

Avsluttende eksamen

Faktorer som fremmer personsentrert omsorg

– en litteraturstudie

Janne Kristiansen og Aina Skjøthaug



Høgskolen i **Hedmark**

Videreutdanning i eldreomsorg med vekt på psykisk helse

HØGSKOLEN I HEDMARK

Juni 2011

Innhold

INNHold	2
FORORD	3
1. INNLEDNING	4
1.1 BAKGRUNN, HENSIKT OG PROBLEMSTILLING.....	5
1.2 OPPGAVENS OPPBYGNING OG AVGRENSNING	6
2. METODE	8
2.1 SPØRSMÅLFÖRMULERING OG SÖKESTRATEGI	8
2.2 LITTERATURSÖK	10
2.3 KILDER OG KILDEKRITIKK	11
3. TEORETISK PLATTFORM	16
3.1 ALDERSDEMENS	16
3.2 KUNNSKAP	18
3.3 OMSORGSKULTUR	19
3.4 ORGANISERING OG LEDELSE.....	21
3.5 PERSONSENTRERT OMSORG	22
4. DRÖFTING	24
5. KONKLUSJON	31
LITTERATURLISTE	32

Forord

Skumringslandet

Av Jan Vincent Johansen

Når solen og månen flyter sammen
og dager og netter blir skumringsgrå
Og du sitter alene i skumringslandet
som ingen andre enn du kan nå

Sitter alene
Og gjør meg alene
Så inderlig nær og så inderlig fjern
med øyne så dype som nattstille tjern
Var det en krusning?
Er det tanker som vaker?
Var det noe jeg drømte?
Og ønsket jeg så

Jeg kaster ut ord
men får ingen tilbake
Bare lyd mot et vindu
med haspene på
Jeg ser at du går der
Du tasser omkring
og lever i minnerom det du har opplevd
Og det som kanskje aldri har hendt

Mens kroppen din svinner
som alt jeg har kjent
Husker du ikke at våren var i deg?
At livet ditt var som en dansende elv?
Hvordan kan du glemme det
kjæreste fremmede?
Der du lukker deg inn i ditt dypeste selv

Hvor finnes det lys
som kan vise deg veien
til alt det vi hadde
og alt det du var?
Da kroppen din lekte
og hjernen var klar

La meg holde deg inntil meg
kjæreste kjære
Og lær meg å lære
at jeg må forstå
at du sitter alene
i skumringslandet som ingen andre enn du kan nå

Sitter alene
og gjør meg alene
Så inderlig fjern
og så inderlig nær
La meg holde deg inntil meg
kjæreste kjære
Du er min slik du var
Og min slik du er

1. Innledning

Dette er en avsluttende eksamensbesvarelse i videreutdanning i eldreomsorg med vekt på psykisk helse. I henhold til fagplanen i dette studiet, dreier geriatrisk sykepleie seg om å bidra til at eldre får god behandling, pleie og omsorg. Geriatrisk sykepleier vil ha økt fokus på kvalitetsutvikling på arbeidsplassen og har kompetanse innen planlegging av et tilpasset og variert omsorgstilbud til eldre, dette i følge *Fagplan i eldreomsorg med vekt på psykisk helse* (Høgskolen i Hedmark, 2009). Vi jobber som avdelingsledere ved et somatisk sykehjem. Hverdagen preges av travle dager, knappe ressurser og en pasientgruppe som stadig blir mer kompleks. Mange av pasientene har en form for kognitiv svikt, de fleste en type demens fra moderat til alvorlig grad. Avdelingene våre er store og uoversiktlige. De er lite tilrettelagt for personer med demens og minner lite om en hjemmekoselig atmosfære. Vårt perspektiv inn i denne avsluttende oppgaven vil være som ledere på somatisk sykehjem.

Det er utarbeidet nasjonale føringer som tar for seg utfordringer og behov, samt foreslår kortsiktige og langsiktige strategier for å møte disse. Dette er ment å styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten. En av rapportene er *Glemsk, men ikke glemt!* av Sosial- og helsedirektoratet (2007), som sier at personer med demens er den største brukergruppen av de kommunale tjenester. Rapporten viser til undersøkelser som forteller at i overkant av 80 % av pasienter i norske sykehjem har en demenssykdom. Videre står det i rapporten at:

Gode tjenester for personer med demens er tjenester som er individuelt tilpasset den enkelte og tilpasset den fasen av sykdomsutviklingen den enkelte befinner seg i. Prinsippene er å bygge behandlingen opp rundt det som finnes av pasientens egne funksjoner, og tilrettelegge miljø og tjenester slik at det gir størst mulig grad av egen mestring (Ibid., s. 27).

Kommunen er pliktig til å bidra til at mennesker som er avhengig av hjelp får mulighet til en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre jamfør Sosialtjenesteloven (1982). Fra nyttår 2011 trådte *Verdighetsgarantien* i kraft. Denne forskrift er ment å sikre en eldreomsorg som er tilrettelagt slik at pasienten opplever en trygg, verdig og meningsfylt alderdom hvor tiltakene iverksettes i respekt for den enkeltes egenverd, livsførsel og selvbestemmelsesrett.

1.1 Bakgrunn, hensikt og problemstilling

Bakgrunnen for vårt valg av tema er at vi i vår arbeidshverdag opplever at pasientene blir sett på som en oppgave som skal løses. Dermed er det lett å glemme personen bak diagnosen og et individuelt tilpasset tilbud til den enkelte er ikke prioritert. Vi ser en kultur som er preget av fokus på målbare oppgaver og det er denne kulturen som går i arv. Nyansatte får opplæring i praktiske gjøremål mens pasienten ofte er glemt. Som leder av faget og av avdelingene stiller vi oss undrende i forhold til hvilke faktorer som må på plass for at prioriteringene skal endres.

Vi har i hverdagen sett eksempler som kan tyde på mangel på kunnskap og negative holdninger til pasienter med demens. Vi ser også hvordan organiseringen av dagliglivet virker negativt inn på pasientenes mulighet for å fungere optimalt, dette fordi det ofte er hensyn til drift og ikke pasientens individuelle behov som prioriteres. Handlinger forklares ut fra tidspress og knappe ressurser. Våre erfaringer har gjort at vi brenner for å endre fokuset fra oppgaveorientert omsorg til personsentrert omsorg. Her er et av mange eksempler fra en helt vanlig dag på jobben:

Frokoststund:

Det er tid for frokost på avdelingen. Stemningen er hektisk og pasientene er samlet på stuen. Personalet løper til og fra, men ingen sitter ned. Kjøkkenassistenten har ferdig smurte brødsiver til alle pasientene, og i dag var det mye syltetøy. En ansatt med fagutdanning som er kjent i avdelingen, skal hjelpe en av pasientene med frokost. Hun vet at pasienten har demens og at han klarer å spise selv med tilrettelegging. Av og til mestrer pasienten godt å spise selv, men andre ganger skjønner han ikke hva han skal gjøre med hverken glasset eller brødskiva. Dette er på grunn av sykdomsutviklingen, og den ansatte må ha kunnskap om nettopp hva sykdommen gjør, for så å kunne sette kunnskapen ut i praktiske ferdigheter. Denne dagen hadde ikke pasienten forståelse for hvordan brødskiva skulle bli spist, og pasienten var tilgriset med syltetøy. Avdelingsleder kommer innom stuen og ser situasjonen. Hun foreslår at hjelpepleieren setter seg ved siden av pasienten og spiser litt. Da vil personen med demens speile det hjelpepleieren gjør og opplevelsen av mestring kan være tilstede. Til stor overraskelse svarer hjelpepleieren;

“Jeg hæler ikke å spise sammen med noen som griser så fælt!”

Hensikten med vår oppgave er å se på hva som skal til for å fremme personsentrert omsorg i sykehjem. Kitwood (1997) som er grunnlegger av personsentrert omsorg, ønsket å forandre fokus i demensomsorgen fra fokus på sykdommen til fokus på personen. Vi har en formening om at det avgjørende og grunnleggende for å få til dette, er økt fokus på personalets kunnskap om og deres holdninger til personer med demens. Samtidig ser vi som ledere at organiseringen av sykehjemmet og våre rammebetingelser er en overordnet faktor for å kunne nå målet. Vi håper med dette å medvirke til at personer med demens kan fungere optimalt til tross for sin sykdomsutvikling på vårt sykehjem.

Vår problemstilling blir:

I hvilken grad har kunnskap, kultur og organisering betydning for personsentrert omsorg i sykehjem?

Vi vil ta for oss problemstillingen med utgangspunkt i at kunnskap består av faglig og etisk kompetanse og varierer i forhold til utdanningsnivå. Med kultur forstår vi omsorgskulturen som preger våre og andre sykehjemsavdelinger. Organisering handler her om fysisk organisering av sykehjemmet samt rammebetingelser og overordnet organisering i kommunen. Vi vil også se organiseringen i sammenheng med ledelse.

1.2 Oppgavens oppbygning og avgrensning

I oppgaven har vi valgt å begrense oss til personer med demens. I følge Engedal (2009) har 80 % av pasientene på sykehjem en demenssykdom. Dessuten er en god demensomsorg også en god eldreomsorg i følge *Demensplan 2015 "Den gode dagen"* (Helse og omsorgsdepartementet, 2009). I teorikapitlet har vi valgt å skrive om sykdommen aldersdemens generelt. Vi nevner kort ulike symptomer, men går ikke i dybden på dette siden personsentrert omsorg skal være omsorg som bygger opp om pasientens identitet og individuelle behov uavhengig av hvor den enkelte er i sykdomsutviklingen.

Kitwood (1997) har utviklet verktøy for å styrke helsepersonellens evne til utøvelsen av personsentrert omsorg. Vi vil ikke gå videre inn på dette i vår oppgave da vi velger å fokusere på grunnleggende faktorer som må være på plass før man kan ta det i bruk.

Når vi omtaler helsepersonalet generelt, refererer vi til ufaglærte, fagarbeidere, hjelpepleiere, spesialhjelpepleiere, sykepleiere og spesialsykepleiere.

Pårørende en viktig ressurs for blant annet innhenting av pasientens livshistorie, men deres rolle har vi ikke gått nærmere inn på i denne oppgaven.

Oppgaven er delt inn i 5 kapitler med underkapitler. I kapittel 1 forteller vi om bakgrunnen for temaet vårt, presenterer problemstillingen og hensikten med oppgaven samt våre avgrensinger. I kapittel 2 presenterer vi hvilken metode vi har brukt, hvordan vi har kommet fram til vårt litteratursøk og våre funn. Vi har en skjematisk framstilling av artiklene som er kvalitetsvurdert etter kunnskapssenterets kvalitetsvurderinger. I kapittel 3 presenterer vi den teoretiske plattformen som vi skal drøfte rundt. Vi presenterer en kort omtale om aldersdemens og utviklingen av sykdommen. Vi legger fram teoretiske rammer og funn for kunnskap, kultur og organisering samt personsentrert omsorg. I kapittel 4 drøfter vi rundt kunnskap, kultur og organisering med bakgrunn i våre funn i artikler og bøker. Vi drar også inn nasjonale føringer da disse er styringsredskaper en avdelingsleder må forholde seg til. Samtidig ser vi at disse setter fokus på personsentrert omsorg. I kapittel 5 har vi lagt fram en konklusjon på problemstillingen, samtidig som vi oppsummerer funnene våre.

2. Metode

Denne oppgaven er basert på en litteraturstudie samt våre egne erfaringer fra praksisfeltet. Vi har begge erfaringer både som sykepleiere i direkte pasientkontakt og som ledere for en sykehjemsavdeling. I denne oppgaven har vi valgt lederperspektivet som vårt utgangspunkt, men vi har også med oss vår bakgrunnskunnskap som sykepleiere. Vi har søkt i databaser via Biblioteket på Høgskolen for å finne aktuelle forskningsartikler. Vi har også valgt å benytte pensumlitteratur og selvvalgte bøker.

Utgangspunktet for litteraturstudiet var at vi ønsket å finne svar på hvordan vi som ledere kunne skape muligheter for en omsorg som setter enkeltindividet i fokus.

2.1 Spørsmålformulering og søkestrategi

For å kunne finne de riktige artiklene må vi formulert et godt spørsmål. Vi må konvertere vårt behov for informasjon om temaet vi er interessert i, til et konkret og fokusert spørsmål. Spørsmålet må utformes som et forgrunnsspørsmål som kjennetegnes ved å være konkrete kliniske spørsmål i motsetning til bakgrunnsspørsmål som er mer av generell karakter (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart, 2007). Dette er naturlig for oss siden vi allerede innehar generell kunnskap om faktorene vi er ute etter i kraft av vår erfaring og utdanning.

Det kan være komplisert å gjøre om det man lurer på til fokuserte og eksplisitte spørsmål, men til dette er det utviklet verktøy som kan benyttes. Vi har valgt å systematisere spørsmålet vårt etter PICO-modellen, hvor bokstavene betegner bestemte momenter som et klinisk spørsmål bør inneholde (Ibid).

P	Population/Problem	Hvilke type pasient/pasientgruppe eller problem gjelder spørsmålet?
I	Intervention	Hvilke tiltak, eller intervensjon, ønsker vi å vurdere? Det er viktig at intervensjon tolkes vidt her og inkluderer ulike former for eksponeringer. Hva er det pasienten "utsettes" for i klinisk praksis som vi er interessert i?

C	Comparison	Skal det tiltaket vi satte opp over, sammenlignes med et annet? I såfall setter vi det opp her. Noen ganger ønsker vi å sammenligne den praksisen vi fører i dag, med et annet tiltak.
O	Outcom	Hvilket utfall eller endepunkt er vi interessert i? Hvilken effekt av tiltaket ønsker vi vurdert?

Figur 1: PICO-skjema (hentet fra Nordtvedt et al., 2007)

I skjemaet settes det inn søkeord som vil gi svar på spørsmålet. Vi hadde en forutinntatt mening om et spørsmål. Ved å sette inn våre ord om temaet i PICO-skjemaet ble det klart for oss hva vi ønsket å finne ut mer om og hva spørsmålet vårt ville være. Vi brukte disse ordene:

P	Population/Problem	Personer med demens i sykehjem
I	Intervention	Dementia care mapping (DMC), livskvalitet, sosial identifikasjon, mellommenneskelige forhold
C	Comparison	Oppgaveorientert omsorg, knappe ressurser
O	Outcom	Personsentrert omsorg, holdninger blant pleiepersonell

Figur 2: Utfylt PICO-skjema

Av publisert forskning er det minimalt som er skrevet på norsk slik at søkning kun etter dette vil gi oss svært begrenset utvalg. Det er derfor avgjørende å bruke engelske søkeord, såkalte MESH-ord. Til å finne dette benyttet vi databasen SweMed. MESH-ordene ble; Dementia, person centered care, attitude of health personal, dementia care mapping, nursing home, reflection on practis, dementia nursing, alzheimer disease, dignety, self-esteem, identity, pasients empowerment, pasient psychology, menthal health. Søkestrategien ble å kombinere ulike MESH-ord og bruke trunkering.

I følge Nortvedt et al. (2007), vil typen metode som brukes i forskningen for å finne svar på spørsmål, kalles forskningsdesign. Utforming av kjernespmørsmål vil gi svar på hvilke forskningsdesign som er best egnet til å besvare temaet vårt. Vi har et klinisk spørsmål hvor vi ønsker kunnskap om erfaringer, holdninger og effekt av tiltak. Ut i fra tabell 2.3 i boken til Nortvedt et al. (2007), ser vi at det er kvalitativ metode og randomisert kontrollert forskning som er den foretrukne studiedesign for vårt tema.

2.2 Litteratursøk

For å finne aktuell forskning har vi utført systematiske søk i databasene Cinahl, Medline, PsychInfo, Cochorane og Embase. Vi søkte først etter faktorer som fremmer personsentrert omsorg og hadde en forforståelse for hvilke faktorer som var viktig. I starten av prosessen hadde vi vide søk som gav mange treff og ingen treff. Etter hvert i prosessen fikk vi mer erfaring samt at problemstillingen ble tydeligere og mer avgrenset. Det ble da lettere å gjennomføre søkene med hensiktsmessige resultater.

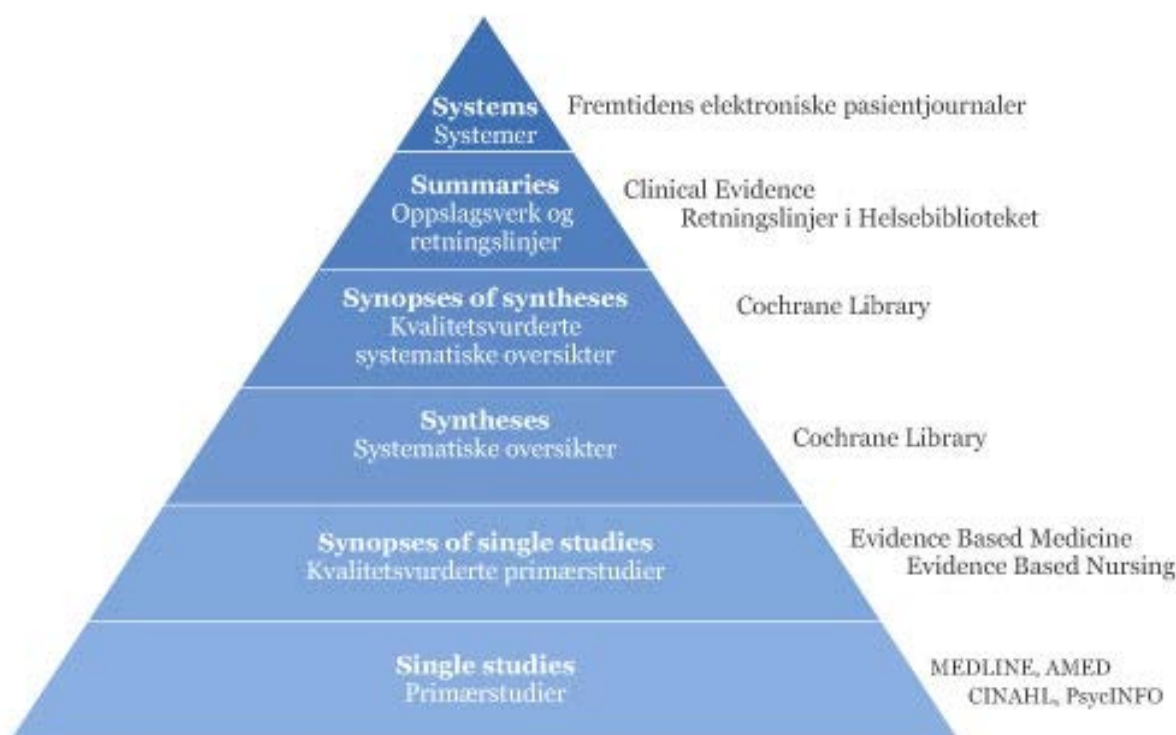
Vi har også søkt etter erfaringskunnskap om utformingen av fenomenet personsentrert omsorg med ulikt fokus. Vi ønsket å finne forskning som ga svar på både pasientenes, leders og pleiepersonalets opplevelse av omsorgen som ble gitt.

Vi ble anbefalt å bruke forskningsartikler som ikke var eldre enn ti år, men vi valgte å se bort fra dette fordi vi ikke ville gå glipp av god forskning dersom det skulle vise seg å være noe relevant mot vår problemstilling. Andre inklusjonskriterier vi satte var at artiklene skulle være skrevet på engelsk eller skandinavisk. Artikler på andre språk ble dermed ekskludert.

2.3 Kilder og kildekritikk

I litteraturstudier fremheves det at vi skal være tro mot forfatteren. Vi bruker derfor i størst mulig grad primærkilder der dette er tilgjengelig, men vi benytter også sekundærkilder spesielt ved engelskspråklige primærkilder. Ved bruk av sekundærkilder, har vi vært oppmerksomme på at funn og tolkninger i forskningen er farget av forfatterens situasjon og sinnsstemning. Teoriene er klassiske, men de har fortsatt stor innflytelse innen fagfeltene sykepleie.

For kvalitetsvurdering av artikler kan S-pyramiden benyttes, som viser ulike kunnskapskilder satt i system. Desto høyere i pyramiden vi finner artikkelen jo bedre er artikkelens kvalitet. Kilder over oppsummert forskning finner vi langt opp i pyramiden, mens enkeltstudier finner vi nederst. Hvilke kilder vi søker i, avhenger av spørsmål og studiedesign.



Figur 3: "S-modellen" av Haynes (Nortvedt 2007, s 44)

Mange av undersøkelsene er gjort i engelsktalende land. Vi har brukt Google translater for å kvalitetssikre oversettelsen, og opplever bedre forståelse i tolkning av artiklene ved dette. Tolkninger av andres tekster kan likevel innebære risiko for feilsitering og åpne for andre

tolkninger. Vi opplever at forskningen viser validitet når vi kjenner den igjen i den gode sykepleien. Relevans kan utfylle faglitteraturen og gi inspirasjon til videreutvikling av erfaringsbasert kunnskap. Egenerfaringer anonymiseres i oppgaven.

Vi har inkludert både kvalitative og kvantitative forskningsartikler i oppgaven. For kvalitetsvurdering av artiklene har vi valgt å bruke kunnskapscenterets sjekklister (Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten). Det var ikke alltid enkelt å svare “ja” eller “nei” på punktene i sjekklisene. Inkludering av artiklene er derfor også vurdert opp mot relevans for vår problemstilling. Vi har sett på om det kommer tydelig frem hvordan datainnsamlingen har foregått og om etiske hensyn er ivaretatt. Vi har vurdert inklusjonskriteriene for studiene og sett på hvordan frafallsprosenten har vært.

Tabelloversikt for vurdering av innhold og kvalitet av forskningsartikler:

Fofattere - År - Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode / instrument	Deltagere / Frafall
Dennis Younger, Geoffrey W. Martin 2000 Journal of Advanced Nursing	Demetia care mapping: an approach to quality audit of services for people with dementia in two health district	Undersøke hvordan dementia care mapping kan brukes som en kvalitetsindikator på omsorgen som gis.	Kvalitativ Observasjon og intervju	
Sheryl Zimmerman, Philip D Sloane, Christianna S Williams, Peter S Reed, et al. 2005, The Gerontologist	Dementia care an Quality of Life in Assisted Living and Nursing Homes	Å relatere elementer i demensomsorgen til livskvalitet for personer med demens, og vurdere hvordan det påvirker praksis	Kvalitativ metode. Intervju av pasienter, familie, personell, ledelse Oppfølging pr telefon etter 6 mnd	575 inkludert / 421 deltok
Bente Ødegård Kjøs, et al. 2010 International Journal for Quality	Quality work in long-term care: The role of first-line leaders	Undersøke avdelingsledernes rolle i kvalitetsarbeidet i kommunal pleie- og omsorgstjeneste.		

in Health Care				
Anne Marie Mork Rokstad, Solfrid Vatne, 2011 Sykepleien forskning	Dementia care mapping – en mulighet for refleksjon og utvikling	Viser erfaringer ved bruk av systematisk metode for utvikling av praksis i demensomsorgen innhentet i fokusgruppeintervjuer.	Kvalitativ studie	
Ådel Bergland og Marit Kirkevold 2011 Sykepleien forskning	Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens?	Belyser hva som foreligger av forskningsbasert kunnskap om miljøfaktorer.	Litteraturstudie	
Elisabeth Haggstrøm, Åsa Bruhn 2009 Nurse Education Today	Caregivers attitude to education and supervision in work with older people in a nursing home	Beskrive holdninger til utdanning, kurs og veiledning hos personell som arbeider med eldre	Kvalitativ	12
Lorna W. Guse og Mary Ann Masesar 1999, International Journal for Quality in Health Care	Quality of life and successful aging in long-term care: Perceptions of residents	Undersøke hvilke faktorer som er viktig for livskvaliteten for eldre i sykehjem	Kvalitativ, intervju og spørreskjema	93/32
Jiska Cohen- Mansfield, Hava Golander, Giyorah Arnheim 2000 Social Science & Medicine	Self-identity in older persons suffering from dementia: Preliminary results	Undersøke rolle-identitet hos personer med demens i sykehjem, samt potensiale for å bruke identitet for å bedre livskvalitet	Kvalitativ strukturerte intervjuer av pasienter, familie og personal	38 pas 27personal 25familie medl
Wenche Malmedal, Oddbjørn Ingebrigtsen, Britt Inger Savemann	Inadequate care in Norwegian nursing homes – as reported by nursing staff	Beskrive forekomst og type uadekvat behandling utført av helsepersonell i sykehjem	Kvantitativ spørreundersøke lse	780 skjemaer sendt 616

2009, Scand J Caring Sci				besvart
Sundaran Kada, Harald A Nygaard, Bickol N Mukesh, John T Geitung. 2009, Journal of Clinical Nursing	Staff attitudes towards Institutionalized dementia residents	Å undersøke holdninger hos personell som har omsorgen for personer med demens i institusjon, og hvilke variable som finnes	Kvantitativ sp.skjema	368 sp.skjema sendt ut / 291 besvart
Claire Alice Surr 2006, Social Science & Medicine	Preservation of self in people with dementia living in residential care: A sociobiographical approach	Undersøke relevansen av å ha en sosiobiografisk teori om selvet hos personer med demens i institusjon	Kvalitativ Ustrukturerte intervju	14
Henry Brodaty, Brian Draper, Lee-Fay Low, 2003, Journal of Advanced Nursing	Nursing home staff attitudes Towards residents with dementia: Strain and satisfaction with work	undersøke holdninger til helsepersonell ovenfor pasienter, påkjenninger relatert til demens og tilfredshet ved jobbsituasjon	Kvantitativ kryss-seksjonell spørreundersøkelse	253
Lars Westin, Ella Danielson, 2007, Journal of Advanced Nursing	Encounters in Swedish nursing homes: a hermeneutic study of residents' experiences	Undersøke hvordan møtet mellom pleier og pasient virker inn på hvordan omsorgen oppleves	Kvalitativ intervju	12

Vi stoppet litteratursøket når vi hadde 30 artikler, dette på grunn av tidsbegrensningen. Artiklene ble gjennomlest, og vi trakk ut 20 som virket relevante. Etter nærmere bearbeiding satte vi igjen med 13 forskningsartikler som er da er inkludert.

Alle artiklene er fra land med en kultur som er gjenkjennbar og som kan overføres til vår egen. Temaene har vært det viktigste for vårt utvalg av artikler. Dermed har vi endt opp med artikler hvor noen inkluderer kognitiv friske og andre artikler inkluderer kun personer med demens. I vår oppgave er arenaen et somatisk sykehjem, men vi har allikevel valgt å inkludere forskning gjort på ulike arenaer. Dette fordi personsentrert omsorg bør utøves uavhengig av arena. Den eldste artikkelen vår er fra 1999 og nyeste er pågående forskningsprosjekt i 2011.

Vi har i vår litteraturstudie også gjort funn i bøker, både pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. Disse funnene underbygger våre antakelser om at kunnskap, kultur og organisering er viktige faktorer for å fremme personsentrert omsorg til personer med demens. Vi vil her kort redegjøre for våre inkluderte selvvalgte bøker. Den nyeste boken er skrevet av Rokstad og Smebye (2008) og vektlegger viktigheten av en personsentrert omsorg i demensomsorgen. Den tar for seg betydningen av kommunikasjon og veiledning av personalet og belyser etiske, juridiske og faglige utfordringer. Videre har vi inkludert to bøker av Jakobsen. Den ene boken er fra 2007 og tar for seg utfordringer demensomsorgen står overfor i forhold til forventet økning av antall eldre. Forfatterens hensikt med boken er å knytte fagkunnskap til utfordringer i praksis gjennom fokus på faglig ledelse og organisering. Den andre boka er fra 1999 og setter søkelyset på sykepleierens lederansvar og tar for seg viktigheten av fagkunnskap og kunnskap i ledelse og ledelsesprosesser. Hun viser til at dette er nødvendig for å kunne møte utfordringer i helsevesenet som stramme rutiner og anstrengt økonomi. Vi har også inkludert en bok av Kitwood (1997). Han har forsket innen demensomsorgen i en årrekke. Det primære med boken er å belyse utfordringer i demensomsorgen og presenterer en teori hvor personen kommer i første rekke. Dette krever i en ny kultur i demensomsorgen og boken inneholder mange eksempler fra hans arbeid. Den siste boken vi har inkludert er av Rønning (2004). Han har gjort en undersøkelse om kvaliteten på omsorgen i 6 kommuner. Resultatene presenteres i boken. En av konklusjonene er at det er en kamp om omsorgens sjel i norske kommuner. Styringssignalene i omsorgssektoren er ikke nødvendigvis ønsket om bedre tjenester, men kravet om å begrense kostnadene.

3. Teoretisk plattform

Vi har gjort litteratursøk i både bøker og artikler og kategorisert funnene etter våre antakelser om at kunnskap, kultur og organisering er betydningsfullt for å fremme personsentrert omsorg.

3.1 Aldersdemens

“Demens er en fellesbetegnelse på en rekke sykelige tilstander i hjernen. Kjentegn for demens er ervervet intellektuell svikt, svikt av emosjonell kontroll og sviktende evne til å utføre dagliglivets funksjoner.” (Engedal, 2009, s. 1)

Who har utviklet et internasjonalt klassifikasjonssystem kalt ICD – 10, og her defineres demens når både hukommelse og minst en annen intellektuell funksjon er svekket. Dette må være av en slik grad at pasienten endrer evne til å klare seg selv i dagliglivet. (Ibid). Hvis det antas at hver enkelt person med demens sykdom har minst fire nære familiemedlemmer, er demens en tilstand som angår mer enn 250 000 mennesker i Norge. I de fleste tilfeller er det familien som er den viktigste medhjelperen til personer med demens så lenge personen er hjemmeboende (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Demens kan i følge Engedal (2009) deles inn i 3 grupper, slik vi har beskrevet i vår eksamensoppgave 4VTEOV1 (Kristiansen & Skjøthaug, 2010).

Degenerative demenssykdommer

I denne gruppen er Alzheimers sykdom, Frontallappdemens, Parkinsons sykdom med demens, Lewy legeme sykdom med demens og Andre degenerative hjernesykdommer.

Vaskulær demens

I denne gruppen regnes demenstilstander som er forårsaket av sykdommer i hjernens blodårer.

Sekundær demens

I denne gruppen regnes intellektuell svikt som følge av alkoholmisbruk som Wernickes syndrom, Korsakoffs syndrom og Alkoholisk demens.

De ulike formene for demens vil ha ulike behandlingstiltak og tiltakene vil måtte endres etter hvert som sykdommen utvikler seg. Det er derfor viktig med riktig diagnose på et så tidlig tidspunkt som mulig samt utelukke eventuelle andre sykdommer. Demens er en progredierende sykdom hvor pasienten vil bli mer og mer avhengig av hjelp. Det finnes i dag ingen form for helbredelig behandling. Engedal (2009) deler inn utviklingen av demens i tre faser; mild, moderat og alvorlig. Det vil være ulike omsorgsbehov i de ulike fasene.

Mild

Personen får problemer med å håndtere dagliglivets gjøremål på grunn av sviktende hukommelse og en sviktende tidsorientering. Spesielt personer med Alzheimers sykdom får også språkvansker. Personlighetstrekk er enda ikke særlig synlig endret, og personen skjuler symptomene for omgivelsene. I denne fasen er personen ofte hjemmeboende. Pårørende og omgivelsene begynner å ane en sykdomsutvikling. Tidlig diagnostisering er viktig for å planlegge framtiden mens personen selv kan delta.

Moderat

Denne fasen preges av at pasienten har vansker med å bruke tidligere lærte ferdigheter og mister grepet på tilværelsen. Han har liten toleranse for stress, har ofte vrangforestillinger og andre psykotiske symptomer. Hukommelsen, evnen til kommunikasjon og tidsorientering er ytterligere svekket. Dette fører til vansker med praktiske gjøremål og personlig hygiene. Det er i denne fasen kontakten med helsevesenet opprettes i form av tjenester som for eksempel hjemmesykepleie og praktisk bistand.

Alvorlig

Den siste fasen er preget av vansker med å klare seg i egen bolig selv med støtte og hjelp fra familie. Pasienten er avhengig av hjelp til å få dekt sine grunnleggende behov. Kroppens naturlige funksjoner er svekket, og pleie gis i denne fasen i institusjon.

Hukommelse og oppfatning er egenskaper som gjør et menneske til den det er. Jakobsen (2007) viser til Cars og Zander (2002) som nevner 12 jeg-funksjoner som til sammen utgjør jeget hos et menneske. Alle 12 punktene er på ulikt tidspunkt affisert ved en demenssykdom. Hjelpeapparatet må av den grunn yte en jeg-støttende omsorg. Det er pleiepersonellens ansvar å hjelpe personer med demens å styrke selvbildet. Dette må gjøres i en ramme av individuell tilnærming.

Symptomer ved demens

Symptomer ved demens kan deles inn i kognitive, atferdsmessige og motoriske symptomer. Det finnes store individuelle forskjeller både i forhold til personlighet, ulike typer demenssykdom og hvor i sykdomsutviklingen den enkelte befinner seg. De ulike symptomene kan derfor opptre i ulike grader hos det enkelte menneske. (Engerdal & Hauge, 2006)

Kognitive symptomer kan være svekket læringsevne, oppmerksomhet og hukommelse. Dette er oftest et av de tidligste symptomene ved demens. Det å handle krever at man greier å fokusere oppmerksomheten og forstyrrende elementer kan medføre at en glemmer hva handlingen var. Flere demenssykdommer gir også svekket språkevne med ordleting og redusert taleflyt. Svekket evne til orientering er også et tidlig symptom i utviklingen av demens.

Atferdsmessige og psykiske symptomer kalt APSD, som tilbaketrekning, angst, depresjon og personlighetsendring og gir seg utslag ved rastløshet, apati, irritabilitet og aggressivitet. Det kan også være vrangforestillinger, illusjoner, hallusinasjoner, repeterende handlinger og forandret døgnrytme. Rapporten *Glemsk, men ikke glemt!* (Sosial- og helsedirektoratet, 2007), sies det at APSD blir sett på som en utfordring i møtet mellom helsepersonell og personer med demens og kan være årsak til negative holdninger. For at møtet skal bli godt er man avhengig av kunnskap, holdninger hos personalet og ledelsen og organisering av omsorgstjenesten (Ibid).

Motoriske symptomer ses hos personer med moderat og alvorlig grad av demens. Det kan være styringsproblemer, balansesvikt, muskelstivhet og inkontinens.

3.2 Kunnskap

En stor andel av våre pasienter har en demenssykdom som krever spesialkompetanse, men dette er ofte en mangelvare på somatiske sykehjem. En liten prosentandel har høgskoleutdanning og det er ofte mange ufaglærte. For å kunne forstå pasientenes situasjon og behov slik at det ytes personsentrert omsorg er det nødvendig med kunnskap om hva som kan omsettes til handlinger i det daglige (Jakobsen 2007).

Flere av forskningsartiklene slår fast at det er et behov for økt utdanning av personalet. Det vises også til nødvendigheten av bevisstgjøring hos personalet i forhold til viktigheten av å opprettholde pasientenes identitetsfølelse. Videre poengteres nødvendigheten av kunnskap om personer med demens og hvordan helsepersonell kan skape en omsorg tilrettelagt for den enkelte. (Zimmermann et al. 2005, Clare et al. 2008, Malmedal, Ingebrigtsen og Saveman 2009, Kada et al. 2009, Surr 2006, Hægstrøm og Bruhn 2009, Brodaty, Draper og Low 2003). Videre ser vi at Kada et al. (2009) skriver at størsteparten av pleiepersonalet ikke er sykepleiere eller har annen høgskoleutdanning. Dette bekrefter også Hægstrøm og Bruhn (2009) hvor deres studie viser at 40 % av ansatte i helsesektoren er ufaglærte.

Kitwood (1997) sier at den grunnleggende oppgaven i demensomsorgen er å bidra til at personer med demens får støtte til å kunne bevare sin identitet. Her trekker han frem viktigheten av at personalet må ha kunnskap om personens livshistorie, for slik å kunne forstå bakgrunnen for pasientens handlinger og iverksette tiltak som ivaretar pasientens integritet. Både Cohen-Mansfield, Golander og Arnheim (2000) og Clare et al. (2008) sier at det å bevare eller styrke identitetsfølelsen til personer med demens har betydning for deres livskvalitet. Pasienter opplever oftere tilfredshet og bedre livskvalitet i hverdagen når de bor i boliger eller sykehjem hvor personalet har spesialkompetanse innen demensomsorgen sier Zimmermann et al. (2005) og Cohen-Mansfield, Golander og Arnheim (2000). De viser til at personalet ser betydningen av innhenting av informasjon om pasientens levde liv og bruker det bevisst for å ivareta identiteten.

3.3 Omsorgskultur

Jakobsen (1999) viser i sin bok til Hamran (1992) som sier at kultur handler om verdier og normer innenfor omsorgsarbeidet, og om sammenhengen mellom disse verdiene og organiseringen av arbeidet. Videre sier de at observerbare kulturuttrykkene kan deles inn i fysisk miljø, regler for samhandling, grunnleggende verdioppfatning og felles språk.

Det fysiske miljøet

Forventninger om atferd er knyttet til rommenes struktur. Disse rommene danner regelmessigheten i omsorgskulturen og personalet tilpasser seg dette ut fra hvilke rom som inngår i deres dagsplan, som f.eks. vaktrom, medisinerrom, skyllerom, lintøyrom og pasientrom. Pasientene blir ofte omtalt med romnummer, f.eks. pasienten på rom 14 eller

pasienten i 2-senga. Uniformeringen er også en del av det fysiske miljøet og knytter til seg forventninger om atferd. F.eks. har pleiepersonalet hvit kittel og bukse, legen har lang hvit frakk, renholderne har røde kitler mens ledelsen går i privattøy.

Regler for samhandling

Sykehjem har systemer hvor døgnrytmen gjentar seg. Vi organiserer arbeidet rundt oppgaver knyttet opp mot grunnleggende behov som mat, søvn og stell. Denne døgnrytmen er generell, alle pasientene må tilpasse seg denne og det er lite rom for individuelle hensyn. Vaktskiftene er også et system for samhandling hvor man møtes for å overføre informasjon om oppgaver i forbindelse med pasienter og avdelingen for øvrig. Det er forventinger knyttet til de ulike vakttypene som f.eks. nattevakt, aftenvakt og dagvakt. Guse og Masesar (1999) viser funn ut fra pasientens perspektiv at livskvalitet var avhengig av å bli inkludert, mulighet for å ta egne valg, være til nytte, privatliv og sosial kontakt. Younger og Martin (2000) sier at god omsorg for personer med demens handler om at pasienten føler seg verdifull og sosialt anerkjent, og dette er avhengig av at personalet er i stand til å yte den type omsorg. Deres studie viser at Dementia Care Mapping kan være et nyttig verktøy i så måte. Rokstad og Vatne (2011) har også gjort funn som viser at DCM kan være et viktig verktøy for økt bevisstgjøring og refleksjon over egen praksis i demensomsorgen.

Grunnleggende verdier

Avdelingens verdier handler om de tanker og holdninger som kommer til uttrykk både muntlig og skriftlige men også som innbakte rutiner i avdelingens arbeid. Rutinene i avdelingen blir betraktet som sanne og det er disse som læres bort til nye medlemmer av kulturen. Suksesskriteriene som ny er at man tilpasser seg avdelingens rutiner og systemer hvis ikke kan man bli holdt utenfor. På denne måten overlever omsorgskulturen uavhengig av om den er i tråd med faglige prinsipper eller ikke. Jakoksen (1999) viser til Elstad (1987) som hevder at pleiekulturen hviler på verdien ansvar. Når alle tar ansvar er det lettere å skape en god omsorgskultur. Malmedal, Ingebrigtsen og Saveman (2009) viser til funn i forhold til negativ behandling av pasienter i sykehjem med kognitiv svikt og atferdsproblematikk. Dette dreier seg ikke om isolerte handlinger, men derimot en hverdagskultur. Videre viser Brodaty, Draper og Low (2003) at personer med demens ofte blir oppfattet mer negativt enn positivt av pleiepersonalet. Zimmermann et al. (2005) sier at personalets positive holdninger samt formidling av håp og tiltro til pasienten virker inn på livskvaliteten til personer med demens.

Felles språk

Språket i omsorgskulturen avspeiler ritualer og verdier, og pleiepersonalet har sitt felles språk og innebefatter både faguttrykk og egne ord og uttrykk. Uttrykk som f.eks. “ute” og “inne” forteller personalet hvor de har sine oppgaver den dagen. Når personalet sier “sov godt” og “god vakt” til hverandre i vaktskiftet forteller det noe om avdelingens ritualer og verdier.

3.4 Organisering og ledelse

Rønning (2004) sier at det i norske kommuner foregår en kamp om omsorgens sjel. Han viser til to vidt forskjellige perspektiver på omsorgen. Det ene perspektivet handler om å ivareta omsorgen ut fra sitt særpreg og har pasientens behov som hovedfokus. Det andre perspektivet ser omsorg som en vare eller tjeneste og har det kostnadseffektive som hovedfokus.

Jakobsen (2007) peker på at kommunens omsorgstjeneste er truet av en markedsorientert systemverden som lager rammer for omsorgstjenestene. Faktorene kvalitet og kvantitet er krav fra myndighetene og er konkurrenter i budsjettssammenheng. For at budsjettene skal gå i balanse blir den kvalitative omsorgen for den enkelte pasient tilsidesatt til fordel for effektivitet. Effektivitet tvinger avdelingsledere til å nedprioritere faktorer som fremmer personsentrert omsorg. Dette gir ringvirkninger til omsorgskulturen som dermed lager rutiner og ritualer tilpasset drift og tidskabal. Slike rutiner og ritualer er ofte tilpasset kvantiteten og den enkelte pasients ønsker og behov kan bli tilsidesatt.

Kjøs et al. (2010) viser at nasjonale kvalitetsføringer ble delegert til avdelingslederne i de inkluderte kommuner og bydeler uten at det fulgte med økonomiske ressurser, opplæring, støtte eller veiledning. Avdelingslederne hadde videre fokus på tre hovedområder som var pasientenes opplevelse av kvalitet på tjenesten, koordinering av arbeidsdagen, regler og prosedyrer samt ansattes engasjement og holdninger. Hvordan vi som avdelingsledere organiserer våre avdelinger vil også virke inn på mulighetene for tilrettelegging av personsentrert omsorg. Dette da både de fysiske og de psykososiale rammebetingelser påvirker mennesker og har betydning for omsorgen til personer med demens. (Sosial og helsedirektoratet 2007). Erkjennelsen og forståelsen av kulturen er viktig for å kunne påvirke den. Som avdelingsleder blir oppgaven å stimulere ansatte til å bli bevisst kulturen og dens

verdier samt de ansattes egne holdninger. Det må legges til rette for fagutvikling, faglig refleksjon og kompetanseheving som skaper et arbeidsmiljø hvor alle tar ansvar og jobber mot felles mål (Jakobsen 2007). Flere av forskningsartiklene slår fast at pasientenes mulighet til å være deltagende i et fellesskap samt mulighet for å delta i meningsfulle aktiviteter, er viktige faktorer for å kunne føle livskvalitet og dermed viktig for den personsentrerte omsorgen. Artiklene viser videre til at aktivitetene må være tilpasset den enkelte pasients ønsker og behov. (Guse & Masesar 1999, Westin & Danielson 2007, Clare et. al. 2008, Surr 2006). Bergland og Kirkevold (2011) har i sin studie sett at hvordan omgivelsene organiseres påvirker trivsel og velvære for personer med demens.

3.5 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg handler om helsepersonellens holdninger og menneskesyn i møte med personer med demens. Kitwood (1997) understreker at kjærlighet er menneskets største behov. Å bli respektert som den personen man er uavhengig av sykdom, lidelse og atferd er kjærlighet i praktisk handling. Dette er nødvendig i møtet med personer med demens og vil gjenspeile helsepersonellens holdninger og menneskesyn

Målet med personsentrert omsorg er i følge Kitwood (1997) 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, livshistorie, personlighet, helse og sosialpsykologi. En destruktiv sosialpsykologi vil undergrave pasientens personstatus ved at behov overses atferd ignoreres og pasienten avskjæres fra meningsfull menneskelig kontakt. Alle mennesker preges av miljø og omgivelser. Dårlig tilrettelagte miljøer er også en form for miljøbehandling. Pasientens atferd utløses som en konsekvens av det miljøet han er i. Utfordrende atferd blir til utfordrende pasient, men hvem er atferden utfordrende for? For å kjenne atferdens årsak må vi kjenne pasienten (Ibid.).

Eksempel fra praksis er en mann som stadig krabbet rundt på gulvet og ble sint når personalet ville hjelpe ham opp. Han ble oppfattet som vanskelig. Hadde personalet kjent til mannens livshistorie ville visst at han hadde jobbet som gulvlegger. I sin demenssykdom hadde mannen tidsforskyving og trodde han var på jobb. Atferden var dermed normal for ham og for personalet når de kjenner ham.

Personsentrert omsorg setter pasienten i stand til å bedre funksjonsnivået i dagliglivet ved å legge til rette for at den enkelte skal kunne bruke sine ressurser maksimalt. Den vil bidra til å opprettholde selvstendigheten og ivareta pasientens identitet gjennom hele demensforløpet. For å komme dit må personalet være bevisst sine holdninger til pasienter med demens, de må være interessert i pasienten som person og dens historie. De må ha kunnskap om sykdommen demens, samt at de fysiske omgivelsene må legges til rette slik at det fremmer trivsel og velvære (Jakobsen 2007).

Personsentrert omsorg slik vi forstår det betyr at omsorgen preges av at pasienten blir sett og respektert, at omsorgen er personlig og relasjonell og fører til at pasienten føler mestring. Det er en omsorg som styrker, ivaretar og bygger opp under enkeltindividets integritet. Dette betyr at alt blir tilrettelagt slik at pasienten opplever bekreftelse av egen identitet ved at personalet har kunnskap om pasientens livslinje og bruker den bevisst i behandlingen.

4. Drøfting

Mange av de forskningsartiklene vi fant hadde fokus på kunnskapens betydning i møte med pasientene. Vi ser også at det er en sammenheng mellom kunnskap og kultur, hvor kulturen er mer etisk reflekterende i miljøer med høyere utdanning. Vi fant mindre av relevant forskning knyttet opp mot organisering slik vi har definert ordet. I organiseringen trekker vi inn ressurser og rammevilkår samt avdelingens fysiske og psykososiale organisering, som vi igjen ser henger sammen med både kunnskap og kultur. Dette fant vi støtte for i forskningen. Vi vil drøfte våre funn kategorisert etter problemstillingen, men ser at de går over i hverandre. Derfor vil vi komme inn på noen temaer som f.eks. livshistoriens betydning både under kunnskap, kultur og organisering. Vi har også valgt å ta med nasjonale styringssignaler i drøftingen siden de er sentrale kvalitetskrav vi som avdelingsledere skal styre etter. Vi ser at disse også har fokus på den personsentrerte omsorgen.

Nasjonale styringssignaler

Som avdelingsledere med erfaring fra praksisfeltet hadde vi en forforståelse om at kunnskap, kultur og organisering var viktige faktorer for utvikling av personsentrert omsorg. Dette er en omsorg vi ønsker å fremme ved sykehjemmet da den vil ivareta identiteten og fremme livskvalitet hos våre pasienter (Kitwood 1997). Dette er også et viktig kvalitetsmål for oss som avdelingsledere, siden vi har som mål å heve standarden i eldreomsorgen. Kjøs (2010) har gjort funn som viser at avdelingsleders mestringsfølelse i jobben er avhengig av å jobbe med kvalitetsheving. Hennes forskning bekrefter det vi som ledere også ser i vår hverdag. Nemlig at avdelingsledere opplever at ivaretagelse av nasjonale kvalitetsføringer er blitt delegert til dem uten tilskudd av ressurser eller opplæring i dette. En av kvalitetsføringene vi skal ivareta er nedfelt i Demensplan 2015 “Den gode dagen” som sier:

Kvaliteten på omsorgstilbudet prøves i møtet mellom den ansatte og den enkelte bruker. Tjenester av god kvalitet sikres gjennom faglige, kompetente medarbeidere som møter den enkelte bruker med respekt og verdighet og som kan omsette pålitelig kunnskap til god praksis (Helse- og omsorgsdepartementet 2009, s 10).

Dette signaliserer at våre egne kvalitetsmål er forankret i nasjonale føringer. En tjeneste som møter den enkelte pasient med respekt og verdighet er slik vi forstår det, en personsentrert omsorg. Noe som også støttes av Younger og Martin (2000) i deres studie, samt av Kitwoods (1997) utvikling av personsentrert omsorg. Føringerne sier at for å få til dette er kunnskap og

holdninger viktig. Videre viser *Den gode dagen* til Sosialtjenestelovens (1991) formål som understreker organiseringen av omsorgstilbudets betydning for opplevelsen av livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Det handler om muligheten til privatliv og en aktiv og meningsfylt tilværelse i sosial relasjon med andre. Vi tror at økt fokus på kunnskap, kultur og organisering legger grunnlaget for å kunne utvikle personsentrert omsorg.

Identitetsbevaring

Rokstad (2008) hevder at det å få en demensdiagnose vil skape store endringer i livet. Demens er en kronisk tilstand hvor pasienten etter hvert vil bli mer og mer avhengig av hjelp fra andre både for å utføre dagliglivets aktiviteter og for ivaretagelsen av egen identitet. Dette da pasientens opplevelse av egen identitet vil svekkes etterhvert som sykdommen utvikler seg. Rokstad antyder at pasientens evne til å ivareta egen identitet avhenger av hvordan omgivelsene legger til rette for det. Omgivelsene for våre pasienter består av personalet, pårørende og andre, samt de fysiske forholdene. Bergland og Kirkevold (2011) finner i sin studie at hjemmekoselige atmosfærer har positiv effekt på atferd, funksjon, sykdomsutvikling og velvære hos personer med demens, i motsetning til store sykehjemsavdelinger som vil være en negativ faktor for personer med demens. Zimmermann et al. (2005) og Cohen-Mansfield, Golander og Arnheim (2000) har gjort funn som viser at spesialiserte botilbud for personer med demens gir pasientene økt tilfredshet og livskvalitet. I *Mestring, muligheter og mening* poengteres utfordringene helsevesenet står ovenfor (Helse- og omsorgsdepartementet 2006). Her poengteres at det økende antallet personer med demens gir store utfordringer til personell og tjenesteapparat i forhold til planleggingen og tilretteleggingen av et faglig forsvarlig og individuelt tilpasset tilbud. Som ledere av somatiske sykehjemsavdelinger ser vi at størstedelen av pasientgruppen vår har en demenssykdom fra mild til alvorlig grad og at plassene ikke er tilrettelagt for sykdomsutviklingen hos disse pasientene. Hverken kunnskap, kultur eller organisering er satt i stand til å møte denne utfordringen. Jakobsen (2007) viser til Cars og Zanders (2002) 12 jeg-funksjoner som utgjør jeg-et hos mennesket. For å kunne ivareta selvbildet til personer med demens må pleiepersonalet yte en jeg-støttende omsorg. Dette krever at man kjenner til og tar hensyn til vaner, vurderinger og personlighet den enkelte pasient har i alle møter. Dette vil bidra til opprettholdelsen av selvet hos personer med demens.

Kunnskapens betydning

Funn i forskning hos Hæggstrøm og Bruhn (2009) viser at størstedelen av ansatte i sykehjem ikke har en formell utdanning. Det kommer imidlertid fram at personalet er positiv til utdanning, men de ønsker allikevel ikke å delta i kompetansehevede tiltak med begrunnelse i mangel på tid i arbeidshverdagen. Dette er noe vi kjenner igjen fra vår hverdag hvor det arrangeres kurs som det forventes at ansatte skal delta på samtidig som det ikke er midler og ressurser til innleie av ekstra bemanning. Når det blir leid inn er det imidlertid ufaglært vikar. Dette medfører ekstra belastning på de som er igjen på avdelingen og ansatte vegrer seg derfor på å delta på kurs. Dette til tross for at økt kompetanse fører til motivasjon, tilfredshet og sikkerhet i arbeidshverdagen. Med økt kompetanse vil arbeidsplassen blir mer attraktiv slik at man lettere beholder og rekrutterer ansatte med riktig kompetanse. Vi har inntrykk av at det er lavstatus å jobbe i eldreomsorgen. For å heve status er kompetanse en viktig faktor. Hver og en må begynne med seg selv, og vi må se på oss selv som behandlere, for alt vi gjør og ikke gjør har konsekvenser for våre pasienter. Disse avgjørelsene må bygge på kunnskap og ikke tilfeldigheter. Dette fant også Hæggstrøm og Brun (2009) i sin studie.

På vegne av Norsk Sykepleierforbund har analysebyrået Econ foretatt en undersøkelse om bemanning i sykehjem (Dolonen 2010). Funn viser at andel ufaglærte var konstant høyere enn bemanningsplanen tilsa, mens sykepleiebemanningen var konstant lavere. Misforholdet var enda høyere i helgene. Man kan ikke trekke konklusjoner ut fra undersøkelsen da den er å regne som en stikkprøve, men tendensene viser det som gjenspeiles i forskningen (Hæggstrøm & Bruhn 2009). Vi gjenkjenner også dette fra vår egen arbeidshverdag, hvor en sykepleier kan være alene om ansvaret for opptil 105 pasienter da spesielt på kveld og i helger. Vi som ledere har et spesielt ansvar for å synliggjøre dette og rapportere utfordringer og behov videre oppover. Helsetjenesten har blitt markedsstyrt og i kampen om ressursene er det kostnadseffektivitet som står i høyetet og kvaliteten på omsorgen for den enkelte pasient blir ofret for budsjettbalanse (Rønning (2004) og Jacobsen (2007)). Det er de politiske prioriteringene som legger grunnlaget for de økonomiske rammene sykehjemmet har. Dette kan stå i skarp kontrast til kvalitetsmål de samme politikere stiller krav om. Målet i omsorgstjenesten blir derfor ikke kvalitet, men forsvarlighet som her må forstås som "juridisk ryggdekning".

Malmedal, Ingebrigtsen og Savemann (2009) har gjort funn som peker i retning av at desto høyere utdanning personalet har desto oftere reagerte de på uetiske handlinger. De viser

blant annet til at sykepleiere rapporterer om slike handlinger oftere enn hva hjelpepleiere og ufaglærte gjør. Dette blir sett i sammenheng med at sykepleieren gjennom sin grunnopplæring får høyere kompetanse både i forhold til fagkunnskap og etikk. Jacobsen (1999) understreker viktigheten av at ansvarsfølelsen er en grunntone i omsorgskulturen for å kunne fremme personsentrert omsorg. Ansatte med høyere utdanning må ta større ansvar for etisk refleksjon i arbeidshverdagen siden det er et faktum at store deler av personalgruppen er ufaglært. Erfaring med kritisk granskning av egen praksis er noe de ufaglærte mangler slik at det blir vanskelig for dem å vite når de trækker feil. Etisk refleksjon må derfor settes i system, f.eks. etikkveiledning, etikkspill, etikk-kort og bruk av KS sine etiske refleksjonsmodeller, slik som f.eks. "fiskebolle-metoden".

Younger, Martin (2000) og Rokstad, Vatne (2011) viser til Dementia Care Mapping som er en metode som inneholder standardiserte mål for omsorgskvalitet og er derfor velegnet som redskap for kvalitetsforbedring i demensomsorgen. Den omfatter en grundig tilbakemelding til personalet og innebærer at personalet og observatør samarbeider om å sette opp og iverksette en handlingsplan for forbedring av omsorgen. Personalet får med dette et verktøy for refleksjon og utvikling, noe som er viktig i demensomsorgen. Vi ser at dette vil være et viktig verktøy, men det kreves avsatte ressurser til opplæring i metoden samt at andre faktorer må på plass først slik som kunnskapsheving og endring av omsorgskulturen og organiseringen.

Kulturen må endres i hele organisasjonen slik at krav til fagkunnskap blir sterkere, for stor andel av ufaglærte medfører at det blir fokus på oppgaver og ikke på den personsentrerte omsorgen. Det pågår stadig samhandlingsprosjekter hvor samhandling mellom kommunale sykehjem og spesialisthelsetjenesten (Sykehuset innlandet, avdeling for alderspsykiatri) styrkes med tanke på kompetanseheving og standardisering av rutiner for utredning og behandling av personer med demens. Målet med samhandlingsprosjektet er å forbedre forholdene for personer med demens i sykehjem.

Cohen-Mansfield, Golander og Arnheim (2000) hevder at opplevelsen av livskvalitet har sammenheng med ivaretagelsen av identiteten hos personer med demens. Zimmermann et al. (2005) sier at livskvaliteten hos pasienter med demens er høyere der personalet har spesialkompetanse. Hæggstrøm og Bruhn (2009) og Brodaty, Draper og Low (2003) sier at personalet som jobber med personer med demens, kan oppleve det som stressende, og viser derfor til viktigheten av å ha kunnskap om hva demens er, om symptomene og hvordan

pasientenes behov skal møtes. På den måten vil ansatte føle trygghet i arbeidshverdagen. Rokstad og Vatne (2011) bekrefter også dette med at hverdagen blir bedre for pasientene når de ansatte er trygge. Tilbakemeldinger om frustrasjon i hverdagen knyttet til utfordringer i møtet med personer med demens, er gjenkjennbart fra vårt praksisfelt. Innføringen av demensomsorgens ABC, som er et kompetansehevende tiltak i regi av Aldring og Helse, har ført til økt kunnskap som igjen gjenspeiler seg i faglige diskusjoner og praktiske handlinger i avdelingene.

Omsorgskulturens betydning

Zimmermann et al. (2005) viser i sin studie til at pleiepersonalets holdning til personer med demens avhenger av deres kunnskap om sykdommen. Videre viser de til at positive holdninger handler om troen og håpet om at personer med demens kan ta selvstendige avgjørelser til tross for sykdom og funksjonssvikt. Resultatene viser at det er økt livskvalitet i de avdelingene hvor slike holdninger er fremtredende. Kitwood (1997) beskriver viktigheten av kunnskap om pasienten og tro på at han er i stand til å bruke sine ressurser maksimalt og dermed bidra til å opprettholde selvstendighet. Dette er sentralt i hans modell om personsentrert omsorg. Kada et al. (2009) har kommet fram til at det generelt er positive holdninger til personer med demens blant pleiepersonell. Det viste seg at alder, utdanning og arbeidserfaring var faktorer som virket inn på personalets holdninger. Spesialsykepleiere viste en tendens til å benytte personsentrert omsorg og positive holdninger mer enn de med lavere utdanning. Dette er gjenkjennbart fra vår hverdag hvor vi erfarer forskjell i utøvelsen av personsentrert omsorg ut fra utdanningsbakgrunn. Samtidig erfarer vi at knappe ressurser begrenser muligheten for økt sykepleiedekning. På en vanlig arbeidshverdag kan en sykepleier ha ansvar for 30 pasienter på dagtid og 105 på kveld og natt. Dette kan medføre lite rom for veiledning av andre ansatte. Til tross for funn av positive holdninger fant Brodaty, Draper og Low (2003) at pleiepersonell ofte oppfattet personer med demens mer negativt enn positivt. Funnene pekte også på at personalet oppfattet utfordrende atferd som tilsiktet og ikke som en konsekvens av sykdommen. Dette viser igjen til at kunnskap er av stor betydning for våre holdninger. Kitwood (1997) har beskrevet negative holdninger og handlinger som ondartet sosialpsykologi, men han presiserer at det ikke er fordi pleiepersonalet har onde hensikter, men at det er et resultat av kulturen de er del av. Malmedal, Ingebrigtsen og Savemann (2009) bekrefter dette i sin studie av hverdagskulturen i norske sykehjem. Som avdelingsledere på sykehjem ser vi også at hverdagskulturen lager seg systemer som er basert på driftshensyn og ikke pasientenes individuelle behov.

Personalet blir fanget i dette systemet og handlingene rettferdiggjøres i forhold til både tidspress og knappe ressurser. F.eks. får ikke pasienten bestemme pålegget sitt selv da det hevdes at det tar for lang tid. Noen sykepleiere har foreslått at pasientene får smøre maten sin selv ut fra egne ressurser, men opplever stor motstand mot slike forslag. I en avdeling bestående av ulike profesjoner, kan det oppstå uenigheter og utfordringer i forhold til hvem som faktisk bestemmer arbeidsutførelsen. Det kan være både formelle og uformelle ledere. Det er da avgjørende å jobbe kunnskapsbasert, og la erfaring, forskning og brukerkunnskap styre omsorgen og den felles kunnskapen som skal råde i avdelingen (Jakobsen 1999). Derfor er det viktig å etablere en omsorgskultur basert på et klart verdigrunnlag som blir retningsgivende for den enkelte medarbeider og avdelingsleder. I sykehjemmet må leder og pleiepersonell sammen lage et verdidokument som skal være et arbeidsredskap og kan f.eks. danne grunnlaget for en hustavle som handler om våre holdninger og oppførsel med det som mål at pasientene skal få en best mulig personsentrert omsorg (Ibid.).

Organiseringens betydning

Vår målsetting om personsentrert omsorg krever forankring i hele organisasjonen. Sentral ledelse må sette standard for de verdier som skal være rådende i organisasjonen. Individuell tilnærming må gjenspeiles i organisering av arbeidet og de arbeidsmetoder som brukes. For å ivareta brukernes perspektiv og skape et godt psykososialt miljø må daglig leder være tilstede, motivere, tilrettelegge og gå foran som modell (Jakobsen 1999). Zimmermann et al. (2005) og Hæggstrøm og Bruhn (2009) sier at ledelse handler om å motivere arbeidstakerne til å innse viktigheten av kompetanseheving, samt ansvar for at forholdene for dette blir lagt til rette. Jakobsen (2007) viser videre til at det bør være pasientens behov som skal styre driften av sykehjemmet. Det er i den forbindelse viktig at også ledelsen innehar kunnskap om personer med demens og deres behov. Som ledere kjente vi på dette og startet derfor på denne videreutdanningen i eldreomsorg med vekt på psykisk helse. Underveis i studiet har vi forstått at nåværende organiseringen av arbeidshverdagen og sykehjemmets struktur skaper hindringer for utvikling av personsentrert omsorg. Vi har på våre store sykehjemsavdelinger en rutine på at personalet rullerer mellom tre grupper med korte intervaller. Dette ser vi medfører lite kontinuitet i pleien og omsorgen og personalet har liten oversikt over den enkelte pasients ressurser og behov samt vansker med å sette seg inn i pasientenes livshistorie slik at den kan brukes aktivt i behandlingen. Jakobsen (2007) poengterer også viktigheten av å kjenne den enkelte pasients vaner, vurderinger og personlighet. Hun skriver videre: "Å kjenne til er således en forutsetning for å kunne ta hensyn til." (Ibid., s. 70). For å

få til dette er man avhengig av en organisering av omsorgen som setter kartlegging av den enkeltes liv og personlighet i system, samt bruker dette som grunnlag for omsorgen som gis. Cohen-Mansfield, Golander og Arnhem (2000) og Surr (2006) viser til viktigheten av at vi må ha kunnskap om pasientens tidligere liv, kjenne til hva som gir glede og sorger for å kunne yte best mulig omsorg. Det er derfor viktig at personer med demens får hjelp til å fortelle sin historie. Vi har erfart at pårørendesamtaler hvor man får opplysninger om pasientens levde liv og vaner, er svært nyttige.

Surr (2006) og Westin og Danielson (2007) sett på hva som ligger i å føle verdighet. De sier at det handler om å være noen, og i dette ligger det å bli respektert, bekreftet og følelsesmessig berørt samt å være en del av et fellesskap med andre hvor en får anledning til å delta i meningsfulle aktiviteter og føle seg til nytte. Guse og Masesar (1999) har i sin studie funnet ut at en viktig faktor for opplevelsen av livskvalitet hos eldre på sykehjem er å få lov til å føle seg til nytte. Det er derfor viktig at vi som ledere legger opp til en aktiv omsorg hvor pasienten opplever en meningsfylt hverdag. Bergland og Kirkevold (2011) viser til viktigheten av å være bevisst på de fysiske omgivelsenes betydning fordi de både hemmer og fremmer aktiviteter og sosial relasjon og velvære hos personer med demens.

I hvilken grad har kunnskap, kultur og organisering betydning

Selv om vi i helsevesenet opplever knapphet på ressurser og høyt arbeidspress kan vi ikke la dette være en unnskyldning for ikke å bedre demensomsorgen. Det er lite som tyder på at ressursene vil øke i særlig grad, derfor må vi være mer bevisst og reflektere rundt egen praksis og tenke innovativt innenfor de rammer vi har. Store sykehjemsavdelinger kan deles i mindre grupper og områder i avdelingen kan berikes med positive stimuli. (Bergland & Kirkevold, 2011). Vi har i praksis laget huskestue, spa-bad og sanseveranda. Kitwood (1997) sier at ny forståelse av demens utfordrer gamle arbeidsmåter, rutiner, tanker og holdninger til endring. Han understreker at endring kan være vanskelig og oppleves smertefullt. Vi tror og ser gjennom forskningen, at kunnskap er essensielt for å oppnå varig endring. Vi ser også gjennom nasjonale føringer at det blir satset på kompetansehevede tiltak.

5. Konklusjon

I hvilken grad har kunnskap, kultur og organisering betydning for personsentrert omsorg i sykehjem?

Denne problemstillingen har vi gjennom litteratursøk i databaser, pensumlitteratur og selvvalgte bøker forsøkt å finne svar på. Vi hadde en forforståelse for at disse tre begrepene var viktige for den personsentrerte omsorgen. Det har vært interessant å finne forskning som bygger opp under våre antakelser.

Vårt sykehjem har i dag en oppgaveorientert tilnærming og forskningen viser at dette ikke er unikt. Vi har sett at kunnskap er avgjørende for å få til en endring mot en personsentrert omsorg. Dette fant vi også støtte for i forskningen. Ved økende kunnskap vil også statusen for å jobbe i eldreomsorgen øke. I dag er det en stor andel ufaglærte som jobber her, opp mot 40 % er ufaglært (Hägström & Bruhn, 2009). Økt kunnskap vil føre til økende fokus på etisk refleksjon sett i sammenheng med at kunnskap om etikk ligger i sykepleierens grunnutdanning. Ufaglærte mangler erfaring med kritisk granskning av egen praksis og det er derfor vanskelig for dem å vite når de trækker feil.

Vi har sett at rammebetingelsene setter begrensinger for utøvelse av personsentrert omsorg. Personalet blir fanget i et system hvor handlinger rettferdiggjøres i forhold til tidspress og knappe ressurser. Det er et lederansvar å synliggjøre dette oppover i organisasjonen. Det er på politisk nivå at kvalitetskrav settes og ressurser fordeles. Har de ikke fått formidlet situasjonen lenger nede i organisasjonen, kan de vanskelig fordele etter behov.

Vi som ledere må organisere avdelingene slik at de muliggjør en aktiv omsorg hvor pasientene gis muligheter for en meningsfylt hverdag. Bergland og Kirkevold (2011) viser i sin studie viktigheten av å være bevisst omgivelsenes betydning da de både hemmer og fremmer aktiviteter og sosiale relasjoner samt velvære hos personer med demens.

Ut fra dette ser vi at kunnskap, kultur og organisering er av avgjørende betydning for den personsentrerte omsorgen i sykehjem. Imidlertid vil den viktigste byggesteinen være kunnskapen, den må på plass først og med den vil også kultur og organisering endres.

Litteraturliste

Bergland, Å. & Kirkevold, M. (2011). Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens? *Sykepleien Forskning*, 1, 14-25.

Brodady, H., Draper, B. & Low, L-F. (2003). Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: Strain and satisfaction with work. *Journal of Advanced Nursing*. 44 (6), 583-590.

Cohen-Mansfield, J., Golander, H. & Arnheim, G. (2000). Self-identity in older persons suffering from dementia: preliminary results. *Social Science & Medicine*. 51, 381-394.

Collins, J. (2008). Culture change starts from the heart. *Long-Term Living*, May, 48-49.

Dolonen, K. A. (2009). Bemanning – ikke etter planen. Sykepleien.no. Lokalisert på http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/nyheter/nyhetsartikler/vis?p_documento_id=257704

Engedal, K. (2009). *Demensomsorgens ABC: Demens og Alzheimers sykdom*. Tønsberg: Aldring og helse.

Engedal, K. & Haugen, P. K. (2006). *Demens. Fakta og utfordringer*. (4. utg.). Tønsberg: Aldring og helse.

Guse, L. W., & Masesar, M. A. (1999). Quality of life and successful aging in long-term care: Perceptions of residents. *Mental Health Nursing*, 20, 527-539.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer*. (St.meld. nr 25, 2005-2006). Oslo: Departementet

Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Den gode dagen*. Delplan til Omsorgsplan 2015. Demensplan 2015. Oslo: Departementet.

Hägström, E. & Bruhn, Å. (2009). Caregivers` attitudes to education and supervision in work with the older people in a nursing home. *Nurse Education Today*, 29, 850-854.

Høgskolen i Hedmark. (2009). *Fagplan i eldreomsorg med vekt på psykisk helse*. Lokalisert på <http://www.hihm.no/Media/Filer/Fagplan-VU-eldreomsorg-2009-2011>

Jakobsen, R. (2007). *Ikke alle vil spille bingo: Om teori og praksis i demensomsorgen i sykehjem*. Bergen: Fagbokforlaget.

Jakobsen, R. (2006). *Klar for fremtiden? – om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleieledelse* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kada, S., Nygaard, H. A., Mukesh, B. N. & Geitung, G. T. (2009). Staff attitudes towards institutionalised dementia residents. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2383-2392.

Kirkevold, M. (2008). Den gamles integritet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s.91-99). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, M. (2008). Individuell sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s.100-112). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kitwood, T. (1997). *En revurdering af demens – personen kommer i første række*. København: Munksgaard Danmark.

Kjøs, B. Ø. et al. (2010). Quality work in long-term care: The role of first-line leaders. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(5), 351-357.

Kristiansen, J. & Skjøthaug, A. (2010). *Teori og verdigrunnlag – organisering og yrkesutøvelse: 4VTEOVI*. (Upublisert eksamensoppgave). Høgskolen i Hedmark, Elverum, Norge.

Malmedal, W., Ingebrigtsen, O. & Saveman, B.-I. 2009. Inadequate care in Norwegian nursing homes - as reported by nursing staff. *Scand J Caring Sci*. 23, 231-242.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2008). Lokalisert på <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/2031.cms>

Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L.M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Rokstad, A. M. M. (2011). Dementia care mapping – en mulighet for refleksjon og utvikling. *Sykepleien Forskning*, 1(6), 28-34

Rokstad, A. M. M. (2008). Forståelse som grunnlag for samhandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 60-84). Oslo: Akribe AS.

Rokstad, A. M. M. (2008). Hva er demens? I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 27-45). Oslo: Akribe AS.

Rønning, R. (2004). *Omsorg som vare? Kampen om omsorgens sjel i norske kommuner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sosial- og helsedirektoratet. (2007,08). *Glemsk, men ikke glemt!* (Rapport IS-1486). Oslo: Direktoratet.

Sosialtjenesteloven, LOV-1991-12-13-81. (2009). Lokalisert på <http://www.lovdata.no/all/nl-19911213-081.html>

Surr, C. A. (2006). Preservation of self in people with dementia living in residential care: A socio – biographical approach. *Social Science & Medicine*, 62, 1720-1730.

Thorsen, K. (2008). Aldringsteorier. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s.57-68). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Verdighetsgarantien. (2011). Forskrift om en verdig eldreomsorg (2010-11-12). Lokalisert på http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-20101112-1426.html&emne=verdighetsgaranti*&

Westin, L. & Danielson, E. (2007). Encounters in Swedish nursing homes: a hermeneutic study of residents` experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 60(2), 172-180.

Younger, D. & Martin, G. B. (2000). Dementia care mapping: an approach to quality audit of services for people with dementia in two health districts. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1206-1212.

Zimmerman, S., Sloan, P. D., Williams, C. S., Reed, P. S. et al. (2005). Dementia care and quality of life in assisted living and nursing homes. *The Gerontologist*, 45(1), 133-147.