

MASTEROPPGAVE

Emnekode: SYK305H_1

Kandidat nr.: 04

Navn: Synnøve Beate Johansen.

Se meg

Personsentrert fokus i sykehjem

Dato: 29.05.2020

Totalt antall sider: 102. Antall ord: 27160

Sammendrag

I denne studien er temaet personsentrert omsorg ved demenssykdom, der uro og utfordrende adferd kan oppstå i sykehjemsomsorgen. APSD er en betegnelse for å beskrive mangfoldet av adferdsforstyrrelser og psykologiske symptomer som kan oppstå ved demens. Fokuset i oppgaven er hva som er av betydning i en sykehjemsavdeling, når sykepleier skal utføre og lykkes med et morgenstell til pasienter med uro og utfordrende adferd. Studien har også sett på betydningen av hva som kan bidra til å begrense eller avverge utagering og bruk av tvang i sykehjem.

Ni sykepleiere med erfaring fra demensomsorgen og som har hatt sin praksis ved tre sykehjem i to ulike kommuner i Nordland ble invitert med i studien. Med intervju som metode ble det samlet inn ulike fortellinger fra disse informantene i 2019. Sykepleierne fortalte i intervjuene hva de mente var viktige faktorer, som kan gjøre en forskjell i om du lykkes i et morgenstell eller ikke. Under analyseprosessen kom det fram mange nøkkelord, som ble samlet til sentrale temaer. Det er de fem fremtredende og sentrale temaer, som denne oppgaven bygger på. Det å avlede, står like sentralt, som det å ha bevissthet om pleiers framturen, pasientens vaner og den betydningen kroppsspråket har. Trygghetsopplevelse er et sentralt tema, som samtidig er et overordnet tema. Alle disse temaene går litt over i hverandre og trygghetsopplevelsen kan trukkes inn sammen med de fire andre sentrale temaene.

Det å bidra med å gi omsorg og pleie til veldig syke personer er svært krevende. Sykepleieren må være sansende og bevisst pasientens og eget kroppsspråk. Likeså må sykepleieren kunne tolke og forstå de uttrykk pasienten gir og handle ut fra disse. Med en kombinasjon av faglig kompetanse, kreative løsninger og et våkent blikk, kan sykepleieren bidra til å gi pasientene respekt, trygghet, omsorg og god pleie.

Tom Kitwood var en foregangsperson som vendte fokuset mot personer med demens, og betydningen av personsentrert omsorg. Funnene i dette studiet blir blant annet diskutert opp mot hans teori, samt Kari Martinsens teorier om omsorg.

Abstract

The topic of this study is person-centered care in dementia (or dementia related illness), where agitation and inappropriate social behavior may occur in the context of institutional caregiving. APSD is a term that describes the variety of behavior disorders and psychological symptoms that may occur in dementia. The study focuses on the key factors for nurses to successfully perform morning personal care for patients with agitated and challenging behavior in a nursing home department. The study also examines factors that may limit acting-out or challenging behavior, and the use of coercion in nursing homes.

Nine nurses with experience from caregiving for dementia patients, and with internships from three nursing homes in two different municipalities in Nordland were invited to contribute to the study. Throughout the use of interviews as a data collection method, several stories were collected from these informants during 2019. In the interviews, the nurses gave their views on key factors for a morning care situation to be successful or not. Through the following analysis, several key words emerged. These were classified into key issues, and the five key issues form the basis for this study. To deflect appears to be equally important as self-conscious practice, knowing the patient's habits, and understanding the importance of body language.

The sense of security is also a key issue from the nurses' stories. This is also to be an overriding theme. All these issues are to some extent overlapping, and the sense of security can be involved with each of the other four key issues.

To provide care and nursing to very ill persons is highly demanding. The nurse needs to be very perceptive and aware of their own body language as well as the patient's. The nurse also needs to interpret and understand the patient's expressions and act accordingly. A combination of professional expertise, creative solutions and a keen eye, will enable a nurse to give the patients respect, security, and good care.

Tom Kitwood was a pioneer, who shifted the focus to persons living with dementia and the importance of person-centered care. The findings in this study is discussed considering his theory as well as Kari Martinsen's approach to caregiving.

Takk

Dette arbeidet har vært svært spennende og tidkrevende. Livet, hverdagen og fullt arbeid har bidratt til at prosjektet er blitt løst i etapper. Jeg tror ikke det er noe svakhet i det. Slike store oppgaver trenger tid til å bli bearbeidet mellom hver bit, som er med for å få helhet til slutt. For å finne helheten tror jeg man må begynne å nøste i det små. Det er mange som har stått på sidelinjen og heiet meg fram og lagt til rette for at jeg er kommet i mål med dette arbeidet og oppgaven. Jeg vil først rette en stor takk til familien, min flotte mann Eivind og våre to døtre Edel og Jorunn, som har hatt tålmodighet med meg. Alle bøkene som har vært med på hver eneste ferie og som har tatt store deler av spisebordet over tid. Leseturene jeg har tatt under palmene har bidratt til at jeg har fått lese gjennom store mengder teori. Jeg takker også mine medstudenter for hyggelige og lærerike samlingsstunder i denne perioden. Takk til de ni sykepleierne, som sporty stilte opp til intervju, samt lederne som la til rette for dette. Jeg ønsker også å takke venner som har bidratt i det sosiale med mål om å få gi meg påfyll av energi samt et avbrekk fra studiene. Jeg vil sist men ikke minst takke min veileder Jorunn som har kommet med råd og forslag om struktur på oppgaven.

Hva ser du søster

Hva ser du, søster, i din stue?

En gammel, sur og besværlig frue,
skjelven på hånden og fjern i blikket,
litt skitt og litt rot der hun har sittet.
Du snakker høyt, men hun hører deg ikke,
hun sikler og hoster, har snue og hikke.
Hun takker deg ikke for alt det du gjør,
men klager og syter, er i dårlig humør.

Er det hva du tenker? Er det hva du ser?

Åpne dine øyne og se – det er mer.
Nå skal jeg fortelle deg hvem hun er,
den gamle damen som ligger her.

En pike på 10 i et lykkelig hjem,
med foreldre og søsken – jeg elsker dem!

En jente på 16 med et hjerte som banker
av håp og drømmer og romantiske tanker.

En brud på 20 med blussende kinn,
i mitt hjem eget går jeg lykkelig inn

En mor med små barn som bygger et hjem,
mot alt som er vondt, vil hun verne dem.
Og barna vokser med gråt og med latter,
så blir de store, og så er vi atter
to voksne som nyter freden,
som trøster hverandre og deler gleden
når vi blir femti og barnebarn kommer,
som bringer uro og latter hver eneste sommer.

Hva ser du, søster? En tung, trett og senil gammel skrott?
– Nei, prøv en gang til, se bedre etter. Se om du kan finne
et barn, en brud, en mor – en kvinne!
Se meg som sitter der, innerst inne!
Det er MEG du må prøve å se – og finne!

(Ukjent).

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	i
Abstract	ii
Innholdsfortegnelse	v
1.0 Innledning.....	1
1.1 Tema, bakgrunn for oppgaven og presentasjon av problemstilling	2
Problemstillingen formuleres som følgende:	3
1.2 Begrepsavklaringer.....	4
1.3 Avgrensning	5
1.4 Oppgavens oppbygning og struktur	5
2.0 Å rammes av demenssykdom.....	6
2.1 Ulike sykdommer i hjernen som fører til demenssykdom	6
2.2 Vanlige symptomer som kan framkomme ved demenssykdom.....	7
2.3 Adferdsforstyrrelse og psykologiske symptomer (APSD).....	7
2.3.1 Depresjon og tilbaketrekning	8
2.3.2 Angst og katastrofereaksjoner	8
2.3.3 Vrangforestillinger, illusjoner og hallusinasjoner	8
2.3.4 Personlighetsendring	9
2.3.5 Apati, interesseløshet og rastløshet motorisk adferd.....	9
2.3.6 Irritabilitet og aggressivitet	10
2.3.7 Roping	10
2.3.8 Døgnrytme.....	10
2.4 Behandlingsmuligheter.....	10
3.0 Sentrale teoretikere i oppgaven	12
3.1 Kari Martinsen.....	12
3.2 Tom Kitwood	14
4.0 Personsentrert omsorg og ulike tilnærminger	15
4.1 eget hjem	15
4.2 Person.....	15
4.3 Omsorg	16
4.4 Personsentrert omsorg.....	17
4.5 Livsgledehem	18
4.6 Tilnærme seg personer med demenssykdom.	19
4.7 Dementia Care Mapping (DCM).....	20
4.7.1 Trøst	21
4.7.2 Tilknytning	21
4.7.3 Inklusjon.....	21
4.7.4 Beskjeftigelse	21
4.7.5 Identitet.....	21
4.8 VIPS praksis modell.....	22
4.9 Tverrfaglig intervensjonsmodell (TID)	23
4.10 Verdighet.....	24

4.11 Helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse	24
5.0 Vitenskapsteori og Forskningsdesign.....	27
5.1 Vitenskapsteori.....	27
5.2 Forskningsdesign.....	29
5.2.1 Kildekritikk	31
5.3 Kvalitativ forskningsmetode	32
5.4 Etske overveielser	34
5.5 Godkjenning av studiet.....	35
5.6 Intervju som metode.....	36
5.6.1. Utvalget, gjennomføring av intervju og transkribering.....	37
5.6.2 Refleksjon rundt utvalget	39
5.6.3 Reliabilitet og validitet	40
5.7 Analyse og finne meninger og sentrale temaer	40
6.0 Presentasjon av intervjuene	44
6.1. Kartlegge livshistorien	44
6.2 Avledning	46
6.3 Trygghetsopplevelsen.....	46
6.4 Pleiers framtrede	47
6.5 Vanene.....	48
6.6 Kroppsspråket.....	49
6.7 Oppsummering av analyse og funnene	50
7.0 Personsentrert fokus ved morgenstell i sykehjem	52
7.1 Kartlegge livshistorie	52
7.1.1 Identitet.....	54
7.2 Vaner	55
7.2.1 Sårbarheten som menneske	58
7.2.2 Sansningen	58
7.3 Pleiers framtrede	59
7.4 Kroppsspråket.....	60
7.4.1 Kommunikasjon	62
7.5 Avlede	64
7.6 Trygghetsopplevelsen.....	65
7.7 Etertanke	68
8.0 Avslutning	70
9.0 Referanser.....	72
Vedlegg:	77
1. artikkelmatrise.....	77
2. Prosjektbeskrivelse og godkjenning fra NSD	88
3. Informasjon om prosjektet og Samtykkeerklæring	89
4. Intervjuguide	92
5. Meningsfortetting og finne sentrale tema.....	93

1.0 Innledning

Alle mine besteforeldre døde da jeg var en liten jente. Jeg hadde ingen erfaring med eldre mennesker i min ungdom før jeg begynte på studiet i helsefag. I utgangspunktet var mitt mål å utdanne meg innenfor barne- og barselspleie. Denne utdanningen krevde praksis i sykehjem noe som bidro til at jeg fikk innsyn i en helt ny verden. Det var da min nysgjerrighet og interesse for mennesker med demenssykdom grodde fram. Jeg oppdaget tidlig at alle hadde sin måte å være på, og at det var viktig å tilnærme seg dem på ulike måter når man skulle hjelpe dem. Denne lysten til å fordype meg i dette temaet har fulgt meg siden 1990-tallet. Jeg startet min yrkeskarriere som hjelpepleier i et sykehjem. Gjennom den tiden møtte jeg mange mennesker med demenssykdom og mange ulike uttrykk og utfordringer i sykdommen. Dette har ført til jeg har blitt mer og mer undrende og behov for å få en bredere forståelse for denne pasientgruppen. Noe som igjen førte til jeg utdannet meg til sykepleier. Som masterstudent ønsker jeg å gå dypere inn i temaet personsentrert omsorg til mennesker med demenssykdom. Jeg har gjennom årene med erfaring, opplevd å komme personer med demenssykdom svært nært. Noen av disse pasientene har mistet en del av sin identitet, og det å gi helsehjelp til så svært syke personer gjør meg ydmyk. Gjennom årene har jeg møtt på mange pleiere som har jobbet personsentrert og som har lagt vekt på å bli kjent og forstå menneskene bak sykdommen. Jeg kan ikke huske at personsentrert omsorg var et begrep da jeg startet, eller at det ble jobbet systematisk rundt dette da.

For meg har det alltid vært viktig å se «bak sykdommen» til personer med demenssykdom. Jeg har opplevd at mange har adferdsmessige og psykologiske symptomer (APSD) som uttrykk (Engedal, 2008). Opp imot 90% av personer med demens kan oppleve å få APSD i løpet av sin sykdomsperiode. Årsak for at det inntreffer, varighet og intensitet, vil variere mye mellom pasienter (Helsedirektoratet, 2019 (a)). Ved APSD-utfordringer mener jeg det er ekstra viktig å se forbi sykdommen, dette for å prøve å forstå og kunne ivareta den enkeltes integritet og verdighet. Jeg synes det er spennende å finne ut av hva pasientene hadde som yrke/virke tidligere i livet og hva som var av betydning/opptok dem før og hva som opptar dem nå. Søren Kirkegaard sier det så fint: «At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der» (Kierkegaard & Cappelørn, 1813-1855).

1.1 Tema, bakgrunn for oppgaven og presentasjon av problemstilling

Hva det er som gjør at noen får til å gjennomføre et morgenstell uten store utfordringer for personer med langtkommet demens samtidig som andre strever?

Det jeg ønsker å finne ut av er hvordan sykepleiere går fram for å tilby helsehjelp til personer som har adferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD). Finnes det en god måte å tilnærme seg pasientene slik at sykepleierne kan lykkes? Med å lykkes mener jeg at pasienten frivillig blir med på rommet, eller badet der stellet skal gjøres, og at pasienten ikke motsetter seg hjelpen han får. Jeg ønsker med denne oppgaven å undersøke og finne ut av hvordan sykepleierne på en omsorgsfull måte i praksis kan hjelpe slike pasienter med et morgenstell slik at utagering oppstår og at dermed bruk av tvang unngås.

En person med demenssykdom blir etter hvert som sykdommen skrider fram mer og mer avhengig av hjelp fra andre (Engedal, 2008). Ifølge Kari Martinsen kan avhengighetsbegrepet ses i sammenheng med omsorg. «Omsorg er et relasjonelt begrep og det forutsetter avhengighet på ulike plan, som oftest som det å ikke være selvhjulpen» (Martinsen, 2003 , s. 44). Det å ikke være selvhjulpen vil bli en aktuell konsekvens av demensutviklingen. Vi lever i verden der avhengighet blir sett på som negativ, sier Martinsen. Det å være avhengig, er sett på som ikke være selvhjulpen og er i vestlig sammenheng lavstatus. Dette kan føre til mangel på respekt og erkjennelse i samfunnet, og kan føre til lav selvfølelse, mener hun. Det er ikke slik at alle bli verdsatt lavt, men når man ikke kan bidra i samfunnet med jobb, produksjon, økonomisk vekst og bidra kulturelt, som er noe av det som betegner for verdifullt liv, kan det lett bli oppfattet som negativt. Avhengighet kan ikke velges, og dermed er det opp til menneskene å gi omsorg. Martinsen betegner omsorg som et rasjonelt og moralsk begrep (Martinsen, 2003 , ss. 42-50).

Jeg tror at en sykepleier, som gir omsorg til pasienter med demenssykdom, må være bevisst de individuelle ulikhetene mellom mennesker. Det vil være store variasjoner i hvordan personer vil håndtere å få demensdiagnosen, eller generelt det å leve med kognitiv svikt. Tom Kitwood hevder det finnes et genuint selv i oss alle. Det er viktig at sykepleieren gir omsorg og helsehjelp med en forståelse for at alle mennesker er unike. Kitwood utviklet DCM¹ som er en metode for å avdekke pasientens følelse av tilfredshet i sykehjem. En

¹ Dementia Care Mapping.

kombinasjon av empati og observasjonsteknikk blir brukt, som et utgangspunkt for sykepleieren til å forbedre livskvaliteten og omsorgen til personer med demens. Han mener det er spesielt seks psykologiske behov personer med demens har. Han tegnet dette i en figur av en blomst. Blomsten innehar fem kronblad med de ulike behovene: Trøst, tilknytning, inklusjon, beskjeftigelse og identitet samlet rundt midten, som er kjærlighetsbehovet (Kitwood, 1997 (a)).

I alle sykehjemmene hvor intervjuene fant sted var sertifiserte livsgledehjem². Dette er hovedårsaken til at jeg forklarer hva livsgledehjem er, men det blir ikke vektlagt i oppgavens diskusjon. Jeg har selv en kjennskap til det å jobbe etter de tanker og ideer som et livsgledehjem har, og mener dette er en bra metode for å bli kjent med pasientene. Ved å tilstrebe at alle jobber etter denne metoden vil alle sykepleierne ha det samme verktøyet og ha en lik måte å utføre sitt arbeid på, for å bli bedre kjent med pasientene. Sykehjem arbeider etter prinsippene i livsgledepsykehjemmetoden kartlegger hver enkelt pasient. Ved å bruke denne kartleggingen blir pleierne bedre kjent med pasienten; hva han likte å gjøre før og hvilke verdier som er viktige for pasienten. Kartleggingen testes ut i sykehjemmet og personalet finner ut hvilke aktiviteter som er fortsatt gjeldene eller ikke lenger aktuelle. Hovedmålsettingen med metoden er å få kartlagt det levde liv hos pasienten, mener de som er ansvarlige for modellen (Livsglede.no, 2005-2016).

Jeg vil i oppgaven komme litt innom «Lov om pasient og brukerrettigheter». Loven er omfattende og jeg vil trekke ut essensen som gjelder personer med demens i forhold til samtykke og det å unngå bruk av tvang (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Problemstillingen formuleres som følgende:

Hva er av betydning i en sykehjemsavdeling for at en sykepleier skal lykkes i å utføre morgenstell, uten at det blir utagering og dermed bruk av tvang, når pasienten har APSD og utfordrende adferd som uttrykk i sin demenssykdom.

² Nasjonal sertifiseringsordning som sikrer at de psykososiale behovene blir ivaretatt til pasienter ved sykehjemmene.

1.2 Begrepsavklaringer

Nå det refereres til APSD i litteraturen, kan APSD stå for: adferdsforstyrrelser og psykologiske eller adferdsforstyrrelser og psykiske symptomer. Både i Helsedirektoratets beskrivelse (Helsedirektoratet, 2019 (b)), og i «Lærebok i alderspsykiatri i praksis», er APSD beskrevet som adferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (Engedal, 2008, s. 225). Jeg velger av den grunn å bruke deres beskrivelse gjennom hele oppgaven.

Med APSD kan pasienten få en utfordrende adferd som uttrykk i sin sykdom. I denne sammenhengen menes det med utfordrende adferd, at pasienten har et uønsket handlingsmønster. Det er et resultat av pasientens forståelse, eller det at han ikke forstår den situasjonen han er i. Utrykkene er ulike. Det kan for eksempel være aggressive uttrykk som: slåing, spyting, klyping, stygg munnbruk, roping/hyling og lugging (Engedal, 2008).

I denne oppgaven handler det om hvordan sykepleieren tilnærmer seg pasienter, som har utfordrende adferd, for å få gjennomført et vanlig morgenstell eller en dusj. Forenklet vil det si pasienten trenger hjelp til å få pusset sine tenner, ordne skjegget, håret og få utført en kroppsvask før de kler på seg nytt og rent tøy. Mange pasienter som har langtkommet demenssykdom er også inkontinent og bruker derfor bleier. De trenger derfor ekstra hjelp til å holde huden ren og hel.

Jeg vil for det meste veksle mellom benevnelsene personer med demenssykdom og pasienter. Oppgaven handler om personer som har demenssykdom og som bor på sykehjem. Personer som bor på sykehjem er avhengig av mye hjelp, og betegnes av den grunn som pasienter. Ifølge Helsedirektoratet brukes begrepet pasient om en person som gis eller tilbys hjelp fra helsetjenesten, videre skriver de at en person med kronisk lidelse eller funksjonshemninger faller under definisjonen pasient når de er bruker av helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2020). Alle navn på pasientene som er nevnt i oppgavens sammenheng er fiktive. Sykepleieren skal være rollemodell for og assistenter gjennom å ivareta et faglig og etisk veiledningsansvar (Larsen, 2019). I oppgaven viser jeg til informanter og sykepleiere, når det gjelder tekst fra intervjuene. Ellers vil jeg bruke benevnelsene sykepleier og pleier når jeg beskriver samspillet mellom arbeidstaker og pasient, dette fordi det i virkeligheten er ulike profesjoner og ufaglærte som jobber i et sykehjem. Jeg tror denne beskrivelsen vil gi leseren et innblikk og forståelse for hvordan samarbeidet mellom de ulike arbeidstakerne i sykehjemmene kan være.

1.3 Avgrensning

Som sentrale teoretikere i oppgaven har jeg valgt Kari Martinsen og Tom Kitwood sine tanker og teorier. Til denne oppgaven har jeg lest seks av Martinsens bøker, pluss noen artikler om henne og hennes verker. Dette har jeg gjort for å bli bedre kjent med forfatteren. Ikke alle artikler er brukt i teksten og vil av den årsak ikke være i referanselisten. Hennes bøker er svært meningsbærende, og jeg håper jeg har klart å formidle hennes tanker og teorier med ære. Når det gjelder teorien til Kitwood har jeg valgt å lese artikkelen «The experience of dementia» samt boken «Dementia reconsidered, the person comes first». I tillegg, for å utfylle min forståelse, har jeg støttet meg til den danske oversettelsen og ut ifra dette tolket hans teori og tanker.

1.4 Oppgavens oppbygning og struktur

I kapittel 2 beskrives litt om demens og ulike sykdommer i hjernen som fører til demenssykdom. I tillegg beskrives symptomer og uttrykk som kan følge med sykdommen. Videre kommer en kort fremstilling om behandlingsmuligheter. I kapittel 3 vil jeg gjøre dere kjent med de sentrale teoretikerne i oppgaven. Personsentrert omsorg og ulike tilnærminger til personsentrert omsorg omtales i kapittel 4. I kapittel 5 handler det om vitenskapsteori, forskningsdesign, selve forskningsprosessen, kildekritikk og etiske overveielser. I tillegg finner du her godkjenning av studiet med refleksjon rundt utvalget. Slutten av kapitlet er viet til analyse og hvordan jeg kom fram til ulike tema. I kapittel 6 vil jeg presentere utsagn fra informantene og de sentrale temaene i funnene. Diskusjonsdelen om personsentrert fokus ved morgenstell i sykehjem kommer i kapittel 7 med en ettertanke. Og avslutningen kommer i kapittel 8.

Til slutt følger referanselisten i kapittel 9. Og helt til sist ligger aktuelle vedlegg til oppgaven.

2.0 Å rammes av demenssykdom

Demenssykdom er en samlebetegnelse for kronisk funksjonssvikt. Et hjerneorganisk syndrom som kjennetegnes med kronisk kognitiv svikt. Denne svikten reduserer evnen til å fungere i dagliglivet slik man gjorde før. Både evnen til å regulere sine følelser, regulere adferd og evnen til å opprettholde sin funksjonalitet svekkes og kan forsvinne helt til slutt. Demens er den hyppigste årsaken til at personer i dag flytter på sykehjem. Sykdommen opptrer oftest etter fylte 70 år, men det er registrert forekomster langt yngre enn dette. Demenssyndromet er klassifisert i DSM-IV og ICD-10 (Engedal, 2008, s. 218). Antall rammede stiger, tall fra Aldring og helse.no regner med at det i Norge er omtrent 80 000 personer med demens, men dette er selvfølgelig vanskelig å fastslå helt. Det er anslått at omtrent 5000 mennesker under 65 år er rammet av demenssykdom (Hveem, Demens, 2020).

2.1 Ulike sykdommer i hjernen som fører til demenssykdom

Alzheimers sykdom regnes å være den vanligste årsak en til demenssykdom. Omtrent 60 prosent av personer med demenssykdom er rammet av Alzheimer (Hveem, Demens, 2020). Vaskulær demens utgjør ca. 15-20 prosent av tilfellene. Alzheimers sykdom starter fremst i tinning-lappene, danner en type plakk, et protein som fører til knutedannelse og etter hvert celle død. Vaskulær skyldes hjerne slag, og eller innsnevring av blodårer til hjerne. 10-15 prosent tilskrives Lewy-Legemer sykdom, den og demens, grunnet Parkinson over lang tid, kan sammenlignes. Ved begge sykdommene finnes det en forstyrrelse i omsetningen av alfasynuklein protein i hjerne. Frontallappdemens er sjeldnere og opptrer som regel hos yngre mennesker i 40-50 års alderen. Her er det skader og celle-død i fremste del av hjerne, mens resten av hjernen er frisk. Demens med Huntingtons sykdom (Huntingtons Chorea (HC)), er arvelig betinget. Denne sykdommen kan starte i tidlig alder, og de første tegn er nevrologisk. Demenssymptomene kommer først sent ut i forløpet. Varigheten av sykdommen (HC) kan være opptil 30 år. Personlighetsforandringer og psykoselignede følger også med. Det er til slutt store atrofier i hjernen. Pasienten har vansker med gjenkalling, dvs. oppgaver som skal huskes spontant. HC-rammede trenger lengre tid til å tenke, men er bedre på gjenkjenning. Ved alkoholdemens oppstår det en mental svikt etter mange år med høyt alkoholforbruk. Tegnene ligner på Alzheimers sykdom. Skadene kan ikke reverseres, men ved total stopp i alkoholforbruk, stopper utviklingen av den kognitive svikten. Dette var de mest vanlige demenssykdommene. Det finnes flere som jeg ikke utdyper noe videre her (Engedal, 2008).

2.2 Vanlige symptomer som kan framkomme ved demenssykdom

1. Kognitive symptomer

Generell intellektuell svikt

Svekket hukommelse og læringsevne

Svekket orienteringsevne

Svekket vurderingsevne og dømmekraft

Svekket oppmerksomhet

Språkvansker (ordleting, redusert taleflyt)

Apraksi (konstruksjon, ideasjonell, ideomotorisk)

Svekkede visuo-spatial evner

Svekket forståelsene (agnosi/ persepsjon)

2. psykologiske og adferdsmessige symptomer

Depresjon og tilbaketrekning angst, panikkangst og katastrofereaksjoner

Vrangforestillinger og illusjoner

Hallusinasjoner

Personlighetsendring

Rastløshet, motorisk uro, vandring

Apati og interesseløshet

Irritabilitet og aggressivitet

Repeterende handlinger (roping, hamstring)

Forandret døgnrytme

3. Motoriske symptomer

Muskelstivhet, styringsproblemer

Balansesvikt

Inkontinens

(Engedal, 2008, s. 222).

2.3 Adferdsforstyrrelse og psykologiske symptomer (APSD).

Demenssykdom kan gi mange uttrykk, men kort forklart kan man si at sykdommen kjennetegnes med at personen får kognitiv svikt, evnen til å lære seg nye ting faller bort, og personen mister samtidig evnen til å regulere sine følelser. Dette bidrar etter hvert til personen med demenssykdom mister evnen til å kunne fungere selvstendig i samfunnet (Engedal, 2008). De aller fleste, oppimot 90 % av personene som får demenssykdom rammes av adferdsmessige og psykologiske symptomer (APSD) (Helsedirektoratet, 2019 (a)). APSD er en samlebetegnelse på mange ulike symptomer, som i takt med at sykdommen skrider fram, endrer pasientens adferd. I starten er vanlige uttrykk passivitet, rastløshet/uro og mistenksomhet og noen plages av angst og depresjoner. Sykdommen utvikler seg hele tiden og bærer med seg mange uheldige symptomer. Noen kan få vrangforestillinger,

hallusinasjoner og ekstrem mistenksomhet kan forekomme. Det blir vanskeligere og vanskeligere å forstå situasjonen pasienten befinner seg i, og det kan lett oppstå misforståelser. Med slike personlighetsforandringer som er beskrevet her, er det naturlig å tenke at dette fører til stor belastning for pasienten og de som er rundt, både pårørende og i hjelpeapparat (Engedal, 2008).

2.3.1 Depresjon og tilbaketrekning

Dette er ikke et uvanlig symptom, mange opplever dette. Årsaken bak kan både være av psykologisk og biologisk karakter. Det er ikke lett å oppleve tap av egne ressurser, det man har mestret før blir nå alt for vanskelig, man kan føle seg mislykket. Ved demenssykdom både skades og dør cellene i hjernen, det vil si sett ut fra den biologiske årsakssammenhengen endres samspillet i de ulike signalsubstansene i hjernen. Å stille diagnosen depresjon ved en alvorlig demenssyk person er svært vanskelig. Pasienten har ofte språkvansker og kommunikasjonssvikt, i tillegg til egenforståelse- og formidlings-svikt. Ved langtkommet demenssykdom kan man mistenke at symptomer som sinne, irritabilitet, uro og generell utilpasshet kan være et tegn på depresjon, men andre årsaksforhold må også forsøkes utredet ved disse symptomene. Mild til moderat depresjon kan arte seg på samme måte hos en person med demenssykdom og en uten denne sykdommen (Engedal, 2008).

2.3.2 Angst og katastrofereaksjoner

Med demenssykdom mister personen evnen til å se seg selv utenfra, evnen til å skjøtte om seg selv og forstå sin framtid, noe som kan føre til angst hos den demenssyke. Når demenssykdommen skrider fram og det blir vanskeligere og vanskeligere å huske, kan det oppleves veldig skummelt å være alene. Pasienten har mistet all oversikt hvor for eksempel mann eller kone er, til tross for at de bare er ute et lite ærend. Noen pasienter opplever panikk lignende angst når de ikke forstår eller husker hvem de kan forholde seg til. De får kanskje katastrofereaksjoner og de begynner å lete, går ut, ringer på dører, føler seg forlatt. de blir redde, aggressive og utfordrende å hjelpe, eller flykter unna (Engedal, 2008).

2.3.3 Vrangforestillinger, illusjoner og hallusinasjoner

Dette er vanlige symptomer som kan opptre innenfor alle typer demenssykdommer og kan komme som en følge av den kognitive svikten eller tidsforskyvning pasienten opplever. Ikke alle disse symptomene er negative følelser. Det trenger heller ikke være at pasienten er

psykotisk, det kan komme av at pasienten tenker på disse tingene og at det er et savn fra det livet som har vært. For eksempel skal pasienten ut å melke kyr som ikke finnes mer, eller han venter på barna skal komme, til tross for at de er voksne og har fått barn selv. Disse konfabulasjoner (pasienten husker noe som ikke er reelt) kan oppleves som lystbetonte forestillinger og et ønske om å fortsatt kan oppleve eller gjøre disse tingene. Personer med Alzheimers sykdom har vanskelig å forstå forskjellen mellom det som skjer på TV og det som foregår i virkeligheten. Pasienten mangler forståelse for at det som skjer på TV ikke er i den virkelige verden. Personer med demens kan ha tanker om at folk stjeler fra dem, de kan bli sjalusiparanoide som følge av manglende oversikt og utrygghet. I slike tilfeller med samtidig opptreden av hallusinasjoner og vrangforestillinger må muligheten for delirium undersøkes. Å oppdage hallusinasjoner hos personer med demens kan være vanskelig hvis de har dårlig ordforråd (Engedal, 2008).

2.3.4 Personlighetsendring

Med demenssykdommen følger sviktende intellekt, de tillærte mestringsstrategier og forsvarsmekanismer svekkes og det kan for oss virke som at personer med demens fremstår som regressive. En person med demens kan fremstå som mer «gjennomsiktig». Tidligere har personen klart å kompensere for følelsesmessige opplevelser og måter å reagere på. Ikke alle opplever å miste grepet på dette feltet, noen klarer å opprettholde kognisjonen slik at de opptrer normalt i sosiale sammenhenger (Engedal, 2008).

2.3.5 Apati, interesseløshet og rastløshet motorisk adferd

Demenssykdom følger med seg apati og passivitet, som nok er de hyppigste adferdsendringen man ser. Pasienten trekker seg tilbake i seg selv, blir stillesittende, virker ikke interessert i sine hobbyer lengre, aviser, samtaler og lignende blir ikke så viktig. Disse symptomene er enklere å håndtere enn når pasienten blir rastløs, og motorisk urolig. Da søker de pårørende ofte hjelp, noe som kan føre til medisiner, som et tiltak for å avverge adferdsforstyrrelse og hyperaktivitet. Slik uro/aktivitet kan ofte være et tegn på at pasienten savner å være i aktivitet, og gjøre det som har vært i livet over lang tid. Det kan være et uttrykk for at de ønsker å gjøre noe som er fornuftig og være til nytte. Uro og hyperaktivitet bør studeres nærmere og utredes for årsaker (Engedal, 2008).

2.3.6 Irritabilitet og aggressivitet

Det kan være mange årsaker for det som ligger bak disse uttrykkene. Personen med demens utvikler utfordrende adferd, som kan være vanskelig å håndtere for de som er i nærheten. Grad av demenssykdom spiller en stor rolle i tillegg til personens personlighet og type demenssykdom. Den manglende forståelsen for egen sykdom, utfordringer i samhandling med andre mennesker, angst og delirium er også medvirkende årsaker. Personer som får skade i frontalappen eller hjernestammen kan bli svært aggressive, irritable og har redusert impuls kontroll. Det vil si at pasienten kan reagere svært negativt og utagere når han opplever han er i en vanskelig situasjon, opplever seg krenket, såret eller blir redd. For eksempel under stell kan han føle grenser blir brutt i forhold til sin intimsone eller situasjoner i miljøet blir misforstått (Engedal, 2008).

2.3.7 Roping

Denne form for adferd kan være svært vanskelig å forstå seg på og stoppe. Den syke er ofte selv ikke er bevisst sin roping. Noen kan stoppe å rope når det kommer andre mennesker til dem, for andre utgjør det ingen forskjell i ropingen om de er alene eller ikke (Engedal, 2008).

2.3.8 Døgnrytme

Ved langt kommet demenssykdom er døgnrytmen svært forstyrret og søvneffektiviteten er redusert. Det er vanlig at det blir vanskelig å få til å sove om kvelden. Summen av dette blir at personen trenger mere tid i sengen, det er ikke uvanlig at de våkner mange ganger i løpet av natten, i tillegg kan de bli en del dupping i stolen om dagen. Brå forandring av døgnrytmen krever utredning for å utelukke det kan være delirium eller noe somatisk (Engedal, 2008).

2.4 Behandlingsmuligheter

Det er ulike utfordringer rundt behandling helsevesenet kan tilby personer med demenssykdom, men det finnes ingen kurativ behandling i dag. I noen av de uttrykkene sykdommen følger med seg, kan man bruke medisiner og miljøbehandling i en kombinasjon, eller hver for seg for å dempe symptomene. Et litteraturstudium utgitt i 2011, her så Padilla på hvilke miljøbeholdende tiltak som kunne være til hjelp for personer med Alzheimers sykdom. Ut av de ulike tiltakene som ergoterapi, aromaterapi, musikk, lysbehandling, kunne de ikke finne noen studier som hadde effekt til å redusere agitasjon som en langtidseffekt. Men det var bevis for at det kunne sette en god stemning der og da, og hjelpe pasientene til å

være våkne. Det poengteres i studiet at det er ønsket flere kvalitetssikrede studier før en endelig konklusjon kan settes (Padilla, 2011). Et lignende randomisert kontrollert studie publiser 2015 støtter denne studien, men noen forskere hadde her også sett at pleiere som var god på å bruke personsentrert tilnærming kunne innvirke på pasientenes agitasjons utfall på lang sikt (Livingston G, 2015). Forskere har i tillegg sett på om også håndmassasje kan ha innvirkning på å redusere psykiske symptomer hos personer med demenssykdom. Artikkelen jeg finner har sett på 11 studier, der til sammen 526 pasientforsøk hadde inkludert aromaterapi. De så en effekt i nedgang av fysisk uro, men det var ingen bevis for at det hadde effekt på angst, tristhet, sinne og depresjon. De mener kvaliteten av studiet og omfanget er for lite til å kunne gi en endelig konklusjon for effekten (Wu, Wang, & Wang, 2017).

De siste årene har vi blitt mer og mer bevisste på at medikamentell behandling ikke fungerer likt på alle mennesker. Mennesker har ulike opptaksmuligheter og nytteverdi av medikamenter (Diakonhjemmet Sykehus, 2019). Medikamentbehandling har vist lite effekt på gruppenivå mot symptomene APSD hos personer med demenssykdom. Ofte kan man se at bivirkningene knyttet til legemiddelbehandlingen er fremtredende, og det er viktig medikamentene vurderes jevnlig med tanke på nytteverdi og behov. Det er anbefalt med individuell doseopptrapping, og det er viktig å vurdere behov for økt dose da bivirkninger øker med dosen. Ved lite effekt, eller rask forverring av bivirkninger er det tilrådelig å ta en blodprøve (CYP-testing) og sjekke legemiddelmetabolismen (Helsedirektoratet, 2019 (b)). I denne oppgaven fokuseres det ikke på medikamentbehandlingen som tilbys, fokuset er på hva sykepleiere kan gjøre i det daglige av personsentrert omsorg. Jeg vil derfor ikke utdype mer rundt CYP testing og medikamentbruk.

3.0 Sentrale teoretikere i oppgaven

Jeg vil først i dette kapitlet presentere Kari Martinsen og hennes teori og tanker om omsorg i sykepleien. Deretter vil jeg skrive om Kitwood. Det er disse to teoretikerne som vil være mest sentrale i oppgaven. Utover disse vil jeg i oppgaven også trekke inn flere teoretikere for å gi fylde til teksten, men vil ikke komme til å gå inngående inn i deres teorier.

3.1 Kari Martinsen

Ut fra et intervju med Kari Martinsen som fant sted i 2002 har jeg fått en bredere forståelse for hvem hun er. Kari Martinsen er født i Oslo 20 januar 1943.

Gjennom livet har hun vendt sitt blikk mot tidligere filosofer, teologer og samfunnsvitere.

Martinsen er en norsk sykepleier og professor, hun var lektor på Danmarks sykepleierhøgskole ved Århus universitet fra 1990-1995, hun er nå professor emerita. Hennes tenkning er sterkt knyttet opp til den danske teologen Løgstrup. Hun har magistergradsavhandling i filosofi. Her var temaet fenomenologi hvor hun trakk tenkningen til Marx inn i sykepleierfeltet. I intervjuet forteller hun at hun hadde et kritisk blikk på den teorien som i Skandinavia ble brukt, og hun så at i Norge hadde sykepleierne en amerikansk tilnærming både teoretisk og praktisk. Hun var ivrig med i diskusjonene om egenomsorgstenkningen på sytti- og åttitallet. Martinsen forteller at hun hele tiden var kritisk til det overordnede forståelser og tenkning innenfor egenomsorg, både i teori og praksis og som livsfortolkning, hun mente det kunne sees på som en metode i omsorgen. Omsorg er viktig i sykepleien, men det er ikke sykepleie sier hun, omsorg er noe grunnleggende som mennesker ikke kan leve uten (Martinsen, 2016).

Kari Martinsen startet sin sykepleiepraksis innenfor omsorg i psykiatrien der hun tidlig stilte seg spørsmålet hvorfor de pasientene som trengte så mye omsorg fikk så lite, hun viser til Løgstrup hvor han mener man ikke kan se på omsorg uten moral. Mennesker lever innen moralske rammer. Et eksempel er ønsket om å ville den andre godt. Man kan glemme seg selv når man ser den andre uten at vi tenker over dette (Martinsen, 2016 , s. 14).

Omsorg i Martinsen teorier deles inn i tre begreper: Først omsorg som er et sosialt rasjonelt begrep. Omsorgs er praksis (det vil si å gjøre noe for noen). Sammen med andre er det siste begreper at omsorg har en moralsk side. Omsorg vil alltid være avhengig av i alle fall to partnere (Martinsen, 2003 , s. 71). Videre sier hun at det er fallgruver når det gjelder å gi

omsorg. Da er det særlig to; den sentimentale der etikken blir redusert til følelser og den formålsrasjonelle, etikken blir sett fra et rasjonelt og analytisk ståsted. Martinsen mener at hvis omsorgen skal kunne forstås positivt i det daglige, er den avhengig av alle sitt menneskesyn. Med frihet, selvstendighet og ansvar og gjennom at vi føler avhengighet til hverandre. Avhengigheten kan ikke velges, og hun mener omsorg også er et moralsk begrep ut fra kollektivt menneskesyn. Avhengighet og omsorg henger sammen, da omsorg forutsetter avhengighet på ulike plan. Avhengighet kan oppfattes negativt da beskrivelser som manglende egenomsorg og selvbestemmelse kommer fram (Martinsen, 2003 , ss. 44,47).

Gjennom relasjoner og måter å være på, kommer moral til uttrykk hos mennesker. Det er en del av det daglige. Omsorg er å frigjøre hverandres ressurser. Det er å forstå, og møte den andre ut ifra tillit og der begge bidrar i samhandling. Tillit får man ved å handle slik at man er tilliten verdig (Martinsen, 2003 , ss. 52-53).

Omsorg er et sentralt og fyldig begrep i sykepleien. Martinsen støtter seg til Martin Heideggers tanker om omsorg. Det er mange måter å gi omsorg på. Sykepleieren kan hjelpe pasienten omfattende eller på en veiledende måte få han til å klare seg selv. For å forstå Martinsen tenkning om mennesket og sykepleie kommer man ikke unna omsorgsbegrepet. Man tar seg tid å se mennesket, være medmenneskelig imot andre for deres egen skyld. Lover, regler og normer er med på å binde mennesker sammen. Vi får en lik forståelse i et fellesskap. Vi gir omsorg ut ifra den andres ønsker og behov. Sykepleieren kan oppleve moralske utfordringer ved å gi omsorg og helsehjelp. For eksempel ved et morgenstell til en pasient uten at det foreligger et klart samtykke til dette. Sykepleier gir omsorg til den andre uten å forvente noe igjen (altruisme³). Friske mennesker har en omsorgsforståelse i det å kunne gi og ta i et likeverdig forhold. Denne tilknytningsrelasjonen er å ha omsorg for hverandre i et balansert forhold. Ved sykdom blir pasienten møtt av sykepleieren. Sykepleieren yter omsorg ved å gi hjelp til de som ikke klarer å dekke sine omsorgsbehov. Pasienten er prisgitt at sykepleieren har faglige kunnskaper, praktiske ferdigheter og erfaringer med en forståelse for pasientens omsorgsbehov (Martinsen, 2003 , ss. 67-83).

³ Uselvisk og offervillig holdning og handling overfor andre (Tjønnedal & Sagdahl, 2018).

3.2 Tom Kitwood

Kitwood, en britisk sosialpsykolog, beskriver det å være en person: Det er et menneske som innehar personverd. Han bruker det engelske ordet *personhood* med det mener han den status eller verdi som oppstår i sosiale relasjoner mellommenneskelig. Dette forholdet mellom mennesker inneholder gjenkjennelse, respekt og tillit (Kitwood, 1997 (a)). For å forstå demens må man anse sykdommen som en kombinasjon av hjerneorganisk svikt, helse, livshistorie, personlighet og endringer i sosiale relasjoner. Et menneske med demenssykdom får hjerneorganiske forandringer som virker inn på evnen til å oppfatte og tolke sine omgivelser, i tillegg til hukommelsen, språk som blir svekket og kan forsvinne helt. Evnen til å planlegge og utføre oppgaver blir stadig mer utfordrende. Kitwood hevder det finnes et genuint selv i alle tross kognitiv svikt, vi må se på alle mennesker som unike en for en (Kitwood, 1997 (a)). Metoden DCM, som er nevnt i innledningen, bygger på teorien om personsentrert omsorg der trøst, inklusjon, identitet, beskjeftigelse og tilknytning er psykososiale behov som er særlig vektlagt. Kitwood har visualisert dette som en blomst hvor kjærlighetsbehovet er midten holder kronbladene sammen. Denne metoden er et verktøy som gir en systematisk kartlegging av aktivitet/adferd, grad av trivsel, velfølelse og der personalet får diskutert og reflektert i en gruppe etter at observasjonene av personen er skrevet ned (Kitwood, 1997 (a)).

4.0 Personsentrert omsorg og ulike tilnærminger

Det finnes mange ulike verktøy og metoder i den personsentrerte tilnærmingen til pasienter med demenssykdom. Jeg vil i dette kapitlet spesielt belyse metodene: VIPS, TID, DCM. Jeg har valgt å utelukke Marthe Meo, forklart i korthet er dette en metode hvor forskere/pleier filmer pasient og pleier i det daglige og tolker hva som skjer.

Demenssykdommen kommer som regel snikende, personen blir sykere og etter hvert mer hjelpetrengende (Helsedirektoratet, 2019 (a)). Dette kapitlet belyser først litt rundt bosituasjonen i eget hjem. Etter dette beskrives hva en person er. Videre vil jeg skrive litt hva omsorg kan inneholde før begrepet personsentrert omsorg presenteres. Livsgledehem omtales før jeg kommer inn på verdighet. Lov om samtykke og helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse belyses til slutt.

4.1 eget hjem

Alle har det best i eget hjem, kan man høre utsagn om. Engedal mener dette utsagnet ikke alltid er riktig for mennesker med demenssykdom. Kognitiv svikt fører etter hvert til utfordringer ved å bo i eget hjem. Hjemmetilværelsen blir praktisk vanskelig og føles truende, angstfylt og kan bli direkte farlig (Engedal, 2008). Gjennom mange år har jeg sett ulike måter å håndtere sykdommen og dens fremtreden på mellom den syke og pårørende. Noen skjemmes over sykdommen, gjemmer seg bort eller familien skjerner den syke for omgivelsene. Andre er svært åpne om sykdommen. De forteller om den til dem de omgås med, og kan legge gode planer for framtiden med tanke på å måtte flytte fra sitt hjem. Engedal skriver det er viktig å huske på at de fleste trenger god tid i en slik prosess. I prinsippet skal flytting til sykehjem ikke foregå under tvang eller at de blir lurt inn på sykehjemmet. Noen pasienter er dessverre ikke i stand til å forstå en slik informasjon. Det må brukes sunn fornuft ved hjelp av personsentret omsorg, for hvilken metode og hvilken informasjon som skal brukes for den enkelte pasient (Engedal, 2008).

4.2 Person

Før jeg kan begi meg inn på å forklare hva personsentrert omsorg omhandler, er det naturlig å beskrive litt hva en person er. Anne Marie Mørk Rokstad skriver at når man tenker på en person er det viktig å ha en filosofisk forståelse av hva en person er, ikke bare som et

enkeltmenneske. Videre sier Rokstad at vi må se på personen som en del av menneskeheten og måten vi lever som mennesker. Videre må vi se på personen ut fra et helhetssyn og hva tenker vi om våre verdier, etiske normer og eksistensielle dilemmaer. I tillegg må vi ta med oss hvordan vi engasjerer oss følelsesmessig og fornuftig i alle de deler som omhandler det å være et menneske (Rokstad A. M., 2014, ss. 22-23). Tom Kitwood nevner personverd som et viktig element. Han kaller dette *personhood*. Det å være en person setter han opp i tre ulike kategorier:

1. *Den transendente*: se på det å være - i - seg - selv er hellig, livet skal æres. Dette ses ofte i sammenheng med kultur og religion, og henger sammen med å tro på at menneske er en gudommelig skapning.
2. *Den etiske*: ideen om at alle har en verdi. Vi har dermed forpliktelser til å behandle hverandre med respekt.
3. *Den sosialpsykologiske*: en rang eller status som tildeles menneske av andre i det å tilhøre sosialt. Dette innbefatter gjenkjennelse, respekt og tillit. Det betyr at personen ikke eksisterer isolert, men blir bekreftet for det å være et menneske i møte med andre (Kitwood, 2016).

Den tyske filosofen Martin Buber snakker om en todelt holdning til det å være menneske og eksistere i verden, Jeg - Du og Jeg - Det. Der Jeg - Du handler om hele menneskevesenet, og Jeg - Det ikke handler om hele vesenet. Jeg - Det fremstår som kjølig, uengasjert, en sikker måte å holde avstand til den andre og en sikker måte å ikke avdekke noen svakheter. Jeg - Du blir mer nært, og appellerer til imøtekommenhet og man utsetter seg for sårbarheten i det å være et menneske (Smith, 1957). McCormack og McCance henviser til Immanuel Kant som filosoferer rundt forskjellen på en person og en ting, der et hovedelement er at en ting har en ekstern verdi noe ikke et menneske kan ha (McCormack & McCance, 2010 (b)).

4.3 Omsorg

Det er naturlig å se på begrepet omsorg før jeg begir meg videre til personsentrert omsorg, som er grunnmuren i oppgaven. En filosof, som Heidegger, har forklart omsorg som en moralsk forpliktelse, noe Kari Martinsen tar med seg i sine tanker rundt dette temaet (Martinsen, 2016, ss. 13-18). Filosofen Buber beskrev allerede i 1920 hvor viktig det var for en lege å ha en Jeg - Du-tilnærming til sine pasienter. Et forhold som er karakterisert med spontanitet, gjensidighet, anerkjennelse og som aksepterer det unike i hvert menneske. Buber beskrev omsorg i Jeg - Du- forholdet, som likeverdige mennesker, i motsetning til et Jeg –

Det – forhold, som ikke oppfattes som et subjekt, men et objekt. En pleier vil være til stede fysisk og mentalt for en pasient i et Jeg - Du-forhold (Buber & Smith, 1959). Ifølge sykepleieteoretiker Kari Martinsen er omsorg et mål i seg selv. Det handler om nestekjærlighet, en måte til å forholde seg til andre mennesker på. Man skal være mot andre som man ønsker andre er mot seg selv. Det grunnleggende er at vi alle er avhengig av hverandre, mennesker er sårbare og alle kan få behov for hjelp engang. Det skal være en balansegang der å hjelpe ikke overskrider det andre menneskets selvbestemmelse. Omsorg handler om nestekjærlighet, og den måten man forholder seg til hverandre på. Man utfører omsorg i den grad man ønsker å få omsorg tilbake. Vi er i den store sammenhengen avhengig av hverandre, mennesker er sårbare og de fleste vil få behov for hjelp. Omsorg er et mål, men det er også viktig med en balansegang, slik at ikke hjelpen tar over for selvbestemmelse og de ressursene pasienten har (Martinsen, 2003 , ss. 42-62). Kari Martinsen skriver ikke direkte om personsentret omsorg, men har konkrete tanker om hva omsorg er, og hvordan sykepleier skal forholde seg til omsorg.

4.4 Personsentrert omsorg.

I følge McCormack og McCance er det fire nøkkelementer som hører til beskrivelsen personsentrert omsorg. Det å være i en relasjon, i en sosial sammenheng, i en forbindelse og i seg selv (McCormack & McCance, 2010 (a)).

Det var den engelske psykologen Tom Kitwood som først presenterte ordet personsentrert omsorg *personhood* i tilknytning til personer med demenssykdom. I ettertid har mange forsøkt å definere begrepet personsentrert omsorg. I min tolkning av Kitwoods teori, vektlegger jeg respekten til mennesket, det at sykepleier ser pasienten som den personen han er. Sykepleier skal se bak sykdommen og gi helsehjelp ut fra pasientens egne ønsker, vaner og behov, så langt det lar seg gjøre (Kitwood, 2016).

Målet med personsentrert omsorg er ifølge Kitwood å flytte fokus fra sykdommen demens, til personen med demens. Det grunnleggende er å bevare synet på personen med demens som en unik person gjennom hele sykdomsforløpet. Demens innebærer en kombinasjon av nevrobiologiske forandringer, dette innbefatter livshistorie, personlighet, helse og sosialpsykologi. En destruktiv sosialpsykologi vil undergrave pasientens personstatus ved at behov overses, atferd ignoreres og pasienten avskjæres fra en meningsfull og menneskelig kontakt. Alle mennesker preges av inntrykk fra miljø og omgivelser. Pasientens atferd utløses

som en konsekvens av det miljøet han er i. Dårlig tilrettelagte miljøer er også en form for miljøbehandling. Utfordrende adferd blir til utfordrende pasient, men hvem er atferden utfordrende for? For å kjenne atferdens årsak må vi kjenne pasienten (Kitwood, 1997 (a)). Det er dette stiftelsen Livsgledehem har hovedfokus på. Det å bli kjent med pasienten, og det å finne de aktiviteter i hverdagen som betyr mest for den enkelte pasient (Livsglede.no, 2005-2016).

4.5 Livsgledehem

«Livsglede for Eldre» har utviklet, eier og driver den nasjonale sertifiseringsordningen Livsgledehem. Folkehelseorganisasjonen er en sertifiseringsordning som har utviklet systemverktøy for å ivareta psykososialt behov hos pasienter ved heldøgns hjem for eldre. Det er et supplement til helsehjelpen, som utføres i den offentlige eldreomsorgen. Idéen oppsto i 2005 i Kristiansand og videreutviklet seg i Trondheim i 2007. Det startet som et lite prosjekt, som etter hvert ble nasjonalt, og som nå siden mars 2017 heter Livsgledehem. Sertifiserte Livsgledehem skal ha rutiner, som fanger opp de individuelle psykososiale behov. Dette fører til at den enkelte pasient får tilbud om aktiviteter, som er tilpasset den enkelte. Tilbudet skal gis jevnlig, helst hver uke, og skal ikke være avhengig av hvem som er på jobb. Organisasjonen har framlagt 9 kriterier som skal komme frem i den daglige driften. Det skal ikke å være avhengig av økt bemanning. Det satses på frivillig hjelp fra for eksempel organisasjoner, privatpersoner og foreninger. De mener at hovedforutsetningen for å lykkes er å ha et fungerende primærarbeid i avdelingen. At det blir samlet inn detaljert livskartleggingsinformasjon, som primæransvarlig skal trekke ut essensen av og ut fra det lage en aktivitetskalender til den enkelte pasient. Meningen er å skape en hverdag med mening og tilpasset aktivitet til den enkelte. Livsgledehem jobber ut fra livsglede sirkelen, som handler om å kartlegge, dokumentere og evaluere. Dette skal være et kontinuerlig arbeid som oppdateres jevnlig, da demenssykdom og annen sykdom kan endre preferansene til pasienten. Det er et viktig budskap i fra stiftelsen at livsglede kan handle om de små betydningsfulle hendelsene. Det kan være å høre på yndlingsmusikken når pasienten steller seg, få kaffe på sengekanten, høre på andakt eller se på sport hver søndag. Mange har ulike hobbyer, og det er viktig at bedriften/sykehjemmet kartlegger de ansattes interesser for å se om de ønsker/har noe å bidra med. Stiftelsen hjelper bedrifter til å opprettholde krav fra myndighetene. Et av kravene finner vi i «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten». Ett livsgledehem skal legge til rette for å jobbe helhetlig og personsentrert tilnærming til pasientene (Livsglede.no, 2005-2016).

4.6 Tilnærme seg personer med demenssykdom.

Kierkegaard skriver: «At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der» (Kierkegaard & Cappelørn, 1813-1855). Dette er den første linjen i fra «Hjælpekunst», et sitat fra den danske filosofen Søren Kierkegaard. Jeg mener dette sitatet passer veldig godt inn i min problemstilling. Jeg tolker sitatet dit hen at han mener at enhver pleier som skal gi helsehjelp til en person, må først å fremst ha en forståelse for pasientens ståsted, akkurat som Kitwood sier. Ved demenssykdom vil det si at sykepleier må prøve å tilegne seg den kunnskap og forståelse rundt pasienten som de har nytte av, og som bidrar til å kunne få kjennskap til hva pasienten med demens forstår i situasjoner her og nå (Kitwood, 1997 (a)).

Kari Martinsen sier at mennesker ikke er identiske, men at vi forholder oss ut fra vår selvforståelse og levde liv. Det å bli en annen tilliten verdig, er å vise ønsket om å bli kjent og ta del i et annet menneskes erfaring. Ett eksempel kan være at en sykepleier med hjertelige og deltagende øyne kan sette seg i posisjon til å bli verdig den sykes tillit. Martinsen skriver videre om den personorienterte profesjonaliteten, at det dreier seg å kunne se på to ulike måter. Åpent og liketil på den ene siden, og faglig utforskende og vurderende på den andre siden. En må kunne sanse og registrere med tanke på at det er «noe mer». Å være profesjonell mener hun er å ha en fagkunnskap om å kunne se pasienten som menneske. Sykepleieren må kunne etterspørre den fagkunnskapen som trengs for å se pasienten som et lidende menneske, og som verner hans selvstendighet. Det skal være en allmenn forståelse om å beskytte og ta vare på livet. Videre mener hun at det å være profesjonell er å våge å være et menneske, med følelser, og det som følger med følelsene (Martinsen, 2000, ss. 9-15). Løgstrup sier:

” Den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre uten å holde noe av dette menneskets liv i sine hender. Det kan være svært lite, en forbigående stemning, en oppstemthet en vekker eller får til å visne, en tristhet en forsterker eller letter. Men det kan også være skremmende mye, slik at det simpelthen er opp til den enkelte om den andre lykkes med livet sitt eller ikke” (Løgstrup, 2000, s. 37).

Dette sitatet av Løgstrup er godt kjent, og mange har tolket det. Et menneske med demenssykdom blir etter hvert svært avhengig av friske mennesker, som kan bistå de i deres daglige aktiviteter. Etter hvert som sykdommen fremskrider vil dette behovet øke. Demenssykdommen utvikler seg som regel over en 10-års periode, men dette er individuelt og hos noen kan det opptre langsommere eller hurtigere. Pasienten er prisgitt den hjelpen pleier

gir, og sykepleiere må være bevisst denne maktposisjon de her er i (Engedal, 2008); (Martinsen, 2012, s. 12). Det er utviklet en skala, Berger-skala. Denne skalaen består i seks trinn som i hvert trinn beskriver funksjonsevner. Denne skalaen er praktisk å ha for planlegging av omsorgstiltak og behov:

- 1: Fungerer i miljøet, men hukommelsessvikt går utover daglige aktiviteter.
- 2: Må ha hjelp utenfor kjente omgivelser.
- 3: Må ha veiledning ved påkledning.
- 4: Klarer ikke å kle på seg alene.
- 5: Må ha hjelp til det meste.
- 6: Hjelp ved slutten av livet, terminalfasen (Engedal, 2008).

Pasientene er ofte svært svekket kognitivt når de flytter i inn på sykehjem. Mange har mistet orienteringsevne, tidsoppfatning og evnen til å planlegge og utføre en aktivitet, og trenger derfor hjelp og veiledning. Bare det å ta en dusj eller kle av og på seg i rett rekkefølge, blir svært vanskelig (Engedal, 2008). Det er utviklet ulike hjelpemodeller som kan brukes i demensomsorgen.

4.7 Dementia Care Mapping (DCM)

DCM er en metode som er utviklet i England og psykolog og professor Tom Kitwood er hovedpersonen bak modellen. Modellen er utviklet for å kunne øke livskvaliteten hos personer med demens. Metoden er et verktøy for grundig observasjon av personer med demens i det daglige, for så å gi tilbakemelding til personalet. Ut fra grad av trivsel og velvære hos pasienten, når aktuell aktivitet blir gjennomført, kan det skreddersys tilnæringsmetoder og tiltak til den enkelte. Kitwood mente det da var viktig av personer med demenssykdom skulle tenkes på som en PERSON med - demens og ikke en person - med - DEMENS. Han mente det er svært viktig at man legger vekt på personbegrepet istedenfor sykdomsbegrepet (Kitwood, 2016). Kitwood var den første til å begynne å bruke personsentrert omsorg *personhood* om personer med demens. Han mente personer med demens hadde fem svært viktige psykologiske behov som det måtte tas hensyn til og som ble implementert i omsorgen. Disse var trøst, tilknytning, inklusjon, beskjeftige og identitet. En person med demens er mer sårbar og har større utfordringer å ta hensyn til enn det å ta initiativ til å få dekket sine egne behov. Hvilke behov en person har, vil stå i sammenheng med personens personlighet og livshistorie (Kitwood, 2016).

4.7.1 Trøst

Ordet trøst inneholder mange lignende uttrykk som for eksempel ømhet, nærhet, å gi trygghet, å lindre sorg og smerter. Å trøste et annet menneske innebærer å være nær, vise at du bryr deg om personen og at du ønsker å tilby det som kan hjelpe i den aktuelle situasjonen.

Kitwood mener det kan være behov for mye trøst og støtte for en person med demens, da han ofte kan ha mange typer av tap i øyeblikket og som en vedvarende tapsopplevelse (Kitwood, 2016).

4.7.2 Tilknytning

Mennesker er i utgangspunktet sosiale vesener. Vi ønsker og vi utvikler sosiale og følelsesmessige bånd mellom oss. Et brudd i disse båndene kan følelsesmessig bli svært vanskelig for mennesker. Denne følelsesmessige tilknytningen er trolig fortsatt viktig selv om du blir rammet av demenssykdom. Det er grunn til å tro at behovet blir sterkere når verden blir endret til et helt annet sted og kanskje blir et veldig vanskelig og et merkelig sted å leve for en person med demens (Kitwood, 2016).

4.7.3 Inklusjon

Mennesker har et ønske om å tilhøre noe, for eksempel en gruppe. Det å miste denne gruppetilhørigheten kan i noen kulturer være en form for alvorlig stress. Mennesker med demens kan ha svært store behov for inkludering. Det kan uttrykkes ved at de blir svært oppmerksomhetssøkende i sin adferd. De kan for eksempel bli klamrende, vandre rundt omkring og noen kan få sammenbrudd og/eller protestere mye i ulike situasjoner. Det kan virke som det sosiale liv hos personer med demens visner bort i takt med at sykdommen utvikler seg. En individuell pleieplan kan derfor bli svært viktig (Kitwood, 2016).

4.7.4 Beskjeftigelse

Det er viktig for et menneske å ha noe betydningsfullt å gjøre. Det handler om å ha en eller annen form for prosjekt/aktivitet. Det kan være arbeid, hobby eller en form for spill. Personer med demens har fortsatt dette behovet. Dette kan ytre seg som at de ønsker å hjelpe noen, ønsket om å dra på turer og lignende. Jo mer man vet om personens fortid jo mer kan man bidra til de kan få være beskjeftiget (Kitwood, 2016).

4.7.5 Identitet

Måten et menneske utvikler sin identitet på, er unik, og man skal vite hvem man er kognitivt og følelsesmessig for å kjenne sin identitet. Tross kognitiv svekkelse er det mye man kan gjøre for å beholde sin identitet. Det viktige her er at sykepleieren har en detaljert kjennskap pasientens historie. Å kjenne hver enkelt livshistorie kan bidra til å hjelpe pasienten til å få videreført den identiteten de kan ha glemt.

Kitwood beskriver hva mennesket må ha oppfylt for å ha *personhood* billedlig med sin blomst (de fem psykologiske behovene). Hvis disse grunnleggende behovene oppfylles vil det ha en effekt slik at andre behov imøtekommes på en trygg måte og oppfylles. Denne måten å observere personer med demens på, gjør at man får en systematisk kartlegging av personens trivsel og opplevelse av velvære etter å ha observert aktivitet og adferd (Kitwood, 2016).

4.8 VIPS praksis modell

Som nevnt tidligere var det Kitwood som innførte personsentret omsorg i tilknytning til demensomsorgen. Rammeverket til VIPS sin praktiske modell (VPM) er utviklet av Kitwoods tidligere kollega og professor Dawn Brooker. Modellen bygger på den samme omsorgsfilosofien Kitwood beskriver i DCM (Brooker & Latham, 2016).

V: A value base that asserts the absolute value of all human lives regardless of age or cognitive ability

I: An individualised approach, recognising uniqueness.

P: Understanding the world from the perspective of the person identified as needing support.

S: Providing a social environment that supports psychological needs

(Brooker & Latham, 2016, s. 12).

Det er «Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse» som har oversatt modellen til norsk. Hver bokstav i V-I-P-S betyr like mye og inneholder hvert sitt element for å kunne gi en helhetlig personsentrert omsorg til personer med demenssykdom. Det er seks spørsmål medfølgende hver bokstav. På denne måte kan det avdekkes om personen får personsentrert omsorg.

V: står for vår Verdi er uavhengig av alder eller kognitive ressurser (hvordan er det tilrettelagt i miljøet der personen er og skal være?).

I: Individuelt tilrettelagt omsorg (er det avdekket hva personen liker eller ikke liker?).

P: tar hensyn til Perspektivet til personen med demens (er personen spurt om hva han ønsker og mener?).

S: et Sosialt miljø der personen med demens er en del av fellesskapet (inviterer vi personen

med demens inn i sosiale samtaler med oss selv og andre, at vi ikke snakker over hodet på han?) (Hveem, 2017).

Når man tar i bruk denne modellen i praksis, skal det ukentlig være et fagmøte for alle pleierne og avdelingsleder. Hver gang drøftes en konkret pasientsituasjon som opptar pleierne. Møtet har faste roller og funksjoner og følger en fast struktur. Det har vært et ønske og håp om å lære opp videre kursholdere innen VPM⁴ slik at kommunene selv hadde mulighet å fortsette opplæringen. Dette er i regi av «Utviklingsprogrammet for miljøbehandling», som er en del av Demensplan 2015 (Røsvik, 2013).

4.9 Tverrfaglig intervensjonsmodell (TID)

«Tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende avferd ved demens» ble utviklet av sykehjemslege Bjørn Lichtwarck i samarbeid med Ann-Marit Tverå. Den ble så utviklet videre ved «Alderspsykiatrisk forskningssenter» ved sykehuset Innlandet. Modellen er utformet for å kunne utrede og behandle personer med demens, der utfordrende adferd er fremtredende. Det som er viktig med denne modellen, er at personalet som gir den daglige omsorgen, samarbeider i team med lege og eventuell en psykolog. Teamet diskuterer og kommer fram til skreddersydde tiltak for hver enkelt pasient.

TID-modellen er sammensatt av tre faser.

Første fase er registrering: personalet fører døgnobserveringsskjema på adferd og lege tar en grundig somatisk sjekk, gjennomgår medisinalisten og ser på sykehistorikk. Personalet innhenter historie om «det levde liv» fra pårørende av pasienten.

Andre fase er refleksjonsmøte med teamet: En tverrfaglig systematisk refleksjon basert på kognitive terapeutiske prinsipper. Et problem av gangen analyseres ved hjelp av kognitiv problemløsningsmodell. I et systematisk fem-kolonneskjema med fakta, tolkninger, følelser, tiltak og evaluering. Fra prinsippet personsentrert omsorg kommer man fram til tiltak tilpasset den enkelte pasient.

Tredje og siste fase er tiltaks og evalueringsfasen: Her blir tiltak som kom fram i kollonneskjemaet iverksatt og evaluert etter en tidsbestemt periode.

Utviklingen av TID og TID-studien har vært støttet av: «Den norske legeforenings fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet», «Forskningssenter for aldersrelaterte funksjonssvikt og sykdom» sykehuset Innlandet HF, «Forskningsavdelingen» sykehuset innlandet HF,

⁴ Vips praksis modell

«Nasjonalt senter for distrikts medisin» (NSDM) Universitetet i Tromsø, og Rana kommune. (sykehuset Innlandet HF Divisjon Psykisk helsevern, 2016).

4.10 Verdighet

Det er helt essensielt at en pleier som skal vise verdighet overfor en person med demenssykdom, selv opplever verdighet. Det er svært viktig at alle som jobber innenfor personsentrert omsorg opplever både å kunne gi og få verdighet. Relasjoner mellom alle mennesker i omsorgsmiljøet bør pleies, og dette gjelder også fra øverste leder (Brooker, 2013). «Alle mennesker er født frie og med samme menneskeverd og menneskerettigheter». Dette er uavhengig av kjønn, alder, legning og nasjonalitet eller trossamfunn og er vedtatt i FNs verdenserklæring om menneskerettigheter fra 1948 (FN-Sanbandet, u.å.) De almene oppfatninger om like rettigheter og verdier for personer med demenssykdom har ikke vært på samme linje som for andre i samfunnet. Dette er noe Kitwood og Bond tar avstand fra, skriver Brooker. Det poengteres at alle mennesker er unike og har en absolutt verdi. Det er viktig å tenke på at som mennesker fungerer vi i relasjoner. Som mennesker står vi i et gjensidig avhengighetsforhold (Brooker, 2013). Dette avhengighetsforholdet er noe Kari Martinsen er svært opptatt av. Hun sier: «Håpet ligger i å motta hverandre, ikke i å overvinne hverandre» (Martinsen, 2016, s. 11). Kitwood skriver at når det gjelder synet på demenssykdom, kan en se to ulike kulturer, den nye og gamle. Der sykdommen blir oppfattet på to ulike måter. Den gamle kulturen aviser all form for psykologiske behov og bruker ofte medisiner for å berolige personen med demenssykdom. Det viktigste er å dekke de fysiske og basale behovene. Dette er helt motsatt fra den nye måten å tilnærme seg personer med demens. Nå er det en dypgående interesse for å finne ut av personen og engasjere for å oppfylle de psykologiske behov som foreligger. Å verdsette pasienten og hjelpe han til å få dekket disse behov, gir en mulighet for pasienten å oppleve en egen ro og avslapning (Kitwood, 2016).

4.11 Helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse

I 2009 kom det nye lovverket om tvang i «Pasient og brukerrettighetsloven» Kapittel 4A. Før bruk av tvang kan utføres er det mange forhold som skal være vurdert, samt at det skal være prøvd tillitsskapende tiltak om det er mulig. All helsehjelp som gis til mennesker skal i utgangspunktet være utført med samtykke. Det betyr at for at et samtykke skal være gyldig må personen ha nødvendig informasjon for å kunne forstå hva han samtykker til eller ikke.

Denne retten til å samtykke kan bortfalle om det foreligger en lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke fra pasienten. Pasienten kan gi samtykke uttrykkelig eller stilltiende. § 4-3 forklarer hvem som har rett til å samtykke. I oppgaven forholder jeg meg til loven for personer over 18 år. Retten til samtykke kan falle bort helt, eller delvis hvis det er åpenbart at personen ikke skjønner hva han skal samtykke til som for eksempel ved fysisk eller psykisk sykdom, utviklingshemming og ved demenssykdom. Helsepersonell skal legge mulighetene mest mulig til rette for at pasienten kan forstå og samtykke til egen helsehjelp. Det betyr at informasjonen må tilpasses den enkelte. Det må tas hensyn til pasientens, alder, modenhet, og psykiske helse. Avgjørelsen om bortfall av samtykke skal være skriftlig og begrunnet og vurderingen av samtykket skal legges fram for pasient og nærmeste pårørende. Det er det helsepersonellet som er nærmest pasienten og som yter helsehjelpen som kan avgjøre om pasienten mangler kompetanse eller ikke (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). For eksempel kan det noen ganger være behov for at pasienten tar blodprøver mot sin vilje, da må legen skrive tvangsvedtak og begrunne hvorfor dette er helsemessig viktig. Sykepleier kan skrive tvangsvedtak på bevegelsehindrende tiltak, som for eksempel å holde pasientens armer fast for å få gjennomført personlig hygiene hos en pasient som er inkontinent for avføring og urin. Når pasienten bruker bleie og ikke får vasket seg ren kan dette føre til sår og infeksjoner, som i verste fall kan bli livstruende. Det skal alltid være to helsepersonell som er med å vurdere bruk av alvorlig tvang. Tvang skal være absolutt siste utvei. Det skal gjøres forsøk på å få gjennomført helsehjelpen uten tvang og det legges vekt på tillitsskapende tiltak for å gjennomføre og tilby helsehjelp. Det er kapittel 4 A som gir hjemmel for bruk av tvang. Formålet er å gi nødvendig helsehjelp for å forhindre vesentlig helseskade, samt å forebygge og begrense bruk av tvang. Med mindre det er formålsløst å prøve det skal alle former for tillitsskapende tiltak være forsøkt, før det gis tvungen helsehjelp.

Det kan treffes vedtak om helsehjelp når:

- a) en unnlatelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, og
- b) helsehjelpen anses nødvendig, og
- c) tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Helsehjelp kan bare gis etter det er vurdert at dette er klart beste for pasienten. Det skal alltid legges vekt på grad av motstand, og om det kan forventes at pasienten i nær framtid kan gjenvinne sin samtykkekompetanse. Et hvert vedtak skal forløpende vurderes behov for. Det skal straks avsluttes når vilkårene for tvang ikke gir ønsket effekt, er negativ eller forholdene

ikke lenger er til stede. Vedtaket kan bare skrives for et år av gangen, fylkesmannen er et kontrollorgan og skal ha kopi av vedtaket. Pasient og nærmeste pårørende skal ha tilbud om kopi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Fylkesmannen er pliktig til å føre tilsyn, fylkesmannen skal undersøke om kommunene sikrer at pasienter som mangler samtykkekompetanse og motsetter seg helsehjelp, får nødvendig helsehjelp og at helsehjelpen så langt det er mulig blir gitt uten bruk av tvang. Hovedfokuset i det landsomfattende tilsynet i helsetjenesten i 2020 blir å se på hvordan somatisk helsehjelp praktiseres:

1. Om pasienters motstand mot helsehjelpen blir fanget opp
2. Om motstand fra pasienter blir fulgt opp med tillitsskapende tiltak
3. Om pasienters samtykkekompetanse blir vurdert og den som er ansvarlig for helsehjelpen vurderer om helsehjelpen skal gjennomføres med tvang
4. Om tvungen helsehjelp blir fortløpende evaluert i gjennomføringsperioden»
(Helsetilsynet, 2020, s. 4).

Dette tilsynet var planlagt å bli gjennomført i år, men det er per i dag litt usikkert når slike tilsyn blir gjennomført grunnet den pågående verdensomfattende Covid-19⁵ pandemi (FHI, 2020).

Lover angående bruk av tvang i helsetjenestene har vært under endring/utvikling i mange år. Tvangsbegrensningsloven, som nå er under behandling, har en høringsfrist som gikk ut 16.12.19. Denne loven er et forsøk på å få til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenestene. Jeg vil ikke komme noe inn på loven da den enda bare ligger ute som et forslag om endring av lovverket (Regjeringen, 2019).

⁵ Nye korona viruset (coronaviruset) ble oppdaget i Kina 2019, SARS-CoV-2, svært smittomt og har tatt livet av mange mennesker (FHI, 2020).

5.0 Vitenskapsteori og Forskningsdesign

Som fagperson er det viktig at jeg jobber kunnskapsbasert. Dette kapitlet vil handle om hvordan jeg har jobbet for å komme fram til kunnskapen som blir presentert i denne oppgaven. Kunnskapsbasert praksis (KBP) handler om å være interessert, nysgjerrig for fagfeltet og å stille spørsmål (Helsebiblioteket, 2020). I dette kapitlet beskriver jeg trinnvis temaene fra sirkelen i KBP:

1. Refleksjon fra praksis.
2. Spørsmålsformulering ved hjelp av PICO.
3. Litteratursøk.
4. Hvordan jeg har vurdert forskning jeg har funnet?
5. Hvordan jeg kan bruke denne forskningen?

Trinn 6, som er å evaluere, vil ikke bli aktuelt i denne oppgaven.

Først vil jeg i dette kapitlet komme litt inn på vitenskapsteori, om hermeneutikken, fenomenologi og jeg vil også fremvise hvor jeg tenker oppgaven ligger i forhold til deduktivt og induktiv tilnærming. Forskningsdesign, med kildekritikk, kommer inn før jeg forklarer den kvalitative forskningsmetoden. De etiske overveielser som er tatt før og underveis i oppgaven blir belyst før beskrivelsen om godkjenning av studiet og intervju som metode blir presentert. Videre følger tre underkapitler.

- 1: Utvalget for informantene, gjennomføring av intervjuet og transkriberingen.
- 2: Refleksjon rundt utvalget.
- 3: Reliabilitet og validitet.

Kapitlene avsluttes med å vise hvordan jeg har gått fram for å analysere og finne mening i sentrale tema i den transkriberte teksten.

5.1 Vitenskapsteori

Generelt handler vitenskapen om «hvordan komme fram til sikker kunnskap som er presis, universell og så veldokumentert som mulig?» (Aadland, 2007, s. 119). Vitenskapsteori er et fagområde for å drive metodisk vitenskap, altså hvordan gå fram for å samle kunnskap.

Empiri er den erfaringsbaserte kunnskapen, det er den vi kan sanse og observere. Kunnskapen er innhentet etter systematiske observasjoner og undersøkelser. Det er innenfor den

hermeneutiske retning denne oppgaven er bygd. Hermeneutikken kan hjelpe oss med å forstå hvordan vi forstår, det vil si hvordan vi opplever den verden vi lever og er i. Vi kan si at mennesket forstår delene ut av helheten, og helheten ut av delene, og med et ønske om å forstå begge deler like godt. Når vi forstår en liten bit av den ene, gir det seg utfall i helhetsforståelsen, og motsatt. Dette gjør det slik at man kan se alt fra en ny vinkel og det igjen kan gi en bedre forståelse av det store bildet. Det er dette som kalles den hermeneutiske sirkel. Jeg vil bruke den hermeneutiske sirkel når jeg skal tolke funnene i de ni transkriberte intervjuene. Dette for å få svar på problemstillingen min (Christoffersen, Johannessen, Tufte, & Utne, 2015). Mennesker kan forstå og tolke ulikt, dermed kan det oppstå ulike oppfatninger, hermeneutikken omtales som fortolkningslære. (Thornquist, 2006).

Jeg har valgt å intervju sykepleiere om deres erfaringer. Det vil si at jeg har en fenomenologisk tilnærming hvor jeg retter min oppmerksomhet til de erfaringene sykepleierne har til utfordringer ved gjennomføring av morgenstell hos pasienter med demenssykdom. Bevissthet og opplevelse var i begynnelsen betegnelser for fenomenologi. I senere tid ble dette av Husserl og Heidegger utvidet til å handle om menneskets livsverden. Ut ifra Kvale og Brinkmann beskrivelser forstår jeg det til å være den interessen jeg har for å forstå informanten. Og jeg beskriver verden slik den oppleves av sykepleierne som blir intervjuet. For å ikke påvirke informanten skal jeg ha en objektiv holdning og være åpen og lyttende til det sykepleierne forteller (Kvale & Brinkmann, 2018). Det vil si at jeg måtte være oppmerksom på min egen forforståelse og sette den mest mulig til side. I følge Thornquist: «Oppmerksomheten rettes mot verden slik den erfares for subjektet» (Thornquist, 2006, s. 14).

Når mennesker skal tenke logisk er det to måter som inngår i tenkningen, den deduktive⁶ og den induktive⁷. Vi bruker begge fremgangsmåtene både bevisst og ubevisst. Med en deduktiv tilnærming foreligger det en teori om det som skal studeres. I min studie er det personsentrert omsorg jeg må finne teori på. Ved induktiv fremgangsmåte ønsker man å observere eller undersøke, som for eksempel ved intervju. Noe jeg har gjort for å få svar på problemstillingene og for å komme fram til en teori om fenomenet. Jeg vil derfor ha en deduktiv tilnærming og deretter sette den i kombinasjon med en induktiv fremgangsmåte for å

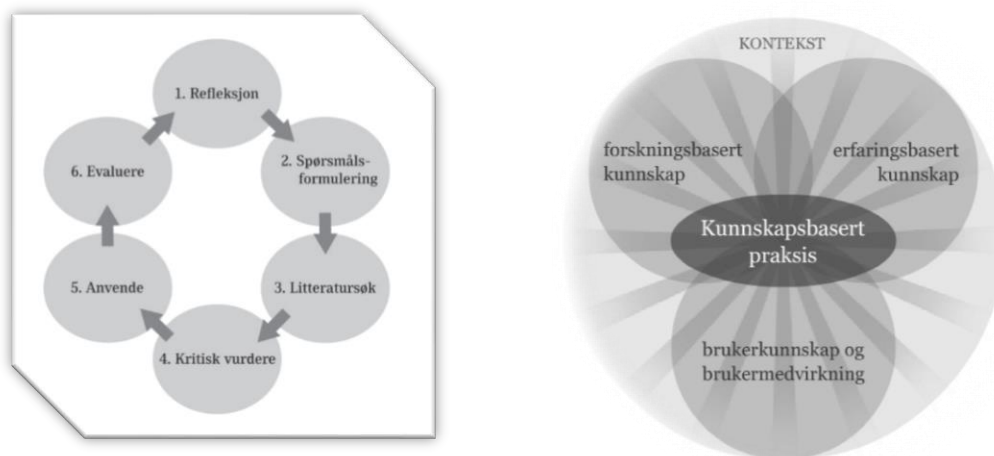
⁶ Det foreligger en teori (Busch, 2016).

⁷ Fenomenet studeres for å komme fram til en teori (Busch, 2016).

finne min løsning av masteroppgaven. Det vil si, først vil jeg finne ut av fagteorier som finnes rundt temaet personsentrert omsorg. Så vil jeg beskrive mine funn og analyser gjort ut fra funn. Til slutt vil jeg diskutere fagteori opp mot funn i intervjuene. Oppgaven vil nok, grunnet de gjennomførte intervjuene, helle mest mot en induktiv besvarelse (Busch, 2016).

5.2 Forskningsdesign

Kunnskapsbasert praksis (KBP) er en systematisk måte å innhente kunnskap fra erfaringskunnskap, forskningsbasert kunnskap og pasientens kunnskap. Det er denne «innhøstingen» av kunnskap som kan være med på å øke og bedre kvaliteten på den helsehjelpen sykepleierne gir. Men det er viktig å være bevisst de kunnskapskildene jeg skal støtte meg til. KBP kan hjelpe meg å reflektere over kildene. Under er en sirkel av 6 trinn som kan følges for å jobbe kunnskapsbasert:



(Helsebiblioteket, 2020).

1. KBP sirkelen starter med å reflektere fra egen praksis, jeg ønsker å finne ut hva som er av betydning for at sykepleiere skal få til å hjelpe en pasient med APSD i sin demenssykdom. Jeg ønsker å finne ut hvilke metoder som kan være til hjelp for å unngå at helsehjelp blir gitt under tvang.

2. Jeg må finne en mer presis spørsmålsformulering før jeg kan begynne mitt søk. PICO er et verktøy som var til god hjelp (Helsebiblioteket, 2020).

PICO = P: personer med demenssykdom. I: Hvordan kan sykepleier få gjennomføre morgenstell. C: personsentrert. O: for å unngå utagering og bruk tvang.

Kjernespørsmålet blir da av kvalitativ⁸ metode. Jeg vil undersøke sykepleiernes erfaring for å finne svar på problemstillingen. Dette er forskningsspørsmålet som gir grunnlag for hvilken metode jeg bruker.

Trinn 3. her skal jeg finne litteratur. Jeg brukte hjelpemidlet pyramidesøk (McMaster Plus) på helsebiblioteket.no.

Jeg fikk treff i kliniske oppslagsverk, kunnskapsbaserte retningslinjer, i emnet systematisk oversikt journaler (to studier passet oppgaven av de ulike treffene). Etter dette gjorde jeg søk i databasene: Britishnursingindex, Svemed+, CINAHL, MEDLINE og Idun. Jeg søkte mange ulike ord med MeSH-ord, synonyme betydninger, dette i forskjellige kombinasjoner, kombinerte med AND og OR og la inn avgrensninger på årstall og fagfelleverdert.

Trunkering hjalp meg til å søke på stammen av et ord.

Ord som var brukt i søkene var: Life story - dementia – relationship - personcentered care – music - psychological expressions - body language -Acting Out - habits - safety - experience of security - cause dementia - nurse`s apperance -nursing. I tillegg søkte jeg etter litteratur via Oria, som jeg også brukte for å få tilgang på full tekst til artikler. Kunnskapspyramiden hjalp meg til å søke systematisk. Pyramiden viser til at man skal begynne å lete etter oppsummert forskning, som for eksempel kvalitetsvurderte studier, faglige retningslinjer før jeg leter i enkeltstudier. Pyramiden går fra 1 til 5, som anbefalt startet jeg så høyt opp som mulig.



(Helsebiblioteket, 2020).

Trinn 4 i KBP er å vurdere kritisk det jeg finner av teori den gyldighet, metodiske kvaliteter, resultater og overførbarhet. Jeg måtte tenke kritisk om forskningslitteraturen hadde en klar formulert problemstilling, og om designet var velegnet for å svare på problemstillingen om artiklene? Det anbefales her, og det er viktig å legge bort artikkelen hvis ikke svaret er ja. Etter dette måtte jeg vurdere om jeg kunne stole på resultatene, hva sier resultatene og kan

⁸ Kvalitativ vil bli omtalt i Kvalitativ forskningsmetode kap. 5.3.

resultatet brukes i min oppgave?

Trinn 5 handler om hvordan den kunnskapen som finnes kan tas i bruk i praksis? Det er med denne oppgaven jeg håper at mine funn kan bidra til kunnskapsspredning i praksisfeltet.

Trinn 6 er å evaluere i praksis. Det vil ikke være mulig å evaluere i min studie nå, men jeg har et kritisk blikk på studiet mitt når jeg kommer fram til mine funn (Helsebiblioteket, 2020).

5.2.1 Kildekritikk

En masteroppgave skal støtte seg på primærlitteratur. Jeg har i all hovedsak brukt dette i oppgaven tross utfordringer rundt stengt bibliotek på grunn av korona viruset⁹.

Kitwood er en sentral teoretiker innenfor personsentrert omsorg og demenssykdom. Grunnet stengt universitet har dette resultert i at jeg ikke kunne låne primærboken til Kitwood på nytt. Det var ikke mulighet for bibliotekaren å finne utgaven elektronisk, men jeg har funnet artikler hvor han omtaler sin teori. Søkene er blitt utført på universitetet, hjemme og på bibliotek. I tillegg fant jeg relevant forskning ved å lese referanselister. Søkeordet *dementia* gav uoverkommelige mengder forskning, i kombinasjon med for eksempel person-centred, eller music, psychological expressions ga dette et resultat som var overkommelig. Når jeg så leste gjennom materialet, så jeg først på overskrifter og sammendrag av forskningen for å skille ut om de var relevante for min studie. Jeg mener jeg har funnet mye og relevant forskning til min oppgave.

I denne oppgaven er ikke de tidligere forskningsartiklene og studier beskrevet i eget avsnitt, men en artikkelmatrise vil ligge som vedlegg nr.1. Utdrag og funn fra disse vil bli presentert i oppgaven der det er naturlig å understøtte teori og de sentrale funnene fra min studie.

Mesteparten av artiklene er trukket inn i diskusjonsdelen sammen med de sentrale temaene.

I begynnelsen av masteroppgavearbeidet var fokuset for meg å søke på: Demens, personsentrert omsorg og livshistorie. Etter hvert som oppgaven tok form og de sentrale temaene ble avdekket ble søkene vinklet mot de sentrale temaene i tilknytning til demenssykdom. Artikkelsøkene er begrenset til forskning publisert etter 2009 av den årsak at det var da loven om helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse trådte i kraft. Denne

⁹ Nye korona viruset (coronaviruset) ble oppdaget i Kina 2019, SARS-CoV-2, svært smittsomt og har tatt livet av mange mennesker (FHI, 2020).

loven stiller krav til det skal forsøkes tillitsskapende¹⁰ tiltak for å unngå tvang (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). En studie fra 2004, som jeg kom over (snøballfunksjonen¹¹) ble likevel tatt med, fordi det beskriver hvordan de klarte å ta ned utagering og uro med en individuell tilnærming og personsentrert omsorg ved dusjing (Sloane, Hoeffler, & Mitchel, 2004). Artikler og studier publiseres jevnlig. Jeg har gjennom hele denne skriveperioden søkt etter nye og relevante artikler og studier. Jeg har konsentrert mine søk på utvalgte databaser og i manuelle søk. Med dette i betraktning kan jeg ikke hevde jeg har klart å finne alt som ligger publisert og som er til nytte for min oppgave og studie. Jeg må også ta med i min refleksjon, at det alltid er en risiko for at jeg kan ha tolket studier feil og misforstått noe da de fleste studiene er skrevet på språk som ikke er mitt hovedspråk.

Artiklene og studiene jeg fant hadde mange likheter, for eksempel hadde mange av studiene tema for ikke medikamentell behandling hos demente med uro og agitert adferd. Selv om ikke alle studiene inneholdt alle de samme momentene ønsker jeg å trekke fram: musikk, berøring, lysterapi, pleiernes måte å være på og pleiernes måte å snakke til pasienten. Dette sammen med å ha en forståelse for å jobbe etter personsentrert omsorg, hadde en positiv innvirkning i demensomsorgen. Det var få studier som kunne bekrefte en forebyggende effekt på grunn av iverksatte tiltak. Det jeg kunne finne var en studie som hadde hatt en kombinert metode med blant annet å se på en komplisert sykehistorie, intervju av pårørende og systematisk litteraturgjennomgang. I denne gjennomgangen hadde de funnet en studie som kunne antyde at pleiere som prioriterte og satte søkelys på personsentrert omsorg ville ha en preventiv virkning for å unngå utagering. Noen studier hadde fokuset på betydningen av å kjenne til pasientens levde liv, og den effekten dette hadde i samhandlingen med pasienten.

5.3 Kvalitativ forskningsmetode

Når en skal studere eller finne ut av et tema/fenomen er det svært viktig å velge riktig forskningsmetode. Metode av opprinnelig gresk og betyr, veien til målet (Kvale & Brinkmann, 2018). Kvantitativ og kvalitativ forskning er eksempel på to teoretiske hovedretninger. Som forklart tidligere skiller disse to forskningsmetodene seg ut ved at kvalitativ forskning er et håndverk, en dypdykkende og helhetlig metode som handler om å

¹⁰ For eksempel: Kjenne til pasienten, hjelpe han til å føle seg trygg og at han opplever tillit til pleier. Rolige tilnærming, pleier snakke med enkle setninger. Være i kjente omgivelser, hjelpe pasienten til å forstå situasjonen og de aktiviteter som er planlagt (Helsedirektoratet, 2018).

¹¹ Leste en artikkel, fant via referanselisten der en eller flere artikler som var aktuelle.

forstå menneskers livsverden, erfaringer, opplevelser, og væremåte rundt et tema eller situasjon. Dette kan være ulikt for det enkelte studie eller funnene i en studie kan være gjenkjennbart for en gruppe (Kvale & Brinkmann, 2018). Alle mennesker har en egen opplevelse og oppfattelse av, for eksempel et fenomen, vi fortolker situasjoner og har kanskje ulik forforståelse. (Thornquist, 2006).

Ved et intervju vil jeg ikke kunne få tak i den absolutte sannhet. Jeg vil kunne få innsyn fra hver enkelt aktørs opplevelser, forståelse, tolkninger og erfaring.

En kvalitativ forskningsmetode¹² ønsker å finne ut av for eksempel:

Hva betyr noe for mennesker? Det kan fortolkes ut fra en samtale, en skrevet tekst eller observasjon. Materialet blir analysert med et ønske om å finne ut av dybde og innsikt (Thornquist, 2006). I min oppgave vil det si at jeg i samtalen med informantene får det konkrete fra hver og en av deres opplevelser og erfaringer fra demensomsorgen. Jeg må være åpen for det mangfoldet av ulikheter og likheter som kan komme fram. Likeså må jeg ikke skjule uklarheter og vaghet som kan komme fram hos informantene. Det blir viktig få fram alle de variasjoner et kvalitativt intervju kan innholdet. Kvalitativ forskningsmetode hjelper forskeren til å systematisere menneskelig handling og det mennesket uttrykker både skriftlig og talende. På den måten kan kvalitativ metode hjelpe forskeren til å komme fram til vitenskapelig kunnskap etter nøye refleksjon og fortolkning. Dette er forskjellig fra kvantitativ metode¹³ der en søker bredde og oversikt, og en forsker må forholde seg til systematisering av ulike statistikker og metoder med spørsmål som for eksempel: hvor mange? Ofte settes kvantitativ og kvalitativ forskning opp mot hverandre, med tall versus ord. Det er viktig å presisere at det er det empiriske materialet og dataene som blir samlet inn, som er av kvalitativ eller kvantitativ type (Thornquist, 2006).

Når jeg nå bruker en kvalitativ fremgangsmåte ønsker jeg å forstå hva sykepleierne gjør for å hindre utagering og bruk av tvang når de skal hjelpe pasienter med demenssykdom og APSD med morgenstell. Dette omhandler deres erfaringer og deres kunnskap i jobben på sykehjem. Sykepleiere i eldreomsorgen på sykehjem kan møte på store utfordringer nevnte morgenstell. Jeg ønsker å få tak i og få en forståelse for de personlige særegenskaper og

¹² I kvalitativ metode finnes det ut av dybde og innsikt, en helhetlig forståelse for meninger og opplevelser hos mennesker (Thornquist, 2006).

¹³ I kvantitativ metode framskaffes kunnskap om mengde, bredde, frekvenser og statistiske fremstillinger i forhold til mange enheter (Thornquist, 2006).

likheter som finnes blant sykepleierne. For å få svar på min problemstilling er det viktig at jeg når de aktørene som er nært dette feltet, det er de som kan gi meg grunnlag for en relevant diskusjon. Ontologisk¹⁴ vil det si jeg må strebe etter å finne det som er i sykepleiers arbeidsverden, hva som eksisterer i praksis. Min oppgave er å forstå hvorfor sykepleierne handler slik de gjør, og hva som er sant for sykepleier i sykepleierens virkelighetsoppfatning. (Thornquist, 2006). Fra tidligere empiri er personsentrert omsorg et tema som er tilknyttet demensomsorg i sykehjem. Jeg ønsker å finne ut hvordan sykepleier i praksis kan hjelpe pasienter med demenssykdom med et morgenstell slik at utagering og tvang unngås. Jeg er nysgjerrig på hva som er av betydning når pleier skal utføre og lykkes der pasienten kan ha APSD som uttrykk i sin sykdom. I tillegg ønsker jeg å finne ut om personsentrert omsorg er kjent, og hvilken tilnærming til personsentrert omsorg sykepleierne som jobber i sykehjem har (Kvale & Brinkmann, 2018).

5.4 Ethiske overveielser

Det vises til syv ulike etiske problemstillinger i løpet av forskningsforløpet. I begynnelsen da jeg startet med oppgaven, skrev jeg en prosjektplan som veileder godkjente. I denne prosjektplanen måtte jeg blant annet tenke igjennom etiske overveielser gjennom hele forløpet. En intervjuundersøkelse krever mange etiske overveielser, det første jeg måtte tenke på var at jeg skulle få innsyn i historier som omhandlet andre mennesker og at et slikt intervju derfor også blir en moralsk undersøkelse. Jeg må være bevisst på at det menneskelige samspillet kan ha betydning for intervjuet. Kvale og Brinkmann skriver at det er en forskers etiske dilemma å stå i slike utfordringer. Forskeren ønsker et inngående intervju samtidig som forskeren skal være svært opptatt at dette skal foregå respektfullt. Etik er oversatt fra gresk (ethos) og videre fra latinsk (mores) som igjen oversettes til moral, som for oss betyr karakter, skikk eller vane. Ved kvalitativ forskning ønsker man å komme dypt og inntrengende på mennesket. Når man intervjuer mennesker er det viktig å være bevisst at det kan være fare for at personen krenkes, en forsker må derfor være respektfull over for sine informanter. I et forskningsintervju vil det være etiske problemstillinger igjennom alle de syv stegene jeg må ta hensyn til (Kvale & Brinkmann, 2018):

¹⁴ Spørsmål som omhandler ontologi, handler om hva som finnes i verden. Læren om det værende (Thornquist, 2006).

1. Ved tematisering er det viktig å se på valg av kunnskapen som søkes og hensyn må tas i forhold til den menneskelige situasjon som skal utforskes.
2. Ved planlegging i intervjusituasjonen handler det om å innhente samtykke og vurdere mulige konsekvenser studiet kan ha for den som blir intervjuet.
3. Intervjusituasjon handler om jeg må vurdere sykepleiers stress i situasjonen, og om det kan innvirke på selvbildet
4. Transkriberingen handler om lojalitet til det som blir fortalt.
5. I analyseringen må jeg vurdere spørsmål som hvor dypt og kritisk intervjuene kan analyseres, og hvorvidt intervjupersonene bør være med på å bestemme hvordan uttalelsene deres skal tolkes.
6. Verifisering handler om jeg må tenke igjennom hvor kritisk spørsmålene jeg stiller kan være, da det er mitt ansvar at den kunnskapen jeg formidler er så sikker og verifisert som mulig.
7. Rapporteringen er det jeg produserer som kan bli mulig for andre å lese, og jeg må tenke igjennom hva dette vil si for informantene som har vært med i studiet (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 97).

5.5 Godkjenning av studiet

Siden jeg ikke skulle samle inn noen sensitive personopplysninger i min studie var det ingen behov for å søke til «Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)». Jeg hadde valgt intervju som metode og var tidlig kontakt med «Norsk senter for forskningsdata (NSD)» om tillatelse for å gjennomføre intervjuene til dette studiet. Jeg utarbeidet beskrivelse og intervjuguide samt informasjonsskriv med samtykkeerklæring, med dette som vedlegg ble søknaden godkjent av NSD¹⁵. Kriteriene for informanten som skulle være med var: Sykepleier, det forelå ingen kriterier for videreutdanning, men minimum 5 års erfaring fra å jobbe i demensomsorgen. Sykepleierne skulle være norsktalende og kunne uttrykke seg godt på norsk. Jeg ekskluderte alle sykehjem jeg selv hadde kjennskap til. For å få tak i informantene, ble ledere i kommunene kontaktet først på e-post. De som ikke svarte inne en viss tidsfrist valgte jeg å ringe opp. Lederne syntes personsentrert omsorg i sykehjem var et tema som var nyttig og noen spurte om å kunne få høste kunnskap av studiet når det var ferdig. Lederne i de aktuelle kommunene gav meg kjapt tilbakemelding om hvem som hadde

¹⁵ Viser til vedlegg nr.2 søknad og godkjenning fra NSD.

takket ja, og jeg kontaktet hver enkelt og avtalte tid og stede for intervjuet. Informanten fikk tilsendt informasjon om studiet og samtykkeerklæring¹⁶. I telefonsamtalen ble alle informert om muligheten til å trekke seg. En valgte å trekke seg, men dette var før intervjuet fant sted. Jeg kontaktet leder og en ny informant ble spurt og takket ja til å bli med.

5.6 Intervju som metode

Det finnes mange ulike intervjuformer, og disse er hensiktsmessig hver på sin måte. Av ulike intervjuformer kan jeg nevne for eksempel fokusgruppeintervjuer, faktuelle intervjuer, begrepsintervjuer og narrative¹⁷ intervjuer. Sistnevnte ble mitt valg denne gangen. Jeg ønsket at sykepleierne skulle kunne fortelle sin historie rundt temaet personsentrert omsorg. Ved å bruke en narrativ intervjuform som fremgangsmåte, håpte jeg at jeg fikk historier og innsyn i den enkeltes forståelse for personsentrert omsorg (Kvale & Brinkmann, 2018). Jeg så at temaet var svært omfattende og valgte å lage noen hjelpespørsmål¹⁸, for å kunne konsentrere intervjuet til erfaringen rundt morgenstell. På denne måten kunne informanten også konsentrere seg om sine opplevelser rundt bare dette.

Jeg tror at en nærmere undersøkelse av morgenstell er svært relevant for å få tak i hva sykepleierne mener og tenker om personsentrert. I et morgenstell vet vi at sykepleier ofte kan komme svært nært pasientene. Dette er også en sentral aktivitet som er med på å styre døgnrytmen til pasienten, som igjen kan være med å legge grunnlag for resten av dagen.

Det var lederne i de ulike kommunene som valgte ut informanter, jeg hadde ingen påvirkning på utvalget. Hva som lå til grunn for at disse ble valgt vet jeg ikke. Jeg er svært takknemlig for det bidraget som hver enkelt av sykepleierne har gitt. Deres fortellinger har resultert i mange historier om deres erfaring og opplevelse av det å jobbe i demensomsorgen. Dette har igjen bidratt til at jeg kunne finne sentrale temaer for oppgaven. Informantene er ni sykepleiere fra tre ulike sykehjem og fra to ulike kommuner i Nordland fylke. Jeg reiste rundt og intervjuet ved ett sykehjem av gangen. Det var svært viktig for meg at hver og en av sykepleierne fikk lov å åpne seg og fortelle sine historier og om sin erfaring. Det var satt av en klokke time til hvert intervju. Alle hadde på forhånd fått tilsendt informasjon og

¹⁶ samtykke erklæring se vedlegg nr.3.

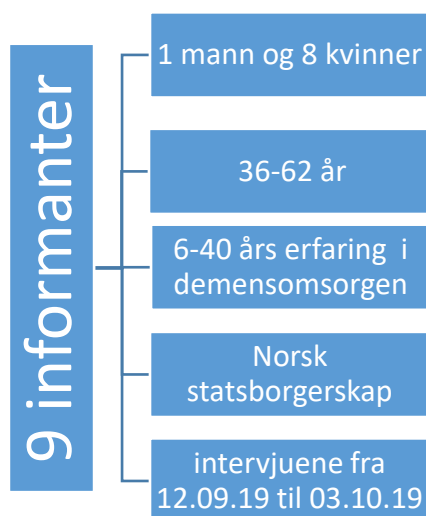
¹⁷ Sette søkelys på de historiene informanten forteller, historien kan komme spontant eller blir framkallet av intervjueren (Kvale og Brinkmann, 2018 s.182).

¹⁸ Intervjuguide se vedlegg nr.4.

samtykkeerklæring som var utarbeidet og godkjent hos NSD. Jeg hadde på forhånd av hvert intervju tenkt igjennom hensiktsmessige steder for gjennomføringen av intervjuet. Dette for at de skulle føle seg trygge, ha tid og ikke skulle bli avbrutt og forstyrret. Ved et sykehjem hadde jeg intervjuene på aktuelle avdelinger, da informantene mente dette var best. Vi fikk låne et eget rom der vi var skjermet for forstyrrelser. For de andre informantene ble intervjuene gjennomført på privat kontor. Intervjuguiden hadde fire åpne spørsmål. Jeg ønsket at spørsmålene jeg stilte skulle hjelpe meg til å finne meninger, holdninger og erfaringer hos den enkelte sykepleier. På forhånd hadde jeg noen prøveintervju for tre av mine kollegaer. Dette for å kvalitetssikre og avdekke om det var mulighet for å misforstå noe. Jeg så at dette var en nyttig øvelse da den resulterte i at spørsmålene ble litt forandret, men ikke i så stor grad at det var behov for å søke NSD på nytt. I og med jeg har ni personer betyr dette også at jeg kan få et mer nært intervju av hver enkelt, noe som ville vært nærmest umulig om antallet informanter hadde vært betydeligere større (Thornquist, 2006).

5.6.1. Utvalget, gjennomføring av intervju og transkribering

Som tidligere nevnt, og på grunn av egen kjennskap til disse arbeidsplassene, valgte jeg bort noen sykehjem. I tillegg ønsket jeg også en større bredde i datamaterialet. Dette ble oppnådd ved å besøke flere kommuner. De ni intervjuene ble gjennomført fra 12.09.2019 til 03.10.2019. Alle informantene hadde jobbet i 5 år eller mer innenfor demensomsorgen i sykehjem, som kriteriet var. Den med lengste erfaring hadde 40 år, og den med korteste erfaring hadde seks år. Det var en mann med, alderen til alle var imellom 36 - 62 år, og alle var av norske statsborgere.



Jeg transkriberte intervjuene fortløpende fra hvert sykehjem. Dette for å kunne jobbe med materialet mens det enda var ferskt og jeg at jeg enda husket kroppsspråk og informantens væremåte. Jeg opplevde det var forstyrrende for både meg og informanten da jeg noterte stikkord underveis, så jeg valgte å stole på lydopptaket. Diktafonen jeg brukte var min private, og jeg var godt kjent med den fra tidligere bruk. Det eneste som ble notert var kjønn og alder i forkant av opptaket. Før intervjuet fortalte jeg litt om meg selv, og litt om hensikten med intervjuet. I forkant av opptaket skrev de under på samtykkeerklæringen.

Jeg startet alle intervju med et oppvarmingsspørsmål som handlet om hvor lenge de hadde jobbet i demensomsorgen. Dette for å skape en rolig stemning og en tryggere start. Jeg tenker at det kan være skummelt å møte en fremmed som du har en forestilling om, og som skal stille mange ulike spørsmål som du ikke helt vet hva er. Etter hvert intervju hadde jeg satt av litt tid til å snakke litt om hvordan de hadde opplevd intervjuet, og en kort debriefing hvis det var behov. I en slik erfaringsdeling er mye som kan berøres, følelser om tidligere opplevelser kan bli sterke å snakke om igjen, og det kan være behov for å snakke etter et intervju. Jeg merket at de fleste hadde noen tanker, som vi snakket rundt, da intervjuet var ferdig (Kvale & Brinkmann, 2018). Siste transkribering var ferdig uke 41. Som jeg fortalte var diktafonen min egen. Den ble slått av og låst inn mellom hver gang den ikke var i bruk.

Jeg hadde tenkt at intervjuene ville komme til å vare rundt 45-55 min, men det var varierende hvor mye informanten hadde å fortelle. Det korteste intervjuet varte i 20 minutter, og det lengste ble på 38 minutter. Jeg brukte hjelpespørsmål som holdt oss til temaet og alle fikk spørsmålene stilt i samme rekkefølge. Hos noen var det behov for å stille spørsmålet på nytt, da de ble usikre om de fikk med innholdet, noen ville også lese spørsmålet selv. Jeg var aktiv lyttende, nikket og sa «mmm», jeg hadde blikkontakt, noe som er naturlig og bekreftende underveis i samtalen. Jeg merket etter hvert i intervjuet av det var behov for å stille oppfølgingsspørsmål hos noen, dette for å holde samtalen i gang. Hos andre måtte jeg kontrollere at jeg hadde forstått det slik de mente. Jeg var veldig forsiktig slik at jeg ikke gjorde informanten usikker, eller på noen måte antydte at informanten svarte «galt». Spørsmålet jeg sendte tilbake kunne for eksempel være: «Har jeg forstått deg rett at du mener.?»», «Kan du utdype dette noe mer?»», «Har du tenk på hva det kan være årsak til.?»»

I ettertid ser jeg det kunne vært bedre for noen av sykepleierne om de hadde fått utdelt og kunne lese selv ett og ett spørsmål, samtidig som jeg styrte intervjuet etter intervjuguiden. Spørsmålene var lagd for å hjelpe sykepleien til å tenke på den helsehjelpen og omsorgen de

gjør når de skal tilnærme seg pasienter ved morgenstell. Sykepleierne hadde mye å berette og var engasjerte i sine fortellinger, det var godt å ha intervjuguiden både for meg og informantene, slik at vi kunne holde fokus. Som forklart tidligere omfavner personsentrert omsorg et stort tema og det var viktig for meg å få fram historier som bare omhandlet morgenstellet og hvordan dette foregikk. Hovedfokuset i oppgaven var å finne ut hvorfor noen pleiere lykkes mens andre strever mer med å få gjennomført morgenstellet hos denne pasientgruppen.

Som vi vet, blir mange av kommunene presset på økonomi. Dette går igjen utover institusjoner og sykehjem. Ut fra det sykepleierne fortalte, var de kjent med at det var ulike «forhold» på avdelingene og sykehjemmene. De mente at pasientene ble tildelt plass i kommunen etter hvor langt demenssykdommen var kommet i utviklingen, og hvilke uttrykk som kom fram hos pasienten.

Informantene var ulike. Noen likte å lese spørsmålene selv etter de ble presentert, og noen ønsket å få de gjentatt etter at de hadde fortalt en stund. Det var spennende å høre deres historier, og det kom mange gode tilbakemeldinger etter intervjurunden var ferdig. Mange ønsket meg lykke til og gledet seg til å høre når masteren var ferdig. Som en overraskelse fikk jeg noe dager senere på e-post, der informanten takket for muligheten å få være med, høre at intervjuet hadde bidratt til mange gode refleksjoner om gode og utfordrende stunder i «demensverdenen». Ingen av informantene ønsket å høre opptaket, eller få tilsendt tekst av intervjuet.

5.6.2 Refleksjon rundt utvalget

Det er mange variabler som innvirker på resultatet i en studie. Dette er viktig å ha med når man ser på resultatet. Vil en sykepleier som jobber med mye utagering ha lik forståelse for pasientutfordringene, som de sykepleierne som jobber på roligere avdelinger? Det kunne vært interessant å se hvilke resultater som hadde kommet fram om jeg hadde intervjuet andre helsearbeidere. Hva hadde for eksempel leger fortalt? Da tenker jeg på at det er legen som har det medisinske ansvaret. Hva tenker for eksempel leger om tillitsskapende tiltak versus medisinerer for å få gjennomføre stell? Hva om jeg hadde valgt å også ha med helsefagarbeidere? Ville de hatt lik forståelse som sykepleiere? Alle sykehjemmene hadde små avdelinger, bemanningen var tilnærmet lik. Hvilken innvirkning ville nedbemanning i et

sykehjem innvirke på det sykepleieren hadde fortalt? Har større ressurser i form av flere pleiere i eldreomsorgen noe å si for hvordan sykepleierne jobber rundt personer med demenssykdom? I nyere tid er velferdsteknologi kommet mer og mer på banen, vil dette ha en innvirkning på pleiers tilnærming? Det var ingen av informantene som trakk frem hotelldører eller tekniske sensorer og hjelpemidler som kan bidra til å hjelpe pasienten å få ro om natten. Flere av informantene snakket om betydningen av at det å få sove ei god natt var viktig for å få innpass til å gi morgenstell. Jeg refererer til studier der sykehjem har hatt prosjekter og høyt fokus på personsentrert omsorg til personer med demenssykdom. Ville sykepleierne fra disse sykehjemmene pekt på de samme funn som denne studien avdekker?

5.6.3 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet¹⁹ handler om hvor stor pålitelighet det er i mine funn. Vil andre finne de samme elementer som jeg gjør i min analyse? Med validitet²⁰ handler det om gyldighet. Det vil si om det informantene forteller vil kunne gi svar for min problemstilling (Busch, 2016). En kvalitativ undersøkelse gir muligheter til å undersøke aktuelle felter, slik at jeg kan bli bevisst om de funn jeg gjør ikke kan være gyldig og gjelde for alle. Men kanskje vil det være gjenkjennbart ved alle sykehjem i Norden.

Jeg valgte først å skrive ned alt som ble fortalt i bokmål, dette valget kan ha bidratt til jeg går glipp av informantens meningutsagn fra egen dialekt. Min måte å sette komma og vise pauser i setningen kan også ha betydning for setningens mening. Jeg hørte tre ganger igjennom hvert intervju likevel kan jeg ikke være helt sikker på at alt er kommet med. Det var ingen støy eller forstyrrelser under intervjuene som kunne gjort gjennomlyttingen vanskelig. Jeg kan ikke utelukke at jeg ubevisst har lett etter det jeg ønsket å finne svar på. Altså det som vil gi innhold til problemstillingen min.

5.7 Analyse og finne meninger og sentrale temaer

Jeg har valgt å bruke Kvale og Brinkmann sine teorier som støtte når jeg analyserer tekstmaterialet fra intervjuene. Å analysere på denne måten er nytt for meg, men jeg opplever deres fremstilling som forståelig og det er et riktig verktøy for meg i denne prosessen. I forkant av intervjuene hadde jeg mange tanker rundt hva som kunne være av betydning. Jeg forsøkte å ha en nøytral holdning under analysedelen, og ble litt overrasket underveis som

¹⁹ Pålitelighet (Busch, 2016).

²⁰ Gyldighet (Busch, 2016).

nøkkelordene dukket opp. Analyse betyr å dele opp i elementer eller biter, slik at jeg får frem det som allerede ligger i teksten (Kvale & Brinkmann, 2018).

I min leting etter hva sykepleier gjør for å unngå utagering når de hjelper pasienter med et morgenstell, hadde jeg altså ni intervju. Som nevnt transkriberte jeg tre og tre intervju fortløpende. Før transkriberingen bestemte jeg meg for at jeg skulle forsøke å gjenskrive alle lyder som for eksempel mm, eh og pauser som oppsto i setningen. Jeg vurderte først å skrive på deres egen dialekt, men det var mange ulike dialekter, så jeg valgte dermed å overføre alt til bokmål. Transkriberingen foregikk i tre etapper og er lik for alle ni intervjuene. Jeg hørte og skrev, la det bort, hørte igjennom på nytt og la til det som jeg ikke hadde fått med sist. La det bort en stund. Hørte så en siste gang, samtidig som jeg fulgte med på teksten om noe kunne være falt ut. Kontrollerte at alle pauser og lyder var med. Ingen av de transkriberte intervjuene hadde navn eller initialer som kunne gi noen gjenkjennelse. Jeg valgte å gi alle en bokstav og et tall en koding som bare jeg visste hva betydde. Så skrev jeg alt ut, lot det hvile noen dager før jeg så leste igjennom igjen, samt lagde notater i marginen. Jeg merket fort når jeg leste at det kom nøkkelord til meg. Det var naturlig å da finne nøkkelord som beskrev avsnittet. For eksempel på nøkkelord kunne være:

<ul style="list-style-type: none">• Rolig i sin adferd• ikke travel• avlede• avspore• kjenne til fra tidligere liv• kjenne pasienten nå og som gamle• kroppsspråk• bruke fotografier• planlegge• jobbe etter samme hjelpemetoder	<ul style="list-style-type: none">• realitetsorientering• autonomi• kaffe og frokost på morgen• bruke musikk• pårørende samarbeid• gå ut av situasjonen• være tålmodig• vikarer• kjente pleiere• pleiers framtrede• bytte pleier• livshistorie
---	---

Det var i alt 42 nøkkelord, når disse var skissert opp, gikk jeg så gjennom nøkkelordene på nytt for å se hvilke nøkkelord som hadde samme betydning²¹. Jeg satte sammen de med lik betydning, og endte opp med 31 temaer. Jeg telte så opp hvor mange av sykepleierne som

²¹ Rolig i sin adferd/ ikke travel/være tålmodig. Gå ut av situasjonen/bytte pleier. Avlede/avspore.

snakket om det samme temaet. Når dette var gjennomført ble temaet med flest «stemmer» rangert. Det var litt utfordrende å kategorisere fra nøkkelord til tema, da mange av temaene går inn i hverandre. Å kjenne til det «levde liv» tas ikke med som et tema. Dette er del av den karleggingen alle sykehjem gjør hvis de er et livsgledehjem, det er et felles verktøy. I tillegg var spørsmålene i intervjuguiden formulert slik at kjennskap til det «levde liv» og spørsmål om å kjenne til pasientens her-og-nå-situasjon ville alle informantene ha en mening om.

Funnene vil bli presentert kronologisk rekkefølge etter de sentrale temaene sykepleierne fortalte mest om. Temaet avledning tronet over de andre temaene som var trygghetsopplevelsen, pleiers fremtreden, vaner og kroppsspråk. Det kan være nærliggende å tenke at temaet pleiers fremtreden kan settes sammen med tema kroppsspråk, men i denne sammenheng mener jeg det kommer ut som to selvstendige temaer. Sykepleierne snakker om det nonverbale kroppsspråket. Pleiers fremtreden innbefatter så mye mer, en sykepleier sa: jeg kaller det «folkeskikk», en annen snakket om «oppførsel». Jeg fikk en forståelse for at det handlet om alt fra etikk, til måten sykepleier ser, tenker og forholder seg rundt personer med demens. Betydningen av hvilken måte og hvilket toneleie pleierne må snakke i til personer med demens med, har også stor betydning, mener informantene.

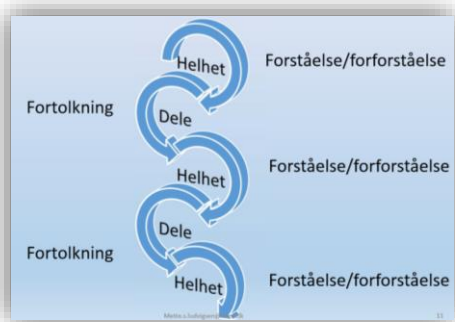
Kvale og Brinkmanns fremgangsmåte om meningstolkning har vært en kilde som jeg har støttet meg til i utformingen av meningsfortetning. Kodingen bryter ned teksten i mindre enheter og meningsfortetning vil si å forkorte den fulle teksten av det informanten fortalte til kortere formuleringer. Jeg valgte å ha fire kolonner i mitt skjema: først full tekst helt til venstre. Jeg vasket setningen og tok bort fyllord som ikke trengte være der. Jeg forkortet setninger, uten at meningen falt bort, ut fra her fant jeg sentralt tema. Deretter gikk jeg så tilbake til den opprinnelige teksten for å se om den vesentlige meningen var ivaretatt, eller om noe var falt bort. I siste kolonne skrev jeg inn min tolking av det informanten fortalte²².

²² Se vedlegg nr.5 for en mere utfyllende tabell av meningsfortetting.

Under følger eksempel på analyse og meningsfortetting:

Full tekst	Naturlig enhet	Sentralt tema	Utsagn
og det tror jeg, det herre med å., å ha, det er jo slike kjente begrep som å ha blikk kontakt når du prater, og bruke få ord. Og gjerne ikke sier så mye, kanskje ikke si noe eller veldig lite. Så blikk kontakt og få ord, og signalisere med kroppsholdninger noe form for trygghet, det sammen med tonefall det er kjempeviktig	Det er jo slike kjente begrep som det å ha blikk kontakt når du prater, og bruke få ord, ikke sier så mye, kanskje ikke si noe. Så blikk kontakt og få ord, og signalisere med kroppsholdninger en form for trygghet, dette sammen med tonefall er kjempeviktig	Og se på pasienten, snakke rolig (Pleiers framtrede) Pleier signalisere med kroppsspråket trygghet (Trygghetsopplevelse)	Det å ha blikkkontakt, bruke få ord, laft toneleie og signalisere en form for trygghet med kroppsspråket

Som eksemplet over viser, går temaene inn i hverandre. I denne analyseprosessen bruker jeg den hermeneutisk tilnærming. Ved hjelp av den hermeneutiske spiral går jeg hele tiden frem og tilbake fra helheten og deler. Jeg opplevde å «bli kjent» med teksten og dens innhold på nytt flere ganger. For så å dra med meg utsagn for videre presentasjon som funn og sentralt tema i oppgaven.



(Hermeneutiske spiral fra forelesing 2019).

6.0 Presentasjon av intervjuene

I denne oppgaven ønsker jeg å belyse hvilke metoder og teorier som er viktig å ha med seg i tankene når man skal arbeidet med personer som har demenssykdom. I dette kapitlet vil jeg presentere innholdet i intervjuene nærmere. Demensomsorgen er et svært varierende og spennende fagfelt å jobbe i. Personsentret omsorg har de siste årene blitt mer og mer aktuell å trekke inn i demensarbeidet. Det kommer fram i noen av intervjuene at sykepleierne ikke er bevisst måten de tilnærmer seg personer med demens, men gjør arbeidet på den måte grunnet i erfaring og resultatet har derfor vært positive. For eksempel sa en av informantene: «Så det er ett eller annet fra tidligere liv, før de ble syke, vi finner fram og bruker. Det er det faktisk, jeg har aldri tenkt på det før nå. Men slik er det!»

6.1. Kartlegge livshistorien

Alle sykehjemmene jeg besøkte var sertifiserte livsgledehem og som resultat betyr det at alle hadde lik kunnskap om viktigheten av å innhente informasjon om pasienten for å kjenne til det levde liv, vaner og ønsker.

Alle sykepleierne jeg snakket med kjente til kartleggingsskjemaet, hva det inneholdt av opplysninger og tanken bak bruken av opplysningen som ble innhentet.

Alle ni sykepleiere kunne fortelle om gode rutiner for å levere ut «Min Livshistorie». (Solheim/GERIA, 2012). Sykepleierne hadde erfaring med at det noen ganger kunne være utfordrende å få tilbake dette skjemaet fra pårørende. Som oftest er det nærmeste pårørende som fikk oppgaven å fylle ut skjemaet. Jeg spurte ikke spesifikt om hvem av de pårørende som fylte ut skjemaene, så det blir antagelser fra min side hvem de ulike var.

Hos alle var pårørende nøkkelpersoner for å få fylt ut disse skjemaene. Som en av informantene sa: «Vi er avhengige av å ha pårørende som stiller opp og kan fortelle. For det er veldig få av de som kan redegjøre noe for seg selv». I noen tilfeller kunne det være utfordrende å få skjemaet tilbake. Årsakene var forskjellige. En pårørende opplevde at det var vanskelig å fylle ut skjemaet. En informant hadde fått til svar: «Dette er det verste oppgaven jeg har hatt i hele mitt liv. Jeg ser det at jeg ikke har kjent ho mamma, ho mamma har vært ho mamma, men hvilket liv hun hadde da hun var ung..?». Hun opplevde å ikke ha kjent sin mor som annet enn gammel og hennes mor. Noen forstår ikke meningen med hvorfor pleierne skal vite når de giftet seg, hvor mange barn og barnebarn de har, og om de har barn utenfor ekteskap. Sykepleierne opplevde at det som oftest ordnet seg, men noen ganger tok de et

ekstra møte og forklarte veldig godt hva dette skjemaet ville være av hjelp for pleierne, eller så tok de en samtale rundt skjemaet og fylte det ut selv.

Informantene hadde oppfatning av at det viktig å kjenne til pasienten både før og etter sykdommen. Det var viktig å kjenne til hva behovene er nå, for eksempel hvilke ressurser har pasienten, og hvilken hjelp trenger de i dag? En informant fortalte at, på grunn av at hun har kjennskap til at det klør på ryggen til en pasient, kan hun hjelpe med å klø litt på ryggen, tilby ny skjorte og på den måte komme i posisjon til å få vaske, tørke og smøre med fuktighetskrem.

En annen sa: «Man må møte de der de er i dag, men man skal alltid ha i bakhodet det fra tidligere liv da». «Man lærer å kjenne de som gamle» sa en annen.

En informant mente: «Den livshistorien blir jo basert på det unger, ektefeller har sett opp igjennom livet. Unger har jo en egen måte å se foreldrene sine på, i forhold til det en ektefelle har».

Kjennskap til bakgrunns historien kan brukes til både å trygge og avlede i stell. Slik som en sa: «Hvis ting begynner å gå litt galt, så vi må avlede. Da er det veldig bra å ha tidligere liv å snakke om, i stedet for det man holder på med, bare å snakke bort, rett å slett avledning og da bruker vi tidligere levd liv».

Det var flere som hadde opplevd at det var viktig å vite om det var noen traumer tidligere i livet, som hadde betydning for hvordan et stell kunne gjennomføres, eller måtte legges til rette for. «Vi tar det som en selvfølge at alle vil ha døra igjen på badet, noen har blitt innestengt tidligere i livet og klarer ikke å ha døra stengt, og slenger den opp hele tiden».

Andre har historie rundt menn og at det blir galt å bli stelt av en mann: «Hun hadde blitt voldtatt av menn i familien gjentatte ganger opp igjennom livet sitt». Flere kunne fortelle om vannskrekk og neste druknings ulykke: «Det er veldig greit å vite hvordan vi skal gå fram, å begynne forsiktig med en klut uten at vannet står og renner».

Alle hadde elektronisk journal, der opplysningene og kartleggingen ble fylt inn i. Mange opplevde at historier og nyttige opplysninger kom i tillegg til det som sto i disse skjemaene. Når pasienten hadde besøk på sykehjemmet kunne det komme fram mange nyttige tips og historier, som ikke før var skrevet ned i skjemaet.

6.2 Avledning

Alle informantene forteller om det å avlede og ulike måter å gjøre dette på. En forklarte å bruke en kopp kaffe og en avis: «...om det ikke er dagens kan det selv om være en avledningsmetode for å avlede fra uroa, å flytte den tanken».

Hvis pasienten motsetter seg stell sier en informant: «Så kanskje hvis du begynner å prate om noe som pasienten synes er hyggelig, noe de har gjort før i tiden, at du kan prate rundt det». «For eksempel hvis han ikke vil pusse tennene så pratet vi om oppveksten på gården, og hvor glad han var i hester, og så gav jeg han bare tannbørsten underveis så ble tennene pusset» Videre forteller informanten: «Vi bruker mye avledning under stell, og det er stort sett alltid om det tidligere levde liv. For eksempel barn, familie, foreldre, oppvekst, dyr noen har vært interessert i amerikanske biler andre sang som vi kan bruke».

Informantene fortalte at noen ganger må man være to personale i et stell, en fortalte: «...vi må holde vedkommende i hendene, men det har vi vedtak på. Da er det viktig den ene bare står og holder i hendene, har blikkontakt og snakker rolig og avleder fra det den andre pleieren holder på med i stellet. Men det er utrolig viktig å hele tiden å ha konsentrasjonen på».

Musikk kan brukes i mange sammenhenger, en forteller: «Jeg spiller mye Spotify, spiller de gamle sanger, det er jo det de liker. Bruker det som en avledning, for å få de gamle til å tenke på noe annet. Noen ganger kan de begynne å synge med».

En sykepleier forteller at en annen måte å avlede på, er å få pasienten til å huske hvem hun er. Petra liker å pynte seg med rød neglelakk når hun skal i bursdag eller fest. Dette er en fin ting for pleierne å bruke som avledning når hun ikke er mottakelig for stell: «Jeg ser du har pyntet neglene, skal du noen steder, er det en fest du har pyntet deg for? Og Petra tenker ja. Ja røde negler da skal jeg gjøre noe hyggelig, og fokuset blir noe annet».

6.3 Trygghetsopplevelsen

Syv av informantene trakk fram trygghet som en viktig faktor for å kunne få gjennomføre et morgenstell: «Jeg synes egentlig det er sjeldent, men det skjer jeg mislykkes i å få gjennomføre et stell. Blikkontakt og få ord når du prater og signalisere med kroppsholdningen en trygghet, sammen med tonefallet er svært viktig».

Å skape eller gi trygghet kommer fram i ulike kontekster gjennom intervjuene. Flere trekker fram at kaffe og mat før stell kan skape ro og trygghet. Favorittmusikk som setter en god

stemning og en god start på dagen: «Da er det bare å gå inn, få opp gardinene, sette på musikk, gamle viser pårørende har plukket ut. Får hun feil musikk blir det ingen god start, men får hun våkne til sin musikk ligger hun der og nynner litt og så er hun i godt humør».

En hadde en fortelling om en tidligere lærer som sjelden ville stelle seg eller dusje. Han var blyg og privat av seg. Han sa ofte han hadde stelt seg selv og ikke trengte hjelp.

«Jeg satte ned sammen med han når han spiser, så begynner vi å prate om læreryrket. Jeg tror det skapte en slik trygghet for han og han opplevde en glede å få prate om seg selv og det han hadde gjort. Jeg spurte han om han hadde fått barbert seg i dag, plutselig var vi på badet, barberte og fikk unnagjort dusjen».

Om det levde liv sier informantene at det er viktig å kjenne til bakgrunnshistorien til de eldre: «...de kan prate om personer eller steder. Hvis pleier da kan følge opp og prate om, og rundt dette, kan du trygge pasientene på denne måten. De føler, at du kjenner til deres historie, gjør at de blir tryggere i situasjonen».

Noen sier at det å ha faste rammer på sykehjemmet fører til trygghet:

«For eksempel i ferietider og spesielt i begynnelsen. Vikarene har ikke forstått ordentlig. Da må vi jobbe hardere for å holde roen for å unngå utagering. Vikarene har ikke sett verdien i å være rigid og trofast for de metoder som foreligger».

6.4 Pleiers framtrede

Pleiers framtrede er noe mange trekker fram som betydningsfull. En sykepleier sa: «Det er viktig å forstå hvor man plasserer seg ut fra hvilken situasjon, hvilket toneleie man har og det kroppsspråket man signaliserer». En annen sa: «Vi bruker god tid, eller vi later som vi har god tid, beholder roen. Man kan klare å hisse opp ganske fort om vi har det travelt».

«Jeg tror hvis man blir veldig slik brøytende, prater høyt og mye, så blir det mye skråll rundt pasienten. Pasienten forstår ikke. Så blir det bare enda mere kaos i hodet. Når det blir mye stimuli rundt blir de kanskje redd, og da er det naturlig de blir sinte» fortalte en sykepleier.

Å bruke god tid, eller ta seg tid kommer igjen hos mange:

«Du må bruke veldig god tid, og du må være rolig. Vi har en del fremmedspråklig, de er dårlig på norsk og er litt sånn voldsom. Slik at når Olga kommer ut fra morgenstellet er hun da sint, hun har nesten ikke språk, men hun kjefter og smeller».

Jeg er bare meg selv sier en annen sykepleier: «Man må prate rolig, vise at du gir dem tillit og hører på det de sier. Ikke kjøre over dem, tror jeg er viktig».

En sykepleier foreller at hun møtte en tidlig morgen en lettkledd og gretten mann og hun visste han ble sint hvis han frøs.

«Så jeg gikk inn til han med en gang, han var kjempeirritert når jeg kom inn. Så jeg spilte overasket og sa til han: I all verden! Jeg skulle jo bare fortelle deg at kona kommer på besøk litt senere». Sykepleieren fortalte det ble da til: «Jeg kunne sette meg på sengekanten. Istedenfor for han ble rasende, så snakket vi om hans kone og jobben han hadde før. Så satt vi der og hadde en god kontakt, til han ville tisse og så gikk morgenstellet greit».

Pleiers fremtreden blir også benevnt som pleiers oppførsel. Måten å være på. «Oppførselen har mye å si for å få innpass. Oppførselen min er jo preget av den informasjon, det jeg vet om den pasienten».

6.5 Vanene

Vaner er noe som kan være med på å definere pasienten, og det er det som gjør pasientene ulike. Dette trekker de fleste sykepleierne fram, en forteller: «De som vil ha en kopp kaffe før de steller seg, ja det er jo ikke så ofte. Hvis vi vet det er slike spesielle vaner som pasienten har likt å gjøre hjemme, er det veldig greit å vite om det».

En annen forteller:

«Når de kommer på sykehjemmet er det viktig at de får beholde sine vaner. For eksempel hvor hyppig de skal dusje eller vaske seg. Man må ikke «kjøre over dem». Det er ikke alle som har vært vant til å vaske seg hver dag. Man må tenke på pasientens beste, det er jo dem man er der for, ikke for oss».

Sykepleier forteller «Jeg synes det er viktig å vite hva de har brukt å gjøre før, hvis de ikke har likt å stå opp tidlig, da skal man ikke dra de ut av sengen for at det passer oss. Hvis de ikke er våken da».

Mange tar opp temaet det er viktig å vite hva personen har av vaner i forhold til klær, sminke og hår.

«Jeg har erfaring av ei dame som ble sint veldig lang tid etter morgenstellet, og vi skjønnte ikke hva det var. Vi fant senere ut det var for jeg hadde rullet håret på damen. Hun hadde aldri rullet håret før. Hvorfor jeg tok det som en selvfølge det vet jeg ikke. Hun hadde halvlangt hår med litt sånn krøll i. På badet sa hun ja til å rulle håret. Kanskje hun tenkte på noe annet da. Hun tok selv ut rullene senere på stuen. Hun fikk sånne Dan Børge²³ krøller og var rasende hele den dagen. Senere på ettermiddagen kunne et barnebarn fortelle hun hadde aldri rullet hår før».

Vaner kan være så mangt, og vi kan ta ting forgitt. For eksempel kan vi tenke alle liker å spise sammen, men som en sykepleier har en historie på, er ikke dette alltid rett:

«Hun vil være for seg selv, ble tidlig enke. Hun vil ikke spise med de andre, det tok lang tid for vi skjønnte det. Hun var vant til seg selv i den lille leiligheten. Så nå kan vi gå inn med kaffe og drikke sammen med henne. Når vi kommer, setter hun seg opp i sengen og sier det er jo rene hotellet. Hun har nok vært en røyker, jeg mistenker det var kaffe og røyk om morgenen. Hun husker ikke hva hun heter, hvor mange barn hun har. Den roen hun har når hun sitter der med koppen er helt utrolig og sitter i kroppen hennes. Hun sitter og kikker ut, spør hvilken dag det er og hvordan været er. Hun går inn i en egen verden og sitter og nynner».

6.6 Kroppsspråket

Det er ikke alltid gitt at vi blir tolket eller tolker kroppsspråk rett. Dette hadde mange av sykepleierne erfart. Sykepleierne forteller det er viktig å kjenne pasienten veldig godt. Dette for å kunne lese en situasjon, eller avverge uro og medfølgende utagering. En informant sier at: «Hvis det er en pasient jeg ikke kjenner, da vil jeg være varsom. Og jeg vil se hvordan kroppsspråket hans er, hvordan er han i øynene? Er de sorte, er han dystert og avvisende? Da kan det jo hende jeg trekker meg tilbake en stund, for så å prøve igjen litt senere».

²³ Dan Børge Akerø er en tidligere programleder på norsk TV.

Når man kjenner henne godt forteller en annen: »Det å se tegnene før de blir ordentlig tydelig. At man ser det snurper seg opp i pannen, da skjønner jeg hun er begynt å bli sliten. Det må jobbes fort og ikke prate mye».

En annen informant snakket litt rundt det at det er forskjell på en sint liten dame og en stor mann: «Ubevisst kanskje. At jeg får et annet kroppsspråk, at jeg føler meg mer utrygg for å gå inn til en stor kraftig mann. Jeg tenker på styrken».

En forteller at nytt personale, for eksempel ferievikarer, ikke kjenner pasienter godt nok for å kunne skjønne når man skal roe de ned. Eller det å se de små detaljene og vite hva man kan si for å roe dem ned. Dette bidrar igjen til mer utagering, behov for styrking av personalgruppen og at det dermed blir dyrere for kommunen. «Folk kjenner ikke ansiktsuttrykkene eller de fysiske uttrykkene. Hva som skjer, eller «de er på tur opp», slik at det er på tide å bryte inn for å roe de ned. Ta de med ut eller sette på musikk».

En sykepleier forteller:

«Det at pleiere er så opptatt av at man skal forklare alt man skal gjøre for pasienten. Det kan man ikke alltid gjøre. Noen ganger må man bare ta vaskekluten. Du kan prate litt, ikke sant, også tar du bare og vasker under armene og har blikkontakt, så er det gjort. Akkurat det er så vanskelig å lære bort».

Fordelen er at de er lenge hos oss forteller en: «Vi blir kjent med reaksjonene, så vi kan avverge veldig mye med å på en måte å få følelsen av når de begynner å gire seg opp. Vi vet når vi må bryte inn, avbryte samtaler og kanskje spørre om vi skal lage vafler istedenfor».

.

6.7 Oppsummering av analyse og funnene

Det er en tidkrevende og møysommelig prosess å gjennomføre analyse av intervjuene. Avledning, pleiers framtrede, vanene, kroppsspråket og trygghetsopplevelsen var de mest sentrale fremtredende temaene, som kom fram under analysen av intervjuene. Min studie handler om hva som kan være av betydning for å komme nært en pasient, for å tilby morgenstell, uten det ender i utagering. Det kommer fram at alle mener det er viktig å kjenne til pasienten sin situasjon her og nå, i tillegg til det levde liv. Alle informantene fortalte at de bruker skjemaet «Min Livshistorie» som verktøy, når de samler inn informasjon, og gjorde kartlegging av det levde liv til pasienten. I intervjuet ble alle sykepleierne spurt om kjennskapen de har til rutinene som foreligger på sykehjemmet, og hvordan de kartlegger pasientens levde liv. Med grunnlag i dette er temaet å kartlegge livshistorien, ikke direkte et

funn, men beskrives i oppgaven som et felles verktøy for at sykepleier skal bli kjent med pasienten. I diskusjonskapitlet vil jeg komme inn på hvilken betydning kartleggingen har for å komme fram til alle de sentrale temaene. Dette igjen bidrar til kjennskapet til det levde liv hos pasienten, og hvordan tilnærmingen pleierne kan ha, til personer med demens. Sykepleierne sier en kombinasjon av kjennskap om det nye og det gamle hos pasienten er svært viktig. Og dette er av stor betydning, når de skal tilby morgenstell til pasientene. Det kommer fram at pleier må kunne tolke pasientens kroppsspråk, men de må i tillegg kjenne pasienten. Hvem han er nå og identiteten til han før sykdommen tredde fram. Ved å kjenne personens identitet, kan pleier finne aktiviteter pasientene liker, eller pendle inn på samtaler som er hyggelige. Der formålet er å avlede og komme i mål med gjennomføringen av morgenstellet. Sykepleierne nevner ulike tilnæringsmåter for at pleier skal kunne hjelpe pasienten til å opprettholde sin respekt og identitet.

Av alle de fem sentrale temaene blir trygghetsopplevelsen et overordnet tema. Sykepleierne trekker inn trygghetsopplevelsen i sammenheng med mange temaer. De snakker for eksempel at rett type musikk kan skape trygghet, og en kopp kaffe om morgenen kan gi ro og trygghet. I forhold til pleiers fremtreden, er det viktig at pleier er bevisst hvordan sykepleiers måte å være på, sammen med den måten pleier snakker til pasienten, kan gi en trygghetsopplevelse. Kroppsspråket kan også signalisere ro og trygghet i situasjoner. I tillegg kan sykepleieren skape trygghet ved å gi pasienten et inntrykk at de vet hvem han er ved at pleier kjenner til hans livsverden.

«Det blir ikke like bra uten kjennskap til bakgrunn. kjennskap til pasienten slik han er nå. Pasienten må kjenne til ansiktet ditt. Ingen vet for eksempel hva jeg heter, men jeg kan avverge situasjoner med å bare å gå bort til noen. Jeg vet at noen skal jeg ikke røre, om jeg bare tar litt så blir jeg slått. Men hvis jeg derimot bøyer meg ned og ser personen i øynene og sier for eksempel, hva det er du tuller med nå, da blir det småfliring og det går bra. Det er dette som er så vanskelig å formidle i en hjelpemetode».

7.0 Personsentrert fokus ved morgenstell i sykehjem

Tittelen «**Se meg**» har jeg valgt for å belyse, blant annet det som så godt, kommer fram fra sykepleierne i intervjuene.

Som forklart i oppsummeringen av analysen og funnene, går de fem temaene litt inn i hverandre, og det blir vanskelig å skille de helt. I diskusjonsdelen har jeg satt opp de fem sentrale temaene etter det jeg mener gir oppgaven en naturlig sammenheng. Gjennom arbeidet med analysen av tekstmaterialet, opp mot teori, ble det naturlig å trekke inn sårbarheten til mennesket, sansningen og kommunikasjonen.

Det vil bli utdrag av utsagn fra informantene, både fra de som tidligere er presentert, og noen nye. I diskusjonen vil jeg også vise til lover, stortingsmeldinger ol.. Funn fra ulike forskningsartikler trekker jeg også inn i diskusjonen. Som en overbygning vil jeg først gjøre rede for betydningen av å kartlegge livshistorien, her er også identitetsbegrepet viktig.

7.1 Kartlegge livshistorie

For å kunne hjelpe personer med demenssykdom er det avgjørende og til stor hjelp om sykepleierne kjenner pasientenes identitet. De som er med i dette studiet har alle kjennskap til og bruker skjemaet «Min Livshistorie». Dette er et kartleggingsverktøy og med dette skjemaet kan sykepleierne innhente opplysninger om pasientens identitet. Det er viktig at sykepleier klarer å se hvem pasienten var før sykdommen ble for fremtredende. Det er viktig å se hva som pasienten har hatt av interesser og hva som er av betydning for pasienten, deriblant hobbyer og vaner. Sykepleierne må se og ha forståelse for hva som er viktig for at personer med demenssykdom får hjelp til å formidle de opplysningene sykepleier bør kjenne til om det levde liv. På denne måten kan sykepleier trekke fram elementer i denne kunnskapen. Bruke denne i arbeidet med å gi omsorg og helsehjelp til pasienter med APSD (Kitwood, 1997 (a)).

Fra pasienten sin side, kan det være av betydning, hvem som fyller ut skjemaet. Dette fordi de pårørende kan ha en ulik måte å tolke og kjenne til pasientens liv. Som en av sykepleierne sa: «Det er jo ulikt hvordan de kjenner pasient. En ektefelle ser pasienten fra en annen måte enn et barn vil gjøre».

Sykepleierne snakket om barn og ektefelle og de aller fleste gangene er det nok barn og ektefelle som er de nærmeste pårørende. Det er de nærmeste pårørende som bidrar til at opplysningene kommer fram til sykehjemmet og pleierne. Når sykepleierne hadde fått tilbake

opplysningene, hadde alle sammen et område i den elektroniske pasientjournalen, der de lagde et resyme, og samlet de ulike opplysningene fra det som var skrevet. Tre av sykepleierne nevnte at det ofte kunne komme mer informasjon i etterkant, når pårørende kom på besøk, eller hvis det var behov for å ringe å spørre om noe. På den måten kunne de få en mer utfyllende beskrivelse av det tidligere liv og viktige hendelser og steder i livet til pasienten. Min Livshistorie er på seksten (16) A4 sider og kan i først omgang oppleves som overveldende. Som jeg har kjennskap til, er det mange papirer og mye informasjon som skal leses og tas stilling til, for både pasient og pårørende, ved innflytting til sykehjem. Dette kommer i tillegg til alt annet av det praktiske rundt flytting fra bolig. Og dette kommer på toppen av de følelser som skal håndteres den første tiden. Jeg undrer på om omfanget av skjemaet kan være en av årsakene til at det kan være utfordrende å få disse skjemaene utfylt og gitt tilbake til sykehjemmet? I demensplanen 2020 vises det til et skjema utarbeidet av ergoterapeuter på bakgrunn av den svenske boken: «Livsboken» (www.fsa.se). «Livsarket mitt» er mulig å fylle ut på to A4 ark, og vil da virke mere overkommelig i forhold til papirmengden som må håndteres (Ergoterapeutene, 2015).

Simonhjell og Hellstrand diskuterer i en artikkel bruken av «Livsarket mitt». I studien fremkommer det at det alltid vil forekomme noe som glipper unna når historier skal skrives ned. «Det kan være et godt utgangspunkt for å videreutvikle kunnskap om fortellingspraksiser og tolkning av livsfortellinger» (Simonhjell & Hellstrand, 2019). Sentralt i deres analyse var hvordan pasientenes historie kom fram, og gjøres til et omdreiningspunkt for forståelse av, og kunnskap om personen selv, og hvilken type omsorg som det var behov for. «Livsarket mitt» tjener tre funksjoner: fortelling om pasientens liv, erfaring og et skjematisk verktøy for pleier og pårørende. Videre skriver de at «Livsarket mitt» er et skjema der man fyller inn hvordan livet har vært, hva pasienten liker å gjøre eller ikke gjøre. Dette er med på å kunne gi viktige opplysninger til sykepleierne (Simonhjell & Hellstrand, 2019).

«Livsarket mitt» er en folder med ulike tema som det kan snakkes med pasient og pårørende om. Jeg tror at det kan være mer overkommelig om man får dette til å fylle ut, i stedet for de 16 arkene som skal fylles ut med «Min Livshistorie». I tillegg til dette så tror jeg det er viktig å bli kjent med pasienten selv. La personen fortelle sin historie og ha samtale med pårørende i etterkant rundt temaet. Dette for å få en mere utfyllende historie og kjennskap til pasientens liv. Det vil ikke alltid være så enkelt for en pårørende, der og da, å få nedskrevet på et papir alt det viktige som har hendt i løpet av et langt liv.

En norsk studie, utført i to kommuner i Nord-Norge, viser til funn de gjorde i intervju av pasienter med demens. Funnene var at personer med demens fint kunne fortelle fra sin livshistorie, og at det er viktig at de får muligheten til dette. «Noen ganger trenger de mer tid, eller de trenger hjelp fra pleieren til å sammenfatte det som ble fortalt» (Drageset, Normann, & Elstad, 2013). Studiet viser til at når pasienten får fortelle fra sin livshistorie, kan dette bidra til en ivaretagelse av pasientens vaner og interesser gjennom livets løp. Noe av det pasienten sa selv var at de merket at «noen biter forsvant bit for bit». Dette ble tolket som at pasienten mente da hukommelsen sin. Det at pasientene klarte å gi uttrykk for dette ga intervjueren litt innsikt i hvordan det er å leve med en demenssykdom. Fortellingen inneholdt viktige elementer som fortalte hvem den enkelte var. I tillegg synliggjorde pasientenes fortellinger hva som var viktig å videreføre til pasientens hjem, som nå var sykehjemmet. Å få innsikt i pasientens livshistorie kan bidra til å ivareta pasientens identitet (Drageset, Normann, & Elstad, 2013).

7.1.1 Identitet

Hvem skal fortelle historien om livet til personen med demens, når sykdommen setter grenser for egen fortelling? Identitet handler om å vite hvem man er og hva som betyr noe for meg. Det handler om å ha ulike roller i samfunnet. Vi er en del av et større fellesskap med den fortelling og erfaring vi har med oss fra det levde liv. Å fortelle om sin identitet for en person med kognitivt svik, vil bli vanskeligere og vanskeligere, etter hvert som sykdommen utvikler seg. Å ha en detaljert kjennskap til pasientens liv vil derfor kunne bidra til at pleierne vil kunne hjelpe pasienten til å holde på sin identitet (Kitwood, 1997 (a)).

Å ha en identitet betyr å ha en følelsesmessig og kognitiv forståelse for hvem man er selv som menneske. Dette betyr at man har en fortelling å fortelle om sin fortid til andre. For eksempel å forklare hvilke roller man har i livet: Arbeidstaker, mor eller far, medlem av en forening eller om man har mistet sin ektefelle og er blitt alene. Ethvert menneskes identitet er unik, og menneskets ulike roller kan fremtre ulikt. De personer man omgås med, kan også være med å skape identiteten til et menneske. Personer med demenssykdom opplever at deres identitet blir svekket ved at hukommelsen svikter. Identitet er viktig. Sykepleieren må hjelpe pasienten til å holde på sin identitet tross sviktende åndsevner. Pleierne kan hjelpe pasienten med å opprettholde sin identitet ved å ha en detaljert kjennskap til den enkeltes livshistorie forklarer Kitwood (Kitwood, 2016).

Hvordan skal sykepleierne bli kjent med pasientens identitet hvis ikke de som kjenner pasienten best kan være med å fortelle om den, og når det blir for vanskelig for pasienten selv å holde rede på hva som har vært og hva som er? En av sykepleierne fra min studie forteller stolt: «Jeg tror det skapte en slik trygghet at jeg hadde kjennskap til læreryrket hans, og vi kunne sitte der å prate om hans tidligere liv som lærer». Språket formidler en felles forståelse både til våre tanker og handlinger. Disse handlingene, tenkningen og handlingen henger sammen og er avhenger av hverandre. Martinsen mener at i en sykepleierrolle, er pleier sansende og samtalende på en gang, i utføringen i pleien. Hun mener det vi sier kommer av det vi sanser, og det vi holder på med. Dette er igjen avhengig av det vi har av faglige erfaring og den pleietradisjonen vi er i (Martinsen, 1996, ss. 102-116).

En casestudie bestående av semistrukturerte intervju, observasjoner og samtaler ble utført i Sheffield, UK. 2010. Studien kom fram til at det var store muligheter til å kunne se mennesket bak sykdommen for pleierne, når det ble jobbet med livshistorie arbeid. Dette arbeidet førte til at pasienten ble hørt både verbalt og nonverbal, og det på denne måten var mulighet for pasientene å opprettholde sin identitet og føle stolthet over sitt liv som menneske (McKeown, Clarke, Settle, Ryan, & Repper, 2010). Det de her sier er gjenkjennbart i min studie. For eksempel: Der sykepleierne foreller om damen som ble påminnet hvem hun var når hun fikk rød neglelakk på. At hun da ble en pen dame som skulle i selskapeligheter. Pleierne kunne da få innpass til å hjelpe henne til å få stelt seg. Eller mannen som var lærer og opplevde en trygghet med å prate med en pleier som kjente til hans identitet, og som til slutt stolte nok på sykepleier til å bli med på badet.

7.2 Vaner

Jeg tenker at vaner og identitet henger sammen. Jeg har fra egen praksis kjennskap til en pasient som er religiøs. Pasienten har fra tidligere gått jevnlig i kirken, og ber Fadervåret hver kveld. Når dette blir vanskelig for pasient å få gjennomført må jeg som sykepleier kunne bistå, slik at denne vanen blir opprettholdt. Å få gjennomført, eller ikke, aftenbønnen, kan gi utslag i om det blir en god eller dårlig natt for pasienten. Å være kristen mener jeg så absolutt er noe av pasientens identitet. Det er tydelig at vaner, eller det som «sitter i kroppen», som noen sykepleiere betegnet det, er viktig å ha kunnskap om. Som tidligere nevnt i presentasjon av intervjuene: «Hvis hun aldri har hatt for vane å stå opp tidlig, blir det feil at jeg drar henne

ut av senga tidlig for det passer meg og ikke henne. Om hun ikke er våken da». Om dusjeaktivitet sier en annen «Man må gjøre det de er vant til, man må ikke kjøre over dem».

Jeg ønsker å fremme tanken om at pleierne i framtiden må ta hensyn til mange ulike vaner. Vi som vokser opp nå kommer nok til å bli mere kravstore i forhold til vaner, og hvordan vi vil ha våre rutiner og vaner oppfylte, tror jeg. For eksempel er det nok få av de som vokser opp nå som dusjer bare en gang for uken. Mange av oss har våre rutiner for trening, hobbyer og sosiale aktiviteter. I tillegg vil den kommende generasjon med eldre ha flere krav og vi må i tillegg tenke på nye forandringer og krav. Det blir flere og flere fremmedkulturelle i dette landet. De blir etter hver gamle og syke og trenger hjelp på lik linje som alle andre. Her er det mange tradisjoner, vaner og kulturelle hensyn å ta. Vi trenger heller ikke dra ut i verden for å finne forskjeller i tradisjoner, vaner og kultur. Samene i Norge har tradisjoner langt tilbake i tid og det er viktig at vi som helsearbeidere og sykepleiere innhenter den kunnskapen vi trenger for å hjelpe disse pasientene med å få opprettholdt sine vaner og ønsker, så langt det lar seg gjøre. Dette tror jeg vi bidra til å styrke pasientens identitetsopplevelse i sykehjemmet. Dette er også noe som «Demensplan 2020» har satt søkelyset på. Det er et ønske å heve kunnskapen for personalet, slik at pleierne kan ta vare på den samiske kulturen og minoritetsspråklig bakgrunn (Helse og omsorgsdepartementet, 2015, s. 25).

Sykepleierne nevnte vaner som blant annet er de små men viktige ritualene vi selv har laget oss. Det er ikke alltid vi er klar over vanene våre. Slik som en sykepleier fortalte i intervjuet: »Så kan pasienten sitte der med kaffekoppen, se ut av vinduet å nynne litt. Hun husker ikke hva hun heter, eller hvor mange barn hun har, men å sitte der i morgenkåpen med kaffekoppen, det sitter liksom i kroppen tror jeg».

En studie utført av Confalk med flere, så på hva som var av betydning for at pasienter som flyttet på sykehjem kunne få opprettholde sin selvrespekt og identitet. De ser at vaner og har stor innvirkning. Det at pasientene fikk opprettholdt sin identitet og personlighet gjorde at de var i stand til å kunne beholde sine vaner. Mangel på personsentrert forståelse, der pleier ikke viser aksept, var svært negativt for en pasient med demenssykdom. Hvis pleieren mangler kunnskaper om de spesifikke behov som foreligger, eller hva hver enkel pasient ønsket av omsorg, vil dette kunne føre til negativ opplevelse for pasientens egenverdi. Studiet hadde også tatt opp, hvordan et vanskelig tema kunne snakkes om, sammen med pasienten. De viser til at det er leders ansvar at pleieren har kunnskap, og at det er fokus og bevissthet rundt tilnærmingen av personer med demens (Cronfalk, Norberg, & Ternestedt, 2017).

Helsedirektoratet i Norge sier at virksomheter skal etablere rutiner og legge til rette for personsentrert omsorg og behandling for pasienter med demenssykdom. Her står det blant annet at det er viktig at leder er faglig oppdatert på feltet personsentrert omsorg. Leder skal være tydelig, passe på at pleierne får opplæring og sørge for kompetanseheving innenfor personsentrert omsorg og behandling. Det skal foreligge en systematisk evaluering og kvalitetsforbereding av tjenesten. Leder har et ansvar for pasienten får sin helsehjelp med respekt for deres iboende verdi, på tross av pasientens svekkelse som følge av demenssykdommen. All form for nedlatende holdninger og diskriminering skal ikke forekomme, og leder må ta dette svært alvorlig. Leder må påse at pleieren understøtter og bekrefter pasientens personverd. På den måte er det mulighet for at pasienten kan oppleve velvære, trivsel og egenverdi (Helsedirektoratet, 2019 (c)).

Kari Martinsen sier mennesker forholder seg til sitt eget liv ut ifra sin selvforståelse og sine erfaringer. Slik jeg forstår det mener hun at pasienten opplever annerkjennelse hvis sykepleieren setter seg i en slik posisjon, at hun kan bli kjent med pasienten og hans liv. Jeg tenker dette også innbefatter de vaner og behov som betyr noe for pasienten. Hun snakker om det hjertelige deltagende øyet og at det er avhengig av at sykepleieren sanser og registrerer. Alle mennesker er ulike, samtidig gjør dette oss så like. Sykepleieren må kunne bistå og hjelpe til, slik at de ulike behovene, som hver enkel pasient har, slik at de kan få til å oppleve at de beholder sin egen selvaktelse (Martinsen, 2000).

En sykepleier har forpliktet seg til å ha respekt for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. Den pleien som gis skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. Videre sier to av de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, at de har ansvar for at den enkeltes behov for helhetlig omsorg. Sykepleieren skal også være bevisst sin profesjonelle rolle, respektere pasientens integritet og ikke utnytter pasientens sårbarhet (Larsen, 2019). Dette er denne balansegangen sykepleieren må prøve å finne, når hun skal gi omsorg og helsehjelp til personer med demenssykdom. Det er ikke alltid pasienten skjønner at han trenger helhetlig omsorg. Denne studien handler om hvordan pleier kan få utført et morgenstell med pasienter med utfordrende adferd, noe som i neste omgang kanskje kan ende med tvangstiltak og krenkelser av pasienten. Jeg vil her presisere det skal tungtveiende grunner til å gjennomføre et morgenstell uten pasientens samtykke (Helsedirektoratet, 2019 (c)). Men om pasienten er inkontinens for avføring og urin må sykepleier vurdere om det er

viktig å få hjelpe pasienten til å bli ren og tørr, dette for å unngå sår, som igjen kan følge til infeksjon, bli en ekstra belastning for pasienten og i verste fall føre til død.

7.2.1 Sårbarheten som menneske

Martinsen skriver om sårbarheten hos oss mennesker. At sykepleiere og pasienter er sårbar som menneske. Det er sårbarheten som gjør at vi kan forstå og ønsker å hjelpe den andre. Det er på denne måten vi kan si at sårbarheten er en styrke. Det vil si at det er av stor betydning at sykepleieren klarer å forholde seg til både egen, pasientens og pårørendes sårbarhet. Hun skriver også noe om at i det å være et menneske ligger det en slags makt i oss. Vi kan både bidra til å få et menneske til å føle seg trygg eller vi kan bidra til et menneske føler seg utrygt (Martinsen, 2012, ss. 11-20). Jeg tolker hennes teori om sårbarheten opp mot pasienter og sykepleierens samspill på sykehjem. De fleste som bor på sykehjem, har demenssykdom med ulike tilleggspoblemer, både kognitivt og psykososialt. Denne sårbarheten er med på å få sykepleieren til å forstå eller tolke pasienter som har vanskelig for å uttrykke seg verbalt. Sykepleierne i min studie sier de kan se på kroppsspråket og tolke dette: «Kjenner jeg ikke pasienten godt, ser jeg på hans kroppsspråk, er han sort i øynene kan det hende jeg trekker meg unna». Det er viktig å være bevisst kroppsspråket, som både vi og pasientene signaliserer, sier flere av sykepleierne. Slik at du kan signalisere en ro og trygghet til pasienten. Å ha en bevissthet om kroppsspråket kan pleierne få mye nyttig informasjon av et sårbart menneske. En pasient med en langtkommet demenssykdom, er sårbar da han ikke klarer å uttrykke seg, eller han ikke forstår den situasjonen som han er i akkurat nå (Engedal, 2008). Ved å være bevissthet på dette bidrar dette til at sykepleieren lærer seg å forstå om pasienten begynner å gire seg opp og trenger hjelp til avledning. Eller så kan sykepleieren hjelpe pasientene til å skjerme seg fra en aktuell situasjon. Flere av informantene sier det er denne bevisstheten eller kunnskapen som er så vanskelig å lære nye pleiere. Denne «profesjonelle sansingen» er gjenkjennbart med det fortalte om. Pasienten som begynte å snurpe panna da han begynte å bli sliten, og det var da viktig å jobbe fort og stille, eller ta en pause fordi det var like før pasienten ble sint.

7.2.2 Sansningen

Den observasjonen vi gjør som sykepleier i tolkningen av for eksempel av slike situasjoner som fortalt over, kaller Martinsen som sansingen. Å være sansende og sårbar til stede, er å være tydende, og dette gjelder for både pasient og pleier. Pleiers erfaring og kunnskap vil

spille en stor rolle i tydingen av pasientens uttrykk. Tyding vil være avhengig av pleiers forståelse av situasjonen, og sansingen er grunnlag for den forståelsen. Vi må bearbeide de inntrykkene vi får, og dette skjer da i tydingen. Å være tydende betyr å være mottakende og oppmerksomt til stede. Vi tar utgangspunkt i oss selv og vår forståelse når vi tolker noen. Det er ut fra vår forståelsesverden vi tolker. I tydingen er det en verden vi er innfelt i og hvor vi bruker vår sansing og forståelse. Pasienten tyder omgivelsene på lik linje som sykepleieren (Martinsen, 2012, ss. 11-20).

En norsk studie publisert 2014 bruker metaforen «Som en dans» for å beskrive den omsorg pleierne gir til personer med en langtkommet demens i sykehjem. Etter fortellingen de har hentet inn fra informantene sammenligner de omsorgen i demensomsorgen som en dans mellom pasient og pleier. Utfallet av dansen kan påvirkes av den erfaringen og den kunnskapen pleieren har både faglig og i kjennskapet til det levde liv for pasienten. Dansens metafor blir benyttet, da en dans innebærer mange bevegelser som skal koordineres med styrke og bestemtighet. I denne dansen kan det fremkomme følelser og den kan skape en opplevelse av felleskap og kunne gi en god stemning. Når man danser kan man forholde til strenge koreografier som strenge prosedyrer, eller så kan dansen gi rom for tolking og improvisering. Sykepleieren som jobber i demensomsorgen, må kunne bevege seg etter pasientens tilstand her og nå, og ut fra det de opplever forsøke å tolke og hjelpe pasienten med de daglige aktivitetene. Sykepleierne var bevisst at kommunikasjon måtte utvides til mer enn bare det verbale, og de tolket dessuten mye kroppsspråk og uttrykk fra pasientene. Dette var avgjørende for å kunne identifisere hvordan pasientens tilstand var her og nå. På samme måte opplevde pleierne at pasientene prøvde å lese væremåten til pleierne og tolke dette. Sykepleierne mente det var viktig å ta ledelsen i dansen og på den måten kunne «føre» pasienten til en fin og trygg opplevelse (Helleberg & Hauge, 2014).

7.3 Pleiers framtreten

Sykeleier snakker om det å ikke vise at de har det travelt, altså deres framtreten. Det å signalisere til pasienten at nå har jeg tid til deg og er oppmerksom på bare deg, er viktig. Det er også viktig å ikke løpe i fra det ene til det andre avdelingen i sykehjemmet. Som en av sykepleierne sier: «Man kan gi pasienten fort opp om vi pleiere stresser rundt».

Det ligger store utfordringer for sykepleierne i travelhetens tid å kunne være sansende tilstede. Dette for å kunne tolke hele pasienten med sine uttrykk, samt stemningen i rommet. For å

kunne sanse dette må sykepleieren innstille seg på langsomhet sier Martinsen (Martinsen, 2018, ss. 46-55). På den annen side kan det være i pasientens interesse at sykepleier har en travelhet eller en hurtighet, skriver Martinsen. Men opp mot det å være rask å tilby smertestillende eller å behandle for eksempel et leggsår skånsomt og effektivt. Videre snakker hun om det å være langsomt til stede i et pleiemøte og samtidig jobbe i et tidspress. Det er viktig at vi trenger å stoppe opp litt, puste sammen med pasienten og være sammen med pasienten (Martinsen, 2012). Å jobbe med tidspress kan være krevende og kunne gå ut over pasienten. Pleierne kan på grunn av tidspresset gjøre feil og kunne skrive feil i journalene til pasienten. Sykepleierne kan miste viktig informasjon ved å ha mindre oppmerksomhet rettet mot pasienten. Sansingen til sykepleierne kan også bli overfladisk. Dette må vi passe oss for. Vi må lære seg å lytte etter «tonene i rommet» (Martinsen, 2018, ss. 39-67). Jeg tror hun mener at vi må ta oss tid til å la pasienten fortelle oss hvordan han har det. Vi må kunne bruke alle våre sanser. Det er ikke alltid pasienten kan uttrykke seg verbalt, og da tror jeg det er viktig å være ekstra sansende. Så selv om pasientene har mulighet å uttrykke seg verbalt i møte med sykepleier, må sykepleieren likevel være til stede. Hun må lytte godt, være bevisst eget kroppsspråk og sanse pasientens måte å være på. En sykepleier forteller at de må kunne bryte inn og avlede pasienten, når de sanser at pasienten begynner å gire seg opp. Et annet eksempel er at en kopp kaffe på nattbordet roer ned pasienten, når de ikke ønsker å stå opp.

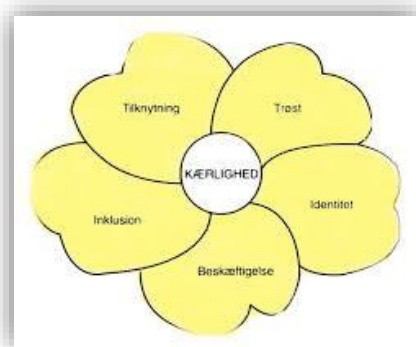
7.4 Kroppsspråket

Flere sykepleiere snakker om det at de kjenner kroppsspråket til pasientene, og at de kjente til hvordan kroppsspråket uttrykker seg slik kan de foreta tiltak for å unngå at pasienten blir sint. Sykepleierne sier det er viktig de kjenner pasientens uttrykk, og på den måten kan de se når de er i ferd med å gire seg opp, eller når de er lei eller sliten i løpet av stellet. De kan da avbryte, jobbe fortere, eller finne på andre tiltak for å flytte fokuset. En sykepleier sa: «Vi har liksom funnet triksene for å unngå mye og det meste, så det er ikke så mye utagering nå, og det handler om kjennskapen vi har til pasienten». Kitwood ber oss huske på at det er mulig utageringen uttrykker seg på kommer av de smertene eller lidelsene pasientene har, og at utageringen blir deres måte å fortelle det på, med for eksempel å rope, slå eller til og med bite (Kitwood, 2016).

Det er for eksempel når pasienten utagerer at man kan bruke metoden systematisk kartlegging TID for å avdekke muligheter for å sette i gang tiltak. TID er en tverrfaglig

intervensjonsmodell ved utfordrende avferd ved demens. Modellen er utformet for å kunne utrede og finne behandlingsmetoder, der utfordrende adferd hos personer med demens er svært fremtredende. Modellen har som utgangspunkt i at alle faggruppene som jobber rundt pasienten har felles møter. TID er delt inn i faser der pasientens adferd gjennom hele døgnet, grundig informasjon om pasientens bakgrunnshistorie, medisiner, somatisk tilstand, undersøkelser og smerter blir systematisk kartlagt i første fase. I andre fase møtes de som jobber tettest med pasienten og har tverrfaglig systematisk refleksjon basert på kognitive terapeutiske prinsipper. Et problem av gangen analyseres ved hjelp av kognitiv problemløsningsmodell. Analysen skjer ved hjelp av et systematisk fem kolonneskjema med: Fakta-tolkning-følelser-tiltak-evaluering. Tiltakene blir så iverksatt og det avtales og følges opp i et evalueringsmøte (sykehuset Innlandet HF Divisjon Psykisk helsevern, 2016). Pasienter med demenssykdom, har ifølge Kitwood, spesielt fem psykologiske behov de må få hjelp til å få dekt (se kapittel 4.7).

Kitwood utviklet modellen DCM (Dementia Care Mapping) (se kapittel 4.7). Observasjon av pasienten skal skje der pasienten bor. Sykepleierne observerer personer med demens grundig i det daglige, og dette er ment for å forstå pasientens eget perspektiv og for deretter kunne gi tilbakemelding til resten av personalet. Ut fra grad av trivsel og velvære hos pasienten, når aktuell aktivitet ble gjennomført, kan det skreddersys tilnæringsmetoder og tiltak til den enkelte. Kitwood mente at det var viktig at personer med demenssykdom skulle tenkes på som en PERSON med-demens og ikke en person- med- DEMENS. Han mente det er svært viktig at man legger vekt på personbegrepet istedenfor sykdomsbegrepet (Kitwood, 2016).



(Kitwood, 2016).

Fra min egen praksis og erfaring har jeg sett mange ulike uttrykk og handlinger hos pasienter. Min erfaring er at de ofte har vært personer som tidligere har hatt mye å gjøre (for eksempel

arbeid) tidligere i livet. Og at de før de ble syk var svært aktive både med hobby og arbeid. Jeg har sett pasienter som bærer og stabler på sofaputer og flytter og drar i møblelementet. Andre pasienter har hatt en oppfattelse av at de maler korridorer med å stryke hendene over hele veggflaten til de blir både svette og utslitte. De kan skru og demontere møbler med bare hendene, plukke på og ødelegge duker, klær samt dirigere folk rundt. Dette tror jeg de gjør fordi de har et ønske og et savn om fortsatt å få være i arbeid. Dette benevner Kitwood som: «To be occupied» (Kitwood, 1997 (b)). Jeg tolker det til at han mener at det handler om å være involvert i et prosjekt som betyr noe og som opptar mennesket til å bruke energien og evnene sine på. Jo mer pleierne vet om en pasient sin fortid, hva deres ønsker og betydning for livet er, desto bedre forutsetning har de til å kunne finne løsninger på denne uroen for pasientene.

Rokstad og Vatne har utført en studie for å se om DCM kan gi en positiv effekt på sykehjem. De ønsket å finne ut om DCM-metoden kunne føre til andre måter å se personalgruppens daglige oppgaver på, og hvordan det kunne gjøre utslag for miljøet i avdelingen. De trekker frem flere studier som hadde positive resultater, deriblant en randomisert studie fra Australia. Her viser studiet til at forekomst av agitasjon ble redusert ved bruk av modellen DCM i sykehjem. Videre har de sett på en studie fra Tyskland som sier de er avhengig av at ledelsen er positiv og støtter opp, og at det var viktig at leder hadde god kommunikasjon med personalgruppen, hvis implantering av DCM skulle ha en positiv effekt. Selv utførte de en studie i en mellomstor by i Norge. Resultatet fra denne studien viser en positiv effekt i kvalitetsutviklingen og at personalet endret måter å samtale og samhandle med pasienten på. Men som de konkluderer med er dette er bare et lite innblikk, og det er behov for mere forskning og få mer kunnskap på dette. Samlet sett konkluderes det med at implementering av DCM-modellen i sykehjem kan ha en positiv effekt for kvalitetsutviklingen (Rokstad & Vatne, 2009).

7.4.1 Kommunikasjon

Kommunikasjon består av å oppfatte det komplekse samspillet mellom nonverbal og verbal kommunikasjon. Det å forholde seg til det den andre forsøker å formidle og respondere på dette. Nonverbal kommunikasjon er det som oppfattes som for eksempel: ansiktsuttrykk, kroppsholdning, pust, måten å bruke stemmen på og hvordan personens bevegelser er. Disse tegnene er sjelden entydige og mottaker må fortolke dem. I tillegg må sykepleieren være observant og bevisst for den inkongruente kommunikasjonen. Det vil si at det nonverbale

sammen med det verbale ikke stemmer overens. Pasienten sier noe, men vi tolker hans uttrykk som at han mener noe helt annet. Årsakene til at dette skjer kan være mange, men som oftest har det noe med splittelser mellom rolleforventninger og følelser (Eide & Eide, 2007, ss. 14, 200).

Av erfaring vet jeg at det ofte er her i det nonverbale uttrykket at det er viktig at pleieren sanser den andre. Dette vil også være motsatt, for eksempel at pasienten sanser at pleieren ikke har tid, eller at pleieren formidler en form for utrygghet i sin travelhet. Dette vil ikke hjelpe pasienten til å kunne kommunisere. Kanskje vil en pasient til og med kunne si at han ikke trenger hjelp, selv om han vrir seg på stolen og vil på toalettet. Han ser at pleieren har det travelt og vil ikke være til bry. Som en sykepleier sa: «Det er ikke alltid jeg har god tid, men jeg må late som jeg har god tid, når jeg er inne hos pasienten». Informanten forteller at andre ganger må hun jobbe hurtig, og at de alltid måtte kunne sanse hvordan de skal jobbe, utfra den situasjonen de er i. Sitat som tidligere nevnt: «Når jeg ser det begynner å snurpe seg i pannen, da vet jeg vi må jobbe fort under morgenstellet. Da er hun sliten og blir snart veldig streng». Kitwood forteller at vi må være oppmerksomme på det pasienten prøver å fortelle oss i det daglige. Det å ha god fantasi og å lytte er viktig. Og vi må være oppmerksomme på at uttrykksmåtene kan være forskjellige fra situasjon til situasjon. Pasienten kan ved å være konkret, metaforisk eller henvisende indirekte forsøke å fortelle pleierne noe fra sin livsverden (Kitwood, 2016).

En studie som varte i åtte år ved to avdelinger innen eldreomsorgen i New York så på hva som var viktig for at sykepleiere skulle kunne gi god omsorg til personer med en langtkommet demenssykdom. Hovedfunnet var at sykepleiere måtte kunne kommunisere med pasienten, hjelpe pasienten til å kunne fortelle fra sitt liv i nåtid og fortid og på en slik måte at pasienten unngikk å bli forvirret. Sykepleierne kunne ha stor gevinst av å kjenne til pasientens tidligere liv, slik at det ut fra dette kunne danne utgangspunktet for en samtale. Det var i tillegg viktig at sykepleierne kunne tilpasse seg til pasientens følelser. At de kunne forsøke å se fra pasientens ståsted og bruke av egen livserfaring i kommunikasjonen. Likeså måtte kunne sanse, tolke og respektere pasientens reaksjoner og være bevisst på at pasienten kunne ha klare øyeblikk og dermed respektere disse (Eggers, Ekman, & Norberg, 2013).

Som tidligere nevnt pekte Buber allerede på 1920-tallet på hvor viktig det var at legene hadde en tilnærming til sine pasienter i et Jeg-Du-forhold. Ut fra det oppfatter jeg at han mener at vi i et møte med en pasient skal være åpen for det nære spontane, samt være anerkjennende med

mulighet for gjensidighet. Det motsatte vil være å se på pasienten som et objekt der man som sykepleier ikke er på lik linje fysisk og mentalt til stede. Et Jeg-Det-forhold (Buber & Smith, 1959). «Det er ikke enkelt bestandig, det er kronglete veier du må gå og da nytter det ikke å ha det travelt». Dette fortalte en av sykepleierne etter å ha referert til hvordan hun gikk frem for å komme i mål med en dusj. Hos denne pasienten hadde det vært svært vanskelig å skrive ned livshistorien for de pårørende. Livshistorien var i kort, men til gjengjeld hadde de tatt med bilder fra hjemlassen. På denne måten kunne sykepleieren kommunisere med pasienten og oppnå en tillit. Pasienten hadde svært dårlig språk, men ved hjelp av bildene kunne de få til en god samtale rundt hjemgården.

En randomisert kontrollert studie utført i Oregon og North Carolina, har sett på to ulike teknikker for å se på muligheten til å redusere utagering hos pasientene ved å tilby dem personsentrert dusj. Studien gikk ut på å gi sengesekkebad uten skyllesåpe samt personsentret dusjing. Dette skulle sees opp mot en kontrollgruppe som fikk dusj på vanlig måte. Personsentrert dusjing og vanlig dusjing ble sett opp mot hverandre i forhold til utagering, og om det ble også sett på om det var forskjell på mikrobeflora i huden i etterkant av dusjingen. Studiet avdekket at personsentrert dusj og sengesekkebad skilte seg klart ut fordelaktig opp imot kontrollgruppen. Resultatene viste det ble betydelig mindre uro, aggresjon og mindre ubehag hos pasientene. Det ble heller ingen flere mikrober med å tilby dusj mere personsentrert (Sloane, Hoeffler, & Mitchel, 2004). Hvor ofte en person ønske å dusjes bør ses på i lys av de vanene pasienten har fra tidligere.

7.5 Avlede

Alle sykepleierne kunne fortelle historier som handlet om å avlede pasienten når de var i ferd med å bli sint, eller var blitt sinte. Det var ulike metoder som kunne hjelpe. En varm kopp kaffe som står og dufter på nattbordet kunne avlede negative tanker hvis pasienten ikke ønsket å stå opp. En annen sier at en kopp kaffe og en avis om morgenen, kan være med å flytte på de urolige tankene. En sykepleier forteller at rett type musikk kan også gi en god start på dagen: «Hun blir i så godt humør. Da kan hun ligge der i sengen høre på musikken sin og smånytte med. Det er ingen sak å få henne med på badet etterpå». Flere opplever at terskelen er å få de ut av senga, resten går greit. «Av og til kan å avlede få pasienten ut av situasjon

med å foreslå å steike vafler». Jeg tenker selv om dette bare gjelder en person vil vaffellukten spres i huset noe som skaper gode minner og smaksopplever for alle. Jeg tar med dette til tross for at det ikke handler konkret om å gjennomføre et morgenstell, men det viser at sykepleierne hele tiden må være kreative og positive i sin hverdag, for å finne de gode knepene og tiltakene og dermed unngå utagering. Denne kreativiteten tror jeg kan være bidragsytende til å lage god stemning med den følge at pasienten opplever en god følelse. I tillegg kan vaffellukt bidra til at pasienten får lyst til å stelle seg, kle på seg og komme ut i avdelingen for å spise. Mange av sykepleierne snakker om at de finner tiltak som gjør at pasienten endrer sin sinnstilstand og at dette kan gjøres med avledning. Dette kan hjelpe pasienten bort fra uro og negative tanker de har der og da. Som nevnt kan en pleier sanse viktig informasjon ut fra kroppsspråket til pasienten før de må gripe inn for å avlede, og kanskje da med noe hyggelig. Med hjelp av avledningen kan sykepleieren hjelpe pasienten til å roe seg ned, noe som kan bidra til å gi pasienten en trygghetsopplevelse

7.6 Trygghetsopplevelsen

Alle sykepleierne som ble intervjuet refererte til det å skape trygghet i ulike situasjoner. Trygghetsopplevelsen blir liggende som en kappe over alle temaene. For eksempel kan avledning under stell være det å snakke og referere til pasientens levde liv. Det kan igjen få pasienten til å føle seg trygg. Det å snakke om hjemlassen, eller familien, er med på å avlede bort fra det pleier holder på med i en stellesituasjon. «For eksempel så vet jeg boren hans heter Ola og er snekker. Da kan vi snakke om dette, og pasienten opplever en trygghet ved at jeg kjenner til hans liv».

Ved å kjenne til hva som har skjedd i tidligere traumatiske opplevelser, kan pleier vite hva hun skal unngå eller hvordan stellet kan legges til rette på en skånsom måte og dermed gi trygghet. «Hun hadde vært innestengt som barn. Badedøren må stå åpen under stell». Sykepleierne refererte til at kroppsspråket og toneleiet var viktig å være bevisst, dette for å kunne hjelpe til å skape trygghet. «Det er viktig å signalisere en form for trygghet med kroppsspråket». Mennesker påvirker hverandre gjennom nærhet, sier Kari Martinsen. Hennes tenkning rundt relasjoner er sterkt knyttet opp til Løgstrups tanker rundt den etiske fordringen. Mennesker står alltid i relasjoner til hverandre, og det er i denne sammenheng den etiske fordring oppstår. Alle relasjoner har typiske trekk ved seg i tillegg til at hvert møte mellom mennesker er unikt. Den etiske fordring i nærhetsetikken kalte Løgstrup for kjærlighet.

Martinsen beskriver dette som den ubegrunnede forutsetning for våre liv. Det er igjennom kjærlighet vi inngår relasjoner til hverandre (Martinsen, 2016 , ss. 67-73). Ut fra dette oppfatter jeg at hun mener at sykepleieren gir kjærlighet gjennom den omsorg hun gir. Innenfor begrepet trøst er trygghetsbegrepet synonymt. Trøstebegrepet er beskrevet i kapittel 4.7. Dette er et behov som oppstår i når du er nær andre. Det er viktig å kunne hjelpe den andre med styrke og godhet, og slik at han er i stand til å bevare sitt «Jeg» spesielt når alt står i fare for å bryte sammen, grunnet store forandringer i livet. Forvirring og angst er noen av uttrykkene som følger demenssykdommen (Kitwood, 1997 (a)). Jeg tolker det slik at Kitwood mener sykepleieren hele tiden må forsøke å hjelpe pasientene slik at disse uttrykkene ikke tar overhånd, og på denne måten kan sykepleier bidra til trygghet for pasienten. Som en av sykepleierne sa: «Jeg tror det er viktig at vi er rolige, og snakker med rolig stemme, kanskje de blir redde om pleier er veldig høyløyt, og da er det naturlig at de kan bli sinte».

Løgstrup sier at i alle møter mellom mennesker vil det foreligge en fordring, uansett for hvordan omstendighetene rundt møtet finner sted. Ethvert møte består alltid av å bli imøtekommet, da dette er grunnfenomenet. I fordringen ligger den tillit mennesker har til hverandre i det å være mennesker. Denne nakne holdning vi har til hverandre er av stor betydning for begge parter (Løgstrup K. , 2010). Løgstrup skriver:

«Hvilken vidde og farge den andres verden får for han selv er jeg med til at bestemme med min holdning til han, ikke minst er jeg med til at gjøre den truende eller trygg» (Løgstrup K. , 2010, s. 28).

Sykepleierne forteller de bruker musikk mye. Det er da viktig å finne ut hvilken musikk som er ønsket av den enkelte. Musikk kan brukes i mange sammenhenger, som for eksempel avledning, avslapping, gi trygghet og bidra til humørspredning. Det kreves fortsatt mer forskning på dette feltet. De tre ulike studiene jeg leste, mener at musikk er betydningsfullt og kan brukes i en her og nå situasjon for å oppleve å ha en god stund der og da. For eksempel under dusjing kan musikk gi avslapping og til og med trivsel. Men det foreligger ingen forskning som viser at musikk kan forhindre at APSD oppstår i framtiden hos pasienten (Sorrell, 2018); (Ray & Fitzsimmons, 2014); (Desai, Wharton, Struble, & Blazek., 2017). Sorrell henviser til Jacobsen (et.al.2015) som mener det er ulike områder i hjernen hvor kjent

og ukjent musikk oppfattes. Ved Alzheimers sykdom fant de at hukommelsesregionen for kjent musikk var uberørte av sykdommen. Dette ser ut for å være forklaringen for hvorfor musikalsk hukommelse er bedre bevart hos den syke enn andre typer minner (Sorrell, 2018).

En av sykepleierne forteller: «Så satt vi der og hørte på country, og hun fikk lov til å lære meg en sang fra hennes barndom. Så ble det til hun glemte at hun egentlig ville slå i hjel naboen sin». Musikk kan også få fram minner slik som i dette eksempelet. Pasienten fikk lære bort sangen som hun hadde lært av sin mor da hun var unge. Den oppdagelsen sykepleieren gjorde, ble satt inn som et tiltak i hjelpemetoden for å unngå utagering under stell, hos denne pasienten. Det som er viktig ved arbeid i sykehjem, er at alt som fungerer blir skrevet godt ned, slik at andre kan gjøre dette tilnærmet likt. Det er mange pleiere som og jobber flere steder i sykehjemmet. Martinsen snakker om arbeidsmetoden, den måten man veksler frem og tilbake ut ifra de vurderinger som blir gjort underveis (Martinsen, 2016, s. 163). Jeg tolker det slik at det hun sier er at mye som ligger åpent blir brukt fortløpende, og at vi lærer av hverandre. Det er fare for at spekulasjoner kan oppstå når pleieren tolker og prøver å forstå. Vurderingen blir ofte gjort ut ifra en tolking av det pleier «leser» seg til, både skriftlig og sansende. Fagkunnskap som ligger til grunn og de ulike refleksjonene, sammen med tolkninger som gjøres, vil bli utfallet av omsorgen som gis.

Å gjøre det tilnærmet likt kan skape trygghet for pasienten. Flere sykepleiere sa: «Vi ser det spesielt under ferietiden, vikarer som kommer og ikke er like rigide mot de metoder som er laget rundt pasienten. Det blir mere uro, utagering og kommunen må sette inn flere folk».

Omsorgsyrket, eller det å jobbe på sykehjem, fremstår ikke som ett statusyrke samfunnsmessig. Det er fortsatt ett lavtlønnet yrke og det er utfordrende å få rekruttert nok utdannede sykepleiere. Dette kan sees opp mot demografien i samfunnet. Flere eldre og de eldre lever lengre samtidig som og det blir færre unge som kan/vil jobbe inne eldreomsorgen. Denne fremtidige knappheten på ressurser, kan bidra til økte fordommer om eldre syke, da færre får kunnskap om denne gruppen pasienter. Demens er en fryktet sykdom. Det finnes ikke i dag noen behandling som kan reversere sykdommen (Brooker, 2013, ss. 20-33).

Av egen erfaring, og som sykepleierne forteller i intervjuene, er det ofte i situasjoner som ved avkledding pleier og pasient kan komme i konflikt. Jeg tror konfliktene ofte det bunner i misforståelser. «Kirkegaard skriver: naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og

begynde der» (Kierkegaard & Cappelørn, 1813-1855). En pasient med demenssykdom har vanskeligheter med å huske hvem pleieren er. Han har ikke innsikt i egen sykdom og har ikke forståelse hvorfor pleieren skal hjelpe han med noe han hele livet har skjøttet selv. I tillegg kan lange setninger være utfordrende å forstå (Engedal, 2008). Videre skriver Kirkegaard «For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mere end han – men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer» (Kierkegaard & Cappelørn, 1813-1855). Denne setningen tolker jeg slik at det er opp til pleier å forstå pasienten. På denne måten kan pleier tilnærme seg pasienten i morgenstellet på en måte som kan hindre at det oppstår misforståelser og utagering hos pasienten, noe som igjen kan føre til bruk av tvang ved sykehjem.

7.7 Ettetanke

Ved å gjøre denne studien har jeg fått en dypere forståelse for hvordan jeg skal tilnærme meg personer med demenssykdom og APSD som uttrykk. Jeg er i tillegg blitt mer bevisst viktigheten av å gi personsentrert omsorg til personer rammet av demenssykdom. Det har vært en spennende prosess å intervju sykepleierne, for så å analysere og komme fram til de fem sentrale tema, som jeg har forsøkt belyse opp mot teorien, sammen med mine forståelse og mine refleksjoner. De ulike studiene jeg søkte meg fram til hadde mange likhetstrekk med det sentrale funnene fra informantene. Et tema fra informantene skiller seg markant ut. Ingen av de publiserte artiklene og studiene tok opp temaet om avledning spesifikt. Noe de intervjuede sykepleierne beskrev som et svært viktig tiltak. Man kan jo undre seg hvorfor avledning ikke er et tiltak som er fokusert mere på. Kan det ha noe med at avledning kan fremstå som det å «lure» pasienten. Sykepleierne snakker om å «flytte tanken, flytte uro». Eller som sykepleieren fortalte om damen med neglelakk: «Når hun ble påminnet hun hadde pynte neglene, da trodde hun at hun skulle på fest». Da lot hun sykepleier få gjennomføre morgenstellet. Studiene jeg har lest tar opp ulike aktiviteter, som for eksempel musikk, måltider, men da i sammenheng med at det skal være en hyggelig aktivitet og ikke som en avledning.

Ved at sykepleier gi personsentrert helsehjelp som styrker, ivaretar og bygger opp under enkeltindividets behov, kan være med på å la pasienten få en opplevelse av å bli «sett». Denne tilnærmingen tror jeg kan være med på å gjøre hverdagen mer meningsfull og gi en bedre omsorg i det daglige ved sykehjemmene. Noen av studiene viste til ulike tillitsskapende tiltak

med en personsentrert tilnærming. Studiet «Person-Centered Primary Care Strategies for Assessment of and Intervention for Aggressive Behaviors in Dementia» har mange liketrek med de funnene som kommer fram her i min studie. De hadde i tillegg blant annet sett på hva levende dyr og trening kunne ha av betydning.

Studien har bakgrunn i en komplisert pasienthistorie og gjennomført intervju med pårørende. Med en systematisk gjennomgang av ulike tiltak som kunne være til hjelp for å dempe APSD (Desai, Wharton, Struble, & Blazek., 2017). Ingen av forskningsartiklene har resultater som viser at tiltak, som har betydning for å skape trygghet, ro og gir tillit i den aktuelle situasjon, har virkning for å unngå APSD og utfordrende adferd senere. Flere av sykepleierne jeg intervjuet sa at pasienten visste ikke hvem de var, eller kjente de igjen, men de opplevde at pasienten kunne ha en opplevelse av at de kjente dem, da pasienten spurte etter hvor sykepleierne hadde vært om de hadde vært borte. Eksempelvis det som informant sa i siste avsnitt i kapittel 6.7. Kanskje handler dette om at sykepleierne kjenner pasientene og samhandler med dem på en slik personsentrert måte at pasienten får en opplevelse av at de kjenner hverandre, noe som igjen bidrar til å gi pasienten en trygghetsfølelse. Studiet som nevnt ovenfor hadde svakt antydning, at ved å være god på personsentrert tilnærming og ha dette i søkelyset hele tiden, kunne det ha forebyggende effekt på uro og agitasjon. I tillegg kunne trening, som tiltak, kan ha en positiv effekt på uro og være med på å forbedre livskvaliteten (Desai, Wharton, Struble, & Blazek., 2017).

Jeg tror det er viktig at sykepleierne hjelper og støtter pasienten i det å bruke sine i gjenværende ressurser, og på den måten oppleve egenverd og mestring. I tillegg må pleierne hjelpe pasienten til å bevare sin identitet. Pårørendesamarbeid er et viktig fokus, da pårørende kan være med å fortelle om det levde livet til pasienten. Med dette studiet har jeg blitt mer bevisst på at det er viktig hvem som forteller historien for pasienten. Min kommune bruker ikke «Livsarket» men er i en utredningsfase om det skal brukes. Jeg tror ved å bruke «Livsarket» kan det bidra til at informasjonen kommer hurtigere fram til sykehjemmet, og jeg tror at ved bruken av slike verktøyet hjelper sykepleier i samtaler med pasient og pårørende. Og ut i fra dette får de en mer helhetlig informasjon om hvem pasienten er.

8.0 Avslutning

I dag finnes det ingen kur for å unngå demenssykdom. Er du blitt rammet av sykdommen er den progredierende. For å forklare sykdomsforløpet er det laget en modell med seks faser som beskriver omsorgsbehovet. Alle personer med demenssykdom vil etter hvert ha behov for omfattende omsorg og hjelp til egenpleie, dette øker i løpet av sykdomsforløpet. Mange har behov for å flytte på sykehjem der de kan få et heldøgns tilbud med omsorg og pleie. Jeg har i dette studiet forsøkt å finne ut av hva som har betydning for å utføre og lykkes med morgenstell til pasienter med APSD og utfordrende adferd som uttrykk i sin demenssykdom. Avledning, pleiers fremtreden, trygghetsopplevelse, vane og kroppsspråk er noen av de mest sentrale temaer, som kommer fram i fortellingene fra sykepleierne, som klarte å lykkes med morgenstell. Trygghetsopplevelse er et resultat av at sykepleierne har fokus på de fire andre sentrale temaene. Det er av stor betydning at pleier jobber personsentrert for å unngå sinne og utagering i situasjoner her og nå. Selv om det ikke alltid vil være mulig å lykkes, viser funnene i denne studien, at sykepleierne mente at ved å ha en tilnærming og en bevissthet rundt betydningen av temaene: Avledning, pleiers fremtreden, vaner, kroppsspråk og trygghetsopplevelse, klarte de i stor grad å forebygge utfordrende og utagerende atferd. Det er oppløftende at det kan finnes tilnæringsmåter som kan være til hjelp når vi vet at demenslidelser ikke kan kureres.

Det er leders ansvar at pleierne innehar den faglige kunnskap om personsentrert omsorg. Fokus på personsentrert omsorg er noe som behøves for å være rustet til å kunne gi best mulig helsehjelp til pasientene. Sykepleiere som jobber i et sykehjem, skal kunne tilby personsentrert omsorg. Dette er med på å gi trygge, gode og tillitsfulle relasjoner til pasientene. Sykepleierne bør strebe etter å hjelpe pasientene til å ivareta sin identitet. Dette kan de få til ved å ha kjennskap til pasientens levde liv og de vaner og ønsker som betyr noe. Det skal alltid gjøres en grundig utredning før medikamentell behandling av pasienter med APSD. Det er utviklet ulike metoder for å fokusere på personsentrert tilnærming i demensomsorgen. I denne oppgaven har jeg belyst metodene DCM, VIPS, TID. Både fra tidligere teori og forskning, og fra oppgavens informanter kommer det fram at det er viktig at pleierne har god dialog seg imellom. Sykepleierne fremhever betydningen og viktigheten av at de tillitsskapende tiltakene, som fungerer, blir skrevet ned slik at andre pleiere kan «kopiere» tilnærmingen. Med god opplæring, veiledning og refleksjoner av faglig praksis sammen med andre kollegaer, kan sykepleierne utvikle tiltak tilpasset den enkelte pasient.

Disse tillitsskapende tiltakene kan bidra til å forebygge utagering og bruk av tvang i sykehjemmene for eksempel ved morgenstell.

Mitt ønske med å gjøre denne studien er å bidra til en økning i fokuset på personsentrert omsorg i demensomsorgen. Mine funn er et resultat etter en mindre studie der ni informanter deltok. Det kreves enda mer og omfattende forskning på dette feltet. Jeg mener denne masteroppgaven kan tilføre kunnskap til fagfeltet, og jeg håper dette bidraget kan brukes i opplæringsammenheng ute i praksis.

9.0 Referanser

- Aadland, E. (2007). Vitenskapsteorier. I E. Aadland, "og eg ser på deg.." *Vitenskapsteori i helsefag- og sosialfag* (ss. 119-122). Oslo: Universitetsforlaget.
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert Demensomsorg Veien til en bedre tjeneste*. Tønsberg: Nasjonal kompetansesenter for aldring og helse.
- Brooker, D., & Latham, I. (2016). *Person-Centred dementia care*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Buber, M., & Smith, R. G. (1959). *I and thou:with a postscriptby the author added*. Edinburgh: T&T Clark.
- Busch, T. (2016). Diskusjon av forskningsmetoder. I T. Busch, *Akademisk skriving* (ss. 46-68). Bergen: Fagbokforlaget.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt folag AS.
- Cronfalk, B. S., Norberg, A., & Ternestedt, B.-M. (2017, 05 02). *They are still the same – family members' stories about their relatives with dementia disorders as residents in a nursing home*. Hentet fra Scandinavian journal of Caring Sciences: <https://doi.org/10.1111/scs.12442> side: 168-176
- Desai, A., Wharton, T., Struble, L., & Blazek., M. (2017, 02 Vol. 43, utg. 2, 01). Person-Centered Primary Care Strategies for Assessment of and Intervention for Aggressive Behaviors in Dementia. *Journal of Gerontological Nursing ; Thorofare*, ss. https://search-proquest-com.ezproxy.nord.no/docview/1875836159?accountid=26469&rfr_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo Side : 9-17.
- Diakonhjemmet Sykehus. (2019, 06 20. Hente på nett jan. 20.). *Farmakogenetiske analyser*. Hentet fra Diakonhjemmet Sykehus: <https://diakonhjemmetsykehus.no/senter-for-psykofarmakologi-sfp/farmakogenetiske-analyser>
- Drageset, I., Normann, K., & Elstad, I. (2013, 12 06). Personer med demenssykdom i sykehjem: Refleksjon over livet. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, ss. <https://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/2563/2410> nr 1, 9. årgang side.50-66.
- Eggers, T., Ekman, S.-L., & Norberg, A. (2013, Vol.27,Iss.1 u.d.). Nursing Staff's Understanding Expressions of People With Advanced Dementia Disease. *British Nursing Index*, ss. <https://search-proquest-com.ezproxy.nord.no/britishnursingindex/docview/1468675657/8A0DF01DC9154CEDPQ/4?accountid=26469> side: 19-34.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norske forlag AS.
- Engedal, K. (2008). Demens; Sykdommer fom fører til demens. I K. Engedal, *Lærebok alderspsykiatri i praksis* (ss. 217-292). 3103 Tønsberg: Aldring og helse forlaget.

- Ergoterapeutene. (2015, 01 u.å. Hentet på nett nov.19.). *Livsarket, illustrasjon*. Hentet fra Ergoterapeutene: <https://ergoterapeutene.org/forbundet/vare-brosjyrer-trykksaker/attachment/livsarket-illustrasjon/>
- FHI. (2020, 04 12. Hentet april-mai 20.). *Koronnaviruset- temasider*. Hentet fra FHI: <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/corona/>
- FN-Sanbandet. (u.å., u.m. u.d. Hentet på nett jan.19.). *Verdenserklæringen om menneskerettigheter*. Hentet fra FN Sambandet: <https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>
- Helleberg, K. M., & Hauge, S. (2014, u.m. u.d). “Like a Dance”: Performing Good Care for Persons with Dementia Living in Institutions. *British Nursing Index*, ss. <https://search-proquest-com.ezproxy.nord.no/britishnursingindex/docview/1709458919/8A0DF01DC9154CEDPQ/3?accountid=26469> antall sider 7.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2015, 12 u.å. Hentet på nett nov. 2019). *Demensplan 2020*. Hentet fra Et mer demensvennlig samfunn: https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018, 08 06. Hente på nett sep.19 og mars 20.). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra LOVDATA: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Helsebiblioteket. (2020). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet fra Helsebiblioteket: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsedirektoratet. (2019 (a), 11 27. Hente på nett sep.19 og apr. 20.). *Om demens. kapittel 1*. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>
- Helsedirektoratet. (2019 (b), 11 27. Hentet på nett jan.20.). *kap. 16. Legemidler mot atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD)*. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>
- Helsedirektoratet. (2018, 01 01. Hentet på nett sep.19 og mars 20.). *§ 4A-3 Adgang til å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg*. Hentet fra KAPITTEL 4A: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/helsehjelp-til-pasienter-uten-samtykkekompetanse-som-motsetter-seg-helsehjelpen-mv>
- Helsedirektoratet. (2019 (c), 11 27. Hente på nett sep.19 og mars 20.). *kapittel 4. Personsentrert omsorg og behandling ved demens*. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/personsentrert-omsorg-og-behandling-ved-demens#virksomheter-skal-etablere-rutiner-for-personsentrert-omsorg-og-behandling-til-personer-med-demens>
- Helsedirektoratet. (2020, 03 22. Hente på nett sep.19 og mars 20.). *Pasient og brukerhetsloven § 1-3 Definasjoner*. Hentet fra Helsedirektoratet:

- <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/alminnelige-bestemmelser/definisjoner>
- Helsetilsynet. (2020, 02 03. hentet på nett apr. 20.). *Veileder for landsomfattende tilsyn 2020*. Hentet fra Helsetilsynet:
https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/internserien/veileder_landsomfattende_tilsyn_2020_med_kommunale_helse_omsorgstjenester1_2020.pdf
- Hveem, P. (2017, 10 07). *VIPS praksis modell Implementering av personsentrert omsorg i praksis*. Hentet fra Aldring og helse Nasjonal kompetansetjeneste:
<https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling/personsentrert-omsorg/vips-praksismodell/>
- Hveem, P. (2020, 04 17). *Demens*. Hentet fra Aldring og helse Nasjonal kompetansetjeneste:
<https://www.aldringoghelse.no/demens/demenssykdommer/>
- Kierkegaard, S., & Cappelørn, N. J. (1813-1855). Søren Kierkegaards skrifter : 16 K16 : Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed ; Den bevæbnede Neutralitet ; Hr. Phister som Captain Scipio ; Dømmer selv! Kommentarbånd : Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed ... I S. Kierkegaard, *Kierkegaard, Søren, 1813-1855 Verker Søren Kierkegaards skrifter. 16, Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed ; Den bevæbnede Neutralitet ; Hr. Phister som Captain Scipio ; Dømmer selv! København : Gad, cop.* København: Gad.
- Kitwood, T. (1997 (a)). *Dementia reconsidered the person comes first*. Buckingham: Open University Press.
- Kitwood, T. (1997 (b), 2). The experience of dementia. *Aging & Mental Health (AGING MENT HEALTH)*, ss. 13-22. (10p).
- Kitwood, T. (2016). *En revurdering af demens- person kommer i første række*. København: Munksgaard.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS 3utg.
- Larsen, L. S. (2019, u.m. u.d.). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra Norsk sykepleier forbund: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Livingston G, K. L.-H. (2015, 06 16). In patients with dementia who live in care homes, some nondrug interventions reduce agitation. *Annals of Internal Medicine*, ss. <https://annals.org/aim/fullarticle/2322818/review-patients-dementia-who-live-care-homes-some-nondrug-interventions> side. 436-442.
- Livsglede. (2005-2016, u.m. u.å. Hentet på nett nov.19.). *Livsgledehjem*. Hentet fra Livsglede for eldre: <https://livsgledeforeldre.no/vart-arbeid/sykehjem/>
- Løgstrup, K. (2010). *Den etiske fordring*. Århus: Klim.

- Løgstrup, K. E. (2000). Den kjensgjærning som den tause fordring springer ut av. I K. E. Løgstrup, *Den etiske fordringen* (ss. 29-44(15s)). Kjøbenhavn: J W Cappelens forlag AS.
- Martinsen, K. (1996). *Fenomenologi og omsorg*. Otta: Engers Boktrykkeri AS.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historiske-filosofiske essays*. Otta: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe AS.
- Martinsen, K. (2016). *Fra Marx til Løgstrup om etikk og sanselighet i sykepleien*. u.b.: universitetsforlaget 3.opplag.
- Martinsen, K. (2018). *Bevegelig berørt*. Bergen: Fagbokforlaget.
- McCormack, B., & McCance, T. (2010 (a)). A Theoretical Framework for Person- Centred Nursing. I B. McCormack, & T. McCance, *Person-Centred Nursing- Theory and Practic* (ss. 21-39). Oxford: Wiley-Blackwell.
- McCormack, B., & McCance, T. (2010 (b)). Personhood and person Centerd-Centredness. I B. M. McCance, *Person-Centred Nursing* (ss. 5- 20). Oxford: Wiley-Blackwell.
- McKeown, j., Clarke, A., Settle, C., Ryan, T., & Repper, J. (2010, 06 05). The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. *PubMed. Int J Older People Nurs.* 2010 Jun;5(2):148-58. doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00219.x, ss. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20925716> side: 148-157.
- Padilla, R. (2011, 09/10 u.d.). Effectiveness of Environment-Based Interventions for People With Alzheimer's Disease and Related Dementias. *The American Journal of Occupational Therapy; Bethesda*, ss. https://search-proquest-com.ezproxy.nord.no/docview/893425502?accountid=26469&rfr_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo Vol. 65, Iss. 5, : 514-22.
- Ray, K. D., & Fitzsimmons, S. (2014, 02 Vol. 40, utg. 2 u.d.). Music-Assisted Bathing: Making Shower Time Easier for People with Dementia. *Journal of Gerontological Nursing ; Thorofare*, ss. https://search-proquest-com.ezproxy.nord.no/docview/1505252936?accountid=26469&rfr_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo Side: 9-13.
- Regjeringen. (2019, 06 18. Hentet på nett des.19.). *Tvangsbegrensingsloven — Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra Regjeringen: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-14/id2654803/>
- Rokstad, A. M. (2014). *Se hvem jeg er!* Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Rokstad, A. M., & Vatne, S. (2009, 01 02). Dementia care mapping- en mulig metode for utvikling av demensomsorg i sykehjem. *Nordisk tidskrift for Helseforskning*, ss. <https://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/239> Side: 46-61.
- Røsvik, J. (2013, vol 17 nr.3). VIPS praksismodell– personsentrert omsorg inn i rutine på avdelingen. *Demens&Alderspsykiatri*, ss. 11-12. Hentet fra Demens&Alderspsykiatri :

https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00289/Hva_er_VIPS___289299a.pdf

- Simonhjell, N., & Hellstrand, I. (2019, 03 02). De skrev henne ned. *Tidskrift for omsorgsforskning*, ss. <https://uia.brage.unit.no/uia-xmlui/handle/11250/2648329> side 1-14.
- Sloane, P., Hoeffler, B., & Mitchel, C. (2004, 10 26). Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia. *Sloane, Philip D., et al. "Effekten av personsentrert dusjing og håndklebadet på badeassosiert aggresjon, uro og ubehag hos sykehjemsbebo Journal of the American Geriatrics Society 52.11 (2004): 1795-180,* ss. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1532-5415.2004.52501.x> side: 1795-1804.
- Smith, M. B. (1957). Jeg og du. I M. B. Smith, *I and thou* (s. del en). Edinburgh: T and T clark.
- Solheim/GERIA. (2012). *Personopplysninger*. Hentet fra Aldring og helse Nasjonalt kompetanse senter: <https://aldring-og-helse-media.s3.amazonaws.com/documents/Personopplysningskjema.pdf>
- Sorrell, J. M. (2018, 07 Vol. 56, utg. 7 01). Music as a Healing Art in Dementia Care. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services ; Thorofare*, ss. https://search-proquest-com.ezproxy.nord.no/docview/2064768063?accountid=26469&rfr_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo side : 15-18.
- sykehuset Innlandet HF Divisjon Psykisk helsevern. (2016, u.å u.d.. Hentet på nett nov.19.). *Tidmodell*. Hentet fra Tidmodell: www.tidmodell.no
- Thornquist, E. (2006). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjønnedal, E., & Sagdahl, M. (2018, 02 20). *altruisme* . Hentet fra Store norsk leksikon: <https://snl.no/altruisme>
- Wu, J., Wang, Y., & Wang, Z. (2017, 04 17). The effectiveness of massage and touch on behavioural and psychological symptoms of dementia. *Journal of advanced nursing* . , Vol.73(10),, ss. <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.nord.no/doi/pdfdirect/10.1111/jan.13311> side. 2283-2295.

Vedlegg:

1. artikkelmatrise

Artikkel nr.01.

Navn på artikkel /studie dato for når det er publisert	Forfatter	Metode	Hovedfunn i artikkelen./studiet
Publisert: 26.10 2004 “ Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia ”	Sloane, PD; Hoeffler, B; Mitchel, CM	En randomisert, kontrollert studie, med en vanlig kontrollgruppe og to eksperimentelle grupper, med crossover.	<p>Dedikerte sykepleiere utførte personsentrert dusjing og håndklebad. En gruppe fikk vanlig dusj. Personsentrert dusjing tok 3,3 minutter lengre tid. Hovedfokuset var å legge til rette for detaljert individualsentrert dusjing etter de ønsker pasienten hadde og i samråd med det de pårørende kunne fortelle var viktig for pasienten. Den andre metoden var et skånsomt sengeposebad der pasienten var godt tildekket med håndklær. 15 sykehjem deltok i studien.</p> <p>Alle mål for agitasjon og aggresjon avtok betydelig i begge behandlingsgruppene, men ikke i kontrollgruppen. Aggressive hendelser falt 53% i den personsentrerte dusjgruppen ($P < 0,001$) og 60% i gruppen med håndklebad ($P .001$). Resultatene av opplevelsen av ubehag avtok også signifikant i begge intervensjonsgruppene ($P 0,001$), men ikke i kontrollgruppen. De to inngrepene skilte seg ikke i agitasjons-/aggresjonsreduksjonen, men ubehag var mindre med håndklebadet ($P =0,003$).</p> <p>Konklusjon: Personsentrert dusjing og håndklebadt utgjør sikre, effektive metoder for å redusere uro, aggresjon og ubehag under bading av personer med demens. Det utgjorde ingen hygieniske forskjeller</p>

Artikkel nr.02.

Navn på artikkel /studie dato for når det er publisert	Forfatter	Metode	Hovedfunn i artikkelen/studiet
Publisert: 2011 september/oktober “Effectiveness of Environment-Based Interventions for People With Alzheimer's Disease and Related Dementias”	Padilla, René	Systematisk studie. gjennomgått 189 studier	Hensikten var å finne svar på: "Hva er beviset for effekten av miljøbaserte intervensjoner på ytelse, påvirkning og atferd i både hjemmet og institusjonene for personer med AD» Miljøbehandling, lysbehandling og lignende er ikke bevist å hjelpe i forebygging på agitasjon og utagering. Lysterapi og musikk kan bidra til at pasienten er våken der og da, noe som igjen kan gi bedre nattesøvn, da det blir mindre dupping og småsoving på dagtid. Vandring kan reduseres med tilrettelegging i avdelingen, men det tar ikke bort trangen til å vandre.

Artikkel nr.03.

Navn på artikkel /studie dato for når det er publisert	Forfatter	Metode	Hovedfunn i artikkelen/studiet
Publisert 16.06.2015 “In patients with dementia who live in care homes, some nondrug interventions reduce agitation”	Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E,	En systematisk gjennomgang. Inkluderte 32 RCT studier.	Studiet evaluerte de kortsiktige og langsiktige effektene av ikke-farmakologiske intervensjoner på agitasjon hos pasienter med demens. Miljøbehandling i form av musikk- og gruppeaktiviteter hadde kortsiktig effekt på agitasjon. Studiet hadde funn som fortalte at god personsentrert omsorg muligens også kan gi en forebyggende effekt på agitasjon hos personer med demens. Men dette er usikkert da det var bare en studie som omtalte dette.

Artikkel nr.04.

Navn på artikkel /studie dato for når det er publisert	Forfatter	Metode	Hovedfunn i artikkelen/studiet
Publisert: 05.04.2017 “The effectiveness of massage and touch on behavioural and psychological symptoms of dementia: A quantitative systematic review and meta-analysis”.	Wu, J; Wang, Y; Wang, Z	En kvantitativ systematisk gjennomgang og med tilfeldige, kontrollerte studier eller kvasiekperimentelle studier.	Studien inneholdt massasje- og berøringsinngrep til eldre mennesker med demens. Involverte 565 pasienter med demens. Noen studier kunne vise til at håndmassasje og liknende hadde positiv effekt, men derimot kunne fysisk berøring av en pasient, som er sint og agitert, være svært negativt. Det konkluderes med at, på grunn av relativt liten prøvestørrelse og lav kvalitet på de inkluderte studiene er det vanskelig å trekke en konklusjon om effekten av massasje og berøring på atferds- og psykologisk syndrom pga. demens eller implikasjoner for praksis.

Artikkel nr.05.

Navn på artikkel /studie dato for når det er publisert	Forfatter	Metode	Hovedfunn i artikkelen/studiet
<p>Publisert: 02.03.2019 «De skrev henne ned» «Livsarket» og fortellinger om identitet og omsorg.</p>	<p>Simonhjell, Nora; Hellstrand, Ingvil</p>	<p>Artikkel og diskusjon om «Livsarket». Et kvalitativ litteraturstudie.</p>	<p>Som verktøy tar «Livsarket» utgangspunkt i, at det å kjenne vesentlige deler av en persons livshistorie, er sentralt i god omsorgsutøvelse. Satsningen på «Livsarket» gir en pekepinn på idealer for vår tids forståelser av hva offentlig omsorg er. Og kan bli slik at de, som har behov for at «Livsarket» blir brukt, ofte har utfordringer i form av kognitiv svikt eller språk. Det som skrives ned vil være avhengig av den enkeltes minne og selvforståelse. En livsforståelse av en person med demens kan oppleves som kaotisk og oppstykket. Det som forstås og tolkes har stor betydning for oppfølgingen av pasienten. Det vil også være av stor betydning hvem det er som forteller pasienten sin livshistorie. Er det pasienten selv eller pasientens nærmeste pårørende? Alle vil ha ulikt fokus for hva som blir fortalt og hvordan det fortelles.</p>

Artikkel nr.06.

Navn på artikkel /studie dato for når det er publisert	Forfattere	Metode	Hovedfunn i artikkelen/studiet
Publisert 06.12.2013 Personer med demenssykdom i sykehjem: Refleksjon over livet.	Drageset, Ingrid; Normann, Ketil; Elstad, Ingunn	Kvalitativ studie. Intervju av pasienter og pårørende. Feltarbeidet foregikk i løpet av fem måneder, og hadde som hovedhensikt å bli kjent med alle de ti pasientene og deres pårørende, med sykehjemmet og dagliglivet der.	Intervju av pasienter med demens: Personer med demens kan fint fortelle fra sin livshistorie, og det er viktig at de får mulighet til dette. Noen ganger trenger de mer tid, eller de trenger hjelp fra pleieren til å sammenfatte det som ble fortalt. Studiet viser til det at når pasienten får fortelle fra sin livshistorie kan dette bidra til ivaretagelse av pasientens vaner og interesser gjennom livets løp. Noen av pasientene sa selv at de merket at noen «biter forsvant bit for bit». Dette ble tolket som om at pasienten da mente hukommelsen sin. Det at pasientene klarte å gi uttrykk for dette, gav intervjueren en liten innsikt i hvordan det er å leve med en demenssykdom. Fortellingen inneholdt viktige elementer som fortalte hvem den enkelte var. I tillegg synliggjorde pasientenes fortellinger hva som var viktig å videreføres til sykehjemmet. Å få innsikt i pasientens livshistorie kan bidra til å ivareta pasientens identitet

Artikkel nr.07.

Navn på artikkel /studie dato for når det er publisert	Forfatter	Metode	Hovedfunn i artikkelen/studiet
Publisert: 05.02.2010 “The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care”.	McKeown, j; Clarke, A; Settle, C; Ryan, T; Repper, J	En casestudie bestående av semistrukturerte intervju, observasjoner og samtaler.	Hovedtema: <i>Fra pasient til person; Kan du høre meg? Om stolthet og glede.</i> Studien kom fram til at det var store muligheter til å kunne se mennesket bak sykdommen når det ble jobbet med livshistoriearbeid (LSW). Dette arbeidet førte til at pasienten ble hørt både verbalt- og nonverbalt. På denne måten var det mulighet for pasientene å opprettholde sin identitet og føle stolthet over sitt liv som menneske

Artikkel nr.08.

Navn på artikkel /studie dato for når det er publisert	Forfatter	Metode	Hovedfunn i artikkelen/studiet
<p>Publisert: 02.05.2017 “They are still the same – family members’ stories about their relatives with dementia disorders as residents in a nursing home”.</p>	<p>Cronfalk, Berit Seiger; Norberg, Astrid; Ternestedt, Britt-Marie</p>	<p>Kvalitativ studie. Semistrukturerte intervju av familiemedlemmer av pasienter med demenssykdom.</p>	<p>Studien presenterer fire funn som var viktig å ta hensyn til:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hvordan er det å bo i et uavklart bosted Det å flytte til ulike steder (for eksempel, avlastning og ulike institusjoner). 2. Komme til ro og fred. 3. Beholde gamle vaner. 4. Tanker om forestående død. <p>Flere så på hva som var av betydning for at pasienter som flyttet på sykehjem kunne få opprettholde sin selvrespekt og identitet. De ser at vaner har stor innvirkning Det at pasientene fikk opprettholdt sin identitet og personlighet gjorde at pasientene var i stand til å kunne beholde sine vaner. Mangel på personsentrert forståelse, der pleier ikke viser aksept, var svært negativt for pasienten. Hvis pleier mangler kunnskaper om de spesifikke behov som foreligger, eller hva hver enkel pasient ønsket av omsorg, vil dette kunne føre til negativ opplevelse for pasientens egenverdi. Studiet hadde også tatt opp hvordan et vanskelig tema kunne snakkes om sammen med pasienten. De viser til at det er leders ansvar at pleier har kunnskap og det er fokus og bevissthet rundt tilnærmingen av personer med demens</p>

Artikkel nr.09.

Navn på artikkel /studie dato for når det er publisert	Forfatter	Metode	Hovedfunn i artikkelen/studiet
<p>Publisert: 2014 “Like a Dance”: Performing Good Care for Persons with Dementia Living in Institutions”.</p>	<p>Helleberg, Kristin Mjelde; Hauge, Solveig</p>	<p>Kvalitativ studie med individuelle intervjuer av sykepleiere og omsorgsarbeidere.</p>	<p>Temaene: Å finne-følge-lede. Ut fra dette sammenligner de omsorgen i demensomsorgen som en dans mellom pasient og pleier. Utfallet av dansen kan påvirkes av den erfaringen og den kunnskapen pleieren har. Overfor både det faglige samt kjennskapen til pasientens levde liv. Dansens metafor blir benyttet fordi en dans innebærer mange bevegelser, noe som skal koordineres med styrke og bestemthet. I denne dansen kan det fremkomme følelser. Den kan skape en opplevelse av felleskap og gi god stemning. Når man danser kan man forholde til strenge koreografier, som strenge prosedyrer, eller så kan dansen gi rom for tolking og improvisasjoner. Sykepleiere som jobber i demensomsorgen, må kunne bevege seg etter pasientens tilstand her og nå, og ut ifra det de opplever forsøke å tolke og hjelpe pasienten med de daglige aktivitetene. Sykepleierne var bevisst at kommunikasjonen måtte utvides til mer enn bare det verbale, og de tolket mye kroppsspråk og uttrykk fra pasientene. Dette var avgjørende for å kunne identifisere hvordan pasientens tilstand var her og nå. På samme måte opplevde pleierne at pasientene prøvde å lese væremåten til pleierne og tolket dette. Sykepleierne mente det var viktig å ta ledelsen i dansen og på den måten kunne «føre» pasienten til en fin og trygg opplevelse.</p>

Artikkel nr.10.

Navn på artikkel /studie dato for når det er publisert	Forfatter	Metode	Hovedfunn i artikkelen/studiet
<p>Publisert: 02.01.2009 «Dementia care mapping» - en mulig metode for utvikling av demensomsorg i sykehjem.</p>	<p>Rokstad, Anne Mari; Vatne, Solfrid</p>	<p>Kvalitativ fokusgruppeintervju med personell fra sykehjem.</p> <p>Data om DCM var også med i det kvantitative studiet.</p>	<p>En studie for å se om DCM kan gi en positiv effekt i sykehjem. Etter fokus på DCM i tre måneder mener informanten at de var mere bevisst hvordan de samhandlet og snakket med pasienten. Dette ga positive resultater i form av trivsel og velvære hos pasientene. Dette ga også utslag i miljøet i avdelingen. Studiet har også sett på andre liknende undersøkelser rundt DCM. De trekker frem flere studier som var publisert med positive resultater, deriblant en randomisert studie fra Australia. Her viser studiet til at forekomst av agitasjon ble redusert ved bruk av modellen DCM i sykehjem. Videre har de sett på en studie fra Tyskland som sier at resultatene er avhengig av om ledelsen er positiv og støtter opp, og at det var viktig at leder hadde god kommunikasjon med personalgruppen, hvis implementering av DCM skulle ha en positiv effekt. Samlet sett konkluderes det med at implementering av DCM i sykehjem har en positiv effekt for kvalitetsutviklingen. Personalet ble mere bevisst for enkeltindividets behov. Personalet gav uttrykk for at økt bevissthet bidro til endring av atferd, økt trygghet i faglige dilemmaer og til utprøving av nye miljøtiltak.</p>

Artikkel nr.11.

Navn på artikkel /studie dato for når det er publisert	Forfatter	Metode	Hvoedfunn i artikkelen/studiet.
Publisert: 2013 “Nursing Staff's Understanding Expressions of People With Advanced Dementia Disease”.	Eggers, Thomas; Ekman, Sirkka-Liisa; Norberg, Astrid	Kvalitativ analyse av intervju. Studien gikk over 8 år, med et intervju i år en og et i år to. Det var bare to sykepleiere som ikke ble intervjuet begge gangene.	Tema var: å være i kommunikasjon, eller gjøre kommunikasjon (?). Hva som var av betydning for sykepleierne for å kunne gi god omsorg til personer med langt kommet demenssykdom. Hovedfunnet var av sykepleieren måtte kunne kommunisere sammen med pasienten, hjelpe pasienten til å kunne fortelle fra sitt liv i nåtid og fortid og på en slik måte at pasienten unngikk å bli forvirret. Sykepleierne hadde stor gevinst av å kjenne til pasientens tidligere liv slik at det ut fra dette kunne dannes en samtale. Det var i tillegg viktig at sykepleieren kunne tilpasse seg til pasientens følelser, forsøke å se i fra pasientens ståsted og bruke av egen livserfaring i kommunikasjonen. Likeså måtte sykepleieren kunne sanse, tolke og respektere pasientens reaksjoner og være bevisst at pasienten kan ha klare øyeblikk og respektere disse. Å lære sykepleiere til å kommunisere terapeutisk har en positiv effekt.

Artikkel nr.12.

Navn på artikkel /studie dato for når det er publisert	Forfatter	Metode	Hovedfunn i artikkelen/studiet
<p>Publisert: 01.07.2018 “Music as a Healing Art in Dementia Care”.</p>	<p>Sorrell, Jeanne M</p>		<p>Musikk er lett tilgjengelig og noe alle kan bruke, Funnt: Forbedre oppbevaring av tale og språk ved å minimere symptomer som agitasjon, unormal vokalisering og aggresjon. Redusere angst og depresjon og forbedre livskvaliteten gjennom å legge til rette for økt sosial interaksjon, redusere stresshormoner og forbedre en følelse av velvære. Personer med demens beholder minnet om musikk lengre enn alt annet. Det er ulike områder i hjernen hvor kjent og ukjent musikk oppfattes. Ved Alzheimers sykdom fant de at hukommelsesregionen for kjent musikk var uberørt av sykdommen. Dette ser ut for å være forklaringen for hvorfor musikalsk hukommelse er bedre bevart hos den syke enn andre typer minner. Musikk kan også øke aktivitetsnivået ved hjelp av klapp, dans, å gå i takt og å synge med. Musikk kan være med på å roe ned pasienter og hjelpe de til mobilitet samt redusere forvirring. Det er viktig at pårørende hjelper til med å finne rett type musikk til den enkelte person.</p>

Artikkel nr. 13.

Navn på artikkel /studie dato for når det er publisert	Forfatter	Metode	Hovedfunn i artikkelen/studiet
Publisert: 2014 “Music-Assisted Bathing: Making Shower Time Easier for People with Dementia”	Ray, Kendra D; Fitzsimmons, Suzanne	Systematisk litteraturstudie.	Kan musikk minske uro ved dusjing og bading? Valg av musikk er svært viktig. Musikk sette en god stemning før bad, og redusere angst. Musikk under bading kan vise seg å være terapeutisk. Mange er vant til å bruke musikk, men det kan ikke ses på som en forebygging for uro, angst og agitasjon.

Artikkel nr.14.

Navn på artikkel /studie dato for når det er publisert	Forfatter	Metode	Hovedfunn i artikkelen/studiet
Publisert: 01,02,2017 “Person-Centered Primary Care Strategies for Assessment of and Intervention for Aggressive Behaviors in Dementia”.	Desai, Anand; Wharton, Tracy; Struble, Laura; Blazek., Mary	Gjennomgang av en komplisert pasienthistorie og et intervju med pårørende. Systematisk litteraturstudie. Kvalitativt.	Pleierne må ha et hovedfokus på hvordan de snakker til pasienten og at de viser interesse for samtalen og sitter ned sammen med pasienten. Det er anbefalt å forsøke miljøbehandling tilpasset den enkelte pasient før eventuelt medisiner tas i bruk for å redusere utagering og uro. Det er mange studier som viser til at pasienten får flere bivirkninger enn nytte av medisinen. Bruk av levende dyr kan ha en positiv effekt på den urolige pasienten og roe han ned. Likeså musikk og trening. Men det gir ikke forebyggende effekt for utagering og agitasjon i framtiden. Noen studier viser til at trening kan ha en positiv effekt på uro og er med på å forbedre livskvaliteten.

2. Prosjektbeskrivelse og godkjenning fra NSD

Prosjektinformasjon

Prosjekttittel

Persontentrert omsorg

Prosjektbeskrivelse

På hvilken måte er persontentrert omsorg implementert i sykehjem? Jeg ønsker å intervju sykepleiere med over 5 års erfaring fra demenspleie. Jeg har lyst å finne ut av hva tenker/mener sykepleiere i demensomsorgen er viktig eller har betydning for å unngå utagering og bruk av tvang ut fra persontentrert omsorg. Jeg ønsker å besøke tre sykehjem i to ulike kommuner i Nordland. Jeg velger dette da landsdelen består av små og mellomstore kommuner, og jeg ønsker å få et litt bredere nedslagsfelt. Jeg ønsker å få fram den enkeltes fortellinger og deres erfaring fra persontentrert omsorg i sykehjem.

2.0 Prosjekttittel

3.0 Persontentrert omsorg

4.0 Referansenummer

5.0 715964

6.0 Registrert

7.0 31.05.2019 av synnovebeatej@hotmail.com - synnovebeatej@hotmail.com

8.0 Behandlingsansvarlig institusjon

9.0 Nord Universitet / Fakultet for sykepleie og helsevitenskap / Helsevitenskap

10.0 Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

11.0 Jorunn Hov, Jorunnhov@nord.no, tlf: 75057990

12.0 Type prosjekt

13.0 Studentprosjekt, masterstudium

14.0 Kontaktinformasjon, student

15.0 Synnøve Beate Johansen, synnovebeatej@hotmail.com, tlf: 92454831

16.0 Prosjektperiode

17.0 13.09.2019 - 15.05.2020

18.0 Status

19.0 28.06.2019 - Vurdert

20.0

Vurdering (1)

21.0

22.0 28.06.2019 - Vurdert

23.0 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 den 28.06.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

3. Informasjon om prosjektet og Samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet ” Personsentrert omsorg”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å bli kjent med din erfaring rundt personsentrert omsorg. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Jeg ønsker i min master å forske på personsentrert omsorg til personer med demens sykdom i sykehjem. Demens sykdom er en samlebetegnelse for kronisk funksjonssvikt. Et hjerneorganisk syndrom som kjennetegnes med kronisk kognitiv svikt. Denne svikten reduserer evnen til å fungere i dagliglivet slik man gjorde før. både evnen til å regulere sine følelser, regulere adferd og evnen til å opprettholde sin funksjonalitet svekkes og kan forsvinne helt til slutt. Demens er den hyppigste årsaken til personer i dag flytter på sykehjem. Jeg ønsker først å fremst høre din erfaring innenfor feltet. For å hjelpe deg på kan du tenke over disse spørsmålene:

* På hvilken måte kan det å kjenne pasientene hjelpe deg i en stellesituasjon?

* kan du fortelle om erfaringer der kjennskap til det levde livet til pasientene påvirke helsehjelpen?

* på hvilken måte ser du nytten i å bruke informasjon om pasienters levde liv?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Student Synnøve Johansen ved Nord universitet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg har ytret ønske om informanter til min studie til din leder, din leder har oppnevnt deg som informant. Du samtykker med dette å være med i studiet, men du kan når som helst hvis du skulle ønsker det trekke deg. Det er tre ulike sykehjem fra to kommuner som deltar og det er i alt 9 informanter.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du takker ja ønsker jeg å ha en samtale med deg der du forteller fra din erfaring om personsentrert omsorg i sykehjem. Det kan være hvordan det er å jobbe i demensomsorgen eller flere situasjoner du forteller om. Tid på intervjuet ca. 45-60 min. det vil bli brukt notatblokk og diktafon for lydopptak, diktafon vil ikke bli tilgjengelig for andre enn meg etter dette intervjuet. Tale opptaket vil bli slette når alt er transkribert. Det er mulighet for små sitater, utdrag fra din historie blir tatt med i oppgaven. Dine personopplysninger vil ikke komme fram i oppgaven.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert.

Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- *Prosjektet mitt vil bli framlagt for Veileder og medstudenter.*
- *Dit navn vil bli erstattet av kode for eksempel intervju objekt A. og taleopptak vil være utilgjengelig for andre en meg.*
- *Jeg bruker privat PC til å transkribere intervjuene.*

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.05.20. *Alt av tale opptak vil da være slettet.*

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra *Nord universet avd. Bodø* har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av **personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.**

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- *Nord universitet avd. Bodø ved Synnøve Johansen. Synnovebeatej@hotmail.com. mobil 92454831 og*
- *Veileder Jorunn Hov. Jorunn.hov@nord.no*
- Vårt personvernombud: Toril Irene Kringen. personvernombud@nord.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen.

Prosjektansvarlig:

Student: Synnøve Johansen

Veileder: Jorunn Hov

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *personsentrert omsorg*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i [*sett inn aktuell metode, f.eks. intervju*]
- å delta i [*sett inn flere metoder, f.eks. spørreskjema*] – hvis aktuelt
- at lærer kan gi opplysninger om meg til prosjektet – hvis aktuelt
- at mine personopplysninger behandles utenfor EU – hvis aktuelt
- at opplysninger om meg publiseres slik at jeg kan gjenkjennes [*beskriv nærmere*] – hvis aktuelt
- at mine personopplysninger lagres etter prosjektslutt, til [*beskriv formål*] – hvis aktuelt

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca.15.05.2020

(Signert av prosjektdeltaker, dato).

4. Intervjuguide

Hvor lenge har du jobbet i demensomsorgen på sykehjem?

Hva slags kjennskap har du til pasientenes bakgrunnshistorie (det levde liv) for de som bor her, og kan du fortelle meg hvor du kan finne informasjon om det levde liv for pasientene her på ditt sykehjem?

Tenker du det er mest til hjelp for deg for å gi pleien å kjenne til hvordan pasienter er her og nå, eller har det mest betydning hvordan pasientene levde sitt liv før?

På hvilken måte ser du nytten i å bruke informasjon om pasientens levde liv i en stellesituasjon?

Kan du fortelle hvordan du kan gå fram for å unngå utagering og bruk av tvang i stellesituasjon der det kan være mulighet for utagering kan oppstå?

5. Meningsfortetting og finne sentrale tema

Full tekst	Naturlig enhet	Sentralt tema	Utsagn
<p>En god kombinasjon kanskje, for litt avhengi hvordan pasienten er her og nå,. så kjenner vi gjerne til reaksjoner,... Men hvis ting begynner å gå lit galt, så vi må avlede,. Så er det veldig bra å ha tidligere liv å snakke om i stede for å snakke om det som vi nå holder på med, bare snakk bort, rett og slett avledning «»Mmm» og da bruker vi tidligere levd liv</p>	<p>En god kombinasjon, litt avhengig hvordan pasienten er nå, så kjenner vi ofte til reaksjoner. Men hvis ting begynner å gå lit galt, så vi må avlede. Da er det veldig bra å ha tidligere liv og snakke om i stedet for å snakke det vi gjør nå. Rett og slett avledning da bruker vi fra tidligere levd liv</p>	<p>Ha kjennskap tidligere liv for å avlede. (avlede) (det levde liv)</p>	<p>Kunne ha tidligere liv og snakke om for å avlede, i stedet for å snakke om det vi nå holder på med</p>
Full tekst	Naturlig enhet	Sentralt tema	Utsagn
<p>Ja, em, vet du det derre er lit em, det går egentlig litt inn i hverandre synes jeg. Fordi at i det at jeg har en god kjennskap til det levde livet, og hva som er viktig for dem. Så kan jeg hvite at det nytter ikke at jeg banker på døren og ønsker god morgen når jeg står nedmed døren når pasienten nærmest ligger omtrent i andre enden av rommet. Kanskje har nedsatt hørsel, kanskje akkurat våkner der og</p>	<p>Fordi jeg har en god kjennskap til det levde livet, og hva som er viktig for dem. Så kan jeg hvite at det nytter ikke at jeg banker på døren og ønsker god morgen når jeg står ved døren når pasienten er i andre enden av rommet. Kanskje har den nedsatt hørsel, akkurat våkner. Hvis jeg vet at de liker å ta det med ro om morgen, våkne litt langsomt.</p>	<p>God kjennskap til det levde liv. (det levde liv)</p> <p>Kjennskap til pasienten sin helsetilstand (kjennskap til her og nå)</p> <p>Liker å våkne rolig (Vaner)</p>	<p>hvis jeg vet at de liker å få våkne lit langsomt, og liker å ha ro om morgen, tillegg har blidt kjent med de som gamle.</p>

da. hvis ja, jeg da vet at de liker å få våkne lit langsomt, de har gjerne tatt det med ro om morgenen, så kan,, og man lær å kjenne dem som gamle.	Man lær å kjenne dem som gamle.		
Full tekst	Naturlig enhet	Sentralt tema	Utsagn
Den livshistoria blir jo basert på det unger, ektefelle har sett opp igjennom livet, og unger har jo en egen måte å se foreldre sine på i forhold til det en ektefelle har.	Den livshistoria blir jo basert på det unger, ektefelle har sett opp igjennom livet, unger har en egen måte å se foreldre sine på i forhold til en ektefelle har.	Betydningen av informasjon fra pårørende (Pårørende samarbeid)	unger har en egen måte å se foreldre sine på i forhold til. det en ektefelle har
Full tekst	Naturlig enhet	Sentralt tema	Utsagn
Og for de som vil ha en kopp kaffe før de still seg, ja det jo ikke så ofte da men hvis man vet det om slike spesielle ting som pasienten har likt å gjort hjemme så er jo det veldig greit å vite	De som vil ha en kopp kaffe før de still seg, det jo ikke så ofte. Hvis man vet om slike spesielle ting som pasienten har likt å gjøre hjemme så er det veldig greit å vite	Vant med å drikke kaffe før still (Vaner) (Rutiner)	Hvis man vet det om spesielle ting som pasienten har likt å gjøre hjemme, for eksempel drikke kaffe før morgenstell
Full tekst	Naturlig enhet	Sentralt tema	Utsagn
Og det tror jeg, det herre med å., å ha,, det er jo slike kjente begrep som å ha blikk kontakt når du prater, og bruke få ord. Og gjerne ikke sier så	Det er jo slike kjente begre som å ha blikk kontakt når du prater. Bruke få ord, ikke sier så mye, kanskje ikke si noe, og signalisere med	Og se på pasienten, snakke rolig (Pleiers framturen)	Det å ha blikkkontakt, bruke få ord, laft toneleie og signalisere en form for trygghet

<p>mye, kanskje ikke si noe eller veldig lite... Så blikk kontakt og få ord, og signalisere med kroppsholdninger noe form for trygghet, det samme med tonefall det er kjempeviktig</p>	<p>kroppsholdningen noe form for trygghet, dette samme med tonefall er kjempeviktig</p>	<p>Pleier signalisere med kroppsspråket trygghet (Trygghetsopplevelse)</p>	<p>med kroppsspråket</p>
--	---	---	--------------------------