Innholdet i hver kodegruppe skal videre kondenseres eller fortettes, i søken etter relevante subgrupper som representerer ulike nyanser av forskjellige meningsaspekter. På neste steg i kondenseringen blir derfor subgruppene lagt under lupen. Her er målet å fortette innholdet til et kondensat for hver av subgruppene innenfor de ulike kodegruppene. Dette kondensatet blir senere et verktøy i sammenfatningen på siste trinn (Malterud, 2013).

Trinn 4: Sammenfatning

Nå skal resultatene vurderes i forhold til om de fortsatt gir gyldige beskrivelser av det opprinnelige materialet. En går fra kondensering til beskrivelser og begreper, ved å legge puslespillbitene sammen; en rekontekstualiserer materialet. Hver kodegruppe blir presentert ved en analytisk tekst, som formidler kodegruppens relevans til forskningsspørsmålene. På denne måten representerer den analytiske teksten resultatene i prosjektet, som i siste instans kan grupperes under færre overskrifter (Malterud, 2013).

Tabell 8.1 Eksempel på kondenseringsprosess:

Meningsbærende enhet	Kode	Subgruppe	Kategori
<i>Det veksles noen ord mellom ansatte. «Såret til han Kåre - Skal du se på det»? sier pleieren til en annen. «Ja, bare ta av bandasjen og bruk mye natriumklorid i tilfelle det sitter fast du, og si ifra når jeg kan komme». «Ok...».</i>	<i>Å forholde seg til prat om sårstell i fellesmiljøet</i>	<i>Å innta prat som kan være vanskelig å forstå</i>	<i>Å velge sine ord med omhu</i>
<i>Det høres et dunk. «Hører du noe som banker»? spør pasienten «Sikkert noen som kom borti et bordbein, ellerno'». Det nikkes.</i>	<i>Å reagere på lydbildet</i>	<i>Å få lydbildet forklart</i>	<i>Å omgi seg med kolliderende lyder</i>

8.3 Studiens gyldighet

Gyldighet (også forklart med begrepet validitet) handler om å skape en logisk sammenheng mellom oppgavens utforming, funn og de spørsmål man søker besvart. Er slutningene en finner i sitt forskningsprosjekt svar på de spørsmålene en prøver å stille (Tjora, 2013)?

Både Malterud (2013) og Tjora (2013) omtaler begrepene kommunikativ -og pragmatisk gyldighet, og henviser til Kvale (1997). Begrepet problematiserer hvorvidt kunnskapen som utvikles gjennom forskning er anvendelig, brukbar eller gyldig utenfor forskerens skrivestue. «Uten anvendelighet blir kunnskapens gyldighet avgrenset til et lite rom helt i utkanten av virkeligheten» (Malterud, 2013, p. 187).

Pragmatisk validering er en øvelse i etterkant av publikasjon, som tar sikte på å undersøke hvorvidt og hvordan kunnskapen anvendes. En kan likevel benytte seg av metoden i forarbeidet av et forskningsprosjekt ved å undersøke om spørsmålene allerede er stilt av andre (Malterud, 2013). Eventuelt om eksempelvis de metodiske justeringene man velger til forskjell fra andre vil bidra til å gjøre resultatene mer anvendelige eller gyldige for feltet.

8.4 Studiens pålitelighet

I den positivistiske tradisjonen er målet nøytrale og objektive observatører, og der engasjement og kunnskap blir betraktet som uønsket. I kvalitativ forskning, og dens fortolkende tradisjon, anses dette som et uoppnåelig ideal. Engasjement og kunnskap kan representere både fordeler og ulemper for datamaterialet, det avgjørende blir om en lykkes med å gjøre ens egen posisjon eksplisitt. Forutinntattheter eller fordommer vil være en ulempe

for prosjektet, om en ikke lykkes å nyansere og justere dette underveis i møte med datamaterialet. Forkunnskapen en besitter kan også være en avgjørende ressurs, både i forarbeidet, datainnsamlingen, analysen og presentasjonen av ens forskning (Tjora, 2013).

Pålitelighet vurderes derfor ved å se på studiens funn og konklusjoner opp mot fortolkningene som er gjort underveis i prosjektet. For å øke påliteligheten er det derfor viktig å redegjøre for hvordan ens egen posisjon kan prege forskningsprosessen, og beskrive metoden og bearbeidningen av data så transparent som mulig. Transparens kan ses på både som en kvalitetsindikator og et middel for pålitelighet (Tjora, 2013).

8.5 Ethiske og juridiske overveielser

De nasjonale etiske forskningskomitéene har publisert retningslinjer vedrørende de ulike forskningsfeltene, som for denne studien gjelder for kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Dette mastergradsprosjektet er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. Det er vurdert, sammen med min veileder, at det ikke vil være nødvendig å søke Regional Etisk Komité (REK) for godkjenning, da jeg ikke vil innhente pasientopplysninger.

I transkriberingen av feltnotatene og presentasjonen for øvrig har jeg tatt hensyn til ikke å sette personene jeg møtte i forlegenhet, og anonymisere sted, personer, profesjon og dialekt i henhold til krav om taushetsplikt. Jeg benyttet ikke navn i feltnotatene, og benytter kun fiktive navn i fremstillinger.

I planleggingsfasen er det tatt forskningsetiske vurderinger gjennom informert samtykke, informasjon om konfidensialiteten til datamaterialet, og konsekvenser og verdier av å delta i prosjektet. Det er benyttet NSD sin mal for informasjonsskriv og samtykke som utgangspunkt ved utarbeidelsen av disse skjemaene. Her gis informasjon om hensikt, hvordan det er planlagt gjennomført og datasikkerhet. Denne muligheten for å trekke sin stemme fra materialet kan gjøres i hele prosjektperioden og uten videre begrunnelse. Datamaterialet vil bli lagret og oppbevart etter retningslinjer ved Lovisenberg Diakonale Høgskole og Diakonhjemmet Høgskole.

8.6 Metodekritikk

Tema som jeg valgte for denne studien har lagt som en interesse hos meg i mange år. Når jeg etter hvert startet på en masterutdanning, var temaet derfor tidlig klart. De øvrige metodiske valgene har kommet senere, når tema ble tydeligere presisert og dypere kunnskap tilegnet, i refleksjoner under forelesninger og seminar, og under veiledning i forbindelse med oppgaven.

Som beskrevet i forforståelsen har jeg hatt et engasjement for temaet, som kunne få betydning for hvordan jeg tolket observasjonene. Like fullt som de ga meg en inngang til temaet, kunne de blekne eget kritisk blikk til de funn jeg fant. Jeg har forsøkt å være bevisst denne forforståelsen, slik at jeg kunne benytte denne som en styrke i møte med feltet, og arbeide aktivt med konstruktive spørsmål til observasjonsnotatene og etter hvert i analysen og diskusjonen. Valg av to åpne forskningsspørsmål har også således bevisstgjort meg i forhold til forforståelsen. Dette for å motvirke at analysen skulle bli det Tjora (2013, p. 217) beskriver som en «enkel speiling av virkeligheten». Forforståelsen min er slik sett en annen i dag, ny kunnskap og erfaring gjennom denne studien har utviklet min forståelse i forhold til støybegrepet.

Det beklagelige faktum at fokusgruppeintervjuet måtte utgå, som beskrevet i 7.1.1, gjorde at pleiernes stemme fikk en begrenset del av oppgaven. Likeså undringer og refleksjoner for støybegrepet sett fra ansatte som daglig er i felten. Fokusgruppen kunne justert mine observasjoner, eller gitt meg en dypere forståelse for støybegrepet. Dersom jeg visste at fokusgruppen utgikk fra datamaterialet før jeg gikk inn i observasjonene, kunne jeg justert blikket og fokuset. For ikke å overfortolke egne observasjoner, har jeg derav vært bevisst på å se støybegrepet både fra pasient – og pleierens perspektiv i analysen og diskusjonen.

9 Presentasjon av funn

I dette kapitlet blir funnene fra analysen presentert. Innledningsvis presenterer jeg funn fra analysen i tabellen under, og presenterer videre de fire temaene med to subtemaer hver.

Tabell 9.1. Tema og subtema

Tema	Å velge sine ord med omhu	Å omgi seg med kolliderende lydbilder	Å være sårbar i fellesskapet	Å spise med hjertet i halsen
Subtema:	<i>Å omgi seg med prat som kan være vanskelig å forstå</i>	<i>Å omgi seg med lyder en kanskje ikke gjenkjenner</i>	<i>Å romme en negativ stemning</i>	<i>Å spise når man er redd</i>
Subtema:	<i>Å kunne skille vesentlig fra uvesentlig</i>	<i>Å forholde seg til at ingen hører en</i>	<i>Å skjerme seg fra sanseinntrykk</i>	<i>Å frykte konsekvenser</i>

Jeg benytter avsnitt og replikker fra det transkriberte materiale for å synliggjøre og tydeliggjøre mine eksempler. Disse er innskutte og kursiverte, for å skille de fra den øvrige teksten.

9.1 Å velge sine ord med omhu

Ansattes kommunikasjonsbehov i fellesmiljøet om saker som ikke er relevant for alle, kommer til uttrykk i flere situasjoner. Både i situasjoner der pasienter som er til stede omtales, og hvor aktuell pasient ikke er i fellesarealet. Det observeres også hverdagsprat ansatte imellom, og hvor det ikke observeres tegn til at pasientene involveres.

Å omgi seg med prat som kan være vanskelig å forstå

Noe av denne kommunikasjonen inneholder pasientsensitiv informasjon om de som er til stede, eller medpasienter som selv ikke oppholder seg i fellesmiljøet i den gitte situasjonen.

Det veksles noen ord mellom ansatte. «Såret til han Kåre - Skal du se på det»? sier pleieren til en annen. «Ja, bare ta av bandasjen og bruk mye natriumklorid i tilfelle det sitter fast du, og si ifra når jeg kan komme». «Ok...».

Andre ganger handler praten om organisatoriske tema, om arbeidsfordeling og spørsmål fra den ene som krever svar fra den andre.

Pleier spør en annen pleier om hun har fått med seg at rosa og blå sekk på skyllerommet har bytta plass. Det diskuteres, og en tredje kollega sier at det aldri har vært ment at de skulle bytte plass, men at noen nok har satt de slik ved en feiltakelse. Første pleier har allerede byttet om lappene som henger over sekkene, for å indikere hvilken sekk som skal stå hvor, og sier derfor at hun da skal gå tilbake og endre det tilbake. Den tredje sier at hun har byttet om sekkene allerede.

Å kunne skille vesentlig fra uvesentlig

Eksemplet fra samtalen rundt sårstellet i avsnittet ovenfor, viser en annen dimensjon, når pasienten som sitter ved siden av pleierne observeres.

Første pasient følger fortsatt med på personalets ordvekslinger om sårprosedyren. Ser vekselvis på pleierne og kaffekoppen foran seg på bordet. Driker først når samtalen er over, og ene pleieren forsvinner ut av rommet.

Det observeres også situasjoner hvor det kommuniseres om enkeltpasienter under eksempelvis et fotbad i fellesarealet, hvor føttenes tilstand diskuteres pleierne imellom. I fellesarealet sitter flere medpasienter samlet, godt innenfor samtalens radius.

En pleier setter i gang med neglstell av en pasient. Det kommenteres mellom personalet at de er lange. Og «tenk på det som er under...». Pasienten titter under stolen.

Samtalene mellom pleierne handler også tidvis om bekymringer for pasientene, og at ressursknapphet gjør at omsorgen ikke blir god nok.

Den åttende ble nettopp innlagt på sykehus, og det kommenteres igjen mellom personalet at det opplevdes ugreit å sende henne alene i ambulansen.

Det vesentlige er at informasjonen ikke bør deles i fellesmiljøet, det observeres fortsatt ikke forsøk på å involvere pasientene i denne kommunikasjonen. Det er ikke riktig arena, ei heller det rette publikum. Pleierne gir ikke uttrykk for å ta hensyn til at informasjonen deles offentlig med mennesker med nedsatt kognitiv funksjon.

9.2 Å omgi seg med kolliderende lydbilder

Observasjonene gir eksempler på mange ulike lydkilder i fellesmiljøet. Gjennom observasjonstiden viser disse seg som lyder i forbindelse med mattilberedning, servering og opprydding. Ansattes bærbare alarmer gir tidvis fra seg alarmsignaler som det responderes på. Og lydene kan også komme fra dører som åpnes og slås igjen, traller og utstyr som forflyttes eller lyder fra naboavdelingens aktiviteter.

Det ble også observert radioer som spilte pop – og raplåter i fellesarealene. Volumet kunne være relativt lavt, og pleiernes mange oppgaver kan sannsynligvis ta deres oppmerksomhet bort fra de ulike lydene i miljøet. Gjennom observasjonstiden ble det likevel tydelig for meg som satt i ro.

Kanskje kan en ikke skylde på radioen alene, men den representerer likevel én av lydene som er med på å skape det totale lydbildet. Et lydbilde som også inkluderer en dampovn som varmer lunsj og middag, en oppvaskmaskin som settes på to ganger etter hver bordsetning, en kaffetrakter, en tørketrommel, lyder utenfra og all lyd som produseres av aktiviteten gjennom dagen. Noen opptrer samtidig, andre uregelmessig.

Å omgi seg med lyder en kanskje ikke gjenkjenner

Det er ikke gitt at lydene, og de mange lydbildene de sammen skaper, gjenkjennes og forstås. Det kan være lyder som opptrer sjelden, eller gjentakende gjennom dagen. Lyder som tilhører en hverdag på sykehjem.

To pasienter våkner da kaffetrakteren gir fra seg et signal om at den er ferdig trukket.

Kaffetrakteren ga fra seg to lange pipesignaler hver gang en kanne var fylt, og som eksemplet over viser vekker det to pasienter samtidig.

Andre ganger observeres det at lydene kommer enda mer overraskende på pasientene, ved at pasientene reagerer fysisk.

Pasient kvepper til når det bråkes. Ex når vaskemaskindøra smeller opp.

Observasjonene ga også funn i forhold til lyder som kom utenfra eller fra naboavdelinger, hvor lydbildet ikke kan justeres av de som er til stede der hvor lydene registreres.

Det høres tydelig når møbler dras over gulvet i etasjen over. En kan også tidvis høre hastige skritt derfra.

De tre neste eksemplene illustrerer andre uregelmessige lyder som ble registrert under observasjonstiden, og som gjentok seg mange ganger gjennom en vakt. De ulike skuffene, dørene og tørketrommelens ulike rytmer gjennom programmet ga også fra seg ulike variasjoner av lydene. Bestikkskuffen ga fra seg én karakteristisk lyd, skuffen i furuskjenken en annen og tregere lyd. Noen dører var låste, andre var brann-dører og derav tyngre, og dørene inn til pasientrommene var lettere og hadde sin egen karakteristiske lyd.

Støy fra skapdører og skuffer.

Dører slår.

En tørketrommel høres gjennom lukket dør.

På vei ut til sansehagen utløste pasientene døralarmen hver gang de åpnet døren, på ett av sykehjemmene. Når pleierne fulgte dem benyttet de adgangskortene sine, og unngikk derfor å løse ut alarmen. Det var en varm sommerdag, og trafikken ut gjennom balkongdøren var til tider stor. For de pasientene som ikke gikk selv, ble de gjerne sittende innenfor rett ved døren og alarmen.

Døralarmen piper når pasientene går igjennom døren til sansehagen. Pasientene ser tilsynelatende ikke sammenhengen, og blir ofte stående midt i døren lenge, før de går videre. Enten inn igjen, ut i sansehagen, eller de ombestemmer seg på dørterskelen. Dette gjør at alarmen uler lenge. Når ansatte går igjennom, benytter disse adgangskort, og utløser følgelig ikke alarmen.

Å forholde seg til at ingen hører en

Observasjonene ga også funn i forhold til at pasienter uttrykte seg verbalt med spørsmål eller kommentarer som ikke ble besvart, verken av medpasienter eller pleierne. De tre eksemplene nedenfor viser alle til verbale uttrykk som det kan forventes et svar og handling fra, men som uteblir.

Pasient sier «hva er det de koker»? Det høres støy fra en vaskemaskin. Pasienten får ikke svar.

Rap-musikk på radio. «Noe til bjeffing» kommenter en av pasientene. Kommentaren får ingen med seg, og musikken forblir på.

«Kan noen hjelpe meg også»? Ingen hører henne.

9.3 Å være sårbar i fellesskapet

Pasientene som bor ved tilrettelagte enheter i sykehjem har sjelden selv valgt å bo der. De kommer dit på grunn av sykdom og fallerende funksjonsnivå, de mestret ikke å bo hjemme, i omsorgsleilighet eller i en åpen sykehjemsavdeling. Hvem du blir boende sammen med siste delen av livet er derfor en beslutning tatt av andre.

Å romme en negativ stemning

Helheten av ens inntrykk kan blant annet inneholde syns – og hørselsinntrykk, stemningen i situasjonen, lukter og/eller berøring. Denne helheten kan være fragmenter av flere ulike inntrykk og tolkninger. Under observasjonen fikk jeg erfare flere slike stemningsbilder som grep meg i situasjonen.

«Tulling du!», «kjeltring» sier en pasient til pasienten på nabobordet.

I situasjonen ovenfor ble pasienten tilsnakket av en av sine medpasienter, som tydelig og med krasse ord, ga han tilnavn som gjorde inntrykk på meg som observatør. I den samme situasjonen satt også flere, som fulgte hendelsen med øynene.

Utsagnene kommenteres verken av han som mottar dem, eller personalet som observerer utbruddet.

I en annen situasjon fikk den samme pasienten servert andre kommentarer mot seg av den samme medpasienten.

Medpasient kommenterer og skjenner «tei still (...) kan jo ikke være her», med hentydning til at pasienten burde være et annet sted. Personalet bekrefter med korte sukk og kommentarer. «ja...nei...oufh».

Å skjerme seg fra sanseintrykk

Det gode samspillet handler om de nære og gyldne øyeblikkene vi skaper mellom oss. Det handler om å tune seg inn, og spille på de strengene som for den enkelte gjør omsorgen til en fin opplevelse – og som i sin tur blir en god opplevelse også for den som yter omsorgen. Et slikt godt samspill fikk jeg muligheten til å observere under en frokost. Pasienten var oppe sist av alle, og fikk derav servert frokost av én av pleierne. Den samme pasienten som tidligere satt med øynene igjen under middagen i et helt annet lydbilde enn denne dagen. Under denne

frokosten benytter pleieren seg av kontaktetablering, nærhet og avpasset språk. Pasienten åpner øynene, holder blikk-kontakten med pleieren, og svarer på spørsmål som handler om det konkrete foran dem. Slik sitter de sammen, og pasienten spiser godt med god appetitt. Et samspill som pasienten nyter, de smiler til hverandre, og lar det verbale være kortfattet. Et stykke ut i frokosten blir de derimot avbrutt av en annen pleier som kommer inn i rommet. Hun henvender seg til kollegaen og meg, og starter en samtale om behovet for økt grunnbemanning, ubetalt spisepause og pasientbelegget ved avdelingen. Det gode samspillet ble avbrutt, lydbildet rundt pasienten ble et annet, og fokus på måltidet ble flyttet til en diskusjon om ansattes arbeidssituasjon.

Under diskusjonen forsvinner pasienten inn i sitt indre igjen. Lukker øynene og nynner (oier) repetitivt.

Senere under observasjonstiden ble følgende to episoder observert, uavhengig av hverandre.

Når høylytt trallende pasient henvender seg til halvt sovende, møtes blikkene noen sekunder, før han lukker øynene helt, og skjuler ansiktet i hånda.

Pasienten har sovet ved bordet siden ankomst, gløtter opp innimellom, og sitter tidvis og holder seg for hodet.

9.4 Å spise med hjertet i halsen

I dagligtalen vår har vi mange positive uttrykk som bærer bud om gleden ved det å spise sammen, og måltidet er gjerne et uttrykk for fellesskap. Maten skal nytes i godt lag, i ro og mak. For pasienter i sykehjem har det lenge vært fokus på at maten har en viktig ernæringsmessig og sosial rolle. For at måltidet og matopplevelsen skal bli en fin stund rundt bordet, spiller også våre omgivelser en rolle. Når denne opplevelsen derimot blir støyende og urolig, kan måltidet som sosial aktivitet og kilde til næring, bli en utfordring å være i.

Å spise når man er redd

Under en middag var lydbildet preget av høylytt prat og støy. Aktiviteten rundt bordet bar også preg av kaos, både for pleierne og pasientene. Ved ett bord satt to pasienter, ved et annet fire og én pasient hadde eget bord. Pasienten som satt alene skjøv bordet frem og tilbake inn til veggen, og gjorde at lyd miljøet i utgangspunktet ble utfordret.

Pasienten med høylytt latter, sitter ved et trillebord som han skyver ut i rommet og slår tilbake inn i veggen. På veggen over han henger en klokke, som dingler på veggen hver gang bordet slås inn til veggen.

Lydnivået eskalerte, og de av pasientene som evnet å uttrykke seg verbalt gjorde dette med redsel i stemmen.

«Neineinei» x flere oier en annen pasient. Det sukkes på nabobordet.

Pleierne var grepet av gjøremålstravelheten, og gikk fra det ene til det andre. Pasientene ble servert én etter én fra et tilstøtende kjøkken, som i seg også skapte en del bevegelse i rommet. Når maten var servert stilnet det en stund, før lydbildet igjen tok seg opp igjen i samme mønster.

«Riv vel ned den klokka snart...» kommenterer en medpasient. Ingen respons fra andre.

Under dette måltidet var pasientenes fokus på uroen, og utryggheten dette skapte ga seg uttrykk i både verbale utsagn og ved at pasienter forholdt seg stille. En pasient som satt med ryggen til klokka på veggen, spurte om noen kunne hjelpe henne, uten at hun ble hørt.

Å frykte konsekvenser

Tilbake til måltidet, pasientene er forsynt, og oppryddingen er i gang. Aktivitetsnivået økes og lydnivået likeså. Flere av pasientene sitter fortsatt ved bordene. Noen snakker med hverandre, andre følger bevegelsene i rommet med øynene. En av pasientene reiser seg opp for å gå, og tar på seg strikkevesten til medpasienten ved siden av, som hun har hengt fra seg på stolryggen når hun satte seg. I hennes verden var vesten ingen andres enn hennes. Plutselig tårner en konflikt seg opp mellom to pasienter og en pleier, som for litt siden satt sammen og spiste. Begge pasientene er sikre i sin sak; vesten er min. Å bli beskyldt for tyveri ønsker ingen, midt i blant flere som får med seg opptrinnet.

Vesten er ikke merket. «Tyven» blir verbalt ufin. De andre stemmer i. På diplomatisk og akrobatisk vis kommer personalet i mellom, tar «tyven» under armen og klarer å smette vesten i armene på sin rettmessige eier. «Tyven» ledes ut av spisesalen og inn til sofaen i fellesarealet.

I dette eksemplet ble situasjonen reddet fra å eskalere ytterligere ved pleierens raske overblikk og inngripen. Situasjonen representerer likevel hendelser som har konsekvenser for pasientene i hovedrollen, og for de andre som tilfeldigvis blir tilskuere.

10 Diskusjon

Hensikten med studien var å belyse fenomenet støy slik det fremtrer i tilrettelagte enheter for personer med demens på sykehjem. I dette kapitlet vil jeg diskutere mine forskningsspørsmål opp mot funn fra analysen, presentert i forrige kapittel.

Forskningsspørsmålene som var utgangspunktet for studien har fulgt meg gjennom prosessen, og har vært guidende i de ulike veivalg jeg har tatt.

1. På hvilken måte fremstår støy av ulik karakter i en tilrettelagt sykehjemsavdeling?
2. Hvordan påvirker ulike typer støy samhandlingen på en avdeling?

Når jeg nå skal diskutere disse opp mot de ulike funnene, vil jeg benytte samme rekkefølge som er brukt i presentasjonen i kapittel 9. Avslutningsvis vil jeg gi en kort oppsummering, og presentere noen refleksjoner omkring implikasjoner for praksisfeltet.

10.1 Å velge sine ord med omhu

Under observasjonstiden kom språkets betydning i omsorgen til personer med demenslidelser frem. Språkets betydning fra pleier til pasient, fra pasient til pleier, mellom pasienter og ikke minst mellom pleiere. Siden min observasjonsarena var fellesarealene, var alle disse ulike kommunikasjonsrelasjonene representert. Språket vårt er både verbalt og nonverbalt. Det inkluderer de høye og sterke stemmene, og de vage og langsomme. Noen har et tydelig språk, hos andre må en være særlig konsentrert for å oppfatte budskapet. Det handler om å tyde og forstå meninger med det som blir sagt, men også å kunne tyde kroppsspråket. Å se at noen har det vondt, uten at ord benyttes. Justere hva man allerede har sagt, når man kan avlese kroppsspråket, og skjønne at motparten ikke forstår.

For personer med nedsatt kognitiv funksjon vil utfordringene med å forstå og gjøre seg forstått bli større etter hvert som sykdommen progredierer. For å gi omsorg tilpasset funksjonsevnen, må den som yter omsorgen kontinuerlig tilpasse sitt språk og sin tilnærming. Dette fordrer både kunnskap, erfaring – og evnen til å sanse av den som yter – og den som mottar omsorgen. Som Martinsen (2012b) påpeker går sanseaktiviteten to-veis, både pleier og pasient sanser inntrykkene i mellomrommet som skapes. Med dette økes utfordringen ytterligere for begge parter. I denne studien kunne det synes som at pleierne hadde et to-delt relasjonelt forhold til kommunikasjon. Når de var henvendt til pasientene, og når de skulle snakke seg i mellom. I tiden jeg fikk være på sykehjemmene kunne det se ut til at pasientene

tidvis forsøkte å følge med på praten. Dette kan ses på som et behov, ønske og forsøk på å skaffe seg oversikt; for å forstå verden (Rokstad, 2005). De orienterer seg om tid og sted ved å gripe etter holdepunkter i tilværet. For pasientenes nedsatte evner i forhold til delt oppmerksomhet, kan denne kommunikasjonen representere et støyelement for pasientene. Pleierne må tilpasse språk og tilnærming, samtidig som en er observant på pasientens uttrykksform, som tidvis og stadig oftere må tolkes og forstås. Pasienten vil også sanse, og er derfor avhengig av raffinerte og utvetydige signaler påpeker Brooker (2010).

Funnene i denne studien tyder på at personer med demens i tilrettelagte enheter på sykehjem, omgir seg med prat som ikke er tilpasset. Symptomene ved – og konsekvensene av demenslidelser (Engedal & Haugen, 2006; Rokstad, 2005) kan gjøre praten vanskelig å forstå, og hvor personer med demens kan ha store vansker med å vurdere om det er ment til – eller om dem. Utfordringen økes ytterligere ved at det som formidles ikke er rettet mot dem. Det er praten i mellom pleiere som tidvis dominerer, og som handler om saker og forhold pasientene ikke involveres i. Det er prat om oppgaver, oppgavefordeling, og om pasientsensitive forhold. Dette er i tråd med Dewing (2009) som finner at støy i fellesmiljøet i hovedsak er skapt av pleierne. Andre studier som Joosse (2012) følger dette opp, og oppfordrer pleiere til å holde samtaler seg imellom utenfor fellesmiljøet.

Disse samtalene bærer ikke tegn til at pasientene skal inkluderes, med en potensiell fare for at de sitter med en følelse av å bli ekskludert som en følge av dette. Tidvis kan det føre til en følelse av å være utenfor den sosiale settingen, andre ganger innenfor, og atter andre ganger midt i mellom. Hauge (2004) viser også til at fellesskapet kan oppleves som påtvunget. De er i den sosiale settingen, men ofte kun som tilhørere. Agulnik et al. (2002) hevder at å være helt eller delvis ekskludert fra fellesskapet, kan forstyrre en persons selvforståelse og føre til sviktende tillit. Dette kan videre føre til en omgripende usikkerhet hos personen og hans væren. I den grad informasjonen blir oppfattet og forstått, kan den også representere en kilde til eksempelvis bekymring, tristhet eller skuffelse – da noe av denne kommunikasjonen gjelder sykdom, og konsekvenser av sykdom. Demens kan ramme alle, og derfor må omsorgen ta utgangspunkt i de unike nyansene ved det å være et menneske. På grunn av demenslidelsen absorberer pasientene miljøet de er en del av slik alle mennesker gjør, men hos personer med demens svikter ofte evnen til å forstå inntrykkene (Bakker, 2003). Det kan også tenkes at pasientene tidvis kan la samtaler passere, at de ikke hefter seg noe videre med det som da kan betraktes som bakgrunnsstøy. I et fellesmiljø vil det likevel oppholde seg flere til samme tid. Å anta at alle mestrer å filtrere bort det uvesentlige samtidig, blir derfor å

tillegge pasientene evner demenslidelsen i stor grad fratar dem. Samtalene som pasientene omgir seg med kan selvsagt også være en potensiell kilde til glede og humor, om praten eller inntrykkene oppfattes slik. Hva som gir den enkelte glede, og hva som kan forløse latter, er gode fotnoter å legge seg på minnet og gjøre kjent blant de øvrige pleierne. Å benytte humor den enkelte verdsetter kan stemme den enkelte med en god følelse, og kan gi holdepunkter for at en grunnstemning av glede og tilfredshet er tilstede (Rokstad, 2005). Både for pasient og pleier kan dette gjøre at samhandlingen rundt eksempelvis et måltid går lettere, og kan gi dem begge et gyllent øyeblikk.

Denne studien viser at pasientene omgir seg med ulike former for prat, uavhengig av om den blir oppfattet og forstått, eller om den tilfører et nytt lag av uforståelige inntrykk. De evner i stadig mindre grad å filtrere bort det som ikke angår dem etter hvert som sykdommen progredierer, ei heller å filtrere bort følelser eller stemninger de kan gripes av. Om praten handler om et sårstell, om rosa og blå sekker, eller om den handler om Inga som nettopp ble sendt til sykehus i ambulanse klarer de kanskje ikke å forholde seg til. Dersom denne praten, ispedd pasientsensitive opplysninger, blir forsvart med pasientenes dårlige forutsetning for å forstå, beveger en seg ut på et etisk og juridisk myrland som blir vanskelig å komme seg tørrskodd fra. Det strider mot både lovverk (Helse - og omsorgstjenesteloven; Helsepersonelloven; Kvalitetsforskrift for pleie - og omsorgstjenestene) og etiske retningslinjer. Dette kan ses i sammen med det Balteskard (2015) omtaler som den ene parts utnyttelse av makt over den svake. Det blir en underliggende maktbruk, som svekker de avmektige, og fremkaller unødig lidelse. De kognitive utfordringene forhindrer dem også fra å be om oppklaringer. Skillet mellom vesentlig og uvesentlig kan bli vanskelig. Om en nær bekjent nettopp ble innlagt på sykehus ville vi intuitivt og bare med et øyeblikks mellomrom komme med spørsmål tilbake for å forstå hvorfor, hvor kritisk det sto til og tenke på han/henne i ettertid. Ut av mine funn kan det se ut til at denne dimensjonen ikke tilfaller pasientene, og at følelsene som de språklige inntrykkene kan gi dem, ikke blir tatt hensyn til i stor nok grad. Rollen som en tydelig fellesskapsaktør (Hauge, 2004) i samværet med personer med demenslidelser blir diffus. Relasjonen pleier-pasient kan tolkes rigid i den forstand at personen med demenssykdom som omgir seg med praten forblir en passiv part når pleierne trenger å diskutere seg imellom om faglige eller organisatoriske forhold. Den passiv mottakende, og den aktivt produserende. Dette øker distansen, selv om man fysisk har hverandre på en armlengdes avstand. Det vies tilsynelatende ikke tilstrekkelig oppmerksomhet til at de som opptrer i fellesmiljøet gjensidig påvirker – og påvirkes av

hverandre. Relasjonen og tilstedeværelsen blir relevant når det etableres 1-1-kontakt, på pleierens initiativ og pasienten anses relevant for samtalen. Dette kan føre til at faktorer som trygghet og tillit ikke får tilstrekkelig grobunn. Faktorer som må vise seg i omsorgen for å sette rot. Disse faktorene kan være avgjørende for at individuelle møter oppstår og personsentrert omsorg ytes (Jakobsen, 2007).

Under observasjon fikk jeg også se god samhandling mellom pleier og pasient, og pasienter seg imellom. Dette var gode stunder med gyldne øyeblikk der klokke tid tilsynelatende fikk være klokke tid. Pleierne benyttet seg av kontaktetablering, og gjentatt kontaktetablering når pasienten ikke maktet å holde nuet. Funn fra min studie er ikke tydelige på at stress og for mange oppgaver er årsakene de gangene en ikke lykkes. De tyder ikke på at det er mangel på tid som avgjør hva som diskuteres i fellesmiljøet. Formen kan være både avslappet og hverdagslig, selv om den andre ganger blir en prat i forbifarten mot nye oppgaver. Fenomenet gjøremålstravelhet omhandles av Kjær and Martinsen (2015b); Martinsen (2012b). De gode stunder med gyldne øyeblikk blir resultatet av å holde stand mot tid, oppgaver og inntrykkene utenfor rommet mellom dem. Øyeblikket bevares ved at både pasienten og pleieren evner å finne rytmen som beholder kontakten, og at verden utenfor holdes på avstand. Relasjonen og øyeblikket blir det vesentlige, og dette holder det uvesentlige på avstand.

10.2 Å omgi seg med kolliderende lydbilder

Hørselssvekkelse er en vanlig, og normal aldersforandring. Dette påpekes av Daatland and Solem (2011) og understøttes av Rosemary Bakker (2003). Hun poengterer at ved å redusere bakgrunnsstøy rundt personer med demenslidelser, øker deres mulighet til å delta i det sosiale fellesskapet. Dette belyser viktigheten av å tilrettelegge lyd miljøet for alle pasienter, og ikke tenke at personer med hørselssvekkelse ikke hører godt – og derav tåler et støyende miljø bedre. Tar man ikke hensyn til hørselssvekkelsen, tar man heller ikke hensyn til personen med demens og sykdommens konsekvenser i forhold til nedsatte evner til å bearbeide inntrykk, og til å skjerme seg fra situasjoner de ikke vil delta i (Rokstad, 2005).

Når ulike lyder opptrer samtidig i fellesmiljøet, antyder mine funn at pasientene forsøker å skjerme seg fra lydbildet. Artikkelen til Dewing (2009) problematiserer også dette, og stiller lydbildet på institusjoner opp mot hvordan en antar pasientene ville ønsket lydnivået i sine egne tidligere hjem. Han beskriver institusjonsmiljøet som støyende, med pågående og bevegende støy. Dette kan i følge Dewing føre både til en overstimulering ved eksempelvis å være omgitt av flere mennesker over tid, eller understimulering når pasientene overlates til

seg selv (2010). Dette finner jeg også støtte i hos Hauge (2004) som i sin observasjonsstudie erfarte at pasienter som evnet å forflytte seg, gjorde nettopp dette når miljøet ble for kravstort eller når personalet var fraværende over tid. De som ikke var i stand til å forflytte seg selv, ble sittende fengslet tilbake. Dikotomien støy-stille er derav sentral, det ene betinger at det andre opphører. Men opplevelsen og preferansen er likevel individuell, og gjør miljøtilpasning ytterligere utfordrende. Det er individuelt hvordan det oppleves av pasienter. Det er også individuelt om pleierne sanser og tolker hvordan pasientene har det i de ulike situasjonene, samt om de lykkes med å yte personsentrert omsorg i samhandlingen. Balteskard et al. (2013) viser likevel at miljøterapeutiske tiltak, som husflidsaktiviteter, sansehager og reminisensrom kan gi positive sanseintrykk. Sanseintrykk som samtidig kan påvirkes av andre inntrykk utenfor den gitte aktiviteten. De positive sanseintrykkene fra meningsfulle aktiviteter kan lede til gode stunder, forutsatt at rammene rundt er ivaretagende. En ivaretagende posisjon, som også rommer evnen til å «hente inn igjen» den gode stunden om inntrykk utenfra skipler den vevre balansen.

Personsentrert omsorg handler om å se den enkelte, og verdsette det unike og integrere dette i all omsorg (Rokstad, 2014). Å se den enkelte, betyr også å se den enkelte som en del av fellesskapet. Om en tilrettelegger for at Hans skal få gleden av trekkspillmusikeren som kommer innom en gang i blant, må denne aktiviteten ses i sammenheng med de øvrige som oppholder seg der. Det betyr ikke at denne aktiviteten ikke kan gjennomføres om en av pasientene blir utrygg og urolig. Men da må det samtidig tilrettelegges for en personsentrert omsorg for denne ene. At Hans synes at trekkspillmusikk er hyggelig, og tydelig setter pris på at dette spilles live på avdelingen innimellom, kan likevel Hans være var for andre sanseintrykk.

Konsekvensene av ikke å gjenkjenne lyder handler om mer enn ikke å kunne navngi objekter. Det handler om potensielle følelser lyden stemmer den enkelte med. Det kan være tristhet og sorg, glede, forventning eller frykt. Følelser som leder til en grunnstemning, som kan sitte i eller avløses av nye inntrykk. Det kan bli en utfordring for pleierne når den ene pasienten ønsker å høre på gudstjenesten i radioen, samtidig som en av erfaring vet at medpasienten ved siden av blir trist og urolig av dette. En annen utfordring kan være når uro eskalerer, som kan medføre at andre også blir urolige av utryggheten dette skaper eller viser tegn til å skjerme seg fra lydbildet. Mine funn antyder at uro kan avle mer uro i måltidsituasjon (se 9.4). Andre funn tyder på at pasienter viser non-verbale tegn til å skjerme seg, når det spilles opera-cd til ære for en medpasient. I sistnevnte eksempel blir omsorgen som ytes til den ene, en utfordring

for andre. Dette er en av utfordringene i personsentrert omsorg slik Edvardsson (2015) beskriver det.

Hsu et al. (2012) viser til fysiske responser hos kognitivt friske pasienter, som eksempelvis økt puls og blodtrykk og andre studier som finner symptomer på angst og arytmier, hos pasienter i støyende miljøer. Resultatene er derimot ikke konsistent, ved at andre studier ikke påviser disse responsene. Resultatene er, på tross av ulike funn, interessante i forhold til personer med demens, og hvorvidt disse funnene også kan finnes hos denne pasientgruppen. Det kan være interessant å undersøke hvorvidt, og eventuelt hvordan, fysiske responser gir seg til uttrykk hos personer som har nedsatte evner til å reagere på andre måter. Dewing (2009) henstiller likevel til at en først og fremst må erkjenne at sanseintrykk kan ha betydelige konsekvenser for personer med demenslidelser. Videre oppfordrer han til kunnskap og innsikt i hvordan de ulike stimuli virker inn på pasientene. Dette kan ses på som en oppfordring både for klinikere og forskerfeltet. For noen pasienter kan konsekvensene være store, for andre mindre eller ubetydelige.

Bevisstgjøring av personalgrupper oppgir også blant andre Joosse (2012), Bakker (2003), Garre-Olmo et al. (2012) og Burgio et al. (1996). Sistnevnte fikk på tross av bevisstgjøringen intervensjonsstudien ga, kun gjennomført tiltaket med å gi pasientene hvit støy i 51 % av observasjonene. Dette understreker et av poengene til Jan Dewing (2009); at en slik bevisstgjøring omkring balansegangen mellom støy og stillhet og hva det fordrer, krever at en innvier et langvarig engasjement for å få dette til i praksis. Dette viser også at kulturen har innvirkning på hvor lenge en klarer å holde bevisstheten om ulike fokus og intervensjoner opp i en personalgruppe. Det kan tidvis være mange forbedringspunkter og fokus på et arbeidssted, som utfordrer miljøterapeutisk arbeid.

Når ulike lydbilder møtes i samme rom og kolliderer, skaper dette utfordringer for alle som opplever lydbildet som plagsomt. Garre-Olmo et al. (2012) løfter dette for å understreke at personer med langtkommen demens er sensitive selv for små miljømessige faktorer, grunnet de nedsatte kognitive og fysiske evnene de har til å påvirke eller flykte fra det plagsomme. I tillegg kan dette lydbildet frata pleierne evnen og muligheten til sansing, å romme og gi omsorg til de som ikke blir hørt i mylderet av lyder. Mine funn antyder at så skjer, ved at et miljø som domineres av kolliderende lyder og etter hvert uro gjør at forsiktige anrop om hjelp og støtte ikke blir oppfattet av pleierne. Lydbildet frarøver på denne måten mennesker muligheten til å møtes i rommet, og dele opplevelser og bekymringer. Med referanser til

Martinsen (2012a) blir ikke slike rom et tankerom hvor følelser kan rommes, og nuet kan gripes. Rommeligheten for tanker og følelser skaper ekko av seg selv fordi de ikke rommes av andre. De non-verbale signalene pasienten gir uttrykk for, oppfattes ikke av pleieren, fordi miljøet inneholder kolliderende lydbilder. Når dette ses i sammenheng med Garre-Olmo et al. (2012) ovenfor, tydeliggjøres potensielle fluktforsøk og at væren i verden kan bli vanskelig. Konsekvensene for pasientene kan innebære både flukt(forsøk), oppgitthet og resignasjon, og lede til uro. Spiralen kan gå både utover, og kvernende innover. Det kan blant annet føre til, eller opprettholde depressive tanker pasienten sitter med, engstelse og katastrofereaksjoner (Engedal & Haugen, 2006; Jakobsen, 2007; Ulstein, 2012).

Noen lyder er nødvendige for å drifte en institusjon, og for å gi omsorg og behandling til pasientgruppen. Lydene er likevel interessante, og bør diskuteres for å kunne bevisstgjøre hvordan de miljømessige forholdene om mulig kan tilrettelegges annerledes (Dewing, 2009). Fravær av pleiere og aktivitet kan også føre til understimulering (Dewing, 2009), uten at en skal fokusere på å beholde driftslyder ved institusjonen av den grunn. Forskning viser at bevisstgjøring også reduserer støy som en i forkant ikke hadde et reflektert forhold til (Dewing, 2009, 2010; Dube et al., 2008). Dette tyder på at ansatte og pasienter omgir seg med støy som kan elimineres bort. Lykkes en med det kan det gi forutsetninger for ivaretagende omsorg mellom pasient og pleier (Martinsen, 2012a). En omsorg som kan oppleves å gå begge veier, og lede til at også pleieren rommes av en god følelse ved å mestre møtet med pasientens inntrykk og følelser.

10.3 Å være sårbar i fellesskapet

Personer med demens er sårbare og særlig følsom for miljøet, som er utgangspunktet for at de er på egne tilrettelagte enheter. Retten til tilbudet er hjemlet i lovverk og forskrifter, det samme gjelder for det kvalitative innholdet. Det juridiske og etiske ansvaret overfor de som skal yte omsorgen behandles både i lovverket og i de ulike profesjoners yrkesetiske retningslinjer.

Vel innenfor fortsetter den potensielt sårbare tilværelsen kjennetegnet ved avhengighet og behov for omsorg. De er avhengige av andre for at sykdom og hverdag skal kunne håndteres, og for å skape gode forutsetninger for god livskvalitet (Garre-Olmo et al., 2012). Funnene i denne studien avdekker også denne sårbarheten. En sårbarhet som identifiseres både hos pasienten som blir tilsnakket og nedverdiget av medpasienten, samtidig som sårbarheten også avdekkes hos personen som uttrykker de verbale utbruddene. En annen pasient sitter med

lukkede øyner, og uttrykker non-verbalt hun ikke evner å bearbeide alle inntrykkene fra de andre. Damen som i god tro tar borddamen sin strikkevest på seg når hun går fra bordet er også sårbar i miljøet. Den enkeltes sårbarhet påvirker og påvirkes av det øvrige miljøet de alle er en del av. De er alle ofre for et miljø som i sum utfordrer mer enn det pasientene har av reservekapasitet. Rokstad (2005) hevder at ved å støtte opp om denne reservekapasiteten kan en bedre samhandlingen. Denne støtten krever tid og innlevelse, som jeg også tenker er med på å bedre relasjoner, og kan øke samhandling og personsentrert omsorg. I sum fremstår miljøet som sårbart, like fullt som pleierne også er sårbare for uforutsigbarheten dette skaper. Denne sårbarhetens dimensjon som ligger i det etiske ansvaret beskrevet av Balteskard (2015), fordrer at omsorgen til en hver tid må ta utgangspunkt utfra pasientens premisser. En må derfor gi rom for en sakte, dvelende og voksende sansse – og undringsaktivitet i tilnærmingen til personer med demens (Martinsen, 2012a, 2012b). Både i den nære samhandlingen, når pleier møter pasient, og i alt vårt samvær når pleiere og pasienter interagerer i samme rom. I en så finstemt krevende samhandling vil misforståelser oppstå. Sansingen må ta høyde for dette, og justere pleierens tilnærming. Dette ser jeg i sammenheng med rommeligheten som beskrives av Balteskard et al. (2013), som med referanse til Løgstrup, påpeker at omsorgen må uttrykkes med engasjement og oppmerksomhet. En må sansse de ulike rom en trer inn i, og være forberedt på at rom kan være både trange og lukkede.

Dewing (2009) hevder at pleierne i stor grad har mulighet til å utgjøre en betydelig forskjell for pasientene, med å tilpasse miljøet pasientene oppholder seg i. Det krever rutiner som sikrer at ansvaret er definert som en del av arbeidsoppgavene. Dewing (2009) viser også til en rekke andre studier som tyder på at denne formen for miljøarbeid ikke er verdsatt, og endatil oversett innenfor demensomsorgen. Dette var også en av årsakene til Kitwood's bidrag til feltet, hvor han ønsket å styrke verdsettingen av både pasientene, pleierne og pleiekulturen som helhet (Brooker, 2013).

Et rom stemmes av inntrykkene som fyller det. Og denne stemtheten beveger oss (Martinsen, 2012a). Under observasjonen erfarte jeg at miljøet i ulike situasjoner ble rommet av en negativ stemning. En tone som ble stemt av ulike lydbilder og sinnsstemninger. Den negative stemningen forsterkes av at pasientene ikke får støtte i å romme stemningen, og at de blir værende i en negativ grunnstemning. I en av situasjonene ble en av pasientene nedverdiggende tilsnakket av en medpasient. Pasienten som blir tilsnakket kan stemmes av dette, og av kommentarene om at han ikke hører til. Pasienten som kommer med utsagnene kan også tolkes å sitte med en negativ stemning, og den kognitive svikten kan forklare hvorfor

stemningen kommer ut uten å filtreres. En negativ stemning som også kan nå pleierne, som føler at de ikke lykkes med å bistå miljøet og pasientene med dette. Omsorgen de er der for å gi, ender tidvis med en uønsket stemning og krenkelser.

Mindre enheter, med færre pasienter og noe høyere bemanningsfaktor enn øvrige sykehjemsavdelinger, skal gjøre enhetene mer tilrettelagt for de med demens i et sent stadium. Bakker (2003) fremhever en løsningsfokusert posisjon for å se mulighetene en har innenfor rammene til tilrettelagte enheter. Hun peker på at pasientene trenger passende stimuli; verken for mye eller for lite. Artikkelen handler også om å velge fokus, fra fokuset på hva pasientene ikke mestrer til å bygge omsorgen med ressursene personene med demens innehar som utgangspunkt. En omsorg som tar pasientenes perspektiv, som er personsentrert.

I vurderingen av hvorvidt balansen mellom over – og understimulering er tilpasset, er det også særlig viktig å ha de ulike konsekvensene demens skaper in mente. En atferd som tolkes som at pasientene er understimulert, kan samtidig være uttrykk for apati og interesseløshet; symptomer ved grunnlidelsen. Og en vandrer, kan være en glad og fornøyd vandrer. Vandring behøver ikke å være et svar på kolliderende lydbilder og et sårbart miljø. Atferd kan gjenspeile hvordan pasienten tidligere har vært. Engedal (2008) påpeker derimot at vandring kan også være ett av flere symptomer ved delirium, og krever derav oppmerksomhet og utredning.

10.4 Å spise med hjertet i halsen

Studiens fjerde hovedfunn viser til at måltider i tilrettelagte enheter kan være en stor utfordring. Det miljøterapeutiske måltidet settes på prøve, da det i følge Erdner m.fl er ment å skulle utvikle, opprettholde og bevare pasientenes restfunksjoner, gjennom systematisk utforming av atmosfære, tid, rom og mellommenneskelige relasjoner (Jakobsen, 2007). Dette funnet peker på at utfordringene ligger både hos pasientene, pleierne og miljøet som helhet. Lydene og aktiviteten øker, og skaper raskt et støyende lyd – og sansebilde. Det som ble et tydelig funn fra måltidet var at støy skaper frykt hos pasientene. Dette kommer til uttrykk både verbalt med ord og lyder (oing), og nonverbalt ved at pasientene ser ut til å stenge sanseintrykkene ute. Garre-Olmo et al. (2012) viser til at støy kan tolkes som en reaksjon på et utilfredsstillende miljø, et miljø som fører til økt forvirring og rommer frykt og negative følelser. I tillegg blir det utfordrende å gjennomføre oppgaver (her: middag) når støy utfordrer evnen til å dele oppmerksomheten mellom flere sanseintrykk. Med referanser til Kitwood sitt begrep ondartet sosialpsykologi kan miljøet umyndiggjøre personene som interagerer der

(Rokstad, 2013). Både pasientene som skal spise middag – men som forstyrres av støy i forsøket og pleierne som skal yte omsorg – men hvor fokuset kan synes å være på den tekniske oppgaven med å servere mat skaper støyende situasjoner som bidrar til at personer med demens svekker sin mestringskapasitet, hvilket da kalles ondartet sosialpsykologi. Dette begrepet betyr ikke at pleierne har onde hensikter, men at omgivelsene og kulturen ikke er personsentrert i sine aktiviteter og tilnærminger rundt den demensrammede. Dette vil ha negative følger på sikt (Brooker, 2013).

Under et måltid senere under observasjonstiden var stemningen rolig og støy nærmest fraværende. Pleierne loset pasientene og hverandre trygt igjennom frokosten. Det som var gjennomgående var pleiernes tilstedeværelse og evne til å skape en rommelig stemning, hvor den enkelte ble sett. Alle pleierne satt sammen med pasientene gjennom store deler av måltidet, og støttet der behovet oppsto. Garre-Olmo et al. (2012) hevder at dess større negativ innvirkning miljøet har på pasientene, dess mer fratrar en deres ferdigheter. Dette finner jeg støtte i også hos Balteskard et al. (2013) som understreker pleiernes positive innflytelse ved å vise engasjement og innlevelse. Da kan latente ferdigheter komme frem, og gjøre at pasientene mestrer tilværet bedre.

Forholdet mellom støy og stillhet, blir slik sett en dragkamp mellom ytterpunktene, hvor pleierne må tilstrebe å ha makten over disse. Dette fordrer å være sanselig tilstede, og identifisere pasientenes og egen respons på miljøet. I forhold til egen opplevelse må denne hele tiden oversettes til pasientenes perspektiv, med tanke på demenssykdommens karakter og stressterskelens begrensning (Dewing, 2009). Rokstad (2005) sier at derfor er tid og vilje to vesentlige faktorer for å unngå forvirring.

Mine funn indikerer en tendens til at støy alene ikke nødvendigvis utløser støyreducerende tiltak. Der forutsetningene er til stede for et godt måltid i rolige omgivelser lykkes pleierne i større grad å bevare denne stemningen. Men når uro og støy fester sitt grep om miljøet, kan det se ut til at støyreducerende tiltak ikke ligger klare. Pleierne tar ikke miljøterapeutiske grep for å begrense utviklingen. Støybildet forverres og fører til at pasientene blir redde, og ytrer frykt for konsekvensene. Jeg ser dette i sammenheng med Dewing (2010) sin beskrivelse av pleiernes forhold til agitasjon, hvor pleierne opplever det som svært utfordrende, og hvor de opplever en følelse av maktesløshet. Tross en maktesløshet peker studien til Selbæk et al. (2007) på høy foreskriving av psykofarmaka til denne pasientgruppen, som kan tyde på at

medikamentelle tiltak ved atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens velges før miljøterapeutiske tiltak.

Når målet er å skape trygghet, mening, og forutsigbarhet (Helse - og omsorgstjenesteloven; Kvalitetsforskrift for pleie - og omsorgstjenestene; Verdighetsgarantiforskriften) blir støy, kaos og frykt en grell kontrast. Rommeligheten fylles av faktorer en ønsker å unngå, og begrepet hjemlighet blir fjernt. Pasientene spiser middag i et miljø hvor de færreste ville blitt sittende. Evnen til å vite av alternativer – og velge bort er sterkt nedsatt.

11 Sammenfatning

Hensikten med denne studien har vært å sette søkelyset på fenomenet støy, og hvordan dette viser seg i tilrettelagte enheter for personer med demenslidelser. Fenomenet støy er belyst gjennom faglitteratur og ved beskrivelser fra observasjonsstudien. Forforståelsen som jeg gikk inn i prosjektet med, ble ytterligere utfordret i møte med metodelitteraturen og feltet. Studiens funn peker på at sårbarheten jeg antok jeg ville finne jf. min egen forforståelse, også befant seg ute i den virkelige verden. Denne måtte likevel problematiseres i møte med metodelitteratur og tidligere forskningslitteratur.

Denne studien peker på at støy opptrer ut av ulike lydkilder og situasjoner. Ser man funnene samlet har de fysiske rammene, driften og pleierne en betydning for hvordan støy fremtrer i en tilrettelagt enhet. Samtidig spiller den kognitive svikten hos pasientene inn, ved at konsekvenser av sårbarhet for sanseinntrykk også kan føre til at lydbildet forverres. Utfordringen dette gir henstiller både en oppmerksomhet til bevissthet omkring lydkilder, potensielle konsekvenser og sårbarheten hos pasientene. Dette støttes av tidligere forskning.

Jeg ble overrasket over kompleksiteten støy og stillhet representerer, og det faktum at lyder i noen tilfeller også kan bety trygghet. Å høre at det ryddes forsiktig i bakgrunnen, kan gi personen en bekreftelse på at han ikke er alene. Dette har bidratt til å øke egen forståelse omkring temaet og videreutviklet denne. Jeg ble også overrasket over at uro ikke ble en større del av funnene enn de ble. Dette utfordret meg ytterligere til å se nærmere på mer forsiktede uttrykk enn den fysisk – og verbalt agiterte adferden. Jeg har blitt nysgjerrig på fysiske responser ved støy hos personer med demens i tilrettelagte enheter, som vil følge meg videre etter denne studien.

Studien viser at støy er en del av tilværelsen på tilrettelagte enheter på sykehjem, og at støy representeres ved flere ulike lydkilder. Utfordringen ser ut til å øke ved at disse lydkildene tidvis opptrer samtidig. Konsekvensene viser seg både hos pasientene og hos pleierne.

Pasientene er sårbare for sanseintrykkene, samtidig som pleierne også ser ut til å påvirkes av disse. Et utfordrende lyd miljø kan frata både pasienter og pleiere oversikt, og skape mer eller mindre kaos i situasjonen. En må likevel anta at det er ulikt hvordan den enkelte opplever de ulike sanseintrykkene. Identifiseres det hvilke pasienter som er spesielt sårbare for sanseintrykk, bør dette nedtegnes og gjøres kjent blant pleierne. Det er betydningsfull informasjon for å kunne personsentrere omsorgen. Noen kan være langt mindre sensitive for disse enn andre. Det kan være personer med demens som er mindre følsomme for dette enn mastergradsstudenter som brenner for temaet.

12 Implikasjoner for praksis

Tidligere i oppgaven stilte jeg spørsmålet; hvor tilrettelagt er de tilrettelagte enhetene for personene som bor der? Bevisstgjøring innen blant annet personsentrert omsorg, har ført til at mange ansatte har fått økt sin kunnskap og fylt på med miljøterapeutiske verktøy til det daglige arbeidet og omsorgen i tilrettelagte enheter. Jeg peker også på at der finnes forbedringspunkter, uten at støyreducerende tiltak var et hovedfokus i denne studien jf. hensikten og forskningsspørsmålene.

Forskning ser ut til å enes om at bevisstgjøring rundt fenomenet støy er en konstruktiv metode for å bringe støyreduksjon på tilrettelagte enheter et steg videre. Det poengteres dog at bevisstgjøring ikke er et stunt man gjør én gang – det kreves engasjement og fokus over tid.

Studiens første funn «å velge sine ord med omhu», belyser at pleieres kommunikasjonsform kan diskuteres for å bedre tilrettelegge fellesmiljøet. En slik bevisstgjøring kan gjøre lyd miljøet mer oversiktlig og forståelig for pasientene, det kan bedre informasjonsflyten mellom ansatte, og gi en mer personsentrert omsorg, individuelt og til miljøet som helhet.

Studiens andre funn omhandler det «å omgi seg med kolliderende lydbilder». Måltidet viser seg som en særlig sårbar setting for pasienter med demenslidelser, da aktiviteten samler alle på et lite område og mange ulike deloppgaver skal gjennomføres på relativt kort tid. En slik aktivitet, som gjennomføres flere ganger daglig, har et stort potensiale ved bevisstgjøring og planlegging. Det er også beskrevet et slikt lykket måltid under observasjonen, som igjen peker

på at planlegging kan ha stor betydning for resultatet, og ikke minst – det er mulig å få til. Øvrige aktiviteter kan også tjene på god struktur, da forutsigbarhet gir gode forutsetninger for en personsentrert omsorg. Når miljøet gjøres forutsigbart og oversiktlig, skaper dette også rammer for å sanse og romme de ulike uttrykk som kommuniseres.

«Å være sårbar i fellesskapet» ble overskriften på det tredje funnet i studien. Studien peker på at pasientene er utsatt for ulike sanseintrykk i fellesmiljøet, samtidig som pasientene ser ut til å være avhengig av rammene. Sårbarheten økes når pleierne er fraværende, eller når pasienter og pleiere samles ved måltidene. Det som derimot ser ut til å redusere sårbarheten, er pleiernes tilstedeværelse og nærhet til pasientene. I stunder hvor en lykkes å begrense pasientens sanseintrykk, ser det også ut til at dette myndiggjør pasientene.

Det fjerde funnet «å spise med hjertet i halsen» viser til situasjoner med uro, hvor pasientene ble engstelige og fryktet konsekvensene av uroen i rommet. Stemtheten i rommet ble ladet av negativ stemning, og pasientene havnet i uheldige situasjoner. Det kan tenkes at en tydeligere personsentrert tilnærming til tradisjonelle fellesskapsaktiviteter og bevissthet omkring støyreduksjon, kan øke tryggheten når flere skal samles om fellesaktiviteter.

En tilrettelagt enhet for personer med demens blir dermed tilrettelagt ved en kontinuerlig bevissthet på hva dette betyr i praksis for de som bor der. Det er et tema som aldri bør miste sin aktualitet.

13 Litteraturliste

- Aasvang, G. M., Engdahl, B., & Krog, N. H. (2014). *Støy - Folkehelse rapporten 2014*. Retrieved from Oslo:
- *Agulnik, P., Hills, J., Le Grand, J., & Piachaud, D. (2002). *Understanding social exclusion*. Oxford: Oxford University Press.
- Alvsvåg, H., & Førland, O. (2014). *Rom for omsorg?* (F. F. Jacobsen Ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Bakker, R. (2003). Sensory loss, dementia, and environments. *Generations*, 27(1), 46-51 46p. Retrieved from <http://ezproxy.diastud.no/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106687849&site=ehost-live>
- Balteskard, B. (2015). Rom for alderdommens sårbarhet. In T. A. Kjær & K. Martinsen (Eds.), *Utenfor tellekantene. Essays om rom og rommelighet*. (pp. 77-91). Bergen: Fagbokforlaget.
- **Balteskard, B., Storli, S. L., & Martinsen, K. (2013). Hendene husker ulla's uttrykk. Om betydningen av å gjøre tilværelsen rommelig for pasienter på sykehjem. In H. Alvsvåg, Å. Bergland, & O. Førland (Eds.), *Nødvendige omveier. En vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag*. Oslo: Cappelen Damm.
- Bergland, Å., & Kirkevold, M. (2011). Personer med demens. Hva fremmer trivsel og velvære? Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens? *Sykepleien forskning*, 1(6), 14-25.
- Berglund, B., Lindvall, T., & Schwela, D. H. (1995). *Community Noise - Environmental Health Criteria Document. External Draft*. Retrieved from Geneva:
- ***Brooker, D. (2010). Quality: the perspective of the person with dementia. In M. Downs & B. Bowers (Eds.), *Excellence in Dementia Care. Research into Practice*. Berkshire: Open University Press.
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg. Veien til bedre tjenester* (J. Røsvik & M. Mjørud, Trans.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Burgio, L., Scille, K., Hardin, J. M., Hsu, C., & Yancey, J. (1996). Environmental 'white noise': an intervention for verbally agitated nursing home residents. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 51B(6), P364-373 361p. Retrieved from <http://ezproxy.diastud.no/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=107314856&site=ehost-live>
- Carling, F. (2012). *I et rom i et hus i en hage*. Oslo: Gyldendal.
- Christensen, Martin. (2005). Noise levels in a General Surgical Ward: a descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 156-164.
- Daatland, S. O., & Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dewing, J. (2009). Caring for people with dementia: noise and light. *Nursing Older People*, 21(5), 34-38 35p. Retrieved from <http://ezproxy.diastud.no/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105353140&site=ehost-live>
- Dewing, J. (2010). Responding to agitation in people with dementia. *Nursing Older People*, 22(6), 18-25 18p. Retrieved from <http://ezproxy.diastud.no/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105040999&site=ehost-live>
- Dube, J. A. O., Barth, M. M., Cmiel, C. A., Cutshall, S. M., Olson, S. M., Sulla, S. J., . . . Holland, D. E. (2008). Environmental noise sources and interventions to minimize them: a tale of 2 hospitals. *Journal of Nursing Care Quality*, 23(3), 216-226 211p. Retrieved from <http://ezproxy.diastud.no/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105784119&site=ehost-live>
- Edvardsson, D. (2015). Notes on person-centred care: What it is and what it is not. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 35(2), 65-66 62p. doi:10.1177/0107408315582296

- Engedal, K. (2008). *Lærebok Alderspsykiatri i praksis*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2006). *Lærebok Demens. Fakta og utfordringer* (Vol. 4). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Ericsson, I. (2011). Förhållningssätt i vården och omsorgen av äldre. In M. E. Bravell (Ed.), *Äldre och åldrande. Grundbok i gerontologi* (pp. 308-320). Stockholm: Gothia Förlag.
- Fangen, K. (2011). *Deltakende observasjon* (Vol. 2). Bergen: Fagbokforlaget.
- Forskrift for sykehjem m.v. *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie*. Retrieved from <https://lovdata.no/forskrift/1988-11-14-932>.
- Garre-Olmo, J., López-Pousa, S., Turon-Estrada, A., Juvinyà, D., Ballester, D., & Vilalta-Franch, J. (2012). Environmental Determinants of Quality of Life in Nursing Home Residents with Severe Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(7), 1230-1236 1237p. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.04040.x
- Gilje, N., & Grimen, H. (2013). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. (Vol. 15). Oslo: Universitetsforlaget.
- Gjøra, L., Eek, A., & Kirkevold, Ø. (2015). *Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens 2014. Demensplan 2015*. Retrieved from Tønsberg:
- Hall, G. R., & Buckwalter, K. C. (1987). Progressively lowered stress threshold: a conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1(6), 399-406 398p. Retrieved from <http://ezproxy.diastud.no/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=107552078&site=ehost-live>
- Hauge, S. (2004). *Jo mere vi er sammen, jo gladere vi blir? - ein feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim*. Universitetet i Oslo, Oslo.
- Helse - og omsorgstjenesteloven. *Lov av 24. juni 2011 nr.30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Retrieved from <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>.
- Helsepersonelloven. *Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonelloven m.v.* Retrieved from <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>.
- Hsu, T., Ryherd, E., Wayne, K. P., & Ackerman, J. (2012). Noise pollution in hospitals: impact on patients. *JCOM*, 19(7), 301-309.
- Jakobsen, R. (2007). *Ikke alle vil spille bingo. Om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jakobsen, R. (2012). *Nærvær når identitet er truet. En studie av god omsorg til personer i særlig sårbare situasjoner*. Universitetet i Nordland, Bodø.
- Joesse, L. L. (2012). Do Sound Levels and Space Contribute to Agitation in Nursing Home Residents with Dementia? *Research in Gerontological Nursing*, 5(3), 174-184 111p. doi:10.3928/19404921-20120605-02
- **Kjær, T. A., & Martinsen, K. (2015a). Ettetankens rom *Utenfor tellekantene. Essays om rom og rommelighet* (pp. 13-26). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kjær, T. A., & Martinsen, K. (2015b). Forord *Utenfor tellekantene. Essays om rom og rommelighet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kvalitetsforskrift for pleie - og omsorgstjenestene. *Forskrift om kvalitet i pleie - og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* Retrieved from <https://lovdata.no/forskrift/2003-06-27-792>.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring* (Vol. 3). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2012a). Filosofi og fortellinger om sårbarhet. *Klinisk sygepleje*, 26(2), 30-37.
- Martinsen, K. (2012b). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe.

- Martinsen, K. (2014). Vil du meg noe? Om sårbarhet og travelhet i helsevesenets rom. In H. Alvsvåg, O. Førland, & F. F. Jacobsen (Eds.), *Rom for omsorg?* Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2015). Er sykeværelset med interiør og ting hjelpende? - om sted og stedstap i helsevesenet *Utenfor tellekantene. Essays om rom og rommelighet* (pp. 199-227). Bergen: Fagbokforlaget.
- Nightingale, F. (2009). *Notes on nursing. A guide for today's caregivers*. Scotland: Baillière Tindall/Elsevier.
- Pasient - og brukerrettighetsloven - pbrl. *Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient - og brukerrettigheter*. Retrieved from <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- **Ragneskog, H. (2004). Goda och dåliga ljudmiljöer. In H. Wijk (Ed.), *Goda miljöer och aktiviteter för äldre* (pp. 79-88). Lund: Studentlitteratur.
- *Rokstad, A. (2005). *Kommunikasjon på kollisjonskurs : når atferd blir vanskelig å mestre* ([2. utg.]. ed.). Tønsberg: Forl. aldring og helse.
- *Rokstad, A. (2012). *Bedre hverdag for personer med demens: utviklingsprogram for miljøbehandling : demensplan 2015*. Tønsberg: Aldring og helse.
- Rokstad, A. (2013). *Person-centred dementia care to prevent and treat neuropsychiatric symptoms and enhance quality of life in nursing home patients: the role of leadership and the use of dementia care mapping* (Vol. no. 1637). Oslo: Unipub.
- Rokstad, A. (2014). *Se hvem jeg er. Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ruud, E. (2005). *Lydlandskap. Om bruk og misbruk av musikk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Selbæk, G., Kirkevold, Ø., & Engedal, K. (2007). The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(9), 843-849. doi:10.1002/gps.1749
- Skjervheim, H. (1957, 2002). *Deltakar og tilskodar. I: Mennesket*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Slettebø, Å. (2014). Juridiske rammer og etiske utfordringer. In M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Eds.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (Vol. 2, pp. 212-223). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Thagaard, T. (2011). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (Vol. 3). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thomassen, M. (2007). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse -og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- *Tjora, A. (2013). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (Vol. 2). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- **Ulstein, I. (2012). Demens. In H. A. Nygaard (Ed.), *Tverrfaglig geriatri. En innføring* (Vol. 3). Bergen: Fagbokforlaget.
- Verdighetsgarantiforskriften. *Forskrift om en verdig eldreomsorg*. Retrieved from <https://lovdata.no/forskrift/2010-11-12-1426>.
- Wogn-Henriksen, K. (2012). *Du må...skape deg et liv: en kvalitativ studie om å oppleve og leve med demens basert på intervjuer med en gruppe personer med tidlig debuterende Alzheimers sykdom*. NTNU, Trondheim.

Selvvalgt pensumlitteratur merket med *:

*Som angitt i litteraturliste

**Hel bok

***Downs & Bowers, 300 sider

Totalt antall sider selvvalgt litteratur: 3109 sider

14 Vedlegg

Vedlegg 1: Brev; forespørsel om gjennomføring av observasjonsstudie

Vedlegg 2: Samtykkeskjema, forskningsprosjekt

Vedlegg 3: Informasjonsbrev

Vedlegg 4: Samtykke, fokusgruppe

Vedlegg 5: Intervjuguide

Vedlegg 6: Tilbakemelding fra NSD

Vedlegg 7: Prosjektvurdering

Adresse:

Dato:

Forespørsel om å få gjennomføre en observasjonsstudie, samt ett fokusgruppeintervju vedsykehjem

Takk for hyggelig telefonsamtale. Her kommer informasjonen sammenfattet, samt samtykket som jeg ber returneres til meg pr. post. Forespørselen går ut til flere, og de to første som sender samtykket tilbake inngår i forskningsprosjektet. Bekreftelse sendes ut i etterkant.

Jeg er student ved Mastergradsstudiet Helsetjenester til eldre, som er et samarbeid mellom Lovisenberg Diakonale Høgskole og Diakonhjemmet Høgskole i Oslo. I mitt avsluttende arbeid vil jeg skrive om støy ved norske sykehjem, og hvordan dette oppleves og håndteres av pasienter og ansatte.

Min veileder er 1. amanuensis Rita Jakobsen, Lovisenbergsgt. 15B, 0456 Oslo. Hun har veilederansvar for meg og mitt forskningsprosjekt. Hun kan kontaktes på telefon 950 32 166 eller på e-post: rita.jacobsen@ldh.no

Tema for masteroppgaven er:

«Støy – ‘jeg vil ikke være her’»

Mine forskningsspørsmål vil være:

- På hvilken måte fremstår støy av ulik karakter i en skjermet sykehjemsavdeling?
- Hvordan påvirker ulike typer støy samhandlingen på en avdeling?

Jeg skal gjennomføre en kvalitativ studie som er to-delt. Først vil jeg gjennomføre et observasjonsstudie i et miljø hvor både pasienter og ansatte samhandler (oppholdsrom, stue, spiserom). Observasjonene vil foregå på en dagvakt og en aftenvakt. Jeg ønsker å kunne gjennomføre dette ved to ulike sykehjem, totalt fire vaktskift.

I etterkant vil jeg gjennomføre et fokusgruppeintervju, ved ett av sykehjemmene. Fokusgruppen rekrutteres fra begge sykehjemmene, hvor 2 ansatte fra hvert av sykehjemmene deltar.

Tidsbruk: Observasjonsstudiet vil følge vaktplan for en dagvakt og en aftenvakt. Fokusgruppeintervjuet vil tentativt ta 1,5-2 timer.

Det vil ikke bli innsamlet andre data (fra registre, journaler etc) enn de jeg får gjennom observasjon og fokusgruppeintervjuet.

Styrer/avdelingssykepleier ved de to sykehjemmene må skrive under på samtykket til at jeg gis muligheten til å gjennomføre dette forskningsprosjektet. Dersom min forespørsel aksepteres av Dem, håper jeg De kan være behjelpelig med å sende forespørsel (vedlagt brev) til dine ansatte. Det er ønskelig, men ikke et krav, med noe spredning i alder/ansiennitet. De 4 første (samlet fra begge sykehjemmene) som skriftlig samtykker inngår som informanter i forskningsprosjektet.

Jeg har taushetsplikt. Alle data vil bli behandlet konfidensielt.

Det vil bli benyttet bærbar pc, lydopptaker samt minnepenn som vil være forsvarlig innelåst når dette ikke er i bruk.

Datamaskinen er beskyttet med personlig SMART-kort med personlig pin-kode. Det transkriberte materialet og opptak oppbevares hver for seg innelåst. Samtykkeerklæringen fra informantene vil bli oppbevart i en lukket konvolutt; innelåst ved høgskolens arkiv, og adskilt fra resten av datamaterialet.

Etter endt mastergrad vil funnene fra prosjektet publiseres som artikkel i et relevant tidsskrift.

Personlige opplysninger fjernes helt fra datamaterialet og selve masteroppgaven. Informantene vil bli aidentifisert. Kun jeg oppbevarer lydbånd og tekstmateriale; kodet (pin-kode-tilgang) og forsvarlig innelåst. Lydfiler slettes når de er transkribert, og det transkriberte intervju vil bli slettet etter ett år og artikkel er produsert.

Deltakere vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner i etterkant.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15. desember 2016. Dette er ett år etter innlevert mastergrad.

Det er frivillig å delta i studien, og informantene kan når som helst trekke sitt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom en trekker seg, vil alle opplysninger bli fjernet fra materialet.

Håper på positivt svar, og jeg ser frem mot et godt samarbeid. På forhånd takk!

Vennlig hilsen

Kjetil Heggem

Samtykke til at mastergradsstudent Kjetil Heggem får gjennomføre
forskningsprosjekt ihht plan (vedlagt side 1-2)

Jeg har mottatt informasjon om studien, og samtykker til forskningsprosjektet ved sykehjem.

(Signert av styrer/avdelingssykepleier, dato)

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med

Mastergradsstudent Kjetil Heggem

Telefonnummer: 40 24 30 10

Mail: kjetilheggem@hotmail.com

Mastergradsveileder Rita Jakobsen

Telefonnummer: 95 03 21 66

Mail: rita.jacobsen@ldh.no

Studien er meldt til, og tilrådd av, Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Ta gjerne en kopi av samtykket, som du selv kan beholde.

Originalen av samtykkeskjemaet sendes i vedlagt frankert konvolutt til:

Kjetil Heggem, Eggevegen 9 – 6240 ØRSKOG

Informasjon om planlagt forskningsprosjekt ved sykehjem

Jeg er student ved Mastergradsstudiet Helsetjenester til eldre, som er et samarbeid mellom Lovisenberg Diakonale Høgskole og Diakonhjemmet Høgskole i Oslo. I mitt avsluttende arbeid vil jeg skrive om støy ved norske sykehjem, og hvordan dette oppleves og håndteres av pasienter og ansatte.

Min veileder er 1. amanuensis Rita Jakobsen, Lovisenbergsgt. 15B, 0456 Oslo. Hun har veilederansvar for meg og mitt forskningsprosjekt.

Jeg skal gjennomføre en kvalitativ studie som er to-delt. Først vil jeg gjennomføre et observasjonsstudie i et miljø hvor både pasienter og ansatte samhandler (oppholdsrom, stue, spiserom). Observasjonene vil foregå på en dagvakt og en aftenvakt. I etterkant vil jeg gjennomføre et fokusgruppeintervju, med ansatte fra begge sykehjemmene. Et fokusgruppeintervju er en forskerstyrt gruppediskusjon rundt et forhåndsvalgt tema.

Dette brevet går ut til aktuelle ansatte ved sykehjem som jeg ønsker å rekruttere til dette fokusgruppeintervjuet. Fokusgruppen rekrutteres fra begge sykehjemmene, hvor 4 ansatte deltar. I tillegg vil jeg ta med meg en medskriver. De 4 første som skriftlig samtykker inngår som informanter i forskningsprosjektet.

Tidsbruk: Observasjonsstudiet vil følge vaktplan for en dagvakt og en aftenvakt. Fokusgruppeintervjuet vil tentativt ta 1,5-2 timer.

Jeg har taushetsplikt. Det vil ikke bli innsamlet andre data (fra registre, journaler etc) enn de jeg får gjennom observasjon og fokusgruppeintervjuet. Alle data vil bli behandlet konfidensielt. Personlige opplysninger fjernes helt fra datamaterialet og selve masteroppgaven. Informantene vil bli aidentifisert. Kun jeg oppbevarer lydbånd og tekstmateriale; kodet (pin-kode-tilgang) og forsvarlig innelåst. Lydfiler slettes når de er transkribert, og det transkriberte intervju vil bli slettet etter ett år og artikkel er produsert. Deltakere vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner i etterkant.

Det er frivillig å delta i studien, og informantene kan når som helst trekke sitt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom en trekker seg, vil alle opplysninger bli fjernet fra materialet.

Ønsker du å delta i fokusgruppeintervjuet ber jeg deg om å underskrive samtykket (side 5) som er vedlagt dette brevet, og sende det i ferdig frankert konvolutt til adressen som er oppgitt.

Vennlig hilsen

Kjetil Heggem

Samtykke til deltakelse i forskningsprosjektet ihht plan (vedlagt side 4)

Jeg har mottatt informasjon om studien, og samtykker med dette til å delta i fokusgruppeintervjuet.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Mobilnummer og evt mailadresse som du kan nås på for nærmere avtale om sted og tid:

Mobilnummer:

E-mailadresse:

Studien er meldt til, og tilrådd av, Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med

Mastergradsstudent Kjetil Heggem

Telefonnummer: 40 24 30 10

Mail: kjetilheggem@hotmail.com

Mastergradsveileder Rita Jakobsen

Telefonnummer: 95 03 21 66

Mail: rita.jacobsen@ldh.no

Ta gjerne en kopi av samtykket, som du selv kan beholde.

Originalen av samtykkeskjemaet sendes i vedlagt frankert konvolutt til:

Kjetil Heggem, Eggevegen 9 – 6240 ØRSKOG

Intervjuguide

Oppstart og for å bli kjent:

Fokusgruppen starter med at jeg takker informantene for at de stiller opp, og med at jeg presenterer meg selv.

Videre gjør jeg rede for hensikten med studiet, tiden vi har til disposisjon og hvordan fokusgruppeintervjuet tenkes gjennomført.

Jeg refererer til samtykket hver enkelt har signert, og gjentar at deltakelsen er frivillig, og at de kan avslutte sin deltakelse når som helst. Dersom det er spørsmål informanten ikke ønsker å besvare aksepteres det. Jeg informerer om at fokusgruppeintervjuet tas opp på bånd, og minner på alle hensyn som tas av meg med tanke på å sikre anonymitet og aidentifisering.

Har informantene noen spørsmål før vi starter?

Datainnsamling:

Jeg ønsker at informantenes erfaringer med temaet skal være ledende gjennom fokusgruppeintervjuet, støttet og drevet frem av mine undringer og oppfølgingsspørsmål. Jeg velger derfor å innta et bredt perspektiv på støybegrepet.

Intervjuguiden vil derfor være en støtte for meg, ved å være undrende rundt følgende spørsmål:

1. Hvilke typer støy opplever dere på deres avdeling, og spesielt i fellesarenaer?
2. Kan dere beskrive en slik situasjon?
3. Hvorfor mener dere at dette er støy?
4. Hvilke faktorer er det som skaper og opprettholder støy?
5. Er det typer støy som kan oppleves annerledes for dere, og for pasientene?
6. Er støy noe dere tenker på som en utfordring for deres pasienter?
7. På hvilken måte er dette en utfordring for dem?
8. Hvorfor er dette en utfordring for dem?

Avslutningsvis ønsker jeg å spørre informantene om det er noe de ønsker å utdype eller tillegge. Samt å spørre hvordan det opplevdes å delta i fokusgruppen. Helt til slutt vil hver enkelt bli takket for deltakelsen i fokusgruppeintervjuet.



Rita Jakobsen
Lovisenberg Diakonale Høgskole
Lovisenberggata 15b
0456 OSLO

Vår dato: 23.10.2014

Vår ref: 40325 / 3 / SSA

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 16.10.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>40325</i>	<i>Støy - Jeg vil ikke være her</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Lovisenberg diakonale høgskole, ved institusjonens overste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Rita Jakobsen</i>
<i>Student</i>	<i>Kjetil Heggem</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Sondre S. Arnesen

Kontaktperson: Sondre S. Arnesen tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Kjetil Heggem kjetilheggem@hotmail.com

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices

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



Vi kan ikke se at det behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Det ligger til grunn for vår vurdering at alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet er anonyme.

Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken:

- direkte via personentydige kjennetegn (som navn, personnummer, epostadresse e.l.)
- indirekte via kombinasjon av bakgrunnsvariabler (som bosted/institusjon, kjønn, alder osv.)
- via kode og koblingsnøkkel som viser til personopplysninger (f.eks. en navneliste)
- eller via gjenkjennelige ansikter e.l. på bilde eller videoopptak.

Personvernombudet legger videre til grunn at navn/samtykkeerklæringer ikke knyttes til sensitive opplysninger.