

Korleis vektlegger pasientar og personale ved psykiatriske sjukehus i Norge kva som er god omsorg?

Frode Skorpen
reg. nurse/Cand. San.
Kjell Kristoffersen Dr.polit
Førsteamanuensis

Introduksjon

Teoretisk skildring av omsorg slik som den norske sjukepleiaren/filosofen Kari Martinsen (1) og den amerikanske sjukepleiaren/antropologen Madeline M. Leininger framstiller omgrepet (2) gjev kunnskap om korleis ein kan forstå omsorg som omgrep. Systematiske studie av korleis pasientane opplever den omsorg som dei mottok gjev også viktige bidrag til forståing av omgrepet omsorg. Brukarmedverknad er i Noreg lovpålagt (3), det inneberer at pasienten skal ha avgjerande innverknad på den omsorg og behandling han mottok. Innafor psykisk helsevern har det dei siste årene vore eit auka fokus på dette (3). I kva grad det er samsvar i mellom korleis pasientar og personale vektlegg omsorgshandlingar er viktig kunnskap å ha med. Tidlegare forskning av von Essen & Sjöden (4) i Uppsala, Sverige ved hjelp av instrumentet Care Q synte at det innafor nokre område er skilnad mellom korleis pasientar og personale vektlegg omsorgshandlingar. Pasientane rangerte her som viktigast å få informasjon om sjukdommen, mens personale rangerte dette som minst viktig ($p < 0,001$). Personale rangerte som viktigast subskalaen hjelpe-tiltak, pasientane rangerte dette som nest viktigast ($p < 0,05$) (4). Andre studie av Sullivan og Yudelowitz i USA, (5), Ricketts og Kirshbaum (6), Richmond og Roberson (7), Hansson m.fl (8) og Korkeila m.fl. (9) viser same tendensar.

Det har den siste tida vorte eit aukande fokus på kjønnspektivet innafor omsorgsyra. Ekstrom (10) seier at sjukepleieyrket tradisjonelt har vore, og er framleis kvinnedominert. Ekstrom nytta seg av instrumenta, the Nursing Caring Questionnaire (NCQ) og the Patient Caring Questionnaire (PCQ). Mannlege sjukepleiarar uttrykkjer seg på ein annan måte enn kvinner om kva

omsorg er, men dei gjer det ikkje i utføring av omsorg. Pasientane meinte at kjønn hjå sjukepleiarane hadde innverknad på korleis omsorg vart utført (10). Lutzen og Nordin (11) sine studie i Sverige ved hjelp av The Moral Sensitive Questionnaire viser at kjønn, erfaring og utdanning er alle faktorar som innverkar på å ta moralske avgjersler i utøving av psykiatrisk sjukepleie (11). Greenhalgh, Vanhanen og Kyngas (12) nytta Care Q Questionnaire blant somatiske og psykiatriske sjukepleiarar ved somatisk og psykiatrisk sjukehus i Finland. Særleg for psykiatriske sjukepleiarar var kjønn og utdanning faktor som hadde innverknad på vektlegging av omsorgshandlingar. Mannlege sjukepleiarar vektla som mindre viktig omsorgshandlingar som; å vera tilgjengeleg, knytte fortrolige forhold, og trøste og hjelpe pasienten (12).

Gilloran (13) gjorde eit kvalitativt studie blant kvinnelege og mannlege personale ved tre psykogeriatriske avdelingar i Skotland. Personale av begge kjønn meinte at; mannlege pasientar kulturelt hadde lært å gje fysisk og verbalt uttrykk for aggresjon, mannlege pasientar forventta i større grad at sjukepleiarane gjorde ting for dei, mens kvinnelege pasientar var meir interessert i å bli sjølvstendige. Kvinnelege personale meinte at dei ofte fekk tyngre arbeid, var betre organisert og meir ryddige enn mannlege kollegaer. Mannlege personale opplevde at dei var dyktigare til å ta avgjersler, mens kvinner bruker kjensle og intuisjon (13). Salokangas m.fl. (14) gjorde i Finland eit nasjonalt studie blant 1750 mannlege og 1506 kvinnelege langtidspasientar med diagnosen Schizofreni. Kjønn, og sivil status (einsleg – gift/samboar) var avgjerande faktorar for korleis pasientane opplevde sin livskvalitet. Einslege menn var den gruppa som rapporterte lågast

livskvalitet (14) Hallstrom (15) sine studie i Sverige (15) viser at menn og kvinner har like stor risiko for å få lidinga schizofreni, men dei meistarar lidinga ulikt. Fleire menn vert einlege og får dårlegare sosial fungering enn kvinnene. Risikoen for å bli innlagt for depresjon før ein var 80 år var 49% for kvinner og 28% for menn (15).

Mål med studiet

Med bakgrunn i frå tidlegare forskning og studie gjennomført så vil denne artikkelen forsøke å svare på to forsknings spørsmål: 1) Er det samsvar mellom pasientar og personale ved psykiatriske avdelingar i vektlegging av omsorgshandlingar? og 2) Har kjønn innverknad på korleis pasientar og personale ved psykiatriske avdelingar vektlegg omsorgshandlingar?

Metode

Comparative survey design vart nytta som metode (16). 13 avdelingar ved fire psykiatriske sjukehus innafor Hordaland fylke i Noreg deltok i studiet. Sjefslegar, sjefsjukepleiarar og forskar (Skorpen) avgjorde i forhold til føremålet med studiet kva avdelingar som vart inkludert i studiet. Utvalet var slupmessig. Tidspunkt for gjennomføring av studiet var avgjerande faktor for om pasientane fekk tilbod om å delta i studiet. Inklusjons og eksklusjonskriteria var i samsvar med kriteria hjå von Essen & Sjöden (4).

Instrument «Caring assessment instrument (CARE-Q) vart nytta (17). Care-Q er konstruert av Patricia J. Larson (17) med formålet å måla korleis pasientar og pleiepersonale ved onkologiske avdelingar vektlegg omsorgshandlingar. Instrumentets originalutgåve er engelsk og vart oversett til norsk av profesjonell translator etter gjeldande reglar for oversetjing (18). Bruk av Care-Q på ein psykiatrisk avde-

HOW DO PATIENTS AND STAFF AT PSYCHIATRIC HOSPITALS IN NORWAY RANK WHAT IS GOOD CARE.

ABSTRACT

The study addresses the following two questions: 1) Do the patients and staff at psychiatric hospitals hold similar or divergent views with regard to what is good care?

2) Does gender influence how patients and staff at psychiatric hospitals rank the importance of what is good care? The study was carried out by a survey design. Four hospitals in western Norway with a total of 65 patients and 79 staff took part. A revised version of the Care Q instrument was used.

The results show that both groups rank human interaction between patients and staff as the most important care procedure. Physical nursing and monitoring functions were considered the least important care procedures by both groups. The results also show a statistically significant difference between patients and staff with regard to 15 out of 50 individual statements. As an example the statement «is honest about your mental problems», and «gets to know the patient as an individual person» was ranked as much more important by patients than by staff. The study also indicates that the gender of patients and staff may influence how they rank the importance of care procedures.

KEY WORDS: caring, gender, psychiatric nursing.

Utval		
Tabell 1. Demografiske bakgrunnsvariablar hjå pasientane (n=65)		
		N
Kjønn:	Menn	30
	Kvinner	35
Alder (år)	18 – 25	17
	25 – 35	19
	36 – 50	21
	51 – 65	8
	66 >	–
Utdanning	Grunnskule	13
	Vidaregåande	25
	Høgskule/Universitet	17
	Fagutdanna	8
	Annen bakgrunn	2
Behandlingsdiagnose	?	3
	Angst/depresjon	6
	Borderline	3
	Depresjon	13
	Livsstilssjukdom	1
	Manisk depressiv	9
	Paranoid psykose	1
	Schizoaffektive	1
	Schizofreni	7
	Missing	21
Lengde på opphaldet	1–7 dagar	2
	7 dagar – ein måned	16
	Ein måned – 1/2 år	18
	1/2 år og meir	20
	Missing	9
Innlagt tidlegare?	Ja	40
	Nei	25
Sivil status	Gift/sambuar	15
	Ikkje gift/sambuar	4
	Missing	5

ling gjorde det naudsynt å endra (modifisera) på nokre utsegn. Modifiseringa vart gjort av Skorpen (19) slik at ein beheldt det generelle innhaldet i kvart spørsmål, men tilpassa det til psykiatrisk omsorg. Modifiseringa er i tråd med endringar som vart gjort av von Essen (4). 17 av 50 utsegn vart endra. 11 spørsmål vart endra slik at innhaldet vart meir relevant for omsorgshandlingar i forhold til pasientar med psykisk lidning. Døme på dette eruten at du har ringt, for å tilby f.eks. smertestillende medisin, ryggmassasje osv. vart endra til

uten at du har tatt kontakt, for å tilby deg f.eks. gå ein tur, snakke saman o.s.v. Døme 2:kommer hurtig når du ringer? Vart endra til kommer hurtig når du ber om hjelp? 4 spørsmål vart endra for å klargjere spørsmåla. Døme: ..tilbyr deg alternativer når det gjelder avtaletider, stelletider osv.? vart endra til tilbyr deg alternativer når det gjelder avtaletider, turer ut, mulighet for å få servert måltidene osv.? 2 spørsmål vart forenkla. Døme: ...ser profesjonell ut, går i klede som viser kva ho/han er og har namneskilt vart endra tilser profe-

Tabell 2. Demografiske bakgrunnsvariablar hjå personale (n= 79)

		N
Kjønn	Mann	11
	Kvinner	62
	Missing	6
Alder	t.o.m. 25 år	3
	26 – 35 år	15
	36 – 49 år	29
	50 år og meir	27
	Missing	5
	Utdanning	Spes. Spl
	Sjukepleiar	14
	Hjelpepleiar	24
	Ufaglært	7
	Missing	4
Tilsett i år	? – 1 år	2
	1 – 2 år	8
	2 – 5 år	17
	6 år og meir	41
	Missing	11
Sivil status	Ikkje gift/sambuar	14
	Gift/sambuar	60
	Missing	5

sjonell ut og har namneskilt. Fem fagpersonale vart kontakta for å vurdere endringane som vart gjort. Dette var medlem av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Vest-Norge, Dr.polit/psykiatrisk sjukepleiar (medforfattar), tre psykiatriske sjukepleiarar (høgskulelektorar) ved Høgskolen Stord/Haugesund. Etter små justeringar vurderte fagpersonale at instrumentet kunne nyttast overfor pasientar med psykisk lidning (19). For komplett oversikt over original og modifisert instrumentet vises det til Skorpen (19).

Modifisert CARE-Q (19) består av 50 kort. Kvart kort inneheld eit utsegn som skildrar ei omsorgshandling personale ved psykiatrisk avdeling utførar overfor pasienten. Hjå pasientane starta utsegna slik: «For at du skal føle at du blir gitt god omsorg, kor viktig er det at pleiepersonale..+ utsegn». Personale blei stilt dei same spørsmåla, men her byrja utsegna med: «For at pasi-

entane skal oppleve god omsorg, kor viktig er det at personale.... + utsegn». Utsegna er gruppert innafors seks subskala. a) Tilgjengeleg; om kor tilgjengeleg sjukepleiaren var. b) Forklarer og tilrettelege; om informasjon i frå sjukepleiaren. c) Hjelpetiltak; om det å hjelpe og trøyste. d) Forventar; om sjukepleiarens evne til å forstå pasientar og pårørende og føresjå reaksjonar. e) Fortrolige forhold; om evna til å uttrykkja ein type forplikting og forståing overfor pasienten. f) Overvakar og følgjar opp; om fysisk pleie, organisering, teknisk kompetanse og overvaking.

Instrumentets validitet og reliabilitet: Larson (17, 20) rapporter innhaldsvaliditet og fasade validitet ut i frå metoden som var nytta for utvikling av instrumentet. Doktorgradstudentar, kliniske sjukepleiarar, pasientar og psykiater vart nytta ved utvikling av instrumentet (17, 20). Studie gjennomført i Sverige var i stor grad i samsvar med studie

Resultatdel						
Tabell 3 viser pasientane (n=65) og personale (n= 79) si rangering av Care Q sine subskala						
Subskala, og pasientane si rangering	Pasientar		Personale		Sign.(2. tailed)	Pers. rang
	Mean	SD	Mean	SD		
1. Hjelpetiltak	4,37	,36	4,50	,41	0,041*	1
2. Forventer	4,16	,54	4,26	,46	0,240	2
3. Forklare og tilrettelegge	3,96	,45	3,87	,38	0,163	4
4. Tilgjengelig	3,93	,40	3,91	,45	0,737	3
5. Fortrolige forhold	3,90	,26	3,84	,24	0,185	5
6. Overvåker og følger opp	3,79	,37	3,76	,41	0,649	6

Alle utsagn er rangert etter gjennomsnittsverdi (mean). Høgste moglege mean er 7 og minste er 1. *0,01 < p <= 0,05. **0,001 < p <= 0,01. ***p <= 0,001. Analysert ved hjelp av T-test.

gjennomført i USA Dette tolka von Essen (21) som teikn på kryss kulturell validitet. Convergent validitet og kriterie relatert validitet er ikkje rapportert målt (21). Larson (20) testa instrumentets stabilitet: Test – retest ved hjelp av sjukepleiestudentar synte perfekt korrelasjon (+ 1.0) mellom test 1 og test 2 på utsegna mest og minst viktig omsorgshandlingar (20). Dei andre utsegna synte ingen korrelasjon. Test-retest studie ved hjelp av sjukepleiarar tilknytt «national organization of oncology nurses» mellom test 1 og test 2 for dei fem viktigaste utsegna synte samsvar på 79%. For dei fem minst viktige utsegna var samsvaret 63% (20). von Essen & Sjødén (21) testa intern konsistens: Care Q som eit questionnaire synte: Alpha verder (Cronbach's alpha) i studie IV (21): overalt alpha .94. Alpha for dei einskilde subskalaer: «Tilgjengeleg»:.69; «forklare og tilrettelegge» .74; «hjelpetiltak» .83; «forventar» .64; «fortrolige forhold» .87 og «overvakar og følgjar opp» .80 (21). Ekvivalens test er ikkje rapportert gjennomført.

Prosedyre

Instrumentet er basert på «Q Methodology» (16). Deltakarane fekk instruksjonar om å rangera utsegna frå mest. til minst viktig. Kvant kort, med eit utsegn på, vart gitt poengsum etter korleis

kvar individuell deltakar rangerte utsegnet frå minst viktig (1 poeng) til mest viktig (7 poeng). Rangering av utsegna var slik. Det mest viktige utsegnet ; 7 poeng. De fire nest mest viktige utsegna; 6 poeng. Ti ganske viktige utsegn; 5 poeng. 20 utsegn middels viktige; 4 poeng. Ti utsegn litt mindre viktige; 3 poeng. Fire utsegn nest minst viktig; 2 poeng. Eit utsegn minst viktig; 1 poeng. Resultata lagt inn i ein SPSS database (19).

Pasientane svarte først på studiet. Skorpen hadde ingen privat eller profesjonell relasjon til nokon av pasientane. Avdelings-sjukepleiar ved dei aktuelle avdelingar kontakta pasientane med forespørsel om å delta i studiet. Skorpen var tilstades mens pasientane svarte på instrumentet. Datainnsamlingsperioden for pasientane var i tidsrommet april – juni 1999. 83 pasientar vart førespurt om å delta, 66 deltok. 65 pasientar fullførte. Det vart bare registrert bakgrunnsopplysingar hjå pasientane som fullførte studiet. Etter at alle pasientane hadde svart på instrumentet var det personale sin tur. Avdelingssjukepleiar administrerte instrumentet overfor personale. Skorpen var ikkje i direkte kontakt med personale. Datainnsamlingsperioden var frå juni – august 1999. Etter 4 veker hadde 45 personale svart. Det vart sendt skriftleg påminning og 34 fleire personale svarte. Til saman 79

personale deltok i studie. Personale fekk utlevert ein skriftleg instruksjonssmal. Besvarelsen vart sendt Skorpen i ein på førehand adressert og frankert konvolutt.

Inklusjonskriteria for pasientane var: Alle pasientar som var innlagt som døgnpasientar ved dei aktuelle psykiatriske sjukehus og som ikkje fell inn under eksklusjonskriteria.

Eksklusjonskriteria for pasientar var:

- Pasientar som ikkje snakka Norsk.
- Pasientar som hadde alvorleg syns eller hørsels problem.
- Pasientar som var senil dement eller mentalt retarderte.
- Pasientar som bare overnatta på sjukehuset og som elles ikkje var i kontakt med pleiepersonale.
- Pasientar som av avdelingssjukepleiar eller avdelingsoverlege blei vurdert til å vera i for dårleg form, fysisk, emosjonelt eller mentalt, til å delta.

Inklusjonskriteria for personale: alle som var tilsett som pleiepersonale. Det var sjukepleiarar, hjelpepleiarar, ufaglærte og anna pleiepersonale, til dømes vernepleiarar. Eksklusjonskriteria: Personale som hadde vore tilsett mindre enn 1\2 år eller arbeida mindre enn 50% stilling. 220 personale vart førespurt om å delta.

Eit spørjeskjema der det vart spurt etter bakgrunnsopplysingar, ein versjon til pasientane (tabell 1), og ein versjon til pleiepersonale (tabell 2), vart gitt til alle deltakarar. Framgangsmåten samsvarer med tidlegare studie (4, 17, 18).

Etiske implikasjonar

Nødvendige godkjenningar i forbindelse med studiet vart innhenta. Regional komité for forskningsetikk tilråda studiet. Norsk samfunnsvitskaplig datatilsyn vurderte studiet til ikkje å vera konsesjonspliktig. Leiing ved alle sjukehus som deltok godkjente studiet. Alle deltakarar gav skriftleg samtykke. Alle deltakarane vart skriftleg og munnleg informert om retten til å trekkja seg i frå studiet når som helst.

Drøfting

Tidlegare studie viser at ved psykiatriske avdelingar vektlegg både pasientar og personale det mellommenneskelege møtet mellom pasient og personale som viktigast (5, 6, 7, 8). I dette studiet viser både subskala (tabell 3) og einskildspørsmål (tabell 4) same tendensar. Utsegn 19) å lytte til deg, utsegn 20) snakke med deg og utsegn 25) er oppmerksom på dine behov og er tilstede i situasjonar... rangerte både pasientar og personale som de tre viktigaste omsorgshandlingane. Møtet mellom pasient og personale var vektlagt som det sentrale. Dette er i samsvar med Martinsen (1) si omsorgsteori, og Morse (22, 23) si identifisering av kva ulike forfattarar eksplisitt eller implisitt legg i omgrepet omsorg. Hjø utsegn 19 og 25 viser mean rangering signifikant skilnad (p<=0,05), der personale vektla desse utsegna høgare enn pasientane. Hjø von Essen & Sjødén (4) vektla pasientane ved psykiatriske avdelingar i høgare grad enn personale omsorgshandlingar innafor subskalaen «forklare og tilrettelegge». I dette studiet la pasientane og personale

middels vekt på dette (tabell 3.)

Utsegn nr 12 «er ærlege om dine psykiske problem» vart rangert som nr. 4 av pasientane og som nr. 21 av personale (tabell 4). Denne tendensen samsvarar med tidlegare studie (4, 18, 21). Hjå Richmond & Robberson (7) rangerte pasientane det som viktig at personale fortalte sanninga sjølv om det kunne vera vondt å høyra. Skal pasientens syn vera gullstandard så ynskjer pasienten at personale skal vera ærlege, og sei sanninga sjølv om det er «vondt å høyra» (7). I fylgje Morse kan omsorg betraktast som eit moralsk imperativ eller ideale (22, 23). Kvifor personale rangerer «å vere ærleg om pasientens psykiske problem» signifikant lågare opnar for vidare forskning.

Personale rangerer som nest minst viktige omsorgshandling utsegn nr. 41 (tabell 5) «å bli personleg kjent med pasienten». Kvifor er det slik? Har det med redsel for å bli for nær pasienten å gjera? Har personale tatt imot så mykje lidning i frå pasienten at

dei vel å ta avstand frå pasienten?, slik som Travelbee (24) skilddrar som «den menneskelege reduksjonsprosessen?» Omsorgsteoretisk er det heilt sentralt å «bli personleg kjent» med pasienten. Martinsen (1), Leining (2) og Morse (22, 23) vektlegg alle denne pasient – personale relasjonen. Ansvar for etablering av denne relasjonen er hjå personale, seier den norske sjukepleiaren og professoren Jan Kåre Hummelvold (25).

Tabell 5 og figur 1 indikerer at kjønn kan ha innverknad på vektlegging av omsorgshandlingar. Forholdet mannlege pasientar – kvinnelege personale viser 50% større skilnad enn kvinnelege personale – kvinnelege pasientar. Mannlege pasientar – kvinnelege personale synes i større grad å vektlegga ulikt omsorgshandlingar innafor subskala «tilgjengelig, «hjelpetiltak» og «overvaka og følgjer opp» (tabell 5). Denne skilnaden er ikkje omtala i andre studie, og må tolkast med varsemd. Når mannlege perso-

nale vert samanlikna med mannlege og kvinnelege pasientar har tilsynelatande ikkje kjønn same effekt. Talet på mannlege personale i dette studiet er svært lågt, $n=12$. Statistisk analysar med så få deltakarar må tolkast med stor grad av varsemd (16). Ekstrom (10) påpeikar at mannlege personale gjennom si utdanning og yrkeserfaring kan ha blitt sosialisert inn i ein «kvinne-dominert tradisjon». Tidlegare studie viser også at kjønn, utdanning og yrkeserfaring er faktorane som påverkar korleis personale ved psykiatriske sjukehus utførar arbeidet (11, 12, 13). For pasientane er det slik at kvinner og menn har til dels ulik risiko for å få psykisk lidning (14, 15), og dei meistrar psykisk lidning ulikt (14, 15). Dette studiet gjev ikkje svar på kva mulige kjønnskilnadar gjev utslag i, men auka fokus på at kjønn kan ha innverknad på vektlegging av omsorgshandlingar vil kunne bidra til betre kvalitet i omsorgsarbeidet pleiepersonale utførar overfor pasientane.

Begrensinger

Hjå pasientane er det ikkje informasjon om diagnose hjå 32% av pasientane (tabell 1). Analysar basert på diagnose vart difor ikkje gjennomført. Hjå personale manglar ein informasjon om kjønn hjå 6 deltakarar (tabell 2). Desse 6 deltakarane er ekskludert i frå analysen som omhandlar kjønn. 36% av personale som fekk tilbod om å delta, vart med i studiet. Dette er svært lav representasjon av personale og avgrensar mulighet for generalisering. Talet på mannlege personale er også svært lågt. Utvalet av pasientar og personale er eit ikkje randomisert bekvemmeleghetsutval (16) og mulighet for generalisering er difor ikkje mulig. Modifisering av instrumentet kan ha påverka validitet og reliabilitet ved instrumentet sjølv om prosedyre for modifisering er i samsvar med von Essen & Sjødén sin framgangsmåte for modifisering (4).

Resultatdel

Tabell 4 viser pasientar ($n=65$) og personale ($n=79$) si rangeringar av omsorgshandlingane pasientane rangerte som dei 10 viktigaste.

Utsegn (subskala)	Pasientar		Personale		Mean dif.	Sign. (2-tailed)
	Rangering	Mean	Rangering	Mean		
19) lytter til deg? (Hjelpetiltak)	1	5,37	1	5,97	-,60	0,001**
20) snakker med deg? (Hjelpetiltak)	2	5,06	3	4,91	,15	0,368
25) er oppmerksomme på dine behov og er tilstede i situasjoner som de vet er vanskelige for deg? (Forventar)	3	4,89	2	5,34	-,45	0,027*
12) er ærlig om dine psykiske problem? (Forklare og tilrettelegge)	4	4,83	21	4,10	,73	0,000***
38) tillater deg å uttrykke dine følelser om din sykdom og behandling fullt ut, og behandler disse opplysningene konfidensielt? (Fortrolige forhold)	5	4,82	7	4,52	,30	0,151
16) er blid og positiv? (Hjelpetiltak)	6	4,77	11	4,43	,34	0,069
17) setter seg ned med deg? (Hjelpetiltak)	7	4,60	4	4,73	-,13	0,406
28) fortsetter å interessere seg for deg selv om en krise eller kritisk fase i din sykdom er forbi? (Fortrolige forhold)	8	4,55	13	4,32	-,24	0,148
03) gir deg medisiner og behandling i rett tid? (Tilgjengelig)	9	4,51	16	4,20	-,31	0,081
09) forteller deg i forståelig språk, det som er viktig å vite om din behandling og mulige bivirkninger? (Forklare og tilrettelegge)	10	4,48	10	4,51	-,03	0,858

Alle utsagn er rangert etter gjennomsnittsverdi (mean). Høgste moglege mean = 7, minste moglege mean = 1. * $0,01 < p <= 0,05$.

** $0,001 < p <= 0,01$. *** $p <= 0,001$. Analysert ved hjelp av T-test.

Forskingsspørsmål 2: Har kjønn innverknad på korleis pasientar og personale vektlegg omsorgshandlingar?

Tabell 5

Subskala	Utsegn nr .	Rangert av:		Gruppesamansetjing				
		pas	pers.	a	b	c	d	e
Tilgjengeleg	01) henvender seg ofte til deg uten at du har spurt om det	(20)	(20)					
	02) tilbyr seg å gjøre «småting» for deg,	(48)	(46)	***		**	**	
	03) gir deg medisiner og behandling i rett tid?	(09)	(16)				**	
	04) ser ofte til deg ?	(27)	(04)					
	05) kommer hurtig når du ber om hjelp?	(11)	(34)	***		**	***	*
	06) oppmuntrer deg til å be om hjelp	(31)	(20)		**	*		
Forklare og tilrettelegge	07) opplyser deg om tilgjengelege støttesystemer, selvhjelpgrupper	(36)	(32)					
	08) hjelper deg til ikke å føle deg «dum» ved å gi deg	(32)	(19)			*		
	09) forteller deg i forståelig språk, det som er viktig å vite	(10)	(10)					
	10) hjelper deg til å være uavhengig av hjelp i fra andre	(37)	(43)					
	11) foreslår spørsmål som du kan stille til legen?	(47)	(47)					
	12) er ærlig om dine psykiske problem?	(04)	(21)	***	*	***	**	
Hjelpetiltak	13) ordner med enkle hjelpetiltak, som mulighet for å ta en telefon	(43)	(35)					
	14) oppmuntrer deg til å finne positive elementer i din tilstand	(26)	(12)					
	15) er tålmodig selv med «vanskelige» pasienter?	(12)	(09)					
	16) er blid og positiv ?	(06)	(16)			*		
	17) setter seg ned med deg?	(07)	(04)					
	18) berører deg når du trenger trøst ?	(46)	(40)			**		
	19) lytter til deg ?	(01)	(01)	**		*	**	
	20) snakker med deg ?	(02)	(03)					
	21) tar din familie eller andre som står deg nær med i omsorgen av deg ?	(18)	(17)					
	22) er klar over at natten ofte er den vanskeligste tiden for deg	(42)	(31)					
Forventar	23) vet at du og din familie har ting dere lurar på i forbindelse... ..med sykdommen	(25)	(18)					
	24) forstår når du er sliten og oppfører seg deretter, f.eks	(30)	(33)					
	25) er oppmerksomme på dine behov og er tilstede i sit	(03)	(02)	*		*		
	26) forventar at «første gangen» er verst og....	(21)	(21)					
	27) når personale er sammen med deg, konsentrerer seg kun om deg ?	(39)	(39)					
	28) fortsetter å interessere seg for deg selv om en krise eller kritisk fase i din sykdom er forbi ?	(08)	(13)			**		
Fortrolige forhold	29) tilbyr deg alternativer når det gjelder avtaletider, turer ut,	(44)	(45)					
	30) hjelper deg til å sette opp realistiske mål for deg?	(33)	(05)	***		*	***	**
	31) rådslår med deg om den beste tid til å snakke med deg	(38)	(44)	*				
	32) kontrollerer at hun oppfatter deg riktig før noe settes igang og	(19)	(36)	*			**	
	33) hjelper deg til å klarlegge dine tanker om sykdom og ...behandling?	(13)	(29)	*				
	34) forstår at du kjenner deg selv best og så godt som.....	(15)	(08)					
	35) oppmuntrer deg til å stille spørsmål du måtte ha ?	(41)	(23)	**	**	*	*	**
	36) setter deg som pasient først, samme hva som skjer ?	(34)	(41)		*			*
	37) er blid og imøtekommende overfor din familie og andre som står deg nær ?	(23)	(27)		*			
	38) tillater deg å uttrykke dine følelser om din sykdom	(05)	(07)				*	
	39) spør om hvilket navn (for eller etternavn) du vil at personale skal bruke ?	(50)	(48)	***	*	**	**	*
	40) behandler deg på en konsekvent måte ?	(40)	(37)					*
	41) blir personlig kjent med deg ?	(22)	(49)	***	*	***	***	*
	42) presenterer seg og forteller deg hva hans oppgaver?	(29)	(15)					
Overvakar og følgjer opp	43) ser profesjonell ut og har navneskilt?	(49)	(50)					
	44) forvisser seg om avtaler som for eksempel treningstur	(35)	(28)		*			
	45) er velorganisert ?	(24)	(42)	**		***		
	46) har kunnskap om f.eks. virkning og bivirkning ved medikamenter	(17)	(14)					
	47) er rolig ?	(14)	(06)			**		
	48) gir deg god fysisk pleie?	(45)	(30)	**		**	**	
	49) passer på at annet personale vet hva som er .diproblem?	(28)	(38)	*		*		
	50) vet når legen må hentes?	(16)	(26)					*

*0,01<p<=0,05. **0,001<p<=0,01. ***p<=0,001. Analysert ved hjelp av T – test.

Tabell 5 viser utsegn der det ved hjelp av T-test er statistisk signifikante forskjellar mellom desse gruppesamansetjingane;

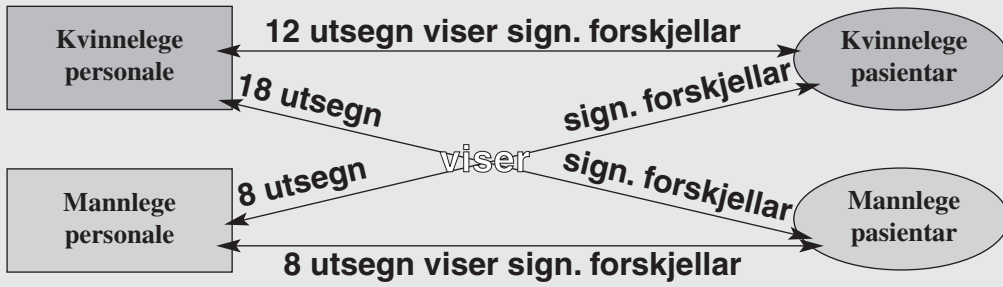
- a) pasientar (n=65) – personale (n=79)
- b) menn pasientar (n=30) – menn personale (n=11)

c) menn pasientar (n=30) – kvinner personale (n=62)

d) kvinner pasientar (n=35) – kvinner personale (n=62)

e) kvinner pasientar(n=35) – menn personale(n=11)

Figur 1 viser når mannlege pasientar, kvinnelege pasientar, mannlege personale og kvinnelege personale vart samanlikna med kvarandre. Figur 1 leses saman med tabell 5 for informasjon om kva utsegn som viser signifikant skilnad.



OneWay ANOVA with Bonferroni mellom grupper viser: For pasientane, at yngre pasienter 18 – 25 år hadde høgare skåre ($M=4,15$, $S.d = 0,50$) på subskalaen «forklare og tilrettelegge» enn pasientar gruppe 26 – 35 år ($M=3,75$, $S.d = 0,49$), $p<0,05$). For personale < 35 år hadde høgare skåre ($M=4,73$, $S.d = 0,26$) på subskalaen «hjelpetiltak» enn personale gruppe 36 – 49 år ($M=3,75$, $S.d = 0,49$), $p<0,05$). Kor lenge personale hadde vore tilsett påverka ikkje korleis dei vektla Care Q subskalaer. Kor lenge pasientane hadde vore innlagt påverka ikkje korleis dei vektla Care Q subskalaer.

Konklusjon

Pasientar og personale er samde om at hær og no aktivitetar som: «å lyte til pasienten», «snakke med pasienten» og «er oppmerksom på dine behov og er tilstede i situasjonar som er vanskelege for deg» er dei viktigaste omsorgshandlingar. To område peikar seg klart ut som relevant å forska vidare på. Det er: a) Kvifor vektlegg personale som mindre viktig enn pasientane «å være ærleg om pasientens psykiske lidning?», og «å bli personlig kjent med pasienten?», og b) finnes det ein kjønnskilnad, slik som figur 1 og tabell 5 gjev indikasjonar om? Til tross for at for at generalisering ikkje er mulig så er dette område det bør forskas vidare på.

Acknowledgement

This work was supported by the Stord/Haugesund University College

Godkjent for publisering
23.02.2006

Høgskulelektor Frode Skorpen
Høgskolen Stord/Haugesund

NO – 5416 ROMMETVEIT
frode.skorpen@hsh.no

Referansar

- Martinsen K. Omsorg sykepleie og medisin, historisk – filosofiske essays. Oslo: TANO; 1989.
- Leininger MM. Culture. Care Diversity and Universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing; 1991.
- Stortingsmelding nr. 31 (2000 – 2001) SKRITT. PÅ. VEIEN. Program for fornyelse av offentlig sektor. Oslo, mars 2001. [sitert 03. januar 2006]. Tilgjengeleg frå: <http://www.odin.dep.no/archive/aadvedlegg/01/01>.
- von Essen L, Sjødén, PO. Perceived Importance of Caring Behaviors to Swedish Psychiatric Inpatients and Staff, With comparisons to Somatically Ill Samples. *Research in Nursing & Health*. 1993; 16: 293–303.
- Sullivan C, Yudelowitz IS. Staff and patients: Divergent Views of treatment. *Perspectives in Psychiatric Care*. 1991; 27 (3): 26 – 32.
- Ricketts T, Kirshbaum MN. Helpfulness of mental health day care: client and staff views. *Journal of Advanced Nursing*. 1994; 20: 297 – 306.
- Ricmond I, Roberson E. The customer is always right: Patients' perceptions of psychiatric nursing actions. *Journal of Nursing Care Quality*. 1995; 9(2): 36 – 43).
- Hansson L, Bjorkman T, Berglund I. What is important in psychiatric inpatient care? Quality of care from the patient's perspective. *Qual. Assur. Health Care*. 1993; 5(1): 41 – 47.
- Korkeila J, Lehtinen V, Sohlman B, Tuori T. Patients' expectations from their psychiatric community care in Finland. *Nord. J. Psychiatry*. 1998; 52: 513–417.
- Ekstrom DN. Gender and perceived nurse caring in nurse-patient dyads. *Journal of Advanced Nursing*. 1999; 29 (6) 1393 – 1401.
- Lutsen K, Norden C. The Influence of Gender, Education and Experience in Moral Sensitivity in psychiatric Nursing. *Nursing Ethics*. 1995; 2(1): 41 – 50.
- Greenhalgh J, Vanhanen L, Kyngas H. Nurse caring behaviors. *Journal of Advanced Nursing*. 1999; 27: 927 – 932.
- Gilloran A. Gender differences in care delivery and supervisory relationship: the case of psycho-geriatric nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 1995; 21: 652 – 658.
- Salokangas RKR, Honkonen T, Stengård E, Koivisto AM. To be or not to be married – that is the question of quality of life in men with schizophrenia. *Sos Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001; 36: 381 – 390.
- Hällström T. Psykisk ohälsa – könsskillnader i P ?stlin (red). *Kön och ohälsa – en antologi om*

könsskillnader ur et folkhälsoperspektiv. Studentlitteratur, Lund; 1996.

- Politt DF, Hungler BP. *Nursing Research, Principles and Methods*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1995.
- Larsson PJ. Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. *Dissertation Abstracts International*. 1981; 42/02, 568-B (University Microfilms No 81-6511).
- Kvåle K. (1997). Hva er viktig for god omsorg? En studie av kreftpasienter og sykepleieres oppfatning. [hovedfagsoppgave]. Bergen: Hovedoppgave i helsefag hovedfag, spesialfag sykepleievitenskap Universitetet i Bergen; 1997.
- Skorpen F. Eit studie av omsorg ved psykiatriske sjukehus: Eit samanliknande studie av pasientar og personale ved psykiatriske sjukehus si vektlegging av omsorgshandlingar. [hovedfagsoppgave]. Bergen: Hovedoppgave i helsefag hovedfag, studieretning sykepleievitenskap – Universitetet i Bergen; 2001.
- Larson PJ. Cancer nurses' perceptions of caring. *Cancer Nurs*. 1986; 9: 86–91.
- von Essen L. What is Good Caring? Uppsala; Doctoral dissertation at Uppsala University; 1994.
- Morse JM et al. Concepts of caring and caring as a concept. *Advances of Nursing Science*. 1990; 13 (1): 1–14.
- Morse JM et al. (1991). Comparative analysis of conceptualizations and theories of Caring *Journal of Nursing Scholarship*. 1991; Vol. 23. No 2: 119 – 126.
- Travelbee J. Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Universitetsforlaget sykepleieklassikere. Oslo: Universitetsforlaget; 1999.
- Hummelvoll JK. Helt – ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie og psykisk helse / Jan Kåre Hummelvoll ; med bidrag av: Tor Erling Dahl, Per Jensen, Peder Olsen. 6. utg. Oslo : Gyldendal akademisk; 2004.