

Et langt lerret å bleke

*Om personalerfaringer etter et implementeringsprosjekt med
Dementia Care Mapping på en sykehjemsavdeling*

Nina Jøranson



Masteroppgave ved Det medisinske fakultet, Institutt for helse og
samfunn, avd. for sykepleievitenskap og helsefag

UNIVERSITETET I OSLO

11. juni 2010



UNIVERSITETET I OSLO
 DET MEDISINSKE FAKULTETET
 Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
 Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

| | |
|--|-------------------------------|
| Navn: Nina Jøranson | Dato: 11. juni 2010 |
| Tittel og undertittel: ET LANGT LERRET Å BLEKE Om personalerfaringer etter et implementeringsprosjekt med Dementia Care Mapping på en sykehjemsavdeling | |
| <u>Sammendrag:</u> Formål: Hensikten med masteroppgaven er å utforske og beskrive personalerfaringer i sykehjemsavdelingen 1 ½ år etter at kartleggingsverktøyet Dementia Care Mapping (DCM) ble anvendt på én av to mulige personalgrupper i en sykehjemsavdeling i Norge. Studien søker å beskrive langtidserfaringer ved anvendelse av DCM-verktøyet, både for den personalgruppen som deltok i prosjektet, og for den gruppen som ikke deltok. Teoretisk forankring: Litteratur rundt utvikling av demensomsorg, personsentrert omsorg og miljøbehandling presenteres sammen med kartleggingsverktøyet DCM. Problemstillingen belyses gjennom teoretiske perspektiver om pleiekultur, utvikling av praksiskunnskap og endringsteori. Metode: Studien er utforskende og benytter fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode, 2 fokusgrupper med til sammen 9 deltakere fra samme avdeling. I tillegg ble det gjort individuelt intervju med avdelingsleder. Intervjuer og analyse av data ble utført ved å benytte prinsipper fra Kvaales metodebeskrivelser. Resultater: Feedback fra DCM-kartleggingen gav prosjektgruppa et betydningsfullt læringsløft som utviklet praksiskunnskapen. Prosjektdeltakerne utviklet en sterk gruppekultur ved å oppfattes som endringsvillige og fagligdyktige. Økende pleietyngde og redusert ressurstilgang truer imidlertid utvikling og vedlikehold av personsentrert omsorg. Fordi kun én av de to personalgruppene i avdelingen erfarte DCM-verktøyet, ser det ut som det utviklet seg en sprikende pleiekultur i avdelingen med et skjevt styrkeforhold mellom de to personalgruppene. Konklusjon: En sterk, balansert gruppekulturutvikling kan styrke pleiepersonalets fagutvikling, dersom DCM-feedback brukes som konkret og nyttig evaluering av miljøbehandling. En god fagutvikling bør imidlertid inkludere alle ansatte i en avdeling om man ønsker å innføre og vedlikeholde en personsentrert omsorgsform | |
| Nøkkelord: DCM-evaluering, personsentrert omsorg, miljøbehandling, sykehjem, pleiekultur, endringsprosess | |



UNIVERSITETET I OSLO
 DET MEDISINSKE FAKULTETET
 Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
 Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

| | |
|---|---------------------------------|
| Name: Nina Joranson | Date: June 11th, 2010 |
| Title and subtitle: A LONG ROW TO HOE Long-term experiences of nursing home staff after a Dementia Care Mapping project in a nursing home unit | |
| Abstract: Purpose: The objective of this master thesis is to explore and describe the staff's experiences 1 ½ years after using Dementia Care Mapping (DCM) in one of two possible personnel groups in a nursing home unit in Norway. The study aims to describe the long-term experiences from the perspective of both personnel groups. Literature review: Current literature concerning person-centred care and milieu therapy will be examined in addition to a presentation of DCM. The research question is further explored by studying relevant theoretical perspectives concerning nursing home culture, development of competence in practice and change processes in organizations. Method: The research is explorative and uses focus group interviews in the collection of data, performing two focus group meetings with a total of 9 participants in a nursing home unit. In addition an in-depth interview with the manager of the unit was conducted. Data was collected and analyzed by applying principles from Kvale's perspectives on interview research. Results: The DCM feedback supported the Project group in developing a high-performing team in person-centred care, which in turn developed a strong group culture. Both constant increasing work load due to basic nursing needs and lower amount of resources is considered as threats towards developing and maintaining person-centred care. Only one of the unit's personnel groups participated in the DCM project 1 ½ years ago, and this has most likely developed an unbalanced nursing culture in the unit. Conclusion: A strong and balanced development of group culture is considered may strengthen professional development, and the mapping results of DCM are considered as useful evaluation of the milieu therapy. However, such a development should include all the staff in a unit to improve the overall care and develop person-centred care. | |
| Key words: DCM evaluation, person-centred care, milieu therapy, nursing home, nursing culture, change processes in organizations | |

Forord

Endelig er fire års arbeid med masterstudium over, og det er mange som må takkes for god hjelp og støtte underveis. Aller først må jeg takke min alltid imøtekommende og dyktige veileder på instituttet, førsteamanuensis Solveig Hauge, for tålmodighet og gode refleksjoner i oppgaveprosessen. En stor takk går til den velvillige sykehjemsavdelingen, som gledelig delte sine erfaringer med meg. Jeg vil også takke min arbeidsgiver, Kirkens Bymisjon, for litteraturstipend fra personalfondet og for raus permisjon gjennom studiet.

Jeg vil også takke Undervisningssykehjemmet i Oslo, som har bistått meg i gjennomføring av intervjuene. En spesiell takk går til FoU-avdelingens Christina Johannesen for både nyttig og hyggelig samvær på turen da vi samlet inn data.

En veldig stor takk går til Sofienbergsenterets skjermede enhet med dens personale, som har holdt stand gjennom 4 år med en studerende avdelingsleder - periodevis med mye permisjon. Deres dyktighet og evne til å finne løsninger i utfordrende hverdager har gitt meg mulighet til å gjennomføre masterstudiet. En ekstra takk til Christine Eide og Hege Stareng, som i hver sin runde tok ansvar for avdelingen da jeg trengte ukevis med skrivefri.

Den aller største og varmeste takken går til min kjære Thomas, som hele veien har støttet, oppmuntret og realitetsorientert meg ut fra observerte behov. Og til heilaguttene Jonas og Sondre, som har vært så kjempeflinke til å gjøre helt andre ting og latt Mamma få holde på med sitt.

Det har vært utrolig lærerikt og spennende å kunne fordype seg i demensomsorgens mysterier, og arbeidet har gitt meg mye inspirasjon til videre praksisutvikling.

Nina Jøranson

Oslo, 11. juni 2010

DET ER DEN DRAUMEN

*Det er den draumen me bær på
at noko vedunderleg skal skje,
at det må skje -
at tidi skal opna seg
at hjarta skal opna seg
at dører skal opna seg
at berget skal opna seg
at kjeldor skal springa -
at draumen skal opna seg,
at me ei morgonstund skal glida inn
på ein våg me ikkje har visst um.*

Olav H. Hauge

fra Dropar i austavind (1966)

Innhold

SAMMENDRAG

FORORD

INNHold 9

1. INTRODUKSJON AV OPPGAVEN..... 13

1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA..... 13

1.2 STUDIENS HENSIKT OG PROBLEMSTILLING..... 16

1.3 AVKLARING AV PASIENTBEGREPET..... 16

1.4 OPPBYGNING AV STUDIEN 17

2. EN LANGSOM OMSORGSUTVIKLING..... 18

2.1 EN LANG DIAGNOSEUTVIKLING..... 18

2.2 EN LANGSOM HOLDNINGSUTVIKLING..... 19

2.3 ET LANGT SYKDOMSFORLØP..... 21

2.4 PERSONSENTRERT OMSORG..... 22

2.4.1 *Tom Kitwood om personsentrert omsorg*..... 23

2.4.2 *Videreføring av Kitwoods personsentrerte omsorg*..... 26

2.5 MILJØBEHANDLINGENS BETYDNING 28

2.5.1 *Psykososialt miljø* 29

2.5.2 *Aktivisering* 31

2.5.3 *Personalets rolle miljøbehandlingen* 33

2.6 KARTLEGGINGSVERKTØYET DEMENTIA CARE MAPPING..... 34

2.6.1 *Utførelse av selve kartleggingen*..... 35

2.6.2 *Tilbakemeldinger/feedback*..... 37

2.6.3 *DCM-instrumentets hensikter* 37

2.7 BETRAKTNINGER RUNDT VERKTØYET 38

2.8 RELEVANTE STUDIER OM DCM..... 39

2.8.1 *En DCM-studie inkludert personalerfaringer*..... 40

3. TEORETISK PERSPEKTIV 41

3.1 KULTURFORSTÅELSE SOM GRUNNLAG FOR Å TOLKE PERSONALERFARINGER I SYKEHJEMSAVDELINGEN41

3.1.1 *Pleiekulturbegrepet*..... 41

3.1.2 *Behandlingskulturer på sykehjem* 42

3.2 ENDRINGSPROSESSER I ORGANISASJONER 45

3.2.1 *Behovet for endringsteori*..... 46

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 3.2.2 | <i>Den lærende organisasjon og dens disipliner</i> | 47 |
| 3.2.3 | <i>Endret tenkemåte i hele organisasjonen</i> | 50 |
| 3.2.4 | <i>Hensiktsmessig lederfokus</i> | 50 |
| 3.3 | OPPSUMMERING AV TEORETISKE SPOR | 51 |
| 4. | METODE | 53 |
| 4.1 | UTFORSKENDE OG BESKRIVENDE DESIGN | 53 |
| 4.1.1 | <i>Intervjuerens innsikt om forskningstema</i> | 54 |
| 4.2 | UTVALG..... | 54 |
| 4.3 | DATASAMLINGSMETODER | 56 |
| 4.4 | INNSAMLING AV DATA | 57 |
| 4.4.1 | <i>Intervjusituasjon</i> | 58 |
| 4.4.2 | <i>Studiens begrensninger</i> | 59 |
| 4.5 | ANALYSE..... | 59 |
| 4.5.1 | <i>Transkribering</i> | 60 |
| 4.5.2 | <i>Analyse av tekstdata</i> | 61 |
| 4.6 | VERIFISERING AV STUDIEN | 67 |
| 4.6.1 | <i>Troverdighet</i> | 68 |
| 4.6.2 | <i>Bekreftbarhet</i> | 69 |
| 4.6.3 | <i>Overførbarhet</i> | 70 |
| 4.7 | FORSKNINGSETISKE HENSYN | 70 |
| 5. | PRESENTASJON AV FUNN | 72 |
| 5.1 | KORT BESKRIVELSE AV SYKEHJEMMET DER STUDIEN BLE GJENNOMFØRT | 72 |
| 5.2 | PRESENTASJON AV HOVEDKATEGORIER OG UNDERKATEGORIER | 73 |
| 5.3 | HVORDAN DCM PÅVIRKET PROSJEKTGRUPPA | 74 |
| 5.3.1 | <i>Betydningsfullt læringsløft gjennom feedback</i> | 74 |
| 5.3.2 | <i>Sterk gruppekultur med «stammespråk»</i> | 76 |
| 5.3.3 | <i>Trusler mot personsentrert omsorg i sykehjemsavdelingen</i> | 77 |
| 5.3.4 | <i>Forankring av DCM-prosessen</i> | 78 |
| 5.4 | HVORDAN DCM PÅVIRKET ARBEIDSGRUPPA..... | 80 |
| 5.4.1 | <i>Mangel på profesjonell faglig verdsetting</i> | 80 |
| 5.4.2 | <i>Travelhetskulturens hinderløype</i> | 82 |
| 5.5 | OVERORDNET FORTOLKNING AV ANALYSEN – HOVEDFUNN: | 84 |
| 6. | DRØFTING AV FUNN | 86 |
| 6.1 | UTVIKLING AV GRUPPEKULTURER OG SKJEVHET | 86 |
| 6.1.1 | <i>Betydningen av faglig verdsetting</i> | 86 |
| 6.1.2 | <i>Utvikling av stammespråk</i> | 88 |
| 6.1.3 | <i>Brudd med kollektive kulturer</i> | 90 |

| | | |
|-----------|--|------------|
| 6.2 | BRUK AV DCM I SYKEHJEMSAVDELINGER | 90 |
| 6.2.1 | <i>Sykehjemsarenaer for DCM-prosjekter</i> | 91 |
| 6.2.2 | <i>Flere hensikter med DCM</i> | 96 |
| 6.3 | DCM SOM ENDRINGSPROSESS | 97 |
| 6.4 | EN REFLEKSJON OM DCM OG FORSKNING | 103 |
| 7. | KONKLUSJONER | 105 |
| 7.1 | IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS | 106 |
| 7.2 | VIDERE FORSKNING PÅ FELTET | 106 |
| | KILDELISTE | 108 |

VEDLEGG

| | |
|-------------|--|
| Vedlegg I | Svar fra Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste |
| Vedlegg II | Informasjonsskriv med samtykkeerklæring til studiens deltakere |
| Vedlegg III | Intervjuguide fokusgrupper |
| Vedlegg IV | Intervjuguide avdelingsleder |

FIGURER

| | |
|---------|---|
| Figur 1 | De viktigste psykologiske behov hos personer med demens – s. 24 |
| Figur 2 | Kategorier og underkategorier – s. 74 |

TABELLER

| | |
|----------|--|
| Tabell 1 | Sammenheng mellom psykologiske behov og sosialpsykologiske motsatser – s. 25 |
| Tabell 2 | Eksempel på utvikling av meningsbærende enheter – s. 62 |
| Tabell 3 | Eksempel på utvikling fra fortettet intervjutekst til endelig kategori – s. 66 |

1. Introduksjon av oppgaven

Denne studien skal utforske og beskrive hvilke langtidserfaringer personalet i en sykehjemsavdeling har gjort seg etter at de deltok i et prosjekt for å utvikle personsentrert demensomsorg. Gjennom prosjektet ble personalet kjent med kartleggingsverktøyet Dementia Care Mapping, som er utarbeidet for å utvikle personsentrert omsorg.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom mange år som demenssykepleier på en skjernet enhet i Oslo har jeg hatt omsorgsansvar for mange gamle mennesker med demens. Personer med demens utvikler kognitiv svikt, som medfører store hjelpebehov (Engedal og Haugen, 2006). Demensrammede med funksjonssvikt er en sårbar gruppe mennesker, som er avhengige av å ha kompetente omsorgsgivere rundt seg for å oppleve forutsigbarhet og trygghet. I sykehjemsomsorgen har jeg møtt omsorgsutøvere både med og uten klokskap og kunnskap i utøvelsen av et stort og komplekst omsorgsansvar.

En av sykehjemspersonalets viktigste oppgaver er god miljøbehandling for å skape en meningsfull tilværelse for personer med demens (Brooker, 2004; Kitwood, 1999; Holthe, 2007). En utfordring er å kunne evaluere miljøtiltakenes effekt på pasientene. I dag baseres evalueringen gjerne på en subjektiv vurdering fra pleieren selv i forhold til aktiviteten vedkommende har hatt med pasienten(e). Det synes som det er et behov for gode verktøy for bedre å kunne vurdere og videreutvikle kunnskap om miljøbehandling (miljøterapi) i demensomsorgen.

Det er godt dokumentert at demensomsorgen generelt i altfor mange år dessverre har vært preget av kunnskapsmangel og uhensiktsmessige holdninger (Engedal og Haugen, 2006; Kitwood, 1999; Omsorgsmeldingen (2005-2006)). I en travel, ressurstappet avdeling kan et resignert personale utvikle holdninger som tingliggjør

de gamle fordi travelheten depersonifiserer individene (Wærness, 1999). Omsorgsmeldingen (2005-2006) griper fatt i kunnskapsbehovet for samfunnet gjennom Demensplan 2015 (2007). Planen søker å løfte demenssorgen ved å beskrive nødvendig utvikling av både fysiske og psykososiale miljøer som kan skape gode miljøterapeutiske tiltak. De miljøterapeutiske tiltakene anbefales å bli vurdert i forhold til effekt og nyttetiltak. I forkant av Demensplan 2015 kom rapporten «Glemsk, men ikke glemt», som beskriver den generelle tilstanden i norsk demensomsorg, samt innholder forslag til kvalitetsutviklingstiltak (SH-dir, 2007). Ett av de anbefalte miljøbehandlingstiltakene i «Glemsk, men ikke glemt» (2007) er bruk av kartleggingsverktøyet Dementia Care Mapping, heretter kalt DCM. DCM beskrives som et forandringsredskap for å utvikle og evaluere gode miljøterapeutiske tiltak og ligger nå som tiltak i Demensplan 2015 (2007).

DCM kartlegger ikke bare pasientenes opplevelser av miljøbehandling, for også personalets handlinger og holdninger i miljøbehandlingen blir observert og kartlagt fordi de er den viktigste premissleverandøren for realisering av god demensomsorg. Kartleggingsresultatene presenteres for personalet i etterkant og skal gi dem oversikt over omsorgsmiljøets funksjon slik at de kan videreutvikle sin omsorgsutøvelse (Brooker og Surr, 2007; Kitwood, 1999).

Den tradisjonelle demenssorgen er somatisk orientert med fokus på hjerneorganisk sykdom, som behandles medisinsk (Kitwood, 1999; Moser, 2008). De siste 10-20 årene har det blitt et økende fokus på å spre kunnskap om en psykologisk tilnærming av demenssyndromet gjennom forskning på *personsentrert omsorg* (Brooker, 2004; Brooker og Surr, 2007; Edvardsson, Winblad og Sandman, 2008; McCormack, 2004; Normann, 2001). Denne forskningen henger sammen med hovedhensikten til kartleggingsverktøyet DCM, som er å øke personalets kunnskaper om betydningen av *personsentrert demensomsorg*. Dette gjøres gjennom en integrering av teoretisk kunnskap kombinert med tilbakemeldinger på praktisk omsorgsutøvelse (fra kartlegginger) for å påvirke pleiepersonalets holdninger og handlinger mot utvikling av gode omsorgsmiljøer (ibid). DCM er internasjonalt anerkjent og brukes over hele

verden (Brooker, 2005), men er foreløpig lite brukt i Norge (Rokstad, 2004, 2008a; SH-dir., 2007).

Utvikling av personsentrert omsorg kan også sees i sammenheng med brukeres rettigheter til å få en fleksibel og individuelt tilpasset tjeneste, og denne retten ligger i Kvalitetsforskriften (2003) i Kommunehelsetjenesteloven (1982). Kvalitetsforskriften har til hensikt å bedre kvaliteten på eldreomsorgen ved å styrke rettigheter for brukerne. For å realisere kvalitetsutviklingen må tjenesteutøverne tilpasse tjenesten som utøves. Jeg velger å trekke frem følgende punkter direkte fra Kvalitetsforskriften (2003), som kan relateres til utvikling av miljøbehandling og personsentrert omsorg:

- *selvstendighet og styring av eget liv*
- *sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet*
- *tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise*
- *tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter (ibid, § 3)*

Pasientenes rettigheter gjennom Kvalitetsforskriften (2003) har vært kjent av politiske myndigheter og omsorgsgivere i mange år, allikevel fortsetter dokumentasjonen om at omsorgstilbudet fortsatt ikke er godt nok (Førde, Pedersen, Nortvedt og Aasland, 2006; Riksrevisjonen 2009). For personer med demens blir det ekstra vanskelig å kreve sin rett når man er rammet av kognitiv svikt, som gjør en avhengig av personalets evne og vilje til tilrettelegging.

Som mangeårig avdelingsleder på en skjermet enhet er jeg nysgjerrig på hvordan et DCM-prosjekt, som har til hensikt å påvirke selve omsorgsmiljøet, vil påvirke personalet. Det finnes svært lite publiserte studier om personalerfaringer og DCM-prosjekter. Det finnes generelt lite kvalitativ forskning fra sykehjem og institusjonstjeneste om personalets erfaringer og opplevelser (Szebehely, 2005).

Et kartleggingsverktøy, som anbefales på nasjonalt nivå, men som er lite brukt i Norge, bør vel utforskes nærmere? Hva skjer med sykehjemsavdelingens personalgruppe etter at DCM er brukt som intervensjon? Min studie om personalets langtidserfaringer vil derfor bli et viktig bidrag i å spre kunnskap om

personalerfaringer og DCM-prosjekter. Studien har fokus på hvordan DCM, som endringsprosjekt, i etterkant har påvirket personalgruppa i en presset sykehjemsavdeling.

1.2 Studiens hensikt og problemstilling

Denne studien beskriver hvilke langtidserfaringer personalet har etter at kartleggingsverktøyet DCM ble anvendt for ca 1 ½ år siden på den ene av to mulige pasient- og personalgrupper i en sykehjemsavdeling. Min studie omhandler personalerfaringer fra begge personalgruppene i avdelingen. Problemstillingen blir derfor:

Hvordan har DCM påvirket personalet og fagutøvelsen i en sykehjemsavdeling ca 1 ½ år etter prosjektgjennomføring?

For å få svar på problemstillingen har jeg utformet følgende forskningsspørsmål:

- *Hvordan har DCM påvirket fagutøvelsen rundt personsentrert demensomsorg?*
- *Hvilke langtidserfaringer har personalgruppene etter DCM-prosjektet?*
- *Hvilke faktorer kan bidra til å skape varige endringer rundt implementeringsprosjekter i en sykehjemsavdeling?*

1.3 Avklaring av pasientbegrepet

Dagens personer med demens på sykehjem er svært skrøpelige og multisyke. Da sykehjemmene i sin tid ble opprettet som helseinstitusjoner ble de gamle definert som *pasient* (Hauge, 2008). I dagens langtidsavdelinger på sykehjem brukes flere begreper, som f.eks. beboer og bruker, i sammenheng med at sykehjem de senere år har fått økt hjemlig fokus. Parallelt med hjemlighetstanken blir de gamle med sykehjems plass stadig mer multisyke og mer pleietrengende (Riksrevisjonen, 2009).

På den annen side er pasientbegrepet lite forenlig med personsentrert omsorg fordi begrepet assosieres med sykehus og medisinsk behandling (Edvardsson et al, 2008). I personsentrert forskning sees personen mer naturlig i et hjemlig miljø som skaper trygghet, og pasientbegrepet blir dermed lite naturlig.. I forskningslitteraturen brukes begrepene «person» og «people». Slik sett hadde begrepet beboer vært mer passende å bruke.

Intervjupersonene i min studie brukte begrepet *pasient* i sine beskrivelser. Jeg velger å bruke betegnelsen *pasient* for å bruke samme begrep i hele oppgaven, men også for å tydeliggjøre hvor alvorlig og multisyke mange sykehjemspasienter med demens er.

1.4 Oppbygning av studien

Kapittel 2 er en bakgrunnsbeskrivelse av demensomsorgen på vei mot personsentrert omsorg. Kapitlet presenterer kort verktøyet DCM og litt om aktuell forskning ift. studien. Kapittel 3 presenterer aktuelle teorier som anvendes for å tolke empiriske data. Kapittel 4 beskriver design og metode og inneholder en detaljert beskrivelse av hvordan funnene har fremkommet i denne studien. I kapittel 5 presenteres funnene, og i kapittel 6 blir disse grundig drøftet i lys av teorier og annen relevant litteratur. Studien avsluttes i kapittel 7 med oppsummering, beskrivelse av implikasjoner for praksis samt anbefalt videre forskning.

2. EN LANGSOM OMSORGSUTVIKLING

Denne studien omhandler pleiepersonalet på en sykehjemsavdeling, og dette kapittelet presenterer noe av den brokete og langsomme omsorgsutviklingen i demensomsorgen. Det presenteres noe teori fra det store forskningsfeltet om personsentrert omsorg. Kitwoods teoriutvikling om personsentrert omsorg resulterte i kartleggingsverktøyet Dementia Care Mapping, som også beskrives. Personsentrert omsorg kan utøves i alle relasjoner som pleiepersonalet har med pasientene, og derfor presenteres også miljøbehandling på sykehjem. Avslutningsvis vil aktuelle studier om DCM og personalerfaringer bli gjennomgått.

2.1 En lang diagnoseutvikling

Gamle mennesker og demens har liten status i samfunnet, og sykehjemmenes anseelse gjør det vanskelig å rekruttere kompetent personale (SH-dir., 2007). Fra langt tilbake i tid har vi brukt uttrykket *dement*, som gjerne forbindes med å «gå i barndommen», bli alderssløv og glemsk (Rokstad, 2008b). Alzheimers sykdom fikk, som den første demensdiagnosen, et diagnosenavn først i 1910 i kjølvannet av Alois Alzheimers studier av 50-åringen Auguste D. tidlig på 1900-tallet (Maurer, Volk og Gerbaldo, 1997). Inntil 1960-årene ble Alzheimer-diagnosen utelukkende brukt om yngre, dvs. de med sykdomsdebut før 65 år, fordi man anså den aldringsrelaterte hukommelsessvikten, «senilitet», nærmest som normal hos gamle. Det var først da vrangforestillinger og psykotiske symptomer ble satt i sammenheng med hukommelsessymptomer at denne tilstanden ble sett på som sykdom for de over 65 år. Det ble etter hvert påvist sammenheng mellom hukommelsessymptomer og patologiske endringer i hjernen forenlig med Alzheimers sykdom (Nygaard, 2006). I dag brukes samlebetegnelsen aldersdemens, der Alzheimers demens er en av demenstypene, og er den vanligste med en forekomst på ca 70 % (Engedal og

Haugen, 2006). Denne utviklingen henger sammen med den medisinske forklaringen av demenssyndromet.

De senere årene har demensforskningen hatt fokus på at det også er nødvendig med psykologiske forklaringer for å forstå endringer i høyere kognitive funksjoner. Psykologisk forståelse av demenssykdommen er sentralt for å kunne forstå den demensrammede som en person (Nygaard, 2006).

Sammenhengen mellom psykologiske forandringer og biomedisinske forandringer i hjernen har dermed blitt mer fremtredende for å forklare demenssykdom. Kunnskap om psykososiale aspekter i symptombehandling av demens har fått økende gjennomslag hos helsepersonell i demensomsorgen de senere år. Ett eksempel er at personale, som har et personsentrert utgangspunkt når de møter demensrammede med utfordrende adferd, opplever at de lykkes i større grad med arbeidet sitt enn de som er oppgaveorienterte i sin tilnærming (Skovdahl, 2004). I dag preges kunnskapen av at det er mye som kan gjøres for å bedre livskvaliteten selv om demensrammede har en hjerneskada (Nay, Bird, Edvardsson, Fleming og Hill, 2009). Det siste tiåret har holdninger i forhold til demens blitt mer nyansert, og demensrammedes perspektiver tas mer med i betraktning, som gjennom biografier skrevet av demensrammede selv, i forskning, samt i opplysningskampanjer om demens (Swane, 2008). Fokus mot psykososial forståelse av demens forklarer bakgrunnen for utvikling av personsentrert omsorg. Den praktiske personsentrerte omsorgen vises gjennom holdninger og handlinger i selve omsorgsutøvelsen.

2.2 En langsom holdningsutvikling

Demensomsorgen har i mange år vært preget av kunnskapsmangel om sykdommen demens hos både fagfolk og ufaglærte. Holdninger og handlinger i demensomsorgen har derfor i altfor stor grad vært preget av kunnsklapsløshet (Engedal og Haugen, 2006; Kitwood, 1999; Skovdahl, 2004). Noen studier viser at med en gang en demensdiagnose settes, assosieres den med et sykdomsforløp der den kognitive

svikten blir mest synlig (Nygaard, 2006, Swane, 2008). Studier viser også en sammenheng mellom lav fysisk og kognitiv funksjon samt høy frekvens av episoder med krenkende personaladferd, som oppstår i miljøer preget av tidsbesparing og en oppgaveorientert pleiekultur (Sormunen, Topo, Eloniemi-Sulkava, Räikkönen og Sarvimäki, 2007). Andre studier viser for eksempel at helsepersonell har en tendens til å bli overrasket over at personer med demens faktisk klarer å uttrykke sine opplevelser (Normann, 2001). Ovennevnte eksempler viser at kunnskapsmangel også kan forklare noe av de tradisjonelle holdningene, både i helsevesenet og ellers i samfunnet.

Flere forskere er opptatt av samfunnets holdninger til gamle mennesker, og særlig overfor de som har demens. Dette kan henge sammen med det moderne og dynamiske menneskets jakt etter selvrealisering gjennom uavhengighet (Wogn-Henriksen, 2004). «Et liv med aldersdemens blir selve motstykket til alt som har gitt det moderne mennesket mening og verdighet og utgjør et gigantisk nederlag for all vår storaktige ønsketenkning om oss selv» (ibid, s. 11).

I denne forbindelse er det også interessant å se på innholdet i uttrykket *dement*, som fortsatt brukes i dagligtale om de som har en demenssykdom - «demente». Ordet *mens/mentis* kommer fra latin og betyr sjel, sans, og *de + mens* betyr uten sjel, sans, forstand. En dement betyr derfor en person uten forstand (Nygård, 2006). Dette kan ha gitt grobunn for at personer med demens omtales som «hjernerøde», «grønnsak» eller er «helt bortreist» (Rokstad, 2008b). Men hva avspeiler ordet dement i forhold til holdninger fra omgivelsene? Benevninger avspeiler holdninger, og det er derfor mer korrekt å bruke uttrykket person med demens med dagens kunnskap (Nygård, 2006).

Uttrykket dement har ikke minst en etisk side når det gjelder hvordan omsorgspersoner vurderer demensrammedes selvrespekt og autonomi. Respekten for personer med demens har hatt stor betydning for hvordan helsevesenet har tilrettelagt miljøer for og ikke minst hvilket pasientsyn man har hatt overfor personer med demens (ibid). Demensrammede trenger hjelp for å bevare sin verdighet gjennom å kunne oppleve seg som en person. Med kunnskap om sykdommen og hvordan

holdninger påvirker omsorgsmiljøet vil skolering av helsepersonell være sentralt i samfunnets ansvar for å motarbeide uhensiktsmessige holdninger, slik det legges opp til gjennom Demensplan 2015 (2007).

2.3 Et langt sykdomsforløp

Demens er en samlebetegnelse for ulike hjernesykdommer, der Alzheimers sykdom er den vanligste (forekomst ca 70 %). Demens er ervervet og har en langvarig klinisk tilstand som gjerne forverrer seg over tid (progredierer), og to kjennetegn må være tilstede i diagnosebildet:

- Hukommelsesevnen må være nedsatt.
- Tankeevnen må være nedsatt i en slik grad at det innebærer en betydelig svikt når man sammenligner med tidligere kognitive evner hos personen (SBU, 2006).

Denne tilstanden er irreversibel, og påvirker evnen til å utføre dagliglivets aktiviteter og fører til endret sosial adferd. Demenssykdommer er av kronisk eller progressiv karakter, og påvirker høyere funksjoner i hjernebarken, som hukommelse og orienteringsevne. I forhold til kognitive funksjoner (som hukommelse, tenkning, planlegging, abstraksjon, dømmekraft) må hukommelsen være så redusert at den fører til tap av evne til å utføre aktiviteter i dagliglivet eller påvirker sosialt liv (Engedal og Haugen, 2006).

Det er påvist at utviklede ferdigheter, vaner, holdninger, preferanser, særtrekk og implisitte hukommelsesuttrykk kan bevares forbausende lenge i den lange sykdomsutviklingen. Det er store individuelle forskjeller i utvikling av kognitiv svikt selv om personene er i siste fase med langtkommen demens og har omfattende hjelpebehov (Wogn-Henriksen, 2004). Personalets kunnskaper om at det finnes ulike forløp av symptomutvikling, at svikt i ulike ferdigheter utvikles ulikt uavhengig av demenssykdom m.m. hos demensrammede er betydningsfullt for å kunne utvikle et personsentrert omsorgsmiljø.

2.4 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg (person-centred care) har vært forskningstema i mange år. Særlig det siste tiåret har forskningsmiljøer over hele verden aktivt forsøkt å bidra til forbedring av omsorgsmiljøer for personer med demens gjennom utvikling av ulike omsorgsmodeller (Brooker, 2004; Edvardsson et al, 2008; McCormack, 2004; McCormack og McCance, 2006; Nay et al, 2009). Litteraturen beskriver et behov for bedre evaluering av effekter med omsorgsmodeller og utvikling av organisasjonsstrukturer, samt tilstrebe bedre implementering av modellene i omsorgsmiljøene.

Kontekstens kjerneelementer i personsentrerte virksomheter beskrives som pleiekultur, sykepleieledelse og virksomhetens vilje og ønske om å utvikle ulike metoder i en personsentrert tilnærming. Selve omsorgsmiljøet sees som en flaskehals i forhold til å lykkes med implementering av personsentrert omsorg (Crandall, White, Schuldheis og Talerico, 2007; McCormack og McCance, 2006).

I et personsentrerte omsorgsmiljøer jobber personale som har fokus på personen, ikke på demenssykdommen. Helhetlig demensomsorg betyr i denne sammenhengen at omsorgspersonene ser bak den kognitive svikten for å lete frem *personen* som har demens, og at samhandling mellom pasient og pleier tillegges mening (ibid; Kitwood, 1999; Nay et al, 2009). Å ha kunnskap om hvordan skape mening i relasjonen vil gi mening også for omsorgsutøveren (Edvardsson et al, 2008). Målet med personsentrert omsorg er å ta vare på personen gjennom å bevare deres personlighet og selvet til tross for økende kognitiv svikt (Kitwood, 1999; Normann, 2001; SBU, 2006).

Utøvelse av personsentrert omsorg skjer i et tilrettelagt og hensiktsmessig omsorgsmiljø der personalet bruker sine kunnskaper om hva som skaper gode relasjoner med personer med demens. Å bevege seg til en gammel musikkslager kan stimulere den gamle kvinnen med Alzheimers demens til å klare å fortelle om sin danseglede fra en svunnen tid.

Begrepet personsentrert omsorg er opprinnelig hentet fra forskning om klientsentrert veiledning av den amerikanske psykologen Carl Rogers. Tom Kitwood overførte ideer fra hans forskning inn i demensomsorgen, og personsentrert omsorg fikk etter hvert bred oppslutning (Nay et al, 2009). Kitwoods forskning om personsentrert omsorg danner basis for utvikling av kartleggingsverktøyet Dementia Care Mapping.

2.4.1 Tom Kitwood om personsentrert omsorg

Tom Kitwood var kjent som sosialpsykolog og studerte demensomsorg i flere tiår. Han kom frem til at demensforskningen generelt var altfor preget av å forklare de hjerneorganiske endringene i sykdomsbeskrivelsen, og inneholdt altfor lite om hvordan selve personen, som led av sykdommen, ble påvirket (Brooker og Surr, 2007; Kitwood, 1999). Hans personsentrerte teori baserer seg på at utvikling av demens er en prosess i et dialektisk samspill mellom nevrologisk svikt og personens psykososiale liv (Kitwood, 1999). Kort fortalt betyr det at personer med demens påvirkes like mye av sine sosiale omgivelser som av de nevrologiske forandringene. I et psykososialt perspektiv vil hensiktsmessige omgivelser og relasjoner kunne bevare den demensrammedes kontakt med seg selv lenger selv om demenssykdommen progredierer. Kitwoods personsentrerte teori er sammenfattet i boka "En revurdering af demens" (ibid), som ble en motreaksjon til den rådende, medisinske forklaringen på demenssykdom, som han oppfattet som både reduksjonistisk og mangelfull.

Samfunnsholdninger måtte påvirkes, og den utbredte skepsis til demens bearbejdes. Skepsis til demenssykdom er basert på menneskets egen ubevisste frykt og engstelse for å bli svak, avhengig og utvikle mental ustabilitet: "Der synes at være noget specielt ved demensprocessens vilkår – næsten som om de tiltrækker en særlig form for inhumanisme: en socialpsykolgi, som er ondartet i sine virkninger, selv når den hidrører fra folk, som er venlige og har gode hensigter (ibid, s. 23). Demensomsorgen har derfor innholdt for mye kunnskapsløs omsorg.

I det psykososiale miljøet skapes relasjoner gjennom holdninger og handlinger, og Kitwood (1999) valgte å kalle de uhensiktsmessige relasjonene fra omsorgspersonene

for ”*ondartet sosialpsykologi*”, heretter kalt uhensiktsmessig sosialpsykologi¹. Han valgte dette kraftige uttrykket for å beskrive holdningenes nedbrytende effekter på selvet hos personer med demens. Uhensiktsmessig sosialpsykologi er ikke er vondt ment fra omsorgsgiverne, men er en del av en kulturell arv, som finnes hos både pårørende og helsepersonell. Kitwood (1999) valgte å tydeliggjøre uhensiktsmessig sosialpsykologi ved benevninger som f.eks. umyndiggjøring, forræderi, barnliggjøring, ignorering, latterliggjøring (ibid). I et uhensiktsmessig omsorgsmiljø vil personer med demens befinne seg i en «ufrivillig spiral», som skaper utrygghet og nedvurderinger. Denne utviklingen vil forsterke den degenerative nervecelleutviklingen og en raskere utvikling mot vegetering og død, ifølge teorien (ibid).

Kitwood (1999) ville derfor skape et paradigmeskifte ved dreie oppfatningen fra den medisinske beskrivelsen om en person med DEMENS til å tydeliggjøre at det dreier seg om en PERSON som har demens, og bruke en psykologisk tilnærming til demenssymptomene. Det er omsorgspersonene som må endre sine holdninger og handlinger for å kunne utvikle personsentrerte og identitetsstyrkende relasjoner som virker ivaretagende på demensrammede (ibid; Normann, 2001).

Kitwood (1999) utviklet sosialpsykologiske motsatser gjennom å beskrive positiv sosialpsykologi, som jeg kaller *hensiktsmessig sosialpsykologi*². Personsentrert omsorg handler om økt bevissthet rundt holdninger til psykologiske behov hos personer med demens ved at omsorgspersoner inntar den *demensrammedes perspektiv* i relasjonen, et grunnleggende trekk i personsentrert omsorg (ibid). Holdninger tydeliggjøres gjennom hensiktsmessig relasjonsarbeid i den praktiske demensomsorgen. Hensiktsmessig sosialpsykologi er også tydeliggjort gjennom benevninger som anerkjennelse, forhandlinger, samarbeid, avslapning, timalering (gjennom sansestimulering), validering, omfavnelser, tilrettelegging osv.

¹ I denne studien ønsker jeg å ikke bruke Kitwoods uttrykk «ondartet», men heller bruke uttrykket «*uhensiktsmessig*» fordi jeg mener at ordet ondartet er et svært negativt ladet ord, som kan skape utilsiktede reaksjoner hos personalet.

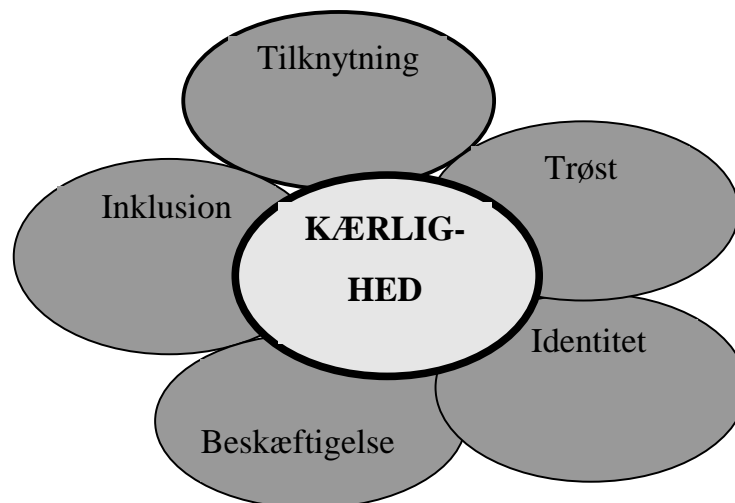
² Hensiktsmessig sosialpsykologi vil da være motsatsen til uhensiktsmessig sosialpsykologi. Kitwood kalte den hensiktsmessige sosialpsykologien for positivt personarbeid.

Hensiktsmessige relasjoner oppstår mellom omsorgsgiver og person med demens og kan være av kortere og lenger varighet (ibid; SBU, 2006).

For å styrke den psykologiske tilnærmingen støtter Kitwood (1999) seg til forskere som mener at personer med demens har et særlig behov for omsorg, og at de ofte utviser et stort behov for kjærlighet. «Det er, når en person er under stort pres, eller må lide store afsavn, eller når et skjult sår fra det tidligere liv genåbnes på smertefull vis, at behovene bliver åbenbaret» (ibid, s. 90). De viktigste psykologiske behov som vises mer åpenlyst hos demensrammede er *tilknytning* (sosial tilhørighet), *trøst* (varme og trygghet), *identitet* (hvem er jeg), *beskjeftigelse* (gjøre meningsfulle aktiviteter) og *inklusion* (være del av en gruppe). Disse møtes i det sentrale behov for kjærlighet, illustrert ved en blomst i figur 1 (ibid, s. 90):

Figur 1

De viktigste psykologiske behov hos personer med demens



De sosialpsykologiske benevningene er systematisert og gruppert inn i henhold til de 5 psykologiske behovene. Det er i alt 17 sosialpsykologiske benevninger, som alle har sine motsatser (ibid). Tabell 1 viser hvordan to av de psykologiske behov sees i

sammenheng med henholdsvis uhensiktsmessige og hensiktsmessige sosialpsykologiske benevninger (Brooker og Surr, 2007).

Tabell 1

Sammenheng mellom psykologiske behov og sosialpsykologiske motsatser

| Psykologisk behov | Uhensiktsmessig sosialpsykologi | Hensiktsmessig sosialpsykologi |
|------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Behov for identitet | Barnliggjøring | Respekt |
| | Stempling | Aksept |
| | Nedvurdering | Feiring (fest) |
| Behov for inkludering | Stigmatisering | Verdsettelse |
| | Ignorering | Inkludering |
| | Forvisning | Tilhørighet |
| | Latterliggjøring | Humor |

2.4.2 Videreføring av Kitwoods personsentrerte omsorg

Den engelske psykologen Dawn Brooker har videreført Kitwoods arbeider om «*person-centred care*», som omtales både som et verdisyn og selve utøvelsen av personsentrert omsorg (Brooker, 2004). Modellen hennes tar utgangspunkt i at personsentrert omsorg dreier seg om å se personen med demens som et fullverdig medlem av samfunnet. Den demensrammede trenger individualisert omsorg, og hjelpepersonene tar utgangspunkt i det perspektivet den demensrammede har, samt at omsorgspersonene tilbyr støttende sosialpsykologi for å gi trygghet. Modellen hennes kan settes opp som en ligning: personsentrert omsorg = V + I + P + S (ibid, Brooker og Surr, 2007, s. 14) der de 4 bokstavene står for:

V = Værdsetter mennesker med demens;

I = Behandler mennesker som Individier;

P = Tager udgangspunkt i personens Perspektiv;

S = Støttende Socialpsykologi.

Bokstavene VIPS er også beskrevet som very important persons. Denne personsentrerte omsorgsmodellen anvendes for å belyse hensikten med teorien i undervisning om personsentrert demensomsorg når man kurses i kartleggingsverktøyet DCM, som presenteres i kap. 2.6.

Tom Kitwoods arbeider har vært en forløper for utvikling av personsentrert demensomsorg. Hans tenkning rundt personsentrert omsorg er videreført av mange andre forskere, som den svenske sykepleieforskeren David Edvardsson. I en litteraturoversikt oppsummeres personsentrert omsorgsforskning rundt hvordan helsevesenet kan møte den økende forekomsten av demenssykdom i samfunnet med «best-practice models», heretter kalt personsentrerte omsorgsmodeller, for å styrke demensomsorgen (Edvardsson et al, 2008). Det finnes ingen entydig definisjon på personsentrert omsorg, men litteraturen viser enighet om følgende komponenter i personsentrert omsorg for personer med alvorlig Alzheimers demens:

...the recognition that the personality of the person with AD³ is increasingly concealed rather than lost; personalisation of the person's care and their environment; offering shared decision-making; interpretation of behaviour from the viewpoint of the person; and prioritising the relationship as much as the care tasks (ibid, s. 362).

Personalets må altså endre sitt grunnsyn på demens, og en oppgaveorientert kultur må snus til en relasjonell kultur. Personalets evner til å jobbe personsentrert skal føre til meningsfulle samhold i omsorgsutøvelsen, også for omsorgsgiverne. Meningsopplevelsen skal stimulere til både å etablere og vedlikeholde meningsfulle relasjoner med pasientene. Relasjonen, som omsorgspersoner har med den demensrammede, må

³ AD = Alzheimers demens

preges av forståelse for situasjoner som oppstår, og adferden må tolkes for å kunne håndteres hensiktsmessig og ivaretakende (ibid).

Kunnskap om personsentrert omsorg hos helsepersonell danner basis for å utvikle personsentrerte, relasjonelle omsorgsmiljøer. Slike omsorgsmiljøer inneholder individrettet miljøbehandling, som utføres av omsorgspersoner for å støtte den demensrammede til i størst mulig grad å kunne mestre hverdagens mange utfordringer.

2.5 Miljøbehandlingens betydning

Miljøbehandling har vært brukt i psykiatrisk behandling i mange år som et viktig supplement til den medisinske behandlingen (Vatne, 2006). Også i demensomsorgen står miljøbehandling sentralt for å ivareta trygghet og forutsigbarhet i hverdagen hos personer med demens. Den kognitive svikten demensrammede utvikler må helsepersonell prøve å kompensere for (Rokstad, 2008c). Funksjoner som svikter må støttes opp slik at den demensrammede lengst mulig skal kunne oppleve seg som en person. Det psykososiale aspektet i demensomsorgen må derfor vektlegges.

Hensiktsmessig og tilrettelagt miljøbehandling gjennomføres i i tråd med personsentrert teori (Brooker, 2004; Kitwood, 1999; Rokstad, 2008c).

Miljøbehandling kan sees som selve realiseringen av den personsentrerte omsorgen sett i lys av at holdninger og handlinger omsorgsmiljøet består av individbasert og tilrettelagt kommunikasjon gjennom relasjoner mellom omsorgsgivere og personer med demens.

I miljøbehandling er det særlig tre punkter som står sentralt; påvirke emosjonelle og adferdsmessige endringer i demensforløpet, bedre kognitiv funksjon, samt økt trivsel og livskvalitet (Wogn-Henriksen, 2007). Miljøbehandling tar utgangspunkt i de kognitive, sosiale og praktiske ferdighetene som den enkelte har av gjenværende ressurser, og disse må *dyrkes* i tilpasset omfang for å skape glede og trivsel (Vatne,

2006). Samtidig må omsorgsmiljøet tilrettelegges med tanke på en balanse mellom aktivitet og hvile for den demensrammede.

Det mellommenneskelige innholdet i boenheten dannes i det samspillet som oppstår mellom det fysiske miljøet og kulturen på stedet, og det må løftes frem hva som fremmer eller hemmer daglig deltakelse (Holthe, 2007). Det psykososiale miljøet har fokus på meningsfulle hendelser ved å ta utgangspunkt i den enkeltes liv og interesser. Gode relasjoner mellom omsorgsgiver og omsorgsmottaker i miljøbehandling er sentralt og skapes når man prøver å forstå den demensrammedes situasjon og dennes subjektive opplevelser.

De fysiske omgivelsene i bomiljøet har betydning for å gi oversikt og ro (Edvardsson et al, 2008). Både det sosiale miljøet, som er dynamisk og kulturavhengig, og det fysiske miljøets utforming, som er statisk, har betydning i miljøbehandlingen (Holthe, 2007). Tilrettelagte bomiljøer for personer med demens kalles skjermede enheter og er små og oversiktlige, ideelt sett for 5-7 personer. Enheten er preget av struktur som gir forutsigbarhet, og er tilrettelagt slik at personer med demens klarer å orientere seg og kunne oppleve forutsigbarhet i det daglige. Skjermede enheter har som regel høyere personaltetthet enn vanlig sykehjem som gir mulighet for tettere pasientoppfølging (Nygård, 2006). Personer med demens på sykehjem opplever ofte økt stress fordi den kognitive svikten skaper tolkningsproblemer av uoversiktlige omgivelser. Det er påvist at økt nivå av stresshormoner hos personer med demens kan føre til delirium samt forsterke demenssymptomene (Engedal, 2000). Et godt og tilrettelagt omsorgsmiljø har derfor også en hensiktsmessig medisinsk effekt ved siden av den psykososiale effekten.

2.5.1 Psykososialt miljø

Det psykososiale miljøet i demensomsorgen har avgjørende betydning for hva slags adferd personer med demens kan uttrykke og har sentral betydning i personsentrert demensomsorg (Rokstad, 2008c). Studier viser at miljøer preget av sosial isolering kan virke direkte forvirrende, påvirke uønsket adferd, samt øke aggressivitet og kaos

blant personer med demens. Aggressiv adferd blir en slags adekvat reaksjon fra pasientene når helsepersonell ikke forstår, tolker eller håndterer deres uttrykk (Skovdahl, 2004). Kunnskap om betydningen av hvordan personer med demens påvirkes av sitt psykososiale miljø er sentralt for alle omsorgsgivere i demensomsorgen.

Et hensiktsmessig psykososialt miljø er beskrevet med 5 avgjørende elementer:

- trygghet
- struktur
- støtte
- engasjement
- gyldiggjøring

(Taft et al (1993) i Rokstad, 2008c, s. 153)

Trygghet skapes gjennom god balansegang mellom å styre aktiviteter og ikke ha for mye restriksjoner, samtidig som pasientens autonomi tas hensyn til. I miljøet må trygghet sikres gjennom personalets evne til å observere tilløp til uro og utføre forebyggende tiltak.

Struktur handler om forutsigbarhet, som omsorgspersoner rundt en, døgnrytme og planlagte aktiviteter som ivaretar den enkelte.

Støtte bygges på relasjoner som gir opplevelse av omsorg og støtte. Identiteten bevares gjennom å understøtte og akseptere pasientens valg, samt aktiv bruk av personens historie og gode minner, som øker selvfølelsen.

Engasjement handler om at pasienten tar del i samhandlingen i miljøet, og at personalet er viktige tilretteleggere for å skape sosial kontakt i en gruppe.

Gyldiggjøring handler om pasientens individualitet. Gyldiggjøring styrkes gjennom bruk av tiltaksplaner, som beskriver pasientens behov og inneholder planlagte tiltak. Hvis pasienten har utfordrende adferd vil gyldiggjøring innebære forståelse og aksept av adferden fra personalet slik at man kan håndtere pasienten på en hensiktsmessig måte (ibid).

For at miljøbehandlingen skal tilrettelegges mest mulig personsentrert, vil bakgrunnsopplysninger fra pårørende muliggjøre å bli godt kjent med den enkeltes tidligere liv, vaner og interesser (ibid). Men forskning viser at pårørende ofte vurderer livskvaliteten til demensrammede som dårligere enn pasientene gjør selv (Nygaard, 2006). Hensiktsmessig miljøbehandling må ta utgangspunkt i samarbeid med den demensrammede der personalet jobber på en utforskende måte for å avdekke hva vedkommende har glede av eller opplever som meningsfullt. Personalet må hele tiden tilpasse og endre strategi og tilnærming overfor pasientene avhengig av deres dagsform, noe som kan være utfordrende for personalet (Holthe, 2007). I miljøbehandling finnes det ulike aktiviseringsmuligheter for den demensrammede som personalet kan tilrettelegge.

2.5.2 Aktivisering

Miljøbehandling er når personalet aktiviserer pasienter, og har hensikter som å gi meningsinnhold i hverdagen, avledning fra sorg og smerte, trening, dempe uro, skape glede og sosial samvær osv. gjennom individuelle aktiviteter eller gruppeaktiviteter. Effekten av aktivisering blir mest vellykket når engasjerte omsorgspersoner leder aktivitetene (Rokstad 2008c). Aktivisering er også å utføre personlig pleie selv eller med personalveiledning. Tilrettelagt aktivisering har stor betydning i personsentrert omsorg, og studier viser at meningsfull sansestimulering gjennom bruk av musikk, berøring, dufter og gjenstander/bilder, bevarer sansene lenge til tross for svikt i språkfunksjoner og hukommelse (Skovdahl, 2004). Det finnes mange typer aktiviteter som personalet kan gjennomføre, og under beskrives noen av de vanligste:

Måltider: I det daglige er gode, tilrettelagte måltider arenaer for sosiale fellesskap på sykehjemsavdelingen. Under måltidet bruker pasienten sine praktiske ferdigheter, som gir opplevelse av mestring i hverdagen. Smaker, dufter og gjenstander gir opplevelse av gjenkjennelse (Rokstad, 2008c). Smaken av søte, friske jordbær gir minner om sommer og sol. Personalet har en betydningsfull rolle med å skape stemning rundt bordet og ta ansvar for å holde i gang samtaler (Hauge, 2004).

Musikk: Musikk, sang og dans brukes mye som hygge på sykehjem, og vekker gode minner. Når personalet inviterer til dans stimuleres kroppslig bevegelse, som også kan vekke minner om en tid med dansing. Studier viser at når personalet velger ut individualisert musikk, har den en terapeutisk effekt f.eks. ved å hente frem kjente sangstrofer fra hukommelsen hvis den demensrammede lever i en språkløs tilværelse. For den urolige kan beroligende rytmer dempe en indre uro, og motsatt kan den passive bli stimulert (Myskja, 2005).

Sansehage: Noen sykehjem har laget utendørs sansehage med tradisjonelle blomster og gjenstander som kan stimulere hukommelsen. Tydelige gangstier som viser gangturen, og synet av gamle blomster og busker kan vekke minner om årstider, stemning og dufter for å bevare velvære (Risdal, 2007). Et avgrenset uteområde gir mulighet til å bevege seg i et trygt miljø (Holthe, 2007). Noen pasienter kan gå alene, mens andre må ha hjelp for å stimulere sine sanser.

Samtaler: Tilrettelagte samtaler er viktig for å holde kontakten med sin historie og identitet, og her legges prinsipper om personsentrert omsorg til grunn. Enten samtalen gjøres individuelt eller i gruppe må det være temaer som engasjerer og involverer deltakeren(e). Samtaler mellom sykehjemspasienter holdes lettest i gang når personalet leder samtaler mellom en eller flere pasienter (Hauge, 2004). Det kan også iverksettes mer planlagte minnegrupper, som ledes av personale, som må kjenne forhistorien til gruppedeltakerne for å gjøre aktiviteten mest mulig hensiktsmessig for hele gruppen (Rokstad, 2008c).

Andre aktiviteter: For noen oppleves høytlesning fra en avis, en kort historie eller et dikt som meningsfylt. Andre opplever det som betydningsfullt at personalet inviterer dem ut på en tur ut i frisk luft, noe som også hjelper til å holde kontakten med årstidene. For flere er det betydningsfullt å oppleve seg som nyttig i hverdagen, og da kan f.eks. å hjelpe til på kjøkkenet, å brette håndklær sammen med personalet eller å vanne blomster være en hensiktsmessig aktivitet.

Dette er et lite knippe av veldig mange muligheter. Det er personalet som må ta ansvar for gjennomføringen, som gjerne begrenses av tid, kompetanse, prioritering og fleksibilitet i omsorgstjenestens hverdag.

Det kan være utfordrende å tolke effekter av forskjellige aktiviseringstiltak, og i den forbindelse kan kartleggingsverktøyet DCM være et nyttig hjelpemiddel for å gi personalet oversikt om effekter for den enkelte. I tillegg kartlegges også personalets holdninger og handlinger i relasjonene som en del av miljøbehandlingsevalueringen.

2.5.3 Personalets rolle miljøbehandlingen

I miljøbehandlingen står relasjoner mellom pasient og pleier sentralt, og personalet har her en nøkkelrolle i å skape en kultur for å støtte, involvere og verdsette enkeltmennesket (Wogn-Henriksen, 2007). Personalets ferdigheter rundt hvordan aktiviteter tilrettelegges er av stor betydning for effekten i hensiktsmessige relasjoner, som kartlegges gjennom DCM for å utvikle personsentrert omsorg. «Good dementia care in this context is that which enables the person to feel supported, valued and socially confident. The achievement of this is dependent on the skills of the staff providing that care» (Younger og Martin, 2000, s. 1206). Utøvelse av hensiktsmessig miljøbehandling krever at personalet er tilstede i situasjoner og står psykologisk til rådighet og har evnen til å gi full oppmerksomhet (Kitwood, 1999). God utøvelse av hensiktsmessig miljøbehandling må trenes på gjennom utprøving og veiledning.

Personalegenskaper for å få til god miljøbehandling er gjerne gode holdninger, fagkunnskap, kommunikasjonsevner og god kjennskap til den enkelte pasient med sin adferd. All adferd har en mening – å se mening i adferden gjør det lettere for personalet å kunne håndtere og akseptere adferden (ibid, Skovdahl, 2004).

Personalegenskaper er også av betydning for omsorgsutøveren selv. Forskning viser at meningsfulle aktiviteter er viktige for at personalet skal oppleve trivsel og engasjement i jobbsammenheng (Rokstad, 2008c).

God miljøbehandling skaper gode relasjoner mellom pasient og pleier og er viktig i et miljø preget av personsentrert omsorg, og personalet må ha kunnskaper for å ha fleksibilitet sin tilnærming. Flexibilitet handler om å kunne tilrettelegge hensiktsmessig for den enkelte pasient, som går inn og ut av sin kognitive svikt. Den demensrammedes oppgaveforståelse og ferdighetsutøvelse vil derfor variere.

Det er ikke enkelt å måle effekten av ulike aktiviseringstiltak når de evalueres av pleierne i omsorgsutøvelsen, fordi denne evalueringen er basert på subjektive vurderinger av opplevelser. Et ledd i en systematisert evaluering av miljøbehandling kan være å bruke DCM. DCM er en mer objektiv måte å måle og vurdere samhandling og relasjoner i miljøbehandling fordi det utføres av en trent kartlegger. Tilbakemeldinger på kartleggingen kan gi personalet informasjon, som kan stimulere mot en mer hensiktsmessig demensomsorg. Det er nå tid for å presentere selve verktøyet Dementia Care Mapping.

2.6 Kartleggingsverktøyet Dementia Care Mapping

Kartleggingsverktøyet Dementia Care Mapping, DCM, ble utviklet og iverksatt på begynnelsen av 1990-tallet på bakgrunn av Kitwoods (1999) personsentrerte forskning, og som et ledd i å kvalitetsutvikle demensomsorgen i Bradford, England (Brooker og Surr, 2007). Kitwood (1999) selv beskriver DCM som:

Den er basert på et seriøst forsøg på at sette sig i den demente personens sted, idet der anvendes en kombination af empati og observationsteknikker.... Den særlige styrke ved DCM synes at være den måde, hvorpå den kaster lys over den faktiske plejeprocess, og den opmærksomhed, der gives den «udviklingsspiral», hvorigennem forbedringer kan tilvejebringes (ibid, s. 14).

Verktøyet er altså både et kartleggingsverktøy og en utviklingsprosess for demensomsorgen. DCM-verktøyet evalueres og videreutvikles jevnlig av den internasjonale faggruppen Bradford Dementia Group, som Tom Kitwood grunnla (Brooker og Surr, 2007) og som ledes av Murna Downs.

DCM-metoden dreier seg om å observere demensrammede som ikke klarer å uttrykke kvalifiserte vurderinger av hvordan de har det eller opplever sine situasjoner. De må heller observeres i samspill og relasjoner, som utføres av kvalifiserte observatører (ibid; Brooker, 2005). DCM søker altså å måle det vanskelig målbare, som er de prosessuelle elementer av omsorgskvalitet og pasientenes velvære, og som er en tidkrevende prosess.

Gjennom tilbakemeldinger fra kartlegginger skal verktøyet hjelpe personalet med å få en systematisk oversikt over omsorgsmiljøet. Hva det er som styrker positiv sosial stimulering og trivsel, og hva det er som utløser negativ stimulering hos personen med demens – basert på teori om personsentrert omsorg (Brooker, 2004; Brooker og Surr, 2007). Verktøyet brukes overfor personer som oppholder seg i formelle omgivelser (dagsentra, eldreboliger, sykehjem og sykehus) (Brooker og Surr, 2007).

2.6.1 Utførelse av selve kartleggingen

En observatør kartlegger hva inntil 5-8 personer med demens gjør i avdelingens fellesarealer. Tidsintervallet for hver vurderingsenhet er 5 minutter (tidsenhet), og det observeres kontinuerlig, helst i 6 timer i strekk for å få oversikt over personens utvikling gjennom en dag. Det brukes spesielle kartleggings skjemaer, og i en tidsenhet kartlegges hver pasient med 2 koder. Første kode er å definere atferdskategori: Hovedaktiviteten pasienten gjør i tidsenheten kodes med en bokstavkode for en aktivitet, som aktiv kommunikasjon med andre (A), stirring i gulvet (C), matinntak (F), vandring (K), deltakelse i spill (G), repeterende bevegelser (W), soving (N) osv., i alt 23 kategorier som dekker adferdstype. Egne regler definerer tidsenhetens hovedaktivitet (Brooker og Surr, 2007).

Andre kode defineres ved å vurdere i hvilken grad av trivsel/velvære pasienten antas å befinne seg i med den aktuelle adferdskategorien i tidsenheten. Denne koden er en tallverdi, som måler nivå for humør og/eller engasjement for valgt adferdstype, og er enten positiv (well-being) eller negativ (ill-being). Skalaen er 6-delt i 3 positive og 3 negative verdier. +5 står for den mest positivt tenkelige tilstand, -5 den mest

negativt tenkelige, +3 og -3 er hhv. mer moderat positive og negative tilstander, mens +1 og -1 er nær nøytrale tilstander (ibid). En pasient som trives med en tilrettelagt (+3) og god frokost (F) kan kodes slik: F +3.

Adferdstyper og gradering plottes inn i en DCM-mal i et regneark, som lager oversiktlige grafer som tallfester tidsomfang pasienten brukes til enkeltaktiviteter, samt dennes opplevelse av humør/engasjement rundt aktiviteten. Da kan man danne seg et objektivt bilde av hvordan miljøbehandlingen gjennomføres, både for gruppen som er kartlagt og for den enkelte (ibid). Ved hjelp av kartlegging over tid, f.eks. kartlegginger hver 4. - 6. mnd. over noen år, kan man få et relativt presist bilde av hvordan forskjellige aktiviteter kan skape trivsel for enkeltindividet i miljøet, og hva den enkelte pasient bruker tiden sin til. Et annet eksempel er den stille pasienten som ikke mottar stimuli på en halv time, men bare stirrer i gulvet, kodes som C -1 over 6 tidsenheter. Manglende stimuli i 6 tidsenheter (dvs. i en halv time) eller mer vurderes som uhensiktsmessig miljøbehandling i DCM (ibid). Denne observasjonen gjøres personalet oppmerksom på i feedback slik at pasienten oftere kan tilbys positiv stimuli av personalet, som kan føre til et mer hensiktsmessig omsorgsmiljø for pasienten.

Det er tidligere beskrevet betydningen av relasjoner i miljøbehandlingen, og på sykehjem er personalet viktige relasjonspersoner. For å få oversikt over relasjoner mellom hjelpepersoner og demensrammede kartlegges også personalets holdninger og handlinger i relasjonene. Utgangspunkt for vurderingen er 17 systematiserte benevninger under både uhensiktsmessig og hensiktsmessig sosialpsykologi, som vist i figur 2 i kap. 2.4.1. Kartleggeren koder høydepunktsopplevelser, som er iøynefallende positive hendelser av god praksis under hensiktsmessig sosialpsykologi. I motsatt fall kodes episoder der personens grunnleggende integritet og verdighet krenkes, som er punkter under uhensiktsmessig sosialpsykologi (ibid). Disse hendelsene settes opp i egne skjema og er også en del av tilbakemeldingen.

2.6.2 Tilbakemeldinger/feedback

Etter systematisk introduksjon og gjennomført kartlegging, presenteres analyse av observasjoner varsomt i etterkant. Feedback avdekker områder med forbedringsbehov. På bakgrunn av feedback utarbeider observatøren og personalet sammen en handlingsplan for iverksetting av tiltak for å skape forbedringer, og tidspunkt for ny kartlegging fastsettes og prosessen forsetter (Brooker og Surr, 2007).

Det anbefales nye kartlegginger minst en gang i året (Brooker og Surr, 2007).

Verktøyet skal integreres som en del av fagutviklingsprosessen i virksomheten, og jevnlig kartlegginger evaluerer kontinuerlig fagutviklingen. DCM bør helst brukes som et systematisk evalueringsverktøy over lengre tid, gjerne over flere år som begrunnes med at personalets utviklingspross rundt å utvikle personsentrert omsorg tar tid (ibid; Brooker et al, 1998; Rokstad og Vatne, 2009).

2.6.3 DCM-instrumentets hensikter

DCM har altså flere hensikter som kartleggingsverktøy og utviklingsprosess:

- Først og fremst skal det gi personalet relativt konkrete beskrivelser om hvordan pasientene tolkes til å oppleve situasjoner. Beskrivelsene søker å avdekke hva som kan oppleves som meningsfullt for enkeltindividet. Kartleggerens tolkning av observasjoner i miljøet nedtegnes som koder og danner basis for tilbakemeldingene til personalet.
- I tillegg skal personalet lære seg å forstå hensikten med personsentrert omsorg gjennom undervisning og veiledning om personsentrert omsorg. Refleksjoner over egne handlinger speiles i teoriens hensikt gjennom feedback.
- Og sist, men ikke minst, skal kunnskapen om personsentrert omsorg stimulere personalet til å forstå konsekvenser av uhensiktsmessig sosialpsykologi slik at de tar ansvar for å dreie innholdet i miljøbehandlingen mot hensiktsmessig sosialpsykologi. På den måten kan de 5 særlige psykologiske behov bedre ivaretas hos personer med demens, jfr. kap. 2.4.1.

2.7 Betraktninger rundt verktøyet

DCM er beskrevet som den første formelle metoden for å evaluere demensomsorg sett fra pasientens synspunkt. Selve anvendelsen av DCM-verktøyet vurderes av mange som svært tidkrevende grunnet langvarige kartlegginger, og vedlikehold av prosessen vurderes dermed som ressurskrevende for avdelingene (Beavis, Simpson og Graham, 2002, Edvardsson et al, 2008). Dette kan være én av årsakene til at det er lite brukt i Norge. En annen årsak til lav utbredelse kan være at pleiekulturen ofte er lukket slik at eksterne kartleggere i avdelingen kan oppleves som truende av pleiepersonalet (Müller-Hergl, 2004).

Det kan også stilles spørsmål ved hvor objektiv kartleggerens vurderinger blir. Kartleggeren, uavhengig av sin kompetanse, vil vurdere, tolke og kode situasjoner som oppstår gjennom bruk av sin forforståelse om demensomsorg, og ikke bare i følge retningslinjer i DCM-manualens beskrivelser og koderegler. Situasjoner er komplekse og vanskelige å tolke ensartet (ibid). Samtidig er høy reliabilitet mellom kartleggere som kartlegger de samme situasjoner et mål i DCM evalueringer for å fremme likest mulig vurderinger, men også for evaluering av observasjonskompetanse (Brooker og Surr, 2007; Surr og Nielsen, 2003).

Det er vanskelig for kartleggeren å tolke adferden til ukjente pasienter. Kanskje den stille personen egentlig er en lyttende person? Her kan kartleggerens følelser påvirke vurderingene (Müller-Hergl, 2004). Tolkning av adferd er svært utfordrende for kartleggeren, som bør være en erfaren pleier som kjenner demensmiljøet godt. Å inneha en rolle som tillitsfull utenforstående krever gode kommunikasjonsevner, evne til å skape tillit med pleiepersonalet, ha tro på løsninger og ha mer fokus på personalets utvikling enn den personsentrerte ideologien i seg selv (ibid).

2.8 Relevante studier om DCM

Jeg har brukt søkeordene «*dementia AND care AND mapping*», *nursing, nursing home, person-centred care* i Cinahl, Medline, EMBASE og PsychInfo og fikk 40-50 treff om DCM fra alle verdensdeler, ingen norske. 2 treff på SveMed+, bl.a. Rokstad (2004) som presenterer DCM og anbefaler det som et nyttig hjelpemiddel for å utvikle demensomsorgen. De fleste artikler om bruk av DCM er kvantitative pasientstudier, ingen publiserte artikler omhandlet personalerfaringer i forbindelse med bruk av DCM. Disse litteratursøkene ble gjort i 2008, i forkant av min empiri. Min studie søker å bidra til mer kunnskap om langtidserfaringer for personalet som deltar i DCM-prosjekter.

I etterkant av dataanalysen har jeg funnet en dansk studie som beskriver ledelse i forhold til personalerfaringer med personsentrert omsorg og DCM. Funn var bl.a. at personalet opplever dilemmaer rundt håndtering av personsentrert omsorgsutøvelse (Nissen, 2008).

En langtidsstudie (Brooker, Foster, Banner, Payne og Jackson, 1998), der DCM er brukt i ulike avdelinger i England gjennom 3 år, beskriver noe kvantitative personalerfaringer. Disse erfaringene er beskrevet gjennom spørreskjema til personalet med avkryssninger for engstelsesnivå i forhold til å bli kartlagt.

Undersøkelser viser at over tid ble personalets engstelse redusert fordi de så nytten i å bruke DCM.

En litteraturgjennomgang med henblikk på metodologiske utfordringer ble gjort i 2002 ift. DCM-prosjekter med 9 inkluderte studier (Beavis, Simpson og Graham, 2002). Noen av konklusjonene er at avdelinger som skal bruke DCM som endringsverktøy må velges med omhu med tanke på bl.a. pleiefaktor (bemanning) og personalegenskaper. De etterlyser også forskning rundt hvordan personell påvirkes av DCM «...and particular attention should be given to the strengths and vulnerabilities of the nursing staff within the unit» (ibid, s. 734).

2.8.1 En DCM-studie inkludert personalerfaringer

Det finnes én norsk utforskende, beskrivende studie med DCM som både beskriver et DCM-prosjekt med personalerfaringer i sammenheng med DCM-prosjektet (Rokstad, 2008a). Studien er senere blitt publisert (Rokstad og Vatne, 2009). På bakgrunn av manglende studier om personalerfaringer og DCM ble fokusgruppeintervju valgt som datainnsamlingsmetode for å beskrive personalerfaringer i forbindelse med kartlegging og feedback. Fokusgruppeintervjuene ble utført i etterkant av hver kartlegging/feedback, som ble utført med 3 mnd. mellomrom.

Studien beskriver personalets opplevelser rundt hvordan feedback stimulerer til økt bevisstgjøring i demensomsorgen og gir anerkjennende bekreftelser på eget arbeid. Andre funn er at DCM hadde endret personalets adferd ved siste kartlegging, at oppfølging og feedback hadde ført til økt trygghet rundt faglige dilemmaer, samt at de hadde fått trygghet på å utforske nye tiltak. Studien avdekket også et større behov for felles refleksjonsarenaer for å utvikle praksiskunnskap om personsentrert omsorg.

Avslutningsvis beskrives viktigheten av systematiske og oppfølgende DCM-kartlegginger for å skape videre utvikling i hele avdelingen (Rokstad, 2008a; Rokstad og Vatne, 2009).

3. TEORETISK PERSPEKTIV

I kapittel 2 ble DCM presentert som et kartleggingsverktøy med flere hensikter. Dette kapittelet beskriver noen teoretiske innfallsvinkler, som kan bidra til å belyse hvordan DCMs hensikter påvirker personalerfaringer i etterkant av et DCM-prosjekt.

DCM har flere hensikter som verktøy. Å påvirke personalets kunnskaper og holdninger mot at de velger å jobbe personsentrert, og ikke oppgaveorientert. Bruk av DCM har også til hensikt å skape endringer i tenkemåten hos pleiepersonalet ved å utfordre pleiekulturen og stimulere til refleksjon og læring i fellesskap.

Ovennevnte hensikter ved bruk av DCM beskriver den sammensatte påvirkningen som verktøyet skaper. For å kunne tolke og forstå hvordan påvirkningen berører personalet i denne studien, er det valgt noen teoretiske innfallsvinkler, som kan bidra til å belyse personalerfaringer i etterkant av et endringsprosjekt. Teoriene handler om pleiekultur og endringsteori.

3.1 Kulturforståelse som grunnlag for å tolke personalerfaringer i sykehjemsavdelingen

3.1.1 Pleiekulturbegrepet

I denne delen av kapittelet presenteres 2 ulike tilnærminger til forståelse av samarbeid og kulturutvikling blant helsepersonell som jobber tett sammen, basert på 2 norske studier. Den første tilnærmingen beskriver den tradisjonelle pleiekulturen, som er basert på en feltstudie fra norske sykehus, et fenomen beskrevet av sykepleieforskeren Torunn Hamran (1992). Pleiekulturen har vokst seg frem over tid og den er sterkt preget av normer og verdier hos pleiepersonalet. Teorien om pleiekultur løfter opp hvordan denne kulturen lever i avdelingene, organiseres og påvirker det daglige

arbeidet blant helsepersonell (ibid). Pleiekulturen forvalter de tradisjonelle verdiene hos pleiepersonalet, representert ved sykepleiere og hjelpepleiere.

Hamran (1992) har valgt kulturbegrepet for å forstå sammenhengen mellom alle prosessene som skjer i feltet. Pleiekulturen må forstås innenfra med utgangspunkt i aktørenes egen forståelse av situasjonen, og det er brukt en tilnærming for å forstå pleiepersonalets (sykepleiere og hjelpepleiere i avdelingen) egen forståelse av det som skjer rundt dem. En kultur beskrives som mønstre av grunnleggende antakelser som er

...skapt, oppdaget eller utviklet av en gitt gruppe. Gruppen deler på en stilltiende måte verdier, vurderinger og kunnskaper som har fungert tilstrekkelig bra til at de blir betraktet som sanne, og til at de læres bort til nye medlemmer som den rette måten å oppfatte, tenke og føle (Hamran, 1992, s. 30).

Pleiekulturen forstås ut fra to vinkler og beskrives som «pleie- og omsorgsarbeidets tradisjonelle verdier og normer, og sammenhengen mellom disse verdiene og arbeidets organisering» (ibid, s. 30). Pleiekulturen er et faglig fellesskap hvor det faglige og personlige er vevd tett sammen, og med sterke arbeidsnormer der nybegynnere sosialiseres inn. Den kjennetegnes ved faste og stabile mønstre, som preger handlingene og gjør dem meningsfulle og forståelige for de som utøver handlingene. Eksempler på dette kan være å utføre stell, gi muntlig rapport og delta i vaktskifte (ibid). Dette er tradisjonelle handlinger, som utføres på institusjoner der helsepersonell jobber, også på sykehjem.

3.1.2 Behandlingskulturer på sykehjem

Den andre teoretiske forståelsen av pleiekultur er hentet fra sykehjem. For å trekke Hamrans (1992) pleiekulturforståelse nærmere sykehjemspersonalet beskrives en annen norsk feltstudie, utført ved skjermede enheter på norske sykehjem av sosiologen Ingunn Moser (2008). Studien viser hvordan ulike forståelser, oppfatninger og holdninger hos pleiepersonalet kan prege omsorgsutøvelsen fra personale som jobber side om side i samme avdeling.

Demensomsorgen er satt inn i en forståelsesramme innenfor vitenskap, politikk og hverdagens omsorgspraksis. Behandlingskulturene kalles også uferdige logikker, som er i stadig bevegelse og eksisterer side om side. Jeg velger å bruke begrepet behandlingskulturer i denne studien. Data er analysert frem til tre ulike behandlingskulturer; en resignert somatiserende, en relasjonell (re)habiliterende og en økonomisk-administrativ" (ibid).

Den resignert somatiserende behandlingskulturen er en logikk som beskrives med personale som viser lite pasientforståelse, fordi utføring av oppgaver og rutiner står i fokus. Faglig refleksjon etter krenkende pasienthåndtering har fokus mot mer beroligende medisin. I denne logikken fratras pasienten all dømmekraft, rasjonalitet og ansvar og sees kun som en dement, som ikke vet sitt eget beste. Den somatiske tilstanden er det primære i denne logikken, det finnes ingen behandling for pasienter med demens slik at vanskelig adferd må løses med medisiner. Dette er en beskrivelse som er i tråd med tradisjonelle holdninger og handlinger i demensomsorgen (Engedal og Haugen, 2006; Nygaard, 2006; Nygård, 2006).

Den relasjonell og (re)habiliterende behandlingskulturen finnes i den samme avdelingen og kjennetegnes av personale som er opptatt av å verdsette pasienten og viser dette gjennom sine holdninger og handlinger. Pasientene blir sett og deltar med sin subjektive kompetanse. De blir anerkjent som fullverdige deltakere i det sosiale samspillet, og verdigheten deres bevares, og bruk av tvang minimeres.

Behandlingskulturen er i tråd med personsentrert omsorg, se kap. 2.4. Omsorgen vil dermed preges av en flytende arbeidsdeling mellom behandling og omsorg.

Litt på siden av de to andre behandlingskulturene beskrives den økonomisk-administrative behandlingskulturen, som er sentral for betingelsene på en virksomhet og ledes av avdelingsledere uten faglig fokus. Pålagt innsparing og effektivitetskrav dreier lederfokus mot hvor mye som kan spares inn. Konsekvenser går ut over pasientene grunnet nekt av vikarinneleie og kutt på alt som ikke ansees som livsnødvendig omsorg. De faglige ambisjonene tilpasses det skrinne budsjettet. En

økonomisk-administrativ behandlingsskulturer muliggjøres kun i den somatiserende logikken der medisiner løser pasientsituasjoner mer kostnadseffektivt enn tilstrekkelig og kompetent bemanning.

Målet er en løsning mot (re)habiliterende behandlingsskulturer. De ulike behandlingsskulturene, som forvaltes av personalet, lever side om side og preger både personalet og omsorgsutøvelsen.

Forskning og lærebøker dokumenterer effekter av relasjonelle tilnærminger og gode miljøtiltak, men utfordringen er å få miljøtiltak til å bli vurdert på lik linje med den tradisjonelle medisinske behandlingen i demensomsorgen. Løsningen mot (re)habiliterende behandlingsskulturer blir å skape rom for økt faglighet og refleksjon, både hos personal og ledelse. Fokus må rettes mot hvordan pasienten opplever sin situasjon og hvordan personalet må forholde seg til dette. Bruk av effektmål og målemetoder i omsorgspraksisen kan konkret vise hvordan tilrettelagt og individrettet pasientbehandling virker for å kunne dokumentere hensikten med behandlingsskulturen.

Disse 3 behandlingsskulturene beskriver hvor sammensatt pleiekulturen er i en sykehjemsavdeling, og at holdninger ikke er ensartet blant kollegaer som jobber sammen. Pleiekulturen utvikler seg over tid og gir personalet trygghet i det daglige arbeidet. Den tradisjonelle pleiekulturen, slik Hamran (1992) beskriver den, kan tolkes som noe «fast» fordi den inneholder et fellesskap med faste, stabile mønstre, som skaper trygghet og forutsigbarhet og oppleves som hensiktsmessige. Den faste pleiekulturen tolkes som utfordrende å endre på fordi den gir pleieren mening i organisering av det daglige arbeidet.

Pleiekulturen i sykehjemsavdelingen beskrives som å inneholde ulike behandlingsskulturer, som forvaltes av kollegaer som jobber side og side i den «faste» pleiekulturen. De ulike behandlingsskulturene kan tolkes som «bevegelige» fordi de sannsynligvis kan påvirkes og endres gjennom kunnskap og refleksjon.

Det kan synes som om hovedforskjellen i Mosers (2008) behandlingsskulturer er to-delt: Den ene er primært medisinsk behandling av demenssymptomer, og den somatisk-resignerte behandlingsskulturen sammen med den økonomisk-administrative logikken gjenkjennes i Kitwoods (1999) beskrivelse av det uhensiktsmessig psykososiale omsorgsmiljøet. Den andre retningen i behandlingsskulturene er hensiktsmessig miljøbehandling, som gjenkjennes i beskrivelser av personsentrert omsorg i tilrettelagte omsorgsmiljøer.

Pleiekultur har stor betydning for personalets samarbeid og organisering. Når en av DCMs hensikter er å påvirke pleiekulturen for å dreie den mot en relasjonell behandlingsskultur, vil det mest sannsynlig ikke skje uten motstand fra pleiekulturens forvaltere. Det blir derfor interessant å se studiens funn i lys av pleiekulturperspektiver.

Endringseffekter av DCM i pleiekulturen kan slå i flere retninger fordi DCM ansees å være et kraftfullt endringsverktøy (Brooker et al, 1998). Endringsprosesser generelt trenger god planlegging og systematisk gjennomføring (Senge, 2004), og kunnskap om endringsteori kan bidra til å forstå både omfanget og betydningen av nødvendige utviklingsprosesser som bør tas hensyn til for å lykkes med bruk av DCM i sykehjemsavdelingen.

3.2 Endringsprosesser i organisasjoner

I DCM-prosjekter blir spenninger i pleiekulturen utfordret. DCM brukt som endringsverktøy i en sykehjemsavdeling vil avdekke, og dermed utfordre, uhensiktsmessige holdninger og fastlåste mønstre i pleiekulturen som må bearbeides for å skape utvikling. Men hvordan skal sykehjemspersonalet, som tilhører ulike behandlingsskulturer, tørre å åpne seg for å endre seg hvis pleiekulturen oppleves som fastlåst? Teori om endringer i organisasjoner kan brukes for å forstå hvordan DCM kan implementeres i personalgrupper, og hvilke personalerfaringer som kan

identifiseres. Her er Peter M. Senges teori fra boken «Den femte disiplin» (2004) om utvikling av lærende organisasjoner nyttig, også for en sykehjemsavdeling.

3.2.1 Behovet for endringsteori

Teorien om dobbelkretslæring er utgangspunktet for sin teorien, som bygger på den kjente organisasjonsutvikleren Chris Argyris' (1990) handlingsteori om dobbelkretslæring, som han i sin tid utviklet med Donald Schön. Argyris ville vekk fra en organisasjonskultur med systematiske feil som skjer når ansatte ikke er klar over at de produserer feil eller de neglisjerer at dette gjøres. Psykologiske forsvarsmekanismer trer da frem: «Når vi føler oss usikre eller uvitende, lærer vi å beskytte oss fra den smerte det vil være å fremstå som usikre eller uvitende. Dette hindrer enhver ny innsikt» (Senge, 2004, s. 31). Argyris kaller forsvarsmekanismene for «dyktig inkompetanse» og grupper av mennesker utvikler seg til å bli utrolig dyktige til ikke å lære (ibid). Organisasjonen må derfor utvikles mot at enkeltindividet tar ansvar for egne handlinger gjennom å endre sitt verdisyn, utvikle nye sosiale dyder, og ta et oppgjør med sine holdninger og handlinger. Organisasjonen må oppnå dobbelkretslæring, som kjennetegnes ved at organisasjonens individer ser hensikten og vet hvorfor endringer er nødvendige og vedlikeholdes gjennom systematisk oppfølging og veiledning av ansatte (Argyris, 1990).

Senge (2004) har samme utgangspunkt, men har en mer konkret beskrivelse av utviklingen. Mennesket er tradisjonelt opplært til å se ting som små, fragmenterte deler. Et viktig element i hans teori er å kunne løfte blikket for å lære å få oversikt og se helheten. Dette er en vesentlig egenskap for å kunne utvikle lærende organisasjoner. Den femte disiplin er nettopp den helhetlige oversikten. Det er enkeltindividene som må påvirkes mot å endre sitt tankesett, og felles refleksjonsprosess bidrar til endringsprosesser.

Det er ikke et mål at et sykehjem med DCM skal utvikle seg til å bli en lærende organisasjon, selv om denne teorien har det til hensikt. Senges (2004) teori om å

gjennomføre systematiske endringsprosesser for å skape varige endringer er valgt for å kunne tolke mekanismer som oppstår i endringsprosesser.

3.2.2 Den lærende organisasjon og dens disipliner

En lærende organisasjon beskrives kort om med eksempel om en vellykket arbeidsgruppe i bedrift X som et eksempel. En gruppe ansatte som har fått erfaring med å utvikle seg gjennom gruppeprosesser har erfart ny læring og fått endringserfaring (Senge, 2004). Selv om en vellykket gruppe utviklet seg til noe stort, startet den i det små på en enkel måte.

Endringsteorien er tuftet på 5 gjensidig avhengige disipliner. Ordet «disiplin» som begrep i teorien brukes som en betegnelse på en utviklingsvei. En disiplin er teorier og teknikker som personalet skal bruke som verktøy. Når enkeltindivider skal lære seg disse disiplinene vil det alltid være noen personer med større utviklingstalent enn andre på ulike områder, slik som ellers i samfunnet (ibid). Noen lærer raskere enn andre, noen er gode til å forstå teori, mens andre trenger mer tid til sin utvikling, mye veiledning og lang oppfølging.

God praktisering av en disiplin krever livslang læring. Jo mer man lærer, desto mer forstår man at man ikke vet og innser at man faktisk må lære seg. De 5 disiplinene for å skape en lærende organisasjon består av (ibid):

1. Personlig mestring
2. Mentale modeller
3. Felles visjoner
4. Gruppelæring
5. Systemtenkning (den femte disiplin)

Personlig mestring handler om hva den enkelte har av bestemte kunnskaper og ferdigheter, å være klar over sine styrker og svakheter, og å ta initiativ til å lære seg nye ting. Hver ansatt må klarlegge og utdype egen visjon og trene på å oppfatte virkeligheten på en objektiv måte. Som eksempel brukes barnets vilje som kjennetegnes ved stadig å ville lære nytt, som et menneskelig fenomen. Læring sees som noe lystbetont. Å utvikle personlig mestring handler om å få erfaring på de positive sidene ved å lære noe nytt. Personlig vilje til å skape en utvikling er grunnleggende for å skape den lærende organisasjon (ibid).

Mentale modeller handler om å endre sitt tankesett, som tradisjonelt preges av grunnleggende og inngrodde antagelser, generaliseringer og tankebilder, som påvirker våre oppfatninger av verden. Forskning viser at vi oftere er fanget av våre tankemønstre enn av systemet når vi utfordres av problemstillinger som synes uløselige. Denne tankemåten må endres slik at det kan åpnes for læring, slik det er beskrevet under personlig mestring. Det er derfor behov for å snu speilet innover for å granske våre indre bilder og diskutere dem med andre (ibid). Man må oppøve en evne til å gjennomføre lærende samtaler der man tør å blottstille seg og samtidig tør ta imot påvirkning fra andre.

Felles visjon handler om å skape et bilde av en ønsket fremtid, og dette har vært en viktig inspirasjonskilde i alle organisasjoner i tusenvis av år. Man trenger å skape felles identitet rundt noe man strekker seg etter, og som knytter personer sammen, både rundt felles identitet. I endringsarbeidet bør også hver enkelt ansatt utvikle sin egen, personlige visjon som en egen drivkrav, og denne må henge sammen med den overordnede visjonen (ibid). En visjon er ingen oppskrift, men et sett av prinsipper og retningslinjer. For at ansatte skal ha et eierforhold og føle en forpliktelse overfor den overordnede visjonen må den være laget av fellesskapet.

Gruppelæring skjer når enkeltindividet skaper endring i fellesskap med andre. Man skaper ikke endring alene. Det er summen av intelligensen som blir gruppens styrke (ibid). Hensiktsmessig gruppelæring kjennetegnes av det gamle greske ordet dia-logos

der tanker og ideer skulle flyte fritt i gruppen slik at den kunne «oppnå innsikt som medlemmene ikke kunne finne frem til hver for seg» (ibid, s. 16). I hensiktsmessige grupper må deltakerne sette sine grunnleggende antagelser til side, og på en genuin måte lære seg å tenke i fellesskap. Det krever at man er oppmerksom, bevisst og tar ansvar for hva som hemmer og fremmer utvikling i gruppeprosesser. Det er svært menneskelig å gå i forsvarsposisjoner når man blir utfordret, og dette må gruppen ta hensyn til i sin utvikling.

Ordet «dialog» er nærmest motsatsen til «diskusjon», som vanligvis skjer i grupper. Dette ordet har sine røtter i ord som percussio (støt), concussio (rysting) – ord som henger mer sammen med en debattkonkurranse der en vinner skal kåres. Diskusjon skaper ikke selverkjennelse hos individet, som er en av kjerneverdiene for å skape læring (ibid).

Organisasjonsutvikling ved bruk av disiplinene kalles for en «innovasjon i menneskelig adferd» (ibid, s. 16) fordi dette er en annen måte å tenke på enn i tradisjonelle forandringsprosesser. Å få til hensiktsmessig gruppeutvikling er omfattende og svært krevende, både tidsmessig, ressursmessig og menneskelig.

Systemtenkning er den femte disiplin, og handler om å se helheten og dynamikken i organisasjonen, dvs. hele systemet - ikke fragmentene. Denne siden av ledelse oversees altfor ofte i endringsprosesser. Alle disiplinene henger sammen og påvirker hverandre. Uten fokus på systemtenkning klarer man ikke å se helheten, og man identifiserer derfor heller ikke svakhetene (ibid). Endringsmønstre utvikler seg over tid som prosess, å lete etter de store enkelthendelsene fører til at fokus glipper.

For å skape størst mulig helhet og utvikle læring må enkeltdelene styrkes. Etter hvert, når problemstillinger dukker opp, må ledelsen vurdere hvilken av de fem disipliners kunnskap og ferdigheter som blir relevante som verktøy i de ulike situasjoner. For eksempel må en visjon være synlig og en del av den kollektive bevisstheten, og ikke bare være et rosenrødt bilde av en idé. «En lærende organisasjon er et sted der

mennesker kontinuerlig oppdager hvordan de skaper sin virkelighet. Og hvordan de kan forandre den» (ibid, s. 18).

3.2.3 Endret tenkemåte i hele organisasjonen

Utvikling av systemtenkning i dag er viktigere enn noen gang fordi vi overveldes av kompleksitet og enorme mengder informasjon, samt at endringer skjer raskere enn man klarer å følge med (Senge, 2004). Denne kompleksiteten kan lett undergrave selvtillit og ansvar og heller fremelske en kultur med systematiske feil og mangler. Effekter og utvikling i systemet skjer heller ikke etter lineære årsak-virkning mekanismer, som lett identifiserer feilen. Det vil derfor være behov for å skape endret tenkemåte gjennom den femte disiplin, systemtenkning, som blir en slags motgift.

Den femte disiplin oppsummeres slik:

- Å se relasjoner og gjensidige påvirkninger fremfor lineære kjeder med årsak og virkning.
- Å se endringsprosesser fremfor øyeblikksbilder (ibid, s. 80).

Det handler altså om å klare å stoppe opp og oppdage langsomme og gradvise prosesser. Systemtenkning viser hvor viktig det er å bruke tid på å oppdage de langsomme prosessene for å se utvikling av mønstre i en gal retning. Deretter kan det iverksettes endringstiltak i systemet.

3.2.4 Hensiktsmessig lederfokus

Organisasjoner som ønsker å endre seg mot å bli lærende trenger fokus på ledelse for å få gjennomført disiplinene i praksis. Manglende gjennomføring av endringsprosesser skyldes svikt i ledelse, som lederens manglende forståelse for å inneha en forpliktende innstilling og gi den nødvendige innsats for å skape en lærende organisasjon. Det er derfor behov for et nytt syn på lederskap, som er like annerledes som de fem disiplinene er for enkeltindividet (Senge, 2004). Også lederen må endre tenkemåten sin. Når deltakerne i hensiktsmessige gruppeprosesser har utviklet sin

personlige visjon og motivasjon for å lære, ønsker de ikke lenger å «gjøres motiverte» av en leder, slik ledere tradisjonelt har gjort. Dette skyldes at man som enkeltindivid allerede er blitt engasjert - i tråd med disiplinene (ibid).

Det tradisjonelle ledelsessyn har vurdert ansatte som å ha trengt en leder «som viser vei», som en general i krig eller en kaptein på skuta. Når grupper i organisasjonen utvikler sine ferdigheter mot funksjonelle gruppeprosesser og blir lærende, krever de en helt annen oppfølging og motivasjon. Lederen må å derfor tørre å delegere ansvar (ibid).

Lederen som lærer kjennetegnes ved å frigjøre kreativitet. For å motvirke tenkningen blant ansatte i organisasjoner om at de må holde ut virkeligheten med dens begrensninger, press og mas, trengs det ledere som tar ansvar for å motivere ansatte mot å realisere visjonen gjennom å klare å frigjøre de kreative prosesser. Alle mennesker har kreative prosesser bare det blir lagt til rette for å realisere dem (ibid).

Ledere i lærende organisasjoner har hovedfokus på systemstrukturer og på visjonen som kan skape hensikt med endringen, en slags hensiktshistorie, og de lærer sine ansatte til å gjøre det samme (ibid).

I et utviklingsprosjekt med DCM vil pleiekultur og personalets mentale modeller utfordres. Personalet må lære å mestre nye måter å tenke demensomsorg på, og være i dialoger for å lære av hverandre i fellesskapet. Avdelingslederen må ta ansvar for den overordnede utviklingen av personsentrert omsorg og prosessene som gradvis utvikles i kjølvannet av DCM. Endringsteoriens funksjon belyser både pleiekultur og praksislæring i fellesskap gjennom de ulike disiplinene. Å belyse studiens funn ved bruk av endringsteori kan bidra til bedre forståelse av personalerfaringene.

3.3 Oppsummering av teoretiske spor

De teoretiske sporene påvirker hverandre når man ser hvordan DCM påvirker en sykehjemsavdeling. Pleiekulturen er beskrevet som både «fast» og lite påvirkelig, den

som danner det usynlige grunnlaget for organiseringen av det daglige arbeidet. Denne kulturen kan være hensiktsmessig og uhensiktsmessig. Men er det mulig å endre den stabile, trygge pleiekulturen ved bruk av DCM? Eller er det bare den bevegelige pleiekulturen som kan påvirkes, og av DCM alene? «Ideal»-pleieren jobber side om side med personale som krenker, hva slags prosesser kan påvirke holdningene? I et endringsprosjekt er det nettopp pleiekulturen som søkes endret mot en personsentrert omsorgsutøvelse. Utfordringene er å få bukt med en uhensiktsmessig pleiekultur som skaper hindre for utvikling.

For å engasjere et pleiefellesskap i samme pleiekulturretning sees endringsteoriens funksjon som betydningsfull for å løfte ulike mekanismer som skjer blant personalet. Pleiekulturens grad av åpenhet synes å kunne være en premissleverandør når det gjelder å tilrettelegge for åpne gruppeprosesser. Ulike evner og kompetanse skaper ulik personlig mestringssevne, også i forhold til å klare å utvikle sine mentale modeller mot betydningen av personsentrert omsorg.

Bærere av ulike behandlingsskulturer i en fastlåst pleiekultur kan skape konflikter og misnøye uten en hensiktsmessig gjennomføring av et DCM-prosjekt. En felles visjon, sammen med egne hensiktsvisjoner, kan bidra til utvikling av mentale modeller. Hele DCM-prosessen med dens ulike endringshensikter må ledes av en avdelingsleder som tydeliggjør betydningen av personsentrert omsorg, som løfter opp hensikten, veileder og følger opp personalet og tør å gripe fatt i eventuelle konflikter som oppstår i pleiemiljøet fordi pleiekulturen utfordres. Og endring av pleiekulturer er som alle endringsprosesser: De skal være ta lang tid.

4. METODE

Studien har et utforskende og beskrivende design, og det er brukt både fokusgruppeintervju og individuelt intervju for å samle inn data. Jeg vil i dette kapittelet beskrive hvordan data er innsamlet og analysert før jeg avslutter med forskningsetiske hensyn.

4.1 Utforskende og beskrivende design

Et forskningsdesign er en generell plan for gjennomføring av en studie. I tillegg inneholder design en struktur med strukturerende teorier eller begreper, samt en strategi for hvordan selve studien skal gjennomføres (Nord, 1998). Denne studien skal frembringe langtidserfaringer og opplevelser de ansatte i en avdeling sitter igjen med etter bruk av et nytt og lite anvendt kartleggingsverktøy. Et utforskende og beskrivende design kan få frem disse personalerfaringene, som er lite beskrevet tidligere. Litteraturgjennomgangen i forkant av denne studien har lagt grunnlaget for valg av design. Ingen studier omhandler fenomenene rundt personalerfaringer i forbindelse med DCM-prosjekter, og det finnes svært lite kvalitativt beskrivende forskning om DCM. I utforskende studier er utvalget vanligvis lite, datasamlingen består av tekst, og datatriangulering er vanlig for å få frem mest mulig av de innsamlede data (ibid).

For å få frem utviklingstendenser, nye fenomener og sammenhenger i et lite materiale kan kvalitativ metode egne seg godt fordi materialet undersøkes så grundig. Ordet kvalitativ kommer av det greske ordet «qualis», som betyr «hvordan», og i kvalitativ forskning er det forskningsgjenstanden som gis høyeste prioritet (Knizek, 2006). Kvalitative forskere «...seek answers to questions that stress how social experience is created and given meaning» (Denzin og Lincoln, 2000, s. 8). Denne studien skal beskrive fenomener rundt personalerfaringene.

For at resultatene skal kalles vitenskapelige, kreves det at metoden gjennomføres med systematisk innsamling, organisering og fortolkning av tekstmateriale fra intervjuer, observasjoner og skriftlig materiale, som gir ny innsikt og forståelse også for leseren (Malterud, 2003). Samtidig er fleksibilitet i forskningsprosessen noe som kjennetegner kvalitative studier og de utvikler seg i takt med forskerens oppdagelser og nye innsikt (Denzin og Lincoln, 2000; Knizek, 2006; Kvale, 2001; Patton, 2002; Polit og Beck, 2004). Det finnes derfor ingen standardmåte å følge, men en rekke prinsipper og flere anbefalte metoder.

4.1.1 Intervjuerens innsikt om forskningstema

Når en studie planlegges sees forskerens grunnleggende kjennskap til undersøkelsens tema og kontekst som en forutsetning for å kunne bruke valgt metode på riktig måte i en intervjuundersøkelse. Denne forutsetningen understrekes i betraktning av at kvalitativ metode ikke har så strenge forskningsreglene, men at betydningen av ekspertkunnskaper om temaet og mestring av metodene heller vektlegges (Kvale, 2001).

Jeg har mange års erfaring som demenssykepleier/leder på skjermet enhet og kjenner dermed fagfeltet godt. For å oppnå både begrepsmessig innsikt og bedre teoretisk forståelse av personsentrert demensomsorg og bruk av verktøyet DCM, valgte jeg å gjennomføre både grunnkurs og avansert kurs i DCM før jeg gjennomførte intervjuene. Denne skoleringen ga meg en ny og forbedret forståelse og innsikt i både fagområdet og verktøyet DCM, og var til stor hjelp gjennom hele studien.

4.2 Utvalg

I det følgende beskrives utvalg og valgte inklusjonskriterier. Jeg kontaktet flere sentrale personer i det nasjonale demensmiljøet for å finne frem til de gode intervjupersonene som kunne ha personalerfaringer med DCM. Ved nærmere undersøkelser var det nesten ingen avdelinger/ personalgrupper som kunne brukes til min datainnsamling,

fordi DCM ikke var gjennomført systematisk og kunne sammenlignes mellom grupper. Da jeg skulle samle inn data til min studie viste det seg at DCM var blitt anvendt som en systematisk prosess kun ett sted i Norge, og det var gjennom studien til Rokstad (2008a).

Intervjupersonene fra Rokstads studie jobbet på den ene gruppa i avdelingen, og besto av 1 sykepleier og 3 hjelpepleiere, alle med mange års fartstid i eldreomsorgen. Denne gruppa kalte jeg prosjektgruppa i studien. For å få mer bredde i min studie, og for å utforske hvordan fagutøvelsen i hele avdelingen påvirkes mellom gruppene og utvikles i etterkant av et DCM-prosjekt, ble det besluttet at også den andre personalgruppa i avdelingen burde delta, og den gruppa kalte jeg arbeidsgruppa. Inklusjonskriteriene mine for arbeidsgruppa var store stillingsbrøker og helst faste stillinger, minimum vikariater over flere måneder. Arbeidsgruppa besto av sykepleier, vernepleier, 2 hjelpepleiere og 1 avdelingsassistent, og de fleste hadde jobbet i avdelingen mens DCM-prosjektet ble gjennomført for den andre gruppa.

Jeg ønsket at det samme personalet også skulle delta i min studie, og kontaktet pr. telefon institusjonssjef på sykehjemmet om muligheten for å henvende meg til avdelingen angående deltakelse i et nytt forskningsprosjekt. Institusjonssjef ba meg sende en mail direkte til avdelingsleder, og i november 2008 sendte jeg vedkommende en mail direkte. Avdelingsleder bekreftet at de samme intervjupersonene i avdelingen ønsket å delta i et nytt forskningsprosjekt, og at denne gang skulle begge personalgruppene delta i studien.

Det ble vurdert som hensiktsmessig at avdelingsleder deltok i et individuelt intervju, slik at vedkommendes beskrivelser kunne belyse og evt. styrke funnene i analysen, som er et viktig ledd i valideringsprosessen. I denne studien har jeg valgt triangulering, dvs. kombinasjon av datakilder av samme fenomen, kan brukes for å styrke forskningens troverdighet, som er et overordnet mål i kvalitativ forskning (Ellefsen, 2006; Polit og Beck, 2004). Jeg valgte persontriangulering, der man samler inn data på ulike nivåer og kan kombinere f.eks. gruppeintervju og individuelle intervju, slik at data kunne vurderes fra ulike perspektiver.

4.3 Datasamlingsmetoder

Under datainnsamlingen forsøker forskeren å favne respondentens forståelser, oppfatninger og perspektiv. I intervjuundersøkelser er det intervjueren selv som er det viktigste instrumentet (Kvale, 2001; Krueger og Casey, 2000; Polit & Beck, 2004). Jeg valgte en tilnærming preget av utforskning og gode beskrivelser fra intervjupersonene, i tråd med studiens design.

For å få mest mulig informasjon om felles erfaringer, synspunkter eller holdninger i et samhandlingsmiljø anbefales fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode (Fontana og Frey, 2000; Knizek, 2006; Kvale, 2001; Polit og Beck, 2004).

Fokusgrupper anbefales å bli satt sammen så homogent som mulig, fordi forskeren er på jakt etter intervjupersonenes felles erfaringer, men gruppene som helhet kan ha ulike erfaringer, alderssammensetning o.l. Målet er å gjennomføre fokuserte diskusjoner der deltakerne er i interaksjoner med hverandre. På denne måten kan forskeren få frem viten fra intervjupersonene ved å dra vekslers på gruppens dynamikk. Deltakerne oppfordres til å spille opp hverandre ved å stille spørsmål ved utsagn og utforske huller i hverandres uttalelser (Krueger og Casey, 2000).

Det er også vanlig å ha flere grupper for å dekke samme tema slik at man kan identifisere trender og mønstre, og hver gruppe består av personer med bestemte karakteristika (ibid). Avd.spl. satte sammen to ganske homogene grupper for meg, dvs. én gruppe med DCM-prosjekterfaring og én gruppe uten. Fokusgrupper på denne størrelsen kalles «mini-fokusgrupper» og er på 4-6 deltakere, som anbefales når man ønsker intervjuer rundt deltakernes erfaringer og tema de kjenner godt (Krueger og Casey, 2000). Denne gruppestørrelsen var hensiktsmessig for min studie vurdert i forhold til både studiens design og problemstilling.

Jeg hadde også ett individuelt intervju med avdelingsleder. Individuelt intervju brukes for at intervjupersonen kan fortelle om sine erfaringer gjennom rike beskriver. Kvale (2001) mener at kunnskapen forskeren, gjennom ulike tilnærminger, er på jakt etter fremkommer gjennom dialog, og forskeren må inspirere intervjupersonen til å tørre å

legge frem sine erfaringer og meninger, som også kommer frem gjennom intervjupersonens tonefall, kroppsspråk og ordvalg.

4.4 Innsamling av data

Det finnes ulike intervjuformer for å samle inn tekstdata, og intervjuformene kan være fra svært strukturerte og over mot halvstrukturerte og ustrukturerte avhengig av hva forskeren vil frem til (Knizec, 2006; Kvale, 2001; Nord, 1998). På bakgrunn av at jeg ved intervjutidspunktet egentlig bare hadde teoretisk kunnskap om DCM, var det nyttig å relatere spørsmålene til en halvstrukturert intervjuguide basert på forskningsspørsmålene i studien. Denne metoden hjalp meg med å holde strukturen i intervjuet, samtidig som det ga rom for meninger og diskusjoner jeg ikke visste ville komme opp som tema, men som beriket datainnsamlingen. Å ha en felles struktur i begge fokusgruppeintervjuene ville hjelpe meg i analysen senere der gruppene skulle sammenlignes.

I utgangspunktet er det ikke forskjeller på kvalifikasjoner om forskeren gjennomfører individuelt intervju eller gruppeintervju, men man må være spesielt oppmerksom på selve gruppedynamikken, som kan være krevende for den uøvde (Fontana og Frey, 2000; Krueger og Casey, 2000). Jeg valgte meg selv som moderator fordi jeg hadde satt meg godt inn i temaet i tillegg til at jeg har lang ledererfaring med bl.a. mye intervju- og møteledererfaring. Som en nøytral sekretær brukte jeg en ansatt fra FoU-avdelingen ved Undervisningssykehjemmet i Oslo. Hennes ansvar var å notere hovedmomenter fortløpende og evt. kommentarer som ikke kom med på lydbåndet, samt identifisere og notere ned stemning og nonverbal kommunikasjon. Etter avsluttet samtale oppsummerte vi hovedtrekkene gjennom intervjuet, som anbefales for å få et umiddelbart inntrykk og en forberedelse på transkripsjonen og den videre analysen (Kvale, 2001; Krueger og Casey, 2000).

4.4.1 Intervjusituasjon

I en intervjusituasjon er det forskerens ansvar å skape en atmosfære preget av trygghet og tillit, og man må være bevisst på sitt eget kroppsspråk, vise respekt, empati og emosjonell forståelse. På denne måten tilrettelegger man for dialog i intervjusituasjonen. Utsagn i fokusgrupper preges ofte av gruppetenkning og gjenspeiler ikke nødvendigvis hvordan enkeltindivider i gruppa tenker. Samtidig må man være klar over at gruppedynamikken kan påvirke intervjupersonene, særlig hvis enkeltpersoner dominerer i intervjuet (Fontana og Frey, 2000; Krueger og Casey, 2000; Kvale, 2001). Jeg prøvde å styre samtalen i henhold til valgt struktur på intervjuene, samtidig som jeg ville få med flest mulig personer i gruppen til å uttale seg gjennom gode beskrivelser.

Jeg passet også på å spørre den neste fokusgruppen om sentrale utsagn fra den første gruppa som den neste gruppa kunne svare på. Underveis i intervjuene ba jeg intervjupersonene om bekreftelse på utsagn og meninger om det som var blitt diskutert, som et ledd i validering av datasamlingen (Kvale, 2001).

Det er ulike meninger rundt hensiktsmessigheten om intervjupersonene kjenner hverandre fra tidligere eller ikke i en fokusgruppe (Krueger og Casey, 2000). De to fokusgruppene i min studie besto av 2 pleiegrupper der medlemmene i hver av gruppene jobber sammen i det daglige, og har gjort det i lengre tid. Dette åpner for trygghet og åpenhet i intervjusituasjonen fordi de kjenner hverandres måte å jobbe på og tenke på og kan lettere spille opp hverandre. Dette kan være med på å validere studien i forhold til at uttalelsene i gruppene blir mer gyldige. På den annen side kan det føre til sosial kontroll fordi man også kjenner de sosiale kodene i gruppa, noe som kan hemme utsagn fra enkelte (ibid). Både sekretæren og jeg opplevde 2 trygge grupper med intervjupersoner som var åpne og snakket lett sammen og spilte opp hverandre.

Kvale (2001) anbefaler at intervjueren har både briefing og debriefing i forbindelse med intervjuer. Som briefing presenterte jeg meg selv og sekretæren, og jeg fortalte

bare at vi begge hadde lang erfaring med demensomsorg. Dette gjorde det nok lettere for intervjupersonene å snakke fritt uten å ta hensyn til å måtte forklare oss detaljer om sykehjemsjobbing. Videre forklarte jeg kort om fokusgruppemetoden. Etter avsluttet intervju skrudde jeg av båndopptakeren og spurte hvordan dette hadde blitt opplevd, som en debriefing.

Avdelingssykepleier hadde funnet et tomt rom i avdelingen med sitteplasser til alle rundt et bord. Sekretæren styrte båndopptakeren på bordet, og jeg prøvde å lage en avslappet og uformell stemning. Jeg var også bevisst på å bruke vanlige ord, ikke akademiske ord, som kan skape avstand, men heller de konverserende, klare og korte ordene (Kvale, 2001; Krueger og Casey, 2000). Jeg brukte flere spørsmålstyper i intervjuet for å få rike beskrivelser, og underveis gikk jeg tilbake til tidligere utsagn, ba om utdypninger, fikk flere til å uttale seg om tema, osv.

4.4.2 Studiens begrensninger

Litteraturen anbefaler 3-4 fokusgrupper for å oppnå datametning (Krueger og Casey, 2000). Mangelen på valg av intervjupersoner i forhold til tema er en viktig begrensning og kan true validiteten på studien, en svakhet jeg mener at bruk av persontrianglering kan bøte på. På den annen side hadde den utvalgte avdelingen et langvarig forhold til personsentrert demensomsorg, som er ett av temaene i studien. De kunne derfor vurderes som hensiktsmessige intervjupersoner som kunne gi rike beskrivelser, som er vesentlig i en kvalitativ studie.

Det var heller ikke nok intervjupersoner til å kjøre en pilotstudie slik at jeg kunne testet intervjuguiden og benytte anledningen til å øve meg som moderator.

4.5 Analyse

Selve tekstanalysen kan sees som en brobygger mellom rådata og resultater gjennom fortolkning og sammenfatning, og innebærer en filtrering der store mengder

informasjon reduseres, abstraheres og generaliseres. Forskeren må vise lojalitet til intervjupersonenes opprinnelige utsagn og meninger, noe som kan være en utfordring i prosessen med analytisk reduksjon (Kvale, 2001; Polit & Beck, 2004). Fra de mange sider med rådata prøver man å finne gode meningsytringer som senere kan utvikles til ny kunnskap. Dette betyr at man studerer tekstdata med kritisk refleksjon, leter etter mening og ser etter mønstre i tekstmaterialet. Hva er sentralt og hva er ikke sentralt?

Kvalitative analyser beveger seg gjerne mellom induktiv og deduktiv analyse i fortolkningen av data, som betyr at «...forskeren veksler mellom inspeksjon av data og utvikling av ideer fra overordnede teoretiske perspektiver» (Thagaard, 2003, s. 169). Min studie har et beskrivende/utforskende design, og ble i tidlige stadier av analysen preget av induktiv analyse med åpen leting etter meninger og koder. Man går fra det generelle til det spesielle, fra empiriske data, nedenfra og opp. Motsatt betyr deduktiv en mer teoristyrte analyse, teorien testes i forhold til datamaterialet (ibid). En mer deduktiv innholdsanalyse har preget slutten av dataanalysen etter at mønstre og kategorier ble etablert, og etter at data, som ikke passer inn i noen kategorier, var undersøkt (Patton, 2002).

I min studie har jeg ikke brukt en annen tolker som en kontroll av dataanalysen, men min veileder kan vurderes som ekstern tolker. Kvale (2001) anbefaler at forskeren da redegjør eksplisitt for sin analyse trinn for trinn som et ledd i validering av studien. Jeg har derfor valgt en grundig beskrivelse med forklaringer og bruk av tabeller for å illustrere veien fra intervjupersonenes beskrivelser til endelige kategorier.

4.5.1 Transkribering

Det ble gjort gode opptak i alle tre intervjuene, og båndene ble transkribert ad verbatim med alle pauser, latter o.l. inn i et tekstdokument, ett intervju pr. dokument. Jeg transkriberte alt selv og strukturerte intervjuene med mye avsnitt for å skape oversikt i materialet. Jeg hørte gjennom intervjuene flere ganger etter transkribering for å forsikre meg om maksimalt samsvar mellom lyd og transkribert tekst, som et ledd i å styrke intervjuenes reliabilitet og validitet (Kvale, 2001). Jeg tok også med

noen beskrivelser der intervjupersonene uttrykte mye latter (for å karakterisere samarbeidsmiljøet). Sekretærens notater ble flettet inn i teksten etter transkribering for å gi utfyllende beskrivelser av innholdet i intervjuene. Det var godt samsvar mellom hennes notater og mitt transkriberte materiale.

Jeg valgte å transkribere teksten med en gang for å huske mest mulig av stemningen og hovedutsagnene, og fikk til sammen 47 sider råtekst. Utskriftene ble deretter rensket for uvesentlig tekst, som digresjoner og gjentakelser, for å klargjøre materialet for videre analyse med fortettet tekst (ibid). Deretter ble alle enheter med utsagn nummerert fortløpende og alle utsagn ble markert med forbokstav på den enkelte intervjuperson i hver gruppe for å identifisere hvem som sa hva og vurdere om noen dominerte gruppas utsagn. Mine spørsmål og kommentarer ble markert.

4.5.2 Analyse av tekstdata

I kvalitativ analyse ser man generelt etter sentrale fenomener og sammenhenger i tekstmaterialet ut fra analyse av meningsinnholdet på bakgrunn av studiens hensikt og problemstilling (Denzin og Lincoln, 2000; Kvale, 2001; Krueger og Casey, 2000; Patton, 2002). Selve tekstmaterialet i alle intervjuene har jeg analysert etter generelle regler for kvalitativ metode, som primært dreier seg om dekontekstualisering og rekontekstualisering av tekstdata (Kvale, 2001; Thagaard, 2003; Patton, 2002). Fortolkning av materialet beskrives som en levende, kaotisk og krevende prosess frem mot å finne nye mønstre og meninger, som Patton (2002) beskriver så levende:

Interpretation, by definition, involves going beyond the descriptive data... means attaching significance to what was found, making sense of findings, offering explanations, drawing conclusions, extrapolating lessons, making inferences, considering meanings, and otherwise imposing order on an unruly but surely patterned world (ibid, s. 480).

Fokusgruppeintervjuer krever en litt annen fremgangsmåte enn individuelle intervjuer. Det finnes lite enighet om hvordan fokusgruppeintervjuer skal analyseres, selv om det nå finnes en del litteratur om denne metoden (Krueger og Casey, 2000; Polit og Beck, 2004; Wibeck, 2000). Analysen av tekstdata fra

fokusgruppeintervjuene ble utført både vertikalt pr. gruppe, og horisontalt mellom gruppene (Wibeck, 2000). Jeg valgte å starte hvert trinn i den systematiske tekstanalysen med vertikal analyse av prosjektgruppa, fordi denne gruppa var nærmest problemstillingen. Den andre gruppa ble analysert vertikalt på bakgrunn av funn i den første gruppa, fordi denne gruppa ikke hadde deltatt i selve DCM-prosjektet. Deretter ble gruppene sammenlignet for å se etter felles erfaringer og meninger, samt få besvart problemstillingen og forskningsspørsmålene. Til slutt analyserte jeg det individuelle intervjuet med avd.spl. trinnvis i analysen, og hadde særlig fokus på utsagn fra fokusgruppenes utsagn for å bekrefte eller avkrefte betydningen av disse.

Jeg har valgt å følge hovedtrekkene i Kvaales (2001) analysemetoder og bruk av meningsfortetting. Hans analyse baserer seg på å utvikle mening i intervjuene gjennom å forstå og tolke intervjupersonenes beskrivelser om ulike fenomener og finne nye perspektiver på disse. De uttrykte meningene fortettes mest mulig for å kunne analyseres og bli tolket frem mot mer og mer grunnleggende betydninger av studiens hensikt.

Man starter med gjennomlesing av alle utskriftene uten å systematisere noe av teksten for å få en helhetsfølelse av teksten. Jeg valgte å notere ned mine inntrykk i stikkordsform, slik som pasientfokus, bevissthet, refleksjonsbehov, selvtillit, lite samarbeid, læring, pleietyngde, ledelse, lite tid, pleiekultur. Dette ga meg en oversikt over materialet.

Deretter må man lete etter mening og bestemme de meningsbærende enhetene i materialet, og det er nå materialet blir dekontekstualisert. Jeg valgte å trekke ut meninger fra intervjupersonens utsagn og forkorte disse slik at den umiddelbare meningen kommer frem i såkalte kondenserte meninger på bakgrunn av forskningsspørsmålene, i meningsbærende enheter.

Jeg tok for meg intervju for intervju, og ga de to fokusgruppene kallenavn: prosjektgruppa (som deltok i DCM-prosjektet) og arbeidsgruppa (som ikke deltok).

Selv om prosjektgruppas erfaringer var mest relevante for studien har jeg vært på jakt etter beskrivelser og fenomener fra hele avdelingen. Denne fremgangsmåten valgte jeg fordi gruppene i utgangspunktet var så ulike i sin homogenitet. Prosjektgruppas opplevelser og meninger var viktige for grunnlaget i den systematiske analysen på jakt etter fenomener rundt langtidserfaringer med DCM-prosjekt. Det var enkelte ting som arbeidsgruppa beskrev, men som prosjektgruppa ikke var opptatt av, og det har jeg tatt med for å fremheve forskjellene mellom gruppene. Til slutt ble avdelingsleders utsagn gjennomgått

For å gi meg oversikt, samt identifisere hvor de enkelte meningsbærende enhetene ble hentet fra, lagde jeg et nytt dokument med 2 store kolonner. Den fortattede teksten ble satt inn i den ene kolonnen. I den parallelle kolonnen utviklet jeg meningsbærende enheter til hvert utsagn, en setning pr. mening, som vist i tabell 2. Hver meningsbærende enhet ble nummerert for å se sammenhengene fra originalmaterialet senere.

Tabell 2:

Eksempel på utvikling av meningsbærende enheter

| <i>Forskningsspørsmål: Hvordan har DCM påvirket fagutøvelsen rundt personsentrert omsorg?</i> | |
|---|---|
| Fortettet tekst: | Meningsbærende enheter |
| <p>F: Har det skjedd en styrking av den personsentrerte omsorgen?</p> <p>b) Ja.</p> <p>a) Ja, jeg vil absolutt si det, men det var jo på god vei, eller det var jo her før A M Rokstad var her. Det er blitt forsterket etter at hun var her. Hvis jeg en dag bruker for mye tid på rydding, for eksempel på lintøyrommet og på lageret, får jeg dårlig samvittighet og føler at jeg gjør en dårligere jobb når jeg ikke er inne på stua og sitter sammen med beboerne. Men <u>før</u> var det jo mer sånn at du hadde en følelse av at det ikke var verdsatt den jobben når du satt i ro med beboerne.</p> <p>c) Det med bevisstheten, det var jo ingen tverrvending.</p> <p>a) Men vi er mer klar over det og fikk satt ord på det den gangen.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jeg mener at avdelingen har fått styrket personsentrert omsorg nå. ▪ Vi hadde pasientfokus tidligere også, men det er absolutt blitt styrket gjennom DCM. ▪ DCM førte til en bevisstgjøring rundt pasientfokus. ▪ Vi fikk også satt mer ord på pasientfokus gjennom DCM. |

Alle meningsenhetene ble deretter kopiert inn i nytt tekstdokument og skrevet ut. Hvert intervjuas meningsenheter hadde sin skriftstil slik at jeg kunne skille de 3 intervjuenes meningsenheter fra hverandre når de skulle grupperes i senere temagrupper. Inspirert av Krueger og Caseys (2000) «Long-Table Approach» valgte jeg nå å klippe alle meningsenhetene fra hverandre i strimler for kunne sette de sammen med tilhørende meningsenheter, på tvers av intervjuene. Dette ble et

omfattende arbeid, men jeg opplevde å utvikle en oversikt over de ulike meningsenhetene i det videre analysearbeidet.

I denne fasen forsøker forskeren å fortette de uttrykte meningene og kondensere mer grunnleggende betydninger av meningsenhetene (Kvale, 2001). De oppklippede meningsenhetene ga meg anledning til å kunne flytte dem rundt - på leting etter sentrale tema, som de kunne grupperes i. Først ble de ulike gruppene av meningsenheter gruppert etter innhold. Disse gruppene av meningsenheter med beslektet innhold ble fordelt inn i sentrale tema for studien. Noen av disse gruppene endte opp med å ha svært få meningsbærende enheter. Noen ble da, etter ny analyserunde, tatt inn under andre temagrupper, og noen ble lagt vekk fordi de allikevel ikke hadde god nok relevans for problemstillingen. Inndeling av meningsenheter ble notert til «førsteintrykkskoder», eller tema, for å fordele innholdet og skape oversikt i materialet (Patton, 2002). Meningsenheter som hørte sammen under samme tema ble klistret sammen på hvert sitt ark, og jeg satt da med ca 15 meningsgrupper.

Bruk av problemstilling og forskningsspørsmål ble sentrale i denne analysefasen sammen med min faglige forståelse. Jeg lette etter sammenhenger i materialet ved å tolke meningsinnholdet. Å tematisere de sentrale meningsenhetene ble gjort gjennom flere runder. Avdelingsleders meningsenheter ble satt inn i de ulike temaene for å bekrefte eller avkrefte meningsuttrykk i de sorterte gruppene. Jeg tok med noe som bare var aktuelt for denne pga. lederrollen som ble plassert i en egen gruppe, som f.eks. oppfølging fra ledernivåer over avdelingen.

Etter at kodegruppene er bearbeidet må forskeren abstrahere mening i de ulike gruppene. I denne fasen sorteres «temagruppene» i subgrupper. Her vil ulike forskere komme frem til ulike subgrupper hvis flere deltar i analysen ut fra sitt faglige ståsted (Kvale, 2001). Min forforståelse vil påvirke hvordan jeg fortolker innholdet i de ulike temagruppene og grupperer disse i subgrupper. Jeg valgte i denne fasen også å legge bort noen tema, som var sammenfallende med funn i Rokstads (2008a) studie fordi de ikke ville gi min studie nye funn. Det som ikke falt naturlig inn ble vurdert nøye før

det ble forkastet. Materialet ble gransket i en åpen, hermeneutisk fortolkende analyse for å se etter mønstre i materialet.

I denne fasen satt jeg med 10 subgrupper, som nå kalles subkategorier. Nå valgte jeg på nytt å klistre sammen relevante, utklippede meningsbærende enheter for hver subkategori fordelt på 10 ark for å få oversikt over materialet. Disse arkene ble lagt utover «det lange bordet» og øverst på hvert ark sto subkategori oppført. Det er den enkelte subkategori som er gjenstand for selve analysen (ibid). Navnet på hver subkategori ble også skrevet på post-it lapp og hengt opp på veggen. Denne delen av analysen kalles rekontekstualisering, fordi materialet skal settes sammen ut fra nye sammenhenger i materialet slik forskeren tolker disse.

Jeg brukte flere uker på å studere sammenhengene mellom alle subkategoriene, også ved å bruke utvalgte teorier til studien for å forstå sammenhengene bedre. Dette var en tidkrevende, men spennende, del av analysen med mye endringer underveis. Noen subkategorier ble slått sammen med andre, og noen ble fjernet da de ikke inneholdt nye funn. Dette fikk også tydeligere frem spenninger i materialet.

Til slutt ble funnene i de endelige subkategoriene beskrevet i en tekst på bakgrunn av analysen. I disse beskrivelsene er det viktig å være lojal mot intervjupersonene og det opprinnelige intervjuet, samtidig som leseren skal få innsikt og tillit (Polit og Beck, 2004). Nå ble alle bitene satt sammen igjen og presentert gjennom tolkning av meningene i subkategoriene.

Avslutningsvis ble tilhørende subkategorier sammenfattet med en felles overskrift, og det endte opp med 3 subkategorier til hver kategori, og funnene presenteres i neste kapittel.

Arbeidet mot inndeling i subkategorier og kategorier for å se etter mønstre har gått frem og tilbake i hele analyseprosessen, noe som er helt vanlig i den fleksible, kvalitative forskningsprosessen. Resultatet er blitt en fortolkende beskrivelse basert på min forforståelse av de studerte fenomener ut fra meningssammenhenger i empirien (Thagaard, 2003). Tabell 3 viser hvordan prosessen har gått fra fortettet

tekst frem til kategori, og eksempelet viser meningsenheter, som het det samme som kodegruppe, før subkategori ble definert.

Tabell 3:

Eksempel på utvikling fra fortettet intervjuetekst til endelig kategori

| <i>Forskningsspørsmål: Hvilke langtidserfaringer har personalet etter DCM-prosjektet?</i> | | | |
|---|---|---|--|
| Fortettet tekst | Meningsbærende enhet | Subkategori | Kategori |
| <p>b) Ja. Jeg føler jo litt på det at vi er ett team og har veldig god dialog, har de samme interessene, felles tenkemåte. Innblanding med X-gruppa blir litt vanskelig. Jeg blander meg inn, men du kan jo ikke komme helt på kant heller, men finne balansen.</p> <p>c) Det hadde vært litt annerledes hvis alle sammen hadde vært med.</p> <p>a) Jeg tror det hadde vært positivt.</p> | <p>Jeg føler at vi har felles tenkemåte i vårt team, og innblanding med den andre gruppa blir litt vanskelig.</p> <p>Jeg opplever at de på X-gruppa ikke vil ta imot råd fra oss.</p> <p>Samarbeidet mellom gruppene ville vært annerledes og positivt hvis alle hadde vært med i prosjektet.</p> | <p>Sterk gruppekultur med «stamme-språk»</p> | <p>Hvordan DCM påvirket prosjekt-gruppa</p> |

Jeg har gått tilbake til de opprinnelige intervjuene flere ganger for å sikre at jeg har holdt meg til materialet hele veien, som et ledd i å validere analyseprosessen.

4.6 Verifisering av studien

Forskeren må alltid spørre seg om det fortolkede materialet forteller en sannhet når man skal vurdere reliabilitet og validitet (Kvale, 2001; Polit og Beck, 2004).

Litteraturen beskriver ulike meninger rundt hvilke begreper som er riktigst å bruke

når datakvaliteten skal beskrives og begrunnes (ibid; Fontana og Frey, 2000; Patton, 2002; Thagaard, 2003).

Kvale (2001) mener at verifisering av kunnskap ofte er knyttet til begrepene reliabilitet, validitet og generaliserbarhet. Thagaard (2003) mener derimot at konsistens, som knyttes til reliabilitet, ikke er krav i kvalitativ forskning fordi forskeren ikke kan få de samme resultatene ved gjentatte studier. Dette skyldes bl.a. at forskeren bruker seg selv om instrument i relasjon med intervjupersonene for å oppnå gode, fyldige data, som beskriver fenomener og erfaringer. Jeg velger å bruke begreper som gjentas mye i den kvalitative metodelitteraturen, og som også anbefales av de legendariske kvalitative forskerne Lincoln og Guba som en «gullstandard» i vurderingen av «trustworthiness» (Kvale, 2001; Polit og Beck, 2004). Jeg støtter meg til Thagaard (2003), som også bruker de anbefalte begrepene troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet når den kvalitative studiens kvalitet skal vurderes.

4.6.1 Troverdighet

Studiens troverdighet handler om at leseren skal tro på det jeg har kommet frem til i min studie gjennom presentasjon av dataenes kvalitet. Jeg har redegjort for min forforståelse som fagperson. Jeg kjente ikke intervjupersonene i forkant av intervjuene, og jeg har beskrevet hvordan disse ble rekruttert. I en kvalitativ studie er forskeren selv det viktigste instrumentet og denne er i relasjon med intervjupersonene. I tillegg finnes det ikke fastlagte kriterier for å bekrefte troverdighet, og Thagaard (2003) mener at forskeren derfor må argumentere for denne. Jeg har derfor grundig beskrevet fremgangsmåten i min dataanalyse og vist med eksempler slik at leseren har kunnet følge prosessen. Min analyseprosess er basert på en analyselogg jeg skrev under dataanalysen, som dannet grunnlag for beskrivelse av metode og tekstanalyse i denne forskningsrapporten.

4.6.2 Bekreftbarhet

Bekreftbarhet er knyttet til tolkningen av resultatene (Thagaard, 2003). Jeg har beskrevet hvordan jeg har samlet inn data ved å få til så gode intervjuer som mulig. Gjennom forskningsprosessens intervjustadier kan forskeren uforvarende påvirke sine data ved f.eks. ledende spørsmål, og man kan gjøre feiltolkning av lydbånd ved transkripsjon. Jeg foretok alle intervjuene selv og var nøye med hvordan jeg stilte spørsmålene underveis. Krueger og Casey (2000) påpeker betydningen av at forskeren selv foretar fokusgruppeintervjuene fordi ca 20 % av innholdet i intervjuene handler om hva som skjer i rommet, og dette ble fanget opp av sekretærens notater, som jeg flettet inn i transkripsjonen. Jeg transkriberte materialet selv rett etter intervjuene for å gjøre det så nøyaktig som mulig mens jeg ennå hadde stemningen friskt i minnet, og jeg sammenlignet transkribert tekst og båndopptak flere ganger for å sjekke at lyd og tekst stemte.

I analysen har jeg vært systematisk i gjennomgangen og har brukt prosjektgruppa som utgangspunkt i analysens ulike faser. Problemstilling og forskningsspørsmål har blitt brukt aktivt gjennom hele prosessen. Som beskrevet over har jeg redegjort for hvordan jeg har kommet frem til mine funn, samt at jeg har anvendt teoretisk forankring av studien i den siste, deduktive analysedelen. Jeg har også erkjent svakheter ved design og metode under beskrivelse av studiens begrensninger.

Jeg har også vært bevisst på at jeg grunnet begrenset erfaring med kartleggingsverktøyet DCM kunne latt meg påvirke av DCM-manualens beskrivelse av verktøyets fortrefelighet. Gjennom min analyse har jeg kommet frem til kritiske vurderinger av instrumentet, som vil bli diskutert i kap. 6. En annen utfordring er at jeg som avdelingssykepleier på demensavdeling i mange år lett kan ta på meg «lederbriller» og tenke tiltak når intervjupersonene beskriver problemer. Dette har jeg et par ganger tatt meg selv i og sjekket materialet for slike vurderinger. Uten kritisk refleksjon i hele prosessen kan dette påføre forskningen *bias* (skjevheter) (Polit og Beck, 2004). Jeg har tidlig i studien redegjort for min bakgrunn og har svært godt kjennskap til fagmiljøet, som har gitt meg et godt grunnlag for å forstå de studerte fenomenene.

Thagaard (2003) advarer om at man da også kan overse det som er forskjellig fra egne erfaringer. Dette har jeg også vært oppmerksom på fordi jeg har så lite erfaring med DCM og har prøvd å være tro mot det utforskende og beskrivende designet.

4.6.3 Overførbarhet

Thagaard (2003) beskriver at det er selve fortolkningen av data som gir grunnlag for overførbarhet, fordi man i kvalitative studier ikke kan generalisere. Forskeren må argumentere for om det som presenteres innenfor rammen av prosjektet også kan brukes i andre sammenhenger. Fortolkningen av data satt sammen med forståelser kan forklare funnene i en videre forståelsesramme og dermed gi overførbarhet for leseren. I min studie er f.eks. bruk av endringsteori valgt for å tydeliggjøre mine funn rundt utviklingsprosjekter i en travel sykehjemsavdeling.

Overførbarhet kan også knyttes til gjenkjennelse (ibid). Lesere av denne studien som har erfaring og godt kjennskap til sykehjems kulturer vil gi lesing av mine funn en dypere mening gjennom sin tolkning av beskrivelsene. En annen leser kan kjenne seg igjen fordi den har erfaring med prosjekter i sykehjemsavdelinger ift. endringer, samarbeid og læring i arbeidsmiljøet.

4.7 Forskningsetiske hensyn

Gjennom hele forskningsprosessen må man være oppmerksom på mulige etiske dilemmaer (Kvale, 2001; Thagaard, 2003). Helsinki-deklarasjonen er internasjonalt vedtatte retningslinjer for forskning og gir klare regler for hvordan personer skal ivaretas gjennom forskningsstudier. Alle intervjupersoner ble informert godt om studien og godkjente sin deltakelse gjennom skriftlig informert samtykke. Ved intervjuoppstart spurte jeg om noen ønsket å trekke seg.

Videre er det forskerens ansvar å ivareta konfidensialitet, dvs. anonymisering, slik at intervjupersonene skal føle seg ivaretatt når funnene publiseres (ibid; Polit & Beck,

2004). Jeg har anonymisert data og gitt nye betegnelser der jeg har tatt utsnitt fra transkripsjonene over til min mastergradsoppgave. Anonymitet kan være en utfordring i det relativt oversiktlige fagmiljøet om aldersdemens i Norge, fordi DCM fortsatt er lite anvendt i systematiske studier. Dette ble intervjupersonene gjort oppmerksomme på i det informerte samtykket. Båndopptakene ble slettet etter endt dataanalyse.

I fokusgruppeintervju må forskeren ta i betraktning at gruppedynamikken kan være til hinder for at enkeltmedlemmer tør uttrykke meninger på tvers av fellesskapet eller sensitive ytringer/intime forhold (Krueger og Casey, 2000; Kvale, 2001). Både sekretæren og jeg opplevde en trygg og åpen stemning under alle intervjuene som la grunnlaget for å få gode beskrivelser av intervjupersonene. Intervjupersoner er også sårbare fordi de intervjues ansikt til ansikt, som kan medføre usikkerhet for å svare på alle spørsmål. Dette var jeg oppmerksom på og prøvde å skape så trygg stemning som mulig under intervjuene og ufarliggjøre situasjonen.

I analysen tolker forskeren sine data ut fra sin forståelse av de studerte fenomenene og meninger og vet i utgangpunktet ikke hva tolkningen fører til. Det er forskeren som er ansvarlig for tolkningen (Kvale, 2001; Thagaard, 2003). Jeg kom utenfra avdelingen jeg har samlet data fra og har fortolket mine data på bakgrunn av studiens hensikt og min forforståelse. Dette kan sikkert oppleves som annerledes enn hvordan intervjupersonene opplever som sin livsverden. Jeg kan også risikere at mine funn virker ukjente og eventuelt kan skape provokasjon. Dette er jeg fullstendig klar over og prøver å vise at jeg forstår intervjupersonene og tar vare på dem. For å få til det har jeg brukt flere teorier som redskap i mine tolkninger for å skape en nyansert teoretisk forståelse (Thagard, 2003). Jeg har også i mine beskrivelser prøvd å være tydelig på at det er systemer som skaper skjevheter, ikke intervjupersonene.

Funnene drøftes i kap. 6 der jeg gjennom bruk av teori og annen litteratur diskuterer sammenhengene i mine funn.

5. PRESENTASJON AV FUNN

Datamaterialet er analysert gjennom bruk av problemstilling, de tre forskningsspørsmålene og teoretisk forankring av studien. Gjennom et grundig og systematisk analysearbeid var det to hovedkategorier som utkrystalliserte spenninger i materialet:

- Hvordan DCM påvirket prosjektgruppa
- Hvordan DCM påvirket arbeidsgruppa

Selv om prosjektgruppa er hovedfokus for denne studien, ble det i analysen naturlig å dele funnene inn i begge gruppenes opplevelser av langtidserfaringer, fordi disse viste seg å være svært ulike. Dette ble de to hovedkategoriene. Prosjektgruppa bød på flest funn, slik figur 5 viser de 4 underkategoriene. Arbeidsgruppa ble analysert frem til 2 underkategorier.

Funnene presenteres gjennom å gi en tolkning av hovedtrekkene i meningsenhetene. Analysen viser spenninger og motsetninger i materialet, og valg av sitater brukes for å vise karakteristika ved det som ble sagt. Utfyllende ord slik at leseren kan forstå sammenhenger i sitatene har jeg satt inn i parentes. Etter presentasjonen av alle underkategorier presenteres en overordnet fortolkning av analysen, som er hovedfunnet i empirien.

5.1 Kort beskrivelse av sykehjemmet der studien ble gjennomført

For å gi leseren litt bedre bakgrunnsinformasjon innledes det med å informere om konteksten studiet er gjennomført i. Sykehjemmet ligger i en norsk småby og har de siste 10 årene jobbet mye med endringer for å forbedre omsorgen. Det er 70 døgnplasser fordelt på 4 avdelinger, 16-19 pasienter pr avdeling.

I den aktuelle avdelingen har det vært jobbet med holdninger og personfokus over flere år, initiert av avdelingsleder på bakgrunn av at avdelingen ble vurdert som preget av dårlige holdninger. Hele avdelingen har jobbet mye holdninger og de beskrev arbeidet som vellykket. Dette var lenge før DCM-prosjektet. Mange, inklusive lederen, mener at den personsentrerte omsorgen er blitt meget fremtredende i denne avdelingen. Det ble heller ikke observert noe negativ sosialpsykologi fra personalet under DCM-kartleggingen (Rokstad, 2008a).

Avdelingen, en skjermet enhet for personer med demens, er delt i 2 atskilte pasientgrupper på 8-9 pasienter, hver med tilhørende personalgruppe, omtrent like store. Det ble ikke sagt noe om at pasientgruppene var ulike i forhold til pleietyngde. DCM-prosjektet kom i gang ved at avdelingsleder i sin tid ble spurt av sykehjemmets fagutviklingspsykepleier om de ville delta i forbindelse med en ekstern masterstudieforespørsel.

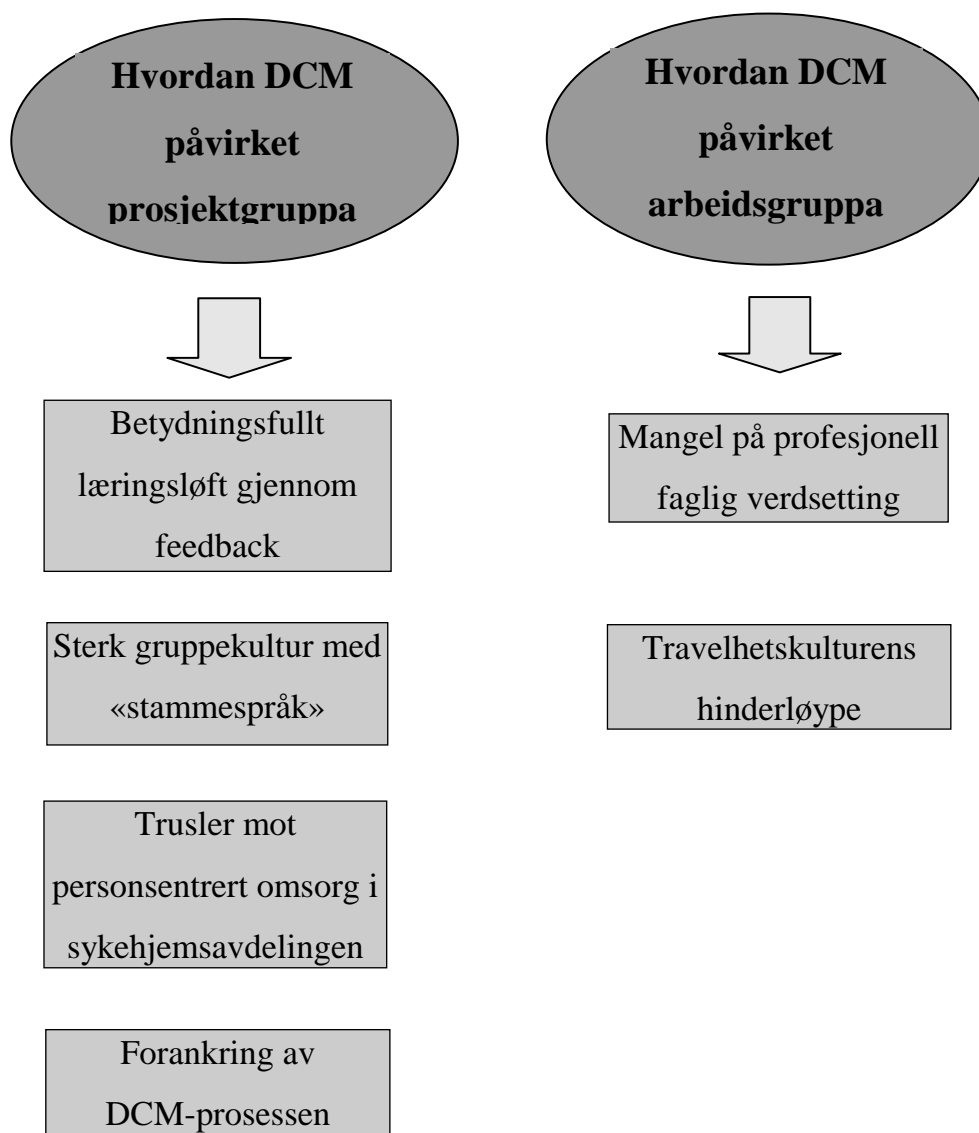
Det er viktig å huske at det var kun den ene gruppa, kalt *prosjektgruppa*, som deltok direkte i DCM-prosjektet. Den andre personalgruppa deltok ikke i prosjektet og var lite involvert i prosjektet, kalles derfor *arbeidsgruppa*. Denne betegnelsen er gitt kun for å skille gruppene fra hverandre i min studie, og har ingen ting med måten de jobber på i det daglige.

5.2 Presentasjon av hovedkategorier og underkategorier

De 6 funnene kan settes opp i en figur, som vist i figur 2 på neste side, for å få en oversikt over materialet. Kategorier i ovaler og underkategorier i rektangler.

Figur 2:

Kategorier og underkategorier



5.3 Hvordan DCM påvirket prosjektgruppa

5.3.1 Betydningsfullt læringsløft gjennom feedback

Prosjektdeltakerne uttrykte læring gjennom DCM-prosjektet ved at de ble bevisstgjort på hva de gjør i den daglige omsorgen, og hvordan deres handlinger, og evt. mangel på handlinger, påvirker pasientene i det daglige. Gjennom feedback fra kartleggingen ble de vist grafer og oversikter over aktiviteter og pasientenes tidsbruk på ulike

aktiviteter. Dette bevisstgjorde dem hvilke pasienter som ikke opplever noen form for stimulering på lang tid, noe som er u hensiktsmessig miljøbehandling. En av dem ble derfor veldig bevisstgjort på viktigheten av regelmessig å ta kontakt med de stille pasientene.

«I alle fall ble jeg mer bevisst på hvor viktig det var at vi tok kontakt med pasienten selv om pasienten var stille. For i en travel hverdag er det jo den som er mest urolig og som trenger mest oppmerksomhet som får mest oppmerksomhet, og så sitter andre rolig og sover og vil vel bare sitte der. Det er jo viktig at den personen også får noe, for eksempel en kontakt minst hver halve time, selv om han er rolig.»

Prosjektgruppedeltakerne mente at gode tilbakemeldinger på DCM-kartleggingene hadde forsterket det gode pasientfokuset. En av dem var overbevist om at hun var blitt dyktigere i jobben etter å ha deltatt i DCM-prosjektet gjennom å få tydelige tilbakemeldinger om pasientenes humør og engasjement i ulike aktiviteter via grafer og tall:

«Jeg er helt overbevist om at det gjør noe med min måte å være sammen med pasientene på. Jeg er blitt enda tryggere i min rolle og at jeg kanskje ser enda mer det individuelle i hver pasient.»

De fikk mye bekreftelser fra kartleggeren, også på de små tingene som ikke er planlagt, men som gjøres impulsivt fordi det føles riktig og som de fortalte er viktige for pasientenes opplevelser for å bli sett. DCM-kartleggeren ble oppfattet som faglig dyktig og dermed betydningsfull for prosjektdeltakerne, og hun ga personalet mye ros, som stimulerte utvikling av selvtillit. DCM-kartleggingene viste høy skår for pasientene allerede ved første kartlegging, og ennå høyere skår ved neste kartlegging, noe de uttrykte mye stolthet over. De hadde konkret erfart at små endringer i fellesarealene ga positive effekter på pasientene, og betydningen av de små detaljer overfor den enkelte pasient.

«Det vi selv følte på var at vi ble mye mer bevisst på mange av de tiltakene og handlingene vi gjorde. Vi fikk bekreftelse på at det vi gjorde var faktisk rett, og det styrket.»

Flere av dem opplevde de små situasjonsbeskrivelsene i DCM-kartleggingene, der kartleggeren beskriver positive relasjoner mellom personale og pasienter i DCM-rapporten, som svært meningsfull og givende tilbakemelding. Disse beskrivelsene opplevde personalet som helt konkret ros da de kjente igjen situasjonen, særlig hvis de hadde deltatt selv.

«Jeg kan godt lese grafer og sånt, det har jeg alltid gjort, men det var disse små historiene som ga meg mest.»

Avdelingsleder mente at DCM-verktøyet har vekket personalet ift. hva pasientene trives med, og at man gjennom tilbakemeldinger må finne ut av situasjoner og opplevelser gjennom erfaringer og utprøvinger. Hun var opptatt av hvor viktig det er å reflektere over sine handlinger, samt å bruke hverandres kompetanse, noe som også personalet var opptatt av. Alle mente at det i hverdagen tas høyde for å prioritere å ta noen minutter ved behov for å kunne diskutere konkrete pasientsituasjoner.

Avdelingsleder var opptatt av å tilrettelegge for dette i hverdagen, både gjennom faste møteplasser, som de hadde, samt når behovet meldte seg i det daglige arbeidet.

«Fordi å få reflektert over ting som på en måte bare går av seg selv er viktig. Og det er klart at det er viktig i denne omsorgen at en ikke bare går, men at man har tid til å reflektere og tenke over ting som gjøres og lære av hverandre.»

Samlet sett uttrykte prosjektdeltakerne mye faglig trygghet i sine daglige handlinger. De fikk bekreftet sin faglige dyktighet gjennom systematisk feedback i DCM-prosjektet fra den betydningsfulle kartleggeren. Den faglige læringen tolkes som fortsatt å ha effekt på omsorgsutøvelsen.

5.3.2 Sterk gruppekultur med «stammespråk»

Prosjektgruppa var preget av stolthet og selvtillit under intervjuet. Ved å bli kartlagt hadde de blitt grundig observert og vurdert, og fått bekreftet gjennom målinger og gjennom gode tilbakemeldinger av kartlegger hvor flinke de er. De ble vurdert som dyktige. Internt i gruppa hadde de det aller best på jobb når bare prosjektdeltakerne jobbet sammen. Da flyter alt, det er trygt og godt, de kjenner hverandres måte å jobbe

på, og de vet at måten de gjør tingene på verdsettes. De var enige om at de hadde fått et sterkere samhold etter DCM-prosjektet, og selvfølelsen hadde økt etter alle de gode tilbakemeldingene de fikk fra den betydningsfulle kartleggeren.

«Har fått litt ord på oss og på pasientene og det som skjedde mellom oss med pasientene. Det var en ganske sterk opplevelse, og disse tilbakemeldingene og bekreftelsene på det vi gjorde ga meg i alle fall litt selvtillit.»

Prosjektdeltakerne uttrykte klart at de opplevde det som betydningsfullt og trygt å jobbe sammen med kollegaer som nærmest intuitivt forstår hvordan *de* jobber i hverdagen. Denne eksklusiviteten ble bekreftet av en som sa at teamet hadde felles tenkemåte, noe som gjorde det trygt og godt å jobbe, og at alt da «flyter så fint». Dette kan forstås som at de har utviklet et slags «stammespråk» i gruppa, som gjorde samholdet godt og sterkt og ga god flyt i hverdagens arbeid. En konsekvens av et så sterkt samhold kan være at samarbeid med personer utenfor denne gruppa kunne oppleves som litt problematisk, noe flere av dem uttrykte.

«Du kan si at du blir nesten litt mer glad i de småtingene som du vet du gjør som er riktig. Og derfor er det nesten sånn at det er bedre å jobbe med folk som har vært borti dette, som er kjente.»

Samlet uttrykte prosjektgruppa en utvikling av mye faglig trygghet og en sterk bevissthet på hvordan de skulle jobbe personsentrert *sammen*. Dette videreutviklet seg til en svært sterk gruppekultur med et «stammespråk» som styrket gruppas selvtillit.

5.3.3 Trusler mot personsentrert omsorg i sykehjemsavdelingen

Pasientene ble av personalet beskrevet som stadig mer pleiekrevende, både somatisk og kognitivt, og pleierne vurderte dem som å ha mindre glede av fellesaktiviteter enn det de hadde hatt under DCM-prosjektet. Alle i prosjektgruppa mente at pasientene nå for tiden ikke hadde så mye glede av gruppeaktiviteter, men at de heller hadde mer glede av én-til-én-aktiviteter. Flere av pasientene var så dårlige at de ønsket å være på rommet sitt, og pleierne gikk til og fra for tilsyn. Dette ble opplevd som tidkrevende, og en av pleierne syntes at det gikk ut over hele pasientgruppa. En annen mente at dette gikk ut over personalets tilstedeværelse i fellesarealene.

«Det heter seg jo det at vi skal alltid være ett personale i felleslokalet eller på stue/kjøkken, men det er fryktelig vanskelig å få gjennomført. For vi har mange som trenger ennå mer hjelp nå enn da, så ofte må vi kanskje være to i stell eller i stå-opp-situasjoner, vi må gå fra og noen trenger følge til rom og vi må gå tilbake til rommet for å se om de har det bra.»

Prosjektgruppa har fått en bekreftelse på sin dyktighet innen personsentrert omsorg, og de beskrev gjerne hvordan kompetansen kom til uttrykk. Flere av dem mente at det var vanskelig å få tid til å gjennomføre alle personsentrerte tiltak som er skrevet inn i pleieplanene fordi flere av pasientenes hadde store pleiebehov nå. Økt pleiebehov for pasientene, som at de måtte gå 2 pleiere sammen i stell, utviklet den fysiske omsorgsutøvelsen som mer tidkrevende for personalet, og flere personsentrerte tiltak ble vanskeligere å gjennomføre. Men intensjonen om å etterkomme pasientenes ønsker var absolutt tilstede, illustrert ved følgende utsagn:

«Det tiltaket på akkurat han er jo personsentrert, han har uttrykt behov for det og han pleide å gå tur hver formiddag og ettermiddag og se på Hurtigruta. Det er litt vanskelig å få til nå, det er jo det behovet han har. Det er jo kommet med i planen.»

Prosjektgruppa opplevde at mer pasientoppfølging fikk konsekvenser for å gjennomføre personsentrerte tiltak. Det ble store sprik mellom innhold i personsentrerte tiltaksplaner og faktisk gjennomføring av tiltak, noe som kan tolkes som en reell trussel mot å kunne gjennomføre personsentrert omsorg i alle handlinger.

5.3.4 Forankring av DCM-prosessen

Avdelingen ønsket å delta i prosjektet selv om det bare var plass til bare én pasientgruppe, og dermed også bare én personalgruppe. I etterkant så avdelingsleder at hele personalgruppa burde blitt gitt denne utviklingsmuligheten, særlig med tanke på økt bevisstgjøring og fagutvikling for hele avdelingen.

Prosjektgruppedeltakerne var svært glade over å ha fått den kunnskapen og bevisstgjøringen de hadde gjennom DCM-prosjektet. De skulle ønske at hele avdelingen hadde deltatt, noe som hadde styrket samarbeidet mellom personalgruppene til fordel for hele avdelingen. Flere av dem mente at involvering av

hele personalgruppa i avdelingen i DCM-prosjektet faktisk må forankres hos ledelsen, og at det må fattes beslutning om hvordan kartleggingsverktøyet skulle brukes.

«Så det må på en måte komme litt ovenfra, vi og avdelingssykepleier eller kanskje ennå lenger utenfra for å kunne takle det... Det er et eller annet.»

Avdelingslederen sa at hun ikke hadde fått støtte til prosessen fra ledernivåer over seg med tanke på oppfølging av DCM-prosjektet. Avdelingslederen var svært tydelig på at slike prosjekter må være forankret høyere opp enn avdelingsledernivå i det kommunale systemet, slik at det også kan settes av penger til å utdanne kartleggere, og for å kunne sette DCM mer i system. Hvis ikke vil prosjekter lett kunne stoppe opp og drukne i nye oppdrag som skal gjennomføres i en hektisk hverdag.

«...Det burde jo ha vært med i en opplæringsplan, om du kan si det, i kommunen... Altså hadde kommunen prioritert det, så kunne jo én i kommunen ha tatt det.»

Det kan tolkes som om DCM-prosessen ikke passet inn i de kommunale planene for utvikling av sykehjemmet på andre områder slik at det måtte konkurrere med andre prosjekter i kommunal regi. Det kunne i den forbindelse være fristende å utforske kulturen for å ivareta endringsprosesser på ledernivåer i det kommunale systemet, men det er utenfor denne studiens rammer.

Avdelingsleder opplevde å ha sin tid i skvis, fordi det var mye som skulle passes på og følges opp, i tillegg til at også nye prosjekter skulle gjennomføres og følges opp. Hun bekreftet at det var mye som stjal tiden hennes i hverdagen til å kunne klare å følge opp DCM-prosjektet som leder i etterkant.

«...jeg kjenner jo, jeg sa det vel litt til DCM-kartleggeren den gangen også og, at vi jobber jo med det i etterkant, men det akurat det å jobbe mer med ting som har vært og du blir mer oppslukt av ting i hverdagen vi har, og...det å sette ting i system og liksom sagt at «ok, nå er det sånn og sånn og sånn» og, jeg kjenner jo på det hele tiden.»

Det må være tilgjengelige kartleggere for å kunne videreføre DCM-prosessen. For å kunne fortsette DCM-prosessen fremover, samt å bruke DCM på hele avdelingen for å involvere resten av avdelingen etter selve prosjektet, ble det et problem å ikke ha tilgjengelige kartleggere, f. eks. fra det kommunale systemet eller på sykehjemmet. Avdelingsleder mente derfor at mangel på kartleggere hindret dem i å kunne bruke DCM videre, et praktisk hinder i prosessen.

«...det praktiske, ja, det hadde jo gått an hvis en bare hadde prioritert det, det er jo ikke mange personer som kan det...Hvis det hadde vært noen på huset her som kunne det, så kunne man bare gått og kartlagt.»

DCM-prosjektet var ikke en del av systemutviklingen i det kommunale systemet, heller ikke på ledernivå. Mangel på tilgjengelige kartleggere førte til at prosessen ikke ble videreført og dermed ble ikke resten av avdelingen involvert.

5.4 Hvordan DCM påvirket arbeidsgruppa

5.4.1 Mangel på profesjonell faglig verdsetting

Intervjupersonene i arbeidsgruppa mente også at de har god fokus på personsentrert demensomsorg, de var opptatt av å følge opp ulike pasienthensyn og syntes de var flinke til det i hverdagen. For å utvikle resten av avdelingen på bakgrunn av DCM-prosjektet for prosjektgruppa valgte avdelingsleder å bruke konkrete erfaringer fra prosjektgruppa som forbedringsområder for arbeidsgruppa i håp om å spre kunnskap mellom personalgruppene. Forbedringsområdene dreide seg spesielt om å ikke stille for mange spørsmål raskt etter hverandre til pasientene, å inkludere dem i samtaler, og

å skape relasjoner rundt matbordet. Avdelingsleder var fornøyd med utviklingen så langt:

«Det med stemningen rundt bordet er vi veldig opptatt av. Det vi hele tiden må ta tak i er jo det med at personalet ikke skal snakke sammen, men at det er pasientene som skal dras inn i samtalen. Så den tiden rundt bordet har også økt på den andre siden, slik at de også har sett måltidene som en ressurs for å skape relasjoner.»

Flere i arbeidsgruppa hadde bare vage opplevelser av at det hadde vært en DCM-kartlegger tilstede, og noen hadde bare hørt litt om prosjektet i forbifarten. Det beskrives varierende opplevelser av erfaringsutveksling mellom gruppene fra DCM-prosjektet, både før, under og etter gjennomføringen. Noen i arbeidsgruppa sa at de var blitt mer bevisstgjort på hvordan de bør se pasientene, som de var blitt forklart gjennom læring fra prosjektgruppas erfaringer da de ble veiledet av avdelingssykepleier.

«Det er nok med hvordan du henvender deg, ikke spør hvem-hva-hvor, sånn, at vi er flinke til å spørre «vil du ha» og så komme med 2 ting med pålegg og klær, og at du mer prøver å holde en samtale med alle rundt bordet. At du ikke satt og prata ved bordet, at ikke Linda og jeg prater om noe, men prøver at alle skal være involvert.»

Alle i arbeidsgruppa er allikevel enige om at de har lært noe nytt og blitt litt bevisstgjort gjennom veiledning fra avdelingsleder i etterkant av prosjektet. En av dem syntes hun hadde lært flere ting som hun har prøvd ut og som har vært nyttige i hverdagen. Sammenlignet med hvordan prosjektdeltakernes beskrev sin praksiskunnskap synes refleksjonen til intervjupersonen om bevisstgjøring rundt sin nye kunnskap som av en annen standard:

«For min del så har det vært litt sånn at det her, det er læring. Fått noen nye ideer som virker fra de som var med på den andre siden, og så gjør vi det samme. Ja, det funker.»

Sammenlignet med prosjektgruppas erfaringer med DCM og systematisk feedback hadde ikke arbeidsgruppa fått noen ekstern bekreftelse på sin faglige dyktighet. De var opptatt av å dele på erfaringer når de fikk til ting. De spurte gjerne hverandre om

hvordan de gjorde ting og gav hverandre tilbakemeldinger, noe som kan forstås som en slags hverdagsbekreftelse blant kollegaer. Slike bekreftelser av hverandre sa de ble gjort fortløpende i det daglige arbeidet, og de var opptatt av å gi ros til hverandre og å få ros.

«Ja, men hvis Silje er flink til noe, så må du jo si det. Men det er mange ganger du ikke tenker på at du gir ros en gang.»

Samlet sett fikk arbeidsgruppa bekreftelser av hverandre i hverdagen, men ikke av en anerkjent fagperson eller systematisk feedback. De ble veiledet av avdelingsleder til å prøve det som prosjektgruppa hadde lyktes med. Dette hadde ikke samme effekt som for prosjektgruppa.

5.4.2 Travelhetskulturens hinderløype

Arbeidsgruppa uttrykte mye rundt det de opplevde som problemer, slik som praktiske endringer i avdelingen som gav dem opplevelser av økt travelhet i sitt daglige arbeid, og det var bare arbeidsgruppa som uttrykte slike problemer. Flere beskrev tiden generelt som hektisk ved siden av at pasientene ble opplevd som mer tidkrevende fordi de var blitt sykere og mer pleietrengende nå enn tidligere. På begge grupper sa flere at det var for travelt og for få møteplasser på tvers av gruppene til å få til utveksling av erfaringer og å dele på kunnskap. men arbeidsgruppa forklarte manglende samarbeid med opplevd stress i hverdagen:

«Det er for hektisk i hverdagen til å få til læring mellom gruppene.»

Stille rapport var tidligere blitt innført for å ta hensyn til pasientenes omsorgsbehov i den tradisjonelle «rapporttiden» slik at neste skift skulle lese rapporter på EPJ mens personalet ivaretok pasientene og var opprinnelig foreslått av en av pleierne i prosjektgruppa i sin tid grunnet mye uro i avdelingen rundt vaktskiftet.

Avdelingsleder uttrykte tilfredshet med at den gammeldagse og tidkrevende, muntlige rapporten var fjernet av hensyn til pasientene, som nå hadde fått mer ro og mer

personale rundt seg også i vaktskiftet – som igjen beskriver avdelings verdisyn om personsentrert pasientfokus.

Det var bare arbeidsgruppa som uttrykte travelhet og stress som årsak til at de ikke rakk å lese pleieplaner og rapporter før vaktstart. Flere forklarte det med innføringen av elektronisk pasientjournal (EPJ), som alle i arbeidsgruppa opplevde som en irriterende tidstyv i hverdagen. Dette gikk særlig på tidkrevende pålogging og treghet i systemet, som ble opplevd som økt stress. Noen ville derfor tilbake til slik det var tidligere med manuell dokumentasjon, evt. bruke både elektronisk og manuell rapport for å sikre at alt de ønsket å fortelle til neste skift ble videreført. En konsekvens av stille rapport ble at de allikevel hadde en slags «snikrapport» for å oppdatere hverandre raskt i vaktskiftet.

«Og så er det et dilemma med tiden min også – skal jeg sitte på overtid å gjøre det (lese oppdaterte pleieplaner) eller skal jeg ikke? Jeg har bestemt for at jeg ikke skal gjøre det. Jeg kommer heller ikke kvart på sju for å lese rapport.»

På den annen side var de samme pleierne opptatt av at de nye pleieplanene, som var basert på Iplos-variablene, faktisk var perfekte hvis de ble fulgt til punkt og prikke - fordi pleieplanene nå var basert på medisinsk kunnskap og pasientens personlige behov. Men når pleieplanene inneholdt endringer eller hvis de innimellom jobbet på den andre gruppa med ukjente pasienter, var det flere som ikke følte seg oppdatert fordi de ikke rakk å lese pleieplanene. En pleier valgte derfor bare å plukke opp informasjon fra kollegaer fordi EPJ ble opplevd som tungvint og tidkrevende. De kjente på at manglende pleieplanlesing gikk ut over pasientoppfølgingen, fordi man ikke alltid var godt nok forberedt når man skulle bistå pasientene og utøve personsentrert omsorg. Dette indikerer et gap mellom ønsket fremtid, der personsentrert demensomsorg styrkes ved hjelp av innholdsrike pleieplaner, og virkeligheten i avdelingen, forklart ved dårlig tid og opplevelse av stress.

«Problemet (med endringer i pleieplanen) er at en ikke alltid har tid til å kunne gå inn og lese.....Jeg hadde måttet bruke lang tid på å gå gjennom hele pleieplanen (på en ukjent pasient) for å kunne yte det beste for det mennesket for at han skulle få en god dag.»

Samlet sett uttrykte arbeidsgruppa mye stressopplevelser rundt praktiske endringer i avdelingen, som ikke ble nevnt av prosjektgruppa. Noen i arbeidsgruppa endringer som en hinderløype der man valgte å ta snarveier selv med visshet om faglige konsekvensene overfor pasientene. Det kan synes som om de gjorde det for å ivareta seg selv. Det kan stilles spørsmål ved hvor godt de praktiske endringene var blitt innført og personalets eierforhold til endringene.

5.5 Overordnet fortolkning av analysen – hovedfunn:

Organiseringen av dette DCM-prosjektet fortolkes til å ha påvirket samarbeidet i avdelingen, både mellom de ansatte og på tvers av gruppene. At avdelingssykepleier, på bakgrunn av studiens inklusjonskriterier, valgte ut den ene personalgruppa til DCM-prosjektet på bakgrunn av gruppestabilitet, viste seg som ikke tilfeldig.

Medlemmene i den gruppa ble tolket som allerede å ha en god gruppeprosess. De som ble valgt til prosjektgruppe fikk anledning til å videreutvikle seg. Dermed fikk de alt: Økt teoretisk tilfang, tett oppfølging av avd.spl., veiledning og god feedback av en faglig anerkjent kartlegger, og dette styrket gruppas faglige selvtillit og læringsvilje.

Prosjektgruppa hadde også bekreftet sin endringsvillighet, som at de ikke snakket om problemer rundt praktiske endringer som EPJ, datasystemet eller innføring av stille rapport, men at de heller så dette som verktøy for å styrke den personsentrerte omsorgen. DCM-prosjektet ble svært vellykket for denne personalgruppa i avdelingen – isolert sett.

Når man derimot ser sykehjemsavdelingen i et helhetlig perspektiv med begge personalgruppene, tyder funnene på at endringsprosessen ikke ble fullt så vellykket: Styrkeforholdet mellom gruppene tolkes som å ha blitt skjevt. Gruppene hadde sannsynligvis ganske ulik endringsevne i utgangspunktet og det har vært lite læringsutveksling mellom dem. Prosjektgruppa forklarte den dårlige læringsutvekslingen med manglende tillit. Arbeidsgruppa forklarte det med travelhet.

Læringen gikk nok primært den ene veien, også ved at avdelingsleder veiledet arbeidsgruppa på bakgrunn av suksessfaktorene hos prosjektgruppa.

DCM-prosessen kan ha satt i gang prosesser som sannsynligvis forsterket ulikhetene over tid. Prosjektgruppa fikk så tydelig dokumentert sin dyktighet, mens arbeidsgruppa ikke fikk slik feedback av en betydningsfull kartlegger og ble tilskuere til prosjektgruppas suksess. Avd.spl. var veldig oppmerksom at også arbeidsgruppa måtte følges opp, og veiledet pleiegruppa i håp om å jevne ut noe av ulikheten, men det var nok lettere sagt enn gjort.

6. DRØFTING AV FUNN

Diskusjonen vil i hovedsak knyttes til to overordnede temaer rundt beskrivelser av personalerfaringer. Hvert tema tar for seg tilhørende funn, som til sammen vil belyse forskningsspørsmålene i studien. Temaene diskuteres i lys av teoretiske perspektiver og annen, relevant litteratur. Diskusjonen starter med hovedfunnet, som var skjevheter i gruppeutviklingen. Deretter diskuteres bruk av DCM, og til slutt implementering av DCM i sykehjemsavdelinger.

6.1 Utvikling av gruppekulturer og skjevhet

Denne studien viser relativt store ulikheter mellom gruppene i tolkningen av hvordan de beskriver utviklingen av sin praktiske kunnskap og refleksjoner rundt denne. Slike ulikheter kan godt ha utgangspunkt i forskjellig ståsted i forkant av et DCM-prosjekt, og de kan sees i sammenheng med at gruppemedlemmene har ulik kompetanse, ulike pleiekulturer, osv. Det synes som om flere årsaker ligger bak utviklingen.

6.1.1 Betydningen av faglig verdsetting

Et viktig funn i studien var at prosjektgruppa fikk anledning til å videreutvikle kompetanse rundt personsentrert demensomsorg, og de har hatt gode læringsprosesser seg imellom. De foretrakk å jobbe sammen med de som har deltatt i DCM-prosjektet fordi disse vet hvorfor man jobber som man gjør - i henhold til deres pleiekulturelle standard. Det kan se ut som om det har blitt sterke normer i prosjektgruppa om hvordan arbeidet skal utføres for å gi pasientene optimal omsorg. Et viktig funn i studien var opplevelse av et varig læringsløft, på bakgrunn av utelukkende god og veldig konkret feedback, som de fikk av den anerkjente kartleggeren. Denne personalerfaringen har påvirket prosjektgruppa og gitt dem økt selvtillit. De få gruppemedlemmene er blitt bærere av en hensiktsmessig pleiekultur i jobben de gjør overfor personer med demens. Pleiekulturen med dens normer (Hamran, 1992), tolkes

som hensiktsmessig når gruppa sees isolert, og pasientene blir ivaretatt som individer. Jeg velger allikevel å tolke utvikling av pleiekulturen deres, i et overordnet perspektiv, dit hen at den på sikt ikke utviklet seg hensiktsmessig når avdelingen sees som en helhet, bestående av to personalgrupper i en og samme avdeling der det må forventes samarbeid.

I den sammenheng trekker jeg inn et annet funn i studien, som var den store forskjellen mellom personalgruppene i forhold til nivå på faglige tilbakemeldinger, fordi arbeidsgruppa ikke fikk samme kvalitative tilbakemelding som prosjektgruppa fikk. I tillegg tolkes arbeidsgruppa til å ha en annen grad av endringsvilje enn prosjektgruppa, noe som også synes å påvirke hvordan arbeidsgruppa møter innførte endringer og økende pleietyngde. Sett i lys av pleiekulturell forståelse (Hamran, 1992), ser det generelt ut som om sykehjemspersonell kan slite med å løsrive seg fra en oppgaveorientert arbeidsstruktur, og dermed også fra den trygge pleiekulturen. Når kompleksiteten vokser og kontrollen blir utfordrende, viser forskning at helseutdannet personell har problemer med å dreie egen omsorgsutøvelse helt over mot personsentrert omsorg fordi det blir problematisk å kunne skille mellom personsentrert omsorgsutøvelse og forventninger fra virksomheten i forhold til å ha en effektiv drift (Müller-Hergl, 2004). «Focusing on physical care is a way of coping with an over-complex situation» (ibid, s. 19). Den relasjonelle behandlingkulturen, som Moser (2008) tar til orde for, ser ut til å være lite konkret for personalet å forholde seg til når arbeidsutfordringene blir for komplekse. Ville det ha vært forskjell på gruppene hvis begge var i besittelse av mestringsverktøy og hadde fått bekreftelse på sin kompetanse i travle hverdager?

Et viktig moment for oppbyggingen av prosjektgruppas selvtillit var betydningen av gode skår på kartleggingene gitt gjennom feedback. Sterke påvirkningseffekter av DCM bekreftes i langtidsstudien til Brooker et al (1998) som blant annet konkluderer med at «DCM is an audit tool which is powerful at bringing about change within service systems» (ibid, s. 69). I DCMs undervisningslitteratur advares det om verktøyets sterke effekt, som kartleggerne må være bevisste på (Brooker og Surr,

2007). Det kan være at påvirkninger og gode tilbakemeldinger fra DCM-prosjektet har forsterket det skjeve styrkeforholdet mellom gruppene, tatt i betraktning at prosjektgruppa allerede bar preg av endringsvilje. Det bør derfor stilles spørsmål ved forsvarligheten i å bruke DCM systematisk bare på halvparten av en personalgruppe, tatt i betraktning av at kjente og mulige påvirkningseffekter kunne oppstå i arbeidsmiljøet. Denne effekten hadde avdelingslederen ikke mulighet til å forutse, grunnet sin begrensede kjennskap til DCM. Når prosjektet heller ikke ble videreført, slik at hele avdelingen kunne delta, synes skjevheten å bli værende i avdelingen. Den skjeve gruppeutviklingen må sees som en utilsiktet virkning av DCM.

6.1.2 Utvikling av stammespråk

Den endringsvillige prosjektgruppa virket tilfredse med at de forsto hverandre så godt og uttrykte en felles tenkemåte i teamet når de jobber sammen. Deres økte selvtillit har gjort at holdninger, handlinger, tenkning og kommunikasjon pleierne imellom, i det sterke og tydelige pleiefellesskapet, kan tolkes i retning av hva bedriftskulturen kaller «stammespråk». Det positive med «stammespråk» er følelsen det gir av tilhørighet, noe som binder folk sammen, man drar lasset sammen og opplever glede sammen, mener den kjente norske foredragsholderen og reklamemannen Ingebrigt Steen Jensen (2002) når han beskriver hva som skal til for å lykkes i fellesskap. Stammespråk er et slags internspråk, og en bedrift (eller personalgruppe) som skaper stammefølelse har

...et sett av holdninger, meninger eller overbevisninger som en gruppe mennesker deler, om hvordan man skal oppføre seg mot hverandre, hvordan ting skal vurderes og gjøres, hvilke spørsmål som er viktige og svar som er aksepterte. De viktigste elementene i kulturen er ubevisste og kan ikke påtvinges utenfra – ikke engang fra en toppledelse (R.D. Stacey, sitert i ibid, s. 26).

Prosjektgruppemedlemmene beskriver opplevelse av harmoni når bare de jobber sammen. Dette gir dem følelse av fellesskap, harmoni, motivasjon og glede over jobben de gjør sammen. Utfordringen dukker opp når andre pleiere, som ikke er i besittelse av den samme kompetansen, skal jobbe sammen med dem. Eierne av

«stammekulturen» opplever dermed å utføre arbeidet som mer krevende. Pleiekulturen deres blir utfordret, og det blir mangel på «flyt i arbeidet».

Det blir mer problematisk når prosjektgruppa beskriver sine opplevelser rundt at det ikke er greit blant andre kollegaer at de sier i fra om omsorgsutøvelse de mener ikke er forenlig med det de definerer som personfokusert demensomsorg. Her vises det liten tillit mellom ansatte i de ulike gruppene, en svakhet som understrekes som viktig når man skal utvikle dialogiske prosesser for å endre sine mentale modeller (Dysthe, 2001; Senge, 2004). Mangel på tillit vanskeliggjør tilbakemeldinger og konstruktiv kritikk. I et praksisfellesskap kan fravær av tillit hindre utvikling av praksiskunnskapen fordi man ikke tør å gi hverandre konstruktiv kritikk (Molander, 1993). Og ikke minst kan det få konsekvenser for utvikling av den mest hensiktsmessige og faglig beste demensomsorgen. En slik utvikling blir et etisk dilemma og må håndteres av ledelsen.

På den annen side kan sterke gruppekulturer være positivt, og det fremheves som et suksesskriterium for å lykkes i endringsarbeider på sykehjem, ifølge den amerikanske sykepleieforskeren Jill Scott-Cawiziell (2005). Sykehjem kan utvikle seg til å bli mer endringsvillige for å stå bedre rustet til å møte fremtidens krav og utfordringer. Gruppekulturer bygges bl.a. gjennom å motivere personalet til å delta i kliniske endringer og forbedringer, og ved å oppfordre til problemløsning på lavest mulig nivå for å skape engasjement og styrke selvtilliten (ibid).

I tillegg må det skapes en kultur for utvikling i arbeidsmiljøet, gjennom å verdsette nettopp det å utsette seg for risiko for å klare å løse problemer, verdsette kreative løsninger og fleksibilitet, samt å oppmuntre personalet til å prøve ut nye ideer, slik vi gjenkjenner hos prosjektgruppa i denne studien. Det er derfor er avgjørende at sykehjemmet utarbeider planer for å få til et sterkt gruppeorientert miljø og en kultur der man tør ta sjanser for å kunne utvikle seg (ibid). Med tanke på at prosjektgruppa utviklet et «stammespråk» kunne kanskje et DCM-prosjekt i hele avdelingen ha ført til en utvikling av «stammespråk» for hele personalgruppa? Sterke gruppekulturer sees som hensiktsmessige når hele personalgruppa, gjerne oppdelt i flere grupper,

utvikler seg i samme retning mot økt kompetanse (ibid). Det må allikevel være takhøyde for at enkelte i personalgruppa kan være i ulik utviklingstakt, fordi alle har ulike endringsferdigheter (Senge, 2004).

6.1.3 Brudd med kollektive kulturer

En annen tolkningsmåte av skjevheten som utviklet seg mellom gruppene, er å prøve å identifisere det som kan kalles holdninger til fellesskapsfølelsen i avdelingen. Utviklingen av sterke gruppekulturer på amerikanske sykehjem kan antakeligvis forklares med at den preges av en annen, kanskje mer individuell pleiekultur enn den norske, mer kollektivt tenkende pleiekulturen (Hamran, 1992). Sett i lys av denne tolkningen kan brudd med den kollektive kulturen også være en forklaring på utvikling av skjevheter i denne studiens avdeling. Utviklingen kan ha ført til en slags stilltiende ubalanse og mistillit mellom gruppene. Samtidig beskriver Moser (2008) at ansatte i en og samme avdeling kan være bærere av ulike behandlingsskulturer.

Det kan tolkes som et problem for denne studiens sykehjemsavdeling at styrkeforholdet mellom gruppene utviklet seg til å bli skjevt. Når funnene sees i lys av teori og annen litteratur frigjøres nye tolkninger av sammenhenger. Min analyse av funnene søker å få frem at nye DCM-prosjekter, med bevissthet rundt pleiekulturens utfordringer samt med fokus på endringsteoriens ulike disipliner, kan løse noen av utfordringene. Målet er å få en avdeling til å dra kunnskapsutvikling om personsentrert omsorg i samme retning mot felles visjon. Det vil også kreve bevisst og dyktig ledelse slik at man klarer å se helheten i prosjektet. Flest mulig trusler og hindre bør fanges opp og forhåpentligvis kan de overvinnnes.

6.2 Bruk av DCM i sykehjemsavdelinger

Det er et økende omfang av forskning rundt personsentrert omsorg, og det er utviklet modeller for å utvikle personsentrert omsorg i sykehjemsavdelinger. Flere ulike personsentrerte modeller har vært og er under utprøving for å endre den

sykepleiefaglige tilnærmingen og omsorgsutøvelsen i demensomsorgen (Crandall et al, 2007; Edvardsson et al, 2008; McCormack, 2004; McCormack og McCance, 2006).

En annen måte å utvikle personsentrert omsorg er gjennom bruk av kartleggingsverktøyet DCM, som brukes både som endringsverktøy og som en utviklingsprosess. Denne studien har utforsket ulike personalerfaringer fra et relativt kort implementeringsprosjekt med DCM i en sykehjemsavdeling. Ulike funn er lagt til grunn i diskusjonen om hvordan DCM kan implementeres og anvendes i sykehjemsavdelinger.

6.2.1 Sykehjemsarenaer for DCM-prosjekter

Kitwoods (1999) hensikt med å utvikle DCM var å snu pleiekulturen i sykehjemsavdelinger fra uhensiktsmessig over til hensiktsmessig sosialpsykologi for at personer med demens, gjennom å få oppfylt sine psykologiske behov, kunne oppleve seg som personer med en identitet. I denne studien var pleiekulturen allerede snudd av en engasjert avdelingsleder, som tok dårlige holdninger på alvor gjennom å sette pasienten i fokus.

Det var særlig prosjektgruppa som uttrykte et eierskap til den personsentrerte omsorgsutøvelsen. Sannsynligvis er selve DCM-instrumentet en av hovedforklaringene på utvikling av den tydelige, personsentrerte identiteten deres, fremkommet som en konsekvens av både teori, feedback og veiledning og gitt ny innsikt. Men er det nok bare med DCM-verktøyet for å skape så vellykkede resultater? Det ser ut som om det kan være flere årsaker til prosjektgruppas erfaringer med et vellykket prosjekt. Deres kompetanseutvikling bør derfor analyseres på et annet plan enn kun det faglige. Gruppa er også beskrevet som endringsvillige, og det interessante er hvordan de har utviklet denne styrken som personalgruppe på sykehjem. Når deres endringsvillighet sees i lys av endringsteori hadde personalet, gjennom mange år, allerede utviklet sine mentale modeller (Senge, 2004), fordi avdelingsleder hadde bearbeidet personalets holdninger gjennom flere år. Og siden

prosjektgruppa var så preget av selvtillit i etterkant av DCM-prosjektet, hadde de også fått anledning til å jobbe mer med en annen endringsdisiplin, personlig mestring (Senge, 2004), som feedback gav mye bekreftelser på. Disse to disiplinene hadde gitt prosjektgruppa stor tro på mestring av daglige utfordringer og en kompetanse til å videreutvikle sin personsentrerte omsorgutøvelse.

På den annen side hadde jo begge grupper i avdelingen jobbet med personsentrert omsorg, og burde ha hatt samme utgangspunkt. Er det bare ulik endringskompetanse som kan gjøre en forskjell, eller kan det være andre årsaker? Arbeidsgruppa uttrykte engasjert uro rundt innførte, praktiske endringer samt en opplevelse av travelhet, som førte til mangel på kontroll over tiden deres. Når denne travelheten sees i lys av pleiekulturteori (Hamran, 1992), kan det synes som om selve stabiliteten, og dermed tryggheten og forutsigbarheten i arbeidsgruppas daglige arbeid, ble truet. Når arbeidsgruppa sees isolert, var gruppesammensetningen deres preget ustabilitet, en faktor som ikke er uvanlig på norske sykehjem på grunn av sykefravær, permisjoner, lave stillingsbrøker, vikariater, osv. (Riksrevisjonen, 2009). Men mindre stabilitet kan også påvirke pleiekulturutviklingen. Mangel på «flyt i arbeidet» oppstår gjerne i perioder når det er mye vikarer, som har et annet fokus og bruker lenger tid på pleieoppgaver enn det faste personalet, som igjen fører til at planlagte tiltak ikke blir gjennomført (Jensen, 2009). Det er ganske vanlig at arbeidsgivere bruker vikarer som fyllmasse ved ledige vakter. Men som regel inviteres ikke vikarene med til å delta i fagutviklingsprosjekter, delta på personalmøter, ha primæransvar for pasienter, o.l. (Moland, 1999). En slik personalpolitikk kan gjøre det vanskeligere for vikarer å komme ordentlig inn i pleiefellesskapet for å dyktiggjøre seg i å utvikle «flyt i arbeidet». I tillegg kan det bli vanskeligere for en gruppe, som består av både fast personell og vikarer, å kunne utvikle nødvendig flyt, samt kunne forstyrre gruppas fokus mot å utvikle endringsvillighet.

Et annet utgangspunkt for å vurdere sykehjemsavdelinger i forhold til å gjennomføre DCM-prosjekter, er den mer tradisjonelle og oppgaveorienterte sykehjemsavdelingen, som er mer representativ for norske sykehjem når man tar utgangspunkt i nasjonale

undersøkelser (Førde et al, 2006; Helsetilsynet, 2003, 2005; Moland, 1999; Paulsen, Harsvik, Halvorsen og Nygård, 2004; Riksrevisjonen, 2009; Romøren, 2006; Vabø, 2007; Vike, Bakken, Brinchmann, Haukelien og Kroken, 2002). Uavhengig av pleiekulturer, beskrives prioriterte pleieroppgaver på norske sykehjem som tradisjonelle pleie og omsorg som er forårsaket av komplekse sykdomsbilder og manglende ressurser. Aktivisering og sosiale tiltak utføres hvis det blir tid «til overs», noe som avslører et lite personsentrert fokus. Langtidsomsorg på sykehjem kalles for «vedlikeholdsomsorg» nettopp fordi det lite fremgang å spore, og den er svært krevende for personalet å stå i over tid (Martinsen, 2003). Den tradisjonelle pleiekulturen på sykehjem kjennetegnes av en lukket holdning der innsyn fra utenforstående som regel kan virke truende (Müller-Hergl, 2004). Er det da mulig å gjennomføre DCM-prosjekter i lukkede avdelinger med prioritering av vedlikeholdsomsorg? Eller inneholder avdelingene noe mer enn bare en lukket kultur med oppgave- og rutinefokus? Pasientenes manglende behandlingspotensiale i en pleiekultur, som ikke ønsker innsyn av fremmede, kan ikke forsvare en fortsatt uhensiktsmessig omsorgsutøvelse, sett i et faglig-moralsk perspektiv (Kirkevold, 1996). Det finnes for eksempel ulike personsentrerte modeller (Crandall et al, 2007; Edvardsson et al, 2008; McCormack og McCance, 2006), som kan være mulig å anvende for å snu en uhensiktsmessig omsorgsutøvelse.

En annen tilnærming til vedlikeholdsomsorgen, preget av somatisk-resignert demensbehandling, er å ta utgangspunkt i enkeltpleiere, som ikke lar seg påvirke av oppgavefokusets tyranni. Uavhengig av tidsklemma og krav om innsparinger, viser «ideal»-pleieren en forståelse i relasjonen gjennom kunnskap om demens og enkeltindividets behov. Flere studier beskriver at personsentrerte pleiere bare unntaksvis finnes i den tradisjonelle sykehjemsavdelingen (Edvardsson et al, 2008; Moser, 2008; Müller-Hergl, 2004). De blir «ensomme svaler» i pleielandskapet. Hva er grunnen til at noen klarer å gå mot «pleiekulturstrømmen», uavhengig av pleiekulturens normer og rutiner? Det synes å være flere forklaringer. I utgangpunktet har personalet i primærhelsetjenesten en grunnleggende vilje til å ta ansvar for enkeltpasienten (Vabø, 2007; Vike et al, 2002). I tillegg synes «ideal»-pleieren å

inneha stor integritet og være i besittelse av en sterk vilje til nettopp å se utenom rutiner. Det tydeligste skillet mellom den personsentrerte omsorgsutøveren og den tradisjonelle omsorgsutøveren synes allikevel å være knyttet til holdninger som uttrykkes. Selve grunnpillaren i omsorgsutøvelsen kan knyttes til den faglig-moralske handlingen, som er den etiske kompetansen i sykepleiekompetansen (Kirkevold, 1996). Det synes som at den ensomme svalen uttrykker en genuin vilje til å utøve hensiktsmessig omsorg. Kunnskap om og forståelse av enkeltindividet er sentralt i den personsentrerte omsorgen, jfr. kap. 2.4. Å se den sammensatte kompetansen hos de ensomme svalene synes som en viktig nøkkel for å identifisere hvorfor noen velger å beholde sitt faglige og etiske ideal. De personsentrerte pleierne kan bli nyttige rollemodeller i avdelingen når fokus skal dreies mot å utvikle personsentrert omsorg i personalgruppa (Zimmerman et al, 2005), f.eks. ved å anvende DCM som endringsverktøy. Det kan dermed se ut som om innslag av gode rollemodeller vil kunne være viktige endringsagenter (Senge, 2004) i avdelingen ved gjennomføring av en DCM-implementering.

Diskusjonen så langt kan tyde på at DCM-bruk forutsetter at det er blitt jobbet med personsentrert omsorg allerede, enten som et grunnlag i avdelingen, eller ved at det finnes personsentrerte rollemodeller i miljøet. Denne antagelsen støttes av flere DCM-forskere, som mener at det finnes suksesskriterier for DCM-prosjekter i kvalitetsutviklingsprosjekter der DCM-hensikter vil komme til sin rett. Slike avdelinger er de som allerede har personale med engasjement rundt demensomsorg og holdninger forenlige med personsentrert omsorg, som kan videreutvikles (Beavis et al, 2002; Innes og Surr, 2001; Müller-Hergl, 2004). Dette kan forklare DCM-suksessen til prosjektgruppa. En litteraturbasert artikkel (Beavis et al, 2002) drøfter også hvor DCM-prosjekter er mest hensiktsmessige å gjennomføre.

Artikkelforfatterne mener det er vanskelig å sammenligne resultater fra ulike studier grunnet ulike pasientgrupper og ulik bemanning. Allikevel konkluderer de med at det er i de veldrevne og godt bemannede avdelingene, i tillegg til engasjert personale, at DCM kan bli brukt etter intensjonen:

In summary, the benefits of using DCM may only be fully appreciated when it is used in units that are well resourced, where the staff feel emotionally supported, are motivated and sufficiently confident in themselves to develop their skills in caring for people with dementia (ibid, s. 734).

Anbefalingene over er fra anerkjente DCM-forskere. Det kan synes som om suksess med DCM-prosjekter vil være kontekstavhengige med tanke på ressurser og eksisterende verdisyn blant personalet. Hvis vellykkede DCM-prosjekter er kontekstsvarende - hva slags avdelinger bør anvende verktøyet? Er det de skjermede enhetene med høyere bemanning, som har interesse for demens som vil være det mest realistiske alternativet? Bør prosjektlederne sjekke ut i forkant om det er jobbet med personsentrert omsorg i forkant før man iverksetter noe som helst av et DCM-prosjekt? Ut fra ovennevnte kan det se ut som om DCM-prosjekter i de tradisjonelle sykehjemsavdelingene, preget av tradisjonell og oppgaveorientert vedlikeholdsomsorg og en lukket kultur, ikke anbefales fordi det sannsynligvis ikke vil bli spesielt vellykket.

Konklusjonen til Beavis et al (2002) utfordrer dermed hensikten i Sosial- og helsedirektoratets rapport (2007) om at DCM i større grad bør brukes som et forandringsredskap for å forbedre miljøbehandlingen i demensomsorgen. Pr. i dag er flere overordnede prosjekter i gang i regi av Demensplan 2015, et prosjekt i 2 sykehjem om utvikling av personsentrert omsorg på bakgrunn av et implementert rammeverk, samt et prosjekt om utvikling og implementering av systematisk bruk av DCM på 3 sykehjem (Rokstad, 2008d).

Når også den knappe ressurstilgangen tas i betraktning (Riksrevisjonen, 2009), sees ytterligere en utfordring for implementering av DCM i vanlige sykehjemsavdelinger, en utfordring som går i motsatt retning av tidligere anbefalinger om ressurssterke avdelinger. DCM vil kunne skape forandring, men vil det skje etter verktøyets, og også myndighetenes, intensjoner?

6.2.2 Flere hensikter med DCM

DCM-verktøyet kan tolkes til å ha klare fordeler som kartleggingsverktøy når det blir hensiktsmessig implementert, enten i sammenheng med at avdelingen allerede har utviklet personsentrert omsorg, eller at verktøyet implementeres mer systematisk, et tema som blir diskutert i kap. 6.3.

Det må også tas i betraktning at det i Demensplan 2015 (2007) ligger klare føringer på at kvaliteten på miljøterapeutiske tilbud i demensomsorgen skal bedres. I tillegg etterlyses det bedre målinger av effekter av iverksatte miljøterapeutiske tiltak. Det er tidligere nevnt at korrekte DCM-målinger er svært vanskelig å realisere, jfr. kap. 2.7. Allikevel kan det synes som at DCM kan ha en god funksjon med kartlegginger over tid, fordi det kan gi sammenlignede data om kvaliteten på omsorgsutøvelsen i en avdeling. Og man kan måle effekter av et tilrettelagt miljøterapeutisk tilbud. Kan DCM-kartlegginger også være til hjelp både for å beskrive trusler mot personsentrert omsorg, samtidig som det også kan være et ledelsesverktøy for å beskrive konsekvenser av en negativ ressursutvikling? Dårligere pasientskår fra kartleggingene kunne bli brukt til å dokumentere at den individuelle omsorgen er blitt vanskeligere å realisere sammenlignet med tidligere målinger, selv om det vanskelig å lage sammenlignende datagrunnlag.

På den annen side kan bemanningssituasjonen være ustabil over perioder, og multisyke sykehjemspasienter skiftes jevnlig ut. Dette er faktorer som også vil påvirke totalbildet som kartlegges av DCM og som vanskeliggjør sammenligningene. Samtidig kunne deler av DCM-kartleggingene, som kartlegginger av om personalets relasjoner med pasientene er hensiktsmessige eller uhensiktsmessige i et sosialpsykologisk perspektiv, jfr. kap. 2.6, være en del av evaluering over tid. Det kan se ut til at DCM alene ikke gir gode nok analyser.

Kanskje DCM kunne analyseres i sammenheng med Iplos-målinger, som vurderer pasientens ADL-funksjon for å kunne få bredere pasientbeskrivelser. Dessverre måler ikke Iplos alene godt nok hvordan demens påvirker adferdsfunksjoner (Selbæk,

2006), men verktøyet er under utvikling (Demensplan 2015, 2007). Målinger av effekter i et omsorgsmiljø er altså meget komplisert (Engedal og Haugen, 2006; Wogn-Henriksen, 2007), men sier også noe om hvor komplekst praksisbildet egentlig er.

Et annet og viktig hensyn i kvalitetsforståelsen av eldreomsorgen er et økende krav om at praksis skal være forskningsbasert (Foss og Ellefsen, 2005; Kirkevold, 1996). Den personsentrerte omsorgen har vært forskningsbasert i mange år, selv om ulike omsorgsmodeller fortsatt er under utprøving og utvikling (Crandall et al, 2007; Edvardsson et al, 2008; McCormack og McCance, 2006). I den relasjonelle og lite konkrete relasjonsomsorgen, kan forskningsbasert praksis sees i sammenheng med kunnskapsbasert sykepleie, der målet er å anvende relevant kunnskap fra ulike kunnskapskilder (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt og Reinart, 2007). Den kunnskapsbaserte praksis i demensomsorgen kan sees som påvirkninger mellom personsentrert teori (forskningsbasert kunnskap), pasientkunnskap og praksiserfaring (erfaringbasert kunnskap), og disse kunnskapsområdene påvirkes av konteksten (rammene, f.eks. ressurstilgang, organisering) (ibid).

De komplekse praksisbildene, som gjerne beskriver eldreomsorgen utfordringer, synes vanskelige å analysere. Gjennom DCM-kartlegginger og feedback, kan praksisbildene brytes ned i mindre deler, slik at den enkelte relasjon kan bli gjenstand for faglige vurderinger og refleksjon gjennom anvendelse av flere kunnskapskilder. På denne måten kan praksiskunnskapen, som omsorgsutøvere er besittere av, kunne løftes opp og videreutvikles. Når både teori og praksis spilles opp i refleksjonen vil kunnskapen utvikle praktikere med gode kunnskap i sine handlinger, og praksiskunnskapen vil utvikles mot det beste (Molander, 1993)

6.3 DCM som endringsprosess

Prosjektgruppa var allerede godt på vei med å utvikle personsentrert omsorg, slik at det ble en ideell arena for DCM-prosjekter, som diskutert i slutten av kap. 6.1.1. Men

verktøyet ble ikke utviklet med tanke på at personsentrert omsorg skulle ligge som en forutsetning i avdelingen, den anbefalingen er heller en erfaring DCM-forskere nevner (ibid). Tvert imot har verktøyet nettopp til hensikt å endre en pleiekultur preget av uhensiktsmessig sosialpsykologi (Brooker og Surr, 2007, Kitwood, 1999). En omfattende litteraturgjennomgang av 34 DCM-studier beskriver at DCM-prosjekter generelt skaper bedre demensomsorg, samt at praksis endres (Brooker, 2005). DCM-manualen (Brooker og Surr, 2007) kan tolkes dit hen at bare man holder på lenge nok, så vil pleiekulturen til slutt endres. Denne tolkningen bekreftes i en av de få langtidsstudiene som finnes, denne er over 3 år, som bl.a. beskriver personalets engstelse over å bli observert via spørreskjema. Forskerne konkluderer med at personalet til slutt så hensikten med DCM (Brooker et al, 1998). Det kan i denne sammenhengen synes som påfallende at DCM-studier ikke har fokus på utvikling av pleiekultur og personalerfaringer underveis i prosjektene. Hvordan bør DCM, som endringsverktøy, kunne anvendes i en avdeling som ikke har jobbet med utvikling av personsentrert omsorg, har en lukket pleiekultur eller ikke har gode rollemodeller som endringsagenter?

Et viktig funn i denne studien er mangel på forankring av DCM-prosjekter som fører til at prosjekter stopper opp. Hvordan kan dette forebygges? Jeg ser en sammenheng med bruk av systematiske endringsprosesser, som kan danne grunnlag for vellykket implementering av DCM-prosjekter. Både Argyris (1990) og Senge (2004) tydeliggjør at alle endringer må starte i ledelsen, fordi lederne er krumtappen for utvikling av endringer i avdelingen. Ulike endringsdeler skaper en helhetlig prosess og utvikling. Jeg har identifisert enkelte svakheter ved implementering av verktøyet, sett i lys av endringsteori (ibid), som nå vil diskuteres.

I motsetning til endringsteori (Senge, 2004) beskriver DCM-manualen (Brooker og Surr, 2007) lite rundt betydningen av en forsiktig og trinnvis utvikling av personalet eller forankring av DCM-prosessen i lederstrukturen, noe jeg ser som en svakhet ved implementering av instrumentet når det tolkes i lys av endringsteori. Det er tidligere beskrevet de gode effektene prosjektgruppa fikk av å jobbe med enkelte av

disiplinene, som utvikling av mentale modeller og personlig mestring (Senge, 2004). I tillegg kan det også tenkes at den personsentrerte læringen blir mer integrert i enkeltindividet fordi man får et styrket eierforhold til sin kompetanse. Dermed kan forhåpentligvis den personsentrerte pleieren ha utviklet økt indre styrke for å kunne holde på en personsentrert utøvelse selv om pasientene blir dårligere og mer pleiekrevende.

Et annet fokus i endringsprosesser er hensynet til pleiekulturell forståelse, som litteraturen beskriver grundig (Crandall et al, 2007; Hamran, 1992; Jakobsen, 1995; McCormack og McCance, 2006; Scott-Cawziell, 2005; Scott-Cawziell et al, 2005, Vinje, 2000). Å endre pleiekulturen vil være komplisert på bakgrunn av at personalet har ulik endringsevne til å bearbeide sine mentale modeller eller fokus på personlig mestring (Senge, 2004), samt at pleiekulturen ligger godt forankret i personalets daglige arbeid. Heller ikke beskrivelse rundt pleiekulturendring, som er definert som en av hovedhensiktene med DCM, synes DCM-manualen (Brooker og Surr, 2007) å beskrive særlig tydelig, annet enn at man skal være litt forsiktig ved introduksjon og ved feedback til personalet. En av endringsdisiplinene er hvordan en visjon kan tydeliggjøre hensikter. Lederens oppgave blir å tydeliggjøre hensikten med personsentrert omsorg. Lederen bør påvirke pleiekulturen gjennom å bistå DCM-prosjektansvarlige og kartleggere med å skape en grunnleggende forståelse hvordan personalet bør lære seg å innta pasientens ståsted for bedre å kunne tilrettelegge for individuell omsorg. I denne studien hadde avdelingsleder gjort denne jobben i mange år. Når noen allikevel velger å ha en «snikrapport» i stedet for en innført stille rapport, illustrerer hvor vanskelig endringer kan være hvis personalet ikke er enig i hensikten (å skape ro på stuene under vaktskiftet), fordi den truer et av pleiekulturens ritualer (delta i rapport). Ledelsen må derfor bli kjent med pleiekulturen først å kartlegge de ansattes kompetanse og deres vilje til endringer slik at et DCM-prosjekt kan gjennomføres på en mest mulig hensiktsmessig måte i sykehjemsavdelingen (Crandall et al, 2007; Hamran, 1992; Jakobsen, 1995; McCormack og McCance, 2006; Müller-Hergl, 2004; Scott, 2005; Scott, Jones og Moore, 2005; Steen, 1992; Vinje, 2000; Woll, 2007).

Manglende fokus på pleiekulturforståelse og endring av denne er også en betydning jeg ser som en svakhet ved implementering av verktøyet. Min kritikk om manglende pleiekulturhensyn i DCM-implementeringer støttes av andre, som hevder at Kitwoods beskrivelser av pleiekulturendring og paradigmeskifte i sine artikler er for optimistiske og basert på retorikk, og ikke en realistisk tilnærming til praksis (Baldwin og Capstick, 2007). Han er også kritisert for å ha skapt en så stor dikotomi mellom gammel og ny pleiekultur at ingen institusjoner tør vedkjenne seg å tilhøre den gamle, noe som kan hemme en nødvendig og gradvis utvikling mot varige, hensiktsmessige pleiekulturer i flere institusjoner (ibid).

En faktor i DCM-prosjekter, som understrekes i litteraturen, er kartleggerens rolle for suksess (Müller-Hergl, 2004). I et DCM-prosjekt, der en fremmed person kommer inn for å observere i timevis alt som personalet foretar seg i fellesarealer, vil kartleggerens personlige egenskaper ha stor betydning (ibid). Kartleggeren bør være svært ydmyk og forståelsesfull for praksisstedets utfordringer, men vedkommende anbefales å ikke være for opphengt i ideologi og personsentrert filosofi, men heller ta de små og langsomme skrittene sammen med personalgruppa (ibid). Prosjektgruppa, som hadde kommet lenger i en personsentrert prosess enn hva som tradisjonelt er vanlig ved DCM-prosjekter, beskrev betydningen av kartleggers kompetanse gjennom hvordan de uttrykte mye tillit til vedkommende, samt hvordan ros fra kartleggeren ser ut til å ha styrket deres personlige mestringsevner. De hadde fått et varig læringsløft gjennom å bli styrket på å finne nye, personsentrerte løsninger i en kompleks omsorgshverdag.

Et sentralt funn i denne studien var at DCM-prosjektet ikke ble forankret i det kommunale sykehjemssystemet. Litteraturen viser at DCM-prosjekter i tillegg mangler fokus på kompleksiteten i å skulle endre en pleiekultur, som tidligere diskutert. Når slike mangler sees i lys av endringsteori, tydeliggjøres svikt i systemoversikten, som er den femte og viktigste disiplinen (Senge, 2004). Manglende oppfølging av prosjekter må sees i sammenheng med mangel på helhetlig prosess, som er hovedårsak til at endringsprosesser glipper (ibid). Den oversees når

endringsprosjektet mangler systemtenkning. At prosjektgruppas medlemmer fortsatt gjør sitt beste for å utøve personsentrert omsorg kan neppe forklares av DCM-prosjektet alene, slik diskusjonen over viser, men heller av allerede eksisterende personlige egenskaper hos gruppemedlemmene.

På den annen side finnes det trusler mot den personsentrerte omsorgen i selve omsorgsmiljøet, og dette funnet er beskrevet som prosjektgruppa erfaringer med de stadig sykere og mer pleiekravende beboerne. Her må det tas utgangspunkt i selve pleiekulturens innhold for å kunne tolke truslene, fordi den personsentrerte pleiekulturen består av både gammel (oppgaveorientert) kultur og ny (relasjonell) kultur. Prosjektgruppa beskrev økt pleietyngde. Når den erfaringen sees i lys av pleiekulturteori sees ivaretagelse av personlig hygiene og livsnødvendig pleie som høyt prioritert av pleiepersonalet, og tunge stell utføres ved å «gå sammen i stell» for å skape «flyt i arbeidet» (Hamran, 1992). Slike faste, stabile mønstre, som å gi pleie og omsorg, vil ivaretas av pleiepersonalet uansett endringer fordi de forvalter det mest grunnleggende i sykepleien; handlingene er nødvendige for pasienten og de gir mening for omsorgsutøveren. De blir nesten rituelle i avdelingens idealer og normer, og de kan være hensiktsmessige for å «få ting gjort». Mot pleiekulturens normer kan man se den faglig-etiske moralen, som inneholder personsentrert omsorg. I tillegg løftes den personsentrerte omsorgen frem. Forskningsmiljøene beskriver den som helt nødvendig, fordi den viser respektfulle, humanistiske og etiske verdier i praksis slik at den er risikofri i sin natur (Edvardsson et al, 2008). Hva skjer når den relasjonelle omsorgen utfordres av oppgavekravene? Denne problemstillingen har jeg funnet svært lite forskning rundt, men det er viktig del av DCMs utviklingsprosess for å vedlikeholde personsentrert omsorg, og den knyttes til den helhetlige oversikten i prosjektet. Det finnes en kvalitativ studie fra en kjent demensvirksomhet i Danmark (Nissen, 2008). Personalet beskrev utfordringer rundt å takle når en enkelt personsentrert relasjonen kunne avsluttes fra personalets side slik at man kunne inngå relasjoner med andre pasienter. Relasjoner tar faktisk aldri slutt, ikke før man går hjem fra jobb, og de starter opp igjen på neste vakt. Personalet opplevde en utmattelse på bakgrunn av den kreative, men også udefinerte, måten å jobbe på. Denne

utmattelsen var en utilsiktet effekt av både DCM og et personsentrert verdigrunnlag i mange år. Effekten ble et tveegget sverd fordi utmattelsen følger i hælene på kreativiteten i omsorgsutøvelsen (ibid).

Det er sannsynlig at utmattelseeffekter vil kunne forsterkes når pleietyngden øker. For helsepersonell, som er utdannet og opplært i oppgaveorientert og definert pleiekultur, kan oppleve store spenninger i omsorgsmiljøet der ulike pasientbehov vil kjempe om personalets oppmerksomhet. På den annen side er det elementer ved den oppgaveorienterte pleiekulturen som vil holde stand, og det er myndighetskravene som ligger i avdelingens drift. Den pleiekrevende, somatiske omsorgen ligger tett opp til helsepersonells lovpålagte plikt til å yte forsvarlig helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999) slik at liv ikke går unødvendig tapt. Den personsentrerte omsorgen, derimot, er primært etisk forankret hos helsepersonell (Edvardsson et al, 2008), men ikke livsnødvendig. Myndighetskravene vil derfor favorisere en oppgaveorientert arbeidsmåte og vil på den måten tvinge den oppgaveorienterte pleiekulturen til å holde stand i avdelingen uavhengig av hvor personsentrert personalet ønsker å være.

Er det slik at utmattelse blir en naturlig følge av motstand mot en oppgaveorientert omsorg når plikter og moral kjemper om overtaket? Et annet spørsmål er om helsepersonell klarer å bevege seg så langt over mot personsentrert omsorgsutøvelse av man velger å nedprioritere den somatiske omsorgen til svært syke pasienter. Målet om personsentrert omsorg ser generelt ut til å utfordre langtidsomsorgens pleiekultur, enkeltpleieres kompetanse og personalets opplevelse av omsorgskapasitet. Når den økte pleietyngden vil true den personsentrerte omsorgsutøvelsen, er det igjen nyttig å speile den i pleiekulturteori (Hamran, 1992), der faste, stabile mønstre gir forutsigbarhet i en uoversiktig hverdag. Müller-Hergl hevder at DCM aldri har tatt et oppgjør med den tradisjonelle pleiekulturen (Nissen, 2008), et utsagn som er i tråd med andre forskeres kritikk av pleiekulturhensynet i DCM (Baldwin og Capstick, 2007). Konsekvensen blir at sykepleiere, som har en sterk forankring i den tradisjonelle kulturen, dermed vil slite med å holde ut dilemmaet mellom en tradisjonell og en fleksibel, åpen kultur (ibid). Løsningen synes ikke enkel:

«...arbeidet i DPO (=personsentret omsorg) stiller krav om en av sygeplejerskens kernekompetencer; evnen til at holde ud og ikke give op» (utsagn fra Müller-Hergl i *ibid*). Å fange opp personalets opplevelser av utmattelse ser ut til å være et viktig personalpolitisk hensyn, og det sees som en utfordring i vedlikehold av personsentret omsorg i den krevende vedlikeholdsomsorgen. Både trussel om utmattelse og slitet mellom ulike pleiekulturtilhørigheter i avdelingen vurderes som viktige argumenter til fordel for bruk av endringsteori ved bruk av DCM i utviklingsprosesser.

Oppsummert om implementering av DCM viser diskusjonen at prosjektansvarlige med fordel bør oppfordres til å bruke aktuelle disipliner fra endringsteori, som kan være til hjelp for å belyse områder som bør gripes fatt i gjennom hele prosessen. Det vil også kunne styrke verktøyets hensikt som utviklingsprosess over tid. Samtidig vil bruk av endringsteori gjøre DCM-prosessen enda mer ressurskrevende enn kun ved bruk av DCM, slik flere forskere hevder er en av ulempene med DCM (Beavis et al, 2002, Edvardsson et al, 2008). Men endringer skal nettopp ta tid fordi det omhandler langsiktige prosesser og menneskelig utvikling i komplekse kontekster (Senge, 2004; Vinje, 2000). En så omfattende endringsprosess med DCM kan tolkes som en investering i varig forandring, og gi oversikt over DCMs utviklingsprosess gjennom fokus på den helhetlige systemtenkningen.

6.4 En refleksjon om DCM og forskning

Gjennom litteratursøk har jeg oppdaget noen påfallende forskjeller mellom forskningsfunn i anvendelse av DCM som endringsverktøy. Skillet synes å gå mellom psykologer og sykepleiere. Denne studien har diskutert personalerfaringer på bakgrunn av blant annet pleiekulturteori, som jeg ser kan ligge til grunn for at tilnærmingene og forskningsfokus er ulike.

Kan det være slik at DCM-instrumentet, som er utviklet og bearbeidet av psykologer og tilhørende forskere, tilhører en pasientfokuset behandlingskultur (cure), der

systematisk, personsentrert omsorg vil holde personen i kontakt med sin «personhood» inntil terminalfasen?

Og at cure-tenkningen står i kontrast til pleiepersonalet i langtidsomsorgens pleiekultur, som kjennetegnes både av gammel og ny kultur? Kan det være årsaken til at pleiekultur og personalopplevelser blir lite fokusert i studier? Sykehjemmets pleiekultur har en helhetlig omsorgskultur (care) der det må være plass til både relasjonell behandling samt pleie og omsorg, samtidig som tydelige myndighetskrav om dokumentasjon, økonomistyring og driftshensyn bidrar til å skape spenninger mellom kulturene.

7. KONKLUSJONER

Å skape rom for å utvikle en mer ressurskrevende, men hensiktsmessig, personsentrert demensomsorg i en etablert pleiekultur, synes som en omfattende prosess. Prosjektgruppa i denne studien erfarte bruk av DCM til å ha en unik nytte som kartleggingsverktøy ved å dokumentere konkrete effekter av personsentrert omsorg og hensiktsmessig miljøbehandling. Denne nytten er i tråd med myndighetene anbefalinger i Demensplan 2015 (2007) om bedre miljøbehandlingstilbud for personer med demens. I dette prosjektet deltok en løsningsorientert prosjektgruppe, mens arbeidsgruppa ble tilskuere, blant annet fordi de ikke hadde den samme endringsmuligheten. Studiens hovedfunn er utvikling av skjevhet i personalgruppens styrkeforhold. Denne skjevheten skyldes neppe DCM alene, men beskriver allikevel DCM som en effektiv pådriver i en mottakelig pleiekultur. DCM-prosessen burde ha inkludert hele avdelingen.

Ressursmangel og effektivitetskrav er langtidserfaringer som beskrives som klare trusler mot både utvikling og vedlikehold av personsentrert omsorg. Personsentrert omsorgsutøvelse er tidkrevende og kan dermed slite ytterligere på pleiernes utholdenhet i sykehjemmenes pressede vedlikeholdsomsorg. Studien etterlyser i den forbindelse en vurdering av når den personsentrerte omsorgen er god nok, og personalets behov for å kunne sette grenser i relasjonene for å unngå utmattelse.

Innføring av DCM ser ut til å kreve en systematisk gjennomføringsplan, som bruk av endringsteori, for å sikre en gradvis implementering i og bearbeiding av personalets pleiekultur. DCM-prosjekter trenger å forankres ledelsesmessig i virksomheten for å sikre etablering av en helhetlig utviklingsprosess, som skal kunne vare over tid.

7.1 Implikasjoner for praksis

Hensikten med DCM-verktøyet er å utfordre avdelingens pleiekultur og verdigrunnlag. På bakgrunn av helhetlig systemtenkning, må hele avdelingen derfor inkluderes for å lære av hverandre for å skape et felles verdigrunnlag gjennom felles refleksjon. I tillegg kan aktuelle tiltak i endringsstrategi, som diskutert i kap. 6.3, være nyttige hjelpemidler når personalet skal dreie holdninger og endre sin pleiekultur.

Bruk av DCM kan skape hensiktsmessige og sterke gruppekulturer som et resultat av at personalet gis konkret feedback fra kartlegger på sin kompetanse i demensomsorg. Med dagens kvalitetskrav og samfunnsforventninger om faglig god sykehjemsomsorg vil utvikling av faglig selvtillit være en hensiktsmessig egenskap i avdelingen. Det krever tydelig ledelse for å følge opp gruppedynamikker.

DCM-prosjekter bør forankres i opplæringsplaner som gir rom for systematisert bruk over tid. Mangel på kartleggere er foreløpig stort, men på sikt kan det med økt opplæring kunne opprettes en type overordnet nettverk av kartleggere (Rokstad, 2008a).

DCM kan også sees i sammenheng med både dokumentasjon og effektmåling av omsorgstiltak, og sammen med Iplos-målinger kan det bidra til å gi bedre beskrivelser av komplekse omsorgsbehov hos personer med demens.

7.2 Videre forskning på feltet

Dette er en begrenset studie om langtidserfaringer av DCM-prosjekter, og noen nye funn er fremkommet. Det er behov for større studier om rundt personalerfaringer og endringsprosjekter for å kunne lykkes fremover med utvikling av demensomsorgen i tråd med politiske intensjoner (Demensplan 2015, 2007).

Med tanke på at DCM er lite brukt i Norge vil det være behov for større kartleggingsstudier, samt lengre studier, som går over tid, for å fange opp tidkrevende

endringsprosesser. Det kunne også være nyttig å dokumentere effekter av personsentrert omsorg med DCM i ulike typer avdelinger, evt. i kombinasjon av andre måleverktøy. Ulik pleietyngde, ulik bemanning, organisering og ledelse vil komplisere sammenligning av ulike avdelinger, som litteraturen også beskriver (Beavis et al, 2002). Også arbeidsmiljøvurderinger, personalpolitikk og tjenesteorganisering er viktige faktorer som påvirker pleiekulturen og effekter av DCM, og bør også inkluderes i videre studier.

Det er behov for mer kunnskap om grensesetting for personalet i omsorgsutøvelsen av personsentrert omsorg med tanke på å kunne vurdere når den personsentrerte omsorgen er god nok. På bakgrunn av beskrevne trusler mot personsentrert omsorg, som redusert ressurstilgang og stadig sykere pasienter, trengs det også mer kunnskap rundt personalerfaringer om hvordan personsentrert omsorg utvikles og oppleves av omsorgsgiverne i et lengre tidsperspektiv i den omfattende DCM-prosessen.

Endringsprosesser skal være tidkrevende. Det er et langt lerret å bleke.

Kildeliste

- Argyris, C. (1990) *Bryt forsvarsrutinene. Hvordan lette organisasjonslæring*. Oslo: Universitetsforlaget
- Baldwin, C. og Capstick, A. (2007) *Tom Kitwood on dementia. A Reader and Critical Commentary*. Berkshire: Open University Press
- Beavies, D., Simpson, S. og Graham, I. (2002) A literature review of dementia care mapping: methodological considerations and efficacy. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 725-736
- Brooker, D. (2004) What is person-centred care in dementia? *Clinical Gerontology*, 13, 215-222.
- Brooker, D. (2005) Dementia Care Mapping: A Review of the Research Literature. *The Gerontologist*, 45 (1), 11-18.
- Brooker, D., Foster, N., Banner, A., Payne, M og Jackson, L. (1998) The efficacy of Dementia Care Mapping as an audit, tool: report of a 3-year British NHS evaluation. *Aging & Mental Health*, 2 (1), 60-70
- Crandall, L., White, D., Schuldheis, S. og Talerico, K.A. (2007) Initiating Person-Centered Care Practices in long-term care facilities. *Journal of Gerontological Nursing*, 33 (11), 47-56
- Demensplan 2015 (2007) «Den gode dagen». Delplan til *Stortingsmelding 25 (2005-2006)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Denzin, N. og Lincoln, Y. (2000) Introducion: The Discipline and Practice of Qualitative Research. I: N. Denzin og Y. Lincoln (red.) *Handbook of Qualitative Research*. 2nd edition (s. 1-29). Thousand Oaks: Sage

-
- Dysthe, O. (2001) Om sammenhengen mellom dialog, samspel og læring. I: O. Dysthe (red.) *Dialog, samspel og læring* (s. 9-30). Oslo: Abstrakt forlag
- Edvardsson, D., Winblad, B. og Sandman, P.O. (2008) Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *The Lancet Neurology*, 7 (4), 362-366
- Ellefsen, B. (2006) Triangulering – eller hvorfor og hvordan kombinere metoder? I: M. Lorensen (red.) *Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag* (s. 267-288). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Engedal, K. (2000) *Urunde hjul. Alderspsykiatri i praksis*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens
- Engedal, K. og Haugen, P.K. (2006) *Demens – fakta og utfordringer. En lærebok*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse
- Fontana, A. og Frey, J. (2000) The Interview: From Structured Questions to Negotiated Text. I: N. Denzin og Y. Lincoln (red.) *Handbook of Qualitative Research. 2nd edition* (s. 645-672). Thousand Oaks: Sage
- FOR 2003-06-27 nr. 792 *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* (Kvalitetsforskriften)
Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Foss, C. og Ellefsen, B. (2005) Helsetjenesteforskning – noen refleksjoner. I: C. Foss og B. Ellefsen. *Helsetjenesteforskning* (s. 17-34). Oslo: Universitetsforlaget
- Førde, R., Pedersen, R., Nortvedt, F. og Aasland, O.G. (2006) Får eldreomsorgen nok ressurser? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 15 (126), 1913-1916
- Hamran, T. (1992) *Pleiekulturen – en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

- Hauge, S. (2004) *Jo mere vi er sammen, jo gladere vi blir? - ein feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim*. Doktorgradsavhandling ved UiO, Institutt for sykepleievitenskap. Oslo: Unipub
- Hauge, S. (2008) Sykepleie i sykehjem. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A.H. Ranhoff (red) *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 219-236). Oslo: Gyldendal akademisk
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007) *Demensplan 2015 "Den gode dagen"*. *Delplan til Omsorgsplan 2015*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Holthe, T. (2007) Det går an! Tilrettelegging av fysisk miljø på institusjon, dagsenter og hjemme. I: R.Eidem (red.) *Det går an! Muligheter i miljøterapi* (s. 164-188). Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse
- Innes, A. og Surr, C. (2001) Measuring the well-being of people with dementia living in formal care settings: the use of Dementia Care Mapping. *Aging & Mental Health*, 5 (3), 258-268
- Jakobsen, R. (1995) «*Det haindle om å leve...*» *En beskrivende studie av planlegging, oppstart og drift av en sykehjemsavdeling*. Oslo: UiO, Institutt for sykepleievitenskaps publikasjonsserie 1/1995.
- Jensen, I.S. (2002) *Ona fyr. For deg som vil lykkes sammen med andre*. Oslo: Dinamo Forlag
- Jensen, L.H. (2009) *Kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene i sykehjem og hjemmebaserte tjenester – muligheter og begrensninger*. Doktorgradsavhandling ved UiO, Institutt for sykepleievitenskap. Oslo: Unipub
- Kirkevold, M. (1996) *Vitenskap for praksis?* Oslo: Gyldendal akademisk
- Kitwood, T. (1999) *En revurdering af demens – personen kommer i første rekke*. Fredrikshavn: Dafolo Forlag

Knizec, B. (2006) Interview – design og perspektiv. I: M. Lorensen (red.) *Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag* (s. 33-65). Oslo: Gyldendal Akademisk

Krueger, R. og Casey, M. (2000) *Focus Groups. A practical guide for applied research. 3rd edition*. Thousand Oaks: Sage

Kvale, S. (2001) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk

LOV 1982-11-19 nr 66: *Lov om helsetjenesten i kommunene*. (Kommunehelsetjenesteloven) Helse- og omsorgsdepartementet.

LOV 1999-07-02 nr 64: *Lov om helsepersonell m.v.* (Helsepersonelloven) Helse- og omsorgsdepartementet.

Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring. 2. utgave*. Oslo: Universitetsforlaget

Martinsen, K. (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays*. Oslo: Universitetsforlaget

Maurer, K., Volk, S. og Gerbaldo, H. (1997) Auguste D and Alzheimer's disease. *The Lancet*, 349, s. 1546-49

McCormack, B. (2004) Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 13 (1), 31-38

McCormack, B. og McCance, T.V. (2006) Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479

Moland, L.E. (1999) *Suksess og nederlag i pleie- og omsorgstjenestene. Kvalitet, effektivitet og miljø*. Forskningsstiftelsen FAFO

Molander, B. (1993) *Kunnskap i handling*. Göteborg: Daidalos

Moser, I. (2008) Behandlingskulturer i skjermet enhet i sykehjem. *Omsorg*, 1 s.13-18

Müller-Hergl, C. (2004) The role of the “trusted stranger” in DCM feedback. *Journal of Dementia Care*, march/april 2004, s. 18-19

Myskja, A. (2005) Bruk av musikk som terapeutisk hjelpemiddel i sykehjem. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 125 (11) 1497-1499.

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

Nay, R., Bird, M., Edvardsson, D., Fleming, R. og Hill, K. (2009) Person-centred care. I: R. Nay og S. Garratt (red.) *Older people: issues and innovations in care*. Chatswood, NSW: Elsevier Australia

Nissen, T. (2008) *DCM og "Blomsten" i Demenscentret Pilehuset, en analyse af styringsteknologiers adoption, implementering og anvendelse*. Masteroppgave ved Copenhagen Business School

Nord, R. (1998) Ulike typer design. I: M.S. Fagermoen, R. Nord, B.R. Hanestad og E. Bjørnsborg (red.) *Fra kunst til kolikk. Norsk sykepleieforskning i fokus* (s. 24-38). Oslo: Universitetsforlaget AS

Normann, H.K. (2001) *Lucidity in people with severe dementia as a consequence of person-centred care*. Doktorgradsavhandling ved Umeå University, Department of Nursing. Umeå: Umeå university medical dissertations

Nygaard, H. (2006) Et godt liv i sykehjem for gamle med demens – er det mulig? En oversikt og noen refleksjoner. I: R. Krüger (red.) *Evige utfordringer. Helsetjenester og omsorg for eldre* (s. 77-90). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

Nygård, A.M. (2006) Fra alderssløv til person med demens. I: R. Krüger (red.) *Evige utfordringer. Helsetjenester og omsorg for eldre* (s. 17-32). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

-
- Paulsen, B., Harsvik, T., Halvorsen, T. og Nygård, L. (2004) *Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem*. Trondheim: SINTEF helse
- Patton, M. (2002) *Qualitative Research & Evaluation Methods. 3rd edition*. Thousand Oaks: Sage Publications
- Polit, D. og Beck, C. (2004) *Nursing Research. Principles and Methods. 7th edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Riksrevisjonen (2009) *Riksrevisjonens undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenestene til eldre*. Riksrevisjonens administrative rapport nr. 1. Oslo: Akademika
- Risdal, G.H. (2007) *Naturkontakt og uteliv i eldreomsorgen, - luksus eller selvfølge? Sansehagers betydning for gamle i sykehjem*. Masteroppgave ved UiO, Institutt for sykepleievitenskap, DUO.
- Rokstad, A.M.M. (2004) Dementia Care Mapping (DCM). En metode for kvalitetssikring av omsorgen for personer med demens. *DEMENS*, 8 (2), 7-9.
- Rokstad, A.M.M. (2008a) *Dementia Care Mapping – en mulig metode for utvikling av demensomsorg i sykehjem?* Klinisk masteroppgave i helse- og sosialfag. Molde: Høgskolen i Molde
- Rokstad, A.M.M. (2008b) Forståelse som grunnlag for samhandling I: A.M.M. Rokstad og K.L. Smebye (red.) *Personer med demens. Møte og samhandling* (s. 60-86) Oslo: Akribe a.s
- Rokstad, A.M.M. (2008c) Miljøbehandling I: A.M.M. Rokstad og K.L. Smebye (red.) *Personer med demens. Møte og samhandling* (s. 152-179) Oslo: Akribe a.s
- Rokstad, A.M.M. (2008d) Bedre hverdag for personer med demens. *Demens og Alderspsykiatri*, 12 (4), 30

Rokstad, A.M.M. og Vatne, S. (2009) Dementia care mapping – en mulig metode for utvikling av demensomsorg i sykehjem. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 5 (2), 46-61

Romøren, T.I. (2006) *Sykehjem i Oslo og Akershus: indikatorer på svikt – slik ledere og pleiere ser det*. Gjøvik: HiGs rapportserie nr. 6

Scott-Cawziell, J. (2005) Are Nursing Homes Ready to Create Sustainable Improvement? *Journal of Nursing Care Quality*, 20 (3), 203-207

Scott-Cawziell, J., Jones, K. og Moore, L. (2005) Nursing Home Culture. A Critical Component in Sustained Improvement. *Journal of Nursing Care Quality*, 20 (4), 341-348

Selbæk, G. (2006) Demens – behov for et kvalitetsløft. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 126 (15), 1892

Sormunen, S., Topo, P., Eloniemi-Sulkava, U., Räikkönen, O. og Sarvimäki, A. (2007) Inappropriate treatment for people with dementia in residential and day care. *Aging & Mental Health*, 11 (3), 246-255

Skovdahl, K. (2004) *Krävande beteenden i samband med demens – förekomst och olika förhållningssätt*. Doktorgradsavhandling ved Neurotec, Centre of Excellence in Elderly Care Research, Karolinska Institutet, Stockholm

Surr, C. og Nielsen E.B. (2003) Inter-rater reliability in Dementia Care Mapping. *Journal of Dementia Care*, nov/dec 2003

Szebehely, M. (2005) Nordisk äldreomsorgsforskning – en sammanfattande diskussion. I: M. Szebehely (red.) *Äldreforskning i Norden - en kunskapsöversikt* (s. 371-388). København: Nordisk Ministerråd

Sosial- og helsedirektoratet (SH-dir)(2007) *"Glemsk, men ikke glemt"*. Sosial- og helsedirektoratet, 08/2007, IS-1486.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2006) *Demenssykdommer. En systematisk litteraturoversikt*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

Statens Helsetilsyn (2003) *Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud*. Rapport nr. 10/2003. Oslo: Statens Helsetilsyn

Statens Helsetilsyn (2005) *Pleie- og omsorgstjenester på strekk. Sammenstilling og analyse av funn og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter i 2003 og 2004*. Rapport nr. 7/2005. Oslo: Statens Helsetilsyn

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

Swane, C. (2008) Stigmatisering ved demens. *Demens og Alderspsykiatri*, 12 (4), 35-37

Thagaard, T. (2003) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget

Vabø, M. (2007) *Organisering for velferd. Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid*. Doktorgradsavhandling, UiO. NOVA-rapport 22/2007. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring

Vatne, S. (2006) *Korrigere og anerkjenne: Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Vike, H., Bakken, R., Brinchmann, A., Haukelien, H. og Kroken, R. (2002) *Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

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

- Wibeck, V. (2000) *Fokusgrupper. Om fokuserande gruppintervjuer som undersøkingsmetod*. Lund: Studentlitteratur
- Wogn-Henriksen, K. (2004) Grønnsak eller menneske? Noen refleksjoner om personer med alvorlig demens. *DEMENS*, 8 (2), 10-13
- Wogn-Henriksen, K. (2007) Miljøbehandling i demensomsorgen. I: *Det går an! Muligheter i miljøterapi* (s. 164-188). Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse
- Woll, A.T. (2007) *Fra trøste og bære til høste og lære. Hvordan utvikle kompetanse i praksis*. Hovedfagsoppgave ved UiO, Institutt for sykepleievitenskap. DUO.
- Wærness, K. (1999b) Kan travelhet skape grusomhet i den offentlige omsorgstjenesten? I: K. Thorsen og K. Wærness (red.) *Bli omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*. (s. 149-157). Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Zimmerman, S, Williams, C., Reed, P., Boustani, M., Preisser, J., Heck, E. og Sloane, P. (2005) Attitudes, Stress and Satisfaction of Staff Who Care for Residents With Dementia. *The Gerontologist*, 45 (1) 96-105

Vedlegg I

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Solveig Hauge
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Universitetet i Oslo
Postboks 1153 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 30.01.2009

Vår ref.: 20730 / 2 / JE Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 14.12.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

| | |
|----------------------|--|
| 20730 | <i>Kan kartleggingsverktøyet Dementia Care Mapping skape langvarige forbedringer i demensomsorgen på en sykehjemsavdeling?</i> |
| Behandlingsansvarlig | Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder |
| Daglig ansvarlig | Solveig Hauge |
| Student | Nina Jøranson |

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

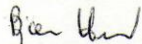
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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/forsk_stud/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://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.05.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Janne Sigbjørnsen Eie

Kontaktperson: Janne Sigbjørnsen Eie tlf: 55 58 31 52
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Nina Jøranson, Risløkkveien 51 C, 0583 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no



Personvernombudet for forskning

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIOLOGICAL DATA SERVICES



Prosjektvurdering - Kommentar

20730

Utvalget består av pleiefaglig ansatte på en sykehjemsavdeling som har langvarig erfaringer etter innføring av kartleggingsmetoden Dementia Care Mapping. Data samles inn gjennom fokusgruppeintervju. I tillegg skal avdelingslederen intervjues.

Førstegangskontakten gjøres via avdelingsleder ved det aktuelle sykehjemmet.

Ombudet vurderer det slik at det i prosjektet vil registreres indirekte identifiserende informasjon.

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Ombudet finner informasjonsskrivene vedlagt meldeskjema godt utformet. Ettersom det er opplyst at det i Norge kun finnes ett sykehjem der DCM har blitt innført systematisk, vil dette kunne ha betydning for informantenes anonymitet i oppgaven. Ombudet forutsetter dermed at setningen "Ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven" fjernes fra begge informasjonsskrivene. I stedet må det tilføyes noe om at opplysningene vil anonymiseres i oppgaven så langt det er mulig, men at det i fagmiljøet vil være kjent hvilket sykehjem prosjektet er gjennomført på. Dette er spesielt viktig for avdelingsleder dersom det skal henvises til stillingstittel i oppgaven.

Prosjektet skal avsluttes 31.05.2010 og datamaterialet skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at indirekte identifiserende opplysninger slettes eller omkodes (grovkategoriseres).

Vedlegg II

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgave

Jeg er masterstudent i sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Tema for oppgaven er bruk av Dementia Care Mapping på sykehjem i Norge. Hensikten er å identifisere og beskrive hvilke langtidserfaringer personalet på en norsk sykehjemsavdeling har ca 1 ½ år etter innføring av DCM.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervjuere ansatte som kjenner til bruk av Dementia Care Mapping. Intervjuene vil bli gjennomført i grupper med 4 – 6 ansatte i hver gruppe. Spørsmålene vil dreie seg om hvordan du har erfart bruk av DCM i avdelingen, om fordeler ved verktøyet og om mulige ulemper. Jeg har fått tillatelse av sykehjemmets ledelse til å spørre deg om du vil delta. Oppgaven medfører ingen risiko eller ubehag.

Jeg vil bruke båndopptaker mens vi snakker sammen, og en kollega fra Undervisnings-sykehjemmet i Oslo vil være med og ta notater. Intervjuet vil ta ca en time. Avdelingsleder NN setter sammen 2 grupper à 4-6 personer av de som ønsker å delta i undersøkelsen.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil anonymiseres i oppgaven så langt det er mulig, da det i fagmiljøet kan være kjent hvilket sykehjem prosjektet er gjennomført på. Opptakene slettes når oppgaven er ferdig, senest før sommeren 2010.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og leverer til avdelingsleder NN. Dersom du sier deg villig til å være med i undersøkelsen, vil du bli nærmere orientert om når fokusgruppeintervjuet skal gjennomføres.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 23 42 24 47 (A), 911 43 244 (P), eller sende en e-post til nina.joranson@studmed.uio.no. Du kan også kontakte min veileder Solveig Hauge ved institutt for sykepleievitenskap på telefonnummer 22 84 46 18.

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen

Nina Jøranson

demenssykepleier og mastergradsstudent

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studien vedr. langtidserfaringer etter innføring av DCM og ønsker å stille på gruppeintervju.

Signatur Telefonnummer

Vedlegg III

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgave - leder

Jeg er masterstudent i sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Tema for oppgaven er bruk av Dementia Care Mapping (DCM) på sykehjem i Norge. Hensikten er å identifisere og beskrive hvilke langtidserfaringer personalet på en norsk sykehjemsavdeling har ca 1 ½ år etter innføring av DCM.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju ansatte som kjenner til bruk av Dementia Care Mapping. Dette innebærer også et eget intervju med avdelingsleder. Intervju med leder gjennomføres av undertegnede. Spørsmålene vil dreie seg om hvordan du som leder har erfart bruk av DCM i avdelingen, om fordeler ved verktøyet og om mulige ulemper. Jeg har fått tillatelse av sykehjemmets ledelse til å spørre deg om du vil delta. Oppgaven medfører ingen risiko eller ubehag.

Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater underveis mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta ca en time.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil anonymiseres i oppgaven så langt det er mulig, da det i fagmiljøet kan være kjent hvilket sykehjem prosjektet er gjennomført på. Opptakene slettes når oppgaven er ferdig, senest før sommeren 2010.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg. Dersom du sier deg villig til å være med i undersøkelsen, vil du bli nærmere orientert om når intervjuet skal gjennomføres.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 23 42 24 47 (A), 911 43 244 (P), eller sende en e-post til nina.joranson@studmed.uio.no. Du kan også kontakte min veileder Solveig Hauge ved institutt for sykepleievitenskap på telefonnummer 22 84 46 18.

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen

Nina Jøranson, demenssykepleier og mastergradsstudent

Risløkkveien 51 C

0583 Oslo

.....

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studien vedr. langtidserfaringer etter innføring av DCM og ønsker å stille på intervju.

Signatur Telefonnummer

Vedlegg IV

Intervjuguide – fokusgruppeintervju personalet

Briefing:

1. Definere situasjonen
 2. Målet med intervjuet
 3. Bruk av lydbåndopptaker og sekretær
 4. Evt. spørsmål
-
- Hva legger dere i begrepet ”personorientert omsorg” og hva kjennetegner en slik tilnærming?
 - Hvordan ble dere berørt av selve innføringen og tilbakemeldingene fra DCM-kartleggeren for 1 ½ år siden?
 - Hvordan har dere brukt erfaringene fra innføringen i hverdagen etter avslutningen av Rokstads DCM-prosjekt?
 - Hvordan har prosessen med kartlegging og tilbakemelding fra Rokstads prosjekt påvirket demensomsorgen i deres avdeling?
(stikkord fra Rokstads funn: prioritering av egen tid, bevissthet rundt inntoning mot pasientene, opp trening av sensibilitet i pasientrettet omsorg)
 - Hva kjennetegner avdelingen deres nå, ca 1 ½ år etter siste kartlegging? Hva er blitt annerledes?
 - Hvordan finner dere tid og møteplasser for refleksjon over egen praksis i hverdagen?
 - Hvilke tanker har dere rundt hvordan oppfølgingen av DCM kunne vært gjort annerledes?

Oppsummering av hovedpunkter og evt. spørsmål.

Debriefing – hvordan var dette?

Intervjuguide – intervju med leder for enheten

Briefing:

1. Definere situasjonen
 2. Målet med intervjuet
 3. Bruk av lydbåndopptaker og sekretær
 4. Evt. spørsmål
-
- I hvilken grad opplever du at personalet bruker personorientert omsorg i det daglige arbeidet med pasientene?
 - Hvordan vil du i dag beskrive prosessen med innføring av DCM i enheten for ca 1 ½ år siden?
 - Hvordan har du som leder brukt tilbakemeldingene fra kartlegger i oppfølgingen av personalet i etterkant?
 - Personalet uttrykte under prosjektet klart behov for mer tid og flere møteplasser for refleksjon og faglig utvikling. I hvilken grad mener du det er tilrettelagt for slikt nå?
 - Hvordan prioriteres faglige refleksjoner rundt demensomsorg i hverdagen hos dere?
 - Hvilken støtte har enheten og du som leder fått av ledernivåer over dere i forkant og etterkant av dette prosjektet?
 - Hvilke tanker har du rundt hvordan oppfølgingen av DCM kunne vært gjort annerledes?

Oppsummering av hovedpunkter og evt. spørsmål.

Debriefing - hvordan var dette?