



UiT Norges arktiske universitet

Institutt for helse- og omsorgsfag
Det helsevitenskapelige fakultet

Personsentrert omsorg på skjermet enhet for personer med demens

En kvalitativ studie om pleieres erfaring med personsentrert omsorg til personer med demens på sykehjem

Vigdis Maria Olsen

Masteroppgave i aldring og geriatrisk helsearbeid HEL-3963 mai 2022

Antall ord: 21 967

Forord

Da var tiden kommet for å levere inn masteroppgaven. Jeg kjenner på både lettelse og takknemlighet for å ha kommet så langt.

Det har vært fine og lærerike år med studier i aldring og geriatrisk helsearbeid. Midt i studiet ble hele verden rammet av koronapandemi, landet ble nedstengt og munnbindet måtte på. Universitetet i Tromsø (UiT) har vært flink til å tilrettelegge med digital undervisning, og det har gått veldig bra.

Det er mange som fortjener en takk. Først og fremst intervjudeltakerne til masterprosjektet mitt. Takk for at dere delte deres erfaringer og kunnskap med meg, og takk til virksomhetsleder som lot meg få intervjuere dere.

Takk også til medstudenter for fine år på studiet i aldring og geriatrisk helsearbeid, takk til flotte, kunnskapsrike og engasjerte lærere, og en stor takk til min veileder Lena Yvonne Bjerkmo.

Sist, men ikke minst, en stor takk til familien min. Jeg kunne ikke gjennomført studiet hvis det ikke var for dere.

Mai 2022

Vigdis Maria Olsen

Sammendrag

Bakgrunn: Denne studien tar for seg bruk av personsentrert omsorg på sykehjem, på skjermet enhet for personer med demens. Studien søker etter pleieres erfaring i å bruke personsentrert omsorg. Tom Kitwood var den første som introduserte begrepet «personhood» i forbindelse med personer med demens. Hans filosofi er grunnlaget i personsentrert omsorg. «Personhood» handler om å sette personen i sentrum, ikke diagnosen, og på den måten se personer med demens som hele og unike mennesker. Kitwood presenterte begrepet personsentrert omsorg i den hensikt å bevare personverdet til personer med demens. Helsedirektoratets retningslinje sier at helsepersonell skal ha kunnskap om demens og utøve personsentrert omsorg i behandlingen av personer med demens.

Problemstilling: «Hvilke erfaringer har pleiere på skjermet enhet på sykehjem med å bruke personsentrert omsorg?»

Metode: Dette er en kvalitativ studie der hensikten er å finne svar på pleiernes erfaringer med å bruke personsentrert omsorg, og i og med at jeg ønsket beskrivelser av deres erfaringer valgte jeg å bruke semistrukturerte livsverdenintervju som metode. Fire pleiere ble intervjuet og resultatene av studien er analysert ved hjelp av tematisk analyse. Studien er godkjent av NSD (Norsk senter for forskningsdata).

Resultat: Resultatet viser at pleierne bestreber seg på å bruke personsentrert omsorg. Men, tiden strekker ikke alltid til. Resultatet viser at kunnskap om demens er viktig for å kunne jobbe personsentrert. De mener at kjennskap til pasientens bakgrunn er av avgjørende betydning for å kunne gi personsentrert omsorg. Resultatet viser også at pleierne frykter at tidsklemma skal gå utover deres personsentrerte tilnærming til pasientene, og dermed gjøre deres jobb for oppgavesentrert. Samtlige pleiere føler en slags familiær tilknytning til sine pasienter, og pasientenes livshistorier blir ofte benyttet i den personsentrerte omsorgen. Resultatet viser at fysiske omgivelser har betydning for bruk av personsentrert omsorg.

Konklusjon: Studien viser at pleierne bevisst bruker kunnskap om demens, og kjennskap til pasientenes bakgrunn i den personsentrerte omsorgen. De «putter» inn personsentrert omsorg der de kan i løpet av dagen, og benytter kreative løsninger for å komme i posisjon til å hjelpe pasientene. Deres travle hverdag gjør at de frykter en mer oppgavesentrert pleie. Det kan ta fokuset vekk fra pasientenes behov. Pasientenes livshistorie blir beskrevet som et viktig verktøy i personsentrert omsorg på skjermet enhet. Disse historiene blir flittig brukt for å hjelpe til med å støtte opp om pasientens identitet.

Nøkkelord: Helsepersonell, skjermet enhet, personer med demens, personsentrert omsorg, sykehjem, livshistorie.

Abstract

Background: This study examines the use of person-centered care in nursing home, in a special unit for persons with dementia. This study's aim is to gain knowledge of how health workers experience their use of person-centered care to persons with dementia.

Thesis: "What experience does health workers have in using person-centered care in nursing home, in a special unit for persons with dementia?"

Method: This is a qualitative study. Four health workers with long experience in working with persons with dementia were interviewed. The data were analyzed by using thematic analyzing. The study is approved by the NSD (Norwegian center for research data).

Results: Results shows that the health workers strive for using person-centered care. The time is short and they "supply" person-centered care where they can. The health workers feel some familiar bonding to their patients. Results show that knowledge about dementia is important in their work with patients with dementia. Use of life stories is also important to give personcentered care. To know the patients background well helps the health workers to support the patient's identity. Results shows that physical environment has a role in the person-centred care.

Conclusion: This study concludes that the health workers actively use person-centered care in their work with persons with dementia, even when time is short. They use creative methods to come in position to help their patients. The health workers fear that shortage of time can lead to less person-centered care, and instead they have to use their time on other duties that brings the focus away from the patient's needs. Good knowledge in the patient's background is essential to give person-centered care. Use of patient's life stories helps them to support the patient's identity and to give them the best care. Life stories is being used every day. The health workers meant themselves needed person-centered care too. Experience and knowledge about dementia were for them the most important parts of person-centered care and they all thought that one had to be empathic when working with persons with dementia.

Keywords: Health workers, special unit, persons with dementia, person-centered care, nursing home, life story^o

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema og studiens hensikt	1
1.2	Problemstilling	2
1.3	Begrepsavklaring	2
1.4	Oppgavens oppbygning	3
2	Tidligere forskning	3
3	Teoretisk utgangspunkt	6
3.1	Demens	6
3.2	Personsentrert omsorg	9
3.3	Den utvidede modellen av demens	10
3.4	Grunnleggende psykologiske behov	12
3.5	Ondartet sosialpsykologi	14
3.6	VIPS-modellen	15
3.7	Kari Martinsens omsorgsteori	16
3.8	Tid og travelhet	17
4	Metodedel	17
4.1	Semistrukturert intervju	17
4.2	Studiens utvalg	18
4.3	Den praktiske gjennomføringen	19
4.3.1	Rekrutteringen	19
4.3.2	Intervjuguiden	19
4.3.3	Intervjusituasjonen	20
4.3.4	Transkriberingen	21
4.3.5	Analysen	21
4.3.6	Validitet og reliabilitet	24
4.3.7	Etiske vurderinger	24
5	Presentasjon av resultat	26
5.1	Å bli kjent med pasienten og deres bakgrunn	27
5.1.1	Det første møtet	27
5.1.2	Livshistorien	28

5.2	Vi blir en del av familien	29
5.2.1	Å jobbe for å skape tillit og trygghet	30
5.2.2	Relasjonen mellom pleier og pasient	31
5.3	Vi putter inn personsentrert omsorg der vi kan	31
5.3.1	Å jobbe under tidspress	32
5.3.2	Er fokuset på pasient eller oppgave?	32
5.4	Kunnskap om demens og personlig egnethet	33
5.4.1	Betydningen av erfaring på skjermet enhet	34
5.4.2	Du må være snill og empatisk	35
5.5	Stor avdeling – lite rom for personsentrert omsorg	36
6	Diskusjon	37
6.1	Å bli kjent med pasienten og deres bakgrunn	37
6.1.1	Det første møtet	37
6.1.2	Livshistorien	39
6.2	Vi blir en del av familien	41
6.2.1	Å jobbe for å skape tillit og trygghet	41
6.2.2	Relasjonen mellom pleier og pasient	44
6.3	Vi putter inn personsentrert omsorg der vi kan	46
6.3.1	Å jobbe under tidspress	46
6.3.2	Er fokuset på pasient eller oppgave?	50
6.4	Kunnskap om demens og personlig egnethet	52
6.5	Stor avdeling – lite rom for personsentrert omsorg	54
7	Avslutning	56
7.1	Konklusjon	57
7.2	Refleksjoner rundt veien videre	58
	Referanseliste	59
	Vedlegg 1 – Forespørsel om å delta i forskningsprosjekt	62
	Vedlegg 2 – Intervjuguide	65
	Vedlegg 3 – Godkjenning fra norsk senter for forskningsdata (NSD)	67
	Figur 1: Grunnleggende psykologiske behov	12
	Tabell: Eksempler på koding og kategorisering i analysen	23

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema og studiens hensikt

Helsedirektoratets nasjonalfaglige retningslinje om demens sier at virksomheter skal etablere rutiner for personsentrert omsorg og behandling til personer med demens. «Helse- og omsorgspersonell skal ha kunnskap om og yte personsentrert helse- og omsorgstjenester til personer med demens» (Helsedirektoratet, 2019).

En demenssykdom utvikler seg i løpet av flere år. De fleste bor hjemme til de blir så avhengige av hjelp at de trenger døgnkontinuerlig pleie. Da kommer de på sykehjem. Og nettopp sykehjemsavdelingen er arenaen for min studie. Jeg har valgt å konsentrere studien om personer med demens som bor på skjermet enhet på sykehjem. Det er en enhet som er tenkt å være spesielt tilpasset denne pasientgruppen.

Ifølge retningslinjen fra Helsedirektoratet er det personsentrert omsorg som er den beste og foretrukne pleien til disse pasientene (Helsedirektoratet, 2019). «Personsentrert omsorg innebærer først og fremst å se og møte personer med demens som unike mennesker gjennom hele demensforløpet» (Rokstad & Smebye 2020 s. 52).

Det pågår forskning på sykdommen demens og det pågår forskning på behandling av sykdommen demens. Det finnes ingen medisiner som kan helbrede demens, men det finnes medisiner som kan bremse utviklingen av demens. «Det er ikke vanskelig å forestille seg at fremtiden vil by på store utfordringer dersom det ikke snart blir funnet helbredende eller forebyggende legemidler mot demens» (Engedal & Haugen, 2018, s. 25). Forsker anser det som viktig å gi personer med demens god omsorg. Det blir lettere å leve med demens med god personsentrert omsorg.

Personer med demens kan ut i sykdomsforløpet miste språket, bli engstelige og motsette seg hjelp de har behov for. I sykehjem har forsker erfart at det har blitt brukt tvangstiltak overfor disse pasientene, da det har vært vanskelig å få hjelpe dem. Det kan blant annet være hjelp til å få i seg livsnødvendige medisiner og det kan være hjelp til personlig hygiene. Egen erfaring er at ved å bruke god tid på tillitsskapende arbeid, til pasienter på skjermet enhet, kan man unngå både beroligende medisiner og tvangsbruk. Det er også egen erfaring og interesse for omsorg til personer med demens som er bakgrunn for valg av tema. Det var først ved videreutdanningen innen aldring og eldreomsorg at personsentrert omsorg som begrep ble introdusert for forsker.

Etter mange år som sykepleier i demensomsorgen har jeg, forsker, erfart at det ikke alltid er enkelt å komme i posisjon til å få hjelpe disse pasientene. Det å jobbe med å skape tillit og trygghet til hver enkelt pasient krever mye tid og engasjement. Personer med demens som kommer inn på sykehjem er kommet langt i sykdomsutviklingen og mange har i tillegg andre sykdommer.

Det å få den tillitsbaserte kontakten med dem krever at du har kunnskap om personsentrert omsorg og om demens. «I Demensplan 2020 står det at det skal legges vekt på kjennskap til personens livshistorie, personlighet, kulturelle bakgrunn, helsetilstand og vaner, i tillegg til den kognitive svikten demens medfører» (Engedal & Haugen, 2018 s. 300).

Personsentrert omsorg skal ifølge sosialpsykologen Tom Kitwood sørge for å bekrefte personens opplevelse av personhood, eller personverd som brukes som norsk oversettelse av begrepet. Engedal og Haugen (2018) sier at personverd er den status eller verdi vi gir hverandre som mennesker i gjensidige relasjoner basert på gjenkjenning, respekt og tillit. Vi opplever vår egen verdi som mennesker basert på den tilbakemeldingen og de signalene vi mottar fra andre (Engedal & Haugen, 2018, s. 301). Hensikten med denne studien er å finne ut om personsentrert omsorg blir brukt av pleiere som gir omsorg til personer med demens.

1.2 Problemstilling

Med bakgrunn i mitt tema ønsker jeg å finne ut hvilke erfaringer pleiere på skjermet enhet for personer med demens har gjort seg med bruk av personsentrert omsorg. Problemstillingen blir da: «Hvilke erfaringer har pleiere på skjermet enhet på sykehjem med å bruke personsentrert omsorg?»

1.3 Begrepsavklaring

Personsentrert omsorg:

Ifølge Rokstad og Smebye (2020, s. 52) innebærer personsentrert omsorg først og fremst å se og møte personer med demens som unike mennesker gjennom hele demensforløpet. Å leve med demens setter den subjektive opplevelsen av verdi som menneske på prøve. «Mangel på frihet og følelsen av å ikke bli bekreftet og respektert som en autonom person truer opplevelsen av verdighet. Da er det særlig viktig at omgivelsene understreker og gjør det tydelig at personen med demens har verdi som det unike mennesket han eller hun er» (Rokstad & Smebye, 2020 s. 52). Brooker (2013) sier at betydningen av begrepet «personsentrert omsorg»

har en tendens til å variere fra person til person og fra sammenheng til sammenheng. «Det er blitt et kortfattet begrep for det som i dag betraktes som kvalitetsomsorg for personer med demens» (Brooker, 2013, s. 11). «Derfor må definisjonen av personsentrert omsorg omfatte at vi aktivt fremmer denne gruppens rettigheter» (Brooker, 2013, s. 25).

Skjermet enhet:

I oppgaven blir skjermet enhet definert etter Engedal og Haugen (2018) som «alle spesielt tilrettelagte botilbud i sykehjem for personer med demens. Personer med stor uro og utfordrende atferd har det bedre i enheter med fire til fem beboere. Andre kan fungere godt i grupper med seks til åtte personer» (Engedal & Haugen, 2018, s. 297). Rokstad og Smebye (2020, s. 142) sier at «Demensplan 2020 definerer små bogrupper med stabilt personale med nødvendig kompetanse som viktig.»

Pleiere/helsepersonell:

I oppgaven henvises det til pleiere eller helsepersonell, det omfatter både sykepleiere, helsefagarbeidere, assistenter og andre som har som jobb å gi omsorg og pleie til personer med demens.

1.4 Oppgavens oppbygning

Denne studien tar for seg pleieres erfaring med bruk av personsentrert omsorg til personer med demens på sykehjem. Pleierne som ble intervjuet vil omtales som deltakere i oppgaven. Oppgaven består av syv kapitler. Det første kapitlet omhandler bakgrunn for valg av tema, studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål. Andre kapitler tar for seg tidligere forskning om temaet. Kapittel tre omhandler teori relevant for studien. Kapittel fire tar for seg metodebruk, analyse og etiske vurderinger. Kapittel fem viser til resultatene av studien og i kapittel seks blir resultatene av studien drøftet opp mot relevant litteratur og tidligere forskning for å besvare problemstillingen. Kapittel syv oppsummerer studiens funn og refleksjoner over veien videre. I studien refererer jeg til meg selv som «forsker» og «jeg».

2 Tidligere forskning

Under hele forskningsprosessen har forsker søkt etter forskningsartikler som kan være relevante for egen studie. Det som fremsto som relevante artikler i begynnelsen av forskningsprosessen, har endret seg etter hvert som egne data ble analysert. De første søkene forsker foretok i søkebasene PubMed, CINAHL og SweMed+ besto av ordene «demens»,

«personsentrert omsorg» og «sykehjem.» På engelsk: «dementia», «person-centred care» og «nursery home.» Ved å søke bredt i starten ved å bruke «OR» og flere søkeord sammen endte jeg opp med veldig mange artikler. Ved å bruke «AND» mellom søkeordene fikk jeg spisset søket og endte til slutt opp med 12 artikler av interesse. Av disse plukket jeg ut 5 artikler relevante for egen studie. Under analyse- og diskusjonsfasen ble søkeprosessen utvidet til å inkludere ordene «livshistorie» og «APSD.» På engelsk: «Lifestories» og «APSD (atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens).» Da ble tre artikler forkastet, og nye kom til. Alle artiklene som blir presentert i tidligere forskning er relevante for egen studie, og vil bli vist til i diskusjonsdelen.

Sjögren, Lindkvist, Sandman, Zingmark og Edvardsson (2014) har undersøkt sammenhengen mellom pleieres opplevelse av arbeidsmiljøet relatert til bruken av personsentrert omsorg. Dette var en kvantitativ undersøkelse gjennomført på 151 sykehjemsavdelinger i Sverige. Det som ble undersøkt i studien var pleiernes opplevelse av tilfredshet på jobb, stress, psykososialt arbeidsmiljø og hvordan det påvirket bruken av personsentrert omsorg. Deres resultater viser at arbeidsmiljøet slik det ble opplevd av pleierne påvirket i hvilken grad pleierne opplevde at de utøvde personsentrert omsorg. Desto høyere pleiernes tilfredshet på jobb var, jo høyere var bruken av personsentrert omsorg. Også kunnskap om demens, psykososial støtte i avdelingen og mindre stress var direkte sammenlignbart med graden av bruk av personsentrert omsorg. Det å etterstrebe et positivt og støttende arbeidsmiljø hvor pleierne opplever balanse mellom krav og det de kan mestre av oppgaver er viktig for å fremme personsentrert omsorg i skjermede enheter for personer med demens (Sjögren et al., 2014).

En koreansk studie av Kong, Hyang og Hyejin (2021) har undersøkt pleiernes motstand og behov i forbindelse med implementering av personsentrert omsorg. Studien er kvalitativ og semistrukturerte intervjuer ble brukt som metode. Intervjudeltakerne ble rekruttert fra seks forskjellige sykehjem i Korea. Alle jobbet med personer med demens. Deres funn viste at pleierne opplevde flere barrierer ved implementeringen av personsentrert omsorg. Det var ikke tilstrekkelige ressurser, manglende kunnskap, negativ innstilling fra pleierne og dårlige psykososialt støttende forhold. Funnene viste behov for at lederne av sykehjemmene må erkjenne at de er viktige for ansattes motivasjon til å implementere personsentrert omsorg i sykehjemsavdelingen (Kong et al., 2021).

En svensk kvantitativ undersøkelse gjort av Sjögren, Lindkvist, Sandman, Zingmark og Edvardsson (2017) har undersøkt hva som kjennetegner sykehjemsavdelinger med høy grad

av personsentrert omsorg. De har sett på organisatoriske og miljømessige faktorer. Resultatene av studiet viste at avdelinger med mindre antall pasienter scoret høyere på bruk av personsentrert omsorg fremfor avdelinger med mange pasienter. God ledelse, demensvennlige omgivelser, god tid til pasientene, en felles pleiefilosofi i avdelingen og sosial støtte var faktorer som kjennetegnet høy grad av bruk av personsentrert omsorg. Bruken av jevnlig opplæring var også en faktor som kjennetegnet avdelinger med høy grad av personsentrert omsorg (Sjögren et al., 2017).

En annen studie av Vassbø, Kirkevold, Edvardsson, Sjögren, Lood og Bergland (2019) har undersøkt pleieres opplevelse av å jobbe personsentrert med fokus på jobbtilfredshet. Studien har et fenomenologisk-hermeneutisk design og ble utført ved bruk av åpne og individuelle intervju av pleiere på tre forskjellige sykehjem i ulike land. Sykehjemmene lå i en storby i Norge, en annen i landlige omgivelser i Sverige og en i landlige omgivelser i Australia. Alle pleierne jobbet i avdelinger med personer med demens eller annen kronisk lidelse.

Deltagerne i studien måtte ha jobbet minst en måned og være villig til å beskrive og snakke om deres erfaringer med å jobbe på sykehjem. 30 pleiere ble intervjuet. De var i forskjellige yrkesgrupper innen pleieomsorgen. Resultatene av studien viste at deltakerne mente at å jobbe personsentrert betød at de kunne møte hver pasients behov individuelt, at de utviklet et tett bånd til pasientene og at de hadde felles målsetting i avdelingen. Deltakerne forklarte at de utviklet familiære bånd til pasientene fordi pasientene var der over lang tid. De gledet seg over jobben sin og fant det meningsfullt og givende å jobbe der. For mange reflekterte det å jobbe med de eldre deres egne verdier og tro (Vassbø et al., 2019).

En annet forskningsstudie tar for seg hvordan personer med demens erfarer å bo på sykehjem. Studien ble utført av Mjørud, Engedal, Røsvik og Kirkevold (2017). Studien er kvalitativ med intervju og observasjon som metode. De har intervjuet tolv personer med demens på norske sykehjem og observert dem i dagliglivet og disse observasjonene ble brukt som et grunnlag for intervjuene. Deres funn viser at personer med demens på sykehjem er i stand til å kommunisere sine følelser og tanker, og de kan sette ord på faktorer som innvirket på deres livskvalitet på sykehjemmet. Studien viste at personer med demens foretrakk sine faste primærkontakter. Den viste også at de kjedet seg, men generelt var fornøyd med livet sitt (Mjørud et al., 2017).

Forskning av Oppert, O’Keeffe og Duong (2018) utført i Australia har sett på kunnskap hos helsepersonell i sykehjem og sett på fremmende og hemmende faktorer i utøvelsen av

personsentrert omsorg. Studien er fra 2018 og er en kvalitativ studie der de intervjuet pleiere fra to forskjellige sykehjem. Analysen tok utgangspunkt i Brooker's VIPPS-rammeverk for personsentrert omsorg. Resultatene viste at knapphet på tid og pasientenes oppførsel var faktorer som hemmet bruken av personsentrert omsorg. Å jobbe sammen i team viste seg å fremme bruken av personsentrert omsorg (Oppert et al., 2018).

En norsk litteraturstudie av Grøndahl, Persenius, Bååth og Helgesen (2017) har sett på effekten av bruk av livshistorier til personer med demens, deres pårørende og pleiere. Tre kvantitative og to kvalitative studier mellom årene 2006 og 2015 ble inkludert. Resultatene viste at bruken av livshistorier generelt hadde positiv effekt på personer med demens. Bruken av livshistorier kan bidra til å se på personen med demens som en unik person i stedet for en dement pasient. På en annen side viste resultatet at for pleierne kunne det bli utfordrende når sensitive opplysninger om pasienten kom frem, og for familien kunne det være vanskelig at livshistorien ble gjort kjent. Studien viste at det trengs mer forskning på bruken av livshistorier når det kom til familie og pleiepersonale (Grøndahl et al., 2017).

En artikkel av Thorvik, Helleberg og Hauge fra 2014 om god omsorg ble også inkludert. Dette fordi studien er utført på skjermet enhet for personer med demens. Hensikten var å beskrive hva god omsorg kan være. Det ble benyttet kvalitativ design med deltakende observasjon som metode. Resultatet viste at de ansatte var årvåkne og alltid beredt, de utnyttet gyldne øyeblikk og responderte svært raskt når det var nødvendig. De viste stor grad av fleksibilitet ved at de tålte pasientens opptreden, de tålte uorden og rutinebrudd og var kreative i sin fagutøvelse. Betingelser for slik fagutøvelse syntes å være at de hadde gode kunnskaper om sykdom, symptomer og den enkelte pasient, samt at de hadde god innsikt i kollegaers kompetanse (Thorvik, Helleberg & Hauge, 2014).

3 Teoretisk utgangspunkt

3.1 Demens

Ifølge Wyller (2018, s. 286) betegnes demens som en ansamling av symptomer, altså et syndrom. Diagnostiske kriterier for demens i henhold til ICD-10:

1. Svikt av hukommelse, især for nyere data og svikt i minst en annen kognitiv funksjon som dømmekraft, planlegging, tenkning eller abstraksjonsevne.
2. Klar bevissthet.

3. Svikt av emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd, minst ett av følgende:
Emosjonell labilitet, irritabilitet, apati eller unyansert sosial atferd.
4. Tilstanden må ha en varighet på minst seks måneder (Wyller, 2018, s. 286).

ICD er et klassifikasjonssystem for sykdommer. I øyeblikket er den tiende versjonen gyldig (ICD-10) (Engedal & Tveito, 2019, s. 18).

Mange forbinder demens nesten utelukkende med kognitiv svikt, altså forstyrrelser i hukommelse, resonneringsevne og så videre. Imidlertid omfatter demens også ikke-kognitive mentale symptomer. Disse sammenfattes ofte under betegnelsen atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (APSD). I mange tilfeller er det APSD som skaper størst lidelse ved demens, både for pasienten selv og for familien. Mange kan tolerere at ektefelle, mor eller far husker dårlig og trenger hjelp til praktiske ting, men hvis personen blir personlighetsforandret, paranoid og aggressiv, er det vanskeligere å mestre. Mange pasienter med demens har APSD allerede når diagnosen blir stilt. APSD kan gå i flere retninger; noen pasienter er deprimerte, apatiske og tilbaketrukne, mens andre er irritable, aggressive og motorisk urolig vandrende (Wyller, 2018 s. 286–287).

Diagnosesystemet ICD-10 (International Classification of Diseases) deler demens inn i tre ulike grader (Engedal & Tveito, 2019).

- Mild grad. Svekkelsen virker inn på evnen til å klare seg i dagliglivet
- Moderat grad. Pasienten kan ikke klare seg uten hjelp fra andre
- Alvorlig grad. Pasienten trenger kontinuerlig tilsyn og pleie

Det er funksjonsevnen som avgjør hvilken kategori en havner i (Engedal & Tveito, 2019).

Symptomer på demens:

Mild grad av demens, eller demens i tidlig fase

Ved mild grad av demens ser en at personen med demens glemmer mye. Personen glemmer for eksempel avtaler og ting som å spise og handle. Samtidig er håndtering av penger og regninger vanskelig, og personen har vansker med å relatere tidligere hendelser i et riktig tidsperspektiv. Tidsorienteringsevnen svikter. Innlæringen av ny informasjon er vanskelig (Engedal & Tveito, 2019, s. 365).

Moderat grad av demens eller demens i mellomfase

Personen med demens får vansker med å bruke mestringsevnene sine og mister grepet på

tilværelsen. De bringes lett ut av fatning, spesielt når de skal løse oppgaver eller ta stilling til valg, og når de utsettes for stress. I denne fasen ser en iblant psykotiske symptomer i form av vrangforestillinger, synshallusinasjoner og atferd som er vanskelig å forstå. Angst, depresjon, tiltaksløshet og rastløshet er vanlig. Hukommelsen og tidsorienteringsevnen svekkes ytterligere, og hos noen også språkevnen og evnen til å orientere seg i rom. Den språklige kommunikasjonsevnen svekkes på grunn av manglende taleflyt. Evnen til av- og påkledning, valg av riktig tøy, personlig stell og evnen til å holde orden i egen bolig blir sterkt redusert. Noen pasienter mister romorienteringsevnen og har en tendens til å gå seg vill på fremmede steder. Balanseevnen er også redusert. Det er i denne fasen de fleste pasientene kommer i kontakt med helse- og omsorgstjenesten (Engedal & Tveito, 2019, s. 365).

Alvorlig grad av demens eller sen fase av demens

Den siste fasen i en demensutvikling er preget av betydelig handlingssvikt og hjelpeløshet med hensyn til å klare seg selv i egen bolig, selv med støtte og hjelp fra familie og helse- og omsorgspersonell. Evnen til å kontrollere urin og avføring kan gå tapt, og mange har manglende styring med motoriske aktiviteter samt balansesvikt og gangproblemer. I denne fasen er de fleste personene med demens avhengige av fysisk pleie, og de fleste trenger å bo på institusjon fordi pleiebelastningen blir mer enn pasientens familie kan klare (Engedal & Tveito, 2019, s. 366).

De hjerneorganiske forandringene som inntreffer ved demens, fører til tap av ferdigheter og til at stemnings- og handlingsmønstre endres. Handlingsmønsteret påvirkes av de kognitive endringene som skjer. Helse omfatter både kroppslig og psykisk helse, inkludert sansefunksjon. Mange har andre kroniske sykdommer sammen med demens, og akutte sykdomstilstander kan inntre og påvirke situasjonen. Livshistorien er våre samlede livserfaringer, hva som har skjedd gjennom livet, hvordan vi vokste opp, hvem som har hatt og har betydelig innflytelse på livet vårt, hvor og hvordan vi har levd, kulturbakgrunn og så videre. Personligheten er et resultat av vår personlige utvikling fra fødsel til voksenalder, hva vi gjør og hvilke avgjørelser vi tar. I følge Rokstad og Smebye (2020, s. 54) er personligheten et sett av individuelle trekk som gir seg uttrykk i holdninger, verdier og normer. For å møte de utfordringene demenssykdom medfører, trengs en personsentrert omsorg, som ifølge Kitwood innebærer:

- Vi ser hele mennesket
- Vi legger til rette for at personen skal kunne bruke sine ressurser maksimalt

- Vi legger til rette for at personen skal kunne opprettholde sin selvstendighet så lenge som mulig
- Vi respekterer personens identitet på ethvert tidspunkt i demensforløpet

(Rokstad & Smebye, 2020, s. 54)

3.2 Personsentrert omsorg

«Tom Kitwood la et teoretisk grunnlag for personsentrert demensomsorg i praksis. Kitwood introduserte begrepet «personhood» (personverd på norsk). Han definerte begrepet som en rang eller status som tildeles et menneske av andre, i en kontekst av relasjoner og sosialt liv. Det innebærer gjenkjennelse, respekt og tillit» (Brooker, 2013, s. 12).

Rokstad og Smebye (2020, s. 52) sier at Kitwood tar opp temaet «å være en person» i tilknytning til utviklingen av en demenssykdom. Han understreker at vår referanseramme ikke kan være person-med-DEMENS, men PERSON-med-demens. Ifølge Brooker (2013) er det viktigste målet med personsentrert omsorg å bevare personverdet deres, til tross for svekket kognitiv funksjon. Hun mener at i omsorgsmiljøer der det støttes opp om personverdet, forventes større grad av trivsel og sosial trygghet, mens i miljøer der personverdet ikke støttes opp om vil det være høy grad av utfordrende atferd, fortvilelse og apati (Brooker, 2013, s. 12).

Ifølge Engedal og Haugen (2018) kan personverd blant annet bli bekreftet gjennom inkludering i et sosialt fellesskap, anerkjennelse av hverandre som unike individer, ved ekte og åpen kommunikasjon og en aksepterende holdning til de ulike valg vi gjør som mennesker. Personer med demens er særlig utsatt for å oppleve en degradering av personverd på grunn av kognitiv svikt, endret funksjonsnivå og utfordringer i dagliglivet. Relasjonen til deres nærmeste, så vel som til helsepersonell, blir påvirket av disse endringene. Et tydelig fokus på personsentrert tilnærming, for å bekrefte opplevelsen av verdi som menneske, er derfor særlig viktig (Engedal & Haugen, 2018, s. 301).

Engedal og Haugen (2018) sier at i Demensplan 2020 kommer det fram at personer med demens skal bli sett som den de er. Det skal tas hensyn til hvordan verden oppleves for personen med demens, og legges til rette for at personen med demens kan bruke ressursene sine. Personer med demens skal gis mulighet til å holde fast på sin identitet, oppleve tilhørighet, få støtte når personen trenger det, og oppleve at dagen inneholder meningsfylt aktivitet og beskjeftigelse. Personer med demens skal oppleve at de er verdsatte medlemmer av fellesskapet (Engedal & Haugen, 2018, s. 300).

3.3 Den utvidede modellen av demens

Tom Kitwood beskrev den utvidede modellen av demens. Den tar hensyn til de mange faktorene som påvirker hvordan en person opplever demens, blant annet nevrologisk svekkelse, fysisk helse, livshistorie og personlighet, samt sosialt miljø. Da Kitwood første gang skrev om den utvidede modellen, var den allmenne oppfatningen at det var lite som kunne gjøres for å bremse den nevrologiske svekkelsen. Den utvidede modellen ga rom for økt velvære ved å fokusere på andre dimensjoner som påvirker menneskers livskvalitet. Den personsentrerte tilnærmingen ser demens som en tilstand som må forstås fra et biologisk, psykologisk og sosiologisk perspektiv. Disse perspektivene påvirker hverandre og dermed hvordan personen med demens opplever tilstanden (Brooker, 2013, s. 12).

Ifølge Brooker (2013, s. 37) vises de forskjellige aspektene i den utvidede demensmodellen i denne ligningen:

$$\text{Demens} = \text{NS} + \text{H} + \text{B} + \text{P} + \text{SP}$$

NS = Nevrologisk svikt

H = Helse og fysisk tilstand

B = Bakgrunn – livshistorie

P = Personlighet

SP = Sosialpsykologi

Nevrologisk svikt (NS)

Den nevrologiske svikten forbundet med demens påvirker hukommelsen, evnen til å bruke og forstå muntlig og skriftlig språk, evnen til å utføre praktiske, hverdagslige gjøremål, evnen til å oppfatte verden slik andre gjør det, og evnen til å planlegge en fremgangsmåte og se ting fra andres synsvinkel. Kunnskap om hvordan slik svikt manifesterer seg, er viktig for at pleiere innenfor demensomsorgen skal kunne reagere på rett måte. Målet er å finne en reaksjonsmåte som støtter opp om personen med demens uten å undergrave evnene personen fremdeles har (Brooker, 2013, s. 37).

Helse og fysisk tilstand (H)

Hvis det skjer en økning i forvirret atferd hos eldre, og særlig hvis de har merkelappen demens, har familieomsorgsgivere, pleiere og fagkyndige en tendens til å tilskrive dette demenssykdommen. Men personer med demens er også mye mer utsatt for akutt forvirring og delirium som følge av fysiske helseproblemer som urinveis- og nedre luftveisinfeksjoner, forstoppelse, hormonell ubalanse, dehydrering, under-/feilernæring, overmedisinering og bruk

av beroligende midler. Dette kompliseres ved at enkelte personer med demens ikke er i stand til å gi en nøyaktig beskrivelse av symptomene sine på grunn av hukommelsesproblemer. Det er derfor viktig at omsorgsgiverne er ekstra våkne når det gjelder endringer i den fysiske helsen (Brooker, 2013, s. 37).

Bakgrunn eller livshistorie (B)

Mennesker prøver å forstå det de opplever her og nå, på bakgrunn av opplevelser de har hatt tidligere. På grunn av hjerneskaden som personer med demens har, har nylige opplevelser ofte ikke fått satt seg skikkelig i hukommelsen. Personer med demens som for eksempel er på sykehjem, har kanskje svært liten forståelse av hvor de befinner seg. Personer med demens vil likevel prøve å forstå hvor de er. For noen kan enkelte elementer ved sykehjemmet minne om en tidligere arbeidsplass. Kunnskap om yrkeslivet til personen med demens kan gjøre det lettere for de ansatte å forstå såkalt forvirret atferd (Brooker, 2013, s. 38).

Personlighet (P)

Med personlighet mener vi summen av et menneskes ressurser og sårbare sider, og disse sidene vil påvirke direkte hvordan et menneske takler virkningene av demens. Hvis en person alltid har vært opptatt av å ha styring over sitt eget liv og det som skjer rundt seg, er det mer sannsynlig at denne personen kommer til å slite mer med konsekvensene av demens enn en som alltid har overlatt beslutninger til andre. En utadvendt person vil kanskje takle å bo i bofellesskap bedre enn en innadvendt person. Personligheten endres vanligvis ikke som et resultat av demens. Hvordan mennesker reagerer på stress og utfordringer, er basert på innlærte atferdsmønstre. Familie og venner kan ofte si noe om hvordan en person med demens taklet stress og motgang tidligere, og dette kan gi en pekepinn på hvordan denne personen best kan hjelpes til å takle utfordringene ved demens (Brooker, 2013, s. 39).

Sosialpsykologi (SP)

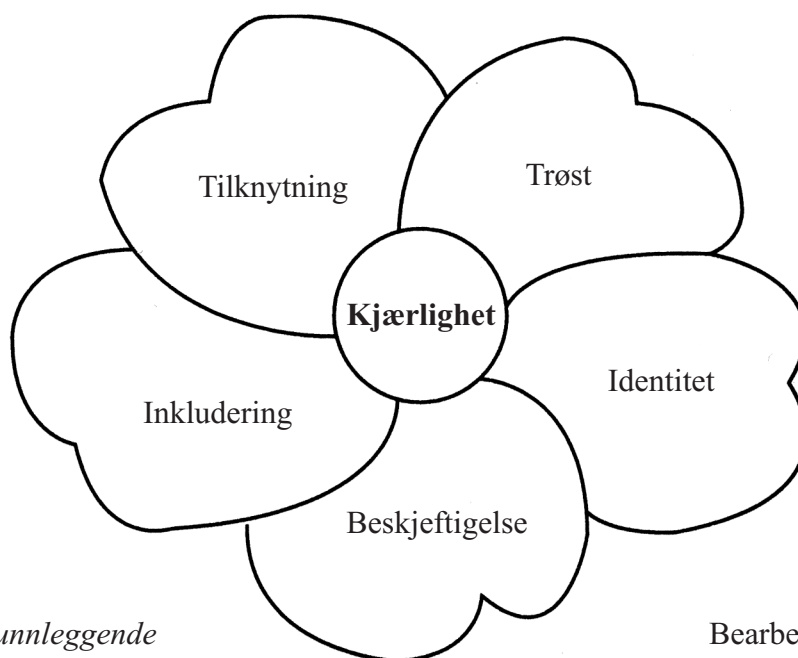
Med sosialpsykologi mener vi det sosiale og psykologiske miljøet som personer med demens befinner seg i. Primært handler det om mellommenneskelige forhold. Kitwood så for seg at personsentrert omsorg for personer med demens foregikk i en kontekst av mellommenneskelige forhold. Han skrev mye om dette og hvordan sosialpsykologi kunne støtte opp om eller virke nedbrytende på personer med demens. Når evnen til verbal kommunikasjon forsvinner, blir varm og aksepterende menneskelig kontakt via ikke-verbale kanaler viktigere enn noen gang (Brooker, 2013, s. 39).

I starten av demensforløpet er personene svært sårbare for at psykologiske

forsvarsmekanismer radikalt angripes og brytes ned. Når selvfølelsen er i ferd med å brytes ned, blir det stadig viktigere at den holdes oppe ved hjelp av mellommenneskelige relasjoner som personen med demens har. Disse relasjonene kan ikke utvikles ved hjelp av for eksempel tradisjonell personsentrert psykoterapi. Relasjoner utvikles snarere via samhandling i dagliglivet. Hvordan den enkelte opplever demens, bestemmes delvis av det sosiale miljøet. Mye kan gjøres for å sikre at det sosiale miljøet generelt sett dekker behovene til personer med demens (Brooker, 2013, s. 39).

3.4 Grunnleggende psykologiske behov

Brooker (2013) sier at ondartet sosialpsykologi og positivt personarbeid er direkte relatert til de psykologiske behovene som Kitwood identifiserte. Kitwood skrev og snakket om hva personer med demens trengte fra folk rundt seg for å kunne eksistere som person. Han illustrerte disse behovene ved hjelp av en blomst med overlappende kronblader, der sentrum av blomsten illustrerer kjærlighet, som er det sentrale behovet. Dette er sjenerøs, tilgivende og ubetinget aksept, som ikke ber om noe tilbake (Brooker, 2013, s. 71).



Figur 1: Grunnleggende psykologiske behov

Bearbeidet fra Kitwood, T. (2021, 9. opplag s. 90).

Trøst:

Trøst handler om å vise varme, nærhet, ømhet og mildhet til andre. Trøst skaper trygghet og demper angst. Det får folk til å slappe av. Trøst kan gis gjennom fysisk berøring, ord, bevegelser og omfavnelse. Personer som trenger trøst, kan ha smerter, føle seg fysisk syke eller uvel eller sitte eller ligge i en ubehagelig stilling (Brooker, 2013, s. 72).

Identitet:

Identitet handler om at du må vite hvem du er, hva du synes om deg selv, og hvordan du tenker. Etter som nylige minner viskes bort og språkvanskene blir verre, er det ofte de som omgås personer med demens, som gir vedkommende identitet. Identitet er forbundet med å vite hvem du er, og ha en slags tilknytning til fortiden. Det handler også om å ha en livshistorie som opprettholdes og holdes levende, enten av personen med demens eller med hjelp fra andre. Andre kjenner deg, de vet hvem du er, og de verdsetter deg. Identiteten kan særlig undergraves gjennom barnliggjøring, bruk av kallenavn og nedvurdering. Identiteten styrkes gjennom respekt, aksept og ros (Brooker, 2013, s. 72).

Tilknytning:

Mennesket er et svært sosialt vesen og trenger å føle tilknytning til andre, særlig når det opplever mye angst og store forandringer. Tilknytning handler også om å knytte bånd, om forbindelser, fostring, tillit og relasjoner. Det handler også om trygghet i relasjoner og følelsen av å ha satt sin lit til andre som man kan gå til i vanskelige stunder. Når folk blir engstelige, stiger ofte behovet for å føle seg knyttet til noen eller noe. Tilknytningsbehov kan dekkes gjennom erkjennelse, ekthet og validering. Tilknytning kan undergraves gjennom anklagelser, forræderi og underkjennelse (Brooker, 2013, s. 73).

Beskjeftigelse:

Beskjeftigelse handler om å delta i livet. Å være beskjeftiget dekker et dypere menneskelig behov for å ha innvirkning på verdenen og menneskene rundt seg. Beskjeftigelse dreier seg om å ta del i aktiviteter på en meningsfull måte. Det handler også om å ha en følelse av makt, at man kan ha kontroll over verden og få ting til å skje. Det gir en følelse av at du utgjør en forskjell og kan påvirke det som skjer, og måten det skjer på. Beskjeftigelse understøttes gjennom myndiggjøring, muliggjøring, tilrettelegging og samarbeid fra de ansattes side. Beskjeftigelse undergraves gjennom umyndiggjøring, avbrytelse, tvang og objektivisering (Brooker, 2013, s. 73).

Inkludering:

Å være del av en gruppe er viktig for at vi mennesker skal kunne overleve. Personer med demens står i stor fare for å bli sosialt isolert, selv i et bofellesskap. Hvis det ikke tas grep for å hjelpe personer med demens med å bli inkludert av andre, blir det mer og mer usannsynlig at de kommer til å klare dette selv. Etter hvert kan de gå inn i depresjon og en vegeerende tilværelse. Inkludering handler om å være med i eller å bli gjort del av et sosialt fellesskap,

enten fysisk eller verbalt. Det dreier seg om å legge til rette for deltakelse der dette ellers ikke ville skjedd, og å sørge for at en person føler at han eller hun er del av gruppen og blir tatt imot og akseptert. Behovet for inkludering dekkes gjennom å anerkjenne personens verdi, trekke dem med i samtaler og aktiviteter som vektlegger tilhørighet, og ha det moro sammen. Inkludering undergraves gjennom stigmatisering, bortvisning og latterliggjøring (Brooker, 2013, s. 73-74).

3.5 Ondartet sosialpsykologi

Rokstad og Smebye (2020) sier at i all omgang og samhandling med personer med demens kan måten vi opptrer på, gi vedkommende bekræftelse som menneske, men den kan også være krenkende eller degraderende. Kitwoods ondartede sosialpsykologi dreier seg om prosesser som degraderer mennesker med demens, og som skader den personlige identiteten. Faktorer som kjennetegner destruktiv samhandling, må en være på vakt for å kunne kjenne igjen og eliminere (Rokstad & Smebye, 2020, s. 59). (DCM) Dementia Care Mapping-observatører har registrert situasjoner som degraderer personverdet på et sykehjem. Disse registreringene blir brukt som en del i deres rutinemessige omsorgsarbeid: Trusler, neglisjering, for høyt tempo, barnliggjøring, bruk av kallenavn, nedvurdering, anklagelse, forræderi, underkjennelse, umyndiggjøring, tvang, avbrytelse, objektivisering, stigmatisering, ignorering, bortvisning og latterliggjøring (Brooker, 2013, s. 64).

Eksempel på neglisjering:

Det er travelt i oppholdsrommet. Personalet er opptatt med å hjelpe beboerne med å komme seg til spisesalen. Lovise sitter fremdeles i stolen og prøver å få kontakt med en ansatt som går forbi. Den ansatte skygger unna og fortsetter mot spisesalen (Brooker, 2013, s. 65).

Eksempel på trusler:

Georg sitter ved spisebordet. Han har bare tatt noen få biter, men nå har han lagt fra seg gaffelen. En pleier kommer bort og sier: «Georg, hvis du ikke spiser opp maten din, skal jeg si det til kona di, og da blir hun sinna på deg (Brooker, 2013, s.64).

Ved en DCM-evaluering blir alle episoder med degradering av personverdet observert, registrert og gitt tilbakemelding på til pleiepersonalet. Forekomster av slike episoder går ofte drastisk ned etter hvert som personalet er blitt oppmerksomme på dem og lærer seg å håndtere dem som en del av praksisutviklingen. Hvis du er nyansatt på et sykehjem, lærer du å

kommunisere med beboere av andre ansatte. Hvis måten de kommuniserer med beboerne på, karakteriseres av barnliggjøring og for høyt tempo, er det sannsynlig at du også vil gjøre det samme. Det ondartede ved ondartet sosialpsykologi er at den bryter ned personverdet til dem som mottar omsorg, og den sprer seg også svært hurtig blant de ansatte (Brooker, 2013, s. 67).

3.6 VIPS-modellen

Brooker utviklet VIPS-modellen etter å ha lest en rekke forfattere som skriver om personsentrert omsorg. VIPS-modellen er en moderne definisjon av personsentrert omsorg bestående av fire elementer:

1. Verdsatte personer med demens og pleierne som har omsorg for dem – rettigheter og krav skal ivaretas uavhengig av alder eller kognitiv funksjon.
2. Behandle personer som enkeltindivider – alle personer med demens har en unik bakgrunn og personlighet, unike fysiske og mentale evner samt unike sosiale og økonomiske ressurser. Disse faktorene påvirker hvordan de reagerer på nevrologisk svekkelse.
3. Forstå verden fra perspektivet til personer med demens – den enkeltes erfaringer har sin egen psykologiske verdi, personer med demens handler og oppfører seg ut ifra dette perspektivet, og en empatisk tilnærming til dette perspektivet utgjør et terapeutisk potensial.
4. Erkjenne at all menneskelig atferd, også atferd hos personer med demens, har sitt grunnlag i mellommenneskelige relasjoner, og at personer med demens har behov for et berikende sosialt miljø som både kompenserer for svakhetene deres og gir mulighet for personlig vekst (Brooker, 2013, s. 9).

De fire elementene i VIPS-modellen er:

- V** Et verdigrunnlag som anerkjenner menneskets absolutte verdi, uavhengig av alder eller kognitiv funksjon
- I** En individuell tilnærming som vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske
- P** Evnen til å forstå verden, sett fra personens perspektiv
- S** Etablering av et støttende sosialt miljø som dekker personens psykologiske behov (Brooker, 2013, s. 9).

Brooker (2013) utviklet en likning der akronymet står for **VIP (Very Important Person)**.

(Personsentrert omsorg) PO = V + I + P + S Inspirert av professor Tom Kitwood som gjerne brukte likninger for å illustrere sine komplekse ideer (Brooker, 2013, s. 10).

Dementia Care Mapping (DCM):

Ifølge Brooker (2013) finnes det flere modeller utviklet for å implementere personsentrert omsorg. DCM er en av dem som blir mye brukt. Den er også basert på Kitwoods personsentrerte omsorg, og er en formell metode for å observere omsorg i fellesområdene i et omsorgsmiljø. Kurset lærer de ansatte til å bli oppmerksomme på perspektivet til personer med demens og erfaringsmessig sier pleierne selv at de opplever langt større empati etterpå i alle typer omsorgssituasjoner (Brooker, 2013, s. 51).

3.7 Kari Martinsens omsorgsteori

Ifølge Kari Martinsen (2003) har omsorg en relasjonell, praktisk og moralsk dimensjon.

Omsorgens relasjonelle dimensjon:

Omsorg beskriver hvordan vi er avhengig av hverandre. Vi har et ansvar for de svake. Dette er et overordnet prinsipp. Den relasjonelle dimensjonen oppstår når en person gir omsorg til en eller flere personer. Martinsen ser på omsorg som et sosialt fenomen, siden omsorg blir gitt en som har behov for det (Martinsen, 2003, s. 76).

Omsorgens praktiske dimensjon:

En må delta aktivt og praktisk i den andre sin følelse. Martinsen trekker frem den barmhjertige samaritan som eksempel. Martinsen hevder det finnes to typer omsorgsrelasjoner, balansert gjensidighet eller uegennyttig gjensidighet. Balansert gjensidighet kjennetegner en relasjon hvor begge parter gir og mottar omsorg, Uegennyttig gjensidighet er en relasjon hvor den ene hjelper den andre i situasjonen, uten å forvente noe tilbake (Martinsen, 2003, s. 16).

Omsorgens moralske dimensjon:

Den moralske dimensjonen ved omsorg innebærer at man har et ansvar for de svake. En må lære seg hvordan ansvaret for den svake skal praktiseres. Omsorgsbegrepet handler også om å lære seg å håndtere makt. Prinsippet om solidaritet med den svake må ligge til grunn i enhver håndtering av makt. Martinsen (2003) sier at omsorgsmoral må læres ut fra hva en vurderer som verdifullt. Verdier som en lærer gjennom praksis må en kritisk vurdere underveis (Martinsen, 2003, s. 17).

3.8 Tid og travelhet

Balteskard sier at klokketiden knyttes til effektivitet og lønnsomhet. Dette synet på tid er det motsatte av tid forstått i en fenomenologisk sammenheng som fremhever det som oppleves som betydningsfullt i tidsrommet. Dette er noe annet enn den målte tiden. Hun skriver at det som i nåværende øyeblikk oppleves som betydningsfullt og engasjerende gir livet mening. Vi glemmer oss selv, og fokuset dreies mot håp og livsmot. Når ingenting skjer blir vi eksistensielt sårbare. Hva den gamle pasienten vektlegger som betydningsfullt, kan en få vite ved å legge vekt på å lytte til pasienten og slik være medskaper av betydningsfulle øyeblikk (Balteskard, 2015, s. 80).

Når omsorgstjenester får karakter av å være en vare som kontraktfestes, gis det dårlig plass for faglig skjønnssanvendelse fra sykepleierens side gjennom individuell tilrettelegging. «Når tidsrommet måles, og kun det, blir tidsrommets betydning skjult. Og slik er det effektivitetens tilstand overkjører et fenomenologisk forhold til tid. Tiden måles og veies og rasles med ... i følge Thorheim (2009, s. 96, referert i Balteskard, 2015 s. 82). Klokketidens verden gir sparsomt rom for det betydningsfulle. For den gamle pasienten som opplever at fremtiden er kort, vil tilbakeholdelsen av betydningsfulle øyeblikk gjennom erindringen være av stor betydning for å oppleve en rommelig verden (Balteskard, 2015, s. 82).

Kari Martinsen (2012) sier om travelheten at det er en konflikt mellom etikkens to «bør». Konflikten er mellom travelheten sykepleier opplever at hun står i og de oppgavene som er betrodd henne som sykepleier. Hun sier at det er et høymoralsk press innfelt i pleiekulturen om den gode sykepleier, og kaller det et dilemma mellom to valg, der begge mulighetene er uønsket. Martinsen sier at sykepleier velger travelheten fremfor høymoralen for å klare hverdagen. Hvis travelheten blir en livsform og en vane, kan den dekke over en mangel på indre bevegelse, berørthet og opplevd tid. «Når travelheten slik blir en livsform, blir mennesket ulykkelig» (Martinsen, 2012, s. 57).

4 Metodedel

4.1 Semistrukturert intervju

Mitt forskningsspørsmål søker å finne svar på erfaringer hos pleiere på sykehjemsavdeling for personer med demens. Derfor har jeg valgt å bruke semistrukturert livsverdenintervju som metode. I en slik metode viser intervjueren [...] «åpenhet for nye og uventede fenomener,

i stedet for å ha ferdige kategorier og fortolkningskjemaer» (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 48).

Dette er en kvalitativ studie. «Et semistrukturert livsverdenintervju brukes når temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra intervjupersonens egne perspektiver» (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 47). Jeg ønsker detaljert informasjon om pleiernes tanker og atferd, og da er livsverdenintervju metoden som passer min studie. «Livsverden er verden slik vi møter den i dagliglivet, og slik den fremtrer i den umiddelbare og middelbare opplevelse, uavhengig av og forut for alle forklaringer» (Kvale & Brinkmann, 2019, s.46).

Ifølge Kvale og Brinkmann (2019) søker en gjennom intervjuet å forstå betydningen av sentrale temaer i intervjupersonens livsverden. Intervjueren registrerer og fortolker meningen med det som sies og hvilken måte det sies på. Intervjueren bør være velinformert om temaet for intervjuet, være oppmerksom på – og i stand til å fortolke – stemmeleie, ansiktsuttrykk og kroppsspråk (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 47). Samtidig er det viktig at jeg er oppmerksom på min forforståelse av temaet og at det kan påvirke mitt prosjekt. Kvale og Brinkmann (2019) sier at en bevisst naivitet og forsøk på fordomsfrihet vil åpne for nye og uventede fenomener og at intervjueren bør være kritisk overfor sine egne forutsetninger og hypoteser under intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 48).

4.2 Studiens utvalg

Jeg har valgt å bruke intervju som metode, og brukte strategisk utvalg for å finne deltakere. «Ved å velge personer som du mener har bestemte kunnskaper eller erfaringer, gjør du et strategisk valg» (Dalland, 2021 s. 79). Jeg satte derfor følgende inklusjonskriterier:

- Deltaker måtte jobbe på en skjermet enhet for personer med demens
- Deltaker måtte ha over fem års erfaring i å jobbe med personer med demens
- Deltaker måtte ha videreutdanning innen demens
- Deltaker måtte være sykepleier eller hjelpepleier

Inklusjonskriteriene ble satt fordi jeg hadde en formening om at kompetanse og erfaring fra demensomsorgen ville gi meg dypere innsikt i min problemstilling.

4.3 Den praktiske gjennomføringen

4.3.1 Rekrutteringen

Denne delen viste seg å bli utfordrende. Jeg ønsket primært å intervju bare sykepleiere, men på grunn av koronapandemien og stort fravær og restriksjoner på sykehjemmene ble det vanskelig å gjennomføre. Jeg endte opp med å intervju både sykepleiere og hjelpepleiere med mange års erfaring innen demensomsorg. Pleierne jobbet på samme sykehjem, men hadde nettopp startet der på grunn av omstrukturering i kommunen. De kom fra forskjellige sykehjem, og hadde nå jobbet i seks måneder på det nye sykehjemmet.

Jeg lagde et informasjonsskriv til leder av sykehjemmet med presentasjon av meg selv, presentasjon av prosjektet mitt, bakgrunnen for mitt prosjekt og hensikten med det. Ved positivt svar ba jeg om at informasjonen ble levert videre til de som ønsket å delta sammen med skjema for samtykke til deltakelse.

4.3.2 Intervjuguiden

Jeg hadde på forhånd bestemt meg for å benytte meg av intervjuguide med åpne spørsmål til deltakerne. Spørsmål som de kunne svare mer utdypende på underveis. Det var ikke nødvendig at deltakerne svarte på alle spørsmålene, men at spørsmålene ble brukt mer som en rettesnor for en samtale. Malterud (2021, s. 55) sier at ofte vet vi ikke på forhånd hvordan spørsmålene våre vil fungere. Derfor skal samtalene justeres i takt med spørremåter og oppfølging som viser seg å lede til empiriske data med best mulig informasjonsstyrke.

Spørsmålene tok utgangspunkt i problemstillingen jeg hadde formulert. For å teste ut intervjuguiden foretok jeg et prøveintervju på en bekjent som er sykepleier. Dette for å se om jeg trengte å forandre på spørsmålene mine. Jeg fikk gjort noen justeringer før intervjuene av deltakerne startet. Jeg var også forberedt på å stille oppfølgingsspørsmål underveis om nødvendig. «Det er viktig med kunnskap om intervjutemaet for å kunne stille gode oppfølgingsspørsmål når intervjupersonen svarer. Kvaliteten på de produserte data i et kvalitativt intervju avhenger av kvaliteten på intervjuerens ferdigheter og kunnskaper om temaet» (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 84). Som forsker i eget felt har jeg kunnskap om temaet fra før. Som ny forsker hadde jeg ingen erfaring med å intervju. Jeg var derfor spent på intervjusituasjonen.

4.3.3 Intervjusituasjonen

Jeg intervjuet deltakerne på arbeidsplassen deres for å gjøre det enklere for dem å kunne delta, og for at de skulle føle at de var på «hjemmebane.» Hvert intervju tok 45–60 minutter. Jeg benyttet meg av lydopptak via mobiltelefon. Appen Diktafon fra USIT (Universitetets senter for informasjonsteknologi) med nettskjema ble brukt. I forkant av intervjuene hadde jeg ordnet med kaffe og smågodt. Som fersk intervjuer ønsket jeg å være lydhør og vennlig, og å skape en god arena for samtale. Kvale og Brinkmann (2019) sier at det skapes god kontakt ved at intervjueren lytter oppmerksomt og viser interesse, forståelse og respekt for det intervjupersonen sier, og ved at intervjueren er avslappet og klar over hva han eller hun ønsker å vite (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 160).

Jeg startet hvert intervju med litt «smalltalk», for å gjøre deltakerne mer komfortable og trygge i intervjusituasjonen. Samtidig informerte jeg muntlig om prosjektet mitt. Jeg gjentok at de kunne trekke seg fra prosjektet når som helst dersom de ville, og at da kom all data om dem til å slettes øyeblikkelig. Jeg informerte også om at all data blir oppbevart på sikker server og oppfordret dem til å prøve å anonymisere pasienter og pårørende. Når det ble klart for selve intervjuet ga jeg beskjed om at jeg kom til å sette på lydopptak.

Jeg avsluttet hvert intervju med en liten oppsummering av hva deltaker hadde fortalt for å være sikker på at deltaker var enig, og for å avklare om deltaker hadde mer å tilføye.

Intervjuene ble foretatt på forskjellige dager i løpet av en uke.

Jeg måtte under alle intervjuene være bevisst egen forforståelse og ikke la de komme i veien for å være åpen for det deltakerne sa. Ifølge Malterud (2021, s. 44-45) var Gadamer en viktig bidragsyter innenfor hermeneutisk filosofi-læren om tolkning av tekster som grunnlag for forforståelse. Han argumenterte for den sentrale betydningen av historiske og individuelle forutsetninger og erfaringer som mennesker har med seg som bevisste eller ubevisste deler av sitt tolkningsgrunnlag.

Malterud (2021) sier at forforståelsen er den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter, og at innholdet i denne sekken påvirker hele veien måten vi samler, leser og tolker våre data på. Denne bagasjen kan styrke vårt forskningsprosjekt, men kan også være en svakhet som gjør at forskningsprosjektet blir så påvirket av egen forforståelse at vi ikke ser annet enn den (Malterud, 2021, s. 44-45). Forsker har vært bevisst denne forforståelsen under hele forskningsprosessen, og vært oppmerksom på dette under både intervjudelen og i analyseringen av dataene.

4.3.4 Transkriberingen

Etter hvert intervju transkriberte jeg intervjuet slik at det skulle være ferskt for meg. Jeg transkriberte på bokmål, og skrev ned absolutt alt. «Når forskeren selv gjør transkripsjonsarbeidet, øker muligheten for å oppdage svakheter i materialet» (Malterud, 2021, s. 80).

Ved å selv transkribere øker også validiteten på resultatene, ifølge Malterud (s. 80). Med intervjuet ferskt i minne noterte jeg meg også følelser som kom til uttrykk (latter og tårer), og deltakernes og mine egne ord og uttrykk. Tonefall og pauser ble også skrevet med i teksten. Det ble 30 sider med transkribert datamateriale til sammen.

Jeg begynte å ane flere interessante funn allerede i transkriberingsprosessen. «Når intervjuene transkriberes fra muntlig til skriftlig form, blir intervjusamtalene strukturert slik at de er bedre egnet for analyse» (Kvale & Brinkmann 2019, s. 206). Under hele transkriberingsprosessen var forsker bevisst på at omskriving fra muntlig til skriftlig språk måtte være grundig for å ikke miste viktige poeng og nyanser i det deltakerne sa.

4.3.5 Analysen

Jeg valgte å bruke tematisk analyse etter modell av Johannessen, Rafoss og Rasmussen (2020). Ifølge Johannessen et al. (2020) er tematisk analyse en både enkel, grundig og studentvennlig oppskrift for hvordan å gå frem for å finne noe interessant i dataene dine (Johannessen et al., 2020, s. 278). «Som navnet tilsier, innebærer tematisk analyse at vi ser etter temaer i dataene våre. Et tema er en gruppering av data med viktige fellestrekk» (Johannessen et al., 2020, s. 279). Tematisk analyse etter denne modellen består av fire steg.

Steg 1:

«Det første steget i tematisk analyse er forberedelse, der du skaffer til veie og får oversikt over data. Poenget i denne fasen er å få oversikt over dataene dine» (Johannessen et al. 2020, s. 283). Her har jeg transkribert alle fire intervjuene for hånd og dette ble gjort rett etter hvert intervju. Dette skaffet meg god og skriftlig oversikt over mine data.

Steg 2: Koding

«Slik vi definerer det, handler koding om å fremheve og sette ord på viktige poenger i dataene våre. Dette gjør vi av tre overlappende grunner, nemlig for å:

1. Få oversikt over innholdet i dataene våre

2. Generere nye og dypere innsikter i dataene,
3. og tilrettelegge dataene for den påfølgende kategoriseringsfasen» (Johannessen et al., 2020, s. 284).

«Koding handler om å fremheve og sette ord på viktige poenger i dataene våre. I tillegg til dette bør vi tenke på koding som en spørsmålsdrevet prosess» (Johannessen et al., 2020, s. 284).

I dette steget av analysen valgte jeg å bruke markeringer og refleksjonsnotater for å kode mine data. Jeg brukte markeringstusj og markerte interessante utsagn fra transkribert tekst. Jeg valgte å ha fokus på min foreløpige problemstilling og markerte alt av relevans. Jeg kodet alle intervjuene tre ganger for å være sikker på å ikke utelate noe. Alle refleksjoner jeg hadde underveis ble notert flittig i marginen. I tillegg lagde jeg meg et lite skjema der jeg hadde den markerte teksten til venstre og mine egne notater til høyre. Jeg hadde nå fått et rikholdig materiale til neste steg i analysen.

Steg 3: Kategorisering

«Kategorisering innebærer å sortere dataene dine i mer overordnede kategorier, og det er som sagt disse kategoriene vi kaller analysens temaer. Kategoriene eller temaene er funnene våre» (Johannessen et al., 2020 s. 295). Johannessen et al. anbefaler å ikke ha for mange hovedtemaer, mellom tre og fem (s. 295). De anbefaler heller å ha noen flere undertemaer. Etter å ha kategorisert mine koder endte jeg opp med 25 temaer. Dette er ifølge Johannessen et al. for mange, så da måtte jeg avgrense disse. Jeg endte da opp med flere undertema. Undertemaene ble kategorisert etter fellestrekk og satt i grupper under respektive hovedtema.

Tabell (neste side): Eksempler på koding og kategorisering i analysen:

Markerte utsagn fra deltaker	Kategorisering av undertema	Hovedtema
«Jeg har så lyst å sette meg ned sammen med pasienten, men har ikke tid.»	Travel hverdag. Mange oppgaver som må gjøres.	Man «putter inn» personsentrert omsorg der man kan.
«Det er så viktig å kjenne til pasientens levde liv og bli godt kjent.»	Lite folk på jobb. Tidspress. Bakgrunnsopplysninger. Livshistorie.	Å bli kjent med pasienten og deres bakgrunn.
«De blir jo som din familie.» «Man blir så glad i dem.»	Jobber tett på pasientene. Primærkontakter. Jobber tillitsskapende.	Vi blir en del av familien.
«Du må være empatisk.» «Manglende kunnskap om demens kan føre til alvorlige konsekvenser for pasienten.»	Har videreutdanning i demens. Personer med demens kan uttrykke seg annerledes, for eksempel ved smerte.	Kunnskap om demens og personlig egnethet.
«Jeg synes synd på pasientene som ikke finner frem.» «Pasientene vandrer inn på feile rom.»	Lite tid til hver enkelt pasient skaper frustrasjon.	Stor avdeling betyr lite rom for personsentrert omsorg.

Tabell: Eksempler på koding og kategorisering i analysen. Tabell laget av forsker.

Steg 4: Rapportering

«Rapportering innebærer å skrive frem temaene (og deres innhold) i resultatdelen av oppgaven din. Her skal du skrive frem svaret på forskningsspørsmålet ditt. Det er vanlig å gå frem og tilbake mellom disse stegene» (Johannessen et al., 2020, s. 305). Etter å ha jobbet meg gjennom analysen endte jeg opp med fem hovedtemaer, noen med undertema, som resultat. Disse blir presentert i resultatdelen.

4.3.6 Validitet og reliabilitet

«Å validere er å kontrollere. Forskeren har et kritisk syn på sine fortolkninger, og uttrykker eksplisitt sitt perspektiv på emnet som studeres og hva slags kontroll som utøves for å motvirke en selektiv forståelse og skjev fortolkning» (Kvale & Brinkmann 2019, s. 279).

Forsker har fått godkjent prosjektet fra NSD, hvilket vil si at det er gjort tiltak for å behandle personvernopplysninger forsvarlig. Forsker har fylt ut et risikovurderingsskjema via UiT på forhånd. Intervjuene foregikk på deltakernes arbeidsplass, i arbeidstida, og det kan ha preget intervjuet på den måten at deltakerne følte at de måtte skynde seg. Imidlertid fremsto deltakerne rolige under intervjuene. Underveis i intervjuene har forsker stilt spørsmål: «Har jeg forstått det riktig det du nå sier?» Dette for å unngå misforståelser slik at deltakernes uttalelser blir oppfattet korrekt.

Problemstillingen ble endret i løpet av analysedelen på grunnlag av funn i dataene, slik at resultatene svarer på problemstillingen. Problemstillingen ble endret fra å ha fokus på hva som hemmer og hva som fremmer personsentrert omsorg, til hvilke erfaringer pleierne har med å bruke personsentrert omsorg på skjermet enhet for personer med demens. Utvalget av deltakere hadde lang erfaring og videreutdanning innen demensomsorg. Dette gjør informasjonsstyrken god. I tillegg har forsker hatt god dialog med veileder underveis i prosjektet.

Reliabilitet er pålitelighet. Kvale og Brinkmann (2019, s. 276) sier om begrepet reliabilitet at det brukes ofte i sammenheng med spørsmål om hvorvidt andre forskere ville kommet til samme resultat med samme metode.

For å styrke studiens reliabilitet har forsker bestrebet seg på å lage en oversiktlig presentasjon med alle stadier i prosessen forklart slik at andre forskere kan se hele prosessen. Studien har fire deltakere og er på den måten ikke generaliserbar til for eksempel større populasjoner. Likevel kan resultatene ha en verdi for andre som behandler personer med demens.

4.3.7 Ethiske vurderinger

Ifølge Kvale og Brinkmann (2019) er det fire områder som tradisjonelt diskuteres i etiske retningslinjer for forskere:

1. Informert samtykke: betyr at forskningsdeltakerne informeres om undersøkelsens overordnede formål og om hovedtrekkene i designen, så vel som om mulige risikoer og

fordeler ved å delta i forskningsprosjektet. Informert samtykke innebærer dessuten at man sikrer seg at de involverte deltar frivillig, og informerer dem om deres rett til å når som helst trekke seg fra undersøkelsen (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 104-108).

Deltakerne i min studie ble informert om studiens formål og ansvarlige. De fikk informasjon om studiens varighet og beskjed om at de kunne trekke seg fra studien når som helst uten at det ville bli stilt spørsmål ved det. De fikk beskjed om at studien var godkjent av Norsk senter for dataforskning, og at anonymiteten deres ville bli ivarettatt. Jeg informerte om skriftlig samtykke og alle skrev under på det. Jeg garanterte dem at all data ville bli forsvarlig innelåst og slettet ved studiens slutt.

2. Konfidensialitet: refererer til enigheten om hva som kan gjøres med dataene som blir et resultat av deres deltakelse. Oftest innebærer det at private data som identifiserer deltakerne, ikke avsløres (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 104-108).

Deltakerne i min studie fikk informasjon om at jeg kom til å anonymisere alt slik at ingen ville være gjenkjennelig. Under analysen brukte jeg kun deltakernummer på deltakerne for å være nøye med anonymiseringen. Lydopptaker fra USIT med nettskjema ble brukt under intervjuene, og de ble lagret på sikker måte i en sikker server via UiT/USIT. Deltakerne ble informert om at når studien ble avsluttet ville all data som ble samlet inn slettes. Før hvert intervju minte jeg deltakerne på å anonymisere pasientene i eksemplene de kom med.

3. Konsekvenser: Ifølge Kvale og Brinkmann bør forskeren være klar over at den åpenhet og intimitet som kjennetegner mye kvalitativ forskning, kan være forførende og kan få deltakerne til å gi opplysninger de kanskje senere vil angre på at de har gitt. For å foregripe mulige etiske krenkelser kreves det inngående kjennskap til undersøkelsesfeltet (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 107)

Som ny forsker hadde jeg satt meg inn i intervjuundersøkelser ved å lese teori om dette og ved å delta på forelesningene på skolen. Før hvert intervju ga jeg beskjed til deltakerne når jeg startet lydopptaket. Hvis jeg følte at intervjusamtalen gled litt ut, så var det enkelt å få det på rett spor igjen ved å være oppmerksom på dette. Jeg hadde derfor intervjuguide som en slags rettesnor for hele intervjuet. I tillegg kunne jeg stoppe opp i intervjuet for å oppsummere hva deltaker har fortalt, og om deltakeren var enig i at dette var korrekt.

Forsker er selv godt kjent i forskningsfeltet med tyve års erfaring innen demensomsorgen. Dette gjorde det enkelt å sette seg inn i det deltakerne hadde å si. Samtidig var det en utfordring at jeg som forsker hadde med meg en forforståelse jeg hele tiden måtte være oppmerksom på. Dette satte preg på hele prosessen fra start til mål da jeg konstant måtte prøve å sette egen forforståelse til side og se med et nøytralt blikk på mine innsamlede data. Jeg var forberedt på uventede hendelser under intervjuene, for eksempel som at deltakere kunne betro seg til meg om noe konfidensielt, eller at noen skulle forstyrre intervjuene, men det skjedde ikke.

4. Forskerens rolle: forskerens rolle som person, forskerens integritet, er avgjørende for kvaliteten på den vitenskapelige kunnskap og de etiske beslutninger som treffes i kvalitativ forskning. Betydningen av forskerens integritet øker i forbindelse med intervju, fordi intervjueren selv er det viktigste redskapet til innhenting av kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 108).

I og med at jeg forsket i mitt eget felt måtte jeg være oppmerksom på min rolle i intervjusituasjonen. Jeg måtte legge vekk egne erfaringer og lytte til deltakernes erfaringer under intervjuet, og i arbeidet med transkripsjonen. Samtidig var forskers egen erfaring en styrke under intervjuene, da temaene som det ble pratet om var godt kjent og forsker kunne bidra med oppfølgingsspørsmål som var relevante i forhold til problemstillingen.

Som ny forsker og intervjuer prøvde jeg å legge alt til rette for en behagelig intervjusituasjon for deltakerne. Jeg bestrebet meg på å holde deltakeren inne på temaet under intervjuet. Det at intervjuene foregikk på deltakernes arbeidsplass, i arbeidstida, gjorde det lettere for deltakerne å la seg intervju. Samtidig kunne det bidra til at de kunne kjenne på stress ved å avbryte arbeidet for å la seg intervju.

5 Presentasjon av resultat

Dette kapitlet viser resultatene av studien. Resultatene er inndelt i temaene:

- Å bli kjent med pasienten og deres bakgrunn
- Vi blir en del av familien
- Vi putter inn personsentrert omsorg der vi kan
- Kunnskap om demens og personlig egnethet
- Stor avdeling – lite rom for personsentrert omsorg

5.1 Å bli kjent med pasienten og deres bakgrunn

Alle deltakerne i studien fremhever betydningen av å være godt kjent med pasienten som en forutsetning for å kunne gi personsentrert omsorg. Det må brukes god tid både på å bli kjent med hverandre og å bli trygge på hverandre. Pasientene er unike personligheter og hver enkelt har individuelle behov man må ta hensyn til. Som en deltaker uttrykte det:

Du må lære deg alt fra hvilke klær de foretrekker til pålegget de vil ha på brødiskiva og interessene de har og i tillegg hva de har likt å gjøre før de ble syke. Helst må du vite hva som får dem i godt humør også.

5.1.1 Det første møtet

En deltaker poengterer hvor stor betydning bakgrunnsopplysningskjemaet har. Dette er et skjema de pleier å be nærmeste pårørende om å fylle ut før pasienten flytter inn. Der opplyses det om familierelasjoner, hobbyer, tidligere arbeid og interesser blant annet.

Deltaker 1:

«Bakgrunnsopplysninger er viktige for å danne seg et bilde av hvordan vedkommende er.»

Samtidig understreker deltakeren at det er viktig å ikke være forutinntatt. En deltaker har opplevd å lese i journalen at pasienten var utagerende. Slike opplysninger mener deltaker kan være med på å gi et feil bilde av pasienten. Deltakeren vil helst danne seg sitt eget bilde av hvordan pasienten er når de kommer til avdelingen. Å være forutinntatt kan påvirke hvordan pleierne møter pasienten. Alle deltakerne ønsker å bli kjent med pasientene uten å ha fått slike opplysninger, da deres erfaring tilsier at slike opplysninger flere ganger viste seg å ikke stemme. Samtlige deltakere har erfart at måten de møter pasienten og pårørende på har mye å si for fortsettelsen av samarbeidet. De må møtes med vennlighet og respekt. Det gir grunnlaget for et godt samarbeid med pårørende, og de pårørende blir opplyst å være en essurs når det kom til å kjenne pasienten best.

Deltaker 2:

Man må gå tilbake i deres liv for å se hvem personen er og hva de har tilhørt for å kunne tilpasse omsorgen. Gi dem aktiviteter og inkludere dem i det som skjer her og nå. Man må se hver enkeltes behov og prøve å fylle disse behovene.

En deltaker understreker viktigheten av aktivitet, og at den må være tilpasset hver enkelt. Hun

har erfart at man ikke må presse dem til å utføre noe de ikke vil mestre. Dette kan føre til at de kjenner på utilstrekkelighet og mislykkethet. Hun mener at selve aktiviteten er en del av den personsentrerte omsorgen. Det får pasienten til å føle på inkludering, og det å være en del av fellesskapet og det bidrar til mestringsfølelse og glede.

Deltakerne sier at flere av pasientene på skjermet enhet ha kommet så langt i sykdomsprosessen at de har mistet språket. Da blir det ekstra viktig å være oppmerksom på ens eget kroppsspråk for å unngå misforståelser. Det å prate dårlig norsk blir oppgitt å være en kilde til engstelse hos pasientene. Det fører også til et dårlig utgangspunkt for å gi personsentrert omsorg.

«En må bruke tid i stellesituasjonen på å trygge pasienten, forklare med korte setninger hva vi skal gjøre.»

Deltakerne opplyser om at i de tilfellene pasienten blir urolig eller utagerende har god kjennskap til pasienten gjort at de fort får roet ned situasjonen da de vet «hvilke knapper de skal trykke på».

5.1.2 Livshistorien

Flere av deltakerne trekker frem bruken av pasientens livshistorie som viktig i den personsentrerte omsorgen. Pasientens livshistorie er ikke noe de vanligvis spør pårørende om. Det de ber pårørende fylle ut er et bakgrunnsopplysningsskjema med litt generell informasjon om familierelasjoner, yrkesbakgrunn, religion, spesielle hobbyer etc. Det er et ønske fra to av deltakerne om at pårørende skal dele mer av pasientens fortid med dem. Spesielt hendelser som har betydd mye for dem, som kjennetegner personen, eller er minneverdige og verdifulle hendelser i pasientens liv.

Deltaker 1:

«Man trenger å vite hvordan personen har vært før den ble syk. Livshistorien er så viktig i personsentrert omsorg.»

Alle deltakerne forteller at de prøver å bli godt kjent med pasientene. Siden mange av pasientene har dårlig språk eller glemmer mye er pleierne avhengig av å få opplysninger fra pårørende. Deltakerne sier at pasienter som har pårørende som gir dem gode opplysninger og gjerne forteller om viktige hendelser i pasientens liv, også er de pasientene det er lettest å få et nært forhold til. Noe de mener kommer av at livshistoriene brukes aktivt i dagliglivet på skjermet enhet.

Deltaker 2:

«For å forebygge uønskede hendelser som aggresjon og depresjon for eksempel må man kjenne til pasientens livshistorie. Må også kjenne livshistorien for å styrke pasientens følelse av egen verdi.»

Flere av deltakerne kommer med eksempler på episoder der de har opplevd at det å kjenne pasientens livshistorie har gitt dem mange fine opplevelser sammen. I fellesstua kan de for eksempel dele en pasients gode historie med andre pasienter. Slik har de fått til gode og meningsfulle samtaler og opplevelser alle kunne enes om er hyggelig. Og pasientens historie bidrar til å styrke hans følelse av verdi som menneske. Selv om historien kanskje var glemt, så husker de historien når den blir gjenfortalt av pleier. De deler bare positive og morsomme historier, og har også fått tillatelse fra pasient og pårørende til å gjøre det.

Alle deltakerne er enige i at gode opplevelser her og nå kjennetegner personsentrert omsorg. En deltaker forteller om en pasient som hadde en lampe som betydde ekstra mye for vedkommende. Lampen hadde hun laget selv, og det å prate med henne om lampen og å huske denne historien sammen med henne gjorde at hun lyser opp. Historien om lampen avleder oppmerksomheten hennes over til noe hyggelig. Slike historier har deltakerne mange av.

Deltaker 3:

Når pasienten vil fortelle historien og glemmer enkelte ting kan jeg hjelpe han å huske resten fordi jeg kjenner hele historien. Han setter stor pris på det og vi ler og har det så koselig med den historien som sier så mye om han som person.

Det at deltakerne kjenner til livshistorien mener de i mange tilfeller kan trøste pasientene i tunge stunder. Det kan bidra til meningsfulle samtaler og det er med på å styrke pasientenes egenverdi som mennesker. Det bidrar også til å opprettholde pasientens identitet. De blir påmint fine hendelser fra deres levde liv som kjennetegner dem som unike mennesker.

5.2 Vi blir en del av familien

Alle deltakerne har et spesielt forhold til det å jobbe med personer med demens. De har mange års erfaring i det, og flere har jobbet med personer med APSD. Felles for dem er også at de først hadde hørt om begrepet personsentrert omsorg for noen år siden, mens de alle mener de har jobbet personsentrert også før de fikk kjennskap til hva det gikk ut på. Noe alle

pratet varmt om under intervjuene var det nære forholdet de har til sine pasienter. Utsagn som «de blir jo nesten som dine barn», «du blir så glad i dem», «de er som familie og vi er deres familie» kom samtlige deltakere med.

5.2.1 Å jobbe for å skape tillit og trygghet

Deltakerne gir uttrykk for at de kjenner pasientene godt, de kjenner til deres bakgrunn og livshistorie. Å jobbe personsentrert krever at du blir godt kjent med pasienten. Flere av deltakerne sier at de bruker lang tid på å skape et tillitsbasert forhold til pasientene. Det å være primærkontakt blir av flere nevnt som en faktor som fremmer bruk av personsentrert omsorg, da du har ansvar for dine pasienter over tid. Dette gir deg tid til å bli godt kjent med pasientene. Faste pleiere gir kontinuitet i pleien og trygghet for pasientene. Selv om pasientene glemmer endel så blir du et kjent menneske for dem. De gjenkjenner deg og blir trygge på deg.

Deltaker 1:

«Det blir faste rutiner da, pasientene vet hva vi skal gjøre og stoler på deg. Det viser de med kroppsspråket også.»

Alle deltakerne sier at hvis de må skynde seg, ble pasientene stresset. De kan nekte å bli med eller bli redd og mistenksom. Så det å kunne bruke god tid er helt nødvendig for å bygge tillit til disse pasientene. Spesielt i stellesituasjoner er pasientene ekstra sårbare, og har du da dårlig tid er det vanskelig å få til et samarbeid med dem. Det kan fort utvikle seg til en krisesituasjon for pasienten. En deltaker forteller om et tilfelle der en for pasienten ukjent pleier kom inn til pasienten for å gi morgenmedisin. Pasienten stolte ikke på denne pleieren og nektet å ta medisinen. Pleieren ble jaget ut av rommet. Situasjonen løste seg ved at en annen pleier måtte gi medisinen. Da ble medisinen tatt.

Deltaker 2:

Om du må bruke en halv time ekstra for å få gitt medisiner, så må du ta deg tid til det. Du må forklare på forhånd hva du skal gjøre og få tillit fra pasienten. Hvis ikke så nytter det ikke. Da blir i verste fall pasienten uten medisin.

Deltakerne fortalte at tida er en viktig faktor i jobben med å skape tillit og jobbe personsentrert. En deltaker sier at selv om man prøver alt man kan, og selv mener man gjør alt rett, så kan man noen ganger ende opp med å ikke lykkes i å nå inn til personen med demens. Deltaker mener det kan være flere grunner til det, blant annet pasientens dagsform.

5.2.2 Relasjonen mellom pleier og pasient

Deltakerne forteller at de blir glade i pasientene, og at pasientene ser på dem som sin familie.

Deltaker 1:

En morgen jeg kom inn til «Anna» etter å ha vært borte fra jobb noen dager så ble hun så glad. Hun ga meg en stor klem og sa at hun hadde savnet meg. Hun spurte hvor jeg hadde vært så lenge. Hun kalte meg ved et annet familiemedlems navn.

Deltakerne beskriver at når de kommer tilbake på jobb etter noen dagers fravær så blir de godt mottatt av pasientene. Selv om pasientene husker lite og glemmer navn på ansatte så er det tydelig at de kjenner dem igjen. De uttrykker glede over å se dem igjen og noen spør hvor de har vært. Alle deltakerne sier at pasientene blir som nær familie. Det forklarer de med at de er på jobb daglig og at de jobber så nært på pasientene. Noen av deltakerne sier at det føles som om de er en stor familie. En nevner at det kan ha med kulturen på avdelingen å gjøre. En deltaker beskriver det som at alle er trygge på hverandre og at det «smitter» over på pasientene.

Deltaker 4:

Å nå inn til disse pasientene gir en så enorm glede. Å bli møtt med en stor klem og gode ord etter å ha vært borte noen dager, den følelsen betyr så mye! Ja det er vel derfor jeg er så glad i å jobbe med dette. Man begynner jo nesten å gråte selv.

Det deltakerne uttrykker her er at følelsene er til stede i øyeblikket. Om pasienten tror du er et familiemedlem eller vet at du er en pleier er ikke det viktigste. Det er følelsen av medmenneskelig samhold og gjenkjennelse som er det viktigste i disse øyeblikkene.

5.3 Vi putter inn personsentrert omsorg der vi kan

Deltakerne forteller om en travel jobbhverdag med mange arbeidsoppgaver. De har fokuset på personsentrert omsorg, men opplever at tida ikke alltid strekker til. De vet at personsentrert omsorg er den foretrukne måten å gi omsorg på, men erfarer at det i perioder kan være vanskelig å yte den slik den er ment å være. Mitt inntrykk er at deltakerne strekker seg langt for å kunne gi den beste omsorgen til pasientene. Som en deltaker sier:

«Man må bare putte inn personsentrert omsorg der man ser at det er mulighet for det.»

Deltakeren utdyper dette ved å fortelle om hvordan hun ved kveldsstellet bruker å ta seg ekstra god tid, fordi det ofte er roligere på avdelingen da. Da kan hun legge frem yndlingsnattøyet til pasienten, bruke god tid på badet og gjerne lese litt for pasienten, eller bla i fotoalbum på sengekanten. Hun gjør ting som hun vet at pasienten liker. Dette fører til at pasienten blir fornøyd og får bedre nattesøvn. Hun avslutter gjerne med å be sammen med pasienten og sier at hun er glad i vedkommende.

En annen deltaker sier at hvis hun ser at en pasient begynner å bli urolig så slipper hun det hun har i hendene og tar pasienten med enten ut av avdelingen eller inn på pasientens rom. Deltakeren sier at de ser tegnene før situasjoner får mulighet til å utarte seg. En deltaker sier at et eksempel på personsentrert omsorg er å sette seg sammen med pasienten ved måltid. En annen deltaker forteller:

«Det ligger i de små tingene også, å vise at man bryr seg om dem, og at man ser dem.»

Deltakernes historier illustrerer at samtlige benytter de små anledningene til å gi personsentrert omsorg. De viser pasientene at de ser dem og verdsetter dem som individuelle personer.

5.3.1 Å jobbe under tidspress

Alle deltakerne i studien sier at deres hverdag er travel med mange gjøremål. Gjøremål som er nødvendige og som tar av deres tid med pasientene. Sykepleierne illustrerer dette ved å fortelle om sykepleiefaglige gjøremål de har ansvar for på sin vakt. De må gjerne innom flere avdelinger for å sette kateter, ta blodprøver, kontrollere medisiner, ta seg av medisinbestillinger og legevisitt. Av og til er det bare en sykepleier på avdelingen og av og til må sykepleieren ha ansvar for det medisinske på flere avdelinger. Hjelpepleierne kan da ofte bli alene i avdelingen på kveldsvakt, og har plutselig ansvaret for mange pasienter alene. I de tilfellene er det vanskelig å ta seg tid til hver enkelt pasient.

Deltakerne forklarer at de kommer i en skvis mellom oppgaver og tid til å ta seg av pasientene. I de tilfellene er det vanskelig å jobbe personsentrert. En deltaker sier at det på slike dager er lett å føle på dårlig samvittighet overfor pasientene.

5.3.2 Er fokuset på pasient eller oppgave?

Deltakerne forteller at de mange ganger blir dratt mellom nødvendige gjøremål og det å sitte med pasienten. De beskriver en hverdag der det kan mangle folk og de ikke får tak i noen

ekstra til å komme på jobb. En deltaker mener at ledelsen har et ansvar for å sikre nok personale, slik at de får brukt tid til å jobbe personsentrert. Hun mener at det å gjennomføre personsentrert omsorg burde være et tema på avdelingen. Å sende noen av personalet på kurs angående VIPS-modellen, er ikke godt nok dersom man senere ikke gjøre noe mer aktivt for å implementere personsentrert omsorg i avdelingen. Det får konsekvenser for pasientene at dagene er travle med knappe ressurser.

Deltaker 2:

«Det hender at situasjoner mellom pasientene eskalerer fordi ingen pleiere er sammen med dem.»

En av deltakerne sier at hun er redd for å bli som en robot på jobb, som ikke har fokus på pasientene, men på oppgavene. Hun sier at det verste er hvis hun begynner å tenke at det er normalt at alle pasientene vandrer urolige rundt og er fortvilte. Flere av deltakerne forteller om nødvendige gjøremål som ikke kan vente, sånn som å forberede måltider, rydde rommene, ta ut søppel og sette klær på vask. Det å skrive rapporter er også noe som tar tid og som ofte fører til at pasientene vandrer etter deg inn på vaktrommet. I stedet for å skrive en god rapport til neste vakt, blir det litt halvgjort fordi de må ta seg av pasientene som er urolige. Alle mener at flere pleiere på jobb ville gitt bedre tid til å gi personsentrert omsorg til pasientene. En deltaker sier:

«Personalgruppen trenger også personsentrert omsorg.»

Deltaker utdyper dette med at det hadde vært lettere å jobbe personsentrert om ledelsen hadde vært mer støttende og mer aktivt involvert i en felles målsetting om bruk av personsentrert omsorg i avdelingen. Herunder også kursing av ansatte i personsentrert omsorg. Deltaker mener at selve miljøet i avdelingen burde være sosialt støttende for alle som holder til der, pasienter, personale, ledere og pårørende.

En deltaker savner felles fora for å diskutere pasientene. Der det snakkes om problemer og utveksles erfaringer om hva som fungerer godt og om hva de i enkelte tilfeller kan gjøre annerledes. Man burde kunne utveksle erfaringer med hverandre utdyper deltaker.

5.4 Kunnskap om demens og personlig egnethet

Samtlige deltakere sier at for å kunne gjøre en god jobb på skjermet enhet med personer med demens må du ha kunnskap om demens. Du må vite hvor i sykdomsforløpet pasienten

er, du må være god til å kommunisere både verbalt og non-verbalt da noen pasienter mangler språk. Du må vite at personer med demens har sviktende kognitive evner, atferdsmessige endringer samt psykologiske symptomer. Det er viktig å vite om de forskjellige typene av demens mener deltakerne. Dette fordi spesielle demenssykdommer krever spesielle tiltak. For eksempel har det noe å si ved medisinerings, falltendenser og søvnproblemer.

Deltaker 4:

«Jeg har vært på jobb med folk som ikke har sett tegnene på at pasient hadde store smerter, fordi en person med demens kan gi uttrykk for smerte på annerledes måte enn andre.»

Deltaker forteller at i dette tilfellet fikk det store konsekvenser for pasienten som måtte på sykehus på grunn av beinbrudd. Slike tilfeller forekommer av og til og konsekvensene er store for pasient og pårørende. Deltaker mener det bør være et krav at personalet på skjermet enhet har videreutdanning innen demens eller alderspsykiatri. Samtidig erkjenner deltaker at det er utfordrende å få tak i nok folk.

5.4.1 Betydningen av erfaring på skjermet enhet

Deltakerne beskriver pasientgruppen som personer med alvorlig grad av demens. I tillegg har pasientene på avdelingen sykdommer som diabetes, hjertesykdom, lungesykdom og de fleste har nedsatt syn og hørsel. Dette mener deltakerne gir høyere risiko for blant annet bruk av tvang hvis personalet ikke har erfaring i å jobbe med personer med demens. Personer med alvorlig grad av demens forstår ikke alltid hva som skal foregå. Personalet må være flinke til å forberede dem på det som skal skje. Deltakerne i studien har alle mange års erfaring i å jobbe med personer med demens. De har alle opplevd hendelser der de har mislyktes med personsentrert omsorg, selv om de mener de har gjort alt riktig og forberedt pasienten på hva som skal skje. En av deltakerne forklarer selv hvorfor de mislyktes:

Vi var to pleiere og tre pasienter. Vi pyntet pasientene og pratet med dem på forhånd om turen ut. Dagen kom, og vi dro av gårde. Vi hadde så vidt nådd å sette oss da en av pasientene ville dra hjem. Plutselig ville flere bare dra. Det endte med at vi tok minibuss tilbake til sykehjemmet. Jeg skjønte ikke at de ikke ville være der og var skuffet over utfallet. Det jeg i ettertid forsto var at det ble for mye for dem. De ble totalt utslitt av å gå et stykke for så å ta buss, med mye folk og fremmede omgivelser.

Flere av deltakerne har lignende eksempler på at støy og uvante gjøremål i nye omgivelser

fort kan gjøre pasientene fortvilte. Det kan hjelpe å forberede dem på hva som skal skje, men det blir ofte glemt etter en liten stund. En annen deltaker forteller:

Når du har jobbet en stund med personer med demens så lærer du at det er vanskelig å planlegge noe på forhånd. Egentlig kommer alt an på pasientens dagsform. Ingen dager er like. Du må gjerne legge planer, men ta høyde for at noe skjer som ødelegger planen.

Alle deltakerne mener at erfaring innen demensomsorgen gjør det lettere å jobbe personsentrert. Du vet at du må ta en dag av gangen og være forberedt på å ta ting på sparket. Alle har opplevd at stress blant personalet påvirker pasientene på den måten at de kunne begynne å vandre rundt i avdelingen, skape uro for hverandre og fotfølge pleierne. Flere av deltakerne mener at de som ikke er vant til å jobbe på skjermet enhet fort får en følelse av at de ikke gjør noe. Det forklarer de med at de må bruke tid på å sitte i ro med pasientene. Det å sitte i ro med dem er en måte å jobbe personsentrert på sier flere. Det forebygger uro i avdelingen.

5.4.2 Du må være snill og empatisk

Deltakerne sier de ikke kan tenke seg å jobbe med andre pasienter enn personer med demens. Selv om det kan være krevende så mener de at det er verdt det. Å se pasientenes glede og det å kunne bety noe for dem, er det som er grunnen til at de jobber på skjermet enhet, sier deltakerne. Flere av deltakerne har meninger om kunnskap og personlig egnethet for å jobbe med personer med demens. En deltaker sier:

«Enkelte som jobber med personer med demens burde ikke jobbet med dette. Noen ganger tenker jeg at de passer ikke til å gi omsorg.»

En annen deltaker sier at de som jobber med personer med demens på skjermet enhet må være tålmodige og ikke for brå i sin opptreden overfor pasientene. De må også vite hvordan man kommuniserer med pasientene. Det gjør vondt verre å prate høyt og kommandere dem til å gjøre ting de ikke ønsker. En deltaker sier at man må bruke list og lokke og lure. En deltaker forteller om en pasient som ikke ønsket å dusje, og som ble fortvilet i dusjsituasjonen. Pasientens dusjdag blir planlagt på forhånd, fordi deltaker er klar over at det må mye «lirking og luring» til for å få pasienten til å dusje. Pasienten trenger heller ikke å dusje hver uke siden det er så belastende for vedkommende. Den spesielle dagen bruker deltaker hele morgenen på å forberede pasienten på dusj-situasjonen. Det bruker å gå bra fortalte deltakeren.

Deltakerne er alle enige i at personalet må være samstemte og at omsorgen som gis er personavhengig. De utdyper dette ved å forklare at på enkelte vakter går alt veldig greit fordi personalet er godt kjent med pasientene, og har god kjemi seg imellom. En deltaker uttaler at det nytter ikke å ha mye kunnskap om du ikke evner å være snill og empatisk.

Flere av deltakerne i studien mener at det å gi personsentrert omsorg er personavhengig. Du må ha empatiske evner i tillegg til god kunnskap om demens. De mener også at det ikke alltid er sånn at noen ikke har evne til empati, men at det å ikke lykkes med å gi personsentrert omsorg også kan skyldes uvitenhet. Deltakerne tar selv ansvar for å lære opp nyansatte og studenter å behandle pasientene med respekt. Ikke bare se diagnosen, men hele mennesket.

5.5 Stor avdeling – lite rom for personsentrert omsorg

Deltakerne jobber på et nytt sykehjem. De har alle jobbet der i ett halvt års tid. Tidligere har de jobbet på andre sykehjem som nå er blitt lagt ned. Dette er et tema som går igjen i alle intervjuene. Deltakerne er samstemte i sine uttalelser om at dette påvirker bruken av personsentrert omsorg. En deltaker sier:

«Vi har altfor mange pasienter, det er vanskelig å jobbe personsentrert.»

Deltaker sier at hun er vant til å jobbe med færre antall pasienter, på små enheter. Nå er antallet pasienter det dobbelte, og det er ikke så mye personale på vakt samtidig. Det at avdelingen er så stor, gjør at pasientene der strever med å finne frem til blant annet sine egne rom. Det fører til mye konfrontasjoner mellom pasientene da de ofte går inn på feil rom. En annen deltaker sier:

«Jeg synes synd på pasientene som konstant går og leter etter toalettet eller rommet sitt.»

Deltaker forteller at til og med friske pårørende sliter med å finne frem i avdelingen, spesielt når de kommer dit første gang. Hun synes det er vondt å se at pasientene ikke finner frem, og forteller at de ofte må bruke tid på å hjelpe pasientene til å finne frem. De store og helt like gangene på avdelingen fører også til at pasientene går på feil toalett, og noen ganger når de ikke frem til toalettet før uhell skjer. Dette forteller flere deltakere om. Samtlige forteller at de har lagt frem for ledelsen et forslag om å dele avdelingen i to mindre enheter, og samtlige håper at dette er noe som kommer til å bli gjennomført snarest.

6 Diskusjon

Studiens hensikt er å finne ut hvilke erfaringer helsepersonell på skjermet enhet for personer med demens har med å bruke personsentrert omsorg. I dette kapitlet vil studiens funn drøftes opp mot problemstillingen, relevant forskning og teoretisk utgangspunkt.

6.1 Å bli kjent med pasienten og deres bakgrunn

Resultatet av studien viser at å det å bli godt kjent med pasienten og deres bakgrunn er viktig for å kunne gi personsentrert omsorg. Man må bruke god tid på å bli kjent og å bli trygge på hverandre. Pasientens individuelle behov må tas hensyn til. Bruken av bakgrunnsopplysningsskjema og gode livshistorier pekes på som viktige verktøy i den personsentrerte omsorgen.

6.1.1 Det første møtet

Alle deltakerne fremhever at et godt første møte med pasienten og nærmeste pårørende er utslagsgivende for et godt samarbeid mellom personalet og pårørende. De vektlegger betydningen av å bli godt kjent med pasienten. Resultatet av studien viser at pleierne tar seg god tid i møte med pasienten. Dette er nødvendig for å bygge tillit. «Å møte de grunnleggende behovene hos personer med demens stiller store krav til omsorgsgivere. Det som først og fremst kreves, er evnen til å være til stede – å stå psykologisk til rådighet og gi full oppmerksomhet» (Rokstad & Smebye, 2020. s. 58).

Deltakerne i studien jobber etter primærpleiesystemet. Det vil si at de har ansvar for sine faste pasienter over tid. Deltakerne beskriver en travel hverdag, men likevel virker det for forsker som om de gjør alt de kan for å imøtekomme pasientenes behov for trøst, tilknytning, inkludering, aktivitet og identitet.

Kitwood introduserte disse fem grunnleggende psykologiske behovene personen med demens har. «For å bygge et tillitsforhold er det viktig at helsepersonell er ekte og åpne på en måte som er sensitiv for behov og følelser hos personen med demens» (Rokstad & Smebye, 2020 s. 55).

En av deltakerne beskriver hvordan hun alltid ved kveldsstellet tar seg god tid sammen med pasientene. Det blir mye prat om ting hun vet pasienten setter pris på, og yndlingsnattklærne blir tatt på. Det blir bedt aftenbønn i senga og deltaker avslutter med å gi pasienten en god klem og si at hun er glad i vedkommende. Deltaker viser med dette at hun verdsetter personen med demens. Det å verdsette personer med demens er det fjerde elementet i VIPS-modellen til

Brooker (2013) som beskrevet i kapittel 3. Det er et viktig element i den personsentrerte omsorgen. Deltaker bruker her også elementet SP i Kitwoods utvidede demensmodell, sosialpsykologi. Dette fordi deltaker tar seg god tid under kveldsstell, deltaker sikrer at personen med demens blir ivaretatt i den gode relasjonen mellom dem under kveldsstellet. Deltaker kjenner også til hvordan pasienten liker å ha det rundt seg når pasienten skal legge seg for natten. Det viser at deltaker også kjenner til pasientens bakgrunn (bokstaven B i Kitwoods utvidede demensmodell).

Deltakerne i studien erfarer at pårørende er en ressurs når det kommer til å bli kjent med pasienten. De pårørende fikk utlevert et bakgrunnsopplysningskjema de skulle fylle ut og levere inn. Der ga de opplysninger om pasientens familie, deres yrkesaktive liv, livssyn og hobbyer med mer. Dette er et enkelt skjema som i grove trekk gir opplysninger om pasienten. «For å gi personsentrert omsorg til personer med demens er det en forutsetning å kjenne pasientens bakgrunn» (Rummelhoff, Smebye & Tombre, 2016). Bakgrunn – livshistorie er en del av Kitwoods utvidete demensmodell, tidligere beskrevet i kapittel 3 med bokstaven B, og inngår i en kompleks interaksjon med de andre delene i den utvidete demensmodellen (Rokstad & Smebye, 2020). Brooker sier at kunnskap om yrkeslivet til personen med demens kan gjøre det lettere for de ansatte å forstå såkalt forvirret atferd (Brooker, 2013, s. 38). Hun illustrerer:

En kvinne som tidligere var bestyrer ved et sykehjem, ønsker ofte å sitte på kontoret og gå gjennom pasientjournaler eller vaktlisten. Hun vil ikke ta det særlig pent å bli fortalt av noen hun ser på som en underordnet, at hun ikke kan gjøre dette. (Brooker, 2013 s. 38).

Deltakerne i studien beskriver at kjennskap til pasientens bakgrunn, hva de liker og hva de ikke liker hjelper dem til å utøve god personsentrert omsorg. Det er spesielt viktig for pasienter uten evne til tale at du lærer deg å tolke deres behov. Dette skjer også over tid i samspill med pasienten. Thorvik, Helleberg og Hauges studie (2014) viser også at ansatte som jobber med personer med demens viste en stor grad av refleksivitet. Pasientenes behov hadde forrang.

«Personsentrert demensomsorg innebærer ifølge Kitwood å møte personens grunnleggende psykologiske behov» (Rokstad & Smebye, 2020, s. 54). Resultatet fra studien viser at deltakerne er gode på å imøtekomme pasientens psykologiske behov fordi de kjenner pasientenes bakgrunn og har lært seg å kjenne pasientene godt.

Resultat fra studien viser at deltakerne fremhever aktivitet som spesielt viktig i hverdagen til personer med demens. En deltaker sier at aktivitet bidrar til inkludering av personer med demens, det fremmer deres helse, og det gir dem følelse av mestring. Dette er det samme som Kitwood beskriver som aspekter i den utvidede demensmodellen. Kjennskap til personen med demens sin bakgrunn (bokstaven B) og kunnskap om personenes helse og fysisk tilstand (bokstaven H). Disse aspektene er det viktig å ha kunnskap om for å fokusere på menneskers livskvalitet, ikke bare sykdommen demens.

Resultat fra studien viser at deltaker bruker kjennskapen til pasientens bakgrunn og helse for å inkludere pasienten i aktiviteter. Deltaker imøtekommer da personen med demens sitt psykologiske behov for inkludering og beskjeftigelse. Pasienten får være en del av en gruppe og får samtidig være beskjeftiget (være med på aktiviteter spesielt tilpasset personen). Alt deltaker legger til rette for, og aktiviteter deltaker gjennomfører, sammen med personen med demens, viser at deltaker bruker personsentrert omsorg. Rokstad (2020) sier, at når personer med demens får delta i individuelt tilpassede aktiviteter så gir det innhold i hverdagen og bidrar til glede, mestring, tilhørighet, avledning fra smerte, dempe uro og gir sosialt samvær (Rokstad & Smebye, 2020, s. 169).

«I nasjonal faglig retningslinje om demens gis det en sterk anbefaling om at det skal legges til rette for psykososiale aktiviteter som tar utgangspunkt i personenes egne interesser, preferanser og funksjonsnivå» (Rokstad & Smebye, 2020, s. 167).

Resultat fra egen studie viser at bakgrunnsopplysningsskjema aktivt brukes av deltakerne til å tilrettelegge for daglige meningsfulle aktiviteter for personer med demens. Ifølge Brooker (2013, s. 12) vil det å imøtekomme personer med demens sine psykologiske behov, bidra til å bevare deres personverd. Hverdagslig samhandling består ifølge Kitwood av anerkjennelse, forhandling, samarbeid, lek, sansestimulering, ros, avslapning, validering, beroligelse og tilretteleggelse. Kitwood kalte dette begrepet «positivt personarbeid» (Brooker, 2013, s. 67). I så måte viser resultatet av egen studie at deltakerne bruker positivt personarbeid og dermed også personsentrert omsorg.

6.1.2 Livshistorien

Resultat fra studien viser at deltakernes erfaring er at de pasientene som har pårørende som leverer utfyllende bakgrunnsopplysninger også er de pasientene de får gode livshistoriefortellinger om. Ingen av deltakerne bruker egne skjema til livsfortellinger, de har

ikke noe system for å samle inn slike historier. Deltakerne opplever pårørende som en stor ressurs i avdelingen og ofte er det pårørende selv som tar initiativ til å fortelle gode historier om sine nære. Fortellingene blir brukt i den hensikt å støtte opp om pasientens identitet og hjelpe pasienten til å opprettholde minner fra deres levde liv. Deltakerne opplever at disse fortellingene skaper mye glede og gjenkjennelse hos pasientene. Deltakerne forteller at livshistoriene blir brukt gjennom hele dagen i ulike situasjoner.

Studien til Grøndahl et al. (2017) viser at bruken av livshistorier er med på å gi personen med demens en stemme. Pasientene føler stolthet over seg selv og sine liv, i tillegg til at studien viser at bruk av livshistorie også gir pleierne et redskap som viser seg å roe ned personene med demens når de blir urolige. Brooker (2013) sier at etter hvert som demenssykdommen utvikler seg, blir det vanskeligere å holde fast på historiene fra ens liv og å fortelle andre om avgjørende episoder som har formet ens identitet. En av oppgavene til en som gir omsorg til personer med demens, er å lære seg disse sentrale historiene og henviser til dem i den daglige kontakten (Brooker 2013, s. 44).

En av deltakerne kom med et eksempel på bruk av livshistorie i det daglige. En pasient var tidligere dyktig på håndarbeid. Pasienten hadde en egen lampe med seg til sykehjemmet som hun selv hadde laget. Pårørende hadde fortalt historien om denne lampen og hver gang pasienten ble ute av seg eller deltaker så at hun trengte å avledes fra uro så pratet hun om lampen. De har mange fine stunder med å prate om pasientens historie. Til slutt glemmer pasienten historien selv, men fordi historien om lampen er nedskrevet og kjent kan de fortsatt ha fine stunder med å prate om dette. Som deltaker sa: «når hun ikke husker så kan jeg fylle inn det som mangler.» Dette viser at deltaker har god kjennskap til personsentrert omsorg og selv om livshistorier ikke er påkrevd blir det brukt aktivt i de tilfellene der de ansatte har fått kjennskap til livshistorien.

Ifølge Kitwood er livshistorie en viktig del av personsentrert omsorg, og i den utvidede demensmodellen illustrerer han livshistorie til bokstaven B (Brooker, 2013, s. 38).

En studie gjort av Heggstad og Slettebø (2015) har sett på hvordan personer med demens opprettholder sin verdighet ved å kunne fortelle sine livshistorier. Funnene viste at livshistoriefortellinger støttet personen med demens sin verdighet på sykehjem, og viktigheten av at pleierne er åpne for å lytte til disse historiene. Forfatterne sier at helsepersonell har en forpliktelse til å bevare personen med demens sin verdighet, og ved at personer med demens får fortelle sine livshistorier, bidrar de til dette (Heggstad & Slettebø, 2015). Egen studie

viser at deltakerne er flinke til å lytte til personer med demens sine livshistorier, og at de blir skrevet ned slik at de skal huskes og kunne tas i bruk av andre pleiere ved behov.

Rokstad og Smebye (2020) sier at identitet dreier seg å vite om hvem man er og har vært, og om å ha en opplevelse av sammenheng med sin fortid. For personer med demens kan det være nødvendig å få hjelp til å bevare sin identitet, siden hukommelsen svikter i løpet av sykdomsforløpet. Det er derfor nødvendig å kjenne personens bakgrunn og livshistorie, og bruke denne kunnskapen aktivt for å bekrefte hans eller hennes identitet (Rokstad & Smebye, 2020, s. 55).

Deltakerne i studien forteller at bruk av livshistorie og kjennskap til pasientens bakgrunn er et av de viktigste redskapene for personsentrert omsorg. Balteskard (2015, s. 82) sier at selv med en skrøpelig kropp kan en gjennom fortellingene, bildene, maten, musikken og samværet oppleve at smerten og sorgen blir borte for en tid. Slik kan en gi plass for eksistensiell rommelighet der en ikke venter å finne det.

6.2 Vi blir en del av familien

Resultatet av studien viser at alle deltakerne har et spesielt godt forhold til sine pasienter. Samtlige deltakere har mer enn fem års erfaring i å jobbe med personer med demens. Utsagn som: «Du blir så glad i dem», «de er som familie» og «vi er deres familie» kom alle deltakerne med.

6.2.1 Å jobbe for å skape tillit og trygghet

Studiens resultat viser at deltakerne bruker lang tid på å skape et tillitsbasert forhold til pasientene. Alle sier at å jobbe personsentrert krever at du får pasientens tillit, og at du må vise deg den tilliten verdig. En deltaker har opplevd å mislykkes i å gi medisin til en pasient som hun ikke kjente så godt. Pasienten måtte få sine medisiner av en annen pleier den dagen, en pleier som pasienten stolte på og hadde tillit til. Dette viser at deltaker visste at en annen pleier hadde bedre forutsetning til å hjelpe personen med demens, og at deltakerne kjente hverandres kunnskap og relasjoner til pasientene. Dette er noe som blir fremhevet i en studie utført av Thorvik, Helleberg og Hauge (2014) som en styrke, der resultatet viste at deltakerne hadde god kjennskap til hverandres kunnskap og at det kjennetegnet god omsorg for personer med demens.

Ifølge Engedal og Haugen (2018) er det å oppleve en tilknytning til andre basert på gjensidig tillit og fortrolighet viktig for alle mennesker, men særlig nødvendig for personer med demens. På grunn av kognitiv svikt og endret funksjonsnivå settes ofte relasjonen til andre på prøve (Engedal & Haugen, 2018, s. 301). Resultatet av egen studie viser at deltakerne jobber

med faste pasienter over tid, at de er primærkontakter. Deltakerne forteller at det hjelper dem til både å bli godt kjent med pasientene og til å skape tillit og trygghet.

Studien til Mjørud et al. (2017) er for seg personer med demens sine erfaringer med å bo på sykehjem. Den viser at personene de intervjuet og observerte foretrakk å få hjelp av sin primærpleier. De følte at det var tryggest å være med noen få faste pleiere som de kjente godt (Mjørud et al., 2017). «For en person med alvorlig demens kan virkeligheten oppleves både truende og kaotisk, fordi evnen til å forstå situasjoner svekkes. I en slik virkelighet blir personen med demens sårbar for hvordan han eller hun blir møtt, og en bevisst tillitsskapende og vennlig omgangsform blir viktig» (Rokstad & Smebye, 2020, s. 118).

Studiens resultat viser at deltakerne er bevisste på sin væremåte overfor pasientene. De beskriver hvordan de kan prate med vennlig stemme og med korte setninger i situasjoner som kan være belastende for pasientene. De unngår å prate høyt. Dette for å skape trygghet for pasienten. For eksempel i stellesituasjoner. Brooker sier at tilknytning handler om å knytte bånd, om forbindelser, fostring, tillit og relasjoner. Det handler også om trygghet i relasjoner og følelsen av å ha satt sin lit til andre som man kan gå til i vanskelige stunder. Når folk blir engstelige, stiger ofte behovet for å føle seg knyttet til noen eller noe (Brooker, 2013, s. 73).

Behovet for tilknytning er et av behovene beskrevet av Kitwood. Han sier det er rimelig å anta at de psykologiske behovene er ekstra sterke hos personer med demens, og sammenligner behovet for tilknytning med det behovet småbarn har for tilknytning. (Kitwood, 2021, s. 91). «Behovene er mer åpenlyse hos demente mennesker, som er langt mer sårbare og som regel mindre i stand til at tage initiativet, der ville føre til, at deres behov blev opfyldt» (Kitwood, 2021, s. 90).

En deltaker i studien sier at selv om pasientene glemmer endel så blir du et kjent menneske for dem og du kjenner deres rutiner og det er med på å skape trygghet for dem. Kari Martinsen (2003, s. 16) sier at omsorgen er praktisk fordi det alltid forutsetter minst to personer. Denne type omsorg er basert på generalisert gjensidighet som vil si at sykepleier gir omsorg uten å vente noe tilbake.

I Kitwoods utvidede demensmodell er også bokstavene SP, som står for sosialpsykologi, der mellommenneskelige forhold skal støtte opp om personer med demens. Relasjonene utvikles via samhandling i dagliglivet. Relasjonen mellom pleier og pasient utvikles gjennom dagligdage gjøremål de utøver sammen. Dette viser denne studiens resultater at deltakerne gjør. De bruker tida sammen med pasientene til å støtte opp om dem, imøtekommer deres psykologiske behov og utvikler dermed gode relasjoner til dem. Martinsen (2003, s. 76) hevder at omsorg også er

relasjonell, da det alltid forutsetter minst to personer. Det at deltakerne selv mener de har jobbet personsentrert lenge før de fikk kjennskap til begrepet, kan tyde på at deltakerne har iboende egenskaper som er viktige i den personsentrerte omsorgen. Slik som det å være empatisk, de viser at de forstår personen med demens sin verden, sett fra personens perspektiv.

En deltaker sier at det er tidkrevende å jobbe tillitsskapende med personer med demens. Deltaker forteller om en dusjsituasjon hvor personen med demens ble helt fortvilet på grunn av engstelse for å gå i dusjen. Deltaker forteller at for å unngå å bruke tvang må du oppnå tillit hos personen med demens slik at vedkommende frivillig går med på å ta en dusj. Det kan fort ta en time med prat og trøst for å lykkes i det. Deltaker sier at det blir litt «lirking og luring». De bruker heller tid på å forberede pasienten godt på dusjen enn å måtte ty til tvang for å få personen dusjet. Deltaker sier at de vet hvem som ikke liker å dusje og kan planlegge dagen for dusj utfra den vissheten.

Dette viser at deltaker har god kjennskap til personen med demens sin bakgrunn (bokstaven B) etter Kitwoods utvidede demensmodell. Dette bruker deltaker aktivt for å kunne hjelpe personen med demens til å dusje. Bruk av «lirking og luring» for å få hjelpe pasienten til å dusje er et eksempel på det Martinsen (2009) kaller svak paternalisme. Det er deltakers metode for å unngå bruk av tvang. Martinsen (2009, s. 147) hevder at svak paternalisme krever faglig kunnen og sensitivitet om å gagne pasienten mest mulig. En deltaker forteller at enkelte ganger så klarer man ikke å nå inn til pasienten uansett hvor mye man tror man gjør alt riktig. Det kan være flere årsaker til det mener deltaker. Her tenker forsker at det kan være noe i ens egen tilnærming som rett og slett er feil. Da bør man ikke presse pasienten, men trekke seg tilbake og eventuelt la en annen pleier overta. Støback (2015, s. 78) sier at utfordringen for pasienter med demenssykdom er at oppfatningen av hvem som er nær og kjær, og hvem som er fremmed kan være skiftende. Vi kan derfor ikke alltid regne med å bli gjenkjent eller opplevd som en person pasienten stoler på selv om han har gjort det tidligere. Personalets fysiske og verbale tilnærming vil være av stor betydning. Resultatet av egen studie viser at deltakerne er oppmerksomme på pasientenes personlige rom, og trekker seg unna, eller bytter med annen pleier, om de ikke lykkes i å tilnærme seg pasienten.

Resultatet fra en studie av Hem, Gjerberg, Pedersen og Førde (2010) viser at pleierne bruker mye «lirke og lure»-metoder for å få lov til å hjelpe personer med demens med daglig hygiene. Konklusjonen fra studien viser at det ligger mye godt relasjonsarbeid i metoden der forhandlinger og forklaringer er helt vanlig. Det viser at pleierne er løsningsorienterte og

fleksible. Det samme kan sies om deltakerne i egen studie, som bruker mye «lirking og luring» for å slippe å bruke tvang overfor personer med demens.

Relasjonsarbeid innebærer at det skapes tillit, og kan kreve at en er sammen med pasienten uten å måtte utføre praktisk arbeid hele tiden» (Rokstad & Smebye, 2020, s. 256). Det viser at tillitsskapende arbeid tar tid, og deltakerne i studien sa at det at de må sitte mye i ro sammen med pasientene, kunne føre til at de ble sett på som late av andre pleiere som ikke jobbet fast på skjermet enhet. Det kunne også føre til at pleiere som jobbet ekstravakter i avdelingen følte at de ikke gjorde noe «nyttig» i løpet av vakta. Dette er også forskers egen erfaring. Forklaringen kan være at ansatte som ikke jobber fast på skjermet enhet mangler kunnskap om demens. De er uvante med å ikke jobbe med fysiske oppgaver hele tida og kan bli ukomfortable med å føle at de ikke jobber. Rokstad sier at å møte behovene til personer med demens er krevende. Du må ha en evne til å være til stede, det ligger en utfordring i å frigjøre seg fra fikseringen på «å handle», for å ha kapasitet til simpelthen «å være» (Rokstad & Smebye, 2020, s. 58).

Resultatet av studien viser at deltakerne hadde observert pleiere prate til personen med demens som til et lite barn. Da brukte de å gi beskjed til vedkommende pleier. En hadde opplevd at en taxisjåfør henvendte seg til henne i stedet for til pasienten. En deltaker mente det kom av uvitenhet. Dette er eksempler på det Kitwood omtalte som ondartet sosialpsykologi (tidligere omtalt i kapittel 3), som er med på å undergrave personer med demens sitt personverd. Det å ikke henvende seg til personen med demens er neglisjering, og det er et av eksemplene Kitwood sier er ondartet sosialpsykologi. Kitwood sier også at det ikke alltid er gjort i ond hensikt (Brooker, 2013, s. 67). Forsker mener det i slike tilfeller er viktig å påpeke slike uttalelser når de forekommer, slik deltakerne i studien har gjort. Hvis slike uttalelser kommer av uvitenhet så må man sørge for å opplyse de det gjelder om hvilke konsekvenser det får for personen med demens. Det viser også at kunnskapen om demens må økes, også ute i samfunnet blant folk flest.

6.2.2 Relasjonen mellom pleier og pasient

Studiens resultat viser at deltakerne blir glade i pasientene, og at pasientene ser på dem som sin familie. Deltakerne forklarer dette med at det er fordi de jobbet så tett på pasientene over tid. Selv om deltakerne hadde vært borte fra jobb en stund ble de mottatt med glede og gjenkjennelse av pasientene når de kom tilbake igjen. Selv pasienter uten språk uttrykker glede ved hjelp av sitt kroppsspråk. Dette samsvarer med funnene i studien til Vassbø et al. (2019). Der beskrev deltakerne at det å jobbe personsentrert var mer enn en jobb for dem.

Det var mer en livsstil i samsvar med deres egne verdier. De opplevde familiære vennskap som betød mye for dem, både med hverandre og pasientene. Det at pleierne i den studien kjente pasientene godt, tilbrakte mye tid med dem, og kjente pasientenes behov og ønsker gjorde at de fant jobben sin meningsfull. Pleierne beskrev stor glede når de klarte å forstå pasientene og lyktes å gi dem den hjelpen de ønsket (Vassbø et al., 2019).

Resultatene fra egen studie viser også at deltakerne er fleksible og utnytter gode anledninger til å få hjulpet pasientene, for eksempel i daglig stell og personlig hygiene. Dette samsvarer med kjente teorier om omsorg for personer med demens, slik som Kitwoods teori og Brookers VIPS-modell som bygger på Kitwoods filosofi om personverd. De samme resultatene kom frem i studien til Thorvik et al. (2014) som omhandler god omsorg. Deltakerne viste god omsorg for personer med demens ved at de var fleksible og alltid beredt, hadde gode kunnskaper om demens og god kjennskap til pasienten. Kari Martinsen sier at omsorg er et relasjonelt begrep som beskriver det ene menneskets svar på den andres avhengighet. Med utgangspunkt i pasientens avhengighet må omsorg være sykepleiens verdigrunnlag (Martinsen, 2003). Martinsen mener også at mennesket er fundamentalt avhengig av andre, og at dette blir spesielt tydelig ved sykdom og lidelse (Martinsen, 2003, s.69). Studiens resultat viste at deltakerne og pasientene har et godt forhold til hverandre, noe som er grunnleggende for å skape tillit.

Sitat fra Christine Bryden, person med demens:

Etter hvert som vi blir mer emosjonelle og mindre kognitive, er det ikke det du sier, vi husker, men måten du sier det på. Vi kjenner igjen følelsen, men forstår ikke hva som foregår. Når du smiler, ler, tar på oss – da forstår vi. Empati leger. (Brooker, 2013, s. 71).

Dette sitatet viser at følelsene er til stede i øyeblikket, her og nå, akkurat slik resultatene av egen studie viser. Deltakerne finner stor glede i å lykkes med personsentrert omsorg og beskriver godt følelsene pasientene uttrykte. Brooker (2013) hevder at ikke alle mennesker finner det naturlig å vise denne type kjærlighet, men ved å se på behovene som personer med demens har, kan de fleste av oss finne måter å dekke disse behovene på og bidra til å bevare personverdet (Brooker, 2013, s. 71). Kitwoods personsentrerte omsorg innebærer å møte personens fem grunnleggende psykologiske behov slik beskrevet i teorikapitlet, og kjernen i disse fem behovene er behovet for kjærlighet (Rokstad & Smebye, 2020, s. 71). Dette viser deltakerne i egen studie at de gjør.

6.3 Vi putter inn personsentrert omsorg der vi kan

Studiens resultat viser at deltakerne har en travel jobbhverdag med mange arbeidsoppgaver. De har fokuset på personsentrert omsorg, men opplever ofte at tida ikke strekker til. De beskriver at det i perioder kan være problematisk å yte personsentrert omsorg på grunn av tidspress. En deltaker sier: «Vi putter inn personsentrert omsorg der vi kan.» Med det mente deltaker at de bruker alle mulige anledninger til å gi den personsentrerte omsorgen, selv i de små øyeblikkene med mulighet for det.

6.3.1 Å jobbe under tidspress

Nødvendige gjøremål tar mye tid for deltakerne. Sykepleierne går gjerne mellom flere avdelinger for å dele ut medisiner. På en travel kveldsvakt kan det føre til at en hjelpepleier blir igjen alene på skjermet enhet med ansvar for alle pasientene. Deltakerne forteller at de da føler på et press om å utføre oppgaver som tar fokuset deres vekk fra pasienten.

Dette samsvarer med hva personer med demens selv beskriver i en studie gjort av Mjørud et al. (2017). Personene med demens beskriver hvordan pleierne plutselig forsvinner, de er fraværende og personene med demens sitter i perioder alene i fellesstua. Dette gjorde at de følte seg ensomme, og det medførte også utrygghet.

Ifølge Kitwood er der en motsats til personsentrert omsorg, og det er det han kaller ondartet sosialpsykologi. Det undergraver personverdet til personer med demens (Brooker, 2013, s. 67). Brooker sier at det sjelden er et resultat av onde hensikter, den blir snarere en del av pleiekulturen. Neglisjering av personen med demens er en av disse handlingsmåtene som undergraver personverdet. Det er å for eksempel nekte å gi noen oppmerksomhet som ber om det, eller dekke et tydelig behov for kontakt (Brooker, 2013, s. 65).

Forskers egen oppfatning av tidspresset deltakerne i studien utsettes for, er at det medvirker til dårlig samvittighet for å prioritere nødvendige oppgaver fremfor pasientens behov. De vet at pasienten trenger dem. Det kan se ut til at det er en del av pleiekulturen å måtte prioritere de nødvendige oppgavene. Ifølge deltakerne i studien oppstår dette tidspresset på grunn av mangel på ressurser. Det er i denne «skvisen» mellom nødvendige gjøremål og pasientenes behov for kontakt at de «putter» inn personsentrert omsorg der de kan. Dette samsvarer med forskers egen erfaring med bruk av personsentrert omsorg i en travel hverdag. Knapphet på tid og ressurser virker hemmende på bruken av personsentrert omsorg.

Martinsen (2003, s. 17) sier at omsorg har primært en moralsk side. Hun mener den moralske dimensjonen er overordnet de andre dimensjonene, og blir synliggjort i hvordan sykepleier utfører arbeidet. Omsorgens moralske dimensjon er knyttet til at forholdet mellom to mennesker er preget av makt og avhengighet. I forvaltningen av disse spiller moralen en viktig rolle. Moralsk ansvarlig maktbruk må utøves i samsvar med prinsippet om ansvar for de svake. Ofte har ikke pasienten annet valg enn å legge sitt liv i sykepleierens hender (Martinsen, 2003, s. 17)).

Det at sykepleier har makt i forholdet pasient-sykepleier må bety at sykepleier ikke misbruker denne makten. Forskers egen tanke er at i stressende, tidsknappe situasjoner må denne makten ikke misbrukes ved å «overkjøre» pasientens rett til medbestemmelse. Klokketiden må ikke være det som blir avgjørende for god omsorg for pasienten.

Balteskard (2015, s. 80) sier at klokketiden knyttes til effektivitet og lønnsomhet, og at klokketiden er den moderne tid. Hun sier at i helsevesenet kommer dette til uttrykk ved at pleieog omsorgstjenester defineres gjennom stadig mer detaljerte vedtak om gjøremål, gjort av et profesjonelt bestillerkorps som er andre enn dem som skal utføre tjenestene. Dette synet på tid er det motsatte av tid forstått i en fenomenologisk sammenheng som fremhever det som oppleves som betydningsfulle i tidsrommet. Dette er noe annet enn den målte tiden.

Velferdsforskningsinstituttet NOVA fikk et oppdrag fra Norsk sykepleierforbund (NSF) i januar 2011 om å gjennomføre et prosjekt om konsekvenser av mangel på sykepleiere. Resultatene ble publisert av Gautun, Øyen og Bratt (2016), og viste at halvparten av sykepleiere i sykehjem vurderte å slutte i jobben. Undersøkelsen omfattet 4945 sykepleiere i sykehjem og hjemmetjeneste. Resultatet viste at det var altfor få sykepleiere på jobb og over halvparten sa at de daglig eller ukentlig opplevde situasjoner der kravene til faglig forsvarlighet ikke ble oppfylt og tidspresset var for stort.

Resultatet av egen studie viser at deltakerne har opplevd at personer med demens ikke får forsvarlig helsehjelp, mest på grunn av manglende kunnskap om demens. Her tenker forsker at manglende kunnskap hos en ansatt kan være fordi den ansatte er leid inn som vikar, og dermed ikke har kunnskapen som må til når du jobber med personer med demens. Forskers egen erfaring er at det hender at ansatte uten kompetanse må tre inn på skjermet enhet i stedet for en sykepleier. Sykepleier kan ha blitt satt inn i en annen avdeling eller til andre gjøremål som er nødvendige. Dette synliggjør at presset på sykepleiere i sykehjem er stort. Det er viktig å holde på alt helsepersonell som har kunnskap om demens.

En deltaker forteller at hun imellom gjøremål legger merke til at en pasient har begynt å vandre urolig rundt på avdelingen. Deltaker vet av erfaring at hvis hun nå neglisjerer pasientens behov for kontakt, kan det føre til at pasienten får en katastrofereaksjon og kan bli fysisk utagerende til slutt. Deltakeren slipper det hun har i hendene og tar hånd om pasienten. Da avverger hun en mulig krise for pasienten. Fordi hun kjente pasienten godt og hadde kunnskap om pasientens væremåte kunne hun hindre pasienten i å utagere. Dette handler om å møte pasientens psykologiske behov for trøst og hans bakgrunn, kjent som Kitwoods psykologiske behov (i dette tilfellet trøst) og Kitwoods utvidede demensmodell med bokstaven B for kjennskap til bakgrunn og bokstaven P for personlighet. I dette tilfellet viser deltaker at hun benytter Kitwoods personsentrerte omsorg.

Støbacks artikkel om utfordrende atferd (2015) viser at bak den utfordrende atferden er det alltid en årsak, og at kunnskap om demens og APSD er nødvendig for å takle og forstå slik atferd. Støback var prosjektleder for et kompetanseutviklingsprogram i sykehjem. Hun mener vi bør jobbe med vår egen forforståelse av personer med demens for lettere å finne årsaken bak den utfordrende atferden. Kunnskap om demens og kunnskap om hvordan vi møter personen med demens i språk og i handling er viktig (Støback, 2015, s. 75). Deltakerne i egen studie beskriver hvordan kunnskap om demens og kommunikasjon med personer med demens hjelper dem til å forebygge utfordrende atferd i avdelingen.

Resultat fra studien viser at deltakerne er klare på at de ønsker flere kolleger, men ser samtidig hvor vanskelig det er å få tak i nok folk på jobb. Samtlige deltakere understreker at det er krevende å gi personsentrert omsorg, og det krever også ressurser nok og organisatoriske tiltak. To av deltakerne savner felles fora for å utveksle erfaringer med personsentrert omsorg. En deltaker sier at de ansatte trenger også personsentrert omsorg. Dette samsvarer med VIPS-rammeverkets første element, verdsetting av mennesker, både personer med demens og de som gir dem omsorg, i dette tilfellet pleierne. Brooker sier at det første elementet i den personsentrerte omsorgen handler om å verdsette mennesker i hele organisasjonen. Hvis de ansatte ikke føler seg verdsatt av organisasjonen de arbeider for, er det lite sannsynlig at de klarer å verdsette og gi omsorg til personer med demens over lengre tid (Brooker, 2013, s. 90).

Resultatet fra egen studie viser at to av deltakerne mener at det ville vært bedre om alle som jobber på avdelingen hadde videreutdanning innen demensomsorg, og jobber mot samme mål om personsentrert omsorg.

I VPM-modellen, som er en implementeringsmodell for personsentrert omsorg basert på VIPS-modellen, er fagmøtene av stor betydning for refleksjon og for å utveksle kunnskap og erfaringer. Forskers egen erfaring er at det er kunnskapsrikt å reflektere sammen med kolleger, og kunne utveksle tips og erfaringer. Det å ha slike fagmøter er av Rokstad og Smebye omtalt som en arena der ansatte deler kunnskap og bidrar til å heve kompetansen i arbeidsfellesskapet (Rokstad & Smebye, 2020, s. 67).

Brooker sier at når store grupper med svært sårbare personer med demens skal tas hånd om av et underbemannet personale, kan pleierne utsettes for umulige situasjoner når de skal forsøke å yte personsentrert omsorg. Hver dag må de finne ut hvordan de skal dekke behovene både til den ene personen som krever mye oppmerksomhet, og til resten av gruppen, som kanskje har like store behov, men som ikke viser det like tydelig (Brooker, 2013, s. 26). Dette er noe resultatet av egen studie synliggjør, da deltakerne må la noen pasienter som trenger dem, bli sittende å vente mens de tar seg av andre som også trenger dem.

VIPS-rammeverket (tidligere beskrevet) ble utformet av Brooker for å hjelpe tjenestetilbydere til å tenke systematisk igjennom utfordringer knyttet til det å gi personsentrert omsorg.

Resultatet av egen studie viser at deltakerne sier at noen dager er det så lett å være på jobb og de føler at de har fått brukt tid på å imøtekomme personene med demens sine behov. De forklarer det med at det i disse tilfellene har vært kjente folk på jobb, det vil si pleiere med erfaring og kunnskap om demens. Dette samsvarer med resultatene fra flere studier. Blant annet studien til Sjögren et al. (2014) der resultatet viste at pleierne mente de jobbet personsentrert i de tilfellene de var flere med kunnskap om demens på jobb, at arbeidsmiljøet var støttende og stresset i avdelingen mindre. Oppert et al. (2018) rapporterte at deres funn viste at pleiere som jobbet godt sammen som team fremmet bruk av personsentrert omsorg.

Studien til Jøranson og Hauge (2011) viser hvordan bruk av DCM gjør det mulig å endre pleiekulturer slik at de ansatte opplever læringsløft som utvikler praksiskunnskapen, fordi DCM muliggjør positive og konkrete tilbakemeldinger som gir stolthet, trygghet og økt samhold i personalet. De hadde ved hjelp av fokusgruppeintervjuer intervjuet til sammen ni deltakere fra samme avdeling. Deltakerne fikk et sterkere samhold etter prosjektet og opplevde en samlet stolthet og trygghet, økt selvtillit og fin arbeidsflyt mellom deltakerne. Arbeidsgruppa derimot opplevde mangel på profesjonell faglig verdsetting. De erfarte ikke den samme personlige dybdekunnskapen om personsentrert omsorg. Resultatene viser at de ikke følte seg like verdsatt som prosjektgruppa.

DCM er i likhet med VIPS-modellen en metode for å implementere personsentrert omsorg i avdelinger på. Resultatet av egen studie viser at deltakerne bruker refleksjon og har kjennskap om hverandres kunnskap. Dette blir brukt i deres daglige arbeid på skjermet enhet. Deltakerne har ikke faste fagmøter på avdelingen, men samtaler seg imellom og utveksler tips og erfaringer. Forsker tenker at det for ansatte som ikke har denne kunnskapen og erfaringen ville vært lærerikt å delta på faste fagmøter i avdelingen, der alle kunne dele erfaringer og reflektere sammen. Dette vil også styrke felles arbeidsmoral i avdelingen, og gi en sterkere følelse av samhold for alle ansatte.

Rokstad (2020) sier at i tillegg til faglige kvalifikasjoner må lederen være i stand til å lede medarbeiderne etter en velfundert ideologi, samt satse på motivasjon og ivaretagelse av medarbeiderne. Lederen er en premissleverandør for den pleiekulturen som råder i enheten (Rokstad & Smebye, 2020, s. 62). Resultat fra egen studie viser at deltakerne savner en felles ideologi i avdelingen. De mener det ville vært enklere å jobbe personsentrert om det var til stede, og at jevnlig fagmøter etter for eksempel VIPS-modellen ble avholdt. De savner et fast forum for å utveksle erfaringer og kunnskap.

6.3.2 Er fokuset på pasient eller oppgave?

Resultater fra studien viser at deltakerne mener ledelsen har ansvar for å sikre at det er tilstrekkelig antall folk på jobb. Noe som er en forutsetning for å kunne jobbe personsentrert. De har flere ideer for å kunne gi personsentrert omsorg, og mener at de har kunnskapen om temaet. En deltaker beskriver en frykt for å måtte jobbe som en robot, med kun fokus på fysiske oppgaver i avdelingen.

En studie utført av Oppert et al. (2018) i Australia har sett på faktorer som hemmer og fremmer bruken av personsentrert omsorg i sykehjem. Deres funn viser at knapphet på tid hemmer bruken av personsentrert omsorg. Det er de samme resultatene som egen studie viser. Ellers viste studien til Oppert et al. at pleierne var oppgavefokuserte, samtidig som noen av pleierne følte at de ikke hadde gjort jobben sin godt nok når de ikke fikk tid til å møte pasientenes behov for sosial støtte (bokstavene SP i Kitwoods utvidete modell for demens). Det at deltakerne i egen studie uttrykker frykt for å bli som roboter i jobben sin tenker jeg kommer av at de føler fysiske og nødvendige arbeidsoppgaver tar tida vekk fra pasientenes psykologiske behov (behovene Kitwood beskriver).

Kari Martinsen (2012) sier om travelheten at det er en konflikt mellom etikkens to «bør».

Konflikten er mellom travelheten sykepleier står i og oppgavene som er betrodd sykepleieren. Det høymoralske presset er innfelt i pleiekulturen. Sykepleieren velger travelheten fremfor høymoralen for å klare hverdagen. Martinsen sier at hvis travelheten blir livsformen, blir mennesket ulykkelig (Martinsen, 2012, s. 57).

Resultat fra egen studie viser at deltakerne er redde for å føle på dette høymoralske presset, og redde for å bli som roboter som jobber etter samlebåndsprinsippet. Dette tror forsker kommer av at deltakerne har god kunnskap om demens og vet at den personsentrerte omsorgen krever at du er til stede og at du har tid. Martinsen sier at travelheten kan dekke over en mangel på indre bevegelse, berørthet og opplevd tid (Martinsen, 2012).

En av deltakerne sier at hun tidligere har opplevd at det skulle innføres VIPS (se kapittel 3) og at det mislyktes da de som var på kurs ikke førte kunnskapen videre og ledelsen ikke tok tak i det. Ifølge Brooker (2013, s. 90) som utviklet modellen etter inspirasjon fra Kitwood, må hele omsorgsorganisasjonen forplikte seg til å arbeide på denne måten, ellers kan det ikke opprettholdes over lengre tid. Hvert av elementene i modellen, krever lederskap på ulike nivåer. Likevel ser det ut som om deltakerne i studien gir personsentrert omsorg, dette bekrefter de kommer av at de har jobbet lenge med personer med demens, og at de har kunnskap om personsentrert omsorg.

Forskningen til Kong et al. (2021) tok også for seg personalet på sykehjems erfaringer med hva som hemmer implementeringen av personsentrert omsorg. Resultatet viste at pleierne oppga mangel på tid og mangel på kunnskap som hemmende for å innføre personsentrert omsorg. Den konkluderte også med at lederne på sykehjem må ta innover seg hvor viktige de er for ansattes motivasjon til å innføre personsentrert omsorg. Egen studie viser at deltakere savner en felles målsetting og de mener også at lederne må være mer involvert.

Studien til Sjøgren et al. (2017) så på hva som kjennetegnet avdelinger med høy bruk av personsentrert omsorg og resultatene viste at god ledelse, god tid til pasientene, felles pleiefilosofi, demensvennlige omgivelser og bruk av jevnlig opplæring var kjennetegn på slike avdelinger.

Resultat fra egen studie viser at deltakerne på eget initiativ tar ansvar for opplæring i personsentrert omsorg til studenter og assistenter som er innom avdelingen. Dette vitner om at deltakerne i studien har et genuint ønske om å gi personer med demens god omsorg. Det viser også at de verdsetter personer med demens, noe som er viktig i den personsentrerte omsorgen.

6.4 Kunnskap om demens og personlig egnethet

Studiens resultat viser at deltakerne er enige om at du må ha god kunnskap om demens for å gi personsentrert omsorg på skjermet enhet for personer med demens. Deltakerne kom med eksempler som viste alvorlige konsekvenser for pasientene dersom pleierne manglet kunnskap om demens. En hadde opplevd at beinbrudd hos pasient ikke ble oppdaget da pleierne ikke kjente til at personer med demens kan uttrykke smerter på måter som ikke er vanlig blant andre personer.

En annen deltaker forteller at kunnskap om smerter og pasientens helse ellers er avgjørende for å kunne gi personsentrert omsorg. Mange personer med demens mangler språk og da er det nødvendig at pleier vet hvordan personer med demens uttrykker smerte, ved for eksempel plutselig endret atferd. Dette er i tråd med Kitwoods utvidete demensmodell som sier at personens helse (H) er viktig å ha god kunnskap om for å gi personsentrert omsorg.

Det er også viktig å kjenne til personens bakgrunn (B) for å se hvordan personen tidligere har uttrykt for eksempel smerter/ubehag. Brooker (2013, s. 37) sier at personer med demens er mye mer utsatt for akutt forvirring og delirium som følge av fysiske helseproblemer (tidligere beskrevet i kapittel 3), og at dette kompliseres ved at enkelte personer med demens ikke er i stand til å gi en nøyaktig beskrivelse av symptomene sine på grunn av hukommelsesproblemer. Det er derfor viktig at omsorgsgivere er årvåkne i forhold til dette. En person med demens kan for eksempel glemme å fortelle at han hadde brystmerter tidligere på dagen.

«Smerte registreres ofte ikke hos personer med demens og når en person viser tegn på ubehag, kan det gjerne tolkes som «utfordrende atferd»» (Brooker, 2013, s. 58). Egen studie viser at deltakerne er flinke til å se bakenfor den endrete atferden ved å lete etter årsak til endringen. Resultatene viser at de har god kunnskap om demens og APSD (beskrevet tidligere i kapittel 3). Finner de ikke årsaken til den endrete atferden ved å se på den fysiske helsen, gjør de videre undersøkelser ved hjelp av kartlegginger av endret eller utfordrende atferd. Deltakerne sier at de har egne skjema for dette.

Resultatene viser også at kunnskap om kommunikasjon med personer med demens er viktig i personsentrert omsorg. Det er viktig for å kunne hjelpe dem med for eksempel personlig hygiene, smertelindring og akutt oppstått sykdom eller skade. En deltaker forteller om en episode der det hadde oppstått misforståelser i kommunikasjonen fordi pleier pratet fort og pasienten forsto ikke hva som skulle foregå og ble engstelig.

Å innta personens perspektiv er et av elementene i VIPS-modellen. Ifølge Rokstad er personalets evne til å ta den andres perspektiv en forutsetning for personsentrert demensomsorg. For å kunne ta personens perspektiv må personalet bruke sine empatiske ferdigheter. Det gjør de ved å sette seg inn i vedkommendes situasjon og samhandle ut fra en forståelse av hvordan denne personen opplever situasjonen der og da (Rokstad & Smebye, 2020, s. 57). Det å prate så fort at personen med demens ikke forstår budskapet i det du sier er også et eksempel på det Kitwood kaller ondartet sosialpsykologi (tidligere omtalt i kapittel 3). Tempoet blir for høyt til at personen med demens klarer å følge med.

Resultatet av studien viser at deltakerne vektlegger personligheten til pleieren i den personsentrerte omsorgen. En deltaker uttaler at det nytter ikke om du har mye utdanning dersom du ikke er snill og grei og har evne til empati. Forklaringen til deltaker er at når personen med demens mister språket er det den non-verbale kommunikasjonen som teller mest. Det er som personen med demens utvikler en sjette sans for å tolke pleiernes kroppsspråk. Hvis dine handlinger ikke samsvarer med vennligheten i stemmen din så blir du avslørt av pasienten forklarte deltakeren. «Når kommunikasjonen blir uklar, øker risikoen for misforståelser, utrygghet, angst og mistenksomhet. I stedet for å skape nærhet, klarhet, fortrolighet og trygghet skaper kommunikasjonen da forvirring, uro og ensomhet» (Rokstad og Smebye, 2020, s. 88).

Rokstad og Smebye (2020) sier at grunnleggende gjelder det å vise respekt og empati og en positiv holdning til den vi skal kommunisere med. Empati er hovedverktøyet for å forstå den andre. Det innebærer en imøtekommenhet og vilje til å fornemme den andres opplevelser, både emosjonelt og kognitivt. Når vi lytter til den andres opplevelse med vennlighet, åpenhet og undring, og uten å møte vedkommende med sensur og moral og vurdering, er vi med på å bekrefte og gi kraft til den andres opplevelse (Rokstad & Smebye, 2020, s. 95). Deltakerne viser at de har fokus på hvordan de fremstår overfor personen med demens og også at de verdsetter personen med demens, noe som er VIPS-modellens første element.

Etter hvert som demenssykdommen utvikler seg, vil det bli mer og mer nødvendig å forstå og tolke pasientens atferd som kommunikasjon (Rokstad & Smebye, 2020, s. 198). «Den atferden som utfordrer oss, må ses som en form for kommunikasjon, et forsøk fra personens side på å meddele til omgivelsene, en kommunikasjonskanal når for eksempel tradisjonelle kanaler som verbalspråket forsvinner» (Rokstad & Smebye, 2020, s. 198).

Resultat fra studien viser at deltakerne er gode til å ta personene med demens sitt perspektiv

og bruke empati i kommunikasjonen med pasientene. De prater med vennlig stemme, inngir trygghet og er oppmerksomme på eget kroppsspråk. De fremstår løsningsorienterte i måter å imøtekomme personen med demens sine psykologiske behov og er klar over at hvis behovene ikke blir imøtekommet kan det føre til utfordrende eller utagerende atferd fra pasienten.

6.5 Stor avdeling – lite rom for personsentrert omsorg

Resultatet av studien viser at deltakerne synes de har for mange personer med demens på avdelingen. Der de tidligere hadde jobbet var antallet pasienter på skjermet enhet maks åtte, nå har de en stor avdeling med over dobbelt så mange pasienter. Dette fører til mye frustrasjon og konfrontasjoner mellom pasientene som ikke finner frem i avdelingen, og som går inn på rommene til sine medpasienter. Flere ganger må deltakerne overlate pasienter til seg selv for å hjelpe andre. Dette er i strid med de psykologiske behovene Kitwood beskrev som viktige å imøtekomme, blant annet behovene for trøst og tilknytning (Tidligere beskrevet i kapittel 3).

Hvis du ikke kan imøtekomme personen med demens sine psykologiske behov så støtter du ikke opp om personen med demens sin personverd og gir heller ikke personsentrert omsorg. Dette stemmer overens med hva den ene deltakeren sier. Hun sier det er vanskelig å gi personsentrert omsorg fordi det er så mange pasienter, og dermed ikke nok tid til å gi individuell omsorg til hver enkelt. Flere trenger hjelp samtidig, og noen må bare vente. Dette er også et eksempel på det Kitwood kaller ondartet sosialpsykologi (beskrevet i kapittel 3) da enkelte pasienter blir oversett på grunn av at andre pasienter må prioriteres.

Ifølge Kitwood gjøres ikke dette av ondskap, men at det er pleiekulturen som gjør at det blir slik. Ifølge deltaker skjer dette spesielt på vakter der det er høy andel personale uten kunnskap om demens og uten lang erfaring i å jobbe med personer med demens. I tillegg er ikke miljøet sosialt og psykologisk støttende, fordi det sosiale miljøet ikke støtter opp om personen med demens sine behov, slik Kitwood beskriver det i den utvidede demensmodellen med bokstavene SP.

VIPS-modellen (beskrevet tidligere) omfatter fire hovedelementer, der den siste bokstaven (S) står for etablering av et støttende sosialt miljø som dekker personens psykologiske behov. Ikke bare er avdelingen for stor for personer med demens til å orientere seg i, men til tider blir omsorgen ikke slik den bør være på skjermet enhet på grunn av at pleierne har dårlig tid. Resultatet av studien viser at deltakerne inntil ganske nylig har jobbet på andre sykehjem. De

har dermed et sammenlikningsgrunnlag, og alle mener at det er bedre med små enheter med færre pasienter for å gi personsentrert omsorg.

Studien til Sjögren et al. (2017) ser på organisasjons- og miljømessige faktorer som kjennetegnet avdelinger med høy bruk av personsentrert omsorg. De konkluderte med at omgivelsene og størrelsen på avdelingen hadde noe å si for bruken av personsentrert omsorg. Små enheter med færre antall personer med demens kjennetegnet avdelinger med høy bruk av personsentrert omsorg. God kunnskap om demens hos pleierne var også et kjennetegn på avdelinger med høy bruk av personsentrert omsorg. Dette var i tråd med resultater fra egen studie.

Rokstad (2020) sier at trygghet og oversikt er viktig ved demens. Det innebærer at et begrenset antall beboere, 6–8 i hver gruppe, er anbefalt på sykehjem og i andre boenheter for personer med demens (Rokstad & Smebye, 2020, s. 142). Nasjonalfaglig retningslinje om demens sier at tilrettelagt botilbud og oversiktlig miljø kan bidra til å forebygge APSD (tidligere beskrevet) (Helsedirektoratet, 2019).

Resultat fra egen studie, slik beskrevet tidligere, fant at deltakerne «puttet inn» personsentrert omsorg der de hadde anledning. Med knapp tid, knappe ressurser og mange pasienter, viser deltakerne likevel at de har fokus på personsentrert omsorg og at de vet hvordan de skal bruke den. Deltakerne fastslår selv at de har mye kunnskap og erfaring, men føler ikke alltid at de får brukt kunnskapen på best mulig måte på grunn av avdelingens størrelse. «Å tilrettelegge omgivelsene er en kompensierende strategi for at personer med demens skal mestre sine omgivelser» (Rokstad & Smebye, 2020, s. 140). Når omgivelsene blir for store og uoversiktlige finner ikke pasienten frem i avdelingen. Dette fører til nedsatt mestring for personen med demens. Rokstad sier at trygghet, sikkerhet, trivsel og livskvalitet er ord som ofte brukes om målsettingen for tilrettede enheter for personer med demens. Å støtte romorienteringen er en viktig strategi (Rokstad & Smebye, 2020, s. 143). I så måte viser resultatet av egen studie at omgivelsene på skjermet enhet ikke tilfredsstillende anbefalingene fra nasjonalfaglig retningslinje om demens, og burde vært bedre tilrettelagt for personer med demens.

Forskningen til Kong et al. (2020) viser at for å lykkes med personsentrert omsorg kreves det nok pleiere og nok tid. Studien var kvalitativ, og de hadde intervjuet 24 pleiere på seks forskjellige sykehjem for personer med demens, i Korea. Deltakerne i denne studien sa at de hadde for mange pasienter til å kunne gi dem personsentrert omsorg. Det ble rett og slett ikke

tid til å imøtekomme pasientenes psykologiske behov. En pleier hadde gjennomsnittlig ansvar for 2,5 pasienter. En sykepleier hadde i gjennomsnitt ansvar for 25 pasienter. I tillegg oppga pleierne dårlig kunnskap om demens, liten plass, negative holdninger hos pleierne, manglende kommunikasjon, konflikter mellom pleiere og mellom pleiere og pårørende som faktorer som gjorde det vanskelig å jobbe personsentrert.

Resultat fra egen studie viser at deltakerne uttrykker bekymring for ufaglært personell på skjermet enhet, det er mangel på ansatte med kompetanse og fagkunnskap om demens. De mener mangel på kunnskap kan føre til feil behandling av personer med demens.

Med mindre vi gjør det klart for makthaverne at personsentrert omsorg krever faglig kompetanse, at det ikke nytter å bruke ufaglærte, selv om det er billigere, kommer vi til å nedvurdere livet til dem vi har omsorg for. Hvis vi nedvurderer personer, kan ikke omsorgen kalles personsentrert (Brooker, 2013, s. 25).

7 Avslutning

I denne studien søker jeg svar på hvordan pleierne på en skjermet enhet for personer med demens erfarer å bruke personsentrert omsorg. Deltakerne har alle videreutdanning og kurs innen demensomsorg, og de har lang erfaring i å jobbe med personer med demens.

Studien viser at deltakerne har god kunnskap om demens og personsentrert omsorg. De har alle hørt om personsentrert omsorg først for noen år tilbake, men alle mener selv at de har jobbet personsentrert lenge før de fikk kjennskap til begrepet. Dette er et interessant funn i studien.

Studiens resultat viser at deltakerne aktivt bruker bakgrunnsopplysninger og personer med demens sine livshistorier for å gi god personsentrert omsorg. De har et godt forhold til pårørende til personer med demens og mener at de er en ressurs i avdelingen. De påpeker at pårørende er de som har best kjennskap til personen med demens og at de er en viktig samarbeidspartner.

I følge studien utviklet deltakerne familiære bånd til personen med demens. De ser på dem som familie og omvendt. De føler at det er mer enn en jobb for dem, de er glade i pasientene og viser stor evne til refleksjon og til å sette seg inn i personer med demens sine psykologiske behov. De mestrer å ta personer med demens sitt perspektiv, og lærer gjerne kunnskapene sine videre til studenter og elever som er innom avdelingen. Deltakerne viser også at de har gode kunnskaper om kommunikasjon og APSD. De vet at utfordrende atferd kan være utslag av

uoppfylte psykologiske behov eller somatisk sykdom og bruker tid på å finne årsaken. De har også god kunnskap om ondartet sosialpsykologi og prøver å motvirke dette der de ser at det forekommer.

Resultatet av studien viser også at deltakernes arbeidshverdag er presset på tid, og at de kjenner på dårlig samvittighet for det. Alle deltakerne ønsker bedre tid og flere ressurser. Resultatet viser også at deltakerne er bekymret for at tidspresset skal gå utover den personsentrerte omsorgen i retning av en mer oppgavestyrte omsorg. Deltakerne er tydelige på at personsentrert omsorg må forankres i ledelsen, og at en mindre avdeling med færre pasienter er nødvendig for å kunne gi personsentrert omsorg.

Studiens funn viser at det er nødvendig med god kompetanse og erfaring når du jobber med personer med demens. Den viser også at det er et behov for å implementere personsentrert omsorg etter for eksempel VIPS-modellen, med jevnlig fagmøter, og at de ansatte på skjermet enhet trenger kunnskap om demens og personsentrert omsorg.

Et interessant funn er det at deltakerne mener de har jobbet personsentrert lenge før de fikk høre om begrepet. Dette får forsker til å stille spørsmål ved om det er slik at personsentrert omsorg også ligger i noen menneskers natur? Kanskje burde alle som jobber på skjermet enhet for personer med demens ha ett spesielt verdigrunnlag og være empatisk av person. I alle fall viser forskning at empatiske holdninger kan læres, blant annet ved innføring av DCM-modellen.

Studiens resultat viser at pleiernes holdning til personer med demens bidrar til bruk av personsentrert omsorg. Slik er denne studiens resultater i tråd med tidligere forskning på temaet.

7.1 Konklusjon

I denne studien har forsker sett på pleiere på skjermet enhet sine erfaringer med bruk av personsentrert omsorg. De viktigste funnene er at personsentrert omsorg er et kjent begrep for deltakerne. De har en travel arbeidshverdag, men gjør det beste de kan for å gi personsentrert omsorg til sine pasienter.

På dette sykehjemmet, hvor studien ble utført, er ikke personsentrert omsorg innført slik som for eksempel VIPS-modellen viser til. Deltakerne har god kunnskap om demens, de bruker bakgrunnsopplysninger, livshistoriefortellinger og aktiviteter i hverdagen på skjermet enhet

for å støtte opp om personer med demens sitt personverd. De utfører personsentrert omsorg, men trenger støtte fra ledelse, felles fagmøter og nok ressurser for å bruke det fullt ut.

Studien viser at det trengs kunnskap om demens for å jobbe med personer med demens. En svakhet ved studien er at den har kun fire deltakere, og at det er leder ved sykehjemmet som har plukket dem ut. Forsker vet derfor ikke om deltakerne ble plukket ut fordi de hadde best kompetanse om personsentrert omsorg. Sånn sett kan det være skjevhet i studien, men dette har forsker ikke mulighet til å si noe om. Studien kan bære preg av forskers egen forforståelse av temaet, selv om forsker har vært bevisst på sin forforståelse gjennom alle stegene i prosessen.

Så er der enda mange temaer innen den personsentrerte omsorg forsker ikke har tatt med i studien, da det er en begrensning på studiens størrelse. For eksempel kunne denne studien også sett på personer med demens sykdom og stigma rundt diagnosen. Forskers egen erfaring er at det for personer med demens kan være stigmatiserende å få diagnosen demens og at flere føler skam ved å få denne diagnosen. Det hadde vært interessant og se om, og eventuelt hvordan pleierne jobber for å motvirke skam og stigma rundt diagnosen, i tråd med å styrke selvverdet til pasienten.

7.2 Refleksjoner rundt veien videre

Resultatene av min studie kan bidra i praksis ved å vise noe av det som må til for å fremme personsentrert omsorg på skjermet enhet, for personer med demens. Den viser viktigheten av at helsepersonell som arbeider med personer med demens har kunnskap om personen med demens, deres bakgrunn, om kommunikasjon med personer med demens, og om støttende psykososialt miljø for personer med demens og de ansatte. Den kan bidra til diskusjon om hvordan holde på helsepersonell som har mye kunnskap og erfaring innen demensomsorgen, slik at de ikke blir utbrent i jobben.

Tidligere forskning viser at ledere har en nøkkelrolle når det kommer til bruk av personsentrert omsorg. Videre forskning kunne vært å se på hvordan få til personsentrert omsorg som favner om både personer med demens, deres pårørende og personalet, slik at alle opplever god omsorg. Det ville også vært interessant å forske på om mer ressurser i form av flere pleiere på avdelingen vil føre til mer bruk av personsentrert omsorg.

På bakgrunn av funn fra egen studie ville det vært interessant med mer forskning på effekt av personsentrert omsorg til personer med demens med APSD, og hva de fysiske omgivelsene har å si for pleieres bruk av personsentrert omsorg.

Referanseliste

- Balteskard, B., (2015). Rom for alderdommens sårbarhet. I Kjær, T. A. & Martinsen, K. *Utenfor tellekantene. Essays om rom og rommelighet*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg. Veien til bedre tjenester:* Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
- Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (7 utg.)
- Engedal, K. & Haugen, P.K. (2018). *Demens-sykdommer, diagnostikk og behandling*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse
- Engedal, K. & Tveito, M. (2019). *Alderspsykiatri*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse
- Gautun, H, Øyen, H. & Bratt, C. (2016). Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem. Hentet 26.04.2022 fra <https://oda.oslomet.no/oda-xmllui/bitstream/handle/20.500.12199/5101/Web-utgave-NOVA-Rapport-%206-16.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Grøndahl, V. A., Persenius, M., Bååth, C., Helgesen, A. K. (2017). The use of life stories and its influence on persons with dementia, their relatives and staff – a systematic mixed studies review. *BMC Nursing*, 16:28 DOI: 10.1186/s12912-017-0223-5
- Heggestad, A. K. T. & Slettebø, Å. (2015). How individuals with dementia in nursing homes maintain their dignity through life storytelling – a case study. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 2323–2330, DOI: 10.1111/jocn.12837
- Helsedirektoratet (2019). Nasjonalfaglig retningslinje om demens. Hentet 29.04.22 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/krav-til-kompetanse#helse-og-omsorgspersonell-skal-ha-kunnskap-om-og-yte-personsentrerte-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-demens>
- Helsedirektoratet (2019). Nasjonalfaglig retningslinje om demens. Hentet 01.05.22 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/botilbud-ved-demens#kommunene-skal-tilby-sykehjem-eller-annet-tilrettelagt-botilbud-der-personer-med-demens-kan-fa-heldogs-helse-og-omsorgstjenester-praktisk>

- Hem, M. H., Gjerberg, E., Pedersen, R, Førde, R. (2010). Pleiepersonells erfaringer med å hjelpe personer med demens i personlig stell. *Sykepleien forskning*. 2010;5: 294–301. DOI: 10.42201 sykepleienf. 2011.0007
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W., Rasmussen, E. B. (2020). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse* (3. oppl.). Oslo: Universitetsforlaget AS
- Jøranson, N. & Hauge, S. (2011). Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling. *Sykepleien forskning*. 2011; 6:376–382 DOI: 104220/sykepleienf. 2011.0187
- Kitwood, T. (2021). *En revurdering af demens – personen kommer i første rekke* (1. utg. 9. oppl.). København: Munksgaard
- Kjær, T. A. & Martinsen, K. (2015). *Utenfor tellekantene. Essays om rom og rommelighet*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Kong, E, Hyang, K.; Hyejin, K. (2020). Nursing home staff's perceptions of barriers and needs in implementing person-centred care for people living with dementia: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing Wiley* 2021;00:1–11 DOI: 10.1111/jocn.15729
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Malterud, K. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays*. Oslo:Universitetsforlaget
- Martinsen, K. (2009). *Samtalen, skjønnnet og evidensen* (4. oppl.). Oslo: Akribe AS
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe AS
- Mjørud, M., Engedal, K., Røsvik, J, Kirkevold, M. (2017). Living with dementia in a nursing home, as described by persons with dementia: a phenomenological hermeneutic study. *BMC Health Services Research* (2017) 17:93 DOI: 10.1186/s12913-017-2053-2

- Oppert, M. L., O’Keeffe, Duong, D. (2018). Knowledge, facilitators and barriers to the practice of person-centred care in aged care workers: a qualitative study. *Geriatric Nursing* 39 (2018) 683–688 DOI: 10.1016/j. gerinurse2018.05.004
- Rokstad, A. M. M. & Smeby, K. L. (2020). *Personer med demens. Møte og samhandling* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS
- Rummelhoff, G. R., Smebye, K. L., Tombre, B. (2016). Gir individuell omsorg. *Sykepleien* 2016: 104(8): 4851 DOI: 10.4220/sykepleien2016.58391
- Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P.-O., Zingmark, K., Edvardsson, D. (2017). Organisational and environmental characteristics of residential aged care units providing highly person-centred care: a cross sectional study. *BMC Nursing*. (2017) 16:44 DOI: 10.1186/s12912-017-0240-4
- Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P.-O., Zingmark, K., Edvardsson, D. (2014). To what extent is the work environment of staff related to person-centred care? A cross-sectional study of residential aged care. *Journal of Clinical Nursing*. 24, 1310–1319, DOI: 10.1111/jocn.12734
- Støback, A. M. (2015). Atferd er uttrykk for personlige opplevelser – Om kompetanse prorammet «Forståelse og mestring av utfordrende atferd hos personer med demenssykdom». *Tidsskrift for omsorgsforskning 1* (01), 72–81.
- Støback, A. M. (2014). Forståelse og mestring av utfordrende atferd hos personer med demens. Et kompetanseprogram. *Universitetet i Tromsø*.
- Thorvik, K. E., Helleberg, K., Hauge, S. (2014). God omsorg for urolige personer med demens. *Sykepleien forskning* nr. 3 2014;9 236–242 DOI: 10.4220/sykepleienf.2014.0140
- Vassbø, T. K., Kirkevold, M., Edvardsson, D., Sjögren, K., Lood, Q., Bergland, Å. (2019). The meaning of working in a person-centred way in nursing homes: a phenomenological-hermeneutical study. *BMC Nursing* (2019) 18:45 DOI: 10.1186/s12912-019-0372-9
- Wyller, T. B. (2018). *Geriatrici. En medisinsk lærebok* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Vedlegg 1

FORESPØRSEL OM Å DELTA I FORSKNINGSPROSJEKT:

Erfaringer ved bruk av personsentrert omsorg på sykehjemsavdeling for personer med demens

Ønsker med dette å rekruttere deltakere til mitt masterprosjekt i aldring og geriatrisk helsearbeid ved Universitetet i Tromsø.

BAKGRUNN OG FORMÅL:

Hensikten med studiet er å se på pleieres erfaring i bruk av personsentrert omsorg til personer med demens på sykehjem. Jeg ønsker å intervju fire pleiere som jobber på avdeling for personer med demens. Studien er en del av besvarelsen i masterutdanningen i aldring og geriatrisk helsearbeid.

HVEM ER ANSVARLIG FOR STUDIEN?

UIT Norges arktiske universitet, Institutt for helse- og omsorgsfag, masterstudieretning aldring og geriatrisk helsearbeid.

HVORFOR FÅR DU SPØRSMÅL OM Å DELTA OG HVA INNEBÆRER DET FOR DEG?

Etter at jeg tok kontakt med virksomhetsleder for sykehjem med forespørsel om tillatelse til å utføre denne studien, ble avdelingsleder forespurt og har plukket ut deltakere til å bli intervjuet angående mitt tema. Årsaken til at du blir forespurt er fordi du jobber med personer med demens på sykehjem og innehar den kunnskapen studien etterspør. Forespørselen vil komme fra din leder, senere vil jeg ta kontakt med deg dersom du samtykker.

Deltakelse i studien innebærer at du vil bli intervjuet av meg om dine erfaringer relatert til mitt masterprosjekt om personsentrert omsorg. Intervjuet vil bli tatt opp på mobiltelefon via en app som laster intervjuet opp til en sikker server slik at det blir kryptert. Alt av innhold fra intervjudelen vil bli anonymisert slik at det ikke er gjenkjennelig for noen, og ved studiens slutt blir intervjuet slettet, i mai 2022.

PERSONVERN:

All data som blir samlet inn vil bli behandlet i tråd med personvernreglene. All datainformasjon i studien vil behandles uten navn og fødselsnummer eller annet som kan identifisere deg. Opplysninger du gir vil kun bli brukt i dette

masterprosjektet. Når studien er avsluttet i mai 2022 vil all data bli slettet og ingenting vil kunne spores tilbake til deg.

FRIVILLIG DELTAKELSE:

Etter at du har mottatt dette brevet og gitt ditt samtykke til å delta vil jeg ta kontakt med deg for å avtale tid til intervjuet. Intervjuet er beregnet til å vare i ca. 45-60 minutter og vil foregå på ditt arbeidssted. Er du i tvil kan mere informasjon om prosjektet gis før du bestemmer deg for å delta. Selv om du svarer ja til å delta, kan du når som helst og uten grunn gi hvorfor, trekke ditt samtykke tilbake og ikke delta likevel. Er det spørsmål i intervjuet du ikke kan svare på eller ikke ønsker å svare på er dette helt i orden. Du kan også avbryte intervjuet underveis dersom du ikke ønsker å fortsette. Om du skulle trekke deg fra studien vil all innsamlet data fra deg slettes.

DINE RETTIGHETER:

Under studiet har du rett til innsyn i opplysninger som er registrert på deg. Du har også rett til å få rettet opplysninger om deg, få utlevert kopi av opplysninger om deg, få slettet opplysninger om deg. Du har rett til å sende klage til personvernombudet eller datatilsynet om behandling rundt dine personopplysninger. All opplysning om deg er basert på ditt samtykke. NSD-Norsk senter for dataforskning AS har på oppdrag fra UIT Norges arktiske universitet i Tromsø, vurdert behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet i samsvar med personvernreglene.

Hvis du har spørsmål om studiet eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter kan du ta kontakt med:

UIT Norges arktiske universitet i Tromsø
Ved veileder Lena Yvonne Bjerkmo
Epost Lena.y.bjerkmo@uit.no

Vårt personvernombud ved UIT Norges arktiske universitet
Epost personvernombud@uit.no
Telefon 776 46 322

NSD – Norsk senter for dataforskning AS
Telefon 55582117

Med vennlig hilsen
Vigdis Maria Olsen
Vol031@uit.no Telefon 46452322

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I STUDIEN

Informanten har fått skriftlig og muntlig informasjon om studien «Erfaringer ved bruk av personsentrert omsorg på sykehjemsavdeling for personer med demens»

Samtykket kan trekkes tilbake uten at du må oppgi grunn til dette.

Jeg er villig til å delta i intervjustudien

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

Dato:

Navn: (Blokkbokstaver)

Signatur

Vedlegg 2

INTERVJUGUIDE:

Spørsmål 1:

Kan du fortelle meg hvor lenge du har jobbet med personsentrert omsorg som fokus? Og i hvilke posisjoner i forhold til pasienten?

Spørsmål 2:

Om du kort skulle forklart for noen som ikke vet hva personsentrert omsorg er, hva ville du si da?

Oppfølgingsspørsmål evt.:

Hva legger du i begrepet personsentrert omsorg?

Spørsmål 3:

Hvordan opplever du ditt kunnskapsnivå om personsentrert omsorg?
Evt. hvordan har du tilegnet deg den kunnskapen?

Spørsmål 4:

Hvilke kurs har du deltatt på som omhandler personsentrert omsorg?

Spørsmål 5:

Jeg vil gjerne at du forteller meg om en episode/hendelse der du opplevde at du lyktes med personsentrert omsorg til pasient?

Spørsmål 6:

Jeg vil gjerne at du forteller meg om en episode/hendelse med en pasient der du ikke lyktes med personsentrert omsorg? Hva tenker du kan være årsaken til det?

Spørsmål 7:

Om du kunne forandre noe for å lykkes i enda større grad med personsentrert omsorg i møte med pasienter med demenssykdom, hva ville det være?

Spørsmål 8:

Om du skulle veilede en kollega eller student i måter å lykkes med personsentrert omsorg, hva ville du si?

Spørsmål 9:

Hva ser du som de viktigste fallgropene for å lykkes med personsentrert omsorg?

Spørsmål 10:

Syns du at du har fått komme med alt du har på hjertet angående det å møte pasienter med personsentrert omsorg i arbeidshverdagen din? Evt. har du noe mere å tilføye?

Vedlegg 3



Vurdering

Referansenummer

547321

Prosjekttittel

Erfaringer ved bruk av personsentrert omsorg på sykehjemsavdeling for personer med demens

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Lena Yvonne Bjerkmo, lena.y.bjerkmo@uit.no, tlf: 77644739

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Vigdís Maria Olsen, vigdismaria.olsen@gmail.com, tlf: 46452322

Prosjektperiode

01.10.2021 - 05.05.2022

Vurdering (1)

20.11.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 20.11.2021. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 05.05.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke

tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Nettskjema er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos NSD: Henning Levold
Lykke til med prosjektet!

