

# **Persontrent omsorg for personer med demens i Norge i 2016**

*En praxeologisk studie med Bourdieus praktikkteori som rammeverk. Studien beskriver og forklarer bakgrunnen for og hvordan det arter seg når helsepersonell anvender persontrent omsorg basert på Kitwoods teori og Brookers modell for personer med demens, med et spesielt fokus på VIPS-praksismodell.*



**Elizabeth Christine Kalsaas Osen**

**Masteroppgave**

**Masterprogram i helsefag – studieretning sykepleievitenskap**

**Institutt for global helse og samfunnsmedisin**

**Det medisinsk – odontologiske fakultetet**

**Forskningsgruppen Praxeologi**

**Universitetet i Bergen**



**Vårsemester 2017**

## Forord

Jeg valgte å søke masterstudiet i sykepleievitenskap fordi jeg ønsket å lære mer om mitt interessefelt eldreomsorg, og spesielt omsorg for personer med demens. Selv om det har vært noen krevende år, som har gått bekostning av en del andre aktiviteter, er jeg glad for at jeg har hatt mulighet til å gjennomføre hele studiet. Jeg ble tidlig nysgjerrig på faget praxeologi. Det var særlig spørsmålene om «hvordan kan det være» og fokuset på hvordan våre handlinger formes, som fanget min oppmerksomhet.

Det er mange som har hjulpet meg og oppmuntret meg underveis. Aller først vil jeg rette en stor takk til min veileder Karin Anna Petersen som har vist stor tålmodighet med meg, og som har oppmuntret meg gjennom hele arbeidet med denne oppgaven. Hun har gitt meg verdifull veiledning, og har hjulpet meg til å lære mye om praxeologi. Jeg vil også rette en takk til 1. amanuensis ved Senter for omsorgsforskning Vest, Høgskolen på Vestlandet, Jeanne Boge, 1. amanuensis ved IGS Åshild Lunde, Post Doc. ved Senter for omsorgsforskning Vest, Høgskolen på Vestlandet, Gudmund Ågotnes og ph.d. student ved universitetet i Stavanger, Anja Christoffersen Pawlica for gjennomlesing og kommentarer underveis. I tillegg vil jeg rette en stor takk til alle øvrige medlemmer av forskningsgruppen i Praxeologi som ved flere anledninger har gitt meg verdifull tilbakemelding i prosessen med å skrive denne oppgaven. Jeg har satt stor pris på å få være en del av forskningsgruppen.

Jeg vil også takke for samarbeidet med kommunen og sykehjemmet der jeg foretok mine empiriske undersøkelser. En spesiell takk vil jeg rette til avdelingsleder, for fine samtaler, og til mine informanter som var villig til å la seg observere og sette av tid til å bli intervjuet.

Avslutningsvis ønsker jeg å rette en stor takk til hele min familie, min kjære mann Ketil og mine kjære barn Kristoffer og Karianne for deres tålmodighet og oppmuntring disse årene.

Elizabeth Christine Kalsaas Osen 15.05.2017

*Forsiden: Illustrasjonen med femkløver symboliserer Kitwoods teori om personsentrert omsorg der seks grunnleggende behov står sentralt (Kitwood, 1999, s. 90).*

## Sammendrag

I denne masteroppgaven setter jeg søkelys på hvordan helsepersonell snakker om, symbolsk håndterer, og konkret behandler, personer med demens som bor på sykehjem i Norge i 2016. Hensikten er å kunne beskrive, for deretter å kunne forklare, hvordan helsepersonell behandler personer med demens. Jeg anvender Pierre Bourdieus teoretiske verktøy som habitus, kapital og felt for å forsøke å konstruere et svar på mine forskningsspørsmål. Jeg har samlet inn empiri ved å både observere og intervju helsepersonell som arbeider personsentrert med personer med demens på et sykehjem. For å kunne forklare hvordan helsepersonell behandler personer med demens har jeg, gjennom litteraturen, offentlige dokumenter og tidligere forskning, sett på helsevesenets utvikling med et spesielt fokus på eldreomsorgen, demensomsorgen og sykehjem.

Min studie viser at forskning og kompetanseoppbygging innen fagfeltene gerontologi, geriatri og alderspsykiatri har vært sentrale i forståelsen av aldring som et biologisk fenomen og i forståelsen av aldringssykdommer. Videre viser studien et brudd i tenkningen omkring personer med demens, først i Storbritannia på 1990-tallet og så i Norge på 2000-tallet. Sentralt i dette bruddet står Kitwoods filosofi om personsentrert omsorg for personer med demens. Studien har et spesielt fokus på VIPS-praksismodell (VPM) som metode i miljøbehandling knyttet til personer med demens, og viser hvordan den anvendes på et sykehjem. VIPS er et akronym bestående av fire hovedelementer (Brooker, 2013, s. 9) som definerer personsentrert omsorg. VPM anvendes i noe varierende grad av mine informanter, men på tross av dette står filosofien om den personsentrerte omsorgen for personer med demens sterkt hos hver og en av dem. Denne form for tenkning gir arbeidet deres med personer med demens et visst begrepsmessig innhold.

Studien min viser også hvordan den faglige utvikling innenfor demensomsorgen og innholdet i offentlige dokumenter har hatt betydning både for hvordan helsepersonellet tenker om personsentrert omsorg, og for hvilken omsorg som har best effekt for personer med demens. I tillegg viser studien at informantenes disposisjoner, individuelle- og profesjonelle habitus, samt kapitaler, har betydning for hvordan deres praktikk arter seg i sykehjemsfeltet. Studien viser at noen anvender VIPS-praksismodell (VPM) i sitt arbeid på sykehjemmet, men ikke alle. Personsentrert omsorg for personer med demens er en omsorgsfilosofi som kan få stor betydning for hvordan vi tenker og forhåpentligvis også behandler personer med demens i Norge i tiden framover.

Nøkkelord: *Praxeologi, Bourdieu, habitus, felt, Kitwood, Brooker, personsentrert omsorg, VIPS.*

## Abstract

The purpose of this thesis is to highlight how healthcare professionals communicate about, approach, and interact with people with dementia living in nursing homes in Norway in 2016. In an attempt to construct an answer to my research questions, I apply Pierre Bourdieu's theoretical tools *habitus, capital and field*. Empirical data has been collected through observation and interviews with healthcare professionals using person-centered care in their work with dementia. In order to explain how healthcare professionals approach people with dementia, I have, through literature, government documents and previous research, studied development in health care with focus on care for elderly, dementia care and nursing homes.

My thesis shows that research and education in the fields of gerontology, geriatrics and geriatric psychiatry has been central to the understanding of aging diseases and aging as a biological phenomenon. Furthermore, the thesis explains how a change in thinking about people with dementia, appeared in Britain in the 1990s, and then in Norway in the 2000s. Central to this change was Tom Kitwood's philosophy of person centered care for people with dementia.

In my thesis, I have focused on the VIPS-practice model (VPM) as a method of care and treatment for persons with dementia, and show how it is applied in a nursing home. VIPS is an acronym which contains four main elements that defines person-centered care (Brooker, 2013, s. 9). Although this model was used by my informants to a varying degree, the philosophy of the person-centered care for people with dementia has a strong position.

My thesis shows that perceptions of person-centered care, and which method healthcare professionals think is best for people with dementia, is influenced by the developments in dementia care and the contents of public documents. Additionally, the thesis shows how the informants' dispositions, individual and professional habitus, as well as capitals have implications for how their practice manifests itself within the field of nursing homes.

According to my thesis the VIPS-practice model (VPM) is used by some, but not by all. However, the philosophy of person-centered care will be of significant importance for how we approach people with dementia in Norway in the future.

Keywords: *Praxeology, Bourdieu, habitus, field, Kitwood, Brooker, person-centered care, VIPS*

# Innhold

<b>LISTE OVER FORKORTELSER .....</b>	<b>.....</b>
<b>1 INTRODUKSJON OG PRESENTASJON AV FORSKNINGSSPØRSMÅLENE .....</b>	<b>1</b>
1.1 STUDIENS BAKGRUNN OG TEORETISK FORANKRING .....	2
1.2 DEMENS .....	3
1.3 PERSONSENTRERT OMSORG .....	5
1.4 VIPS-PRAKSISMODELL (VPM).....	9
1.5 HENSIKTEN MED STUDIEN .....	13
1.6 TIDLIGERE FORSKNING .....	14
1.6.1 Innledning.....	14
1.6.2 Tidligere forskning om personsentrert omsorg for personer med demens.....	14
1.6.3 Tidligere forskning som har brukt praxeologisk vitenskapsteori.....	16
<b>2 VITENSKAPSTEORETISK FORANKRING .....</b>	<b>17</b>
2.1 PIERRE BOURDIEU.....	17
2.2 TEORETISKE VERKTØY .....	18
2.2.1 Habitus.....	18
2.2.2 Felt.....	18
2.2.3 Kapital.....	19
<b>3 METODISK FRAMGANGSMÅTE OG ETISKE REFLEKSJONER .....</b>	<b>20</b>
3.1 METODISK FREMGANGSMÅTE .....	20
3.2 UTVALG.....	21
3.3 INNSAMLING AV EMPIRI.....	22
3.3.1 Ikke deltagende observasjon og etiske betraktninger.....	23
3.3.2 Kvalitativt intervju og etiske betraktninger.....	24
<b>ANALYSENS FØRSTE DEL .....</b>	<b>25</b>
<b>4 HISTORISERING.....</b>	<b>25</b>
4.1 HELSEVESENET .....	25
4.2 SYKEHJEM .....	28
4.3 POSISJONER OG POSISJONERING AV SYKEHJEMMENE OG SKJERMETE AVDELINGER FOR PERSONER MED DEMENS I DET MEDISINSKE FELTET .....	34
4.4 GERONTOLOGI .....	38
4.5 GERIATRI .....	39
4.6 ALDERSPSYKIATRI .....	42
4.7 GERONTOLOGIEN, GERIATRIENS OG ALDERSPSYKIATRIENS POSISJON OG POSISJONERING I DET MEDISINSKE FELTET .....	44
4.8 AUTO-SOSIOANALYSE .....	46
4.8.1 Mine disposisjoner og posisjoner i det sosiale rom.....	46
4.8.2 Mine disposisjoner og posisjoner i det medisinske felt.....	47

4.8.3	<i>Mine disposisjoner og posisjon i det akademiske felt</i>	48
4.8.4	<i>Min habitus</i>	48
<b>ANALYSENS ANDRE DEL</b>		<b>50</b>
<b>5</b>	<b>ARENAEN FOR DENNE STUDIENS DATAINNSAMLING</b>	<b>50</b>
5.1	REFLEKSJONER RUNDT POSISJON OG POSISJONERING AV DEMENSSENTERET I SYKEHJEMMET	51
5.2	FORSKNINGSOBSERVASJON AV TO SYKEPLEIERE OG EN VERNEPLEIER	53
5.2.1	<i>Observasjon av sykepleier Charlotte</i>	53
5.2.1.1	Fagmøte, dag 1	53
5.2.1.2	Observasjon av Charlotte, dag 2	55
5.2.2	<i>Observasjon av vernepleier Ida, dag 3</i>	58
5.2.3	<i>Observasjon av sykepleier Frida, dag 4</i>	60
5.2.4	<i>Refleksjoner knyttet til informantenes praksis</i>	61
5.3	FORSKNINGSINTERVJU AV TO SYKEPLEIERE OG EN VERNEPLEIER	62
5.3.1	<i>Intervju av sykepleier Charlotte</i>	63
5.3.2	<i>Intervju av vernepleier Ida</i>	65
5.3.3	<i>Intervju av sykepleier Frida</i>	69
5.3.4	<i>Refleksjoner knyttet til informantenes beskrivelse av egen praksis</i>	71
5.3.4.1	Charlotte	71
5.3.4.2	Ida	72
5.3.4.3	Frida	72
5.4	ANALYSE AV INFORMANTENES HABITUS, FELT OG KAPITALER	72
5.4.1	<i>Sykepleier Charlotte</i>	73
5.4.2	<i>Vernepleier Ida</i>	76
5.4.3	<i>Sykepleier Frida</i>	79
<b>6</b>	<b>DRØFTING AV STUDIENS FORSKNINGSSPØRSMÅL</b>	<b>83</b>
6.1	HVA ER GENESEN TIL PERSONSENTRERT OMSORG FOR PERSONER MED DEMENS?	84
6.2	HVORDAN STRUKTURERER HELSEPERSONELL PLEIE- OG OMSORGSARBEID FOR PERSONER MED DEMENS?	86
6.2.1	<i>Charlotte</i>	87
6.2.2	<i>Ida</i>	88
6.2.3	<i>Frida</i>	90
<b>7</b>	<b>OPPSUMMERING AV BAKGRUNNEN FOR OG HVORDAN DET ARTER SEG NÅR HELSEPERSONELL ANVENDER PERSONSENTRERT OMSORG</b>	<b>92</b>
<b>REFERANSER</b>		
<b>OVERSIKT OVER VEDLEGG</b>		

## **Liste over forkortelser**

**DPS:**Distriktpsikiatrisk senter

**NGI:** Norsk gerontologisk institutt

**NOVA:** Norsk institutt for forskning og oppvekst, velferd og aldring

**PK:** Primærkontakt

**RP:** Ressursperson

**USHT:** Utviklingscenter for sykehjem- og hjemmetjenester.

**VAF:** Viken alderspsykiatriske forskningsnettverk.

**VPM:** VIPS praksismodell

# 1 Introduksjon og presentasjon av forskningsspørsmålene

I denne masteroppgaven vil jeg sette søkelys på hvordan helsepersonell snakker om, symbolsk håndterer, og konkret behandler personer med demens som bor på sykehjem i Norge i 2016. Min interesse for dette fagområdet startet allerede på midten av 1990-tallet, da jeg begynte å arbeide som sykepleier på et sykehjem i Bergen. Når personer med demens opplever tap av sine funksjoner, er betydningen av en helhetlig tenkning, og hvilken tilnærming man har til personen med demens, særlig viktig. Tom Kitwood<sup>1</sup> beskrev dette på en fin måte, i den utvidede modellen for demens, med at det er viktig å vektlegge personen med demens sin nevrologiske svikt, hvilken helseprofil, livshistorie og personlighet personen har, og framhever at man på den måten kan oppnå personsentrert omsorg for vedkommende (Brooker, 2013, s. 12). Når man tar hensyn til alle disse nyansene i livet til den enkelte person med demens kan det hjelpe ham eller henne på en god måte. Siden 1990-tallet har det i litteraturen og stortingsmeldinger vært en gradvis utvikling i hvordan helsepersonell og myndighetene ser på hvordan man best mulig kan hjelpe personer med demens. Fokuset er ikke lengre ensidig rettet mot den medisinske behandling, men like viktig er miljøbehandling<sup>2</sup> i demensomsorgen.

Som følge av høyere levealder, har vi i Norge nå en større andel eldre enn tidligere. Basert på vår nåværende kunnskap og behandlingsmuligheter, må vi i årene framover derfor forvente et betraktelig høyere antall personer med demens. De siste 10 årene har norske myndigheter hatt økende fokus på hvordan man best mulig kan møte behovene til personer med demens.

Myndighetene viser tydelig at de har planer om økt satsning på kompetanseoppbygging og forskning, når det gjelder hvilke tiltak som er best for personer med demens. Det foreligger et ønske om å tilrettelegge for «et faglig forsvarlig og individuelt tilrettelagt tjenestetilbud» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006, s. 10). Helse- og omsorgsdepartementet la i 2007 fram en egen plan (Demensplan 2015), med et eget handlingsprogram som tar sikte på å legge til rette for et bedre tilbud for personer med demens. I tillegg er det også iverksatt flere ulike tiltak etter 2008 innen forskning, miljøterapi og miljøbehandling, yngre personer med demens, personer med minoritetspråklig bakgrunn som utvikler demens og individuell plan (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a). Vedrørende tiltaket som omhandler miljøterapi og

---

<sup>1</sup> Tom Kitwood (1937-1998) var en britisk teolog og sosialpsykolog som på 1990-tallet utviklet omsorgsfilosofien *personsentrert omsorg for personer med demens*.

<sup>2</sup> *Miljøbehandling* omfatter det terapeutiske arbeidet med personer med demens som det legges til rette for i pasientens eget miljø. «Miljøbehandling for personer med demens har som mål å sette den enkelte i stand til å bruke sine ressurser maksimalt og bidra til å opprettholde selvstendighet så lenge som mulig (Rokstad, 2012, s. 19).



miljøbehandling har regjeringen iverksatt et 3-årig utviklingsprogram. «Utviklingsprogrammet skal sette søkelys på fysiske og psykososiale rammebetingelser, relasjon og samspill, kommunikasjon og miljøterapeutiske metoder. Videre skal programmet utvikle gode modeller for miljøterapeutiske tiltak og vurdere effekt og nytteverdi av ulike tiltak» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a, s. 16). Resultatet av dette utviklingsprogrammet er en viktig del av bakgrunnen for min forskningsstudie, og er også utgangspunkt for mine to forskningsspørsmål:

- Hva er genesen<sup>3</sup> til personsentrert omsorg for personer med demens?
- Hvordan strukturerer<sup>4</sup> helsepersonell<sup>5</sup> pleie og omsorgsarbeidet for personer med demens?

## 1.1 Studiens bakgrunn og teoretisk forankring

Bakgrunnen for at jeg har valgt å fordype meg i personsentrert omsorg for personer med demens, er min faglige interesse for sykepleie til denne gruppen pasienter. Jeg er opptatt av hva helsepersonell snakker om når de sier at de jobber personsentrert, og hvordan de møter personer med demens. Det er etter hvert også utviklet fire arbeidsmetoder innen miljøbehandling som er personsentrert i Norge de siste 10 årene (Rokstad, 2012):

- Strukturert miljøbehandlingsprogram i sykehjem på individ-, gruppe og ledelsesnivå<sup>6</sup>
- Marte Meo metoden<sup>7</sup>
- Dementia Care Mapping<sup>8</sup>(DCM)
- VIPS rammeverket<sup>9</sup>

Min yrkeserfaring knyttet til eldreomsorgen er i hovedsak fra 1996 til 2004 da jeg jobbet på et sykehjem i Bergen, og jeg relaterer min personlige erfaring til den perioden. Da jeg begynte å jobbe ved sykehjemmet, som ble etablert i 1918, besto det av to større somatiske avdelinger

---

<sup>3</sup> Genese betyr opprinnelsen til.

<sup>4</sup> *Strukturerer* menes her med at en kan forstå en praksis med å konstruere en forklaring som «er systemet af strukturerte og strukturerende dispositioner, der dannes i praksissen» (Bourdieu, 2007, s. 91)

<sup>5</sup> I denne studien omfatter begrepet *helsepersonell* yrkesgruppen sykepleier og vernepleier.

<sup>6</sup> Strukturert miljøbehandlingsprogram i sykehjem på individ-, gruppe og ledelsesnivå er miljøbehandling basert på en modell som psykologen John F. Gunderson utviklet, bygget på prosesser som «trygghet, støtte, struktur, engasjement og bekreftelse» (Røen & Storlien, 2012, s. 159).

<sup>7</sup> Marte Meo-metoden er en metode som bruker video for å belyse og illustrere vanskelige kommunikasjons- og samhandlings situasjoner med personer med demens (Lunde, Munch, Skram, 2012, s. 109).

<sup>8</sup> «DCM er et observasjons- og evalueringsverktøy som er utviklet for å forbedre kvaliteten på den omsorg som gis til personer med demens (Rokstad, 2012, s. 134).

<sup>9</sup> VIPS-rammeverket er rammen rundt de fire indikatorene VIPS som «er et redskap tenkt brukt i personalgruppen som har den daglige omsorgen for personer med demens» (Mjørud, 2012, s. 85).

og tre mindre avdelinger, der den ene var en korttidsavdeling, og de to andre var skjermete avdelinger for personer med demens. I 2003 ble sykehjemmet bygget om. Sykehjemmet består nå av 1. etasje med tre skjermete demensavdelinger med utgang til egne sansehager, 2. etasje med to somatiske avdelinger, en demensavdeling og en psykiatrisk avdeling. Det er også tilknyttet ytterligere en demensavdeling, i et eget bygg tett ved sykehjemmet.

Bakgrunnen for at jeg har valgt å forankre studien teoretisk i et praxeologisk perspektiv, er mitt ønske om å analysere de sosiale praktikker knyttet til omsorgen for personer med demens. Jeg ønsker derfor å bruke Bourdieus<sup>10</sup> praktikkteori<sup>11</sup> og tilsvarende begreper som teoretisk forankring. I Bourdieus arbeid med å utvikle en praktikkteori hadde han fokus på at forskeren forholdt seg refleksivt til seg selv som forsker (Petersen, 1996, s. 125).

Det er viktig med en kritisk analyse av det jeg skal studere, og jeg vil bestrebe å være objektiv, både til det jeg skal studere og til meg selv som forsker. For å kunne skape en slik oversikt over mitt empiriske materiale vil jeg som analyseredskap anvende noen av de begreper Bourdieu har utviklet. Begrepene jeg vil bruke i min analyse er habitus, felt og kapital. Disse begrepene vil bidra til å kartlegge bakgrunnen for og innholdet i agentenes<sup>12</sup> strategiske handlinger innenfor et sosialt felt. Jeg redegjør nærmere for disse begrepene i pkt 2.2 nedenfor.

Jeg vil imidlertid først forklare hva demens og personsentrert omsorg for personer med demens er, samt redegjøre nærmere for miljøbehandlingen VIPS praksismodell.

## **1.2 Demens**

«Demens er en fellesbetegnelse på organiske forandringer i hjernen som medfører kognitiv svikt, atferds- og personlighetsendringer, svekket evne til å utføre dagliglivets funksjoner og til å ta vare på seg selv» (Brækhus & Lillesveen, 2005, s. 9). Det å diagnostisere noen med demens er ikke en enkel sak, og i Norge er diagnostiseringen basert på det internasjonale klassifikasjonssystemet ICD-10:

---

<sup>10</sup> Pierre Bourdieu (1931-2002) var en fransk sosiolog og samfunnsforsker som har utviklet en praktikkteori og tilsvarende begreper som gjør det mulig å «begripe, analysere og diskutere komplekse problemstillinger vedrørende praksis og sosial reproduksjon» (Wilken, 2014, s. 9).

<sup>11</sup> «Bourdieu's praktik-teori er et videnskabeligt studium af praktikerens praktik» (Petersen, 1995, s. 27)

<sup>12</sup> *Agenter* er det begrepet Bourdieu bruker om den som handler i et felt, dvs. det sosiale rom (Petersen, 1996, s. 124).

<b>ICD-10 kriteriene for demens</b>	
«I	(1) Svekket hukommelse, især for nyere data (2) Svikt av andre kognitive funksjoner (dømmekraft, planlegging, tenkning, abstraksjon) Mild: Virker inn på evnen til å klare seg i dagliglivet Moderat: Kan ikke klare seg uten hjelp fra andre Alvorlig: Kontinuerlig tilsyn og pleie er nødvendig Den kognitive svikten må influere på dagliglivets aktiviteter
II	Klar bevissthet
III	Svikt av emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd; ≥ 1 av følgende: (1) Emosjonell labilitet (2) Irritabilitet (3) Apati (4) Unyansert sosial atferd
IV	Tilstanden må ha en varighet av ≥ 6 måneder»

(Brækhus & Lillesveen, 2005, s. 9)

Forandringene i hjernen er mange, men de største forandringene er knyttet til at hjerneceller blir skadet og dør. Det er når dette skjer i stor skala og høyt tempo man vil se en utvikling av demens. Hjernecellene har ikke den samme evnen som andre celler i kroppen til å dele seg og dermed reparere seg selv.

I Norge har ca. 70 000 mennesker demens, og hvert år får minst ca. 10 000 mennesker demens (Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse, 2017). Vi vet at det er flere eldre mennesker som utvikler demens enn yngre, og når det er forventet økt levealder vil antall over 80 år i befolkningen også øke. Det forventes at ca. 130 000 mennesker vil ha demens i 2040 i Norge (Sosial og helsedirektoratet, 2007, s. 3).

Den vanligste årsaken til demens er Alzheimers sykdom. Dette er en sykdom i hjernen der det blant annet dannes senile plakk<sup>13</sup> som er giftige for hjernecellene. I tillegg flokes trådene som holder cellestrukturen i hjernecellene sammen og etterhvert dør hjernecellene.

Vaskulær demens er en annen årsak til demens som er litt mindre vanlig enn Alzheimers sykdom. Denne form for demens opptrer ved mangelfull blodtilførsel til hjernens celler. En kombinasjon av Alzheimers sykdom og vaskulær demens forekommer ofte (Brækhus, Dahl, Engedal & Laake, 2013, s. 4-6, Kjelberg, 2002).

---

<sup>13</sup> Senile plakk er en av skadene i hjernen ved Alzheimers sykdom. Det avleires et stoff utenfor hjernecellene som heter beta-amyloid. Når beta-amyloid klumper seg sammen dannes det senile plakk.

Siden demens er en komplisert og sammensatt sykdomstilstand som fører til mange endringer i livet til den som rammes, er det viktig med en god utredning av sykdomsutviklingen. I tillegg er det viktig med en god utredning av hvilket behandlingstilbud som er det beste for personen med demens. En helhetlig behandling omfatter blant annet den medisinske behandlingen som kan bremse sykdomsutviklingen, samt et tilrettelagt omsorgstilbud der det er den enkeltes unike situasjon som setter rammene for innholdet i omsorgstilbudet.

Vi vet at personen med demens vil ha et økt behov for tilsyn på grunn av svikt i hukommelse og økende desorientering. I forlengelsen av behovet for økt tilsyn er omsorgen for de pårørende til den som har demens også et viktig element.

### **1.3 Personsentrert omsorg**

Personsentrert omsorg innebærer en psykososial tilnærming, og er en omsorgsfilosofi som tar utgangspunkt i personen selv som har behov for hjelp. Personsentrert omsorg er imidlertid et begrep som kan ha ulik betydning avhengig av den sammenheng det brukes i og hva man vektlegger i begrepet (Brooker, 2013). I denne studien tar jeg utgangspunkt i Tom Kitwoods (1937-1998) teoretiske utdyping av personsentrert omsorg for personer med demens. Tom Kitwood var en britisk teolog og sosialpsykolog, som i 1980- og 1990- årene startet sitt arbeid med å forske på demensomsorg. Han var også grunnlegger av Bradford dementia group ved University of Bradford, og utviklet på 1990-tallet omsorgsfilosofien *personsentrert omsorg for personer med demens*.

Fundamentet i filosofien er:

- «Viktigheten av å bevare personverdet
- Den utvidede modellen for demens
- Hensynet til virkningen av ondartet sosialpsykologi
- Viktigheten av å innta perspektivet til personen med demens
- Beskrivelsen av en ny pleiekultur» (Brooker, 2013, s. 11).

Personverdet (personhood<sup>14</sup>) var et nøkkelbegrep for Kitwood når han omtalte personer med demens. Kitwood mente at personens posisjon og status i en sosial og relasjonell kontekst var

---

<sup>14</sup> Personhood: Kitwood «definerer begrepet som «en rang eller status som tildeles et menneske av andre, i en kontekst av relasjoner og sosialt liv. Det innebærer gjenkjennelse, respekt og tillit» (Kitwood, 1997a. s. 8).

med på å definere personverdet til den enkelte. Gjenkjennelse, respekt og tillit er viktige elementer i personverdet, og hvordan personverdet blir ivaretatt og vedlikeholdt på tross av svekkede kognitive funksjoner (Brooker, 2013, Kitwood, 1999, s. 18).

På 1980-tallet var det en vanlig oppfatning i demensomsorgen at størrelsen på tap av hjernebark var den viktigste årsaken til demens (Brooker, 2013, s. 12). Den utvidede modellen for demens ble utviklet av Kitwood for å ta høyde for flere dimensjoner enn tidligere, når det gjelder hvordan en person med demens opplever å ha demens. I denne modellen beskriver han hvordan en persons individuelle nevrologiske svikt, individuelle helseprofil, individuelle livshistorie og individuelle personlighet er tett forbundet med hverandre og uttrykkes i personens sosialpsykologi.

Kitwood beskriver ondartet sosialpsykologi som handlinger som svekker personverdet til den enkelte person med demens. Han forklarer ondartet sosialpsykologi som, «når mennesket blir truet, neglisjert, barnliggjort, nedvurdert, underkjent, umyndiggjort, avbrutt, stigmatisert og latterliggjort» (Brooker, 2013, s. 13). Selv om de fleste mennesker ikke bevisst ønsker å utøve ondartet sosialpsykologi skjer det likevel. Handlingene kan paradoksalt nok være påvirket av samfunnsverdier som rettferdiggjør slike handlinger. Verdier som samfunnet har overfor personer med demens er preget av nedvurdering, fordi deres intellektuelle kapasitet er svekket. Dette innebærer diskriminering og en opplevelse av å bli ignorert. Denne form for ondartet sosialpsykologi kan skade personverdet og svekke livskvaliteten til personen med demens (Brooker, 2013, s.13-14).

Når Kitwood beskriver hvor nyttig det er å kunne innta perspektivet til en person med demens, ønsker han få fram viktigheten av at våre handlinger skal være til det beste for vedkommende. For å innta perspektivet til personen med demens, er en klar forståelse av grunnleggende psykologiske behov en forutsetning. Kitwood understreker viktigheten av at de grunnleggende behovene ikke er hierarkisk bygget opp, men at det derimot er fem grunnleggende og likeverdige psykologiske behov. Som til sammen utgjør det sentrale og grunnleggende psykologiske behovet *kjærlighet*.

De fem grunnleggende behov er:

- Trøst
- Tilknytning
- Inklusjon
- Beskjeftigelse

- Identitet



*Trøst* omhandler aktiviteter som «ømhed, nærvær, lindring af smerte og sorg, beroligelse for ængstelighed samt tryghedsfølelsen, som kommer af det at være tæt på en anden» (Kitwood, 1999, s. 90).

*Tilknytning* er viktig for mennesker fordi vi av natur er sosiale. Tilknytningen vi har med andre mennesker kan være følelsesmessig begrunnet, men også av sikkerhetsmessig art. Dette behovet for tilknytning til andre mennesker er fortsatt viktig for personer med demens, og er sentralt for deres personlige identitet.

*Inklusjon* er også viktig for mennesker, fordi vi er sosiale. Ønsket om tilhørighet og å være inkludert i et sosialt felleskap er et grunnleggende behov hos alle mennesker. Hos personer med demens kan dette komme til uttrykk i form av å være oppmerksomhetssøkende, klamring eller kanskje en protesterende atferd knyttet opp mot hendelser i dagliglivet. Kitwood sa at «når behovet oppfylles, kan en person imidlertid bli i stand til at «ekspandere» igjen, erkendt som havende en distinkt plads i en gruppes fællesliv» (Kitwood, 1999, s. 91).

*Beskjeftigelse* er en viktig del av livet, og spesielt for personer med demens. Beskjeftigelse sinker prosessen som fører til at man mister evnen til å gjennomføre aktiviteter. Det kan være knyttet til både fysiske og sosiale aktiviteter. Beskjeftigelse stimulerer også personen med demens sin evne og behov for refleksjon i livet.

*Identitet* er nært knyttet opp mot den kognitive og følelsesmessige betydningen av å vite hvem man er. For personer med demens er beretningen om livet deres avgjørende viktig for å kunne

bevare sin identitet videre i livet. Den narrative identitet er særlig viktig hos personer med demens som opplever hukommelsessvikt.

Behovet for kjærlighet forsterker seg med en demenssykdom, og har betydning for hvordan en person med demens har det. Christine Bryden beskriver dette i boken sin, *Dancing with dementia*.

«As we become more emotional and less cognitive, it's the way you talk to us, not the way you say, that we will remember. We know the feeling, but don't know the plot. Your smile, your laugh and your touch are what we will connect with. Empathy heals. Just love us as we are. Visit us and just be with us if you do not know what to say. We don't need words as much as your presence, your sharing of feelings with us. We're still here, in emotions and spirit, if only you could find us» (2005, s. 138).

Kitwoods oppfatning var at en sensitiv tilnærming til de grunnleggende behovene, gjorde det mulig å ta vare på den personlige identiteten til personen med demens, på tross av kognitiv snikt.

Det er utviklet mange arbeidsmetoder og arbeidsverktøy som implementerer personsentrert omsorg for personer med demens. I Norge ble det utredet og presentert fire former for miljøbehandling som implementerer personsentrert omsorg. Dette ble presentert i utviklingsprogrammet for miljøbehandling innen demensomsorgen (2009-2011).

Det ene var *Strukturert miljøbehandlingsprogram i sykehjem på individ-, gruppe og ledelsesnivå*. Denne formen for miljøbehandling er basert på en modell utarbeidet av psykologen John F. Gundersen som har sitt fundament i prosesser som «trygghet, støtte, struktur, engasjement og bekreftelse» (Rokstad, 2012, s. 159).

Den andre modellen er *Marte Meo – metoden*. Denne metode bruker video for å skape bedre kommunikasjon og finne løsninger på vanskelige møter med personer med demens. Personer med demens uttrykker seg ofte på måter som det er vanskelig å forstå i en samhandlings-situasjon. Ved å filme denne samhandlingssituasjonen kan helsepersonellet lære nye måter å samhandle på, fordi videofilmen viser hvordan personen med demens reagerer på samhandlingen.

«Mennesker er skapt som sosialt vesener og lærer tidlig i livet at samspill innebærer en rytme mellom eget initiativ og andres respons på initiativet. Rytmen kan være verbal, ikke verbal, inneholde pauser gjentakelser av ord, lyder og speiling av bevegelser. For å kunne være i rytme

trenger alle tilstrekkelig tid til å ta initiativ og til å reagere på andres initiativ og respons»  
(Munch, Storjord, Andersen, 2015, s. 8).

Den tredje metoden er Dementia Care Mapping (DCM), som er et verktøy for å observere og evaluere den omsorgen helsepersonell gir til personer med demens. Denne metoden ble utviklet av Kitwood selv etter flere studier på britiske sykehjem på 1980-tallet. DCM består av at man observerer pasienten fra fire til seks timer i felles oppholdsrom, og ved at man observerer og registrerer god og dårlig samhandling mellom personen med demens og helsepersonell. Når data fra observasjonen er registrert og analysert gir man tilbakemelding til personalet, for å skape refleksjoner og en dialog om hvordan omsorgspraksis kan utvikles.

Den fjerde metoden er VIPS-praksismodell for personsentrert omsorg. Det er denne metoden jeg har fokus på i denne studien. Jeg gjennomfører tre ikke-deltakende observasjoner og intervju av helsepersonell ved to sykehjemsavdelinger som anvender personsentrert omsorg ved hjelp av VIPS praksismodell (VPM). Jeg vil derfor gi en mer utdypende forklaring av denne metoden.

#### **1.4 VIPS-praksismodell (VPM)**

Kitwood hadde flere samarbeidspartnere i sitt arbeid med personsentrert omsorg for personer med demens. En av dem han jobbet mye med var professor Dawn Brooker ved University of Worcester. Dawn Brooker er professor i psykologi og jobber som direktør for the Association for dementia studies på University of Worcester. Hun jobbet tett med Tom Kitwood i arbeidet med å utvikle omsorgsteorien *personsentrert omsorg*, og hun har fortsatt med dette arbeidet etter hans død. Hun var opptatt av å systematisere definisjonen av personsentrert omsorg slik at den omfatter alle aspektene ved begrepet. Dette gjorde hun ved å oppsummere Kitwoods omsorgsfilosofi rundt fire elementer (Brooker, 2003, Røsvik, Kirkevold, Engedal, Brooker, Kirkevold, 2011):

- «Verdsette personer med demens og pleierne som har omsorg for dem - rettigheter og krav skal ivaretas uavhengig av alder eller kognitiv funksjon.
- Behandle personer som enkeltIndivider – alle personer med demens har en unik bakgrunn og personlighet, unike fysiske og mentale evner samt unike sosiale og økonomiske ressurser. Disse faktorene påvirker hvordan de reagerer på nevrologisk svekkelse.
- Forstå verden fra perspektivet til Personen med demens – den enkeltes erfaringer har sin egen psykologiske verdi, personer med demens handler og oppfører seg ut ifra



dette perspektivet, og en empatisk tilnærming til dette perspektivet utgjør et terapeutisk potensial.

- Erkjenne at all menneskelig atferd, også atferd hos personer med demens, har sitt grunnlag i mellommenneskelige relasjoner, og at personer med demens har behov for et berikende Sosialt miljø som kompenserer for svakhetene deres og gir muligheter for personlig vekst» (Brooker, 2013, s. 9)

Disse fire hovedelementene er innholdet i akronymet VIPS. Hvert element har flere indikatorer, formulert som spørsmål, som helsepersonell skal bruke aktivt i sin refleksjon over den personsentrerte omsorgen for personer med demens. Dette er rammeverket til VIPS.

«V» er det første elementet, og det omhandler hvordan man verdsetter både personene med demens og pleierne. Dette innebærer at alle skal anerkjennes for sin absolutte verdi uavhengig av sin alder eller kognitive funksjon. Indikatorene, som også er skjematisk laget til bruk for personalet i avdelinger (se vedlegg 9), til dette elementet er:

- «V1: Har organisasjonen en visjon og en formåls erklæring om personsentrert omsorg?
- V2: Er det etablert systemer som sikrer seg at personalet føler seg verdsatt av arbeidsgiveren?
- V3: Bidrar ledelsens praksis til å dyktiggjøre ansatte som gir direkte omsorg?
- V4: Er det etablert systemer som bidrar til å utvikle personalets kompetanse innenfor personsentrert omsorg?
- V5: Finnes det et fysisk og sosialt miljø som støtter opp om og er inkluderende for personer med kognitiv svikt?
- V6: Er det etablert mekanismer som sikrer kontinuerlig kvalitetsforbedring basert på kjennskap til og ivaretagelse av brukerens behov og interesser» (Brooker, 2013, s. 91-96)?

«I» er det andre elementet, og det omhandler hvordan hver enkelt person med demens blir behandlet som et unikt enkeltindivid. Indikatorene til dette elementet er:

- «I1: Identifiserer dere ressurser og sårbare sider knyttet til et bredt behovsspekter, og har dere individuelle tiltaksplaner som gjenspeiler et bredt spekter av ressurser og behov?
- I2: Blir individuelle omsorgsplaner evaluert regelmessig?
- I3: Har brukerne personlige klær og eiendeler som de kan bruke i hverdagen?

- I4: Kjenner pleierne til og handler ut ifra hva personen med demens liker og misliker, og hvilke preferanser og daglige rutiner vedkommende har?
- I5: Er de ansatte kjent med de enkeltes livshistorier og sentrale historier fra perioder de er stolte av, og brukes denne informasjonen regelmessig?
- I6: Finnes det et variert aktivitetstilbud som tar hensyn til behovene og evnene til alle brukerne» (Brooker, 2013, s. 98-103)?

«P» er det tredje elementer som omhandler hvordan man kan forstå perspektiv til personen med demens. Indikatorene til dette elementet er:

- «P1: Blir brukerne spurt daglig om hva de foretrekker, om de samtykker, og om hvilke synspunkter de har?
- P2: Viser de ansatte evne til å sette seg inn i situasjonen til personen de har omsorg for, og til å ta beslutninger ut ifra hans eller hennes ståsted?
- P3: Reguleres det fysiske miljøet (f.eks. støy, temperatur) daglig, slik at personen med demens lettere føler seg trygg?
- P4: Ivaretas de fysiske helsebehovene til personen med demens (f.eks. smerteutredning, problemer med syn og hørsel)?
- P5: Analyseres utfordrende atferd for å finne de bakenforliggende årsakene?
- P6: Hvordan ivaretas rettighetene til en person med demens som har en atferd som går ut over sikkerheten og trivselen til andre» (Brooker, 2013, s. 105-110)?

«S» er det fjerde elementet som omhandler hvordan man kan legge til rette for et støttende sosialt miljø som ivaretar de psykologiske behov personen med demens har. Indikatorene til dette elementet er:

- «S1: Får alle personer med demens hjelp til å ta del i samtaler og ha fellesskap med andre? Passer de ansatte å ikke snakke over hodet på beboerne?
- S2: Behandles alle brukerne med respekt? Passer de ansatte på å ikke skjenne på dem eller gi dem kallenavn?
- S3: Opplever brukerne varme og aksept i omsorgsmiljøet? Virker de tilfredse eller redde og forsømte?
- S4: Tar de ansatte beboernes frykt på alvor? Overlater de personer som er tydelig fortvilet, til seg selv i lengre perioder?
- S5: Hjelper de ansatte beboerne slik at de kan delta i egenomsorg og aktiviteter? Passer de ansatte på å ikke behandle personer som følelsesløse gjenstander?

- S6: Får brukerne med jevne mellomrom benytte seg av ulike tilbud utenfor omsorgsinstitusjonen? Får de regelmessig besøk av folk fra nærmiljøet» (Brooker, 2013, s. 112-117)?

VIPS-rammeverket er utarbeidet for at helsearbeidere, som yter hjelp og omsorg til personer med demens, skal kunne arbeide systematisk med hvordan de best mulig kan yte personsentrert omsorg. Det er når helsearbeidere klarer å beskrive hva de egentlig gjør for å yte personsentrert omsorg for demente, og kartlegge hvilken betydning det har for personer med demens, at VIPS-rammeverket er til nytte for personen med demens.

VIPS-praksismodell (VPM) ble, på bakgrunn av VIPS-rammeverket, utviklet og tilpasset norske sykehjem, og sentralt i VPM er fagmøte. Fagmøte er et strukturert møte som gjennomføres en gang i uken. Deltakerne i møtet er ansatte som både indirekte og direkte har kontakt med personer med demens i en avdeling. I et fagmøte har de ansatte anledning til å drøfte vanskelige situasjoner knyttet til en pasient, som man ønsker å finne en bedre løsning på. Fagmøte er en viktig arena for å oppnå faglig kvalitet på arbeidet, men det er også viktig at de ansatte har en arena for kunnskapsdeling (Røsvik & Mjørud, 2013, s. 12). For at fagmøtene skal være forutsigbare skal det lages en semesteroversikt med datoer for ukentlig møter, fortrinnsvis på samme dag i uken, og møtene skal vare 45 min-1 time. Tilstede på møte skal det alltid være ressursperson (RP), primærkontakt (PK), avdelingssykepleier/fagsykepleier og annet helsepersonell som er på jobb den dagen. Fagmøte har en fast møtestruktur på 7 punkter:

- 1) «Ressursperson (RP) innleder og leder møte.
- 2) Primærkontakt (PK) redegjør for situasjonen som skal drøftes ut fra perspektivet til personen med demens.
- 3) Vurdering av situasjonen i lys av indikatorene i VIPS.
- 4) Drøfting av tiltak
- 5) Primærkontakt redegjør: Hvorfor er dette viktig for personen med demens?
- 6) RP oppsummerer beslutninger, tidsramme for tiltak og evaluering.
- 7) Dokumentasjon» (Røsvik & Mjørud, 2013, s. 13).

En RP skal være sykepleier eller hjelpepleier som er i pasientkontakt. En RP har flere funksjoner, men er i hovedsak leder for fagmøte. Primærkontakten er den som kjenner personen med demens best og planlegger den personsentrerte omsorgen, samt evaluerer planene for

pasienten regelmessig. I tillegg har primærkontakten en hovedoppgave i fagmøtet som talsmann for personen med demens. Avdelingssykepleieren representerer ledelsen og har et spesielt ansvar for at personsentrert omsorg er implementert i hele organisasjonen, herunder verdigrunnet. I tillegg er avdelingssykepleier en støttespiller for RP, og har et spesielt ansvar for å ivareta medisinske forhold knyttet til personen med demens (Røsvik & Mjørud, 2013).

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har, som en forlengelse av arbeidet med VIPS-rammeverket i utviklingsprogrammet for miljøbehandling, utarbeidet to manualer som skal veilede helsepersonell i anvendelse av VPM:

- VIPS-manualen
- Fagmøtemanualen for VIPS

VIPS-manualen gir helsepersonellet blant annet beskrivelser av personsentrert omsorg, grunnleggende behov og indikatorene i VPM. Manualen inneholder også nødvendige og viktig registreringsskjemaer som brukes i det personsentrerte arbeidet. I tillegg er det laget en laminert plansje på to A4 sider med de ulike VIPS-indikatorene (vedlegg 9).

Fagmøtemanualen for VIPS er en manual som beskriver hva et fagmøte er og hvordan møtene skal struktureres. Den består også av en oppsummeringstabell (vedlegg 10) over VIPS-indikatorene.

## **1.5 Hensikten med studien**

Hensikten med denne masteroppgaven er å forklare hva som er bakgrunnen for at helsepersonell anvender personsentrert omsorg, og hvordan deres handlinger er formet av den historiske utviklingen innen omsorgen for personer med demens. I tillegg vil jeg beskrive hvordan helsepersonell konkret behandler personer med demens, og beskrive hvordan de snakker om personsentrert omsorg for personer med demens på et sykehjem som har markert seg ved å bruke VIPS-praksismodell på Vestlandet.

Jeg vil argumentere for den forklaring jeg har analysert og konstruert på bakgrunn av min innsamlete empiri, og for å besvare mine forskningsspørsmål (kap. 1).

## 1.6 Tidligere forskning

### 1.6.1 Innledning

I det følgende vil jeg presentere forskning som spesielt er knyttet opp mot personsentrert omsorg for personer med demens og VPM, og forskning med en praxeologisk vitenskapsteoretisk tilnærming. Tidligere forskning som kombinerer en praxeologisk vitenskapsteoretisk tilnærming med studier knyttet til personsentrert omsorg for personer med demens og VPM har jeg ikke funnet verken i Norge eller internasjonalt.

Jeg vil støtte meg på de studier jeg viser til under, og på denne måten skape ny viten om hva det er sykepleieren gjør når hun eller han anvender personsentrert omsorg over for personer med demens.

### 1.6.2 Tidligere forskning om personsentrert omsorg for personer med demens

Konkret forskning på personsentrert omsorg for personer med demens startet i hovedsak i Storbritannia på 1990-tallet der Tom Kitwood var sentral. I Norge startet arbeidet med å utvikle personsentrert omsorg først på 2000-tallet, da stortingsmelding nr. 25 *Mestring, muligheter og mening* ble utarbeidet i 2005, og da *Demensplan 2015* ble utarbeidet i 2007. I utviklingsprogrammet *Bedre hverdag for personer med demens* om miljøbehandling og miljøterapi er det gjennomført flere studier der det ble undersøkt hvordan man kan anvende og implementere personsentrert omsorg for personer med demens.

I 1997 skrev Kitwood artikkelen, *The experience of dementia*, som blant annet omhandler nyere forskning på den tiden i Storbritannia. Dette var forskning for å lære mer om hvordan det er å være en person med demens. Han viser i artikkelen til hvordan man på seks ulike måter kan nå inn i den subjektive opplevelsen til en person som har demens. Denne forskningen utgjorde grunnlaget for de endringene som etter hvert oppsto i kjølevannet av personsentrert omsorg (Kitwood, 1997b).

Dawn Brooker beskriver i sin artikkel *What is person-centered care in dementia?* hva personsentrert omsorg for personer med demens er, og hvordan de fire faktorene som danner innholdet i VIPS-rammeverket er videreutviklet. I tillegg understrekes det i artikkelen at VIPS først vil komme til sin rett når verktøyet blir grundig implementert i det daglige arbeidet, og når helsepersonell opplever å mestre bruken av VIPS (Brooker, 2003). I 2007 ga Dawn Brooker ut boken *Person-centered dementia care: making services better*, som ble oversatt til norsk i regi av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Denne boken gir god innsikt i

definisjonen av personsentrert demensomsorg og beskriver grundig hvordan VIPS-rammeverk kan brukes.

I perioden 2009-2011, basert på satsningen beskrevet i Demensplanen 2015, ble det gjennomført et utviklingsprogram for miljøbehandling og miljøterapi. I rapporten *Bedre hverdag for personer med demens* (Rokstad, 2012) er det redegjort for arbeidet i utviklingsprogrammet. Ansvarlige for utviklingsarbeidet besto av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Alderspsykiatriske forskningssenter-Sykehuset Innlandet HF og NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus. Utviklingsprogrammet hadde 6 delprosjekter som forsket på hvordan personsentrert omsorg for personer med demens kan anvendes på ulike måter.

Doktorgradsstipendiat Janne Røsvik har, basert på arbeidet med utprøving av VPM i utviklingsprogrammet, studert om bruk av VPM var mer effektivt enn undervisning om demens for å minske agitasjon og andre nevropsykiatriske symptomer. Studien *Development, evaluation and the effects of the VIPS practice model for the person – centred care of patients with dementia. An intervention study in Norwegian nursing homes* besto av flere understudier som ble presentert i fire artikler (Røsvik, 2013).

Den første artikkelen, *What is person centred care in dementia? Clinical reviews into practice: the development of the VIPS practice model* omhandler den teoretiske bakgrunnen og utviklingen av begrepene personsentrert omsorg, VIPS-rammeverket og VPM. I tillegg ser en på utfordringene ved implementering av VPM. Dette er utfordringer som å etablere et felles verdsett blant personalet, og at personalet lærer seg å se situasjonene fra personen med demens sitt ståsted. Andre utfordringer omhandler behovet for engasjerte ledere som kan legge til rette for et sett metoder ved implementering av VPM, samt legge til rette for veiledning og undervisning (Røsvik, Brooker, Mjorud & Kirkevold, 2013).

Den andre artikkelen *A model for using the VIPS framework for person-centered care for persons with dementia in nursing homes: a qualitative evaluative study*, beskriver en studie der man evaluerer implementering av VPM. Her trekkes fram forskjellige utfordringer som for eksempel kunnskap om personsentrert omsorg, og støtte hos ledelsen. Studien viser også hvordan personsentrert omsorg kan implementeres i et felles verdsett blant de ansatte. Den viser videre at VPM krever lite organisatorisk endring, og er lite resurskrevende. En observasjon er at VPM fungerer best i avdelinger der sykepleieren deltar i fokusgruppen, og at sykepleieren støtter helsefagarbeiderens lederfunksjon og avgjørelser (Røsvik, Kirkevold, Engedal, Brooker & Kirkevold, 2011).

Den tredje artikkelen, *The effect of person-centered dementia care to prevent agitation and other neuropsychiatric symptoms and enhance quality of life in nursing home patients: A 10-month randomized controlled trial*, beskriver en randomisert kontrollert studie der effekten av bruken av DCM og VPM opp imot effekten av undervisning av personalet ved sykehjemspostene ble studert (Rokstad, Røsvik, Kirkevold, Selbaek, Benth & Engedal, 2013).

Den fjerde artikkelen, *Factors to make the VIPS practice model more effective in the treatment of neuropsychiatric symptoms in nursing home residents with dementia*, tar for seg ulike faktorer som har betydning for hvor godt VPM fungerer på sykehjemmene.

Selve studien ble utført som en randomisert kontrollert studie der 15 sykehjem ble fordelt i tre grupper. Studien viste at VPM hadde spesielt god effekt i små avdelinger, og spesielt god effekt på nevropsykiatriske- og psykotiske symptomer hos pasienter med demens, samt på pasienter med depresjon. (Røsvik, 2013, s. 16).

### **1.6.3 Tidligere forskning som har brukt praxeologisk vitenskapsteori**

Jeg vil her trekke fram to studier som illustrerer hvordan en praxeologisk vitenskapsteoretisk tilnærming i sykehjem og hjemmesykepleien, kan brukes for å beskrive, analysere og forklare den sosiale praktikk.

Den ene studien er utført av Ann Kristin Berge Akselberg og har tittelen, *Hva gjør helsepersonell når de utfører helsearbeid i hjemmesykepleien – og hvordan formes deres handlinger*. Som bakgrunn for studien har hun intervjuet og observert ansatte i hjemmesykepleien, for å kunne beskrive hva de gjør og hvordan de selv oppfatter hva de gjør. Ved å studere både det subjektive og objektive aspektet ved praktikken i hjemmesykepleierens praksis, understreker hun Bourdieus tanker om at det subjektive og objektive er komplementære. Videre har Akselberg sett på hjemmesykepleiens plass i det medisinske og politiske felt, og hvilken betydning det har for hvordan de ansattes praktikk formes i deres praksis (Akselberg, 2012).

Den andre studien er utført av Marianne Myking og har tittelen, *Palliasjon på sykehjem. Hva gjør helsepersonell i møte med alvorlig syke og døende pasienter, og hvordan formes deres handlinger?* I denne studien viser Myking hvordan hun anvender Bourdieus begrep felt og habitus i sin bakgrunn for intervjuene, og videre i sin analyse av arbeidet. Hun illustrerer hvordan det å studere historien har betydning for å forstå utvikling av både habitus og felt. Hun viser også til betydningen av en grundig sosioanalyse og refererer til Bourdieus tanker

om hvor viktig det er å objektivisere sin egen virkelighet og forståelse av verden (Myking, 2013).

Bourdieu sier at:

«Udforskning af det velkendte, hvor man på forhånd kender svarene på de spørsmål, man stiller, hvor man allerede kender folks historier, og hvor man ved, hvordan de er positioneret i det sociale rum, gjør det ikke bare mulig at objektivere sin egen forståelse af verden. Det gjør det også mulig at objektivere de videnskabelige metoder, man anvender, når man innsamler og analyserer data» (Wilken, 2014, s. 124).

Tidligere forskning på personsentrert omsorg for personer med demens viser at det er behov for videre forskning på dette området. Røsvik fremhever i sin studie blant annet at det er behov for forskning som gir bedre «kunnskap om nevropsykiatriske symptomer, mer innsikt i hvordan verden oppleves fra perspektivet til en person med demens, og hvordan personsentrert omsorg best kan innføres på ulike arenaer for demensomsorg, for eksempel i dagsenter og hjemmesykepleie» (Røsvik, 2013a, s. 16).

## **2 Vitenskapsteoretisk forankring**

### **2.1 Pierre Bourdieu**

Jeg har valgt å bygge denne studien på hvordan den franske sosiologen Pierre Bourdieu (1931-2002) studerer de sosiale praktikker i en kontekst. Bourdieu hørte til en historisk-epistemologisk tradisjon for forskning. Det vil si at den historiske vinklingen av det man studerer har betydning for å forstå feltets vilkår innen en sosial kontekst. Bourdieu utviklet sine teorier gjennom konkrete undersøkelser. Praxeologisk vitenskapsteori ble også utviklet på den måten. De sosiale praktikker kan forklares og forstås ved å kartlegge den objektive struktur, og på den måten kartlegge hvordan objektet er konstruert.

Refleksivitet som verktøy var viktig for Bourdieu i hans arbeid med empiri. Refleksiviteten står for eksempel sentralt ved kartlegging av forforståelse. Dette kan være både forskerens forforståelse i forhold til feltet som studeres, og agentenes forforståelse av sitt eget sosiale felt. Refleksivitet er sentralt i prosessen for å sikre et perspektiv ut over feltets doxa<sup>15</sup> (Hammerslev & Hansen, 2009, s. 11-16).

---

<sup>15</sup> Doxa er ifølge Bourdieu når det sosiale feltet har en selvfølgelig tilslutning til hvordan habitus og felt former et felt og den praktikk som eksisterer (Bourdieu, 2007, s. 114)



## 2.2 Teoretiske verktøy

Bourdieu utviklet flere begreper som fungerer som teoretiske verktøy. Disse verktøyene hjelper en forsker i å analysere den praktikk som studeres på en kritisk og objektivistisk måte. De verktøyene jeg har valgt å bruke er **felt, habitus og kapital**. Disse begrepene brukes også i historisering og auto-sosioanalyse i kapittel 4.

### 2.2.1 Habitus

Ordet habitus er et latinsk ord som betyr utseende eller beskaffenhet, av verbet å ha. Habitus omfatter både den indre og ytre tilstand. Habitus er en konstruksjon av hvordan mennesket er formet av sitt sosiale miljø. Det er spesielt i den tidlige fasen av livet vi lærer hva som er rett og galt, og i læringsprosessen formes også våre handlinger. Læringsprosessen er imidlertid ikke nødvendigvis en bevisst handling, men når den gjentas flere ganger blir den internalisert i den vi er. Bourdieus habitusbegrep beskriver hvordan alle dimensjonene i en agents habitus danner et helt habitusbegrep. Det er for eksempel agentens mentale egenskaper, egenskaper som er kroppslig forankret og hvordan agenten sosialt er forankret (Wilken, 2014). Habitus er på denne måten knyttet til kroppen, og våre gitte disposisjoner er en del av hvordan vår habitus utvikles over tid. Forstår man habitus på denne måten, så kan man si at «med habitus forstås et system af disposisjoner, som gør, at mennesker handler, tænker og orienterer sig, som de gør i den sociale verden» (Petersen 1997, s. 48).

Habitusbegrepet må imidlertid alltid sees i sammenheng med begrepet «felt», fordi en agents habitus er reflektert i det bestemte felt agenten forholder seg til. Habitus som er reflektert i det enkelte felt er formet og utviklet ved en gjentagende praksis innen det spesifikke felt. Den enkelte agents habitus vil derfor over tid påvirke en utvikling og forandring av habitus i et felt (Callewaert, 2014, s. 165-166).

### 2.2.2 Felt

Når Bourdieu snakker om feltbegrepet er det ikke bare en kontekst, sosialt rom eller et avgrenset område. Feltbegrepet omhandler hvordan posisjoner er posisjonert overfor hverandre, herunder både enkeltindivider, ulike sosiale grupper og institusjoner. Det handler også om hvordan posisjonene relasjonelt forholder seg til hverandre og hvilke kamper som foregår i det spesifikke feltet (Wilken, 2014).

Agentenes (sykepleiere og vernepleiere) posisjon i sykehjemsfeltet, som i denne sammenheng er et avgrenset sosialt rom der en spesifikk praktikk fører til en praksis, har betydning for hvordan de relasjonelt posisjonerer seg, og forholder seg til hverandre. For å kunne konstruere

helsepersonellens habitus, må jeg se det i forhold til det felt som helsepersonellet inngår i, dvs sykehjemsfeltet, som igjen er et subfelt i det medisinske felt.

Jeg ser i denne sammenheng på det medisinske felt som en del av det norske helsevesen, og sykehjemsfeltet som et subfelt på grunn av feltets autonomi (Larsen, 2009, s. 38-43).

Feltbegrepet gir meg mulighet til å konstruere agentenes sosiale rom der praktikken foregår.

Både habitus- og feltbegrepet er nært knyttet opp mot begrepet kapital. Agentene har alle ulike former for kapital, noe som påvirker hvordan de posisjonerer seg i de ulike felt, deriblant subfeltet sykehjem.

### **2.2.3 Kapital**

I tillegg til habitus og felt er begrepet kapital sentralt i Bourdieus teori om praksis. Kapitalbegrepet bidrar til å klargjøre de sosiale maktrelasjonene som er tilstede i et felt, og som har betydning for hvordan agentene posisjonerer seg i et felt (Wilken, 2014, Hammeslev & Hansen, 2009, s. 20-21).

Kapitalformene kommer i mange forskjellige utgaver, men Bourdieu konsentrerte sin tenkning om fire sentrale kapitalformer. Det er den økonomiske kapital, den kulturelle kapital, den sosiale kapital og den symbolske kapital (Wilken, 2014, s. 58). Bourdieus utvidede refleksjoner rundt kapitalformer gir et mer nyansert bilde av hvilke kapitaler man er i besittelse av, og hvordan kapital omsettes og reproduseres i det sosiale felt.

Den *økonomiske kapital* er materiell rikdom som den enkel agent er i besittelse av, og der den materielle rikdommen representerer verdier som kan omsettes i penger. Økonomisk kapital kan derfor være en maktfaktor både på individ- og samfunnsnivå.

Bourdieu beskriver *kulturell kapital* på flere måter. I den objektive formen finnes kulturell kapital som den samling man har av bøker, malerier eller musikkinstrumenter. Den institusjonaliserte formen for kulturell kapital finner vi blant annet i den utdanning og de titler agentene har. Videre finner vi kulturell kapital i en kroppsliggjort form som etter hvert er en del av habitus. Agentenes personlige smak, verdier, moral og kompetanse er viktige elementer i agentenes sosialisering. Denne formen for kulturell kapital utvikles gjennom hele livet, og kommer etter hvert til uttrykk i agentens habitus og får betydning både i utdanning og arbeid.

Den *sosiale kapital* er det man opparbeider seg gjennom sitt sosiale nettverk og forbindelser. Den sosiale kapitalen kan være en viktig maktfaktor gjennom hele livet og ha betydning for

hvordan agentene posisjonerer seg i de ulike avgrensede sosiale rom hvor de utfører sin praksis.

Den *symbolske kapitalen* er beskrevet av Bourdieu som tilstanden alle former for kapital har når de viser seg å ha en verdi og blir anerkjent i sosiale sammenhenger. Både økonomisk-, kulturell- og sosial kapital kan enkeltvis eller sammen bidra til en symbolsk kapital som kan gi økt prestisje og omdømme (Esmark, 2009, s. 196).

### **3 Metodisk framgangsmåte og etiske refleksjoner**

#### **3.1 Metodisk fremgangsmåte**

Mitt forskningsdesign er forankret i en praxeologisk forskningstradisjon. Pierre Bourdieu har med sin praktikkteori vist hvordan en kan studere og forklare en praksis, og på denne måten skape ny viten om praksis. Jeg vurderer det slik at den praxeologiske tilnærmingen til mine forskningsspørsmål er hensiktsmessig for å beskrive og forklare hva helsepersonell gjør i sin praksis

Historisering av sykepleiens utvikling innenfor det medisinske- og det politiske feltet er viktig for å kunne beskrive og forklare historiske utviklingstrekk knyttet til arbeid i sykehjem og arbeid med personer som har demens. Jeg har derfor tatt for meg historisk litteratur om helsevesenet, omsorg for eldre og spesielt den omsorg som ytes til personer med demens på norske sykehjem. Bourdieu var av den oppfatning at historisering av det feltet man skulle undersøke var viktig for å kunne konstruere en forståelse av det man undersøker (Hammeslev & Hansen, 2009, s. 22). Historisering var for Bourdieu et grep for å kunne foreta det dobbelte brudd<sup>16</sup> og på denne måten forstå hvor våre handlinger kommer ifra. Dette er en viktig del av konstruksjonsarbeidet, som ved hjelp av Bourdieus begreper legger til rette for en analyse som beskriver og forklarer hvordan helsepersonell strukturerer pleie- og omsorgsarbeidet til personer med demens. Ved å historisere vil jeg kunne forstå og forklare hvorfor sykepleierne gjør som de gjør i 2016, når de anvender personsentrert omsorg overfor personer med demens.

Videre har jeg gjennomført en auto-sosioanalyse for å konstruere mitt eget utgangspunkt som forsker. Sentrale tanker hos Bourdieu er at vår bakgrunn og vårt ståsted er med på å påvirke

---

<sup>16</sup> Det dobbelte brudd innebærer ifølge Bourdieu en prosess som skaper refleksivitet. Dette kan oppnås ved at forskeren bryter med sin forforståelse, og er bevisst hvilke relasjonelle forhold i det sosiale feltet som har betydning for forskerens forståelse av det som skal studeres (Hammeslev & Hansen, 2009, s. 16-17).

oss på ulike måter. Fordi forskerens personlige historie har betydning for hvilken forståelse forskeren har til det som skal studeres, er mine refleksjoner om mitt eget utgangspunkt og ståsted som sykepleier og forsker viktig for å bevisstgjøre meg på min egen forforståelse. Ved å gjennomføre en konstruksjon av min egen historie, ønsker jeg å bryte med min egen forforståelse, slik at jeg oppnår å ha et mest mulig objektivt blikk på det jeg studerer.

Jeg har valgt å gjennomføre ikke-deltakende observasjoner<sup>17</sup> av, og intervjuer med, helsepersonell som yter omsorg til personer med demens. Dette har jeg utført på et sykehjem i løpet av fire dager. Jeg fulgte to sykepleiere og en vernepleier i deres respektive dagvakter og et fagmøte. I tillegg gjennomførte jeg et intervju på ca. 1 time på slutten av arbeidsdagen deres. Hensikten med å observere agentene i praksis var å konkret se hva helsepersonellet gjorde når de utførte omsorg for personer med demens.

Observasjon var en gjentakende og viktig metode i arbeidet til Bourdieu, fordi han flere ganger observert at mennesker gjorde noe annet enn det de sa de gjorde. Det var ønsket om å konstruere fram en forståelse av hvorfor dette skjedde, som gjorde at han mente at observasjon av agenter var viktig. Intervjuer var også en viktig metode i Bourdieus arbeide. Bourdieu hadde to hensikter med å anvende intervju som metode. Han la vekt på å innhente konkret viten om de ulike felter, og å innhente kunnskap om informantenes liv og handlinger (Hammeslev & Hansen, 2009, s. 25). Dette har også vært viktige faktorer i min egen planlegging og gjennomføring av intervjuer.

Jeg har også hatt et refleksivt fokus på min egen rolle som forsker, samtidig som jeg har reflektert over hvilken betydning min tilstedeværelse hadde for empirien. Relasjonen mellom intervjuer og informant er annerledes enn vanlige relasjoner mellom mennesker, og derfor må intervjuer reflektere over disse forholdene for å oppnå mest mulig objektivitet i intervju-situasjonen (Callewaert, 2007, s. 85-86).

## **3.2 Utvalg**

På sykehjem arbeider det helsepersonell med forskjellig utdanningsbakgrunn. I hovedsak er det ansatt sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere. Et viktig element beskrevet i den bourdieuske tradisjon er hvordan man gjør et relevant utvalg av informanter. Bourdieu mente at en forsker får de beste informanter ved å velge dem som best kan belyse forskningsfeltet

---

<sup>17</sup> Ikke-deltakende observasjoner er observasjoner gjort av forskeren i et felt, der forskeren ikke selv deltar i det som observeres men holder seg i utkanten.

(Hansen, 2009). Jeg hadde et ønske om å ha informanter med bakgrunn som sykepleier eller vernepleier, fordi det er disse yrkesgruppene som er nærmest knyttet opp til planlegging av det sykepleiefaglige tilbudet til personer med demens. I tillegg valgte jeg spesifikt helsepersonell som uttrykker at de jobber personsentrert med personer med demens, og som i tillegg bruker eller har brukt VPM konkret som arbeidsverktøy. I denne sammenhengen vil observasjonsstudiet tydeliggjøre om informantene faktisk jobbet personsentrert, og om de anvender VPM i sin praksis. Fra Bourdieus praktikkteori vet vi at en ting er hva vi sier vi gjør, men en annen er hva vi faktisk gjør (Petersen & Callewaert, 2013, s. 116-117).

I et utvalg til en studie er det ifølge Bourdieu ikke nødvendigvis behov for et stort antall informanter. Det er viktigere at det er de riktige informanter som blir valgt, det vil si informanter som kan bidra mest i det som skal undersøkes (Glasdam, 2007, s. 140).

### **3.3 Innsamling av empiri**

Før jeg startet min innsamling av empiri sendte jeg en søknad til Regional etisk komite (REK) for å få den nødvendige tillatelse til å starte prosjektet mitt. REK konkluderte med at prosjektet mitt ikke var framleggingspliktig (vedlegg 1). Deretter søkte jeg tillatelse fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Etter at prosjektet mitt ble godkjent av NSD (vedlegg 2), starter jeg prosessen med å skaffe informanter. Med hjelp fra Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse i Oslo fikk jeg kunnskap om hvilke kommuner som hadde startet med å anvende VPM i sitt personsentrerte arbeid med personer med demens. Jeg kontaktet flere kommuner og sykehjem, og fikk tilbakemelding fra et sykehjem på Vestlandet som var interessert i å delta i prosjektet mitt. Jeg var også i kontakt med avdeling for helse og omsorg i kommunen og fikk nødvendig tillatelse til å gjennomføre observasjonsstudier og intervjuer ved det aktuelle sykehjemmet (Vedlegg 3). Videre hadde jeg kontakt med styrer på sykehjemmet som ga meg tillatelse til å gjennomføre prosjektet (vedlegg 4), og avdelingsleder ved de aktuelle avdelingene (vedlegg 5). Avdelingsleder hadde kontakt med sine ansatte ved avdelingen og var behjelpelig med å sette meg i kontakt med aktuelle informanter som var interessert i å delta i prosjektet.

Jeg hadde i utgangspunktet et ønske om å observere og intervju fire sykepleiere eller vernepleiere ved avdelingene, men utvalget var begrenset slik at jeg kun fikk anledning til å ha tre informanter. Jeg fikk tillatelse av de enkelte informanter til å observere og intervju dem (vedlegg 6), og inngikk avtale med den enkelte om når det passet best.

### **3.3.1 Ikke deltagende observasjon og etiske betraktninger.**

Etter å ha lest mye om personsentrert omsorg for personer med demens og ulike metoder som er utviklet de siste tiårene, var det med nysgjerrighet og spenning jeg så fram til å observere helsepersonell i deres praksis, og studere hva de gjorde når de jobbet personsentrert med personer med demens. Min egen erfaring som geriatrik sykepleier, og min erfaring med å jobbe med personer med demens, så jeg i utgangspunktet på som en ressurs. Imidlertid kunne dette også representere en utfordring i forhold til min forforståelse innenfor fagfeltet. Jeg har derfor brukt mye tid på å reflektere over den forforståelsen jeg har, og hvordan den kunne påvirke min observasjon og hva som fanger min oppmerksomhet. Det er ikke bare min egen forforståelse som kan påvirke i en observasjonsstudie. Informanter som kjenner til min bakgrunn og interesse for faget kan også bli påvirket av dette når jeg er tilstede i feltet. I Bourdieus tankegang er refleksjon over sin egen posisjon i de ulike felt viktig for å kunne skape nødvendig distanse til det som skal observeres. Det er ulike framgangsmåter for å oppnå dette. En av metodene er å utarbeide en auto-sosioanalyse (kapittel 4) der jeg reflekterer over min egen posisjon, mine kapitaler og hvordan jeg posisjonerer meg. Dette er viktig i prosessen med å skape det nødvendige bruddet til forskningsfeltet, noe som igjen er viktig for å konstruere det som observeres. Ikke deltagende observasjon er også en viktig framgangsmåte for å skape det nødvendige brudd med det jeg skal studere.

I forkant av gjennomføringen av det ikke deltagende observasjonsstudiet, utarbeidet jeg en observasjonsguide (vedlegg 7). En observasjonsguide er et hjelpemiddel i en observasjonsstudie, der forskeren skal objektivere sine observasjoner. Observasjonsguiden hjelper forskeren til å distansere seg til feltet, og til å konsentrere seg om sine feltobservasjoner (Larsen, 2009)

Når det gjelder etiske hensyn overfor den som blir observert var jeg ekstra oppmerksom på de etiske konsekvenser dette kan ha for informanten (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 91).

I tillegg vil jeg anta at den som er informant, og gir samtykke til å bli observert i flere timer, med god grunn kan oppleve dette som en belastning. Ikke minst når man som forsker går i skyggen av informanten og gjør notater, kan det være en fare for at det oppfattes truende (Larsen, 2009, s. 55). Siden personvernet står sterkt i en kvalitativ studie som omhandler mennesker, er informert samtykke (vedlegg 4-5) av etiske hensyn viktig. Jeg har derfor lagt stor vekt på å informere informantene om min bakgrunn og formålet mitt med studien. Jeg har i tillegg beskrevet hva det innebærer for informantene å delta i studien, og at alle opplysninger

er underlagt konfidensialitet. I tillegg til signert samtykke la jeg vekt på at informantene ønsket kunne stille spørsmål i forkant av den ikke-deltakende observasjonen. Frivillighet er viktig for at studien skal være gyldig.

### **3.3.2 Kvalitativt intervju og etiske betraktninger**

Hensikten med å gjennomføre et kvalitativt intervju med informantene var å legge til rette for at de selv kunne uttrykke hva de mener om personsentrert omsorg til personer med demens. Jeg ønsket at de skulle fortelle meg hva det er de selv mener de gjør i sin praksis, og hva de tenker om arbeidet sitt med personer med demens. Ved å legge til grunn at det vi tror vi gjør, ikke alltid er det vi faktisk gjør, kan jeg få hjelp til å få klarhet i hva som faktisk gjøres, ved objektivisering gjennom auto-sosioanalysen, historisering, Bourdieus praksisteori og hans sett med begreper.

Under intervjuene oppfordret jeg informantene om å snakke om den spesifikke dagen jeg hadde observert informantene, og hvordan hennes praksis hadde artet seg akkurat denne dagen. Jeg ønsket å la informantene mest mulig åpent fortelle sin historie den dagen. Slik var det mulig for meg å lære om informantens praksis i lys av hvordan informantene selv opplevde og erfarte sin praksis. På denne måten kunne jeg også sammenholde dette med observasjonene mine, for å forstå og forklare denne praksis knyttet opp mot det sosiale rom (Glasdam, 2007, s. 132-133). Ifølge Bourdieu må forskeren i tillegg til å opparbeide seg god teoretisk kunnskap om feltet, også forholde seg til sin egen kunnskap, som kan være et forstyrrende element. For å kunne forstå informantene må forskeren legge sin egen historie bak seg. Ved å på denne måten bryte med sin egen historie, er det mulig å se informantens historie uten forstyrrelser. Dette krever refleksjon av forskeren (Glasdam, 2007, s. 135). Min egen auto-sosioanalyse var i denne sammenhengen også et viktig grunnlag for mine refleksjoner.

Under planleggingen av intervjuenes struktur og innhold brukte jeg Bourdieus teoretiske begreper habitus, felt og kapital. Jeg hadde ønske om at intervjuene skulle gi meg kunnskap om informantenes habitus, felter og kapital, spesifikt knyttet til denne dagen. Intervjuene ble i hovedsak avholdt med den enkelte informant på slutten av den dagen jeg hadde observert. Det var satt av én time til intervjuene, som ble avholdt på et lukket rom uten forstyrrelser. Jeg brukte tid på å legge til rette for en rolig atmosfære og informerte om at jeg ønsket at informantene skulle fortelle meg om sin dag med egne ord, og at jeg ikke ønsket å påvirke hva som ble sagt. Jeg ønsket å høre informantens egne ord og beskrivelser.

Jeg benyttet en intervjuguide (vedlegg 8), som jeg hadde utarbeidet med bakgrunn i Bourdieus teoretiske begreper, men jeg ønsket å ha en løs form på intervjuene. Jeg brukte intervjuguiden i utgangspunktet til å lede samtalen inn på rett spor, slik at jeg fikk et innblikk i disposisjoner og kapitaler som informantene hadde tilegnet seg, og som kunne si noe om deres praksis.

De etiske hensyn som er relevante for kvalitative intervjuer er i hovedsak de samme som er relevant for observasjonsstudiet. Personvernet og konfidensialitet står sterkt, og informasjon om dette var beskrevet i samtykkebrevet som den enkelte informant hadde underskrevet på. Maktsituasjonen i en intervjusituasjon er sjelden likeverdig mellom intervjuer og informant. Bourdieu omtaler dette som symbolsk makt, og beskriver dette som makten til å definere en virkelighetsoppfatning. I denne sammenheng har forskeren et særlig ansvar for å reflektere over faren for å utøve symbolsk makt i en intervjusituasjon, og ikke minst hvordan dette påvirker informanten.

## **Analysens første del**

### **4 Historisering**

Bourdieu hadde sin bakgrunn i den historiske-epistemologiske tradisjonen. Ut fra denne tradisjonen mente han at historisering av et felt som man undersøker er nødvendig for å skape det dobbelte brudd. Med dette legger Bourdieu vekt på at historisering kan blottlegge ulike spekter av habitus, som for eksempel «at historien ikke kun er indskrevet i de objektive strukturer, men også i de sociale agents kroppe» (Hammerslev & Hansen 2009, s.23).

Jeg vil innledningsvis belyse historien omkring helsevesenet fra 1900-tallet, men primært etter 2. verdenskrig (dvs fra 1945). Implementert i denne historiseringen har jeg et spesielt fokus på eldreomsorgen og sykehjem i denne tiden. Videre vil jeg beskrive kunnskap omkring demens og demensomsorgen i et historisk perspektiv knyttet opp mot fagfeltene gerontologi, geriatri og alderspsykiatri.

Deretter vil jeg se nærmere på min egen historie gjennom en auto-sosioanalyse. En slik analyse vil framheve både min habitus, mine kapitaler og mine felt så langt i livet mitt.

#### **4.1 Helsevesenet**

Når jeg studerer det som er skrevet om eldre på 1800-tallet og begynnelsen av 1900-tallet, er mitt inntrykk at det i litteraturen er fokusert mye på *hvem* som har omsorg for eldre som ikke



lengre er i stand til å ta vare på seg selv. Subsidiaritetsprinsippet<sup>18</sup> sto sterkt i Norge helt fram til den andre verdenskrig, og også delvis i tiden etter at krigen var slutt. Sentralt i subsidiaritetsprinsippet sto fokuset på å hjelpe mennesker som ikke lengre kunne ta vare på seg selv, på grunn av alderdom, sykdom eller for eksempel fattigdom.

Aldring og alderdom er en del av de naturlige grunnvilkårene i livet. Familiene og generasjonene har alltid hatt en viktig rolle i hvordan alderdommen er blitt ivaretatt av mennesker og samfunnet. Den norske grunnlov av 1814 la grunnlaget for et demokratisk styrt Norge gjennom folkevalgte representanter. Det var et skille mellom byene og bondesamfunnet, men i 1837 ble kommunene opprettet slik at bondesamfunnet hadde reell styringsrett på lik linje med byene (Stortingsarkivet, 2016). Det var på denne tid at ansvaret for fattigforsørgelsen ble overført til kommunene, og gjennom fattigloven av 1845 ble det større likhet mellom kommunene på hvordan fattigforsorgen ble ivaretatt. Fattigloven ble revidert flere ganger, og revisjonen i år 1900 skulle være en overgangslov i påvente av nye sosialpolitiske lover. I denne tiden var det i hovedsak som syk eller fattig at eldre ble ivaretatt av kommunene (Daatland, Solem, 2000, s. 198-199).

I begynnelsen av 1900-tallet var det stor frustrasjon i kommunene over de store utgiftene til fattighjelp, og de ønsket at det skulle etableres en statlig alderstrygd. Noen kommuner etablerte sine egne kommunale alderstrygder, men først i 1936 ble det etablert en statlig alderstrygd som var behovsprøvd. Behovsprøvingen skulle sikre at det var innbyggere med inntekt og formue under en viss grense som skulle motta alderstrygd. Etableringen av alderstrygden var en del av utviklingen av velferdsstaten i Norge, og med dette kunne man gi eldre en økonomisk trygghet i alderdommen (Daatland, Solem, 2000). I tillegg til alderstrygden var det også kommunene som hadde ansvaret for aldershjemmene. Sykehjemmene, som var en mindre avansert enhet enn sykehusene, var lenge noe private veldedige organisasjoner hadde ansvaret for (Otnes, 2015, s. 48).

Utviklingen av helsevesenet i første halvdel av 1900-tallet var preget av de endringer som ellers pågikk i samfunnet. Det var fokus på å styrke og bevare folkets helse. Etter 2. verdenskrig skjedde det store endringer i Norge omkring utviklingen av helsevesenet og velferdsstaten. Karl Evang (1902-1981) var utdannet lege og ble i 1938 utnevnt til medisinaldirektør. Utnevnelsen skjedde etter at han i en periode hadde vært svært aktiv med å belyse de store

---

<sup>18</sup> Subsidiaritetsprinsippet er prinsippet om «dei nære nettverka, som familie, kyrkelyden og lokalsamfunnet, skal vere dei første til å yte hjelp før staten kjem inn i bildet» (Braut, 2005, s. 148).

helsepolitiske utfordringene Norge sto ovenfor. Evang flyktet til London i 1940 sammen med regjeringen, og ledet herfra et helsedirektorat opprettet av eksilregjeringen.

I 1945 vendte regjeringen hjem fra London, og navneendringen fra Medisinaldirektoratet til Helsedirektoratet ble videreført. Helsedirektør Evang hadde store planer for hvordan han skulle gjenreise helsevesenet i Norge, og han hadde i løpet av krigen latt seg inspirere både av Storbritannia og USA. Fra Storbritannia var Evang inspirert av William Beveridge (1879-1963) som i 1941 begynte å arbeide med å endre de sosiale ordningene i landet. Beveridge var utdannet økonom og presenterte et forslag som innebar at alle som hadde en arbeidsinntekt skulle betale et innskudd til en offentlig styrt institusjon. Alle som var syke, arbeidsløse, pensjonister og enker skulle så få økonomiske ytelser fra denne institusjonen. Dette arbeidet i Storbritannia påvirket utviklingen av velferdsordningene i Norge i etterkrigstiden.

Helsedirektør Karl Evang bidro til at det medisinske feltet ble innlemmet i det politiske feltet ved at medisinske fagpersoner deltok i det politiske arbeide med å fremme velferdsstaten i Norge. Helsedirektoratet (1945) ble etablert ved at Medisinaldirektoratet og Medisinalavdelingen ble slått sammen og plassert i Sosialdepartementet. Evang var opptatt av at Helsedirektoratet, sammen med helsepolitikkerne, skulle bestå av sterke fagfolk. Noen av disse fagfolkene ble skolert i USA innen helseadministrasjon, og fikk senere sentrale posisjoner innen den norske helseadministrasjon (Schiøtz, 2003).

Helsedirektør Evang ønsket videre å innføre en ny sykehuslov, for å etablere en kontrollert sykehusutbygging regulert av staten. Det skulle i tiårene etter 1945 bygges mange nye helseinstitusjoner i hele Norge, både sentralsykehus og spesialsykehus, samt tuberkuloseinstitusjoner, psykiatriske sykehus og sykehjem. I 1969 ble den etterlengtede sykehusloven vedtatt (Sykehusloven, 1969).

Arbeiderpartiet var politisk det ledende partiet i årene etter 2. verdenskrig, og dermed sentralt i gjenoppbyggingen av landet. På samme tid jobbet helsedirektør Evang med å fremme gjenoppbyggingen av folkets helse, fordi man hadde større tro enn før på at sykdommer kunne behandles. Sosialdemokratiske verdier, som at oppbyggingen av Norge og velferdsstaten skulle komme hele befolkningen til gode, sto sterkt, og var også med på å løfte fram arbeiderklassen. Det var imidlertid et tverrfaglig politisk ønske at velferdsstaten skulle bidra til at alle innbyggerne hadde rett til økonomisk trygghet gjennom hele livet. I denne perioden etter 2. verdenskrig tok staten et større og større politisk ansvar for velferdspolitikken gjennom lover og tjenester (NOU, 2011:11, 2011, s. 35).

Det tok lang tid før velferdspolitikken var etablert gjennom lover og tjenester i Norge. Det var videreutvikling av velferdsordninger som sosialomsorgsloven (1964) som bidro til å støtte økonomisk de som ikke var omfattet av andre ytelser, samt styrket det sosiale arbeidet i kommunene. En annen viktig lov var folketrygdloven, som ble vedtatt i 1966. Denne loven sørget for at mange av helsetjenestene ble finansiert av staten. Formålet med loven var «å gi stønad ved sykdom, legemsfeil, svangerskap og nedkomst, arbeidsløse, alderdom, uføre og dødsfall og tap av forsørger» (Folketrygdloven, 1966, §1-1).

Sykehusloven, som ble en realitet i 1969 etter et møysommelig arbeid siden 1945, hadde stor betydning for den omfattende utbyggingen av helseinstitusjoner i Norge. Sykehusene ble etterhvert dyktige «behandlingsinstitusjoner, forskningsinstitusjoner og utdanningsinstitusjoner» (Schiøtz, 2003, s. 329). Sykehusutbyggingen foregikk i hele landet, men var også knyttet opp mot politiske kamper om sentralisering og sykehusenes størrelse. Befolkningsveksten var stor, og det var betydelige endringer i bosettingsmønsteret. Derfor var det behov for en god kartlegging av hvilke type sykehus, og hvor mange sykehus, vi trengte i Norge. Det var generelt stor optimisme i Norge etter den andre verdenskrig på behandling og forbedring av helse og velferd.

## **4.2 Sykehjem**

Institusjoner tilrettelagt for eldre var i tiden etter 2. verdenskrig i hovedsak aldershjem og pleiehjem, som var lagt innunder kommunenes ansvarsområde, og humanitære organisasjoner som fikk finansiell støtte fra det offentlige (Daatland & Otnes, 2014). I kjølvannet av behandlingsoptimismen ble pleieinstitusjonene omdøpt til sykehjem, etter en innstilling fra Sosialdepartementet i 1955. Denne navneendringen førte også med seg en endring i formål og utforming av sykehjemmene, med mye større fokus på behandling enn tidligere. «Sjukeheimen skulle verte kommunenes eige «minisjukehus», og han skulle vere med på å avlaste dei vanlege sjukehusa» (Hauge, 2005, s. 159). Kommunene satset både på utbygging av sykehjem og aldershjem i tiden fram mot 1969, men det behandlingfokuserte innholdet i sykehjemmene forsvant gradvis, og førte igjen til at sykehjem ble institusjoner for eldre som hadde behov for pleie og omsorg, og uten at helsepersonellet hadde fokus på sykdommene knyttet til alderdom som krevde medisinsk behandling.

I kjølvannet av sykehusloven i 1969, ble det igjen satset på en utbygging av sykehjem i kommunene. Sykehjemmene, som i hovedsak hadde vært drevet av humanitære organisasjoner og kommunene før 1969, ble nå lagt innunder fylkeskommunens ansvarsområde. Med

denne forflytningen av ansvaret til fylkeskommunen fulgte det med økonomiske statlige midler (Hauge, 2005, Daatland & Otnes, 2014). Det foregikk en kraftig utbygging av antall sykehjem fra 1970 til 1980. Norge hadde en forholdsvis stor økning i antall eldre, og sykehjemsplasser ble fordoblet fra «13000 til 26000» (Daatland & Otnes, 2014, s. 46). Utbyggingen av sykehjemmene som foregikk i regi av fylkeskommunen, forutsatte at sykehjemmene skulle fungere som minisykehus og avlaste sykehusene. Ved at det følger med økonomiske midler, styrkes også de medisinske profesjoner (leger og sykepleiere) fordi det blir et fokus på diagnoser hos eldre som skal behandles. På denne måten får den biomedisinske behandlingsform innpass. Det ble imidlertid for dyrt å opprettholde den nødvendige sykehjemsutbyggingen, og for å få kontroll på utgiftene var det nødvendig å gjennomføre endringer i omsorgen for eldre. LEON-prinsippet (lavest effektive omsorgsnivå), som man hadde tatt i bruk på alle nivå i norske helsetilbud, ble da også aktivt anvendt i eldreomsorgen. Ettersom det var dyrt å bygge sykehjemsplasser til alle eldre som trengte helsehjelp, så man til rimeligere løsninger. Et eksempel på dette var at eldre kunne motta helsehjelp i hjemmet, og hjemmehjelpstilbudet vokste spesielt mye på denne tiden. Endringene som de økonomiske prioriteringene førte med seg, medførte også at de pasientene som ble boende på sykehjemmene var de skrøpeligste og sykeste. Disse pasientene ble derfor langtidspasienter med liten fokus på bedring av helsetilstanden, og sykehjemmene ble igjen et oppbevaringssted (Hauge, 2005).

På 1980-tallet fortsatte man med desentralisering av tjenester, slik at man kunne bedre samordningen og konsolideringen av de ulike lokale tjenestene. Man fikk blant annet *lov om helsetjenester i kommunene* i 1982 og *sykehjemsreformen* i 1988, som flyttet ansvaret for sykehjem fra fylkeskommunen til kommunene. Dette var en krevende periode for kommunene, fordi alle de nye ansvarsområdene og oppgavene satte store krav til kommunenes faglige kompetanse (NOU, 2011:11). Sykehjemmenes utforming etter 2. verdenskrig var tydelig preget av at de var tilrettelagt for å fungere som minisykehus, dvs sykehjemsavdelinger som skulle behandle og rehabilitere eldre, slik at de kunne tilbakeføres til hjemmet og bo der. Det ble imidlertid mer og mer tydelig at eldre som var innlagt på sykehjem ofte var så skrøpelige og hjelpetrengende, at tilbakeføring til hjemmet ikke var realistisk. Resultatet av dette ble at pleie- og hjelpetrengende eldre ble boende på sykehjem så lenge de levde. Sykehjemmenes utforming med store avdelinger og flersengsrom ble derfor en stor utfordring i arbeidet med å gjøre sykehjemmene mer hjemmelige for de som bodde der. Innholdet i institusjonsnavnet *sykehjem* skulle nå vise seg å bli sentralt i mange offentlige

dokumenter som omtaler sykehjemmene sin rolle som både behandlings- og boinstitusjon (Hauge, 2005, NOU, 1992:1).

Sykehjemmenes tilpasning til sin delvis nye rolle som både behandling sinstitusjon og boinstitusjon varierte mellom de enkelte sykehjemmene og mellom kommunene. Noen valgte å omdøpe sykehjemmet til bo- og behandlingssenter, og noen sluttet å snakke om pasienter og begynte å snakke om beboere. Det ble også gjennomført endringer i hvordan sykehjemmene ble inndelt i avdelinger. Pasienter som primært var under behandling og rehabilitering bodde på avdelinger som ble kaldt rehabiliteringsavdelinger og korttidsavdelinger. Tanken bak dette var at de eldre skulle kunne flytte hjem etter endt behandling og rehabilitering. Andre avdelinger fikk navnet langtidsavdelinger, og her var tanken at de eldre skulle bli så lenge de levde. Langtidsavdelingene ble gjerne delt opp i somatiske avdelinger, og skjermete avdelinger for personer med demens (Hauge, 2005).

Sykehjemsreformen i 1988, der ansvaret for sykehjemmene ble flyttet fra fylkeskommunen til kommunene, førte også med seg en del finansielle endringer. I Ot. prp nr. 48 (1985-1986) anbefales det at kommunene får tilført økonomiske midler for å ivareta innbyggernes behov for helse- og sosialtjenester. Disse midlene var imidlertid ikke øremerket, men skulle gi kommunene mulighet til å gi innbyggerne en best mulig helsetjeneste tilpasset deres behov. Proposisjonen anbefalte også at kommuner skulle få midler tilpasset antall eldre i kommunen, fordi det var denne gruppen som har størst behov for helsehjelp, dvs gjennom sykehjem, aldershjem og hjemmetjenestene (Ot. prp nr. 48 (1985-1986), kap. 2). En konsekvens av sykehjemsreformen var også at sykehjemsutbyggingen ikke lenger ble prioritert, men at hjemmebasert omsorg i større grad ble utbygget med de midlene som kommunen fikk tilført (Hauge, 2005).

Fra 1990 til 2016 ble det gjort mange politiske vedtak som hadde til hensikt å forbedre omsorgen for eldre mennesker i Norge. I omtalen av Knut Engedal i Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse med tittel *Nestor innenfor alderspsykiatri*, beskrives det hvordan de to utviklingsprogrammene, utviklingsprogram for aldersdemens (1990-1995) og utviklingsprogram for alderspsykiatri (1992-1995), var bakgrunnen for at Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse ble opprettet i 1997. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har som hovedoppgave å «sikre nasjonal kompetanseoppbygging og kompetansespredning om alderspsykiatri, demens, funksjonshemming og aldring og utviklingshemming» (Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, 2016. 29. mars). Det

ble også bevilget penger fra regjeringen for å styrke fagfeltet geriatri. Nasjonalt geriatriprogram (1994-1999) hadde et eget fokus på det medisinske innholdet i helsetjenestetilbudet til de eldre og til geriatriske pasienter. Statens helsetilsyn, som hadde ansvaret for programmet, ønsket at fagfeltet geriatri skulle utbygges i alle fylker. Samtidig var det gjort et valg om at det akademiske geriatriske fagmiljøet skulle være knyttet til sykehusene og være en del av spesialisthelsetjenesten. Dette førte også til økt forskning innen fagfeltet geriatri, og dermed også både bedre utrednings- og behandlingstilbud til de eldre pasientene (Kirkevold & Kårikstad, 1999). En forutsetning for etablering av geriatri i alle fylker, var et tett og godt samarbeid mellom sykehus og kommunehelsetjenesten (Øgar & Rø, 2000). I tillegg var det vedtatt i Ot.prp. nr. 48 at «sykehjemmet må ha sin faglige forankring i de geriatriske teamene» (Ot.prp. nr.48 (1985-1986), 1986, kap.2).

Nasjonalt geriatriprogram støttet tanken om behovet for å styrke og bedre kvaliteten på sykehjemsomsorgen i landet. Marit Kirkevold fremmet, på vegne av institutt for sykepleievitenskap (ISV) ved universitetet i Oslo (UIO), søknaden *Etablering av undervisningssykehjem – effektivt virkemiddel for å bedre sykehjemsomsorg?* Nasjonalt geriatriprogram støttet denne søknaden med et tilskudd til UIO og ISV på kr. 400.000 for å utvikle en «nasjonal plan for etablering av undervisningssykehjem» (Kirkevold & Kårikstad, 1999, s. 8). Noen av utfordringene knyttet til styrking av eldreomsorgen fram til år 2001 ble konkretisert i *handlingsplan for eldreomsorgen* (Sosial- og helsedepartementet, 1997). Sosial- og helsedepartementet ble våren 1997 orientert om arbeidet med den nasjonale planen for etablering av undervisningssykehjem. I videreutvikling av planen var også prosjektgruppen orientert av Sosial- og helsedepartementet om arbeidet med *handlingsplan for eldreomsorgen* (Kirkevold & Kårikstad, 1999).

Antall eldre over 80 år er økende og deres behov for helsehjelp er kontinuerlig i endring. Mange kan fremdeles bo hjemme med større eller mindre behov for hjelp. Det er også et stort antall som har behov for heldøgnspleie på alders- og sykehjem. Utfordringen på dette området er å heve bostandarden på sykehjemmene til enerom, eller bygge omsorgsboliger. En annen utfordring er å skape mest mulig like forhold i hele landet. Fordi noen kommuner har dårligere økonomi enn andre, fører dette til ulikheter i tilbudet for eldre mennesker ut fra hvilken kommune man bor i. Man ønsket bedring av de statlige styringsvirkemidlene, uten å svekke kommunenes fleksibilitet ved valg av løsninger for pleie- og omsorg. I 2002 ble det utarbeidet en stortingsmelding som omhandlet avslutningen av handlingsplanen for eldreomsorgen (Sosialdepartementet, 2002). I denne stortingsmeldingen ble det vist til hvilke deler

av handlingsplanen som var gjennomført tilfredsstillende, og hvilke utfordringer som gjenstod i utbyggingen av helsetilbudet til eldre i Norge. I tillegg til en fortsatt satsning på utbygging av heldøgnspleie og enerom, var rekruttering av kompetent personale et viktig element. Både planer for kompetanse og planer og for rekruttering var omtalt i stortingsmeldingen, og regjeringen understreket i meldingen også at arbeidet med eldreomsorgen ville bli fulgt opp i nye meldinger (Sosialdepartementet, 2002). I 1998-1999 ble det utarbeidet en rapport med tittelen *Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester – analyse av alders og sykehjemsfunksjoner* (Sosial- og helsedepartementet, 1999). Denne rapporten hadde som hovedhensikt å se på sykehjemmene og aldershjemmenes funksjon i kommunene. Med utgangspunkt i behovet for tjenester i kommunen ble det drøftet hvordan man på en god måte skulle fordele oppgavene mellom sykehjemmene og andre kommunale tjenester. Resultatene i rapporten ble viktig kunnskap for Sosial og helsedepartementet i arbeidet videre «med regelverk og andre statlige virkemidler og rammebetingelser for pleie- og omsorgstjenesten» (Sosial- og helsedepartementet, 1999, kap. 2). Rapportens omtale av hvilke boligformer som tilbyr heldøgnspleie, herunder sykehjem, omsorgsboliger og aldershjem, innebærer at det stilles krav til innholdet i de ulike alternativene. Hvilke funksjoner sykehjemmene skal ha på 2000-tallet drøftes på flere nivåer i velferdsstaten. Den store økningen i antall eldre innbyggere som forventes i tiden framover fører til at pleie- og omsorgstjenestene i kommunene er i endring. Man ønsker at samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal fungere på en bedre måte, slik at det legges til rette for pasientenes overgang fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten og omvendt (NOU 2005:3, 2005). Fremtidens utfordringer er også tema i stortingsmelding nr. 25, *Mestring, muligheter og mening, framtidens omsorgsutfordringer* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). I denne meldingen tas det utgangspunkt i arbeidet fra handlingsplan for eldreomsorgen (Sosial- og helsedepartementet, 1997), og de framtidige utfordringene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene blir konkretisert. Videre presenteres en langsiktig plan for hvordan disse utfordringene kan møtes helt fram mot 2020. I denne meldingen presenteres fem strategier som viktige på lengre sikt:

1. «Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
2. Kapasitetsvekst og kompetanseheving
3. Bedre samhandling og medisinsk oppfølging
4. Aktiv omsorg
5. Partnerskap med familie og lokalsamfunn» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006).

Regjeringens konkretisering av tiltak og gjennomføring av arbeidet knyttet til de fem strategiene er grundig beskrevet i *Omsorgsplan 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007b)*. I den 3. strategien «Bedre samhandling og medisinsk oppfølging» fokuseres det på å utvikle en helhetlig demensplan. Regjeringen ønsker at demensomsorgen ikke skal være en særomsorg, men en del av det helhetlige helse- og omsorgstilbudet i kommunene. Herunder presiseres også viktigheten av samhandling mellom spesialisthelsetjenesten innen alderspsykiatri og kommunens arbeid for å tilrettelegge tilbudet for personer med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006).

I *Demensplan 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a)* sier regjeringen i klartekst at «demens har vært lavt prioritert i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten». Demensplan 2015 fikk navnet *den gode dagen*, og baserte sine tiltak og strategier på at personer med demens, menneskene rundt dem og arbeidet for å skape *den gode dagen*, skulle framheves som en viktig del av samfunnet. Planarbeidet skal være langsiktig og skal omfatte livet til personer med demens fra og med diagnostisering, i hjemmet og i heldøgnspleie. Planarbeidet skal også omfatte samfunnet rundt den som har demens. Et ønske om åpenhet og inkludering i samfunnet, verdighet og respekt i omsorgstjenesten basert på god kunnskap, og styrking av pårørendes rolle gjennom samtalegrupper og pårørendeskoler, står sentralt.

I 2013 ble stortingsmeldingen *Morgendagens omsorg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013)* utarbeidet. Regjeringens hensikt med denne meldingen var å rette fokuset enda sterkere på omsorgstjenesten, og hvilke muligheter den enkelte bruker av tjenesten har til å få et best mulig liv. Til tross for økonomiske og demografiske utfordringer ville regjeringen rette blikket mot nye måter å gjennomføre omsorgsoppgavene på. I denne meldingen legger regjeringen grunnlaget for en ny omsorgsplan som skal gjelde for perioden 2015-2020 og være en videreføring av omsorgsplan 2015. Ønsket om å fortsatt ha en innovativ omsorgstjeneste preger myndighetenes strategier og planene for omsorgstjenestens utvikling fram mot 2020. Regjeringen ser det som en nasjonal oppgave å legge det til rette for kommunene, slik at rammeverket tillater nytenkning innenfor omsorgstjenesten, med sikte på det beste tjenestetilbudet til innbyggerne (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Som en del av omsorgstjenesten har myndighetene de siste 10 årene hatt et eget fokus på personer med demens. Demensplan 2015 var en plan som framhevet ønsket om å ha et særegent og sterkt fokus på omsorgen for personer med demens. Erfaringene fra denne planen er byggesteiner i den nye planen *Demensplan 2020, et mer demensvennlig samfunn*. Tittelen



viser til at personer med demens er en del av samfunnet. De skal inkluderes i samfunnet, og fram for alt skal planen «sikre fortsatt deltakelse og likestilling» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a).

### **4.3 Posisjoner og posisjonering av sykehjemmene og skjermete avdelinger for personer med demens i det medisinske feltet**

I det overstående har jeg beskrevet den historiske utviklingen av eldreomsorg og sykehjem i Norge i hovedsak fra 1945. Jeg går nå over til å fremheve posisjoner og posisjonering av sykehjem og skjermete avdelinger i det medisinske feltet.

Historisk sett har hverken eldreomsorgen eller sykehjemmene hatt en høy posisjon i det medisinske feltet i kapittel 2. Helt fram til sykehusloven (1969) var det i hovedsak familie eller fattigforsorgen som tok ansvar for eldre mennesker som ikke kunne ta vare på seg selv. Pleiehjemmene og aldershjemmene, som i løpet av første del av 1900-tallet ble etablert i kommunene, ga eldre mennesker et sted å bo den siste delen av livet. Frivillige organisasjoner og religiøse institusjoner var i tillegg viktige aktører i dette arbeidet. Pleiehjemmene ble i 1955 kritisert av det medisinske feltet for lav medisinsk kvalitet på behandlingen av eldre, og for at institusjonene for det meste fungerte som en passiv oppbevaringsinstitusjon. Senere ble pleiehjemmene omdøpt til sykehjem, og institusjonene skulle være knyttet opp mot behandling og håp om forbedring. Et viktig element var også at sykehjemmene skulle avlaste sykehusene med å ha ansvar for behandling av eldre syke mennesker. Disse endringene i omsorgen for eldre førte til at sykehjemmene ble knyttet nærmere opp mot det medisinske feltet, men de hadde fremdeles en minimal posisjon og mer fokus på pleie enn behandling (Hauge, 2005). Overføringen av ansvaret for sykehjemmene fra kommunene til fylkeskommunene, jfr. Sykehusloven av 1969, førte til en endring i plassering av sykehjemmene i det medisinske feltet. Fylkeskommunene som ønsket at sykehjemmene skulle posisjonere seg som en ressurs i det medisinske feltet, startet en utbygging av sykehjem med store avdelinger og flersengsrom, etter mønster fra sykehusene. Sykehjemmene var fra sykehusloven av 1969 og fram til sykehjemsreformen i 1988 på denne bakgrunn posisjonert som et subfelt under sykehusene.

Erkjennelsen av at sykehjemmene likevel ikke fungerte som aktive behandlingsinstitusjoner førte på 1980-tallet til at sykehjemmene igjen fikk en endret posisjon i det medisinske feltet. Bakgrunnen var at sykehjemmene i større grad skulle være et hjem for pasienter som ikke kunne bo hjemme, selv om det fortsatt skulle være et element av behandling, slik at den medisinske behandlingen av sykdommene til pasientene kunne ivaretas. Sykehjemmenes

endrede funksjon resulterte i at de eksisterende sykehjemmene måtte bygges om. Dette innebar å endre sykehjemmene fra institusjonspreg med store behandlingsrom, til i større grad bruk av mindre rom, som kunne fungere som hjem for pasientene. Sykehjemmene var en viktig del av primærhelsetjenesten i kommunene på begynnelsen av 90-tallet, og denne ombyggingen krevde store økonomiske ressurser. Det ble lagt vekt å skape et differensiert tilbud til pasientene, slik at det bomessige tilbudet i størst mulig grad skulle være tilpasset den enkeltes behov (NOU, 1992:1). Endringer i samfunnet, både økende antall eldre innbyggere og problemer med å rekruttere kompetent personell til sykehjemmene, førte til et annet innhold i sykehjemstjenesten enn det som var ønskelig i det medisinske feltet. Sykehjemmenes gradvise overgang til langtidspleie og boenheter påvirket posisjonen i det medisinske feltet, og sykehjemmene og sykehusene fjernet seg dermed mer og mer fra hverandre. Sykehjemsreformen i 1988 var imidlertid viktig for sykehjemmene, med tanke på å bli nærmere knyttet til kommunenes eldre innbyggere. Sykehjemmene kunne etter hvert utvikle seg i henhold til innbyggernes behov i den enkelte kommune.

Kompetansen til personalet ved sykehjemmene var lenge en utfordring, og satsning på kompetanseutvikling har ikke vært høyt nok prioritert av kommunene. Dette har hatt betydning for hvordan de ansatte har vært posisjonert i det medisinske feltet. Sykehjemmene var fremdeles lavt posisjonert i det medisinske feltet, fordi arbeidsoppgavene var langtidspleie av eldre mennesker, og i mindre grad teknologisk og medisinsk sett avanserte arbeidsoppgaver. Forskning og faglig nettverk var lite påaktet i det sykehjemsfaglige miljø (Larsen, 2009, s 44). Sykehjemmenes økonomiske- og kulturelle kapitaler ble slik sett mer og mer redusert, noe som førte til at deres posisjon i det medisinske feltet ble svekket. Kampene for å opparbeide seg nødvendige kapitaler i sykehjemsfeltet er fortsatt en kamp man kan se spor av i dag.

Eldreomsorg på sykehjem var dårlig posisjonert innen det medisinske feltet, og var lite rustet med kapitaler for å kunne posisjonere seg i det store medisinske feltet (Album, 2008). Prestisjen med å jobbe på sykehjem var lav for helsepersonellet, noe som igjen var årsaken til lavt kunnskapsnivå og utfordringer med rekruttering. De siste 15-20 år har det imidlertid vokst fram en sterkere faglig plattform for det sykehjemsfaglige arbeidet. Et av de første konkrete tiltakene for å styrke det faglige innholdet i sykehjemmene var etablering av undervisningssykehjem i kommunene. Dette skjedde allerede i 1996.

Undervisningssykehjemmene, som etter hvert utviklet regionale løsninger, ble et senter for:

- «å bidra til å heve og sikre kvalitet og kompetanse relatert til gamle, med særlig vekt på sykehjemstjenesten.
- Å løfte deler av geriatrikks omsorgsarbeid opp på et høyt faglig nivå som et bidrag til å heve omsorgsarbeidets faglige prestisje og bedre rekrutteringen. Tanken er *ikke* å rekruttere folk til administrative funksjoner, men til praktisk virksomhet.
- Å etablere et akademisk miljø på sykehjem for å stimulere til økt interesse for fagutvikling og forskning på praktiske spørsmål knyttet til fysisk, psykisk og sosial helse og funksjonsevne for beboere i norske sykehjem.
- Å utvikle gode praksismiljøer for helsefaglige og medisinske studenter i grunn- og videreutdanning, og gjennom dette å øke kompetansen knyttet til eldre og bedre rekrutteringen til eldreomsorgen» (Kirkevold & Kårikstad, 1999, s. 18).

I 2008 ble målet om å etablere undervisningssykehjem i alle fylkene i Norge nådd (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, 2017).

Stortingsmeldinger som *Mestring, muligheter og mening* (st.meld. nr. 25), *Morgendagens omsorg* (Meld.st. 29), samt planer som omsorgsplan 2015/2020 og demensplan 2015/2020 har bidratt til en forbedret posisjon for sykehjemmene i det medisinske feltet. I disse planene har kompetanseoppbygging, fagutvikling, forskning og alternative boformer for eldre mennesker vært sentrale temaer. Det er også lagt vekt på å legge konkrete planer for hvordan omsorg på sykehjem skal være utformet.

Denne utviklingen har bidratt til at sykehjem nå i større grad posisjonerer seg med en spesiell kompetanse på omsorg for eldre syke mennesker, og at sykehjemmene etter hvert har fått en sterkere posisjon i det medisinske feltet. Samhandlingen mellom sykehjemmene og sykehusene har imidlertid lenge vært en utfordring. Sykehusene ønsker at sykehjemmene skal overta ansvaret når pasienten ikke trenger avansert, men likevel noe, medisinsk behandling. Dette samsvarer med Marit Kirkevolds ambisjon om styrket kompetanse og kvalitet i sykehjemmene gjennom blant annet etablering av undervisningssykehjem, og en bedre beredskap for medisinsk behandling i sykehjemmene. Utfordringene til sykehjemmene har imidlertid vært at helsepersonellet opplever å ha for lav kompetanse i forhold til pasientens behov. For å bedre samhandlingen mellom sykehjem og sykehus ble *Samhandlingsreformen* (st. meld. nr. 47) iverksatt i 2009. Som et ledd i denne reformen defineres det hvilke formelle krav som

stilles til helsepersonellet ved sykehjemmene. Det gjelder både grunnutdanning, videreutdanning og den forskningsbaserte kunnskapen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Sykehjemsavdelinger for personer med demens har også i denne sammenhengen hatt en særegen posisjon. Allerede tidlig på 1980-tallet begynte man å bygge små enheter som var spesielt godt tilrettelagt for personer med demens. I 1996 foretok man den første kartlegging av tilbudet til personer med demens i norske kommuner. Allerede de første 10 årene ble antall plasser på skjermete avdelinger nesten fordoblet, og antall plasser i bokollektiv og omsorgsboliger ble femdoblet (Nilsen, 2006, s. 74-75). Selv om det ble utviklet et differensiert botilbud til personer med demens allerede på 1980-tallet, fikk ikke pasientene som bodde på disse avdelingene et differensiert innhold i pleien de mottok. Sykehjemmene strevde generelt med rekruttering av fagpersonell til sykehjemmene, og det var et dårlig utviklet system for kompetanseutvikling. Gjennom nasjonalt geriatriprogram ble det foretatt en kartlegging av høyskoler som hadde tilbud om «videreutdanning i aldring og eldreomsorg og/eller aldersdemens». Bare 11 av 19 fylker hadde dette tilbudet (Sosial- og helsedepartement, 2000, s. 70).

Det faglige innholdet og rekruttering av helsepersonell til de skjermede avdelingene har fram til 2017 endret seg betraktelig. Kampene i feltet har bidratt til etablering av flere og flere kapitaler, og endring av både individuell- kollektiv- og samfunnsmessig habitus har vært i utvikling.

Kapitalene som er utviklet ser vi blant annet igjen i offentlige dokumenter som har lagt føringer for utviklingen av feltet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006, 2007a, 2007b, 2013, 2015a, 2015b). Andre kapitaler ser vi igjen i videreutdanning og kompetanseoppbygging både på høyskoler og universitet, men også lokalt i regi av kommunene selv og utviklingssentre (USHT) som fra 2017 har styrket sin posisjon i de enkelte fylkene. Den alderspsykiatriske forskningen er en sterk kapital som legger grunnlaget for den kunnskapsbaserte praksis og kompetanseoppbygging i den enkelte kommune. Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og overføring av kompetanse og erfaring fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, er verdifull kapital. Dette igjen har gitt feltet disposisjoner som styrker feltets posisjonering og former habitus i en retning som bedrer tilbudet til personer med demens.

Det er viktig å erkjenne at sykehjemmenes kamp for å øke sin kapital i form av kunnskap, kompetanse, forskning og rekruttering, er tatt på alvor av de styrende myndigheter. Dette viser stortingsdokumenter, planer, lover og økonomiske bevilgninger.

Utvikling av sykehjemmene er oppsummert i tabellen nedenfor:

<b>Sykehjem</b>					
<b>År/reform</b>	<b>Mål</b>	<b>Navn</b>	<b>Avlastning for sykehus og fokus på behandling</b>	<b>Pleie- og omsorgsoppgaver i fokus</b>	<b>Helsepersonells kompetanser</b>
1945-1955	Gi eldre et sted å bo	Pleiehjem/ Aldershjem	Nei	Ja	Lave, fordi pasientene ikke fikk tilbud om behandling.
1955-1969	Behandle og rehabiliterer eldre	Sykehjem/ Aldershjem	Ja	Ja	Lave, fordi rekruttering av kompetent personale var vanskelig.
1969 Sykehus- reformen	Behandle og rehabiliterer eldre	Sykehjem/ Aldershjem	Ja	Ja	Lave, fordi rekruttering av kompetent personale var vanskelig og manglende tilbud om videreutdanning.
1980-1988	Et hjem for eldre og rehabilitering av eldre	Sykehjem/ Aldershjem	Nei	Ja	Noe økende fordi kunnskap om aldring økte.
1988 Sykehjems- reformen	Et hjem for eldre og rehabilitering av eldre	Sykehjem/ Aldershjem	Nei	Ja	Større krav til kompetanse hos helsepersonell.
1988-2016	Hjem tilpasset behovene til den enkelte eldre	Sykehjem/ Omsorgs- boliger og færre alders- hjem	Ja	Ja	Økende kompetanse. Videreutdanninger, faglig nettverk og generelt større fokus på kompetanse.

#### **4.4 Gerontologi**

Gerontologi<sup>19</sup> er et fagområde man kan spore langt tilbake i tid. Sammenholdt med den moderne medisinske utvikling fra 1700-tallet var imidlertid aldring ofte relatert til sykdom og avvik fra det friske og sterke. Interessen for gerontologien var derfor primært medisinsk. I og med at det foregikk en medisinsk framgang både relatert til forskning og sykdom, vokste det også fram en interesse for hva aldring hadde å si for innholdet i livet. Allerede på begynnelsen av 1900-tallet var det flere yrkesgrupper som viste sin interesse for gerontologi, og det var også et økende fokus på psykologi knyttet til gerontologi (Daatland & Solem, 2000).

---

<sup>19</sup> «Gerontologi er læren om aldring og eldre» (Daatland & Solem (2000))

Etter 1945 hadde gerontologi som et selvstendig fag en sterk framvekst. USA sto for størstedelen av utviklingen av faget, men mange andre land fulgte opp, og i løpet av 1940 var det opprettet gerontologiske foreninger i 17 land.

I Norge ble *De gamles helsekomite* opprettet i 1950 av Nasjonalforeningen for folkehelsen og Norske kvinners sanitetsforening. De gamles helsekomite skulle være et samarbeidsorgan for fagpersonell innen gerontologi, og et organ der organisasjoner og det offentlige kunne samarbeide. Arbeidet i *De gamles helsekomite* førte til at *Det norske gerontologiske selskap* ble stiftet i 1954. Selskapet skiftet i 1962 navn til *Norsk senter for aldersforskning*. Man hadde på det tidspunkt etablert studier som fokuserte på eldres levevilkår, som fikk innflytelse på eldrepolitikkens utforming (Daatland & Solem, 2000, Norsk selskap for aldersforskning, 2016). Nasjonalforeningen for folkehelse etablerte i 1957 Nasjonalforeningens gerontologiske institutt for å øke satsningen på forskning innen gerontologi, og utførte også konsulentvirksomhet innen forhold for eldre mennesker (Store medisinske leksikon, 2014). Staten overtok dette instituttet i 1973 og omdøpte det til Norsk gerontologisk institutt (NGI), som utgjorde kjernen i sosialgerontologisk<sup>20</sup> forskning. I 1996 ble NGI organisert sammen med forskning om barndom familie og barnevern, ungdomsforskning og forskning om helse og velferd, under navnet Norsk institutt for forskning og oppvekst, velferd og aldring (NOVA) (Daatland & Solem, 2000). Gerontologien hadde lenge et ensartet fokus på det praksisnære arbeidet, fordi ønsket om å lette på aldringens lidelser og utfordringer hadde den største økonomiske og politiske støtten (Daatland, 2005). Gerontologien var fra starten dominert av sosialmedisinere, men psykologer og samfunnsvitere ble etter hvert også en del av arbeidet.

## 4.5 Geriatri

Geriatri<sup>21</sup> kan beskrives som den kunnskapen man har om sykdommenes konsekvenser hos eldre mennesker. I geriatrien ser man på aldersforandringer og eventuelle sykdommer i de eldre år, som de felleselementer man finner hos eldre pasienter. Aldring i seg selv øker farene for sykdomsutvikling, på grunn av blant annet konsekvensene den biologiske aldringen fører med seg (Skogen, 1999).

---

<sup>20</sup> Sosialgerontologi er knyttet opp mot «de psykologiske, sosiale og kulturelle sidene ved aldring (Daatland, Solem, 2000, s. 32).

<sup>21</sup> «Geriatri (avledet av gresk geront-gammel-og iatros-lege) er et medisinsk fagfelt som omfatter sykdom og funksjonssvikt hos gamle» (Laake, 1997, s. 21).

Fagfeltet geriatri har utviklet seg gradvis siden begynnelsen av 1900-tallet. Ignatz Nascher (1863-1944) omtales som den første medisiner som anvendte begrepet geriatri. Nascher var opprinnelig fra Østerrike, men vokste opp i New York og utdannet seg etter hvert innen medisin. Han var en produktiv forfatter, og skrev blant annet bøker om sykdommer hos eldre og behandlingen av disse. Det var imidlertid i mellomkrigstiden og i tiden etter annen verdenskrig at fagfeltet geriatri vokste fram i Nord-Europa. Et viktig grunnlag var erkjennelsen av at medisinsk undersøkelse, behandling og rehabilitering kunne gi fattige og kronisk syke eldre et bedre og mer selvstendig liv utenfor institusjonene (Laake, 1987).

Geriatrisk medisin er et spesialområde innenfor indremedisin, som i dag er en del av både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Sykdommer hos eldre menneske opptrer ofte annerledes enn hos yngre. Et eller flere symptomer, eller funksjonssvikt, kan skyldes aldersforandringer eller sykdom. Fordi aldersforandringer forsterker muligheten for å utvikle sykdom, samtidig som sykdom akselerer aldersforandringene, kommer man ofte inn i en ond sirkel. En av faktorene som gjør geriatrisk medisin komplisert er at en sykdom ikke alltid presenterer symptomer fra det organet som er rammet.

For eksempel kan være at sykdom vise seg som intellektuell svikt og delirium. Dette er en av alderdommens tre store D'er (**D**elirium, **D**epresjon og **D**emens). Delirium er en hyppig diagnose hos eldre ved sykdom som er en form for overbelastning av hjernen som fører til akutt hjernesvikt (Dramsdahl, 1998, s. 6).

Den første satsningen på fagfeltet geriatri i Norge, med entydige økonomiske bevilgninger, finner vi i Nasjonalt geriatriprogram (1994-1999). Denne femårsplanen fikk totalt bevilget ca. 48 mill.kr, og hadde som mandat at «innsatsen skal konsentreres om det medisinske innholdet i helsetjenestetilbudet til de eldste eldre» (Øgar & Rø, 2000, s. 15). Bakgrunnen for denne satsningen innen fagfeltet geriatrisk spesialisthelsetjeneste er den økende eldrebefolkningen i Norge, og at man har erfart nytten av et nytt helsekonsept. I dette helsekonseptet er fokuset på restressurser og mestringspotensiale like viktig som diagnostisering av organsvikt og funksjonstap.

Ett av resultatene fra programmet var opprettelsen av *Nasjonalt formidlingssenter i geriatri* i 1995. Dette senteret var en pådriver for å gjennomføre hovedmålene i geriatriprogrammet, ved å utarbeide en litteraturlitertidbase knyttet til geriatri, utarbeide en hjemmeside på internett og samarbeide med andre fagmiljøer (Statens helsetilsyn, 1999). Formidlingssenteret var ett av tiltakene som sørget for at både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten hadde

tilgang til samme kunnskap om geriatriens fagfelt, forskning og utvikling. Som en videreføring av satsning på geriatri ble det foreslått fra regjeringen et tilskudd på 7 mill.kr i år 2000. Dette tilskuddet ønsket man å benytte blant annet til videreføring av det nasjonale formidlingssenteret i geriatri, en styrking av spesialisthelsetjenesten og geriatrisk nettverk i helse-regionene (Statens helsetilsyn, 1999, s. 53). På denne måten ble det medisinske og sykepleiens fagprofisjons virkefelt styrket. Dette førte imidlertid ikke til at de eldres pleie- og omsorgsbehov i forbindelse med deres naturlige svekkelser ble styrket.

Undervisningssykehjem, som det var utviklet en plan for med tilskudd fra det nasjonale geriatriprogram, ble også foreslått videreført. Parallelt med utvikling av undervisningssykehjem startet i 2009 også utviklingen av undervisningshjemmetjenester i alle fylker.

Undervisningssykehjemmene, som var spredt utover landet, var et viktig element i å fremme og vedlikeholde satsningen på fagfeltet geriatri i sykehjemmene. Satsningen på undervisningssykehjemmene var sterkt politisk forankret, noe som også bidro til en kontinuerlig utvikling av undervisningssykehjemmene. I 2011 ble det utarbeidet ny overordnet strategi (Helsedirektoratet, 2010) for undervisningssykehjemmene og undervisningshjemmetjenestene, og i den forbindelse ble navnet endret til samlebetegnelsen utviklingscenter for sykehjem- og hjemmetjenester (USHT). Omsorgsplan 2015 har hatt stor betydning for strategier og tiltak for USHT. Imidlertid er også delplanene demensplan 2015 og kompetanseløftet 2015<sup>22</sup> sentrale i USHT. Disse planene beskriver hvordan ulike tiltak og virkemidler har betydning for å ivareta fagfeltet geriatri i primærhelsetjenesten. USHT er derfor en særdeles viktig platform for kompetanse, forskning og fagutvikling innen geriatri.

En av de nyeste politiske planene *Omsorgsplan 2020* er nedfelt i Stortingsmelding nr. 29 *Morgendagens omsorg*. Omsorgsplan 2020 er en videreføring av Omsorgsplan 2015, og fra 2015 til 2020 vil man kontinuerlig arbeide med å utvikle en ny omsorgsplan for å møte framtidens utfordringer innen omsorgsfeltet. I denne omsorgsplanen er det også fokus på et tettere samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, blant annet innen feltet geriatri.

---

<sup>22</sup> Kompetanseløftet 2015 «er regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan for de kommunale og inngår i omsorgsplan 2015» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007b).



## 4.6 Alderspsykiatri

I Storbritannia trakk fagfeltet geriatri til seg en del britiske psykiatere som var spesielt interessert i psykiatriske sykdommer som debuterte i høy alder. I 1955 publiserte blant annet Sir Martin Roth (1917-2006) artikkelen *The natural history of mental disorders in old age*, og Felix Post skrev i 1965 læreboken *The clinical psychiatry of late life*. I tillegg organiserte Tom Arie en egen psykiatrisk avdeling som bare hadde ansvaret for å utrede eldre mennesker med hensyn på aktiv behandling, i motsetning til tidligere der det var vanlig med langtidspleie- og omsorg. Det var flere britiske leger som var med på å løfte faget alderspsykiatri, og i 1989 ble alderspsykiatri godkjent som egen legespesialitet i Storbritannia (Engedal, 2008, s. 16-17).

Alderspsykiatri var også utbredt i andre deler av verden etter andre verdenskrig. Noen av landene som spesielt nevnes er land som USA, Canada, Tyskland og Nederland (Engedal, 2008, s. 16). Som resultat av den internasjonale aktiviteten ble *Internasjonal Psychogeriatric Association (IPA)* dannet i 1980, som en del av *World Psychiatric Association*.

Fagområdet alderspsykiatri har også gradvis vokst frem i Norden, og i 1991 ble *Nordic Society for Research in Brain Ageing (NorAge)* dannet for å skape et grunnlag for forskning og undervisning knyttet til hjernesykdommer som særlig rammer eldre, herunder også demenssykdommer.

I Norge har man fulgt utviklingen i Storbritannia, men Norge har også på dette området kommet senere i gang med arbeidet. Den aller første gerontopsykiatriske avdeling i Norge ble etablert på Dikemark sykehus i 1970. På 1980-tallet var det en større etablering av egne alderspsykiatriske avdelinger og sengeenheter på sykehus i Norge. Disse avdelingene og sengeenhetene hadde imidlertid ofte fokus på langvarig behandling og omsorg for eldre psykiatriske pasienter, og i mindre grad fokus på aktiv behandling. De fleste eldre psykiatriske pasientene som ble innlagt på alderspsykiatriske avdelinger, ble derfor innlagt primært for å motta langvarig behandling og omsorg (Engedal, 2008).

Det er først på 1990-tallet det for alvor skjer en utvikling i organiseringen av tilbudet til alderspsykiatriske pasienter i Norge. Færre pasienter tilbringer lang tid i sykehus, og det foregår i utstrakt grad poliklinisk utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. På samme måte som utviklingsprogrammet for aldersdemens (1990-1995), ble det også iverksatt et utviklingsprogram for alderspsykiatri (1992-1995). Begge disse utviklingsprogrammene var grunnlaget for opprettelsen av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens i 1997, på

bakgrunn av et stortingsvedtak i 1995 (Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, 2016).

Utviklingen av det alderspsykiatriske tilbudet til eldre mennesker har tatt lang tid, og har vært preget av sporadisk innsats fra enkeltindivider (Engedal, 2012). Innenfor fagfeltet alderspsykiatri har imidlertid norsk psykiatrisk forening og norsk psykologforening bidradd til å utvikle og styrke faget. Norsk psykologforening startet i 1989 å arbeide med gerontopsykologi, noe som gjorde det mulig å utdanne seg til klinisk psykolog med fordypning i gerontopsykologi i 1992.

Norsk psykiatrisk forening vedtok i 1990 å arbeide med å etablere alderspsykiatri som en egen del av voksenpsykiatrien. Arbeidet i denne arbeidsgruppen førte til utgivelse av dokumentet *Plandokument for norsk alderspsykiatri 2001-2010*. Dette dokumentet beskriver hvordan Norsk psykiatrisk forening mener at utviklingen av arbeidet med alderspsykiatri i Norge bør være. I tillegg beskriver det også alderspsykiatri som et spesialistområde innen psykiatrien. Norsk psykiatrisk forening definerer her at «alderspsykiatriske lidelser kjenne- tegnes ved at de opptrer for første gang i høy alder (over 65 år), og at det foreligger en nær sammenheng mellom opptreden av psykiatrisk og somatisk sykdom, eller mellom psykiatrisk sykdom og biologiske, psykologiske eller sosiale aldringsfenomener» (Norsk psykiatrisk forening, 2002).

Helsepersonell som arbeider med alderspsykiatri må derfor ha høy kompetanse innen både geriatri, gerontologi og alderspsykiatri. Diagnosegruppene som inngår i alderspsykiatrien er «demens, delirium, depresjon, angst, sent debuterende psykoser (paranoide psykoser og sent debuterende schizofrenilignende psykoser) samt rus og legemiddelmisbruk og/eller avhengighet» (Engedal, 2012, s. 7). Alderspsykiatrien har etter hvert opparbeidet seg til en etablert plass i spesialisthelsetjenesten og er tildelt flere oppgaver. Noen av disse oppgavene er:

- Undervisning og rådgiving av primærhelsetjenesten slik at denne kan forebygge ensomhet og isolasjon som kan medvirke til utvikling av psykiatrisk lidelse
- Tidlig utredning og behandling, enten poliklinisk, ved distriktpsikiatrisk senter (DPS) eller i hjemmet.
- Utarbeide en plan for behandlingen som inkluderer ivaretagelse av pasientens fysiske, psykiske, eksistensielle og sosiale behov.
- Undervise og veilede både pasient, pårørende og primærhelsetjenesten

Ifølge Meld. St. 11 *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*, og som et ledd i opptrappingsplanen for psykisk helse, ønsker man at DPS skal ha det største ansvaret for alderspsykiatrien. DPS er en del av den desentraliserte spesialisthelsetjenesten som skal gi pasientene i distriktene «utredning, behandling og akutt helsehjelp» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b, s. 65). Pasienter med alvorlig alderspsykiatrisk sykdom vil bli tilbudt plass ved en alderspsykiatrisk avdeling på sykehus. Det er samtidig viktig at DPS har spesialkunnskap om alderspsykiatri, for å kunne gi de eldste pasientene et godt tilbud. Nært samarbeid mellom DPS og kommunene representerer også et nødvendig bindeledd mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, der undervisning og veiledning av helsepersonell, om blant annet demens, er en naturlig del (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b).

Det foregår en betydelig utvikling og der er iverksatt ulike tiltak for å videreutvikle den alderspsykiatriske tjeneste. Etablering av Viken alderspsykiatriske forskningsnettverk (VAF) er et slikt tiltak. VAF har som mål å bidra til gode standarder for diagnostikk og behandling av de alderspsykiatriske pasientene, og å kvalitetssikre arbeidet. VAF har opprettet et kvalitetsregister (KVALAP), der standardiserte data fra behandling av pasientene registreres. Registeret er også ment å være et grunnlag for framtidig forskning innen alderspsykiatri (Kristiansen & Engedal, 2013).

#### **4.7 Gerontologien, geriatriens og alderspsykiatriens posisjon og posisjonering i det medisinske feltet**

I det overstående har jeg beskrevet den historiske utviklingen av fagområdene gerontologi, geriatri og alderspsykiatri, og jeg vil i denne delen beskrive hvordan de har posisjonert seg og hvilken posisjon de har i det medisinske feltet. Alle de tre fagområdene er i Norge ganske unge fagfelt, og utviklingen har foregått ganske sakte i tiden etter 2. verdenskrig.

Da man etter hvert fikk kunnskap om at eldre syke menneskers helsetilstand skilte seg ut som særegent komplekse i forhold til yngre menneskers helsetilstand, ble det klart i det medisinske feltet at det var behov for et mer sammensatt behandlingstilbud til eldre. Selv om psykiatrien var en av de første spesialistforeningene som ble etablert innen legeföreningen, var det først på 1990-tallet at alderspsykiatri fikk en større posisjon innen fagfeltet psykiatri. Alderspsykiatri har utviklet seg som en naturlig forlengelse, og som en del av, fagfeltet geriatri, og kampene som har vært kjempet knyttet opp mot feltet alderspsykiatri har vært preget av et ønske om å oppnå aksept for at Eldres psykiatriske helse er en «sammensatt problematikk, både fysisk, psykisk og sosialt» (Norsk psykiatriske forening, 2010, s. 6).

Eldre mennesker sto til en viss grad utenfor framgangen og behandlingshåpet i tiden etter 2. verdenskrig i helsevesenet. Dette bidro til at arbeid med eldre syke mennesker var mindre prestisjefyllt. Manglende forskning innen gerontologi og geriatri i denne tiden, preget også hvilken kapital, som ny kunnskap og kompetanseoppbygging, det gerontologiske- og geriatriiske feltet hadde til rådighet.

Økende levealder og høyere levestander har de siste ti-årene vært en pådriver for geriatriens, gerontologiens og alderspsykiatriens posisjon i det medisinske feltet. Statlige føringer for satsning innenfor feltet geriatri hadde også stor betydning, fordi den økonomiske kapitalen var nødvendig for å utvikle flere andre former for kapital. I tillegg var ikke alderspsykiatri lengre er synonymt med langtidpsykiatri på samme måte som før. Det var generelt blitt mer åpenhet rundt psykiatri i samfunnet, og flere psykiatriske pasienter fikk hjelp og ble friskere. Dette gjaldt også eldre pasienter med psykiatriske lidelser. Kapitaler som forskning, utanning og nye behandlingsmetoder har styrket helsepersonells posisjoner innen fagfeltene geriatri og alderspsykiatri (Engedal, 2008, Norsk psykiatriske forening, 2002, Norsk psykiatriske forening, 2010).

Mandatet som var utarbeidet av Sosial- og helsedepartementet i Nasjonalt geriatriprogram (1994-1999) var som følger:

«Nasjonalt geriatriprogram er etablert for å bidra til utvikling og styrking av fagområdet geriatri. Programmet skal konsentreres om det medisinske innholdet i helsetjenestetilbudet til de eldste eldre – eller for geriatriiske pasienter som kjennetegnes av langtkommet aldring, har flere kroniske lidelser og som har problemer med å klare seg» (Statens helsetilsyn, 1999, s. 7).

Det første målet i geriatriprogrammet var å fokusere på rekruttering av geriatriisk helsepersonell i hele landet. Det andre målet var å styrke den tverrfaglige geriatriiske kunnskapen, samt spesialisering innen geriatri. I tillegg ønsket en å skape et geriatriisk nettverk, samt iverksette andre tiltak for å øke fagfeltets anseelse. Det tredje målet var rettet mot strukturen i den geriatriiske spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjenesten. Dette innbefattet kartlegging av eksisterende og fremtidige planer for geriatri i helseplaner, og kunnskapsformidling knyttet til modeller for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. En siste målsetting i programmet var å øke interessen for og profileringen av fagområdet geriatri.

I kjølevannet av *nasjonalt geriatriprogram*, stortingsmeldinger som *Mestring, muligheter og mening* (St. meld.nr. 25, 2006), *Morgendagens omsorg* (meld.st.29, 2013), *Fremtidens*

*primærhelsetjeneste-nærhet og helhet* (meld. st. 26, 2015) samt planer som *omsorgsplan 2015/2020* og *demensplan 2015/2020*, har planer og opprusting av fagområdet geriatri etter hvert oppnådd stor støtte.

Alle disse faktorene har hatt stor betydning for fagfeltenes posisjon og hvordan det etter hvert, på bakgrunn av spesialistkunnskap om eldre, har kunne posisjonere seg innenfor det medisinske feltet.

## **4.8 Auto-sosioanalyse**

En auto-sosioanalyse (se pkt. 3.1) er en objektivisering av forskerens historie og erfaringer. Dette kan bidra til å bevisstgjøre forskeren på hvilket fokus han eller hun har på det aktuelle forskningsfeltet (Wilken, 2014, s. 123-124).

### **4.8.1 Mine disposisjoner og posisjoner i det sosiale rom**

Jeg vil innledningsvis se nærmere på mine disposisjoner og hvilken posisjon jeg har i det sosiale rom. Mitt sosiale rom er påvirket av mine foreldres og besteforeldres historie.

Ingen av mine besteforeldre fikk formell utdanning. Min farfar var slakter og drev flere slakterbutikker i Bergen. Min farmor hadde gode karakterer på skolen, men fikk ikke fortsette på skole etter folkeskolen. Hun måtte tidlig ut i jobb. Hun jobbet i en av min farfars butikker, og det var på denne måten de traff hverandre. Deretter drev de butikkene sammen. De fikk fire barn, men bare tre av dem vokste opp. Min far, som var eldst, og hans to søsken vokste opp i en stor enebolig i Bergen, og hadde gode økonomiske kår under oppveksten.

Min mormor var flink på skolen, men hennes far gav henne ikke lov til å fortsette skolegangen etter folkeskolen, selv om også hun hadde gode karakterer. Hun jobbet som kontor-dame fram til hun giftet seg med min morfar under 2. verdenskrig. De fikk tre barn og hun var hjemmeværende husmor i 12 år. Senere var hun ansatt i ulike butikker, og da hun ble eldre jobbet hun som badevakt i Bergen kommunes offentlige svømmeanlegg. Min morfar hadde også bare folkeskolen, og da han var 14 år dro han til sjøs og jobbet i mange år som maskinist. Da han gikk i land jobbet han blant annet som lagersjef og vaktmester. I 1953 bygget han en tomannsbolig sammen med sin bror, og familien fikk på denne måten en stor og god bolig.

Etter at min far hadde gjennomført folkeskole og realskole, begynte han som lærling i sin fars slakterbedrift, med sikte på svennebrev som slakter etter fire års læretid. Det var intensjonen at han skulle ta over slakterbedriften og han gjennomførte derfor både handelsskole og befalskole etter ønske fra sin far. Etter avlagt svenneprøve arbeidet han i slakterbedriften som

pølsemaker. Han giftet seg med min mor i 1962, og de bodde i barndomshjemmet til min far. På grunn av endringer i handelssamfunnet i Bergen ble det av økonomiske grunner vanskelig å opprettholde slaktervirksomheten. I 1964 flyttet derfor mine foreldre og min storesøster til Sverige for å forberede oppstart av et stort svensk varehus i Norge (EPA). Min far fortsatte imidlertid med studier på fritiden og utdannet seg til bedriftsøkonom på handelshøyskolen BI. Da familien i 1969 flyttet tilbake til Bergen skiftet han yrke til revisor, og utdannet seg senere videre til statsautorisert revisor ved Handelshøyskolen i Bergen. Han jobbet i eget firma som statsautorisert revisor fram til han ble pensjonist.

Etter folkeskole og framhaldsskole studerte min mor på Industriskolen og gikk på Kunst- håndverkskolen om kvelden. Hun jobbet et år som designer, fram til hun fikk sitt første barn. Hun var deretter hjemmeværende husmor. Da familien flyttet tilbake til Bergen i 1969, begynte hun å jobbe som selger i kosmetikkfirmaet Oriflame og ble etter kort tid distriktssjef på Vestlandet. Min bror ble født i 1972 og min mor valgte da å være hjemmeværende igjen i to år, samtidig som familien bygget eget hus. I 1974 gjennomførte hun realskolen på ett år, og deretter gymnaset på to år. Etter dette utdannet hun seg til sykepleier, og jobbet som avdelingssykepleier ved Haukeland sykehus. Hun arbeidet i mange år som avdelingssykepleier og gjennomførte både leder- og veilederutdanning ved siden av full jobb.

Jeg er vokst opp i Bergen med foreldre og to søsken i en enebolig. Som barn hadde interesser innen svømming og musikk. På videregående skole valgte jeg bedriftsøkonomisk linje, og hadde planer om å utdanne meg til revisor. Etter et opphold i USA som utvekslingsstudent, endret jeg utdanningsplanene mine, og bestemte meg for å studere sykepleie. Før jeg startet på sykepleiestudiet i 1986 arbeidet jeg på et sykehjem i Bergen i et år. I 1989 var jeg ferdig med grunnutdanningen i sykepleie. Jeg ble kjent med min mann i 1983. Han begynte sine studier på Norges Handelshøyskole i Bergen i 1985 og var ferdig utdannet siviløkonom i 1989. I 1989 flyttet vi til Oslo. I 1992 flyttet vi tilbake til Bergen, fordi vi ønsket at barna våre skulle vokse opp i Bergen og i nærheten av familien. I løpet av 4 år fikk vi to barn og etablerte oss med jobb og enebolig i Bergen. I 2001 fikk jeg diagnosen Multippel Sklerose, og kunne etter noen år ikke fortsette med et normalt yrkesliv. Jeg er nå 51 år og er en del av en stor familie: En mormor, foreldre, svigerforeldre, søsken, mann og to barn.

#### **4.8.2 Mine disposisjoner og posisjoner i det medisinske felt**

Etter endt utdanning i 1989 ble jeg ansatt ved en medisinsk avdeling for hjertesyke på Ullevål sykehus. Det var en avdeling som hele tiden ga meg nye utfordringer og ansvar. Etter at vi

flyttet tilbake til Bergen jobbet jeg som nattevaktssykepleier på hjerte/lunge kirurgisk avdeling ved Haukeland sykehus i tre år. Jeg savnet imidlertid den nære kontakten jeg hadde hatt med pasienter på medisinsk avdeling på Ullevål sykehus, og hadde en økende interesse for å jobbe med eldre mennesker. I 1996 begynte jeg derfor i en stilling som nattevaktssykepleier på et sykehjem i Bergen. Jeg søkte meg etter hvert over til å jobbe dagtid på en somatisk avdeling på sykehjemmet, og jeg fikk da et fornyet innhold i arbeidet mitt. På bakgrunn av min interesse for demensomsorg gjennomførte jeg videreutdanning i geriatri, og arbeidet som sykepleier og ass. avdelingssykepleier ved en skjermet avdeling for personer med demens på samme sykehjem. Fra 2003 og fram til jeg måtte slutte å arbeide på grunn av sykdom, var jeg leder for denne avdelingen.

#### **4.8.3 Mine disposisjoner og posisjon i det akademiske felt**

Min studieerfaring etter jeg var ferdig utdannet sykepleier er videreutdanning i geriatri og studium i veiledningspedagogikk. Studiet i geriatri var et tverrfaglig deltidsstudium over to år, som ga meg mulighet til fordypning både i gerontologi og geriatri. Studiet i veiledningspedagogikk var også et deltidsstudium. Studiet styrket min kompetanse innenfor veiledning av medarbeidere, studenter, pasienter og pårørende, noe som alltid har vært en viktig del av mitt arbeid som sykepleier.

Jeg ble i 2014 oppmerksom på masterstudiet i sykepleievitenskap ved UiB, og søkte om studieplass for å lære mer om hvordan man forsker i sykepleie. Ut fra min yrkeserfaring har jeg lenge hatt tanker om at det burde forskes mer på hvordan man behandler eldre syke. Studiet var spennende fra første stund, og det var en lærerik prosess å klargjøre hva jeg ønsket å få ut av studiet. Tidlig i første semester ble vi oppfordret til å delta i de etablerte forskningsgruppene ved instituttet, og jeg ble da særlig fascinert av den praxeologiske tilnærmingen til forskning. Tanken på å lære mer om hvorfor vi behandler personer med demens som vi gjør, om hvor kommer praktikken fra og om hvordan er det mulig å forklare hvorfor vi har den praktikk vi har, var spennende. Det har vært en lang prosess å komme frem til hvordan jeg kunne forske ved hjelp av Bourdieus metoder, men samtidig lærerikt og givende. Som student har jeg blitt inkludert i forskningsgruppen i praxeologi og alt som har vært tema i gruppen har vært til hjelp i min studie.

#### **4.8.4 Min habitus**

Min habitus er utviklet gjennom et langt liv der jeg har observert verden rundt meg i de ulike sosiale rom jeg har vært. Jeg har blitt påvirket gjennom verdier, rutiner, undervisning og

erfaring. I følge Bourdieu er min forståelse av virkeligheten et resultat av hvordan mine disposisjoner er internalisert, og dette har betydning for hvordan jeg tenker om ting og hendelser, for hva jeg føler, og for hva jeg gjør (Wilken 2014, s. 44).

Mine personlige disposisjoner omkring det å være sykepleier, geriatrisk sykepleier, avdelingsleder og masterstudent har bidratt til utvikling av min habitus innen det medisinske felt. Denne habitusen vil også være en del av meg som forsker, og hvordan jeg klarer å objektivere meg selv, vil på denne måten også ha betydning for min forskning.

Jeg har gjennom oppdragelse lært om rett og galt, hvilke konsekvenser en handling har og verdier knyttet opp mot moral. Mine foreldre har alltid vært omsorgsfulle og gitt meg selvtillit. Mye av dette er inkorporert i min væremåte og min kropp. Jeg ser hvordan dette gjenspeiler seg i hva jeg gjør, tenker og føler. Mine foreldre har vist meg verdien og viktigheten av utdanning for å kunne gjøre det man ønsker i livet. Min mor viste stor begeistring for sykepleiefaget og involverte meg mye i dette. Hun hjalp meg også til å bevisstgjøre meg på mine egne kvaliteter når jeg skulle velge utdanning. I tillegg hadde hun mange spennende fagbøker i sykepleie som jeg brukte tid på å lese. Selv om jeg valgte å utdanne meg til sykepleier, har jeg også med meg min fascinasjon for tall og økonomi, understøttet av min far. Mine disposisjoner er ifølge Bourdieu foranderlige, men min habitus vil reprodusere det andre har gjort under samme sosiale forhold (Wilken 2014, s. 49). Dette forklarer mange av mine valg i livet, yrkesvalg, at jeg har giftet meg og fått barn, og at jeg ser det som mulig å ta utdanning i voksen alder.

I forbindelse med arbeidet med min auto-sosioanalyse, har jeg tenkt mye på hvor hardt både mine foreldre og besteforeldre har jobbet hele livet sitt. Muligheten til å ta utdanning var det først mine foreldre som hadde tilgang til, og deres fokus på viktigheten av utdanning har nok satt spor hos meg. De verdier jeg har tilegnet meg gjennom den oppdragelsen jeg har fått har også blitt en viktig del av min habitus, og det er med den habitusdannelsen mitt fokus som forsker skapes og jeg former mine forskningsspørsmål. Dette er også utgangspunktet når jeg videre objektiverer og analyserer mitt datamateriale med henblikk på å beskrive og forklare bruken av VPM innenfor et utvalgt sykehjem. Min habituskonstruksjon er oppsummert i tabellen nedenfor:



<b>Min egen habituskonstruksjon</b>	
<b>Posisjoner</b>	Geriatrisk sykepleier og masterstudent i sykepleievitenskap/forskningsgruppen Praxeologi
<b>Disposisjoner</b>	
- Kulturell kapital	Sykepleierutdanning, videreutdanning i geriatri og veiledningspedagogikk, master i sykepleievitenskap. Tidligere avdelingsleder.
- Økonomisk kapital	Årslønn ca. 360.000
- Sosial kapital	Vokst opp med mor, far, to søsken, gift og har to barn. Faglig nettverk knyttet til demensomsorgen og forskning.
- Symbolsk kapital	Faglige verdier knyttet til sykepleie og demensomsorgen. Utdanning, livserfaring og familie har gitt meg styrke og nysgjerrighet til å utforske muligheter i livet.
<b>Posisjonering</b>	Jeg har i mitt voksne liv posisjonert meg som sykepleier i akuttmedisin og eldreomsorg. Som geriatrisk sykepleier og som leder ved en demensavdeling. Nå er jeg posisjonert som student ved masterstudiet og knyttet til forskningsgruppen praxeologi.

## **Analysens andre del**

I denne delen av studien skal jeg se nærmere på min innsamlede empiri. Jeg vil anvende Bourdieus teoretiske verktøy (habitus, kapital og felt) for å analysere den praktikk som studeres. Dette vil jeg gjøre på en kritisk og refleksiv objektivistisk måte.

## **5 Arenaen for denne studiens datainnsamling**

Empirien er innhentet på et sykehjem som er ca. 5 år gammelt. Sykehjemmet er et av de nyeste i sin kommune, og det har en oppbygging og et innhold som skiller det fra eldre sykehjem. Sykehjemmet består av rehabiliterings- og korttidsavdelinger, samt et demenssenter. Sykehjemmet har ingen langtidsavdelinger, heller ikke på demenssenteret. Demenssenteret min empiri er innhentet fra, består av 33 døgnseger fordelt på 4 avdelinger. To avdelinger er forsterkede skjermede avdelinger, én avdeling har fokus på observasjon/-utredning og én avdeling er forbeholdt yngre personer med demens. For yngre personer med demens har demenssenteret i tillegg en aktivitetsavdeling. Kommunens kompetansesenter for personer med demens og deres pårørende er også knyttet til demenssenteret. Kompetansesenteret er et ressurscenter innen demensomsorgen for primærhelsetjenesten, pasienter og pårørende i sin kommune.

Selv om demenssenteret er nytt, har det tatt noe tid å få på plass tilstrekkelig kompetanse og implementering av de nye metodene som er utviklet innen demensomsorgen. Sykehjemmet har imidlertid gode datasystemer og rapporteringsmuligheter, noe som er viktig for at de ansatte skal ha mulighet til å gjennomføre nødvendig kartlegging, planlegging og rapportering i sitt arbeid.

Da jeg startet arbeidet med studien var det få sykehjem i Norge som hadde innført metoden VPM som arbeidsmetode knyttet til personer med demens. I min søken etter sykehjem som hadde innført VPM i sitt arbeid med personer med demens, hadde jeg kontakt med flere kommuner i Sør-Norge. Noen sykehjem hadde forsiktig startet med implementering av metoden, men følte seg ikke komfortabel med å bli observert og intervjuet om sitt arbeid.

Sykehjemmet som jeg til slutt valgte, var det eneste sykehjemmet i sin kommune som aktivt hadde innført VPM som arbeidsmetode i arbeidet med personer med demens, og som også var villig til å la meg få innblikk i hvordan deres praksis var. Jeg ble mottatt på en god måte, og både styrer, avdelingsleder og mine informanter samtykket i å la meg få innpass i arbeidet.

## **5.1 Refleksjoner rundt posisjon og posisjonering av demenssenteret i sykehjemmet**

Demenssenteret er en del av sykehjemmet, dvs. at sykehjemmet er den overordnede institusjon i denne sammenhengen. Demenssenteret har imidlertid sin egen autonomi og logikk, blant annet basert på de ansattes spesialistkompetanse om demens.

Demenssenteret er organisert med egen avdelingsleder som er utdannet sykepleier. Avdelingslederen har det administrative og faglige ansvaret for hele demenssenteret, og er det administrative bindeleddet til den øvrige administrasjonen på sykehjemmet. Avdelingslederen må derfor forholde seg til reglement og forskrifter for sykehjemmet, og for kommunen generelt. Hver av de fire avdelingene har en egen gruppeleder som har det administrative og faglige ansvar for sin avdeling. Gruppelederne på de fire avdelingene har utdanning som enten sykepleier og vernepleier. Gruppelederne skal i samarbeid med det øvrige helsepersonellet på avdelingene tilrettelegge for best mulig behandling av den enkelte person med demens.

Oppstarten av demenssenteret og den nære plasseringen til kompetansesenteret ga de ansatte ved sykehjemmet en unik mulighet til å forme innholdet i demenssenteret og implementere statlige føringer som beskrevet i, *Demensplan 2015* og St. meld 25 *Mestring, muligheter og mening (2006)*, for omsorgen for personer med demens. Et av tiltakene ved demenssenteret

var oppstarten av miljøbehandlingen VPM i 2015, som var utviklet i forbindelse med utviklingsprogrammet for miljøbehandling (Rokstad, 2012).

Som relativt nytt sykehjem ønsket demenssenteret å posisjonere seg som spesialist på feltet omsorg for personer med demens. Det var også et ønske fra kommunen at dette demenssenteret, sammen med kompetansesenteret for demens, skulle være en unik resurs i behandlingen av personer med demens, samt pårørende til personer med demens. En viktig del av grunnlaget for en slik posisjonering er at demenssenteret er et eget felt innenfor sykehjemmets rammer. Demenssenteret styrker på denne måten sin posisjon i sykehjemsfeltet ved å bygge opp sin kapital, dvs kunnskapen om hvordan man kan behandle personer med demens på en best mulig måte.

Avdelingslederen ved demenssenteret har vært sentral i oppbyggingen av demenssenteret helt siden sykehjemmet åpnet. Hennes mål om at sykehjemmet skulle ha et demenssenter med den beste kompetansen om demens viste seg å være en krevende utfordring. Det var et stort antall ansatte som skulle rekrutteres, og et stort antall som skulle ha opplæring for å kunne gi god sykepleie til pasientene. Avdelingslederens habitus og hennes ulike kapitaler, som utdanning, erfaring og kunnskap, ga henne imidlertid mulighet til å posisjonere seg i sykehjemsfeltet, slik at demenssenteret kunne oppnå en sentral posisjon i det medisinske feltet.

Sykehjemmets posisjon i kommunen, som et nytt sykehjem med et nytt demenssenter, førte til at demenssenteret fikk økt prestisje i sykehjemsfeltet. Demenssenteret trakk derfor til seg helsepersonell med god og relevant erfaring. Dette var helsepersonell, som med sin individuelle habitus, fikk delta i å utvikle den kollektive habitusen i demenssenteret. For å oppnå dette var det behov for undervisning av de nyansatte for å utvikle den samlede kompetansen til et nivå som innebar nok kapital til å kunne posisjonere seg som spesialister på demensomsorgen i sykehjemsfeltet.

På denne måten har avdelingslederen for demenssenteret over tid bygget opp en gruppe helsepersonell som er spesialister i behandling av personer med demens. Helsepersonellet har implementert sin kunnskap slik at de kan drifte et eget demenssenter, inkludert utredning og observering av nydiagnostiserte pasienter, samt pasienter med utagerende adferd, to forsterkede avdelinger som tilrettelegger den beste behandlingen for personer med demens, og en avdeling for yngre pasienter med demens.

## **5.2 Forskningsobservasjon av to sykepleiere og en vernepleier**

Observasjon er en gjentagende og viktig metode ifølge Bourdieu, fordi han flere ganger observerte at mennesker gjorde noe annet enn det de sa de gjorde. Observasjon som metode har et eksplisitt fokus på den praksis som viser seg i det feltet der praktikken har sin sentrale plass (Larsen, 2009).

Samtidig som feltets kollektive habitus har betydning for praktikken i feltet, har agentenes individuelle habitus betydning for hennes eller hans praksis. Hensikten med å observere agentene i praksis var å kartlegge mine personlige observasjoner av det som ble gjort når de utførte personsentrert omsorg for personer med demens. Jeg hadde fått tillatelse av demenssenteret til å bruke sykehjemmets uniform alle dagene jeg observerte informantene. Dette gav meg mulighet til å skille meg minst mulig ut i avdelingen.

I det følgende presenterer jeg mine observasjoner, som foregikk over fire dager, av henholdsvis to sykepleiere og en vernepleier.

Mine informanter har fått fiktive navn, og disse er:

- en sykepleier som fungerer som gruppeleder, og som jeg kaller Charlotte
- en vernepleier som er gruppeleder, og som jeg kaller Ida
- en sykepleier som jeg kaller Frida

Alle tre har forskjellig ståsted i feltet, med sine individuelle habituser og kapitaler, og de er posisjonert forskjellig i det sosiale hierark innenfor subfeltet sykehjem.

### **5.2.1 Observasjon av sykepleier Charlotte**

Det første observasjonsstudiet, dag 2, på demenssenteret er av sykepleier Charlotte på en dagvakt. Sykepleier Charlotte jobber på den ene av de to skjermede avdelingene på demenssenteret. Noen dager før observasjonsstudiet i avdelingen møter jeg informanten og de ansatte når de samler seg for på å gjennomføre fagmøte (dag 1). Jeg deltar som observatør på fagmøtet. Etter fagmøtet hjelper Charlotte primærkontakten (PK) med å skrive ny pleiebeskrivelse og å endre på matkortet.

#### **5.2.1.1 Fagmøte, dag 1**

Fagmøtene blir avholdt på møterommet. Møterommet består av et møtebord og stoler rundt. Møtedeltakerne finner sine plasser, og jeg plasserer meg i utkanten av møtemordet.

Charlotte har rollen som ressursperson (RP) og er møteleder. Hun plasserer seg i enden av bordet. Hun forteller kort om hvorfor jeg er tilstede på møtet, og innleder deretter med å fortelle om pasienten som er tema for dette møtet. Videre forteller hun at målet for dette fagmøtet er å planlegge relevante tiltak overfor pasienten.

RP lar ordet gå rundt bordet slik at alle kan få uttale seg om pasientens utfordringer. Fagmøtedeltakerne får alle utlevert en oversikt over relevante VIPS indikatorer (vedlegg 9), og et ark å notere på. De bruker ca. 5 minutter, der alle vurderer indikatorene individuelt, og jeg observerer at det er RP og en annen sykepleier som mest aktivt noterer ned på arket. Etter dette gjennomfører de en gjennomgang av VIPS-indikatorene i plenum, og alle får anledning til å kommentere. Det er RP som noterer ned de synspunktene møtedeltagerne gir uttrykk for.

En av sykepleierne trekker fram punktet I6 «Finnes det et variert aktivitetstilbud som tar hensyn til behovene og evnene til alle brukerne» og drøfter hva som kan være relevante aktiviteter for pasienten.

En annen trekker fram I2 »Blir individuelle omsorgsplaner evaluert regelmessig?», og lurte på om nyere tiltak er registrert i pleieplanen.

PK trekker fram P4 «Ivaretas de fysiske helsebehovene til personen med demens (f.eks. smerteutredning, problemer med syn og hørsel)?», og presenterer pasienten sin opplevelse av hvordan han har det.

RP trekker fram I1 «Identifiserer dere ressurser og sårbare sider knyttet til et bredt behovsspekter, og har dere individuelle tiltaksplaner som gjenspeiler et bredt spekter av ressurser og behov?». Hun presiserer sider ved pasientens psykiske tilstand som alle må være oppmerksom på. Videre trekker hun fram P5 «Analyseres utfordrende atferd for å finne de bakenforliggende årsakene?», og viser til at pasienten er henvist til spesialisthelsetjenesten for vurdering.

En helsefagarbeider trekker fram I4 «Kjenner pleierne til og handler ut ifra hva personen med demens liker og misliker, og hvilke preferanser og daglige rutiner vedkommende har?», og hun fremhever at pasienten er roligere når man tar hensyn til denne indikatoren.

En av de andre i fagmøte understøtter dette og bekrefter liknende erfaringer.

Fagmøte går så over i en ny fase der PK redegjør for pasientens ståsted. Hun snakker om hvordan oppdatering av pleieplan, registreringsskjema for atferd, risiko for fall og matkortet

har betydning for pasienten. Videre redegjør hun også for pårørendes syn på hvordan de opplever at pasienten har det.

Fagmøtet avsluttes ved at RP gjør alle oppmerksom på at hun skal oppsummere innholdet i fagmøtet i et referat, og minner dessuten om at PK skal gjøre endringer i planer omkring pasienten.

### **5.2.1.2 Observasjon av Charlotte, dag 2**

Mitt observasjonsstudie av Charlotte på dagvakt begynner klokken 07.30. Avdelingen består av to korridorer som står vinkelrett på hverandre (vedlegg 11). Avdelingen er organisert med to grupper, der den enkelte gruppe har ansvar for hver sin side av vaktrommet. Jeg kommer inn på vaktrommet og hilser der på Charlotte og det øvrige personalet. Jeg forklarer at jeg bare skal observere Charlotte denne dagen, og at jeg i minst mulig grad ønsker å forstyrre avdelingens rytme.

Vakten starter med rapport fra nattevakten, som blant annet viser til søvnregistrering som er gjort om natten av pasientene. Videre på morgenmøtet planlegger Charlotte og de andre ansatte ut fra dagens agenda, der det fremgår at musikkterapi er en av aktivitetene denne dagen. Charlotte, som er fungerende gruppeleder og RP i fagmøtene, bruker litt ekstra tid på å snakke om pasienten som er drøftet i fagmøte noen dager før.

Charlotte og en av de andre ansatte går inn til sin første pasient ca. kl 07.45. Jeg står i utkanten av rommet ved døren for å holde meg mest mulig ut av syne for pasienten. Charlotte synger med pasienten når hun skal hjelpe pasienten ut av sengen og ut på badet. Charlotte bruker pasientens navn og roser pasientens valg av sanger, som de synger sammen. Hele tiden informerer Charlotte pasienten om hva som foregår under morgenstellet. Hun har blikkontakt med pasienten, bruker pasientens navn og synger med når den andre ansatte hjelper pasienten med å vaske seg. Dette gjentar seg under påkledning, der Charlotte også holder pasientens hender, og roser pasienten for samarbeidet. Avslutningsvis hjelper Charlotte pasienten med å barbere seg selv. Hun instruerer og roser pasienten, og tilbyr pasienten hjelp for å gjøre ferdig barberingen.

Charlotte fortsetter å synge sammen med pasienten når de forflytter seg fra pasientens rom til dagligstuen for å spise frokost. Charlotte går på kjøkkenet for å lage frokost, og til medisinnerommet for å hente medisinerne til pasienten. Klokken er nå ca. 08.17 og Charlotte setter seg

ned med pasienten og veileder pasienten gjennom måltidet. Hun snakker rolig til pasienten, og drikker selv en kopp kaffe mens pasienten spiser.

I løpet av måltidet kommer en annen ansatt inn med en pasient og det blir først litt stille i rommet. Etter hvert snakker Charlotte og den andre ansatte høyt om hvilken dag og dato det er denne dagen. Charlotte går inn på kjøkkenet, som til enhver tid er låst, for å hente en ny brødskive og litt mer drikke til pasienten. Mens Charlotte er på kjøkkenet sitter den andre ansatte sammen med pasienten. Når pasienten er ferdig med å spise frokost setter Charlotte på musikk som hun vet pasienten liker. Hun rydder opp etter måltidet før hun går inn til neste pasient.

Klokken er ca. 09.00 og Charlotte og en annen ansatt går inn til en annen pasient. Dette morgenstellet foregår mens pasienten ligger i sengen. Charlotte informerer pasienten om hva de gjør i morgenstellet, samtidig som hun snakker om dagligdagse ting som dagens meny, hvilken dag det er og at det snør ute. Dette nevner hun fordi hun vet at pasienten liker å gå på ski. Charlotte varierer hva hun snakker om gjennom hele morgenstellet. Når pasienten gir uttrykk for at noe gjør vondt, forteller Charlotte hvorfor de gjør det de gjør, som de gjør. Charlotte informerer pasienten hele tiden om hva de skal gjøre, roser pasienten for samarbeid og informerer hele tiden om hva pasienten selv kan gjøre. Når stellet er ferdig kommer pasientens primærkontakt for å hjelpe pasienten inn til dagligstuen. Charlotte og den andre ansatte hjelper til med å ha en rullestol klar bak pasienten, fordi pasienten strever med å gå.

Når pasienten er kommet inn på dagligstuen går Charlotte på kjøkkenet for å lage til frokost, og henter medisinene på medisinrommet. Underveis må Charlotte besvare noen telefonoppringninger. Pasienten spiser ikke maten som er laget til, og Charlotte spør da om pasienten heller ønsker seg suppe. Pasienten sier ja, og Charlotte lager suppe til pasienten. Charlotte rydder på kjøkkenet, og hjelper noen andre pasienter med småting mens hun venter på suppen. Hun setter seg igjen ned med pasienten og hjelper ham med å få i seg suppen. Hun henter en skje som pasienten ber om. Innimellom snakker Charlotte og den andre ansatte stille og umerkelig sammen. Når pasienten er ferdig hjelper de pasienten over i en bedre stol.

Den andre ansatte setter seg med pasienten og leser, mens Charlotte rydder opp etter frokosten, og leter etter dagens avis. Når hun har funnet denne, setter hun seg ned med pasienten og leser avisen for ham. Hun snakker om det som står i avisen, om været og om hagen. Hun snakker videre om det å sette løk, og om hvor godt pasienten tidligere har likt å jobbe i hagen. Den andre ansatte fortsetter å se i en bok om biler sammen med pasienten,

mens Charlotte går på kontoret for å gjøre noe administrativt arbeid. Når Charlotte kommer tilbake til pasienten, leser hun videre i avisen om sjømenn, og minner pasienten på at han har vært sjømann. Pasienten ber om å få se nyheter på tv, og Charlotte setter på tv-apparatet. De ser litt på frokost-tv sammen, og Charlotte snakker videre med pasienten om ulike tema som kommer opp.

Musikkterapeuten kommer så til avdelingen for å synge med pasientene. Charlotte finner frem drikke til alle pasientene som er samlet, og leder en av pasienten gjennom sangen ved å holde hendene hans, og ved å synge med. Charlotte er oppmerksom på alle de fire pasienter som er tilstede.

Charlotte har ansvar for skyllerommet denne dagen, og småprater med en pasient mens hun legger sammen tøy. I tillegg avtaler hun med legen, som skal se på et sår. Dette ønsker hun at skal skje samtidig som pasienten skal dusje og ha et planlagt sårskift. En annen pasient skal ta blodprøver, og Charlotte er med for å holde pasienten i hånden mens dette blir gjort.

Klokken er nå 12.30 og det er lunch. En av pasientene som ikke vil spise suppe får frukt istedenfor.

Etter lunch er Charlotte inne hos pasienten som skal ha et sårskift og legetilsyn. Charlotte ber konen, som også er tilstede, om å holde pasienten i hånden og snakke rolig med ham mens Charlotte og legen vurderer såret, og foretar sårskift.

Charlotte administrerer så medisiner til pasienten som har vært diskutert på fagmøtet, og setter på klassisk musikk for å motivere pasienten til å ta medisinene. Charlotte stryker hånden til en annen pasient for å få pasientens oppmerksomhet, slik at hun får gitt medisinene som denne pasienten skal ha.

Innimellom gjør Charlotte litt administrativt arbeid, samtidig som hun hjelper forskjellige pasienter i avdelingen. Hun finner frukt til en som er sulten og stryker en annen, som vandrer urolig, over ryggen og følger vedkommende inn i stuen.

Avslutningsvis jobber Charlotte med å oppsummere tiltakene som ble vedtatt i fagmøtet i et referat. Hun skal også tilrettelegge for at PK får satt av tid til å oppdatere planer og nødvendige oversikter for denne pasienten. Tilslutt setter vi oss på møterommet for å gjennomføre intervjuet.



### 5.2.2 Observasjon av vernepleier Ida, dag 3

Dette er mitt andre observasjonsstudie, dag 3, på demenssenteret. Jeg kommer nå til den andre skjermede avdelingen for personer med demens. Avdelingen er bygget opp (vedlegg 11) og organisert på samme måte som den andre skjermede avdelingen. Jeg møter på vaktrommet kl 07.30 der jeg hilser på vernepleier Ida og resten av personalet, og forklarer at jeg skal observere Ida denne dagen. Jeg presiserer også her at jeg i minst mulig grad ønsker å forstyrre avdelingens arbeidsrytme. De ansatte nikker, og det stilles ingen spørsmål. Vernepleier Ida inntar umiddelbart en lederrolle på vaktrommet, og hun er den nattevakten henvender seg til når hun gir rapport. Personalet bruker ikke så mye tid på vaktrommet. Jeg får inntrykk av at de alle vet hva de skal gjøre.

Ida går ut i korridoren der hun snakker med en pasient som er oppe og går. Hun følger pasienten til en stol og sier hun skal finne mat og medisiner til ham. Mens Ida henter medisiner og mat forklarer hun meg at hun ofte må improvisere med noen pasienter, og at noen former for demens gir mer utagerende atferd, som er mer krevende å håndtere. Hun administrerer derfor en del medisiner som er ordinert på bakgrunn av tvangsvedtak. Det er nå to pasienter i dagligstuen og Ida spør den ene om han ønsker å sitte et annet sted. Da pasienten blir sittende henter Ida en skive til pasienten, og sier at hun vil komme tilbake.

Vernepleier Ida går så inn til en pasient på et rom. Pasienten vekkes forsiktig. Ida avventer litt med å slå på lyset, men gjør det når pasienten begynner å le. Ida henter fram utstyr og klær til pasienten på badet, samtidig som hun sier til pasienten at hun hører hennes latter. Ida er rolig når hun nærmer seg pasienten, og veileder henne i hva hun skal gjøre når hun står opp. Ida leder henne inn på badet og forteller pasienten at hun skal dusje. Ida forteller pasienten at hun hører skrikene hennes, og at hun forstår at hun ikke liker å bli dusjet. Pasienten fortsetter å skrike under tørking, men blir roligere når Ida snakker. Ida forklarer hva hun gjør når hun hjelper pasienten med påkledning. Hun sier til pasienten at hun snart skal få sjokolade. En sykepleier kommer inn og ber Ida om en nøkkel, og like etter kommer en annen sykepleier inn på badet for å hjelpe til. Sykepleieren støtter pasienten mens Ida vasker henne ferdig, og Ida snakker hele tiden rolig og forklarende til pasienten om hva hun gjør, og hva de skal gjøre sammen. Sammen leder de pasienten inn i rommet og ned i en stol og forteller at hun skal føne håret hennes. Når de er ferdig vender de stolen mot døren ut til korridoren, før de hjelper henne opp og leder pasienten ut i dagligstuen.

Klokken er nå 08.20 og Ida går inn på vaktrommet for å informere en sykepleier, som nettopp er kommet på jobb, om nattens rapport. Sammen planlegger de pleien til pasientene. En annen pleier kommer inn på vaktrommet og snakker med Ida om adferden til en pasient.

Ida går på medisinerrommet for å lage til medisiner, men blir avbrutt av en medarbeider som tar kontakt pr telefon, og går for å hjelpe henne med en pasient. Dette er en pasient som ikke vil samarbeide, og Ida og medarbeideren må håndtere dette samtidig som en medpasient prøver å involvere seg. Ida får pasienten til å sette seg, og går for å lage til medisiner til pasienten.

Imens forteller hun meg at hun aldri vet hvilke utfordringer hun får i løpet av en arbeidsdag. Pasienten har sovnet imellomtiden, og Ida vekker ham med drikke. Han våkner og hun får gitt medisinerne til pasienten. Ida informerer hele tiden om hva hun gjør, og sier at hun skal finne frokost.

Ida fortsetter så med å hjelpe en annen pasient med frokosten. Pasienten trenger hjelp til å bli matet. Ida forteller pasienten hva som skjer, sitter nært pasienten og har øyekontakt under måltidet. Hun kommenterer når pasienten tygger, og når de har framgang i måltidet. Deretter følger Ida pasienten inn på rommet for å pusse tennene, og hjelper henne til rette i en stol og brer et teppe over henne. Ida lar døren stå åpen inn til rommet.

Ida går deretter for å rydde på kjøkkenet og tømme oppvaskmaskinen.

Ida går videre inn på rommet til neste pasient. Ida sier hei til pasienten, og kommenterer at pasienten holder fast på dynen. Hun bruker navnet til pasienten aktivt når hun prøver å vekke ham. Ida går for å lage til medisiner, som hun knuser og blander i syltetøy. Når Ida kommer tilbake til pasienten og slår på lyset, så ser pasienten drikken hun har med og setter seg opp. Pasienten svelger sin medisin og Ida fjerner dynen for å få pasienten til å sette seg opp. Ida snakker med pasienten om å danse ut på badet, om hva de skal ha til frokost, og hun holder seg hele tiden nær pasienten. Hun får ikke pasienten til å reise seg og ringer derfor til en annen pleier for å få hjelp. Ida og den andre pleieren hjelper pasienten ut til badet og synger en sang, samtidig som de forteller hva som skal skje. Ida roser pasienten spesielt i forhold til det pasienten selv bidrar med. Hun bruker pasientens navn og beskriver hele tiden hva de gjør under stellet. Etterpå følger Ida pasienten inn på dagligstuen og finner brødsriver og appelsinjuice.

Ida går så på vaktrommet for å utføre noen administrative oppgaver, før vi går for å gjennomføre intervjuet.

Etter vi er tilbake skal Ida håndtere en opphetet situasjon der pasienter er involvert. Jeg holder meg på god avstand til situasjonen for å ikke forstyrre, mens Ida og en sykepleier er inne på rommet til den ene pasienten. Jeg får senere komme inn og observerer da videre. Ida og sykepleieren sitter sammen med pasienten og får etter hvert gitt ham noen medisiner. De snakker begge to rolig med pasienten hele tiden. Ida får en telefon fra spesialisthelsetjenesten og går ut fra rommet og til vaktrommet for å snakke med dem. Brannalarmen går, men Ida fortetter sin samtale. Brannalarmen viste seg å være en feil.

Ida triller en pasient inn til dagligstuen, og hun og en annen pleier hjelper også en annen pasient inn på dagligstuen. Pasientene får servert brødsriver og suppe til lunch. Ida finner så medisiner til noen av pasientene. Etter lunch følger Ida en pasient til sengen sin for å hvile.

### **5.2.3 Observasjon av sykepleier Frida, dag 4**

Dette er mitt tredje observasjonsstudie på demenssenteret (dag 4). Observasjonene gjennomføres på samme skjermede avdelingen for personer med demens som Vernepleier Ida er gruppeleder for. Jeg møter på vaktrommet kl 07.30 og hilser på sykepleier Frida og resten av personalet. Frida har kommet til som ny informant, da den opprinnelige informanten måtte trekke seg på grunn av sykdom.

Personalet får rapport fra nattevakten, og de diskuterer spesielt noen av pasientenes adferd. Det har vært urolig på avdelingen denne natten. Gruppeleder og sykepleier Frida diskuterer resultatene fra legevisitten dagen før, de snakker om pasientene og planlegger arbeidet sammen med sine kollegaer. Frida går på medisinrommet for å administrere medisiner, og tilrettelegger for medisin som en helsefagarbeider kan gi. Frida har ansvaret for å gi medisiner på avdelingen denne dagen, så hun bruker litt tid på medisinrommet. Hun stiller spørsmål til en medarbeider om en pasient, som skal ha medisin, er våken. Videre blir hun avbrutt i arbeidet av gruppeleder som stiller henne et spørsmål. Frida går på kjøkkenet for å finne syltetøy til noen medisiner, og administrerer disse.

Frida skal deretter hjelpe en pasient i dusjen. Frida finner fram nye klær og utstyr før de går på badet, men ber meg om å vente ute på gangen mens hun hjelper pasienten. Kl 09 er Frida ferdig og snakker med gruppeleder om pasienten. Frida rydder deretter opp på rommet til pasienten og finner nytt utstyr.

Frida finner så fram medisiner til flere andre pasienter. Hun følger en pasient som vandrer tilbake til dagligstuen, og denne pasienten får frokost og sine medisiner. Frida setter seg ned

med pasienten og hjelper pasienten med å få tatt sine medisiner. Frida roser pasienten. Pasienten fryser og Frida finner flere klær til pasienten. Frida går så på kjøkkenet for å rydde. Deretter går Frida på vaktrommet og snakker med gruppeleder som strever med å få tak i nok personale til kveldsvakten fordi det er noen som er blitt syk.

Frida går ut igjen til pasientene og finner fram mer kaffe. Hun gjør klar medisiner til en som skal ha dette før morgenstellet, og deretter låser hun laboratorie-personell som skal ta blodprøver inn på avdelingen. Hun assisterer laboratorie-personellet der det er behov.

Frida går så inn til en pasient som skal stelle seg og dusje. Pasienten ligger vanskelig til i sengen og Frida ber om hjelp fra en annen pleier. Når pasienten skal stå opp snakker Frida både engelsk og norsk med pasienten og beskriver hva de skal gjøre. Pasienten starter å synge og Frida synger med. Frida snakker både på engelsk og norsk under stellet, samtidig som de synger sammen. I tillegg informerer Frida hele tiden om hva de gjør. Pasienten vandrer litt på rommet, mens Frida rydder opp etter dusj og sengeskift. Frida følger deretter pasienten inn på dagligstuen og finner fram frokost. Frida forteller pasienten hva hun har laget til. Frida er rolig og tålmodig. Det kommer inn en helsefagarbeider med en annen pasient, og Frida og helsefagarbeideren snakker lavt sammen. Frida henter medisiner til denne pasienten og roser pasienten mens medisinene blir tatt.

Når Frida skal gi medisin til pasienten som liker å synge, bruker hun sangen for å oppnå kontakt med pasienten.

Etter lunch hjelper Frida en medpleier med en pasient som skal ut av sengen. Frida samler hendene til pasienten slik at hun ligger rolig. Frida er oppmerksom både på medpleier og pasienten når de hjelper pasienten.

Når det er musikkterapi i dagligstuen begynner en pasient å danse, og Frida danser litt med pasienten.

Videre jobber Frida med å administrere medisiner og hjelpe noen pasienter inn på rommene sine slik at de kan få hvile. Tilslutt setter vi oss på møterommet for å gjennomføre intervjuet.

#### **5.2.4 Refleksjoner knyttet til informantenes praksis**

Min egen auto-sosioanalyse er et redskap for å kunne skape den nødvendige distanse og objektivere det jeg har utforsket, samtidig som jeg benytter de teoretiske verktøy felt- og praktikkteori og de tilhørende begreper (habitus, kapitaler og felt). Det generelle inntrykket ut fra observasjonene mine er at agentene forvalter en praksis som de kjenner fra sin egen

livshistorie og habitusdannelse, og som reflekterer deres oppdragelse, utdanning, yrkesliv og privatliv.

Mine refleksjoner etter å ha observert sykepleier Charlotte på hennes dagvakt og i fagmøte er preget av gjenkjennelse fra mine egne erfaringer som geriatrisk sykepleier. Jeg prøver imidlertid å beskrive hennes praksis så utfyllende som jeg kan, for å bevare den nødvendige distanse til det jeg observerer. Sykepleier Charlotte snakket lite til meg i løpet av vekten, og dette var til god hjelp for å holde meg diskret i bakgrunnen.

Den dagen jeg observerer vernepleier Ida er jeg kommet på en ny avdeling, selv om utformingen er lik den første avdelingen. For meg som observatør var denne dagen preget av mange inntrykk, og det var en dag der de ansatte taklet mange utfordringer. Vernepleier Ida må flere ganger i løpet av dagen avbryte aktiviteter for å håndtere uforutsette hendelser. Dette var noe av årsaken til at vi måtte flytte intervjuet fra slutten av dagvakten, til midt på dagen.

Når jeg noen dager senere er jeg tilbake på avdelingen for å observere sykepleier Frida, er jeg bevisst å fortsatt holde på mitt forskerståsted. Jeg synes dette går bra, blant annet fordi Frida er tydelig på at vi begge skal respektere grensene til pasientene. Frida snakker litt om det hun gjør i sin praksis, men stort sett lar hun meg observere i fred.

Jeg synes det har vært nyttig med observasjonsguiden jeg hadde utarbeidet i forkant, men det var uvant å jobbe på den måten. Etter hver observasjonsstudie hadde jeg derfor flere observasjonsnotater som jeg måtte bearbeide, samt at jeg beskrev mine egne refleksjoner fra de ulike dagene. Både observasjonsnotatene og refleksjonsnotatene var viktig i mine refleksive analyser.

### **5.3 Forskningsintervju av to sykepleiere og en vernepleier**

I intervjuene mine ba jeg informantene fortelle om seg selv. Jeg stilte dem spørsmål om den personlige historien deres, og om familien deres. Jeg ønsket med dette å få vite litt mer om deres habitus og disposisjoner. Videre stilte jeg spørsmål om arbeidet deres med personer med demens, for å få innblikk i hvordan de posisjonerer seg og hvordan deres praksis artet seg. Avslutningsvis ba jeg informantene fortelle meg om hva de synes om å jobbe med personer med demens på den måten de gjør, og hvilke tanker de hadde om fremtiden knyttet opp mot behandlingen av personer med demens.

### 5.3.1 Intervju av sykepleier Charlotte

Før jeg starter intervjuet med Charlotte så setter vi oss inn på møterommet som er tilknyttet avdelingen. Det er et stort rom og vi setter oss i et hjørne overfor hverandre. Jeg tar meg litt tid til å fortelle Charlotte hvordan intervjuet skal foregå, og at jeg ønsker å høre hun selv beskrive sin historie med egne ord. Charlotte sier at dette er ok for henne, og hun virker avslappet.

Charlotte begynner med å fortelle at hun har vokst opp i en by i Sør-Norge. Hun har hatt sin oppvekst i to hjem, sin fars hjem og sin mors hjem. Hun er enebarn og har hatt en god oppvekst. Ingen av foreldrene har høyere utdanning, og Charlotte er dermed den første i den nære familien som har valgt dette. Valget av sykepleierutdanning var imidlertid ikke opplagt for Charlotte, og selv ikke etter ferdig utdanning var hun sikker på at hun hadde gjort riktig yrkesvalg. Nå har hun imidlertid vært sykepleier i 4 år.

Som nyutdannet sykepleier tok hun et kurs i akuttmedisinsk behandling og jobbet en periode som ambulanspersonell. Hun forteller at hun etter hvert fikk mer interesse for sykepleiefaget, og at hun begynte i jobben som sykepleier (100%) på demenssenteret like etter oppstart av senteret. Hun har en kort periode også fungert som gruppeleder ved avdelingen, noe som gav henne litt flere oppgaver enn tidligere. Hun forteller at hun liker denne utfordringen. Charlotte forteller at hun ikke hadde noen videreutdanning eller spesifikk erfaring fra demensomsorg da hun begynte i jobben, men at hun tidlig fikk tilbud om flere småkurs internt på demenssenteret. Dette var kurs knyttet til håndtering av aggresjon og utagerende atferd hos pasientene, og hvordan de ansatte skulle forholde seg til pasientene. I den senere tid har hun også fått et innføringskurs i VPM, og at hun er lovet et 2 dagers kurs snart, fordi hun nå skal fungere som RP.

Når Charlotte skal fortelle om sin praksis, spesielt fra den dagen jeg har observert henne, innleder hun raskt med å fortelle om hvordan de organiserer seg på avdelingen, slik at alle pasientene til enhver tid blir ivaretatt. Alle de ansatte har noen de primært følger opp den dagen, men er også hele tiden tilgjengelig for de andre.

Videre forteller hun om den første pasienten hun var inne på rommet for å stelle. Hun forteller at hun synger sammen med pasienten, fordi pasienten virker komfortabel og har en roligere atferd når de synger sammen.

Den andre pasienten hun var inne hos denne dagen var den samme pasienten som avdelingen hadde diskutert på fagmøte i VPM. Hun forteller at hun anvender tiltakene fra dette fagmøtet

når hun hjelper pasienten, men at responsen fra pasienten varierer. Hun fremhever at det derfor foreløpig er vanskelig å vite hva som er rett å gjøre til enhver tid. Hun forteller at hun har brukt god tid på pasienten denne dagen, og synes at dette påvirker adferden hans. Hun forteller at personalet ofte ikke har anledning til å bruke så mye tid på pasienten som hun gjorde i dag, og at dette kanskje er årsaken til at pasientens adferd er blitt vanskeligere å håndtere i den senere tid. Hun forteller at det er et tidkrevende arbeid å fange opp signalene fra pasienten, med hensyn til hva som utløser den utagerende atferden.

Videre forteller hun om ansvaret hun føler i forhold til å formidle den nye informasjonen fra fagmøtet til de ansatte på avdelingen som ikke var tilstede på fagmøtet. Hun forteller at det gjenstår noe arbeid med registreringer som ble bestemt i fagmøtet, men at dette snart er klart. Hun hadde også fått foretatt noen nye registreringer på pasienten som var nyttig i forhold til de nye tiltakene. Analysene av registreringer som blir gjort, for eksempel registrering av atferd og søvn (RA skjema), er noe som gjøres kontinuerlig for å tilpasse endring i tiltakene overfor pasienten.

En av oppgavene Charlotte har brukt ekstra tid på i dag er frokosten til den samme pasienten. Årsaken er at pasienten spiser mindre enn før, og at hun prøver ut tiltak for å hjelpe pasienten til å spise mer. Dette er nye tiltak som PK har registrert på matkortet etter fagmøtet.

Charlotte forteller videre at det varierer hvordan de gjennomfører måltidene. Noen ganger har de felles måltider med flere pasienter, men noen ganger er det noen som trenger å bli skjermet for å gjennomføre et måltid.

Når Charlotte forteller om resten av dagen sin trekker hun fram at hun som sykepleier og gruppeleder må håndtere mange forskjellige oppgaver etter hvert som de dukker opp. Når hun tenker på det i ettertid, mener hun de kunne vært håndtert på en bedre måte. De administrative oppgavene som følger med gruppelederrollen opplever hun imidlertid hun klarer å ivareta, fordi hun har en hel dag i uken satt av til administrative oppgaver. Hun forteller videre at hun ser fram til å få innarbeidet VPM på en god måte i avdelingen, med jevnlig fagmøter. Fagmøtene synes hun er viktige fordi behovet for å diskutere fram en god plan for den enkelte pasient er stort.

Charlotte forteller at hun trives veldig godt med å jobbe med personer med demens. Hun trekker fram eksempler der hun har brukt ulike metoder i arbeidet med personer med demens, og at hun har sett gode resultater av arbeidet. Dette er resultater i form av at pasientene har det godt, de smiler, og hun opplever å nå fram til personligheten til den enkelte.

Charlotte har et spesielt engasjement i forhold til hvilken tilstedeværelse hun selv og de andre ansatte viser i forhold til pasientene. Selv om dagene er travle ser hun at personalets tilstedeværelse reduserer uroen til pasientene. Noe som også engasjerer henne er tryggheten til de ansatte på jobb. Arbeidet på avdelingen kan ofte være krevende for de ansatte, og hun synes det er viktig at de føler seg trygg, og at hun som gruppeleder er i forkant av slike situasjoner.

Når det gjelder framtiden for behandling av personer med demens, forteller Charlotte at hun er takknemlig for at de har så høy fagdekning og høy kompetanse på demenssenteret. Hun synes det generelt i primærhelsetjenesten legges for liten vekt på at de som ansettes i arbeidet med personer med demens egner seg og har god nok kompetanse innenfor feltet. I og med at dette feltet vil bli større i primærhelsetjenesten, mener hun det er viktig at alle får tilgang til å gjennomføre videreutdanning og kurs, slik at den helhetlige kompetansen øker og blir best mulig.

Charlotte avslutter med å si at hun trives godt med å jobbe med personer med demens på demenssenteret, og at hun tror hun blir værende en stund til. Imidlertid er hun også inspirert til å videreutdanne seg videre, men har ikke bestemt seg for hva ennå.

### **5.3.2 Intervju av vernepleier Ida**

Vernepleier Ida jobber på den andre forsterkede skjermede avdelingen. Arkitektonisk er den identisk med den andre skjermede avdelingen (vedlegg 11), og møterommet som vi bruker er identisk med det som er på den andre avdelingen.

Vi setter oss inn på møterommet ved lunchtid den samme dagen jeg har observert Ida.

Intervjuet er flyttet fram fordi hun ikke har tid senere på dagen. Jeg lar henne imidlertid få litt tid til å samle seg om det vi skal snakke om, og jeg forteller at det er hennes historie jeg vil høre i intervjuet.

Ida begynner med å fortelle om sin oppvekst hos sin mor og far, og omtaler den som trygg og god. Hun er vokst opp i en by i Sør-Norge sammen med en eldre søster og en yngre bror. Hun har hatt tette bånd til resten av familien, besteforeldre, tanter og onkler. Begge foreldrene og Ida sin eldre søster har en høyere utdanning. Selv om hun ikke ønsket å studere videre etter videregående skole ble hun sterkt oppfordret av sine foreldre til å ta en utdanning. Valget av vernepleierutdannelsen var et resultat av dette. Ida hadde ikke studert så lenge før hun, som sin første praksisperiode i utdannelsen, fikk opplæring en avdeling for personer med demens på et sykehjem i kommunen. Den fine opplevelsen hun hadde i denne praksisperioden var årsaken til at hun bestemte seg for å arbeide videre med personer med demens etter endt



utdanning. Ida forteller videre om elementer i vernepleierutdannelsen der man lærte seg verktøy, både i forhold til brukermedvirkning og i forhold til å se personen bak pasienttilværelsen og diagnosen. Utdannelsen lærte henne hvordan hun skulle se det psykologiske perspektivet til pasientene, og samtidig være fortrolig med å jobbe med personer med liten eller ingen utsikt til å bli frisk igjen.

Etter endt utdanning som vernepleier arbeidet Ida en kort periode på et sykehjem, før hun begynte i en stilling som gruppeleder på det samme sykehjemmet, der hun hadde hatt sin første praksisperiode. Denne stillingen hadde hun i 8 år. Ida forteller at strukturen på sykehjemmene var litt annerledes på den tiden, og at man som høgskoleutdannet naturlig fikk funksjon som gruppeleder. Resten av personalet var helsefagarbeidere. Dette forandret seg imidlertid i løpet av den tiden hun arbeidet på sykehjemmet, fordi den generelle kompetansen på sykehjemmet økte. Bruken av vernepleiere i sykehjemmene i denne kommunen har også endret seg siden Ida begynte å jobbe. Kommunen har nå ansatt betraktelig flere vernepleiere i demensomsorgen.

Videre forteller Ida at hun har arbeidet 1 år på demenssenteret som gruppeleder. Hun har i denne stillingen flere kollegaer som er vernepleiere, noe hun synes er veldig bra. I tillegg understreker hun at vernepleiere og sykepleiere utfyller hverandre på en god måte, og fungerer godt sammen i team. Hun har jobbet 100% siden hun var ferdig utdannet, men er nå usikker hva hun skal gjøre videre, fordi hun venter sitt tredje barn og opplever at arbeidsbelastningen er stor.

Ida har gjennomført en videreutdanning i geriatri, men har brukt noe tid på denne utdannelsen, fordi hun i samme periode har fått to barn. Etter at hun begynte på demenssenteret har hun i tillegg gjennomført en rekke kurs. Dette har vært kurs i ulike administrasjonssystemer, juridiske kurs, kurs omkring kapittel 4A<sup>23</sup> som omhandler tvang, kurs i RESIMA (ressurser i møte med aggresjon) og kurs i VPM. I tillegg har sykehjemmet internundervisning hver måned der det undervises i ulike tema.

Avdelingsleder ved demenssenteret er opptatt av kompetanseoppbygging og Ida forteller at mye av undervisningen har sitt utspring i ønsker som kommer fram i medarbeidersamtaler med avdelingslederen. I medarbeidersamtalene er kompetanse ofte et tema.

---

<sup>23</sup> Kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven gir anledning til å yte nødvendig helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse og motsetter seg helsehjelp» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2016, kap. 4A)

Når jeg ber Ida fortelle meg konkret om hva det er hun gjør i sin praktikk, begynner hun å fortelle meg mer generelt om hvordan hun ønsker at praksis skal være. Hun forteller om at hun hele tiden tenker over hva og hvorfor hun gjennomfører en handling, som for eksempel løfte på dynen til en pasient, og hvorfor hun gjør det på akkurat denne måten. Avdelingens høye bemanning og kompetanse gir henne for eksempel mulighet til å ha ansvar for 2 pasienter på en dagvakt. På denne måten kan hun hjelpe pasienten på pasientens premisser og bruke den tiden som er nødvendig. Hun sier at:

«Det kunne ikke falle meg inn å si til en pasient at jeg ikke har tid til å hjelpe deg med barbering».

Videre forteller Ida om at hun legger vekt på at en god morgen for pasienten også kan føre til at resten av dagen blir bra. På samme måte som at en god kveld kan føre til at natten blir bra.

Jeg opplever at Ida beskriver et idealbilde av hva praksis skal inneholde, og jeg presiserer at hun gjerne må fortelle om hvordan hun opplever sin hverdag, og ikke noe hun tror jeg ønsker å høre. Ida bekrefter da at hun forteller meg om hvordan hun ønsker at praksis skal være.

Videre forteller hun meg om vanskelige situasjoner der hun ofte opplever hun burde være tre ganger på samme sted. Travle dager der telefonen ringer og medisiner skal deles ut, samtidig som hun har et ønske om at hverdagen skal fortone seg rolig. Ida forteller om hvordan nyansatte og ekstravakter alltid får opplæring i å alltid sette seg inn i pleieplaner som er skrevet om pasientene før oppstart av vekten. Det er primærkontakten som har ansvar for at pleieplanene er grundig gjennomarbeidet og alltid er tilgjengelig for de øvrige ansatte.

Når det gjelder VPM forteller Ida at VPM ble startet opp før hun begynte i denne jobben, men at metoden ikke fungerer optimalt per i dag. Hun selv var på VIPS-kurs like etter at hun hadde begynt på demenssenteret, men synes det var vanskelig å følge opp med fagmøter når hun ikke har noen medarbeidere som kunne hjelpe henne med å drive det fram. Hun synes likevel kunnskapen om personsentrert omsorg blant personalet er god, og at i prinsippet jobber avdelingen personsentrert med pasientene, selv om arbeidet ikke fungerer i et system som VPM.

Ida forteller videre om hvordan hennes ønske om å fremme personsentrert omsorg overfor personer med demens oppleves av henne. Hun ønsker å være et positivt forbilde, der utfordringene ønskes velkommen. Samtidig som hun vil formidle raushet, omtanke og trygghet, både til pasientene og sine medarbeidere. Nylig har en ansatt fra hennes avdeling deltatt på

VPM-kurs, sammen med to ansatte fra den andre avdelingen. Dette er aktiviteter som fremmer den personsentrerte omsorgen i avdelingen.

Basert på at VPM er en aktuell arbeidsmetode i avdelingen, forteller Ida at de legger vekt på primærkontakten (PK) sin viktige rolle i arbeidet, og at hun oppfatter seg selv som RP. Det er hun som skal lede arbeidet og ha oversikt. Hun synes VPM hjelper avdelingen til å gi PK anledning til å formidle hva som er viktig i arbeidet med den enkelte pasient, og at forskjellige synspunkter formidlet av personalet innarbeides i en fortløpende revidert pleieplan. Implementering av personsentrert omsorg og VPM i hele organisasjonen tror hun likevel vil ta tid. Avdelingsleder er innforstått med innholdet i arbeidet, men overfor institusjonssjefen må tiltak begrunnes hele tiden. Et nært samarbeid med kompetanseenheten har imidlertid lagt til rette for at kompetanseenheten kan være mer til stede og veilede de i personsentrerte arbeidet, samt at Marte Meo-terapeuter ved demenssenteret også veileder personalet.

Ida uttrykker at hun synes denne måten å jobbe med personer med demens på er bra. Det å ha en liten avdeling der man kan gi personlig omsorg er gunstig, sammenlignet med en stor avdeling, som gjerne er kaotisk, og det er bare de basale behovene som er i fokus. Med de basale behovene mener Ida ernæring og personlig hygiene. Ida forteller videre lidenskapelig om hva som både er viktig for henne og hva som engasjerer. Det som er viktig for henne er kompetanse, engasjement, erfaring og en lojalitet innad i personalgruppen, som formidler den beste pleien. Hun er engasjert i å opprettholde verdigheten til pasientene, samt å kunne tilrettelegge for en god arbeidshverdag for de ansatte.

Når Ida skal snakke om framtiden for personsentrert omsorg for personer med demens, trekker hun frem at hun synes det er sjokkerende mye tabu omkring demens som tema generelt. Det er selvfølgelig viktig at arbeidet blir omtalt i media, men hun synes pasienter med Alzheimer får for mye oppmerksomhet, på bekostning av andre grupper som har demens. Det er mange forskjellige diagnoser som gir demens, og hver av disse trenger kanskje forskjellig behandling og tilrettelegging. Handlinger som fører til at man tenker likt om alle som har demens er farlig, fordi alle mennesker med demens ikke er like. Det er ikke alle som responderer likt på tiltak, så derfor er en individuell behandling viktig. Ida forteller varmt om inspirasjon fra Danmark når det gjelder fine måter å behandle personer med demens på. Hun har vært på studietur til Danmark i forbindelse med sin videreutdanning i geriatri, og der besøkte hun sykehjem som arbeidet personsentrert i demensomsorgen. Imidlertid mener hun at flere ansatte per pasient er en viktig faktor for å kunne bidra til en endring i demensomsorgen i kommunene i Norge.

### 5.3.3 Intervju av sykepleier Frida

Når jeg skal intervju sykepleier Frida, setter vi oss også inn på møterommet. Frida sier det er godt å sette seg ned, og bruker litt tid på å slappe av. Jeg informerer om hva vi skal gjøre og at jeg ønsker å høre hennes historie.

Aller først forteller Frida at hun kommer fra en liten bygd i distriktet. Hun har vokst opp som enebarn med mor og far, og oppveksten har vært god og trygg. Faren har jobbet på ferge, på fabrikk og tilslutt som vaktmester i bygden. Moren til Frida tok etter hvert postutdannelse og jobbet i postverket hele sitt yrkesaktive liv. To av Fridas besteforeldre var lærere, og to var småbrukere. Da hun var 16 år måtte hun flytte til nærmeste tettsted for å gå på videregående skole. Etter at hun var ferdig på videregående skole, flyttet hun til Oslo sammen med mannen sin og begynte på postskole. Hun arbeidet deretter i postverket, mens mannen studerte videre. Etter 4 år i Oslo flyttet hun og mannen til en mindre by i Sør-Norge, der Frida fortsatte i postverket i mange år. Fordi hun ville gjøre noe nytt sluttet hun imidlertid i postverket for ca. 16 år siden. Etter en del år med kurs i kosthold, der hun også selv holdt kurs for andre, bestemte hun seg for å studere sykepleie. Hennes ønske var en formell høyskoleutdannelse som kunne gi mulighet til å jobbe med helse og mennesker. Etter endt utdannelse arbeidet Frida en stund i hjemmesykepleien.

For 6 år siden flyttet hun sammen med mannen sin til Egypt. Hun kunne ikke få lønnet arbeid der, men arbeidet frivillig på en helsestasjon for fattige mødre i Kairo i 1 år. Deretter flyttet de til Tanzania og bodde der i tre år. Heller ikke her kunne hun ha lønnet arbeid, men engasjerte seg i frivillig arbeid for eldre, som handlet om å bygge et «gamlehjem» som kunne ta vare på eldre som ikke lengre hadde familie. Hun forteller at det er mange eldre i Tanzania som ikke har barn som kan hjelpe dem, fordi mange er døde som følge av hiv/aids-epidemien. Da hun kom tilbake til Norge ble hun ansatt ved demenssenteret. Her har hun jobbet i to år i en 100 % stilling.

Frida forteller videre at hun gjennomførte videreutdannelse i psykiatri da hun arbeidet i hjemmesykepleien, og at hun gjennomførte en videreutdannelse i HMS (Helse- miljø og sikkerhet) mens hun bodde i Tanzania. I tillegg har hun gjennomført ABC demensperm 1 og holder på med ABC demensperm 2, samt et innføringskurs i VPM ved demenssenteret. Hun sier at sykehjemmet kontinuerlig har tilbud om ulike kurs, og noen av kursene er obligatoriske.

Frida forteller om en av pasientene hun har hjulpet i dag. Dette er en pasient som er redd. Hun forteller hvordan hun instruerer helsefagarbeideren som er med henne inn til pasienten om at det er viktig at de forholder seg rolig, og lar pasienten få tid til å forstå hva de skal gjøre. Hun sier at det ofte hender at pasienten reagerer med utagerende atferd når det går for fort, og at pasienten lett blir forvirret når noe er vanskelig å forstå.

Frida forteller om mye som er viktig for henne, og det er tydelig at det er mange aspekter ved arbeidet som engasjerer henne. Hun er opptatt av å opptre personsentrert når hun jobber med pasientene, fordi hun ser at mye av den utagerende atferden kommer til syne når helsepersonellet ikke tar tilstrekkelig hensyn til pasienten. Det kan være noe så enkelt som at man haster forbi pasienten uten å gi oppmerksomhet. Får pasienten en dårlig start på dagen, kan det ofte forårsake at hele dagen til pasienten blir dårlig. Dette forplanter seg ofte i hele avdelingen, og da hender det at «hele avdelingen koker». Frida er også opptatt av at alle som jobber på avdelingen skal ha det bra, fordi arbeidsmiljøet har ringvirkninger på hvordan pasientene blir behandlet.

Frida sier hun er opptatt av å jobbe personsentrert og opptatt av å bruke de arbeidsmetoder som er tilgjengelig. «Jobber du personsentrert, så kommer du en vei og du finner løsninger. Det er da du føler du gjør en god jobb og får smilene tilbake. Det er da du får kontakt med pasienten».

Hun forteller at hun hele tiden må arbeide for å ta vare på pasientens grunnleggende behov, fordi det ellers ikke er mulig å gjøre en forskjell for pasienten. Frida understreker at arbeidet som personalet ved avdelingen har lagt ned i arbeidet med å anvende VPM har vært viktig for å implementere personsentrert omsorg. På tross av at avdelingen akkurat nå har tatt en pause med å gjennomføre fagmøte, så anvender hun selv og de fleste ansatte likevel personsentrert omsorg.

Frida trekker imidlertid fram flere eksempler på at ikke alle ansatte jobber personsentrert og tar vare på pasientenes grunnleggende behov. Hun synes det kan være vanskelig å påpeke dette, fordi det ikke er alle kollegaer som er mottakelige for å endre arbeidsmetoder. Hun sier at hun i hvert fall prøver å gå foran med et godt eksempel, slik at andre ansatte kan lære av henne. Hun understreker at hun blir lei seg når pasienter ikke blir behandlet med respekt.

Når det gjelder behandling av personer med demens trekker Frida fram at hun oppfatter det slik at fagområdet er et større satsningsområde nå enn tidligere, fordi personer med demens er en voksende pasientgruppe. Hun snakker også om en ny jobb hun snart skal begynne i som

gruppeleder på en avdeling for personer med demens. Hun gleder seg og opplever større respekt for fagfeltet enn hun hadde forventet, for eksempel fra sine venner og sin familie. Hun opplever at mye av fagfeltets manglende prestisje bunner i at folk ikke vet hva det innebærer å arbeide med eldre personer med demens. Hun gleder seg til å være med å bygge opp et nytt senter for personer med demens i en ny kommune, og håper at arbeidet vil gi personer med demens bedre levevilkår enn de har i dag.

#### **5.3.4 Refleksjoner knyttet til informantenes beskrivelse av egen praksis**

Alle informantene beskriver travle arbeidsdager, men på tross av travelheten er alle tre opptatt av å gjøre en god jobb. Arbeidssituasjonen til de tre informantene er ulik, men det er også en del likhetspunkter. To av informantene er gruppeledere i tillegg til å være sykepleier eller vernepleier, og har derfor kanskje et litt annet fokus enn hun som jobber som sykepleier. To av informantene hadde en klar oppfatning av spørsmålene jeg stilte i intervjuet, knyttet til hva de konkret hadde gjort i praksis den dagen jeg hadde observert. De hadde begge to klare beskrivelser som jeg kunne relatere til mine observasjoner. Informanten Ida gikk imidlertid ikke konkret inn i en beskrivelse av hva hun hadde gjort den dagen, men omtalte sin praksis i mer generelle former. Hennes fokus var hvordan hun ideelt sett ønsket at praksisen skulle være, men også hvordan hun kunne oppleve praksisen på avdelingen.

##### **5.3.4.1 Charlotte**

Min første informant Charlotte har ikke så lang arbeidserfaring som sykepleier, og brukte noen år på å finne ut av hva hun ville gjøre. Jeg får imidlertid inntrykk av at hennes interesse for fagområdet sykepleie endret seg etter hun begynte på demenssenteret. Hun forteller om den nye kunnskapen hun har tatt inn over seg som nyutdannet sykepleier, samt hvordan hun håndterer nye ansvarsområder som fungerende gruppeleder. Dette synes jeg også kommer fram når hun beskriver sin praksis den dagen jeg observerte, og hvordan hun beskriver hva som ligger bak handlingene hennes. Charlotte hadde avholdt et fagmøte noen dager før observasjonsstudiet, der jeg også ble invitert med for å observere henne. I dette møte fungerte hun som RP, og hun trekker fram at hun aktivt bruker avgjørelsene som er tatt i fagmøtet når hun er inne hos pasienten senere i uken. Hun tilbrakte mye tid med denne aktuelle pasienten, og forsøkte å iverksette ulike tiltak som var bestemt i fagmøtet. Hun forteller at det ikke er alle dager hun har like mye tid, men akkurat denne dagen hadde hun god tid til pasientene hun hadde ansvar for. Charlotte beskriver sine refleksjoner rundt arbeidet sitt, sine kollegaer og sine tanker om framtiden.

#### **5.3.4.2 Ida**

Min andre informant, vernepleier Ida, har en del erfaring, både som vernepleier og gruppeleder. Hun har et reflektert forhold til sitt arbeid med personer med demens, og stiller store krav til seg selv og sine kollegaer i forhold til hvordan arbeidet skal utføres. Ida beskriver hvordan hennes første praksis på en skjermet avdeling, der hun jobbet med personer med demens, har hatt betydning for hennes yrkeskarriere. Den sterke interessen hun fikk for fagområdet, etter at hun hadde et utgangspunkt der hun egentlig ikke ønsket å studere, beskriver hun som veldig viktig for henne. Kunnskap og refleksjoner beskriver hun som viktige egenskaper ved seg selv. I tillegg formidler hun at det ansvaret hun opplever å ha for sine kollegaer som gruppeleder er krevende og stort. Ida har store tanker om fremtiden og ønsker at personer med demens skal bli inkludert i og respektert av samfunnet. I tillegg ønsker hun at samfunnet generelt skal ha større kunnskap om hvor forskjellig det er å ha demens, og at det er mange forskjellige diagnoser som gir demens. Dette synes hun er et viktig skritt i retning av å hjelpe personer med demens til å ha et godt liv.

#### **5.3.4.3 Frida**

Min tredje informant, sykepleier Frida, er en del eldre enn de to andre. Etter å ha jobbet i mange år i postverket, omskolerte hun seg til sykepleier. Hennes lange livserfaring viser seg gjentatte ganger når hun beskriver seg selv, sine yrkesvalg og sine refleksjoner omkring sitt arbeid på demenssenteret. Hun beskriver viktigheten av kunnskap om den enkelte pasient, og respekt for hvordan en best mulig kan nærme seg den enkelte pasient. Dette er også kunnskap hun ønsker at kollegaene har med seg i arbeidet. Hun beskriver også hvordan det kan gå når en kollega ikke er bevisst sitt ansvar i behandling av pasienten. Dette kan gi pasienten en dårlig dag. Den dårlige dagen til den ene pasienten kan føre til utagerende atferd, som igjen kan få ringvirkninger i hele avdelingen, slik at flere pasienter får en dårlig dag. Frida beskriver viktigheten av at hele teamet på jobb reflekterer rundt sin praktikk, slik at de har større forståelse for hvordan pasienten har det. Frida har en klar formening om at arbeidet med personer med demens er et satsningsområde i norske kommuner, og tror at vi vil oppleve et bedre og differensiert tilbud til den enkelte person med demens etter hvert.

### **5.4 Analyse av informantenes habitus, felt og kapitaler**

I mine intervjuer av informantene har jeg stilt spørsmål om deres bakgrunn og livsvilkår, om deres arbeid på en avdeling med personer med demens, hva de synes om å arbeide på denne

måten og deres tanker om framtiden. Jeg har stilt disse spørsmålene for å få innsikt i informantenes habitus. Hvilken posisjon de inntar i sykehjemsfeltet, deres disposisjoner herunder økonomiske-, kulturelle-, sosiale- og symbolske kapital knyttet opp mot feltet som informantene posisjonerer seg i. Dvs. deres sosiale praktikker når de gjennomfører arbeidet i pleie og omsorg for personer med demens.

Jeg vil i denne analysen ta for meg de tre informantene som jeg har observert og intervjuet, og gjøre en habituskonstruksjon.

#### **5.4.1 Sykepleier Charlotte**

Charlotte forteller at hun har vokst opp både hos mor og far som enebarn, men i forskjellige hjem. Hun opplever selv at hun har hatt en god og omsorgsfull oppvekst, med foreldre som var tilgjengelige. Hennes habitus har utviklet seg helt fra hun var barn, og forhold i hennes oppvekst har vært med på å utvikle hennes indre logikk om livet. Forhold som at hennes mor var hjemmeværende og at hennes far var yrkesaktiv har vært noe av den sosiale rammen som har vært med på å utforme Charlottes habitus. Charlotte er en typisk middelklassekvinne som verken er fra de øverste sosiale lag eller fra de laveste sosiale lag. Hun har utdannet sykepleier og har nettopp fått stilling som fungerende gruppeleder. Hun har derfor nylig beveget seg fra en posisjon som sykepleier til en posisjon som gruppeleder innen sykehjemsfeltet. I tillegg har hun en posisjon som RP i fagmøtene på avdelingen.

Charlottes disposisjoner knyttet opp mot foreldrenes økonomiske-, kulturelle-, sosiale- og symbolske kapital har hatt betydning for Charlotte sin utvikling av habitus. Hennes oppvekst har gitt henne disposisjoner som er utviklet gjennom hvordan hun ser verden og handler i den, og hvilken virkelighetsforståelse Charlotte har av verden rundt seg. Habitus kan ha betydning for hvordan vi sosialiserer oss i verden, men er også et produkt av vår sosialisering innenfor de ulike felt (Bourdieu 2000).

Charlotte har ikke gitt inntrykk av å ha en privat økonomisk kapital utenom det vanlige, og som fungerende gruppeleder har hun en årslønn i intervallet ca. 390.000-480.000. Hennes økonomiske kapital posisjonerer henne mellom Ida og Frida. Hun har ikke en videreutdanning som gir høyere lønn, men hun har stilling som gruppeleder noe som gjør at hun er høyere lønnet enn Frida.

Charlotte vokser opp i en tid der de fleste ungdom hadde fokus på utdanning. Dette kan være en medvirkende årsak til at hun valgte å ta en høyere utdanning, selv om ingen av hennes foreldre gjorde det, men det kan også ha betydning for at hun brukte litt tid på å finne ut hva



hun ville jobbe med. I og med at hun har valgt å ta en høyere utdanning er denne form for kulturell kapital med på å videreutvikle hennes habitus, og med på å påvirke hva hun gjør i sin praksis. Sykepleierutdanningen har gitt henne kulturell kapital som har betydning for hennes arbeid. I tillegg har hun ambulanseskurs, ulike kurs på demenssenteret, blant annet Resima (ressurser i møte med aggresjon) og et innføringskurs i VPM. Dette danner grunnlag for kulturell kapital som har vært med på å utvikle Charlottes profesjonelle habitus. Charlotte har arbeidet på demenssenteret siden det åpnet (ca. 4 år), og det er her hun har hoveddelen av sin yrkesfaglige erfaring fra som sykepleier.

Hennes private nettverk med familien og profesjonelle nettverk på sykehjemmet har også gitt henne sosial kapital som er viktig for henne. Det er tydelig at arbeidet har hatt betydning for Charlotte, og at hennes økte kulturelle- og sosiale kapital har hatt betydning for hvordan hun har posisjonert seg i avdelingen. Charlotte representerer også den eneste avdelingen på demenssenteret som anvender VPM konkret i det personsentrerte arbeidet. Avdelingen bruker fagmøter i planleggingen av behandlingen av pasientene, og Charlottes andel av sosial kapital knyttes på denne måten opp mot hennes erfaring med fagmøter, og den kompetansen som er nødvendig når avdelingen skal anvende VPM.

Charlottes symbolske kapital har gitt henne disposisjoner som er sentrale i hennes habitus. Hennes symbolske kapitaler framstår i form av familieverdier, faglige verdier som filosofi om personsentrert omsorg og at hun fokuserer på ro, trygghet og tilstedeværelse for pasientene i sin praksis

Når sykepleier Charlotte snakker om hva hun gjør i sin praksis ved anvendelse av personsentrert omsorg, viser hun til hvordan det gir henne positive opplevelser når hun ser at pasienten har det bra. Bruk av registreringsskjema og utprøving av ulike tiltak når pasienten har en utagerende atferd, er arbeidsmetoder som hun mener fremmer personsentrert omsorg.

Charlotte posisjonerer seg som en leder med høy kompetanse, både faglig og administrativt, med et aktivt fokus på personsentrert omsorg. Hun er også opptatt av å ha en praksis som kan være forbilde for helsepersonellet på avdelingen. Hun posisjonerer også den skjermete avdelingen hun jobber på som en foregangsavdeling i arbeidet med å konkret bruke VPM i sitt personsentrerte arbeid.

Den dagen jeg observerte Charlotte i hennes praksis så jeg også hvilket fokus hun har på at pasienten skal ha det bra. Blant annet bruker hun sang samtidig som hun holder pasienten informert om hva de skal gjøre. Når hun selv skal fortelle hva hun har gjort i sin praksis

fokuserer hun på at noen tiltak er omtalt i pleieplaner, men også på at hun ofte bruker sin erfaring til å tilpasse hva hun gjør, avhengig av hvilken respons hun får fra pasienten.

Charlotte sin posisjon som både sykepleier og fungerende gruppeleder på denne avdelingen gir henne flere uplanlagte administrative og faglige oppgaver i løpet av dagen. Selv om hun jobber med pasientene, må hun ofte besvare telefonen hun har i lommen. Charlotte sier hun kan oppleve dette både stressende og kaotisk, men at hun ønsker å skjerme pasientene mest mulig. Når hun utfører administrative oppgaver forflytter hun seg derfor bort fra pasienten, hvis hun kan. Må hun gå fra pasienten koordinerer hun dette med den andre av helsepersonellet som har ansvar for pasienten. Dette fører til at pasienten sjelden er alene i våken tilstand. Hun vektlegger likevel at det er viktig å være sammen med pasienten ved måltid og andre aktiviteter.

Charlotte forteller at hun vedrørende pasienten som ble drøftet i fagmøtet registrerer i pleieplanen, samt i forskjellige registreringsskjema, hvordan pasienten har hatt det denne dagen. Hun forteller i intervjuet at hun anvender de nye tiltakene fra fagmøtet, og er oppmerksom på hvordan pasienten har det, spesielt i forhold til aggresjon og agitasjon. Jeg kjenner igjen det hun forteller fra mine observasjoner, men merket meg også at hun relativt ofte ble avbrutt i sitt arbeid med pasienten, på grunn av løpende administrative oppgaver.

I intervjuet forteller hun om viktigheten av en samstemt dynamikk i helsepersonellgruppen, og at formidling av kunnskap knyttet til personsentrert omsorg er en aktiv og kontinuerlig læringsprosess. Hun er opptatt av at alle på avdelingen skal oppleve verdien av å jobbe personsentrert, selv om ikke alle deltar på fagmøtene.

Med dette formidler Charlotte at hun ønsker at helsepersonellet på avdelingen skal ha en felles front som løfter det personsentrerte omsorgsarbeidet. Dette innebærer en tanke om at personsentrert omsorg for personer med demens er viktig, verdifullt og et blivende fokus i fremtidens arbeid med personer med demens.

I denne studien er det Charlotte sin praktikk i subfeltet sykehjem til det medisinske felt som er tema. I dette feltet får Charlotte sin kulturell-, sosiale- og symbolske kapital betydning for hvordan hun posisjonerer seg innenfor feltet og hvilken posisjon hun inntar. Det har også en betydning for utvikling av hennes habitus innenfor sykehjemsfeltet i den forsterkede skjermede avdelingen for personer med demens.

Charlottes habituskonstruksjon er oppsummert i tabellen nedenfor:

<b>Charlottes habituskonstruksjon</b>	
<b>Posisjon</b>	Sykepleier, fungerende gruppeleder og RP i fagmøte. Hun jobber 100% og er fast ansatt.
<b>Disposisjoner</b>	
- Kulturell kapital	Sykepleierutdanning, ambulanseskole, ulike kurs på demenssenteret, blant annet Resima (ressurser i møte med aggresjon). Erfaring med fagmøter og kompetanse i VPM.
- Økonomisk kapital	Årslønn ca. 390.000-480.000
- Sosial kapital	Vokst opp som enebarn. Faglig nettverk i demensomsorgen
- Symbolsk kapital	Faglige verdier som omfatter filosofi om personsentrert omsorg. Vektlegger å formidle ro, trygghet og tilstedeværelse
<b>Posisjonering</b>	Er leder med høy kompetanse, både faglig og administrativt, med et aktivt fokus på personsentrert omsorg. I tillegg posisjonerer hun den skjermede avdelingen som en foregangsavdeling i arbeidet med bruk av VPM. «Det jeg synes er synd er at mye av vår tid går med til praktiske ting og oppgaver. Jeg kunne ønske at det var mer fokus på tilstedeværelse. I dag har vi fått det veldig bra til. Men det er ikke alle dager vi får det til».

### 5.4.2 Vernepleier Ida

Ida forteller at hun har vokst opp i en stor kjernefamilie med mor, far, to søsken, tanter, onkler, kusiner og besteforeldre. Hun beskriver oppveksten som god og trygg, og at hele storfamilien har hatt betydning for hvordan hun er oppdratt. Dette illustrerer hennes forestilling om utviklingen av sin egen habitus. Begge hennes foreldre og hennes eldre søster har en høyere utdanning. Utdanningene er alle sammen ulike profesjonsstudier, og hun beskriver en familie med både kulturelle-, sosiale- og symbolske kapitaler. Dette er med på å forme Ida sin habitus. Ida sine handlinger er formet i en læringsprosess i en tilsynelatende stabil kjernefamilie. I og med at læringsprosessen i perioder kan være ubevisst vil den etter gjentakelser etter hvert inkorporeres i kroppen til Ida.

Ida har en utdanning som vernepleier og har helt siden hun var nyutdannet hatt posisjon som gruppeleder og dermed flere år med profesjonell erfaring i sykehjemfeltet. Da Ida ble intervjuet hadde hun jobbet et år som gruppeleder ved demenssenteret. Hun opplevde at hennes erfaring som gruppeleder ga henne en naturlig autoritet som leder, både som administrativ leder av avdelingen, og som faglig leder. Selv om hun ikke bruker fagmøtene konkret

i VPM når hun jobber personsentrert, forteller hun at hun opplever at hun har en posisjon som RP i avdelingen.

Ida framstår også som en gjennomsnittlig middelklassekvinne som har tilegnet seg visse disposisjoner som har formet hennes habitus. Familiens totale økonomiske-, kulturelle-, sosiale- og symbolske kapital er sentral i de valg Ida tar og hvordan hun forstår verden rundt henne. Det er også hennes disposisjoner som er en del av forklaringen på hennes valg av høyere utdanning.

Ida gir ikke inntrykk av å ha en økonomisk kapital utenom det vanlige, og som gruppeleder med videreutdanning i geriatri har hun en ca. årslønn i intervallet 410.000-490.000. Hun er derfor litt høyere posisjonert i forhold til sin økonomiske kapital enn Charlotte og Frida. Dette er hun fordi hun får ekstra lønn på grunn av sin videreutdanning i geriatri og fordi hun har høyere ansiennitet.

Selv om Ida er vokst opp i en tid der mange ungdommer hadde fokus på utdanning, synes hun selv likevel ikke det nødvendigvis var naturlig å ta en høyere utdanning etter videregående skole. Ettersom foreldrene hennes formidlet hvor viktig de synes det var at hun tok en høyere utdanning, hadde derfor foreldrenes verdier betydning for at hun til slutt valgte å studere vernepleie. Noen av Idas kulturelle kapitaler er på denne måten en videreføring av hennes foreldres kapitaler. Vernepleie er en profesjonsutdanning på lik linje med de utdanninger hennes foreldre og søster har gjennomført. Hennes utdanning som vernepleier, videreutdanning i geriatri og kurs er samlet sett kulturelle kapitaler som beriker hennes profesjonelle habitus omkring omsorg for personer med demens. På denne måten var den kulturell kapital som vernepleierutdannelsen ga Ida, og som har hatt betydning for hennes videre valg i livet. I tillegg til hennes videreutdanning i geriatri har hun gjennomført ulike kurs i administrasjon, kurs på demenssenteret i kapittel 4A<sup>24</sup>, Resima (ressurser i møte med aggresjon) og VPM.

Ida har en stor familie, og dermed et stort privat nettverk som gir henne flere grunnleggende sosiale kapitaler. Hennes profesjonelle nettverk knyttet til arbeidet med personer med demens på sykehjemmet er en sentral del av hennes sosiale kapitaler. Måten hun snakker om personer med demens på, hvordan hun beskriver deres rolle i samfunnet og hvordan hun tenker behandlingen vil bli i framtiden, er preget av hennes menneskesyn, verdier og moral. Dette er

---

<sup>24</sup> Kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven gir anledning til å yte nødvendig helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse og motsetter seg helsehjelp» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2016, kap. 4A)

en del av Idas sosiale kapitaler. Hun synliggjør et menneskesyn der alle mennesker skal ha en naturlig plass i samfunnet, også personer med demens, med den respekten og likeverdigheten som følger med. Idas sosiale kapital er derfor nært knyttet opp mot hennes personlige erfaring med personsentrert omsorg, helt fra studiestart. Dette framstår som sentralt i hennes praktikk, både som vernepleier og som gruppeleder.

Idas symbolske kapital er knyttet tett opp mot hennes faglige verdier og filosofi om personsentrert omsorg. Hun har fokus på brukermedvirkning, nærhet, kompetanse og verdighet i sin praktikk. I tillegg til å representere kulturell kapital er stillingene Ida har hatt en form for symbolsk kapital fordi de igjen har betydning for hvordan hun posisjonerer seg

Ida posisjonerer seg tydelig som leder av den skjermede avdelingen, men også som en kunnskapsrik fagperson innenfor personsentrert omsorg. Hennes profesjonelle habitus er knyttet tett opp mot demensomsorgens, og det er Idas disposisjoner som har betydning for hvordan hun posisjonerer seg i feltet. Hennes kulturelle kapitaler har både betydning for hvordan hun posisjonerer seg som leder og hennes faglighet i forhold til personsentrert omsorg.

Når Ida skal fortelle meg om sin praktikk innleder hun med et sitat fra sin utdanning som har betydd mye for henne, «skal du være vernepleier, så skal du alltid vite grunnen til at du gjør tingene som du gjør de». Refleksiviteten i denne setningen har hatt stor betydning for hvordan hun utfører sin praktikk. Jeg opplever at hun posisjonerer seg tydelig i feltet som en leder av arbeidet, og jeg oppfatter at de andre agentene i feltet anerkjenner hennes posisjon.

I Ida sin praktikk ser jeg at hun er rolig og lavmælt i møte med pasientene. Hun sier gjentatte ganger at hun ser pasienten, og når jeg observerer Ida i kontakt med pasientene, både i korridoren, i dagligstuen og på pasientrommene, ser jeg at hun nærmer seg den enkelte pasient på ulik måte. Noen har hun mer dialog med enn andre. Hun er tydelig på at hun fanger opp hvordan pasienten har det, og både trøster og motiverer pasienten i aktivitetene som utføres. I hennes praktikk ser jeg blant annet at hun bruker dans som metode for å skape bevegelse i pasienten, slik at de kan forflytte seg f. eks. til badet.

I kraft av sin posisjon som leder tar hun ansvar når uforutsette situasjoner oppstår. Hun sier imidlertid at det kan være krevende og vanskelig når mange trenger hjelp samtidig, og når hun opplever konflikt mellom de administrative oppgavene og den direkte kontakten med pasientene. Jeg ser hvordan dette arter seg når jeg observerer henne. Telefoner, brannalarm, og utagerende og agiterte pasienter som krever ekstraordinære tiltak, preger hverdagen.

Ida posisjonerer seg i gruppen som en både tydelig og omsorgsfull leder. Hun forteller varmt om hvor verdifullt hun opplever det å ha anledning til å anvende personsentrert omsorg til sitt fulle potensiale. Hun sammenligner arbeidet sitt med tidligere erfaringer, og forteller at hun verdsetter denne måten å arbeide på med personer med demens. Samtidig ser hun det som positivt at andre sykehjem i kommunen vil bruke personsentrert omsorg aktivt i arbeidet med personer med demens.

I denne studien er det Idas praksis i subfeltet sykehjem til det medisinske feltet er i fokus. Alle Idas posisjoner og disposisjoner har betydning for hvordan hun velger og ikke minst kan posisjonere seg i sykehjemsfeltet. Hun posisjonerer seg som en tydelig leder med høy kompetanse, både vernepleierfaglig og administrativt. Samtidig som hun posisjonerer det faglige personsentrerte arbeidet som noe av det viktigste helsepersonellet ved avdelingen gjør.

Idas habituskonstruksjon er oppsummert i tabellen nedenfor:

<b>Idas habituskonstruksjon</b>	
<b>Posisjon</b>	Vernepleier, gruppeleder og RP i fagmøte
<b>Disposisjoner</b>	
- Kulturell kapital	Vernepleierutdanning, videreutdanning i geriatri og ulike kurs i administrasjon. Internkurs på demenssenteret i blant annet kapittel 4A, Resima og VPM.
- Økonomisk kapital	Årslønn ca. 410.000-490.000
- Sosial kapital	Foreldre, 2 søsken, besteforeldre. Gift, 3 barn. Faglig nettverk i demensomsorgen
- Symbolsk kapital	Faglige verdier som filosofi om personsentrert omsorg. Fokuserer på brukermedvirkning, nærhet, kompetanse og verdighet.
<b>Posisjonering</b>	En tydelig leder med høy kompetanse, både vernepleierfaglig og administrativt. I tillegg fokuserer hun på at arbeidet skal til enhver tid være personsentrert. «Møte pasienten for den de er, ikke bare som den syke. Huske på hvordan de har vært, og aldri presse på. Vise en trygghet».

### 5.4.3 Sykepleier Frida

Sykepleier Frida er vokst opp som enebarn i en liten bygd på Vestlandet med sin mor og far. Hun beskriver oppveksten sin som flott, der hun hadde god kontakt med alle besteforeldrene selv om de bodde andre steder i landet. Allerede her startet utviklingen av det som etter hvert blir Frida sin habitus. Læringsprosessen foregikk i familien, men også i lokalsamfunnet. Frida

flyttet til et større tettsted for å gå på videregående skole allerede da hun var 16 år, og fikk da automatisk også et større sosialt nettverk som har formet innholdet i og utviklingen av hennes habitus. Hun måtte på denne måten være mer selvstendig i tidlig alder, på lik linje med alle hennes jevnaldrende i bygden. Jeg får inntrykk av at Frida utvikler en habitus med mye kulturell kapital, fordi hun er bevisst sin selvstendighet, og fordi hun flytter sammen med sin kjæreste til hovedstaden etter avsluttet videregående skole, dvs. i relativt ung alder. Frida har gjennom et langt liv opparbeidet seg og utviklet en stor mengde disposisjoner. Hennes disposisjoner knyttet opp mot foreldrenes økonomiske-, kulturelle-, sosiale- og symbolske kapital har i stor grad hatt betydning for hennes habitus. Dette vises blant annet ved at hun følger i sin mors fotspor og reproduserer morens kulturelle kapital ved at hun tar utdanning og arbeider lenge innenfor postverket. Når denne studien gjennomføres har Frida imidlertid en posisjon på demenssenteret som sykepleier etter at hun utdannet seg til sykepleier i voksen alder, og en posisjon som primærkontakt (PK). Noe av det hun setter stor pris på er hvordan hun kan bruke hele seg i denne jobben. Hun anvender alle aspekter av sin kulturelle kapital, og opparbeider seg ytterligere kulturell- og sosial kapital. I tillegg har hun en rik habitus opparbeidet gjennom et langt liv, som setter sitt preg på hva hun gjør og hennes praksis i sykehjemsfeltet

Frida gir ikke meg noen indikasjoner på at hun har økonomisk kapital utenom det vanlige. Jeg antar imidlertid at hun som sykepleier har en ca. årslønn i intervallet ca. 390.000-460.000. Dette er den laveste økonomiske kapital av de tre informantene, noe som posisjonerer henne under Charlotte og Frida.

Frida vokser ikke opp i en tid der det er like naturlig at ungdom velger høyere utdanning, slik som for de to andre informantene. Imidlertid har Frida gjennom et langt liv utviklet en habitus som er med på å gjøre henne i stand til å velge å ta en høyere utdanning i voksen alder. Etter at Frida hadde arbeidet i mange år i postverket nådde hun et vendepunkt i livet, som førte til omskolering og tilførsel av ny både kulturell-, sosial- og symbolske kapital. Fridas kulturelle kapital som sykepleierutdanning, videreutdanning i psykiatri og HMS samt ABC-opplæring og kurs i VPM hadde alle betydning for hennes arbeid med personer med demens. Etter at Frida var utdannet sykepleier tilbrakte hun 3 år i Afrika med sin mann, og dette er også kapital som har hatt stor betydning for Frida.

På bakgrunn av at Frida har levd et langt liv har hun et stort privat nettverk som er en viktig sosial kapital for henne. På samme måte har også hennes profesjonelle nettverk de senere årene også utviklet seg til en viktig sosial kapital for henne. Frida framstår som en engasjert sykepleier med et stort engasjement for demensomsorgen, og det er mange sosiale kapitaler

som legger grunnlaget for hvordan hun utfører sin praksis som sykepleier i demensomsorgen. Hennes sosiale kapital bidrar også til at hun posisjonerer seg som faglig leder av det personsentrerte arbeidet i den direkte kontakt med pasientene og sine kollegaer.

Fridas symbolske kapital synliggjøres blant annet i hennes erfaring med frivillig arbeid i Afrika, og faglige verdier som filosofi om personsentrert omsorg. I tillegg fokuserer hun på personer med demens sin plass i samfunnet, og at personsentrert omsorg er verdifullt, nyttig og en del av fremtiden. Dette er faktorer Frida vektlegger når hun presenterer hva som er viktige symbolske kapitaler for henne. Frida har også symbolsk kapital som preger hvordan hun snakker om fagfeltet. Hun omtaler omsorg for personer med demens som et satsningsområde, og har stor tro på at det vil utvikle seg videre i tiden fremover.

Når Frida forteller om sin praksis presiserer hun hvor viktig det er for henne å oppleve at å jobbe personsentrert er noe som gjør jobben hennes meningsfull. Hun er bevisst på hvordan pasientene responderer på hvordan de blir møtt av helsepersonell, og hun er opptatt av å ikke bruke makt når hun hjelper dem. Hun er også tydelig på at personsentrert omsorg er den beste tilnærmingen til pasientene, og at det ikke nødvendigvis har betydning for arbeidet at avdelingen ikke bruker VPM.

Hun forteller at noen former for demens innebærer mer agitasjon og utagerende adferd enn andre former, og at pasienter med denne form for demens derfor må møtes på en forutsigbar og utprøvd måte. Hun ønsker at pasienten skal ha det bra, og erfarer at pasientens trivsel har ringvirkninger i hele avdelingen. På samme måte forteller hun at hvis en eller flere pasienter ikke har det bra og er urolige, så kan det påvirke de andre pasientene, slik at også de kan bli urolige. Dette er faktorer som kan påvirke pasientene med hensyn på søvn, medisinbruk osv.

Frida formidler en autoritet på bakgrunn av sitt lange liv, og hun posisjonerer seg slik at hennes verdier og hennes kunnskap om mennesker og personsentrert omsorg kommer tydelig frem. Hun har et genuint ønske om å spre kunnskap om hvor viktig personsentrert omsorg er, både i avdelingen og samfunnet generelt.

I denne studien er det Fridas praksis i subfeltet sykehjem til det medisinske feltet som er et av mine fokusområder. Det er Fridas posisjoner og disposisjoner som har betydning for hvordan hun posisjonerer seg i sykehjemsfeltet. Ved at hun har posisjonert seg som en faglig leder av det sykepleiefaglige og personsentrerte arbeidet vektlegger hun dette både i forhold til pasienter og kollegaer.



Fridas habituskonstruksjon er oppsummert i tabellen nedenfor:

<b>Fridas habituskonstruksjon</b>	
<b>Posisjon</b>	Sykepleier og PK (fagmøte)
<b>Disposisjoner</b>	
- Kulturell kapital	Postskole, kurs i kosthold, sykepleierutdanning, videreutdanning i psykiatri, HMS, ABC-opplæring og kurs i VPM. Erfaring fra frivillig arbeid i Afrika
- Økonomisk kapital	Årslønn ca. 390.000-460.000.
- Sosial kapital	Enebarn, gift og voksne barn
- Symbolsk kapital	Faglige verdier som filosofi om personsentrert omsorg, opptatt av de grunnleggende behov og opptatt av hvordan samfunnet legger til rette for personer med demens sin integrerte plass i samfunnet
<b>Posisjonering</b>	Faglig leder av det sykepleiefaglige og personsentrerte arbeidet i direkte kontakt med pasientene og i forhold til sine kollegaer. «Jeg er opptatt av at mine kollegaer har nok forståelse for denne type pasienter, og det er veldig viktig at de skjønner hva som skjer i samhandling med pasienten. For med en gang pasientene blir engstelige og det går for fort i svingene, så trer forsvarsmekanismene inn».

For å presentere en felles oversikt over de tre informantenes habituskonstruksjon har jeg samlet oversikten i en tabell nedenfor:

<b>Informantenes habituskonstruksjon</b>			
	<b>Charlotte</b>	<b>Ida</b>	<b>Frida</b>
<b>Posisjon</b>	Sykepleier, fungerende gruppeleder og RP (fagmøte)	Vernepleier, gruppeleder og RP (fagmøte)	Sykepleier og PK (fagmøte)
<b>Disposisjoner</b>			
- Kulturell kapital	Sykepleierutdanning, ambulanskurs, ulike kurs på demenssenteret, blant annet Resima (ressurser i møte med aggresjon). Erfaring med fagmøter og kompetanse i VPM.	Vernepleierutdanning, videreutdanning i geriatri og ulike kurs i administrasjon. Internkurs på demenssenteret i blant annet kapittel 4A, Resima og VPM.	Postskole, kurs i kosthold, sykepleierutdanning, videreutdanning i psykiatri, HMS, ABC-opplæring og kurs i VPM. Erfaring fra frivillig arbeid i Afrika
- Økonomisk kapital	Årslønn ca. 390.000-480.000	Årslønn ca. 410.000-490.000	Årslønn ca. 390.000-460.000.

- Sosial kapital	Foreldre og vokst opp som enebarn. Faglig nettverk i demensomsorgen	Foreldre, 2 søsken, besteforeldre. Gift, 3 barn Faglig nettverk i demensomsorgen	Enebarn, gift og voksne barn
- Symbolsk kapital	Faglige verdier som omfatter filosofi om personsentrert omsorg. Vektlegger å formidle ro, trygghet og tilstedeværelse	Faglige verdier som filosofi om personsentrert omsorg. Fokuserer på brukermedvirkning, nærhet, kompetanse og verdighet.	Faglige verdier som filosofi om personsentrert omsorg, opptatt av de grunnleggende behov og opptatt av hvordan samfunnet legger til rette for personer med demens sin integrerte plass i samfunnet
<b>Posisjonering</b>	En leder med høy kompetanse, både faglig og administrativt, med et aktivt fokus på personsentrert omsorg. I tillegg posisjonerer hun den skjermede avdelingen som en foregangsavdeling i arbeidet med bruk av VPM.	En tydelig leder med høy kompetanse, både vernepleierfaglig og administrativt. I tillegg fokuserer hun på at arbeidet skal til enhver tid være personsentrert.	Faglig leder av det sykepleiefaglige og personsentrerte arbeidet i direkte kontakt med pasientene og i forhold til sine kollegaer.

## 6 Drøfting av studiens forskningsspørsmål

Forskningsspørsmålene i denne masteroppgaven er følgende:

- Hva er genesen til personsentrert omsorg for personer med demens?
- Hvordan strukturerer helsepersonell pleie- og omsorgsarbeidet for personer med demens?

Med dette som utgangspunkt har jeg undersøkt hva som er bakgrunnen for at helsepersonell anvender personsentrert omsorg i sitt arbeid med personer med demens. Jeg har på bakgrunn av observasjon beskrevet hva helsepersonell konkret har gjort i sin praksis og hvordan deres handlinger formes i praksis. I tillegg har jeg lyttet til informantenes egen beskrivelse av sin praksis.

Jeg har lagt til grunn Bourdieus oppfatning av at historisering av det feltet man studerer er viktig for å kunne konstruere en forståelse av det man undersøker (Hammeslev & Hansen, 2009, s. 22). Det var et viktig grep når jeg skulle foreta det dobbelte brudd og slik at jeg forstå hvor handlinger kommer ifra. Jeg har derfor fordypet meg både i den historiske utviklingen

innen omsorgen for eldre, demensomsorgen og den historiske utviklingen av personsentrert omsorg.

Jeg vil videre i dette kapittelet drøfte mine forskningsspørsmål nærmere.

## **6.1 Hva er genesen til personsentrert omsorg for personer med demens?**

I årene etter 2. verdenskrig har demensomsorgen utviklet seg i vesentlig grad. Fra et utgangspunkt der samfunnet generelt og helsevesenet spesielt stilte spørsmål ved om eldre hadde et behandlingspotensiale eller ikke, er behandlingsaspektet mer og mer kommet til sin rett.

En viktig årsak til at helsevesenet endret sitt fokus på hvordan helsehjelp skulle nå ut til folket var den politiske utviklingen og utviklingen av velferdsstaten, med blant annet sosialomsorgsloven (1964) og folketrygdloven (1966). Samtidig var også forskningen i fagmiljøene omkring geriatri og alderspsykiatri en medvirkende årsak til at eldre syke mennesker etter hvert fikk differensiert helsehjelp som var tilpasset den enkelte.

På 1990-tallet fikk eldreomsorgen et økende fokus i Norge, både på grunn av høyere levealder som bidro til flere eldre, og på grunn av ny kunnskap omkring både normal aldring og alderssykdommer. Endringene i helsevesenet for å forbedre omsorgen for eldre mennesker, kommer blant annet til uttrykk i mange av de offentlige styringsdokumentene som ble vedtatt. I tillegg hadde den økte kunnskapen omkring geriatri og alderspsykiatri betydning for innholdet i omsorgen til eldre syke. Det ble også startet opp flere offentlige programmer innen fagområdene gerontologi, geriatri og alderspsykiatri, som bidro til utvikling av bedre kunnskap om hva det vil si å bli eldre og hva det innebærer å være syk som gammel.

Litteratur i Norge om personsentrerte omsorgen for personer med demens baserer seg på forskning fra Storbritannia herunder Tom Kitwoods teoretiske utdyping av personsentrert omsorg for personer med demens på 1990-tallet (se pkt.1.3). Tom Kitwood var en pioner innenfor personsentrert omsorg for personer med demens, og han ønsket å redefinere referanserammen for demens i fagfeltet fra:

*«person – med – DEMENS» til «PERSON - med – demens».*

Historisk tar det tid før ny kunnskap i Storbritannia blir implementert som ny kunnskap i Norge. Derfor ser man først på 2000-tallet at Kitwoods omsorgsfilosofi og hans tanker om personsentrert omsorg for personer med demens blir introdusert i det medisinske feltet og i politiske dokumenter. På den ene siden innebar dette en utvikling i verdisynet knyttet til personer med demens, og på den annen side også hvordan man konkret utviklet teorier om

hva som var de beste tiltak for denne gruppen mennesker. Kitwoods tanker om menneskesyn, grunnleggende behov og om hvordan man utforsker hva det vil si å være en person, ble imidlertid viktige områder knyttet til utviklingen av demensomsorgen i Norge.

Omsorgsfeltets brudd med tidligere tanker og oppfattelse av hva det vil si å være en person med demens, hadde på denne måten stor betydning for utviklingen av demensomsorgen i Norge. Etableringen av Kitwoods omsorgsfilosofi om personsentrert omsorg som en egen omsorgsfilosofi i Norge, har gitt personer med demens et mer differensiert helse- og omsorgstilbud. Kitwoods omsorgsfilosofi førte til at man utviklet flere ulike former for metoder, som så ble utforsket og utviklet videre i utviklingsprogrammet for miljøbehandling *Bedre hverdag for personer med demens* (Rokstad, 2012). Dette var metoder som ble implementert og utprøvd i fagfeltet. Erfaringene man høstet i utviklingsprogrammet om implementering av omsorgsfilosofien, gav helsepersonellet på sykehjem grunnlag for å videreutvikle metodene slik at de kunne anvendes i omsorgen for personer med demens.

I utviklingsprogrammet for miljøbehandling, der blant annet VIPS-rammeverket ble utprøvd og evaluert, fikk nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse nyttige erfaringer. Disse erfaringene ga dem grunnlag for utvikling av en modell tilpasset norske sykehjem, dvs VIPS praksismodell (VPM). Modellen som besto av en manual for VIPS og en for fagmøte, var avhengig av at helsepersonellet ved sykehjemmene fikk grundig opplæring og undervisning. Det er Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse som har ansvar for undervisning av kursholdere i kommunene i VPM. Disse kursholderne som vanligvis er ansatt ved ressurs-senter for demens eller utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester har igjen ansvar for at helsepersonell i de respektive kommunene får nødvendig undervisning i VPM. Målet med undervisningen i kommunene er at helsepersonellet er i stand til å implementere denne metoden i sykehjemmet. Mitt inntrykk, gjennom kontakt med flere forskjellige kommuner, er at et stort antall helsepersonell har fått undervisning om VPM, men implementeringen og konkret bruk av metoden er ennå ikke gjennomført ved de fleste sykehjem. Selv om metoden ikke er implementert snakket de fleste personene jeg var i kontakt med ved sykehjemmene varmt om personsentrert omsorg for personer med demens.

Ettersom et stort antall ansatte i sykehjem og hjemmetjenestene har deltatt på denne type kurs, kan man kanskje hevde dette er en viktig årsak til at begrepet *personsentrert omsorg for personer med demens* er blitt et naturlig begrep i fagfeltet selv om metoden ikke konkret er tatt i bruk i miljøbehandling. Det er imidlertid hvordan helsepersonellet konkret anvender

omsorgsfilosofien som vil ha konkret betydning for personer med demens på norske sykehjem.

## **6.2 Hvordan strukturerer helsepersonell pleie- og omsorgsarbeid for personer med demens?**

Når det gjelder struktureringer av helsepersonells pleie- og omsorgsarbeid for personer med demens varierer dette hos den enkelte og på den enkelte arbeidsplass.

Det er variasjoner i hvilke metoder helsepersonell og sykehjemmet velger å implementere, og det er variasjoner knyttet til hvordan de ulike arbeidsplasser legger til rette for at helsepersonellet kan anvende personsentrert omsorg i sin praksis. Å skulle gi en fullgod forklaring på hvorfor helsepersonell snakker om personsentrert omsorg for personer med demens som de gjør, og hvordan de konkret anvender personsentrert omsorg for personer med demens i sin praksis, er derfor en omfattende oppgave.

Min empiri og min analyse av hvordan mine tre informanter strukturerer sitt pleie- og omsorgsarbeid til personer med demens kan forhåpentligvis være et bidrag til en slik forklaring. Ved at jeg anvender Bourdieus teoretiske verktøy habitus, kapital og felt, kan jeg til en viss grad objektivt forstå hvordan de snakker om personsentrert arbeid og hvordan de anvender personsentrert omsorg. Med utgangspunkt i informantenes habitus og deres disposisjoner, er det mulig å forstå hvordan de strukturerer sin praksis. Ved å ta utgangspunkt i det felt som informantene agerer innenfor, de to forsterkede skjermete avdelingene ved demenssenteret, har jeg konstruert fram hvilke posisjoner de har, hvilke disposisjoner de har i henhold til deres kapitaler, og hvordan de posisjonerer seg innenfor feltet. Hvordan informantene strukturerer sitt arbeid er påvirket av flere ting. Sykehjemsfeltets doxa har betydning, men praktikken til den enkelte informant er i hovedsak et resultat av deres habitus og kapitaler ervervet gjennom deres individuelle livshistorie og den kollektive livshistorie de møter gjennom de samfunnsmessige institusjoner (hjem, barnehage, skole, fritidsordninger, foreninger, utdanning og arbeid). Dette virkeliggjøres konkret i deres praktikker innenfor sykehjemsfeltet.

Etter å ha gjennomført en auto-sosioanalyse har jeg også kartlagt mine egne disposisjoner, og hvilken betydning disse har for min forståelse av informantenes praksis. Min erfaring som geriatrisk sykepleier og interesse for demensomsorgen har hatt betydning for hvordan jeg har forstått sykehjemsfeltet. Samtidig har min egen refleksjon etter møtene med informantene vært viktig for å få et klarere bilde av både mine observasjoner og mine intervjuer, og hvordan jeg som forsker betrakter sykehjemsfeltet.

### 6.2.1 Charlotte

Charlotte er utdannet sykepleier og har jobbet ved demenssenteret siden hun var nyutdannet. Hun har en posisjon ved demenssenteret som gruppeleder og ressursperson(RP). Hun har i hovedsak hatt et sykefaglig ansvar i avdelingen mange år, men fordi hun nettopp har fått en stilling som fungerende gruppeleder så har hun også fått et utvidet ansvarsområde som innbefatter administrativt arbeid og har gitt henne en ny posisjon.

I intervjuene trekker Charlotte fram hvordan hun oppfatter at det er tilfeldigheter som har ført til at hun har den posisjonen hun har i sykehjemsfeltet. Kurs hun har fått på demenssenteret den tiden hun har jobbet der har imidlertid gitt henne disposisjoner som har vært verdifulle for henne i det personsentrerte arbeidet med personer med demens. Dette er kunnskap som hun aktivt bruker i det pasientnære arbeidet sitt. Hun beskriver en interaksjon med en pasient på denne måten:

«Det som er viktig for oss det er jo det å bruke det vi vet om pasientene. Ved å bruke kunnskapen aktivt i stell, sånn som i dag når vi synger med han ene som vi var inne hos. Det ser vi at det er med på å gjøre situasjonen mer komfortabel for han. Ofte hvis vi synger så kjenner jeg at han slipper taket i hendene mine».

Charlotte beskriver det personsentrerte arbeidet som både selvfølgelig og som naturlig for henne å bruke. En av årsakene til dette kan være at demenssenteret har posisjonert seg på sykehjemmet som eksperter på denne demensomsorgen, men også posisjonert seg i kommunen som eksperter blant andre sykehjem. Sykehjemmet har hatt mye fokus på at helsepersonellet skal ha god kunnskap om personsentrert omsorg basert på Kitwoods omsorgsfilosofi, og at de skal anvende dette i sin praksis. Dette kan ha betydning for Charlottes praktikk, i tillegg til at hennes opparbeidede disposisjoner som hun vektlegger i arbeidet og som hun ser resultat av. Jeg gjorde flere observasjoner av Charlotte der jeg gjenkjente en praktikk som gjenspeilet prinsippene ved personsentrert omsorg og vektlegging av de grunnleggende verdiene som Kitwood beskriver. Blant annet snakker hun om hvordan hun bruker bakgrunnshistorien deres til å inkludere dem i fellesskapet, og framheve deres identitet. Hun sier:

«Det er veldig givende når jeg ser at jeg får fram et smil hos pasientene, når jeg bruker bakgrunnshistorien deres, og jeg ser at det glimter til hos dem da».

Charlotte har flere roller som er en del av hennes posisjon på demenssenteret. Hun forteller at hun av og til opplever konflikten mellom de ulike rollene som problematisk, blant annet fordi

hun synes det går utover omsorgen til pasientene. Hun skal som faglig ansvarlig sykepleier gi pasientene personsentrert omsorg, samtidig som hun skal administrere det personsentrerte arbeidet i avdelingen. Hun viser med dette en refleksjon over sin praksis. Hun reflekterer over at praksisen ikke alltid stemmer overens med hvordan hun intellektuelt tenker at den skal være. Hun beskriver at de forskjellige rollene hun har som gruppeleder kan føre til uheldige situasjoner, og at håndteringen av dem kommer i konflikt med hennes ønske om å formidle ro, trygghet og tilstedeværelse. Charlotte forteller om sin praksis:

«Ja, det blir litt sånn fram og tilbake, det er hele tiden er det noe som avbryter deg. Men i dag har det jo ikke vært så hektisk i forhold til hvordan det pleier å være. Mange situasjoner er uheldige, når jeg ser de utenifra».

Kombinasjonen av Charlottes kunnskap om personsentrert omsorg, og det administrative arbeidet hun har som gruppeleder har betydning for hvordan hun formidler denne kunnskapen til det øvrige helsepersonell i avdelingen. Charlotte forteller i intervjuet hvordan hun har tatt innover seg ansvaret for å legge til rette for personsentrert omsorg i sin avdeling, og hvordan hun posisjonerer seg i demenssenteret som både faglig leder og administrativ leder. Dette er sentrale elementer i VPM, spesielt under bokstaven V («Verdsette»), som kan være krevende å innarbeide i en travel hverdag. I mine observasjoner har jeg imidlertid inntrykk av at Charlotte er en rolig og omsorgsfull sykepleier både i samhandling med pasientene og helsepersonellet. Hennes faglige verdier omkring personsentrert omsorg og VPM gjenspeiles på denne måten.

En annen viktig observasjon jeg har gjort av Charlotte er hennes vektlegging av å posisjonere sin egen avdeling som en foregangsavdeling i arbeidet med å bruke VPM. Dette er et viktig arbeid, fordi det kan gi et positivt bidrag til andre avdelinger på demenssenteret som synes det er krevende å implementere metoden. Det er også viktig i forhold til å kartlegge hvordan VPM er nyttig for både pasientene, helsepersonellet og ledelsen på sykehjemmet.

### **6.2.2 Ida**

Ida er utdannet vernepleier og har en posisjon som gruppeleder og ressursperson (RP) i en av de skjermete avdelingene ved demenssenteret. Denne stillingen har hun hatt i 1 år. Hun har tidligere vært ansatt som gruppeleder ved en skjermet avdeling for personer med demens, på et annet sykehjem i kommunen. Den erfaringen Ida har tatt med seg inn i sin nåværende stilling som gruppeleder på demenssenteret har betydning for hvordan hun posisjonerer seg, både i avdelingen og på sykehjemmet. Jeg opplevde, i mine observasjoner, at hun framsto

med en naturlig autoritet og var tydelig på hvilket faglig fokus hun vil at helsepersonellet på avdelingen skal ha. I intervjuet sier hun blant annet:

«Jeg er veldig opptatt av at det skal gå på pasientene sine premisser, og at jeg ikke skal bruke min posisjon til å framprovosere noe. Jeg synes ikke at det tjener til noe å bråvekke en person. Jeg synes det er utrolig kjekt å jobbe på et sted hvor man har kompetansen, og nok bemanning tilstede slik at vi kan jobbe på denne måten. For eksempel når jeg vet at jeg har 2 pasienter i stell, og at jeg kan bruke all verdens tid».

Ida fremholdt hvordan hennes utdannelse som vernepleier var et godt valg for henne, og at både vernepleierutdanningen og videreutdanning i geriatri og administrasjon har gitt henne disposisjoner som har bidratt til å forme hvordan hun jobber med personer med demens. Hun mener å kunne merke en endring i demensomsorgen siden hun begynte å jobbe som gruppeleder i 2007. Det at hun begynte på demenssenteret og den internopplæringen hun fikk der om blant annet personsentrert omsorg, beskriver hun som viktig kompetanse for å kunne gi personsentrert omsorg til pasientene.

Det faktum at Ida forteller at hun ikke synes hun har tid til å arrangere fagmøter i avdelingen kan forklares på flere måter. Hun opplever selv at hun ikke har tid, på grunn av til tider mye uro i avdelingen. Videre forklarer hun at kompetansen på bruk av VPM ikke er god nok blant personalet på avdelingen. Hennes praksis kan også forklares med at hun vurderer det slik at helsepersonellet på avdelingen i stor nok grad anvender personsentrert omsorg til den enkelte pasient, herunder bruker registreringsskjemaer som er tilgjengelig for kartlegging av pasientene og til planlegging av behandlingen. Hun har erfart at dette fungerer og at pasientene får god omsorg. Det er samtidig klart at demenssenteret ønsker at avdelingene skal bruke VPM i det personsentrerte arbeidet, og har fokusert mye undervisning på hvordan denne metoden kan brukes. En av VIPS indikatorene, V4, stiller spørsmål om «det er etablert systemer som bidrar til å utvikle personalets kompetanse innenfor personsentrert omsorg» (Brooker, 2013, s. 94). Dette er et sentralt spørsmål når man skal etablere personsentrert omsorg og VPM som metode. I denne sammenheng kan en forklaring på Idas praksis være en kombinasjon av hvilket svar demenssenteret gir på spørsmålet i V4, og hvordan Idas habitus former hennes handlinger. Ida forteller blant annet at hun vet hun bør arrangere fagmøter, selv om hennes praksis er at hun ikke gjør det. I intervjuet forteller hun blant annet:

«VIPS er noe som vi absolutt skal prioritere. Nå var det 3 ansatte i forrige uke som ble sendt på kurs. Et 2 dagers kurs. En fra min avdeling og to fra den andre. Jeg skulle vel egentlig



ønske å begynne med en gang, men jeg er også avhengig at jeg har noen andre i avdelingen som også vet hvordan det skal foregå».

Idas gav uttrykk for klare faglige verdier knyttet til personsentrert omsorg som for eksempel brukermedvirkning, nærhet, kompetanse og verdighet. Her trakk hun også fram at hennes kompetanse fra vernepleierutdannelsen, der brukermedvirkning har en sentral plass, er spesielt viktig i møte med personer med demens. Med dette viser Ida at hennes kompetanse er forskjellig fra sykepleiernes, og at det som også er sentralt i Kitwoods omsorgsteori er en del av det hun har tilegnet seg av kompetanse i sin vernepleierutdanning. Mine observasjoner av Idas kontakt med pasientene stemmer til en viss grad overens med det hun forteller om i intervjuet. Hennes praksis stemmer imidlertid ikke helt med hvordan hun beskriver at hun ønsker det kan være. Hun blir stadig avbrutt av administrative oppgaver som igjen påvirker hvordan hun utfører sin praksis. Dette beskriver hun i intervjuet på denne måten:

«Det er sånn jeg prøver at det skal være! Det jeg synes er veldig vanskelig er at plutselig står jeg i en krise ved at to pasienter skal ha hjelp samtidig. Jeg er kanskje den eneste som deler ut medisiner. Jeg skal være tre steder på en gang. Telefonen ringer. Jeg ønsker at det skal foregå rolig, men så blir det ikke. Og da går jeg ut fra rommet med en tanke om at dette gikk ikke sånn som jeg ønsket at det skulle gå. Jeg vil gjerne at det skal være rolig, og jeg vil at morgenstellet skal være en god start for pasientene».

Ida framhever at det kan være vanskelig å gi pasientene den optimale personsentrerte omsorg som hun ønsker å gi, og selv om hun snakker om personsentrert omsorg som viktig er det ofte mange andre hensyn som kommer i veien.

### **6.2.3 Frida**

Frida er utdannet sykepleier og har en posisjon som sykepleier og primærkontakt (PK) på en av de skjermede avdelingene ved demenssenteret. Hun har jobbet ved demenssenteret i 2 år, og på tross av at hun utdannet seg til sykepleier i voksen alder, har hun ervervet en god del kapitaler som har betydning for hvordan hun posisjonerer seg i sykehjemsfeltet. Fridas livserfaring har gitt henne en stor variasjon av disposisjoner, knyttet opp mot blant annet tidligere yrkeserfaring fra postverket og hennes opphold i Afrika.

Frida gir uttrykk for et stort engasjement for sykepleiefaget og forteller i intervjuet at hun har stor glede av å arbeide personsentrert. Imidlertid viser hun i praksis en praksis som ikke helt er i samsvar med hva hun sier. Dette kan ha flere årsaker, men noe kan forklares med hvordan hennes habitus har vært i utvikling hele livet og er preget av bredden i hennes livserfaring.

Alle hennes disposisjoner har betydning for hvordan hennes praksis kommer til uttrykk, ikke bare hennes disposisjoner som er knyttet opp mot at hun er sykepleier. Dette kommer kanskje særlig til uttrykk i et bredt sykepleiefaglig fokus og at dette kan komme i konflikt med alt hun vil og må gjøre som faglig ansvarlig sykepleier på avdelingen. På tross av dette viser Frida ved flere anledninger at hun tenker personsentrert, både når jeg observerer henne og når hun blir intervjuet. Hun beskriver i intervjuet hvordan hun opplever å jobbe personsentrert på demenssenteret:

«Jobber jeg personsentrert så kommer jeg en vei, altså jeg finner løsningene. Det er da jeg føler at jeg gjør en god jobb, får smilene tilbake, og det er da jeg får kontakt med pasientene. Da ser jeg at personsentrert omsorg gjør en forskjell for pasienten».

Fridas kulturelle kapital gjenspeiler hennes utdanning helt fra hun var ungdom. Utdanningen som har styrket hennes kompetanse om personsentrert omsorg innen demensomsorgen, har vært viktig for at hun kan posisjonere seg som sykepleiefaglig leder av det personsentrerte arbeidet. Viktigheten av å fokusere på pasientenes grunnleggende behov er beskrevet av Kitwood (1999, s. 90). Frida gir uttrykk for at det kan være vanskelig å få framgang i arbeidet når ikke alle på avdelingen er opptatt av å fokusere på disse grunnleggende behovene. Fridas tanker om at det er viktig at alle av helsepersonellet på avdelingen jobber sammen for å etablere det personsentrerte arbeidet i avdelingen, kan forklares både med at hennes opplæring i personsentrert omsorg på demenssenteret gir føringer for hennes praksis og med at hennes disposisjoner gir en forklaring på hvorfor dette er viktig for henne.

Når Frida snakker om fremtiden er hun opptatt av hvordan mennesker generelt i samfunnet snakker om personer med demens, og at dette er noe hun ønsker å jobbe videre med. Hun har en klar oppfatning av at omsorgen for personer med demens i samfunnet er i endring til det bedre, men hun synes endringene tar lang tid. Dette oppfatter hun som et tap for alle mennesker med demens som trenger hjelp. Hun trekker særlig fram yngre personer med demens og beskriver det på denne måten i intervjuet:

«Jeg ser jo at de har veldig mange ressursert igjen som det er viktig å bruke. Jeg føler også at helsevesenet og politikerne har fått litt mer øynene opp for demensomsorgen, og at det er et satsningsområde. Jeg ønsker at personer med demens vil få en friere hverdag og kan bevege seg mer».

Med dette viser Frida at hun har en tydelig mening om at det er viktig å fokusere på demensomsorgen i pleie- og omsorgssektoren, og at den blir prioritert både økonomisk og politisk.

## **7 Oppsummering av bakgrunnen for og hvordan det arter seg når helsepersonell anvender personsentrert omsorg**

I denne praxeologiske studien har jeg beskrevet og forklart bakgrunnen for og hvordan det arter seg når helsepersonell anvender personsentrert omsorg for personer med demens. Videre har jeg gitt en forklaring på hvordan det kan være at agentene handler som de gjør på sykehjemmet som har vært gjenstand for min datainnsamling. Jeg har valgt å ha et spesielt fokus på VIPS-praksismodell (VPM). Bourdieus tanker om å studere de sosiale praktikker i en gitt kontekst har vært viktige for meg i denne studien. Jeg har ved å anvende et praxeologisk vitenskapsteoretisk perspektiv på min innsamlede empiri forklart hvordan helsepersonell snakker om (symbolsk) og anvender (konkret praktisk) personsentrert omsorg i 2016 på et Norsk sykehjem på Vestlandet. I tillegg har Bourdieus teori om hvordan man kan forstå og forklare nåtiden gjennom historien ved å foreta det dobbelte brudd, bidratt til at jeg bedre kan analysere hvor våre handlinger kommer ifra og hvordan det kan være at de strukturerer seg på en bestemt måte i dag. Dette har vært en viktig del av konstruksjonsarbeidet for å kunne reflektere over og analysere mine data slik at jeg kan forklare mine funn og svare på mine forskningsspørsmål. For å kunne forstå og forklare hvordan helsepersonell snakker om personsentrert omsorg for personer med demens i 2016 har jeg derfor søkt tilbake i historien om helsevesenet, og jeg har observert og intervjuet helsepersonell som anvender personsentrert omsorg i sitt arbeid med personer med demens i dag.

Mitt tilbakeblikk på helsevesenets utvikling etter 2. verdenskrig, og på utvikling innen fagfeltene gerontologi, geriatri og alderspsykiatri, har vist hvordan disse fagfeltene har posisjonert seg innen det medisinske feltet. Det har også vært nyttig å se på den historiske utviklingen omkring pleien og omsorgen for eldre. Et særlig utviklingstrekk er hvordan sykehjemmene som omsorgsform utviklet seg i Norge etter 2. verdenskrig, med tanke på å forstå sykehjemmenes utforming i dag og de aktuelle pleie- og omsorgspraksiser som er etablert. For å kunne reflektere omkring min egen forforståelse knyttet til det jeg har studert, har en auto-sosioanalyse vært viktig å gjennomføre. Ved hjelp av auto-sosioanalysen har jeg belyst min posisjon, mine disposisjoner (via økonomisk, sosial og kulturell kapital), og posisjoneringer innenfor det medisinske og akademiske felt. Videre har jeg studert et sykehjem i Norge utfra en praxeologisk vitenskapsteoretisk og metodologisk tilnærming. Jeg har gjennom studien opparbeidet meg en refleksiv bevisstgjøring omkring den drivkraft som ligger bak min interesse for eldre i samfunnet, og særlig min interesse for hvordan vi i 2016 behandler personer med demens. Refleksjoner omkring min posisjon innenfor det medisinske

felt, og spesifikt innenfor utforskning av sykehjem ut fra en praxeologisk tilnærming har hatt betydning for hvordan jeg forklarer mine forskningsspørsmål. Det samme gjelder også mine disposisjoner (kapitaler) og posisjoneringer (synspunkter, holdninger, og praksis) som har formet min habitus, og hvordan jeg har opparbeidet meg ulike former for kapitaler gjennom livet.

Det historiske tilbakeblikket, illustrerer noe av bakgrunnen for at helsepersonell snakker om personsentrert omsorg for personer med demens i Norge i 2016. Kitwoods forskning og utvikling av omsorgsfilosofien *personsentrert omsorg for personer med demens* hadde en smitteeffekt til Norge på 2000-tallet. Sykehjemsreformen (1988) og utviklingen av det geriatriske tilbudet på 1990-tallet endret tilretteleggingen og behandlingen av personer med demens spesielt omkring den medisinske profesjon, dvs. hvilken tilgang legene hadde til feltet, men også omkring pleie- og omsorgspersonellens håndtering av personer med demens. Parallelt med en gradvis endring av hvordan helsevesenet behandler personer med demens, har også helsepersonell begynt å snakke om personsentrert omsorg i Norge.

I begynnelsen av 2000-tallet formalisere primærhelsetjenesten bruken av personsentrert omsorg overfor personer med demens i Norge. På samme tid viste myndighetene i stortingsmeldinger og planer at de hadde et genuint ønske om å bedre tilbudet til personer med demens, fordi det fortsatt var mye uvitenhet, tabu og manglende kompetanse knyttet til personer med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a). Med bakgrunn i stortingsmelding 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening* ble det utarbeidet en omsorgsplan 2015 og en delplan til denne, demensplan 2015. Det var demensplan 2015 som utgjorde grunnlaget for utvikling av ulike strategier for å møte framtidens utfordringer innen demensomsorgen. Myndighetene ønsket blant annet å satse på kvalitetsutvikling og forskning, og i demensplan 2015 ble det planlagt at det skulle «igangsettes forsknings- og utviklingsprosjekt for å få kunnskap om tilrettelegging av tjenester og effekten av ulike behandlingsformer blant annet: nytteverdien av miljøterapi og miljøbehandling» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a, s. 15).

Et av disse utviklingsprosjektene som jeg har beskrevet i pkt. 1.3 var utviklingsprogrammet *Bedre hverdag med demens*. Dette programmet hadde som mål å formidle kunnskap om ulike effekter av miljøbehandling, kartlegge hvordan man best mulig kunne bruke personen med demens sine ressurser for å opprettholde og utvikle personens selvstendighet, og redusere «atferdsmessige og psykiske symptomer ved hjelp av målrettet miljøbehandling» (Rokstad, 2012, s. 14-15). Utviklingsprogrammet som baserte sine tanker om personsentrert omsorg på

Kitwoods omsorgsteori *personsentrert omsorg for personer med demens*, gikk på denne måten i bresjen for å utvikle forskjellige metoder der man bruker personsentrert omsorg i Norge. Arbeidet med utviklingsprogrammet ga etter hvert gjenklang i hele landet og begrepet personsentrert omsorg for personer med demens fikk en viktig betydning i demensomsorgen og kompetanseoppbyggingen.

Fokuset som myndigheten i Norge har hatt på å utvikle planer for hvordan man ønsker at demensomsorgen i Norge skal være i årene framover, kommer blant annet til uttrykk i Demensplan 2020 *Et mer demensvennlig samfunn*. Denne demensplanen bygger videre på erfaringene fra demensplan 2015, men man har også brukt mye tid på å lytte til personer med demens og deres pårørende for å finne ut hva som er viktig for dem. Denne planen har derfor som mål å skape et mer demensvennlig samfunn. I tillegg inneholder planen viktige elementer innen personsentrert omsorg, herunder at personer med demens inkluderes i planlegging av hva som er viktig for dem. Det er også helt tydelig i denne planen at Kitwoods omsorgsfilosofi om personsentrert omsorg for personer med demens er implementert. Dette beskrives i kapittel 3.3 i Demensplan 2020:

«Personsentrert tilnærming legger vekt på kjennskap til personens livshistorie, personlighet, kulturelle bakgrunn, helsetilstand og vaner, i tillegg til den kognitive svikten demens medfører. Slik kartlegging må gjøres med respekt for at den enkelte eier sin egen historie. (...) Personsentrert tilnærming innebærer å ta hensyn til hvordan verden oppleves for brukeren og legge til rette for å ta den enkeltes ressurser i bruk. Den som har demens skal få oppleve tilhørighet som et verdsatt medlem av fellesskapet, få hjelp til å holde fast på sin identitet og bistand til å opprettholde sitt egenverd, få støtte når hun eller han trenger det, og oppleve at dagene inneholder meningsfylt aktivitet og beskjeftigelse i tråd med egne livsverdier» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, s. 18).

Ved å observere og intervjuer helsepersonell som mente de brukte VPM konkret i sin personsentrerte praksis i sitt arbeid med personer med demens, fikk jeg mulighet til å studere den praktiske bruken av metoden.

Ut fra mine observasjoner kan jeg konkludere med at det er bare én av mine tre informanter som konkret bruker VPM i sitt personsentrerte arbeid. De to andre hadde begge kunnskap om og noe erfaring med å bruke VPM, men bruker i realiteten ikke denne metoden i sitt arbeid med personer med demens.

Ved å observere og intervjuere min ene informant som konkret brukte VPM og fagmøte i sitt personsentrerte arbeid i avdelingen fikk jeg imidlertid kunnskap om hvordan dette fungerte for henne. Selv om det har vært en svakhet ved oppgaven at noe av utvalget mitt viste seg og ikke innfri med hensyn på bruk av VPM, så var utvalget godt i forhold til at alle tre informantene anvendte personsentrert omsorg i arbeidet med personer med demens. I tillegg var det tilfredsstillende at det var ett sykehjem som sa seg villig til at jeg kunne komme og observere og intervjuere helsepersonellet, til tross for at det politisk var lagt føringer for at VPM skulle være en sentral metode i demensomsorgen. Kunnskapen de alle hadde fått om personsentrert omsorg hadde sin bakgrunn i Kitwoods omsorgsfilosofi og Brookers beskrivelse og definering av personsentrert omsorg for personer med demens i VIPS.

Det var tydelig at informantene var frustrert over at travelhet, og til dels manglende kunnskap hos noen av sine medarbeidere, påvirket deres mulighet til å gi personsentrert omsorg og til å bruke VPM. De forklarte imidlertid at dette var vanlige problemer når man jobbet på Demenssenteret og at de opplevde dette som en uunngåelig realitet som det var viktig at de klarte å forholde seg til.

Mitt grunnleggende fokus i studien har vært å beskrive og forklare bakgrunnen for og hvordan det arter seg når helsepersonell anvender personsentrert omsorg for personer med demens med bakgrunn i Kitwoods omsorgsfilosofi om personsentrert omsorg og Brookers VIPS-praksismodell (VPM). Mine informanter ved demenssenteret beskriver alle tre at det er viktig for dem å være personsentrert i sitt arbeid med personer med demens. Dette ser jeg også når jeg observerer dem i sin praksis.

Bakgrunnen for at alle disse tre informantene synes det naturlig å tenke personsentrert kan forklares med at de har fått sine utdannelser som sykepleiere og vernepleier etter 2000-tallet. Personsentrert omsorg var da allerede i ferd med å bli etablert i det sykepleierfaglige og vernepleierfaglige fagspråket. De har også fått anledning til å delta på kurs og videreutdanning som har styrket deres forståelse og tanker om personsentrert omsorg. De gir alle et inntrykk av at de synes det naturlig for dem å tenke personsentrert, blant annet fordi de opplever at arbeidet i demensomsorgen på denne måten er mer meningsfylt.

I studien har jeg vist eksempler på hvordan helsepersonell i norske sykehjem snakker om og konkret anvender personsentrert omsorg for personer med demens. Dette gir håp om at myndighetenes visjoner kan virkeliggjøres i dagens og fremtidens demensomsorg. Samtidig viser studiet mitt at det er lang vei fra politiske beslutninger på 2000-tallet om personsentret

omsorg og frem til at tenkningen om personsentrert omsorg blir en allmenn praksis på samtlige norske sykehjem. Selv om det er politisk besluttet at man skal anvende personsentrert omsorg, viser Bourdieus praktikkteori at det er en vei å gå fra man symbolsk erobrer en omsorgsfilosofi som Kitwoods til en habitusdannelse hos de agenter som til daglig skal utføre den nødvendige pleie- og omsorg til personer med demens.

## Referanser

- Akselberg, A. K. B. (2012). *Hva gjør helsepersonell når de utfører helsearbeid i hjemmesykepleien – og hvordan formes deres handlinger?* (Masteroppgave) Universitetet i Bergen.
- Album, D (2008). Sykdommer og medisinske spesialiteters prestisje. *Tidsskrift norsk legeforening*. 8, 799. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/sites/tidsskriftet.no/files/pdf2011-799.pdf>
- Braut, G. S. (2005). Utviklinga av eldreomsorga-velferd i brytninga mellom sjukepleie og forvaltning. I Nord, R., Eilertsen, G., Bjerkreim, T. (Red). *Eldre i en brytningstid*. (s. 147-155). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bourdieu, P. (2000). *Udkast til en praksisteori*. København: Hans Reitzels forlag.
- Bourdieu, P. (2007). *Den praktiske sans*. København: Hans Reitzels forlag.
- Brooker, D. (2003). What is person-centered care in dementia? *Reviews in Clinical Gerontology*. 13, 215-22.  
DOI:10.1017/S095925980400108X
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg-veien til bedre tjeneste*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse.
- Bryden, C. (2005). *Dancing with dementia: My story of living positively with dementia*. London: Jessica Kingsley publisher.
- Brækhus, A., & Lillesveen, B. (2005). *Utredning av demens: Organisering og samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten*. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.
- Brækhus, A., Dahl, T. E., Engedal, K. & Laake, K. (2013). *Hva er demens?* (5. utg.) Tønsberg: Forlaget aldring og helse.
- Callewaert, S. (2007). Forståelse og forklaring i de sociale videnskaber, ifølge Pierre Bourdieu. I Petersen, K.A., Glasdam, S., Lorentzen, V. (Red). *Livshistorieforskning og kvalitative interview*. (s. 79-109). Viborg: Forlaget PUC.
- Callewaert, S. (2014) Habitus. I Brønsted, L. B., Jørgensen, C., Mottelson, M., Muschinsky, L., J. (Red.), *Ny pædagogisk opslagsbog* (s. 165-170). København: Hans Reitzels Forlag.



- Daatland, S. O., & Solem, P. E. (2000). *Aldring og samfunn: En innføring i sosialgerontologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Daatland, S. O. (2005). Teorier om aldring og eldre år: Psykologiske og samfunnsvitenskapelige perspektiver. I Nord, R., Eilertsen, G., Bjerkreim, T. (Red). *Eldre i en brytningstid* (s. 71-83). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Daatland, S. O. & Otnes, B. (2014). Boliggjøring av eldreomsorgen? Utviklingslinjene. I: Daatland, S. O. (Red). *Boliggjøring av eldreomsorgen? Nova rapport 16/14*. (s. 55-69)  
Hentet fra: <http://docplayer.me/4993178-Boliggjoring-av-eldreomsorgen.html>
- Dramsdahl, E. (1998). *Alderspsykiatri: Alderdommens tre D`er*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk opplysning.
- Engedal, K. (2008). *Lærebok om alderspsykiatri i praksis*. (2. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Engedal, K. (2012). Norsk alderspsykiatri. *Demens & Alderspsykiatri*, vol.16, nr. 2. 7-8.  
Hentet fra file:///C:/Users/Elizabeth/Downloads/Norsk%20alderspsykiatri%20(1).pdf
- Esmark, K. (2009). Sociologi i fortidens fremmede land: Bourdieu i det empiriske arbeide med historiske kilder. I Hammeslev, Hansen & Willig (Red). *Refleksiv sosiologi i praksis* (s. 190-209). København: Hans Reitzels forlag.
- Folketrykloven. Lov-1966-06-17-12 om folketrygden.
- Glasdam, S (2007). Interview. En diskussion af ligheder og forskelle i Pierre Bourdieu og Steinar Kvaales metodeovervejelser. I Petersen, K.A., Glasdam, S., Lorentzen, V. (Red). *Livshistorieforskning og kvalitative interview* (s. 131-146). Viborg: Forlaget PUC.
- Hammerslev, O., & Hansen, J. A. (2009). Indledning. I Hammeslev, Hansen & Willig (Red). *Refleksiv sosiologi i praksis* (s. 11-34). København: Hans Reitzels forlag.
- Hansen, J. A. (2009). Om feltanalytiske interviews i analyser af aktivering. I Hammeslev, Hansen & Willig (Red). *Refleksiv sosiologi i praksis* (s. 62-77). København: Hans Reitzels forlag.
- Hauge, S. (2005). Frå pleieheim til bu- og behandlingssenter. I Nord, R., Eilertsen, G., Bjerkreim, T. (Red). *Eldre i en brytningstid* (s. 156-164). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer*. (St. meld. Nr. 25 (2005-2006)) Oslo: Departementets servicesenter.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007a). *Demensplan 2015 «Den gode dagen»*. (Delplan til Omsorgsplan 2015) (St. meld. nr. 25 2005-2006). Oslo: Departementets servicesenter.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007b). *Omsorgsplan 2015*. (Særtrykk av st. prp. Nr. 1 (2007-2008) Programkategori 10.60) (St. meld. nr. 25 (2005-2006)). Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/8f6e1db3940f46acaa27846b24e8528f/sartrkk\\_omsorgsplan\\_2015.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/8f6e1db3940f46acaa27846b24e8528f/sartrkk_omsorgsplan_2015.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling-på rett sted-til rett tid*. (St. meld. nr. 47). Oslo: Departementets servicesenter.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg*. (Meld. St. 29 (2012-2013)). Oslo: Departementets servicesenter.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). *Demensplan 2020 Et mer demensvennlig samfunn*. Oslo: Departementets sikkerhet- og serviceorganisasjon.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). *Nasjonal helse- og sykehusplan. (2016-2019)*. Oslo: Departementets sikkerhet- og serviceorganisasjon.
- Helsedirektoratet. (2010). Utvikling gjennom kunnskap, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester – en nasjonal satsning, Overordnet strategi 2011-2015. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/178/Utviklingssenter-for-sykehjem-og-hjemmetjenester-overordnet-strategi-2011-2015-IS-1858.pdf>
- Kirkevold, M., & Kårikstad, V. (1999). *Undervisningssykehjem: Nasjonal plan for etablering av ressursentra for undervisning, fagutvikling og forskning i sykehjemmene i den kommunale helse- og sosialtjenesten*. (Nasjonalt geriatriprogram 1994-199 Rapport nr. 1/99). Bergen: Nasjonalt formidlingssenter i geriatri.
- Kitwood, T. (1997a). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Buckingham: Open universitet press.
- Kitwood, T. (1997b). The experience of dementia. *Aging and Mental Health*. 1 (1), 13-22.

- Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens-personen kommer i første række*.  
Fredrikshavn: Dafolo forlag.
- Kjelberg, T. (2002). *Når atferd blir vanskelig: Utredning og tiltak ved vanskelig atferd hos aldersdemente*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Kristiansen, K. M., & Engedal, K. (2013). Nytt kvalitetsregister i alderspsykiatrien. *Tidsskrift for den norske legeforening*. Nr. 7. 133: 737-738. Hentet fra <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=4705>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Larsen, K. (2009), Observasjoner i et felt: Nogle muligheter og utfordringer. I Hammeslev, Hansen & Willig (Red). *Refleksiv sosiologi i praksis* (s. 37-61). København: Hans Reitzels forlag.
- Lunde, L-H., Munch, M., & Skram, M. (2012). Marte Meo-praktikerutdanning i omsorgen for personer med demens. I Rokstad (Red). *Bedre hverdag for personer med demens* (s. 109-133). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Laake, K. (1997). *Geriatrici i praksis* (3. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mjørud, M. (2012). Utprøving av VIPS-rammeverket for personsentrert omsorg. I Rokstad (Red). *Bedre hverdag for personer med demens* (s. 85-108). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Munch, M., Storjord, M., & Andersen, A. E. (2015). *Marte Meo arbeidshefte*. (2. utg.). Tønsberg: Forlaget aldring og helse.
- Myking, M. (2013). *Palliasjon i sykehjem. Hva gjør helsepersonell i møte med alvorlige syke og døende pasienter – og hvordan formes deres handlinger?* (Masteroppgave). Universitetet i Bergen
- Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. (2016). Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse: Om oss. Hentet 16. november 2016 fra <http://nordemens.no/om-oss>

- Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. (2016. 29. mars). Nestor innenfor alderspsykiatri og demens jubilerer. Hentet 15. november 2016 fra <http://nordemens.no/startside/nestor-innenfor-alderspsykiatri-og-aldersdemens-jubilerer>
- Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. (2017). Demens. Hentet fra <http://nordemens.no/demens/demens-1>
- Nilsen, L. (2006). *Demenssykdommer: En systematisk litteraturoversikt*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse.
- Norsk selskap for aldersforskning. (2016, 20.oktober). Historie: Hentet fra <http://www.aldersforsk.no/historie>
- Norsk psykiatrisk forening. (2002). *Plandokument for norsk alderspsykiatri 2001-2010*. Oslo: Norsk psykiatrisk forening.
- Norsk psykiatrisk forening. (2010). *Plandokument for norsk alderspsykiatri 2011-2020*. Oslo: Norsk psykiatrisk forening.
- NOU 1992:1 (1992) *Trygghet – Verdighet – Omsorg*. Hentet fra: [https://lovdata.no/pro/#document/NOU/forarbeid/nou-1992-1/KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/pro/#document/NOU/forarbeid/nou-1992-1/KAPITTEL_2)
- NOU 2005:3 (2005). *Fra stykkevis til helt*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, informasjonsforvaltning.
- NOU 2011:11 (2011). *Innovasjon i omsorg*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/nou/dfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>
- Otnes, B. (2015). Utviklingen i pleie- og omsorgstjenesten 1994-2013. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 1, s. 48-6. Hentet fra: [https://www-idunn.no/pva.uib.no/tidsskrift\\_for\\_omsorgsforskning/2015/01/utviklingen\\_i\\_pleie\\_og\\_omsorgstjenestene\\_19942013](https://www-idunn.no/pva.uib.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2015/01/utviklingen_i_pleie_og_omsorgstjenestene_19942013)
- Ot.prp. nr. 48 (1985-1986). Ot.prp. nr. 48 (1985-1986) Lov om endringer i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og andre lover. (Sykehjemmene i den kommunale helse- og sosialtjenesten).
- Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov om pasient og brukerrettigheter. Lov fra 01.11. 2016.

- Petersen, K. A. (1995). Indledning: At udforske medicinske praktikker. I: K. A. Petersen (red) *Prakteori i sundhedsvidenskab* (s. 14-28). Danmark: Akademisk forlag.
- Petersen, K. A. (1996) Hvorfor Bourdieu? I: K. A. Petersen (red) *Fokus på sygeplejen* (s. 123-143). København: Munksgaard.
- Petersen, K. A. (1997) *Sygeplejevidenskab – myte eller virkelighed?: Om genese og struktur af feltet af akademiske uddannelser og forskning i sygepleje i Danmark*. (Doktoravhandling). Universitetet i Århus.
- Petersen, K. A., & Callewaert, S. (2013). *Praxeologisk sygeplejevidenskab-hvad er det?: En diskussion med det subjektivistiske og det objektivistiske alternativ*. Danmark: Forlaget Hexis.
- Rokstad, A. M. M. (2012). *Bedre hverdag for personer med demens: Udviklingsprogram for miljøbehandling. Demensplan 2015*. (Rapport) Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Rokstad, A. M. M., Røsvik, J., Kirkevold, Ø., Selbaek, G., Benth, J. S., & Engedal, K. (2013). The effect of person-centered dementia care to prevent agitation and other neuropsychiatric symptoms and enhance quality of life in nursing home patients: A 10-month randomized controlled trial. *Dementia and geriatric cognitive disorders*. 36, 340-353. Doi: 10.1159/000354366
- Røen, I., & Storlien, M. S. (2012). Strukturert miljøbehandlingsprogram i sykehjem på individ-, gruppe- og ledelsesnivå. I Rokstad (Red). *Bedre hverdag for personer med demens* (s. 159-190). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Røsvik, J., Kirkevold, M., Engedal, K., Brooker, D., & Kirkevold, Ø. (2011). A model for using the VIPS framework for person-centered care for persons with dementia in nursing homes: a qualitative evaluative study. *International journal of older people nursing*. 6, 227-236. Doi: 10.1111/j.1748-3743.2011.00290.x.
- Røsvik, J. (2013). Development, evaluation and the effects of the VIPS practice model for the person – centred care of patients with dementia. An intervention study in Norwegian nursing homes. (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/40476/PhD-RosvikDUO.pdf?sequence=1>

- Røsvik, J., & Mjørud, M. (2013). Fagmøtmanual for VIPS: Verdier – Individuell tilpassing – Perspektivet til personen med demens – Sosiale behov og fellesskap. (2. utg.). Tønsberg: Forlaget aldring og helse.
- Røsvik, J., Brooker, D., Mjørud, M. & Kirkevold, Ø. (2013c). What is person centred care in dementia? Clinical reviews into practice: the development of the VIPS practice model. *Reviews in Clinical Gerontology*. Vol. 23 (02) May 2013, pp155-163. DOI: 10.1017/S0959259813000014.
- Schiøtz, A. (2003). *Folkets helse – landets styrke 1850 – 2003*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skogen, O. R. (1999). Geriatri-definisjon-begrepsavklaring: -noen generelle problemstillinger. I Bondevik, Nygaard (Red). *Tverrfaglig geriatri: En innføring*. (s. 156-178). Bergen: Fagbokforlaget.
- Sosialdepartementet. (2002). *Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen «Fra hus til hender»*. (St. meld. nr. 31 (2001-2002)). Hent fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/aa2fddee623c4f82bdcc607bd93273c4/no/pfa/stm200120020031000dddpdfa.pdf>
- Sosial- og helsedepartementet. (1997). *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet – respekt - kvalitet*. (St meld nr 50 (1996-1997)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/0a9dcdeb5dc473eb8fdef01e0b5125d/no/p/s/stm199619970050000dddpdfs.pdf>
- Sosial- og helsedepartementet. (1999). *Sykehjemmenes rolle og funksjoner i framtidens pleie- og omsorgstjenester – analyse av alders og sykehjemsfunksjoner*. (Sosial- og helsedepartementet, Rapport I-0971 B). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/i-0971-b/id87485/>
- Sosial- og helsedepartementet. (2000). *Innhald og kvalitet i omsorgstenestene: Omsorg 2000*. (St.meld. nr. 28 1999-2000). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/fec49b330b58424687c5300ecde860aa/no/pfa/stm199920000028000dddpdfa.pdf>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Glemsk, men ikke gemt! Om dagens situasjon og fremtidas utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens*. (Rapport nr. 8). Oslo: Sosial og helsedirektoratet.

Sosialomsorgsloven. Lov-1964-06-05-2 Lov om sosial omsorg.

Statens helsetilsyn. (1999). *Evaluering av nasjonalt geriatriprogram*. (Rapportnr. 1406-c.ek)

Hentet fra <http://evalueringsportalen.no/evaluering/evaluering-av-nasjonalt-geriatriprogram-sluttrapport/Nasjonalt%20geriatriprogram.pdf/@@inline>

Store medisinske leksikon. (2014, 10. juni). Norsk gerontologisk institutt. Hentet fra:

[https://sml.snl.no/Norsk\\_Gerontologisk\\_Institutt](https://sml.snl.no/Norsk_Gerontologisk_Institutt)

Stortingsarkivet. (2016). *Formannskapslovene av 1847*. Hentet fra:

<https://www.stortinget.no/no/Stortinget-og-demokratiet/Historikk/Historisk-dokumentasjon/Formannskapslovene-av-1837/>

Sykehusloven. Lov om sykehus 1969-06-19-57. Hentet fra

<https://lovdata.no/pro/#document/NLO/lov/1969-06-19-57/%C2%A78>

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester. (2017, 31.januar). Utviklingscenterenes

historie. Hentet fra <http://www.utviklingscenter.no/historie.176137.no.html>

Wilken, L. (2014). *Bourdieu for begyndere*. Fredriksberg C: Samfundslitteratur.

Øgar, P. & Rø, O. C. (2000) *Geriatrici og samhandling i helsetjenesten: Nasjonalt*

*geriatriprogram – oppsummering og tilbakeblikk*. (Nasjonalt geriatriprogram1994-99

Skriftserie nr. 2/00). Bergen: Nasjonalt formidlingscenter i geriatri.

## **Oversikt over vedlegg**

1. Svar på forespørsel fra REK
2. Svar fra NSD
3. Tillatelse fra kommunen
4. Samtykkeerklæring fra styrer ved sykehjemmet
5. Samtykkeerklæring fra avdelingsleder
6. Samtykkeerklæring fra helsepersonell
7. Observasjonsguide
8. Intervjuguide
9. Skjematisk liste over indikatorene i VIPS
10. Oppsummeringstabell
11. Skisse av forsterket skjermet avdeling på demenssenteret



## Vedlegg 1

Vår ref. nr.: 2015/1513

Prosjekttittel: "Hvorfor snakker sykepleiere om personsentrert omsorg for personer med demens i Norge i 2015?"

Prosjektleder: Elizabeth Christine Kalsaas Osen

Kjære Elizabeth Christine Kalsaas Osen,

Jeg viser til Framleggingsvurdering mottatt 19.08.2015.

Generelt om fremleggingsplikten for REK

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger. Medisinsk og helsefaglig forskning defineres som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom.

Vurdering av prosjektet

Etter min oppfatning er dette prosjektet ikke fremleggingspliktig for REK.

Studiens problemstilling er: Hvorfor snakker sykepleiere om personsentrert omsorg for personer med demens i Norge i 2015? Studien innebærer intervju med sykepleiere og observasjon av sykepleierne i deres arbeid. Sykepleierne vil bl.a. bli spurt om tanker om framtiden når det gjelder hvordan vi behandler personer med demens som bor på sykehjem.

REK oppfatter at formålet med studien ikke er å søke etter ny kunnskap om helse og sykdom som sådan og finner at studien faller utenfor helseforskningsloven. Du trenger dermed ikke å søke REK. Du bør kontakte personvernombudet for om studien må meldes dit.

Vi gjør oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende, jfr. Forvaltningslovens § 11. Dersom du allikevel ønsker å søke REK vil søknaden blir behandlet i komitémøte og det vil bli fattet enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Med vennlig hilsen

Camilla Gjerstad

rådgiver

[post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no)

T: 55978499



Karin Anna Petersen  
Institutt for global helse og samfunnsmedisin Universitetet i Bergen  
Postboks 6165  
5892 BERGEN

Vår dato: 29.10.2015

Vår ref: 44313 / 3 / AGL

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.08.2015. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 28.10.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

44313	<i>Hvorfor snakker sykepleiere om personsentrert omsorg for personer med demens i Norge i 2015?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Karin Anna Petersen</i>
Student	<i>Elizabeth Christine Kalsaas Osen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 13.06.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Audun Løvlie

Kontaktperson: Audun Løvlie tlf: 55 58 23 07

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

*Audlingskontorer / District Offices:*

OSLO NSD: Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 52 11. [nsd@uo.no](mailto:nsd@uo.no)  
TRONDHEIM NSD: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47 73 59 19 07. [lyne.vassal@ut.ntnu.no](mailto:lyne.vassal@ut.ntnu.no)  
TROMSØ NSD: SVE, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47 77 64 43 36. [nsdmas@svt.no](mailto:nsdmas@svt.no)



Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskriv mottatt 12.10.2015 til ansatte og styrer er adekvat utformet.

Personvernombudet forutsetter at observasjonen kan gjennomføres uten at taushetsplikten er til hinder for datainnsamlingen og prosjektet i sin helhet. Student har også taushetsplikt, og det er viktig å være klar over at denne taushetsplikten ikke er sammenfallende med den taushetsplikt man har i kraft av sitt yrke/stilling. Personvernombudet vil derfor anbefale at det innhentes samtykke fra beboerne før observasjonen. Dette samtykke kan innhentes enten muntlig eller skriftlig, gjerne i samråd med pårørende.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Bergen sine interne rutiner for datasikkerhet.

Forventet prosjektslutt er 13.06.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lyd-/bilde- og videoopptak

Viser for øvrig til NESH sine forskningsetiske retningslinjer <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/> særlig punkt B og C.

From [audun.lovlie@nsd.no](mailto:audun.lovlie@nsd.no) > to 2 recipients

[More](#)

## BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Vi viser til statusmelding mottatt 14.02.2017.

Personvernombudet har nå registrert ny dato for prosjektslutt 15.05.2017.

Det legges til grunn at prosjektopplegget for øvrig er uendret.

Ved ny prosjektslutt vil vi rette en ny statushenvendelse.

Hvis det blir aktuelt med ytterligere forlengelse, gjør vi oppmerksom på at utvalget vanligvis må informeres ved forlengelse på mer enn ett år utover det de tidligere har blitt informert om.

Ta gjerne kontakt dersom du har spørsmål.

Vennlig hilsen,

Audun Løvlie - Tlf: 55 58 23 07

Epost: [audun.lovlie@nsd.no](mailto:audun.lovlie@nsd.no)

Personvernombudet for forskning,  
NSD – Norsk senter for forskningsdata AS  
Tlf. direkte: (+47) 55 58 21 17 (tast 1)

## Vedlegg 3



Elizabeth Osen  
Grendatunvegen 29 D  
5259 HJELLESTAD

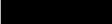
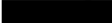
Deres ref.	Deres brev av:	Vår ref.	Emnekode	Dato
		201500085-54 MSSO	ESARK-40	15. november 2015


### Svar på gjennomføring av masteroppgave

Det vises til forespørsel 20.10.15 om gjennomføring av mastergradsprosjekt.

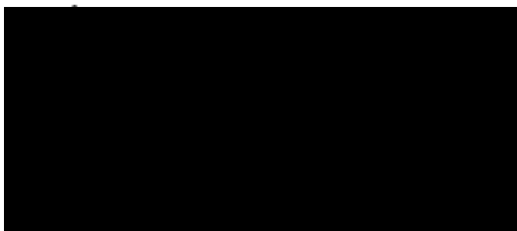
Vi har mottatt dokumentasjon på at prosjektet er meldt til NSD. Vi har registrert at innsamlede data anonymiseres ved prosjektslutt.

Byrådsavdeling for helse og omsorg godkjenner med dette at prosjektet gjennomføres i samsvar med det som er beskrevet i søknaden og fremlagt dokumentasjon *dersom etaten og resultatenhetene finner at de har ressurser til gjennomføring*. Vi forutsetter at datamaterialet ikke anvendes for andre formål enn det som er søkt om.

Kontaktpersoner i det videre arbeidet er etatssjef, etat for alders- og sykehjem   


 kommune ser frem til å motta et eksemplar av masteroppgaven når denne foreligger. Vi ønsker deg lykke til med arbeidet.

Med hilsen



## Vedlegg 4

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet til styrer

”Hvordan kan det være at helsepersonell snakker om personsentrert omsorg for personer med demens i Norge i 2015?”

#### Bakgrunn og formål

Mitt navn er Elizabeth Christine Kalsaas Osen og jeg er geriatrisk sykepleier og masterstudent ved Universitetet i Bergen. Jeg har i lenge vært opptatt av hvordan helsepersonell møter personer med demens, og hvilket behandlingstilbud vi gir til disse menneskene i de norske sykehjem.

I 2015 har vi i Norge høyere levealder enn tidligere, og dette har ført til at vi har en større andel eldre enn tidligere. Norge la i 2007 fram en plan (Demensplan 2015) med et eget handlingsprogram for å legge til rette for et bedre tilbud for personer med demens. Demensplan 2015 har flere viktige satsningsområder med blant annet økt kunnskap og kompetanse. I tillegg er det iverksatt flere ulike tiltak i 2008, blant annet innen miljøterapi og miljøbehandling. Det ble i 2012 iverksatt et 3-årig utviklingsprogram omkring tiltaket som omhandler miljøterapi og miljøbehandling. Dette utviklingsprogrammet har tittelen «Bedre hverdag for personer med demens», og det er resultatet av dette utviklingsprogrammet som er bakgrunnen for min studie. Det er ideen om personsentrert omsorg for personer med demens som ligger til grunn for alle delprosjektene i utviklingsprogrammet, men det er imidlertid delprosjektet «VIPS-rammeverk for personsentrert omsorg» som jeg ønsker å ha fokus på i denne studien.

I mitt forskningsprosjekt vil jeg sette søkelys på hva helsepersonell gjør i praksis når de anvender personsentrert omsorg for personer med demens knyttet opp mot VIPS praksismodel. Jeg ønsker å observere hva helsepersonellet gjør i sitt arbeid når de anvender personsentrert omsorg, og jeg ønsker å få høre helsepersonellet sin egen beskrivelse av hva de gjør når de anvender personsentrert omsorg i sitt arbeid.

Dette er en forespørsel til deg, som styrer ved sykehjemmet, om du i samråd med dine ansatte vil være villig til å delta i dette forskningsprosjektet.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Dersom du, som styrer ved sykehjemmet, samtykker til å delta i dette forskningsprosjektet på vegne av dine ansatte, vil det innebære flere ting.

For å ivareta min taushetsplikt overfor beboerne ved sykehjemmet, så vil jeg i henhold til sykehjemmets interne reglement, undertegne nødvendige papirer om taushetsplikt.

Jeg vil, etter avtale, besøke dere ved sykehjemmet og ta kontakt med de av helsepersonellet som har samtykket til deltagelse i forskningsprosjektet. Jeg vil avtale en dag der jeg kan observere helsepersonellet i deres arbeid der de anvender personsentrert omsorg ved å bruke VIPS praksismodel. Deretter vil jeg gjennomføre et ca. en times intervju med de som jeg har

observert slik at de selv kan beskrive hva de gjør i sin praksis. Observasjonsstudiet er ikke-deltagende observasjon, hvilket betyr at jeg hele tiden vil oppholde meg i egnet avstand til helsepersonellet og kun beskrive hva hun/han gjør i en notatbok. Det er hva helsepersonellet gjør, når det anvendes personsentrert omsorg, jeg ønsker å beskrive, derfor vil observasjonsnotatene bare omhandle helsepersonell og ikke beboeren. I intervjuet vil jeg bruke lydbåndopptak for å gi helsepersonellet rom til å fortelle om sitt arbeid uten avbrytelser

Hva skjer med informasjonen jeg innhenter?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og jeg vil overholde taushetsplikten min. Notatene som jeg gjør i studiet og lydbåndopptakene vil bli oppbevart i et låsbart skrin gjennom hele studien, og vil bare være tilgjengelig for meg og min veileder. Når prosjektet er avsluttet og godkjent vil alle notater og lydbåndopptak bli destruert. Alle personopplysninger, navn på sykehjem og navn på kommune vil bli anonymisert i oppgaven. Dette gjøres for at det ikke skal være mulig å spore tilbake til hvem som er observert og intervjuet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen og returnerer den til meg;

Elizabeth C. K. Osen

Grendatunvegen 29 D

5259 HJELLESTAD

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du ta kontakt med meg på telefon 93 43 49 04, eller ved epost; [elizabeth.osen@me.com](mailto:elizabeth.osen@me.com). Du kan også kontakte min veileder professor Karin Anna Petersen ved Universitetet i Bergen, institutt for global helse og samfunnsmedisin på telefon 55 58 61 60

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

Samtykke til deltakelse i studien

På vegne av mine ansatte godkjenner jeg deltakelse i dette forskningsprosjektet «Hvordan kan det være at helsepersonell snakker om personsentrert omsorg for personer med demens i Norge i 2015»

Jeg har mottatt informasjon om studien, og samtykker til at mine ansatte ved sykehjemmet kan delta i forskningsprosjektet.

---

(Signert av styrer, sted, dato)

## Vedlegg 5

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet til avdelingssykepleier**

”Hvordan kan det være at helsepersonell snakker om personsentrert omsorg for personer med demens i Norge i 2015?”

#### Bakgrunn og formål

Mitt navn er Elizabeth Christine Kalsaas Osen og jeg er geriatrisk sykepleier og masterstudent ved Universitetet i Bergen. Jeg har i lenge vært opptatt av hvordan helsepersonell møter personer med demens, og hvilket behandlingstilbud vi gir til disse menneskene i de norske sykehjem.

I 2015 har vi i Norge høyere levealder enn tidligere, og dette har ført til at vi har en større andel eldre enn tidligere. Norge la i 2007 fram en plan (Demensplan 2015) med et eget handlingsprogram for å legge til rette for et bedre tilbud for personer med demens. Demensplan 2015 har flere viktige satsningsområder med blant annet økt kunnskap og kompetanse. I tillegg er det iverksatt flere ulike tiltak i 2008, blant annet innen miljøterapi og miljøbehandling. Det ble i 2012 iverksatt et 3-årig utviklingsprogram omkring tiltaket som omhandler miljøterapi og miljøbehandling. Dette utviklingsprogrammet har tittelen «Bedre hverdag for personer med demens», og det er resultatet av dette utviklingsprogrammet som er bakgrunnen for min studie. Det er ideen om personsentrert omsorg for personer med demens som ligger til grunn for alle delprosjektene i utviklingsprogrammet, men det er imidlertid delprosjektet «VIPS-rammeverk for personsentrert omsorg» som jeg ønsker å ha fokus på i denne studien.

I mitt forskningsprosjekt vil jeg sette søkelys på hva helsepersonell gjør i praksis når de anvender personsentrert omsorg for personer med demens knyttet opp mot VIPS praksismodel. Jeg ønsker å observere hva helsepersonell gjør i sitt arbeid når de anvender personsentrert omsorg, og jeg ønsker å få høre helsepersonellet sin egen beskrivelse av hva de gjør når de anvender personsentrert omsorg i sitt arbeid.

Dette er en forespørsel til deg, som avdelingssykepleier ved sykehjemsavdelingen, om du i samråd med dine ansatte vil være villig til å delta i dette forskningsprosjektet.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Dersom du, som avdelingssykepleier ved sykehjemsavdelingen, samtykker til å delta i dette forskningsprosjektet på vegne av dine ansatte, vil det innebære flere ting.

For å ivareta min taushetsplikt overfor beboerne ved sykehjemmet, så vil jeg i henhold til sykehjemmets interne reglement, undertegne nødvendige papirer om taushetsplikt.

Jeg vil, etter avtale, besøke dere ved sykehjemmet og ta kontakt med de av helsepersonellet som har samtykket til deltagelse i forskningsprosjektet. Jeg vil avtale en dag der jeg kan observere helsepersonellet i deres arbeid der de anvender personsentrert omsorg i VIPS praksismodel. Deretter vil jeg gjennomføre et ca. en times intervju med de som jeg har observert slik at de selv kan beskrive hva de gjør i sin praksis. Observasjonsstudiet er ikke-deltagende observasjon, hvilket betyr at jeg hele tiden vil oppholde meg i egnet avstand til



helsepersonellet og kun beskrive hva hun/han gjør i en notatbok. Det er hva helsepersonellet gjør når det anvendes personsentrert omsorg jeg ønsker å beskrive, derfor vil observasjonsnotatene bare omhandle helsepersonell og ikke beboeren. I intervjuet vil jeg bruke lydbåndopptak for å gi helsepersonellet rom til å fortelle om sitt arbeid uten avbrytelser.

Hva skjer med informasjonen jeg innhenter?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og jeg vil overholde taushetsplikten min. Notatene som jeg gjør i studiet og lydbåndopptakene vil bli oppbevart i et låsbart skrin gjennom hele studien, og vil bare være tilgjengelig for meg og min veileder. Når prosjektet er avsluttet og godkjent vil alle notater og lydbåndopptak bli destruert. Alle personopplysninger, navn på sykehjem og navn på kommune vil bli anonymisert i oppgaven. Dette gjøres for at det ikke skal være mulig å spore tilbake til hvem som er observert og intervjuet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen og returnerer den til meg;

Elizabeth C. K. Osen

Grendatunvegen 29 D

5259 HJELLESTAD

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du ta kontakt med meg på telefon 93 43 49 04, eller ved epost; [elizabeth.osen@me.com](mailto:elizabeth.osen@me.com). Du kan også kontakte min veileder professor Karin Anna Petersen ved Universitetet i Bergen, institutt for global helse og samfunnsmedisin på telefon 55 58 61 60

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

Samtykke til deltakelse i studien

På vegne av mine ansatte godkjenner jeg deltakelse i dette forskningsprosjektet «Hvordan kan det være at helsepersonell snakker om personsentrert omsorg for personer med demens i Norge i 2015»

Jeg har mottatt informasjon om studien, og samtykker til at mine ansatte ved sykehjemmet kan delta i forskningsprosjektet.

---

(Signert av avdelingssykepleier, sted, dato)

## **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet til helsepersonellet.**

”Hvordan kan det være at helsepersonell snakker om personsentrert omsorg for personer med demens i Norge i 2015?”

### Bakgrunn og formål

Mitt navn er Elizabeth Christine Kalsaas Osen og jeg er geriatrisk sykepleier og masterstudent ved Universitetet i Bergen. Jeg har i lenge vært opptatt av hvordan helsepersonell møter personer med demens, og hvilket behandlingstilbud vi gir til disse menneskene i de norske sykehjem.

I 2015 har vi i Norge høyere levealder enn tidligere, og dette har ført til at vi har en større andel eldre enn tidligere. Norge la i 2007 fram en plan (Demensplan 2015) med et eget handlingsprogram for å legge til rette for et bedre tilbud for personer med demens. Demensplan 2015 har flere viktige satsningsområder med blant annet økt kunnskap og kompetanse. I tillegg er det iverksatt flere ulike tiltak i 2008, blant annet innen miljøterapi og miljøbehandling. Det ble i 2012 iverksatt et 3-årig utviklingsprogram omkring tiltaket som omhandler miljøterapi og miljøbehandling. Dette utviklingsprogrammet har tittelen «Bedre hverdag for personer med demens», og det er resultatet av dette utviklingsprogrammet som er bakgrunnen for min studie. Det er ideen om personsentrert omsorg for personer med demens som ligger til grunn for alle delprosjektene i utviklingsprogrammet, men det er imidlertid delprosjektet «VIPS-rammeverk for personsentrert omsorg» som jeg ønsker å ha fokus på i denne studien.

Mitt forskningsprosjekt vil sette søkelys på hva helsepersonell gjør i praksis når de anvender personsentrert omsorg for personer med demens knyttet opp mot VIPS praksismodel. Jeg ønsker å observere hva helsepersonell gjør i sitt arbeid når de anvender personsentrert omsorg, og jeg ønsker å få høre helsepersonellet sin egen beskrivelse av hva de gjør når de anvender personsentrert omsorg i sitt arbeid.

Dette er en forespørsel til deg, som helsepersonell ved sykehjemmet, om vil være villig til å delta i dette forskningsprosjektet.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Dersom du, som helsepersonell ved sykehjemmet, samtykker til å delta i dette forskningsprosjektet, vil det innebære flere ting.

Jeg vil, etter du har samtykket til å delta i forskningsprosjektet, gjøre en avtale med deg om når det passer at jeg besøke deg ved sykehjemmet. Jeg vil observere hva du konkret gjør i praksis når du anvender personsentrert omsorg overfor personer med demens ved å bruke VIPS praksismodel. Det er en ikke-deltagende observasjon, hvilket betyr at jeg hele tiden vil oppholde meg i egnet avstand slik at jeg kan ta notater der jeg beskriver hva jeg ser du gjør i

en notatbok. Det er hva du som helsepersonell gjør når du anvender personsentrert omsorg jeg ønsker å beskrive, derfor vil observasjonsnotatene bare omhandle hva du gjør og ikke noe om beboeren du samhandler med. Deretter ønsker jeg å gjennomføre et ca. en times intervju med deg slik at du selv kan beskrive hva du gjør i din praksis. I intervjuet vil jeg bruke lydbåndopptak for å gi deg rom til å fortelle om ditt arbeid uten avbrytelser.

Både det å bli observert i sitt arbeid og delta i et forskningsintervju kan kanskje virke som en stor utfordring. Jeg er imidlertid ikke ute etter å bedømme din kompetanse på området, men jeg har bare et ønske om å beskrive hva det er du gjør når du anvender personsentrert omsorg, og høre hvordan du selv beskriver det du gjør i din praksis.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og jeg vil overholde taushetsplikten min overfor deg. Notatene som jeg gjør i studiet og lydbåndopptakene vil bli oppbevart i et låsbart skrin gjennom hele studien, og vil bare være tilgjengelig for meg og min veileder. Når prosjektet er avsluttet og godkjent vil alle notater og lydbåndopptak bli destruert. Alle personopplysninger, navn på sykehjem og navn på kommune vil bli anonymisert i oppgaven. Dette gjøres for at det ikke skal være mulig å spore tilbake til hvem som er observert og intervjuet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen og returnerer den til meg;

Elizabeth C. K. Osen

Grendatunvegen 29 D

5259 HJELLESTAD

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du ta kontakt med meg på telefon 93 43 49 04, eller ved epost; [elizabeth.osen@me.com](mailto:elizabeth.osen@me.com). Du kan også kontakte min veileder professor Karin Anna Petersen ved Universitetet i Bergen, institutt for global helse og samfunnsmedisin på telefon 55 58 61 60

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

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i dette forskningsprosjektet «Hvordan kan det være at helsepersonell snakker om personsentrert omsorg for personer med demens i Norge i 2015»

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

---

(Signert av helsepersonellet, sted, dato)

## Vedlegg 7

### Observasjonsguide

Denne observasjonsguiden skal hjelpe meg til å kunne beskrive hva de ansatte gjør i sin praktikk og hvordan de strukturerer sitt arbeid. Dette skal være med på å hjelpe meg til å forstå og forklare.

<p><u>Fokus:</u> Omgivelsene Rommene</p> <p><u>Verktøy:</u> Feltnotater og feltskisser</p>	<p>Hvordan opplever jeg avdelingen og rommene?</p> <p>Hvordan vil jeg beskrive det jeg ser.</p>
<p><u>Fokus:</u> Informanten og hvordan hun plasserer seg i rommet og i avdelingen.</p> <p><u>Verktøy:</u> Feltskisser og feltnotater</p>	<p>Posisjon, posisjonering.</p> <p>Hvordan oppfører hun seg, snakker og fører seg.</p>
<p><u>Fokus:</u> Relasjonelle forhold mellom informant, kollegaer og pasient</p> <p><u>Verktøy:</u> Feltskisser og feltnotater</p>	<p>Hvordan forholder de enkelte ansatte seg til hverandre?</p> <p>Hvordan forholder informant seg til sine kollegaer og pasienter?</p> <p>Hvordan oppfører informanten seg i sin praktikk?</p> <p>Hvordan posisjonerer informanten seg i sin praktikk?</p>
<p><u>Fokus:</u> Fagmøte</p> <p><u>Verktøy:</u> Feltskisser og feltnotater</p>	<p>Posisjoner og posisjoneringer i fagmøte.</p> <p>Roller</p> <p>Hvordan samtalen i gruppen foregår</p> <p>Mine egne refleksjoner</p>
<p><u>Fokus:</u> Resultater av fagmøte</p> <p><u>Verktøy:</u> Feltnotater og feltskisser</p>	<p>Hva foretar informanten seg etter et fagmøte?</p> <p>Hvilken posisjon har informant i arbeidet videre etter et fagmøte?</p>

## **Intervjuguide**

1. Kan du fortelle meg litt om deg selv?
  - Hvor har du vokst opp?
  - Litt om din familie, mor, far, besteforeldre, søsken
  - Hvordan var din oppvekst?
  - Hvilken utdanning har du?
  - Hva har du jobbet med etter at du var ferdig utdannet?
  - Har du tatt noe ytterligere utdanning/ kurs etter din grunnutdanning?
  
2. Kan du fortelle meg om ditt arbeid her på avdelingen med personer med demens?
  - Hvor lenge har du jobbet her?
  - Hvilke jobber har du hatt? Stillingsprosent?
  - Fortell meg litt om hva du gjør på en vanlig arbeidsdag i når du er i pasientkontakt
  
3. Hva synes du om å arbeide på denne måten med personer med demens?
  - Hva er viktig for deg i ditt arbeid?
  - Hva engasjerer deg i ditt arbeid?
  - Hvordan opplever du at du bidrar i arbeidet med å fremme personsentrert omsorg?
  - Hva ønsker du å formidle til andre kollegaer når du jobber personsentrert?
  
4. Hvilken tanker har du om framtiden når det gjelder hvordan vi behandler personer med demens som bor på sykehjem.

# VIPS



- I HAR VI INDIVIDUELL OMSORG?**  
Er omsorgen tilrettelagt ut fra personens spesielle historie og personlighet, fysisk og psykisk helsetilstand og sosiale ressurser?
- I 1 PLAN FOR HVER PERSON:** Kjenner alle personens styrke og sårbarhet?
- I 3 PERSONLIGE EIENDELER:** Får personen bruke sine egne klær og eiendeler i hverdagen?
- I 4 INDIVIDUELLE HENSYN:** Vet vi hva personen liker og misliker og har vi rutiner som sikrer at dette blir tatt hensyn til?
- I 5 LIVSHISTORIE:** Kjenner vi personens livshistorie og hendelser som har vært viktige? Bruker vi denne kunnskapen i hverdagen?
- I 6 AKTIVITETER:** Er personen med på aktiviteter på sykehjemmet som passer interessene og evnene hennes?
- P PERSPEKTIVET TIL PERSONEN MED DEMENS**  
Tar vi hensyn til hennes opplevelse av verden?
- P1 KOMMUNIKASJON:** Blir personen spurt om hva hun ønsker og mener?
- P2 EMPATI OG RISIKOVURDERING:** Viser vi evne til å sette oss inn i personens opplevelse? Tar vi hensyn til det?
- P3 FYSISK MILJØ:** Er de fysiske omgivelsene tilrettelagt slik at personen kjenner seg trygg?
- P4 FYSISK HELSE:** Har vi nok kunnskap om personens fysiske helse, smerter, syn og hørsel?
- P5 UTFORDRENDE ATFERD SOM KOMMUNIKASJON:** Blir "utfordrende adferd" analysert for å finne hva som kan ligge bak?
- P6 Å VÆRE TALSMANN:** Hvordan ivaretar vi rettighetene til personen om hun gjør de andre på avdelingen utrygge?
-

---

**S HAR VI ET STØTTENDE SOSIALT MILJØ FOR DENNE PERSONEN?**

Fellesskap er viktig i alle menneskers liv.

- S1 FELLESSKAP:** Trekker vi personen med i samtaler slik at hun har fellesskap med de andre og med oss? Passer vi på at vi ikke snakker over hodet på henne?
- S2 RESPEKT:** Blir personen behandlet med respekt? Passer vi på at vi ikke overhører henne eller stempler henne som "dum" eller "vanskelig"?
- S3 VARME:** Opplever personen varme og omfavelse? Ser det ut som hun har det bra eller ser det ut som om hun er utrygg uten at noen trøster henne?
- S4 VALIDERING:** Tar vi personens frykt på alvor eller blir hun overlatt til seg selv over lengre tid med tydelig tegn på at hun er redd?
- S5 TILRETTELEGGING:** Hjelper vi personen til å delta i egenomsorg og aktiviteter? Passer vi på at vi ikke behandler henne følelsesløst, som en ting?
- S6 Å DELTA I LIVET UTENFOR:** Er personen med på noe som skjer utenfor sykehjemmet? Kommer det folk fra det lokale miljøet på regelmessig besøk?

***Hvordan vil personen oppleve tiltakene vi har blitt enige om på dette Fagmøtet?***

**V LEVER VI ETTER VERDIENE?**

Verdsetter mennesker med demens og oss som har omsorgen for dem.

- V3 LEDELSENS FORPLIKTELSE OG MOTTO:** Gir ledelsen oss ansvar og frihet på en slik måte at vi kan gjøre det som er best for personen?
- V5 MILJØET:** Hvor godt tilrettelegger arbeidsplassen et fysisk og sosialt miljø som støtter personen med demens?

## OPPSUMMERINGSTABELL

INDIKATOR	TRENGER FORBEDRING	OK	BRA	UTMERKET	NOTE
V1 Visjon					
V2 Personalledelse					
V3 Ledelsens forpliktelse og motto					
V4 Utvikling av praksis					
V5 Miljøet					
V6 Kvalitetssikring					
I1 Behandlingsplan					
I2 Evaluering					
I3 Personlige etendeler					
I4 Individuelle hensyn					
I5 Livshistorie					
I6 Aktiviteter					
P1 Kommunikasjon					
P2 Empati og risikovurderinger					
P3 Fysisk miljø					
P4 Fysisk helse					
P5 Utfordrende adferd som kommunikasjon					
P6 Å være talsmann					
S1 Fellesskap					
S2 Respekt					
S3 Varme					
S4 Validering					
S5 Tilrettelegging					
S6 Å delta i livet utenfor					



# Vedlegg 11

Skisse av forsterket skjermet avdeling på demenssenteret.

