



Bacheloroppgave

I Sykepleie

Livshistoriearbeid til personer med demens på sykehjem

”Hvordan kan sykepleieren bruke livshistorie som verktøy for å fremme personsentrert omsorg til personer med demens?”

Kandidatnummer: 109

Lovisenberg diakonale høgskole

Antall ord: 10773

Dato: 18.04.17

Forord

Livets høst

*Jeg er lik et tre!
Lik treet ble jeg også til ved et frø.
Lik treet fikk jeg også mange sår, men vokste videre,
mer motstandskraftig,
mer hardhudet, men også myk.
Lik treet fikk jeg også rynker etter hvert.*

*Lik treet om høsten mister jeg også blader.
Blader som forteller hvem jeg er, hva jeg er,
erfaringer jeg har gjort,
viten, hvem jeg er glad i.
Lik treet om høsten, føler jeg meg også tom, ribbet, fattig uten blader.
Livet mitt "faller av".
Uten blader, intet liv, sier du vel.
Men du som ser meg, kjenner meg.
Vit at, som treet gjemmer på livskraften i sitt indre
har også jeg en livskraft,
et hjerte som føler.
Jeg blir fortsatt glad, redd, sint, trist.*

*Jeg føler at jeg lever, men kun i øyeblikket.
Der ligger forskjellen på deg og meg.
Vær så snill, øyeblikket er det eneste jeg har.*

Del det med meg!

Kirsti Solheim



Tittel: Livshistoriearbeid til personer med demens på sykehjem

Problemstilling

Hvordan kan sykepleieren bruke livshistorie som verktøy for å fremme personsentrert omsorg til personer med demens?

Teoretisk perspektiv

Relevante deler av Kari Martinsens omsorgsteori blir beskrevet som en del av oppgavens sykepleiefaglige perspektiv, i tillegg til sykepleierens rolle og funksjon på sykehjem. Videre inkluderer oppgavens teoridel teori omkring oppgavens målgruppe, tilnærmingen personsentrert omsorg med fokus på Tom Kitwood, ulike måter å drive livshistoriearbeid og avslutningsvis sentrale etiske og juridiske aspekter.

Metode

Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave, og har tatt for seg en gjennomgang av litteratur som er med på å belyse oppgavens problemstilling. Det er blitt anvendt relevant fag- og forskningslitteratur, i tillegg til noen egne erfaringer i teksten.

Drøfting

Problemstillingen drøftes i lys av den fag- og forskningslitteraturen som presenteres i oppgavens metode- og teoridel. Sentrale aspekter for drøftingen er ulike effekter som kommer frem av forskning gjort på implementering av livshistoriearbeid i praksis. Det trekkes tråder mot Tom Kitwoods personsentrert omsorg, og til Kari Martinsens omsorgsteori. I tillegg til å se positive effekter livshistoriearbeid har hatt på personer med demens på sykehjem, samt deres relasjoner, drøftes arbeidets ulike begrensninger. Herunder rammefaktorer som påvirker sykepleiers yrkesutøvelse, og muligheter for å drive livshistoriearbeid.

Konklusjon

Livshistoriearbeid til personer med demens har vist å ha flere positive effekter på personen, de ansatte på sykehjemmet og relasjonene som oppstår. Det kan bidra til å fremme den enkeltes identitet, samt føre til at man får økt forståelse for personen bak sykdommen.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Oppgavens hensikt	2
1.3 Presentasjon av problemstilling	2
1.4 Avgrensning	2
1.5 Begrepsklargjøring	3
1.6 Oppgavens oppbygning.....	4
2. Metode	5
2.1 Valg av metode.....	5
2.2 Litteratursøk	5
2.2.1 Forskningslitteratur	5
2.2.2 Faglitteratur	6
2.4 Kildekritikk	6
2.3.1 Forskningslitteratur	7
2.3.2 Faglitteratur	8
3. Teori	10
3.1 Demens.....	10
3.1.1 Hva opplever personen med demens?	10
3.2 Personsentrert omsorg til personer med demens	11
3.2.1. VIPS-rammeverket.....	13
3.3 Personens livshistorie	13
3.3.1 Livshistoriearbeid i det daglige	14
3.3.2 Erindringsarbeid	14
3.4 Sykepleiefaglig perspektiv	15
3.4.1 Kari Martinsens omsorgsteori	15
3.4.2 Sykepleierens rolle og funksjon på sykehjem	16
3.5 Juridiske og etiske rammer	16
3.5.1 Pasient- og brukerrettighetsloven	17
3.5.2 Helsepersonelloven	17
3.5.3 Helse- og omsorgstjenesteloven.....	17
3.5.4 Forskrift om en verdig eldreomsorg	18
3.5.5 Sykepleieres yrkesetiske retningslinjer.....	18
3.5.6 Autonomi.....	18
3.5.7 Holisme.....	18
4. Drøfting	20
4.1 Livshistoriearbeid som en del av personsentrert omsorg.....	20
4.1.1 Å forstå personen bak sykdommen	21
4.1.2 Kommunikasjon og relasjoner	23
4.1.3 Livshistoriearbeidets begrensninger	24
4.2 Faktorer som kan påvirke sykepleiers mulighet til å drive livshistoriearbeid	25
4.2.1 Personens ressurser	25
4.2.2 Tid.....	26
4.2.3 Personalets kompetanse.....	28
5. Avslutning	30
6. Referanseliste	32
7. Vedlegg	36
7.1 Vedlegg 1: Artikkelmatrise	36

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I juni 2016 var det over 77 000 mennesker i Norge med demens, og antallet vil trolig fordobles fram mot 2040 (Nasjonalforeningen, 2017, 05.04). En regner med at 10 000 personer får sykdommen hvert år, og risikoen øker med stigende alder (Skovdahl & Berentsen, 2014). Personer med demens er en voksende gruppe i samfunnet, og som sykepleier møter man de på ulike arenaer. Det kan være som innlagt pasient på sykehus, som hjemmeboende hvor hjemmesykepleien er involvert og som en beboer på et sykehjem. Beboere på norske sykehjem har en gjennomsnittsalder på 84 år, og omkring 70-80% av dem har kognitiv svikt eller har fått en demensdiagnose (Slettebø et al., 2010). Kunnskap om gruppen og hvordan man kan møte de er derfor noe jeg mener er høyst relevant for alle sykepleiere. Dette viser seg også gjennom Demensplanen 2020 hvor helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet en plan med mål om å skape et mer demensvennlig samfunn som tar vare på, og integrerer personer med demens i fellesskapet. Planen foreslår tiltak for perioden 2016-2020 som skal bidra til å sette demensutfordringer på dagsorden i kommunenes planarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Personsentrert omsorg er en tilnærming som har fått økt fokus innenfor demensomsorgen de siste årene. Tilnærmingen blir beskrevet som et konsept som vil styrke den geriatriske helsepolitikken globalt i det 21 århundre. Den beskrives videre som en orientering av stor betydning for sykepleie, og at det av noen sies å være den beste måten å yte geriatrisk sykepleie (Bakken, Lerdal & Harding, 2009). Livshistoriearbeid er en relevant komponent innenfor personsentrert omsorg. Slikt arbeid har vist seg å være et positivt bidrag til den helsehjelp som gis, og forskning viser til ulike positive effekter. Det har blitt beskrevet som å menneskeliggjøre pasienter, det utfordrer gamle holdninger og det fremmer gode relasjoner mellom pasient og omsorgspersoner (Bakken et al., 2009).

Selv har jeg erfaring med å jobbe med personer med demens gjennom deltidsarbeid innenfor eldreomsorgen. Jeg har tidligere jobbet på en korttidsavdeling hvor jeg har fått møte personer med en demensdiagnose i ulike stadier. Under hele sykepleierstudiet har jeg jobbet på en somatisk sykehjemsavdeling hvor jeg har fått erfare flere sider ved det å jobbe med denne gruppen. I løpet av den tiden har jeg utviklet en interesse og en nysgjerrighet på hvordan jeg

på best mulig måte kan møte hvert enkelt individ. På bakgrunn av det økte fokuset innen demensomsorgen, med klare føringer for hva som vil styrke den geriatriske helseomsorgen, og mine egne erfaringer innen dette fagfeltet, vil jeg i min bacheloroppgave undersøke nærmere hva dette vil kunne bety for sykepleierens praksis.

1.2 Oppgavens hensikt

Oppgaven skal gjennom en litteraturgjennomgang belyse og drøfte min problemstilling i lys av ulike fag- og forskningslitteratur. Gjennom oppgaven ønsker jeg å øke kunnskapen om gruppen personer med demens, og utforske sykepleierens bruk av livshistoriearbeid som en del av tilnærmingen personsentrert omsorg, og hvordan det kan virke inn på beboernes hverdag. Samtidig som jeg kan sette fokus på en problemstilling jeg mener er viktig for helsevesenet generelt, da personer med demens er en stor og voksende gruppe.

1.3 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av det som er blitt beskrevet ovenfor er problemstilling for denne oppgaven følgende:

Hvordan kan sykepleieren bruke livshistorie som verktøy for å fremme personsentrert omsorg til personer med demens?

1.4 Avgrensning

Oppgaven vil fokusere på personer med demens som bor på en somatisk sykehjemsavdeling. Aldersavgrensning vil være personer over 65 år da dette er den største gruppen som er rammet av demens (Skovdahl & Berentsen, 2014). Når jeg har lest meg opp på litteraturen kommer det ikke frem noen avgrensninger i forhold til typen demens. Oppgaven tar derfor for seg demens som en sykdom, og fordyper seg ikke i for eksempel Alzheimers sykdom. Det er ikke gjort avgrensning i forhold til graden av demens, men da den omhandler beboere på sykehjem vil de ha en moderat til alvorlig grad. Oppgaven vil ikke inneholde avgrensninger i forhold til kjønn. Videre kontekst for oppgaven vil være samhandlingen mellom beboer og

sykepleier, og møtene som tar sted i det daglige. Hovedfokus vil være livshistoriearbeid i det daglige, samtidig som organisert erindringsarbeid vil bli nevnt som en annen metode. De pårørende kommer til å være med i den grad at de kan være en kilde til informasjon ved kartlegging av personens livshistorie. Pårørende kan også aktivt ta del i det livshistoriearbeidet som gjøres i det daglige, og involveres i hverdagen på sykehjemmet.

1.5 Begrepsklargjøring

I dette avsnittet avklares sentrale begreper knyttet til tema og problemstilling. Noen av begrepene vil bli nærmere utdypet i teoridelen av oppgaven.

Personer med demens

Personer med demens er en nyere og mer korrekt betegnelse på personer som er rammet av en demenssykdom. Ved å bruke denne betegnelsen fremfor ”demente” flytter man fokus over på personen bak sykdommen, fremfor på sykdommen og symptomene som følger med (Smebye, 2008).

Personsentrert omsorg

Brooker (2013) definerer personsentrert omsorg med en beskrivelse av fire hovedelementer som sammen danner selve definisjonen på en sterk kultur med personsentrert tilnærming til omsorg. Disse elementene er beskrevet i teoridelen i avsnittet om VIPS-rammeverket.

Livshistorie

Livshistorie: Bertaux (1981) definerer livshistorier som folks tilbakeblikk på egen livsløype. Danielsen (1992) beskriver livshistorie som en retrospektiv fortelling eller framstilling av en persons liv eller store deler av dette livet.

Erindringsarbeid

Erindringsarbeid er alt arbeid som tilrettelegger for at mennesker stimuleres til og får anledning til å tenke tilbake på opplevelser fra sin livshistorie. Det kan skje individuelt eller i grupper, og det har som hensikt å skape kontinuitet i livsopplevelsen. Dette gjelder spesielt hos mennesker hvor opplevelsen av kontinuitet er svekket eller truet (Thorsen & Fosslund, 2010).

Beboer eller pasient.

Oppgaven omtaler en person som bor på sykehjem ved å bruke begrepet ”beboer” framfor ”pasient”. Begrepet ”pasient” vil bli brukt der jeg gjør rede for juridiske føringer for oppgaven, da loven bruker begrepet pasient.

1.6 Oppgavens oppbygning

I det første kapittelet av oppgaven kommer en innledning med hensikt om å gjøre leser kjent med oppgavens problemstilling. Neste kapittel er metode hvor det gjøres rede for hva en metode er, med påfølgende valg av metode og en redegjørelse av litteratursøk. I neste kapittel følger teori som er med på å belyse problemstillingen, og som skal ligge til grunn for videre drøfting. Her presenteres oppgavens målgruppe, teori omkring personsentrert omsorg og livshistoriearbeid som en del av den omsorgen. Det defineres også et tydelig sykepleieperspektiv utfra sykepleieteoretikeren Kari Martinsen, og sykepleierens rolle og funksjon på et sykehjem. Avslutningsvis i kapittelet beskrives sentrale etiske og juridiske rammer knyttet til problemstillingen. I kapittel fire skal problemstillingen drøftes i lys av presentert fag- og forskningslitteratur, før kapittel fem avslutter oppgaven med en oppsummering og noen avsluttende kommentarer.

2. Metode

Thidemann (2015) beskriver metode som den systematiske fremgangsmåten en bruker for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en gitt problemstilling. I følge Dalland (2015) fungerer metode som det redskapet vi har i vårt møte med noe vi vil undersøke, og den hjelper oss til å samle inn data. I løpet av dette kapittelet gjøres det rede for metoden som er tatt i bruk, som en beskrivelse av beskrivelse av søkeprosessen for å finne ulike fag- og forskningslitteratur. Avslutningsvis kommer kildekritikk med en vurdering av kildene som er tatt i bruk.

2.1 Valg av metode

Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave som har som metode å gjennomgå litteratur. Oppgaven baserer seg på eksisterende kunnskap, og den systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder for så å gå igjennom den kritisk før det hele sammenfattes til slutt (Thidemann, 2015). Hensikten med et litteraturstudie som å gi leseren en god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør, med en videre beskrivelse av hvordan en har kommet frem til den kunnskapen. Denne gjennomgangen av litteratur har fokusert på fag- og forskningslitteratur som omhandler oppgavens nøkkeltemaer personer med demens, personsentrert omsorg og livshistoriearbeid.

2.2 Litteratursøk

Fokus for søk etter forskningslitteratur har vært på databaser og tidsskrifter som har relevans innen sykepleiefaget, og de databasene som er tatt i bruk er Cinahl, Pubmed og Svemed+. Søkeprosessen utdypes kun for de forskningsartiklene som er blitt brukt i oppgaven. Se vedlegg 1 for presentasjon av artikler.

2.2.1 Forskningslitteratur

Søkeprosessen startet i Cinahl med søkeordene *"life story work AND dementia"*. Søket ga 18 treff, og ble så avgrenset ved å bruke inklusjonskriteriene forskningsartikler, personer over 65 år, norsk eller engelsk språk, maks 10 år gamle og fagfellevurdert. Det resulterte i 4 artikler, hvor jeg leste abstraktene før jeg valgte *"the use of life story work to people with dementia to*

enhance person-centred care”, ”stories about life narrated by people with Alzheimer’s disease” og ”life story work and nursing home residents with dementia”. Databasen Pubmed ble også tatt i bruk i løpet av søkeprosessen, men prosessen vil ikke bli beskrevet videre da ingen av artiklene ble tatt i bruk. I databasen Svemed+ brukte jeg søkeordene ”*patient centered care AND life story*” og huket av for fagfelleverderte artikler. Dette søket ga et treff på 1 artikkel, og det var ”norwegian healthcare workers’ experience with implementing life story work in a nursing home” som ble anvendt i oppgaven.

Tre av forskningsartiklene ble hentet fra Google Scholar. Artikkelen ”clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes – a qualitative study” var referert til i en artikkel i Sykepleien forskning, og ble da søkt opp i Google Scholar. Det samme gjelder for artikkelen ”life story work in health and social care: systematic literature review”. Artikkelen ”caring for aged dementia care resident study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial” ble funnet i pensumlitteratur om personer med demens, og ble søkt opp grunnet sin relevans.

2.2.2 Faglitteratur

Faglitteraturen som er med i oppgaven er hovedsakelig fra lærebøker som har vært pensum tidligere, og som jeg har blitt kjent med gjennom utdanningen. Skolebiblioteket har blitt utforsket for faglitteratur som omhandler temaene demens, livshistoriearbeid og personsentrert omsorg. Videre har bøker som omhandlet temaene etikk, kommunikasjon, sykepleieteoretikere og geriatrisk sykepleie vært til god hjelp for å legge et godt grunnlag for teoridelen og drøftningen.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr både å vurdere og å karakterisere den litteraturen som er benyttet i oppgaven (Dalland & Trygstad, 2012). Avsnittet er delt opp i forskningslitteratur og faglitteratur hvor den litteraturen som er blitt tatt i bruk i oppgaven vurderes.

2.3.1 Forskningslitteratur

Studien til McKeown, Clarke, Ingleton, Ryan og Repper (2010) er en britisk studie, som anses som aktuell da den ønsker å undersøke hvordan livshistoriearbeid kan fremme personsentrert omsorg. Til tross for at det ikke er en norsk artikkel anser jeg den som relevant da det kan overføres til norske sykehjem, og personer med demens i Norge. Studien drøfter relevante aspekter som er med på å belyse min problemstilling, og forfatterne av studien har en tilknytning til sykepleiefaget. Karlsson, Sävenstedt, Axelsson og Zingmark (2014) sin studie er gjennomført i Sverige. Artikkelen anses som relevant da den undersøker hvordan personer med Alzheimer's sykdom presenterer sin livshistorie. Forfatterne av studien er professorer ved institutt for helsevitenskap. Studien er av nyere dato, og er blitt publisert i en anerkjent tidsskrift for avansert sykepleie.

Studien til Russell og Timmons (2009) er en britisk studie med hensikt om å få innsikt i livet til personer rammet av demens. En negativ side ved studien er at de som intervjuet personene med demens ble gitt en del makt ettersom de kunne bestemme retningen intervjuet skulle gå i. I tillegg var det behov for at en sykepleier hjalp til med å sette sammen delene som kom ut av intervjuet. Årsaken til dette var at personene med demens hadde begrensede evner til å fortelle komplette sammenhengende historier. Forfatterne av studien var en sykepleier og en professor ved en sykepleierskole. Den ble publisert i en tidsskrift som omhandler sykepleie til den eldre pasient.

Bakken et al. (2009) sin studie ble gjennomført på et sykehjem i Norge, med hensikt om å beskrive opplevelsen en gruppe helsearbeidere hadde med å implementere livshistoriearbeid i praksis. Funnene er relevante for oppgaven da de sier noe om både personsentrert omsorg og livshistoriearbeid. En negativ side ved studien er at den kun foregikk over 6 uker, og deltakerne som ble plukket ut var beboere som selv ønsket å fortelle sin historie. Allikevel gir studien dybdeforståelse for hvordan disse deltakerne opplevde prosessen. Forfatterne av studien var professorer ved institutt for helsevitenskap ved Universitetet i Buskerud, og den er publisert i en tidsskrift for klinisk sykepleie. Studien til McKeown, Clarke og Repper (2006) er en systematisk litteraturgjennomgang av artikler som omhandler livshistoriearbeid. En negativ side ved studien er at den ikke kun omhandler personer med demens, men også for eksempel barn med lærevansker. Den skiller allikevel på hvem de skriver om, noe som gjør at jeg kan plukke ut det relevante. Da studien er en gjennomgang av flere artikler på temaet gir

den et bredere grunnlag. Studien er gjennomført i England, og forfatterne av studien har alle tilknytning til sykepleiefaget.

Chenoweth et al. (2009) og Slettebø et al. (2010) sine studier ble tatt i bruk i liten grad i oppgaven. Slettebø et al. (2010) sin studie beskriver ulike rammefaktorer som påvirker prioriteringer sykepleiere og leger gjør på sykehjem. Den ble gjennomført i Norge, og publisert i et anerkjent tidsskrift av anerkjente forfattere innenfor sykepleier- og medisinfaget. Studien til Chenoweth et al. (2009) ønsket å sammenligne personsentrert omsorg, dementia care mapping og ”vanlig” pleie. Studiens relevans var innenfor effekter personsentrert pleie hadde ovenfor sykehjemsbeboere, og ble derfor tatt i bruk i en liten grad i oppgaven. Den ble gjennomført i Australia, og forfatterne har en tilknytning til sykepleiefaget.

Da alle artiklene er skrevet på engelsk må det tas forbehold om at det kan ha skjedd språklige misforståelser. Alle artiklene er under 10 år gamle, med unntak av studien til McKeown et al. (2006).

2.3.2 Faglitteratur

I løpet av oppgaven er det blitt anvendt noen kilder som er eldre enn ti år. Blant disse er bøkene til Martinsen, 1989; Kitwood, 1997; Danielsen, 1992; Bertaux, 1981. Til tross for at disse bøkene alder anser jeg de som relevante til mitt forbruk. Boken til Martinsen (1989) beskriver omsorgsbegrepet som en del av mitt teoretiske perspektiv. Denne utgaven av boken ble brukt framfor en nyere versjon da det var den som var tilgjengelig. For å øke egen forståelse omkring Kari Martinsen omsorgsteori benyttet jeg meg av boken til Austgard (2010). Kitwood (1997) har primærlitteraturen på personsentrert omsorg ble jeg boken til, og anses som å være relevant den dag i dag. Bøkene til Danielsen (1992) og Bertaux (1981) ble kun brukt for å få definisjoner til begrepet livshistorie.

Boken til Fjørtoft (2016) omhandler hjemmesykepleien, men jeg brukte den som kilde da noe av det som sto er overførbart til sykehjem. Boken ble brukt til å finne pensum på ulike rammefaktorer som påvirker sykepleierens yrkesutøvelse, og jeg valgte da ut de rammene som gjelder for sykepleier på sykehjem. Bøkene til Brooker (2013) og Rokstad (2014) omhandler personsentrert omsorg til personer med demens. De oppsummerte temaet på en god måte, og ble anvendt for å sikre egen forståelse da boken til Kitwood (1997) var på

engelsk. Skolens bibliotek har blitt brukt til å finne faglitteratur, og jeg har bevisst oppsøkt anerkjente forfattere innenfor mine hovedtemaer. Mye av den faglitteraturen som er tatt i bruk har vært på pensum i løpet av mine år på høghskolen, og anses derfor som trygge og pålitelige kilder.

3. Teori

I denne delen av oppgaven presenteres aktuell teori med hensikt om å belyse oppgavens problemstilling. Gjennomgangen av litteraturen starter med å ta for seg målgruppen min; personer med demens. Videre følger en beskrivelse av personsentrert omsorg, for så å utdype ulike former for livshistoriearbeid. Det sykepleiefaglige perspektivet med fokus på Kari Martinsens omsorgsteori vil bli beskrevet sammen med sykepleierens rolle og funksjon på sykehjem. Avslutningsvis nevnes ulike sentrale juridiske og etiske rammer for oppgaven.

3.1 Demens

Demens er en progredierende kognitiv hjernefunksjonssvikt som viser seg hos tidligere kognitivt velfungerende personer (Bertelsen, 2016). Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer. Det kjennetegnes ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, evnene til å utføre dagliglivets aktiviteter svekkes, og man opplever en endret sosial atferd. For at man kan bruke begrepet demens må redusert hukommelse alltid være til stede, og svikten i evnene til å utføre dagliglivets aktiviteter må kunne knyttes til hukommelsesreduksjonen. Det må også kunne påvises eller antas at det foreligger en organisk sykdom som er årsak til tilstanden, samt utelukke tilstander som forgiftning eller delirium. Vanlige symptomer er svikt i funksjoner som orientering, evne til å oppfatte og tenke, innlæring, språk, regning og dømmekraft. Alzheimers sykdom er den vanligste formen for demens, mens den nest hyppigste formen er vaskulær demens. Andre former for demens som er blant de vanligste er demens med Lewy-legemer og frontotemporallappdemens (Engedal & Haugen, 2009).

3.1.1 Hva opplever personen med demens?

Startfasen av sykdommen kalles for kompenseringsfasen hvor en ser de første tegnene på hukommelsessvikt, særlig for det som har skjedd nylig. Personen kan ha problemer med å finne ord, og dagligdagse gjøremål kan bli vanskelig. I denne fasen klarer personen vanligvis å bruke sine mestrings- og forsvarsmekanismer, og kompensere for svikten. Neste fase er dekompenseringsfasen, hvor personen har vansker med å bruke sine forsvars- og mestringsmekanismer for å "skjule" svikten. Den siste fasen kalles pleiefasen hvor personen ikke er i stand til å mestre tilværelsen, og har uttalt svikt på mange områder (Thorsen & Fossland, 2010). Sykdomsutviklingen kan også graderes etter mild grad, moderat grad og

alvorlig grad. Ved mild grad begynner personen å merke endringer, og de fleste klarer seg i hverdagen med kjente omgivelser og faste rutiner. Når stadig flere gjøremål blir vanskelig er personen over i en moderat grad, og behovet for veiledning og konkret hjelp til dagliglivets aktiviteter øker. Ved alvorlig grad av demens er personen preget av betydelig handlingssvikt og kan ikke lenger klare seg alene. Avhengigheten av andre fører til behov for døgkontinuerlig tilsyn og omsorg. Sykdommen utvikler seg ganske individuelt. Hos noen har den et raskt forløp, mens hos andre kan det løpe over 10-20 år (Rokstad, 2008). Denne oppgaven avgrenses ikke til en spesiell grad av demens da fag- og forskningslitteratur ikke skiller på de ulike gradene. Det er allikevel slik at en må tilpasse livshistoriearbeidet til den enkelte person, noe McKeown et al. (2006) sin studie understøtter når de sier at arbeidet ikke passer for alle.

Å leve med en demensdiagnose oppleves ulikt hos den enkelte, men det beskrives ofte som en stor påkjenning som fører med seg usikkerhet og angst. Personer som er rammet opplever ofte stor forvirring og frykt for den gradvise forverringen av sykdommen, noe som påvirker selvfølelsen og selvbildet (Rokstad, 2014). Felles for alle med en demenssykdom er at det påvirker hvordan man ser på seg selv, hvordan andre forholder seg til en, og på sikt hvordan en håndterer og mestrer livet sitt. Under utarbeidelsen av ”Demensplan 2020” samarbeidet de med flere personer som rammet av demens. De forteller om en økende opplevelse av å føle seg utenfor. De føler at sykdommen fører til at de mister tilhørigheten til samfunnet og til folk rundt seg, og mange opplever fordommer i møte med samfunnet. Diagnosen kan føre med seg opplevelser av nederlag og tap, inkludert følelsen av å ikke få til ting og bli avhengig av hjelp. Noe av det vanskeligste å akseptere for mange er følelsen av at demensutviklingen reduserer muligheten til å bestemme over eget liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

3.2 Personsentrert omsorg til personer med demens

Det var avdøde professor Tom Kitwood som brukte ordet ”personsentrert” først. Han brukte begrepet i sammenheng med demensomsorgen for å føre sammen ideer og arbeidsmetoder som legger vekt på relasjoner og kommunikasjon. Kitwood (1997) ønsket å sette fokus fra sykdom og over til person, noe som ble ansett som kritikk på den omsorgspraksis som var vanlig på den tiden. Han beskrev den daværende praksisen som medisinsk basert med et stort fokus på pasientens svikt og sykdomssymptomer. Brooker (2013) har sammenfattet fem

grunnpilarer personsentrert omsorg bygger på: viktigheten av å bevare personverdet, hensynet til virkningene av ondartet sosialpsykologi, den utvidede modellen for demens, viktigheten av å innta perspektivet til personer med demens og beskrivelsen av en ny pleiekultur. Å bevare personverdet til personer med demens, til tross for svekket kognitiv funksjon, beskrives som det viktigste målet med personsentrert omsorg. Kitwood (1997, s.8) definerer begrepet personverd som *”en rang eller status som tildeles et menneske av andre, i en kontekst av relasjoner og sosialt liv. Det innebærer gjenkjennelse, respekt og tillit”*. En forutsetning for personsentrert omsorg er at alle personer med demens kan oppleve ulike grader av trivsel og mistrivsel. Kitwood (1997) forventet å se større grad av trivsel og sosial trygghet i de omsorgsmiljøene der det støttes opp om personverdet.

Når en ikke tar hensyn til personens behov og rettigheter, eller når sterke negative følelser ignoreres, undergraver en personverdet til den enkelte. Begrepet *”ondartet sosialpsykologi”* kom fra observasjoner Kitwood gjorde omkring måter omsorgsmiljøet undergravde personverdet på. Det kan være episoder hvor mennesker har blitt truet, neglisjert eller barnliggjort, umyndiggjort. Det er få som arbeider innenfor demensomsorgen som med vilje ønsker å utsette andre for ondartet sosialpsykologi, men han så at det var noe som skjedde relativt ofte (Kitwood, 1997). Den utvidede modellen for demens utfordret den vanlige oppfatningen på 1980-tallet, at demens kunne forstås som graden av tap av hjernebark. Den utvidede modellen tar hensyn til de faktorene som påvirker hvordan en person opplever demens. Disse faktorene er blant annet nevrologisk svekkelse, fysisk helse, livshistorie og personlighet, samt sosial miljø. Modellen gir rom for økt velvære ved å fokusere på andre dimensjoner som påvirker menneskers livskvalitet. Den personsentrerte tilnærmingen ser demens som en tilstand som må forstås fra et psykologisk, sosiologisk og biologisk perspektiv (Kitwood, 1997).

Kitwood (1997) var opptatt av å forsøke å forstå hvordan personer med demens opplever omsorgen. Ved å snakke med mennesker som selv opplevde demens, samt observere livet på sykehjem og dagsentre dannet han seg sin egen forståelse av demens. Han utviklet videre et kartleggingsverktøy kalt Dementia Care Mapping, hvor de første versjonene ønsket å evaluere omsorgen ut ifra perspektivet til personer med demens. Som den siste grunnpilaren for personsentrert omsorg beskriver han skifte fra den gamle til den nye pleiekulturen. Mange av de punktene han drøftet som en del av den nye pleiekulturen er også blitt en del av personsentrert omsorg. Den nye pleiekulturen omfatter følgende elementer: demens ses på

som uførhet en kan leve med, ikke en sykdomsprosess som skal håndteres. Personer med demens og de som har den daglige omsorgen for dem, innehar en ekspertise som er like viktig som hjerneforskning. Alle mennesker er like mye verdt, uansett kognitiv funksjon. Målet med omsorgsarbeid er å bevare personverdet og anerkjenne det unike og individuelle hos alle mennesker, uansett diagnose.

3.2.1. VIPS-rammeverket

VIPS-rammeverket ble introdusert for å definere personsentrert omsorg på en måte som oppsummerte hovedelementene i Tom Kitwoods arbeid. V-en står for personsentrert omsorg som et verdigrunnlag som anerkjenner menneskets absolutte verdi, uavhengig av kognitiv funksjon eller alder. I-en inneholder at hvert enkelt menneske med demens skal møtes med en individuell tilnærming. Videre står P-en for den evnen en har til å forstå verden fra personens perspektiv. Den siste delen av rammeverket er S-en, og vektlegger behovet for et støttende sosialt miljø som dekker personens psykiske behov. Alle elementene er like viktige, og for å bruke det i praksis er det satt opp seks nøkkelindikatorer for hvert hovedelement (Brooker, 2013). Dette rammeverket er ment som et hjelpemiddel for å kunne evaluere og forbedre omsorgstjenester. Dette gjøres ved at ledere og ansatte som jobber innen tjenestene sammen tar for seg de ulike indikatorene, og vurderer egen praksis. Basert på dette rammeverket er det i Norge utviklet en metode for å bruke rammeverket direkte i omsorgspraksis, og den kaller de for VIPS praksismodell (Rokstad, 2014).

3.3 Personens livshistorie

Etter hvert som demenssykdommen utvikler seg, kan det bli vanskeligere å holde fast på historiene fra ens liv, samt fortelle andre om episoder som har formet ens identitet. På bakgrunn av dette sier Brooker (2013) at en sentral oppgave til omsorgsgivere ovenfor personer med demens er å lære seg disse historiene, for så å henvise til dem i den daglige kontakten. Når en person mister sin kognitive kapasitet, orienteringsevne for tid og sted og gradvis sin livshistoriske hukommelse, mister de sin erindring om hvem de har vært, og da hvem de er (Thorsen & Fosslund, 2010). De kommende avsnittene beskriver livshistoriearbeid i det daglige og organisert erindringsarbeid som to måter å ta i bruk personens livshistorie på.

3.3.1 Livshistoriearbeid i det daglige

Demens kan beskrives som en sykdom som fører til tap av seg selv og sin identitet. Det er da viktig å støtte oppunder den livshistoriske hukommelse og stimulere erindringen, selv om det skjer i korte glimt, i stemninger eller sansinger. Når livshistorien glir bort trenger man virkemidler for å ivareta to sentrale mål. Målene er å støtte personens selvbylde og å utfylle andre personers bilde av hvem personen er. En måte å oppnå det siste er å ta i bruk livshistorieskjemaer som vanligvis fylles inn like etter innflytting i institusjon. Dette kan være med på å gi personalet økt kunnskap om personen som de kan bruke for å gi bedre omsorg og behandling, samt gi bedre muligheter for kommunikasjon (Thorsen & Fosslund, 2010).

Livshistoriearbeid innebærer å jobbe med en person og/eller deres familie for å finne ut om deres liv, dokumentere denne informasjonen for så å bruke den i pleien som ytes for den enkelte. Informasjonen som hentes kan tas i bruk på ulike måter, og tilpasses den enkeltes forutsetninger. Eksempler på måter å drive slikt arbeid er å lage en livshistoriebok som kan inneholde ulike elementer fra personens liv. Eksempler på slike elementer er bilder, historier om personen fra andre, personlige objekter, postkort og fødsels- og ekteskapsattestifikater. En kan også legge ved en tidslinje hvor en markerer ulike historiske hendelser opp mot personens liv (McKeown et al., 2006). Andre måter å drive slikt arbeid er ved å skrive et sammendrag av personens historie, samt lage en slags minnebok som inneholder diverse minneverdige gjenstander fra livet. (McKeown et al., 2010).

3.3.2 Erindringsarbeid

Erindring er en form for livshistoriearbeid som kan skje spontant og i organiserte grupper med et formål. Erindring kan gjøres i fellesskap blant personer som ellers kan ha en stimulusfattig hverdag, og de deler en fortid som kan gjøre det gjenkjennbart for hverandre. Miljøet i gruppen skal være trygt og støttende, og det skal bidra til at personen føler seg sett, forstått og verdsatt. Det oppstår en spesiell form for kommunikasjon mellom deltakerne, og den som forteller kan føle glede av å huske, fortelle og bli lyttet til. Hos personer med demens er korttidshukommelsen ofte mer rammet enn langtidshukommelsen. Dette betyr at den livshistoriske hukommelsen er mer intakt, og kan gi personen som erindrer en bekreftelse av mestring. Erindringsamtaler kan skje i individuelle samtaler med ektefelle, slektninger, medbeboere og ansatte. Det kan også foregå i grupper, og være en viktig del av et institusjonsmiljø. Det kan oppstå spontant, eller så kan erindringen være planlagt og stimulert.

Måter å gjøre dette planlagt kan være via gamle plater, bilder eller gjenstander (Thorsen & Fosslund, 2010).

3.4 Sykepleiefaglig perspektiv

Som et sykepleieperspektiv for oppgaven er tilnærmingen personsentrert omsorg blitt beskrevet tidligere i teoridelen. Denne delen av oppgaven kommer derfor til å fokusere på Kari Martinsen sin omsorgsteori, for så å belyse sykepleierens rolle og funksjon på sykehjem.

3.4.1 Kari Martinsens omsorgsteori

Martinsens (1989) forfatterskap er preget av en hovedidé om omsorg som sykepleiens fundament, og som en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv. Omsorgens fundamentale betydning henger sammen med noe grunnleggende i menneskets tilværelse, at mennesker er avhengige av hverandre. Denne avhengigheten er særlig synlig i situasjoner der sykdom, lidelse og funksjonshemming er til stede, men den er allikevel ikke begrenset til disse situasjonene. Kari Martinsen er spesielt opptatt av de svake i samfunnet, og spesielt personer som ikke har mulighet til å gjenvinne avhengighet (Austgard, 2010). Det er en av årsakene til at Kari Martinsen og hennes omsorgsteori er sentral for denne oppgaven. Avhengighet blir forstått som det å ikke være selvhjulpent, og det kan være med på å føre til mangel på respekt hos andre samt til lav selvrespekt. Den fundamentale menneskelige avhengigheten fordrer et menneskelig motsvar, og dette motsvaret er i følge henne omsorg (Martinsen, 1989).

Martinsen (1989) beskriver omsorg som et relasjonelt, et moralsk og et praktisk begrep. Omsorg er forbundet med å ta vare på på andre, og det er knyttet opp mot nestekjærlighet. Det er et relasjonelt begrep som tar utgangspunkt i at det er grunnleggende at vi er avhengige av hverandre. Forståelse for den andres situasjon er en forutsetning for å kunne handle omsorgsfullt, og denne forståelsen vokser frem av felles erfaringer. Dette er relevante elementer for min problemstillinger, og det underbygger hvor viktig det er å møte alle behov denne pasientgruppen har på en helhetlig måte. Omsorgens moralske dimensjon er knyttet til at forholdet mellom mennesker er preget av makt og avhengighet. Moralens spiller en rolle i hvordan vi forholder oss til dette. Den moralske siden av omsorgsbegrepet handler om hvordan vi er i relasjonen gjennom det praktiske arbeidet, og det er kvaliteten i relasjonen som er vesentlig. Hvordan vi som sykepleiere lærer å bruke makt er relevant innen

omsorgsmorale. I alle avhengighetsrelasjoner inngår makt, og makt kan brukes moralsk ansvarlig ut fra solidaritet med den svake. Solidaritet er handlinger basert på engasjement hvor en må kunne identifisere seg med den andre. Omsorg er mer enn en grunnholdning, for det er også en praktisk handling hvor hjelpen begrunnes ut fra tilstanden til den hjelpetrengende. Omsorgens handlinger vokser ut av den konkrete situasjonen og tilstanden som mottakeren befinner seg i. Det viktigste i handlingsrelasjonen er at omsorgsgiver ikke forventer å få noe igjen eller at handlingen begrunnes med å få noe eller oppnå et resultat. Omsorg som en konkret handling krever begrunnelse, og denne begrunnelsen bygger på sykepleierens faglige og etiske vurdering av situasjonen (Martinsen, 1989).

3.4.2 Sykepleierens rolle og funksjon på sykehjem

En langtidsplass på et sykehjem er som regel beboernes hjem for resten av deres liv. Dette stiller store krav til kvaliteten på boligen og mulighet for valg av individuelle løsninger for den enkelte (Wyller, 2015). Det stiller også store krav til oss som sykepleiere da beboerne på sykehjem har ulike helsefaglige utfordringer. På en langtidsavdeling på et sykehjem har beboerne det som bolig, de pårørende har det som besøkssted og de ansatte har det som jobb. For at de beboerne som bor der skal få nødvendige helse- og omsorgstjenester kreves det høy sykepleiefaglig kompetanse, og det stilles store krav til å drive fagutvikling. Sykepleieren på en sykehjemsavdeling har et tydelig ansvar for kvaliteten på det samlede tjenestetilbudet som ytes ovenfor beboerne. Sykepleieren har ansvar i det direkte møtet med beboer og pårørende, og man har også et videre ansvar for dokumentasjon av sykepleien. En skal også kunne lede pleieteamet samt drive fagutvikling og kvalitetsarbeid, noe som krever at sykepleieren har organisatorisk kompetanse. Å være faglig leder på en avdeling innebærer å kunne sette en faglig standard for den behandling, pleie og omsorg som gis (Hauge, 2014).

3.5 Juridiske og etiske rammer

Dette avsnittet skal ta for seg de juridiske føringene som regulerer det å være en beboer på et sykehjem, inkludert det å være en pasient som mottar helsetjenester. Videre skal aktuelle prinsipper og verdier innenfor sykepleieetikken presenteres.

3.5.1 Pasient- og brukerrettighetsloven

Pasient- og brukerrettighetslovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Loven skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients liv og integritet. Som pasient med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har man rett til å få utarbeidet en individuell plan. Som sykepleier skal man legge vekt på pasientens meninger i utformingen av tjenestetilbudet, og dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse har vedkommendes nærmeste pårørende rett til å medvirke med pasienten, jf. Pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2015).

3.5.2 Helsepersonelloven

Helsepersonelloven har som formål å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. En sentral del av loven er kravet om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, jf. Helsepersonelloven §4. Det stilles her et krav til vår yrkesutøvelse hvor fokus er at man skal utføre sitt arbeid ut i fra egne kvalifikasjoner, arbeidets karakter og selve situasjonen. Dette innebærer at man skal ta hensyn til egne faglige kvalifikasjoner, og søke hjelp der dette er nødvendig. Helsepersonelloven §4 beskriver helsepersonellens plikt til å delta i arbeid med individuell plan når pasienten har rett til å få utarbeidet en slik plan (Helsepersonelloven, 2016).

3.5.3 Helse- og omsorgstjenesteloven

Loven gjelder for de helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes av kommunen eller private som har avtale med kommunen. Dette gjelder da de tjenestene som tilbys på sykehjem som er en del av oppgavens kontekst. Loven skal sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud samt, sørge for at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom. For å oppfylle dette kravet skal kommunen blant annet tilby plass i institusjon, herunder sykehjem dersom dette etter en vurdering er det tilbudet som kan sikre personen nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2016).

3.5.4 Forskrift om en verdig eldreomsorg

I 2010 kom det en forskrift om en verdig eldreomsorg med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven. Forskriften har som formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges slik at den bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom. De kommunale pleie- og omsorgstjenestene skal legge til rette for en eldreomsorg som sikrer den enkelte et verdig og så langt som mulig meningsfylt liv i samsvar med sine individuelle behov. Tjenestetilbudet skal formes med respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt (Verdighetsgarantien, 2010). Denne forskriften er relevant for oppgavens problemstilling da personsentrert omsorg har som mål å

3.5.5 Sykepleieres yrkesetiske retningslinjer

”Sykepleierens fundamentale plikt er å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død. Sykepleierens profesjonsetiske ansvar omfatter mennesker i alle livsfaser fra livets begynnelse til slutt” (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 5). Sykepleieres yrkesetiske retningslinjer sier at sykepleier skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg, samt beskytte pasienten mot krenkende handlinger. Om sykepleiens grunnlag sies det at sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert (NSF, 2011).

3.5.6 Autonomi

Autonomi er et begrep som står sentralt innenfor sykepleieetikken. Autonomi betyr å være selvstyrt eller selvlovgivende, og det innebærer retten til selvbestemmelse. Selvbestemmelse forutsetter at en person innehar bestemte egenskaper slik at han kan ta rasjonelle, velbegrunnede og gjennomtenkte valg på egne vegne. Man kan se på selvbestemmelse som en positiv og en negativ rett hvor den negative retten er retten til å nekte behandling eller pleie. Den positive retten innenfor selvbestemmelse er retten til å kreve ulike typer omsorg eller behandling (Nortvedt, 2016).

3.5.7 Holisme

Et holistisk menneskesyn ser helheten som mer enn summen av delene, hvor relasjonene blir viktige for å skape helhet og mening. Å overføre dette til sykepleien medfører at man i behandlings- og pleiesituasjon må tenke at pasienten er mer enn en fysisk kropp. Mennesket

er en helhet med kropp, tanker, engstelse, skam, sårbarhet og ressurser med mer. Det innebærer videre at pasienter må betraktes som medmennesker og likeverdige samarbeidspartnere, når vi som sykepleiere skal bistå deres helsemessige problemer. Et jeg-du-forhold mellom pasient og sykepleier innebærer at de fremstår for hverandre som likeverdige med et felles mål. Sykepleieren har den type kompetanse som pasienten trenger, og pasienten har på sin side erfaringer og forståelse av egen situasjon. Dette innebærer at pasienten deltar i planlegging av egen behandling og pleie (Odland, 2016).

4. Drøfting

Å drøfte kan beskrives som å diskutere, ta for seg og granske noe fra forskjellige sider (Dalland, 2015). Denne delen av oppgaven har som hensikt å besvare problemstillingen min: *”hvordan kan sykepleieren bruke livshistorie som verktøy for å fremme personsentrert omsorg til personer med demens?”* i lys av presentert fag- og forskningslitteratur, og erfaringsbasert kunnskap.

4.1 Livshistoriearbeid som en del av personsentrert omsorg

Fossum og Thorsen (2010) beskriver tilnærmingen personsentrert omsorg som å se den demensrammede som en person med erfaringer og opplevelser, og som via verbal og nonverbal kommunikasjon kan formidle sine erfaringer. Ved å bruke disse erfaringene kan man som sykepleier drive livshistoriearbeid. Dette kan bidra til en mer individuell tilnærming som legger vekt på det unike hos hvert enkelt mennesket. Dette er i tråd med Kitwoods (1997) tankegang omkring meningen med personsentrert omsorg. Livshistorier kan beskrives som psykologiske konstruksjoner skrevet av personen selv. Det er den enkelte som selv kan velge og tolke minner som selvdefinerende, og gi dem en privilegert status i deres livshistorie (Karlsson et al., 2014). Ved å lytte til disse historiene kan sykepleieren lære mye om personen det gjelder, og utforske hvordan vedkommende velger å definere seg selv.

Verdien av å ta i bruk livshistoriearbeid som en del av personsentrert omsorg har blitt identifisert som stor på flere områder. Det kan være med på å påvirke vår forståelse av meningen bak det personer sier, forstå atferd, gjenopprette identitet og fremme interaksjoner og forhold (McKeown et al., 2010). Andre beskriver arbeidet som en måte å samle inn betydningsfulle aspekter ved en person sin fortid og nåtid, og som kan bidra til å bevare den enkeltes identitet (McKeown et al., 2006). Å ha kunnskap om personens historie, for så å bruke denne kunnskapen aktivt, var helt essensielt i følge Kitwood (1997) dersom man ønsket å bevare vedkommendes identitet. Han beskrev utviklingen av livshistoriearbeid hvor de så at det var mye mer enn bare å besøke fortiden. Det ga personene som deltok verktøy til å kunne snakke om nåtiden på en måte de kunne håndtere. Selv har jeg fått erfare hvilken betydning dette kan ha med en beboer jeg har møtt i praksis. Vedkommende opplevde mye uro, samt vansker for å uttrykke seg. En dag fikk vi et langt brev fra pårørende, som inkluderte hele hans livshistorie. Vi lærte da at han hadde bodd flere år i Frankrike og snakket språket flytende. En av de ansatte som kunne det ønsket da å prøve å bruke det i sitt møte med denne

beboeren. Under dette møtet så vi en tydelig endring på hele personen. Ansiktet hans lyste opp, kroppsspråket forandret seg og han ble mer rolig. Denne situasjonen gjorde inntrykk, og det var for meg nok til å ville utforske denne måten å arbeide på videre.

Den videre drøftingen tar utgangspunkt i et par av hovedpunktene som har gjentatt seg ved gjennomgang av ulik forskningslitteratur. Å forstå personen bak sykdommen, samt forbedret kommunikasjon og relasjoner er områder som livshistoriearbeid har hatt en effekt på, og som jeg mener er av stor betydning i arbeidet hvordan sykepleieren kan bruke livshistorie som verktøy i å fremme personsentrert omsorg.

4.1.1 Å forstå personen bak sykdommen

Kitwood (1997) understreker viktigheten av å ha kunnskap om personens livshistorie for å kunne la personens identitet bli vedlikeholdt. Identitet handler om å vite hvem du er, hva du synes om deg selv og det er forbundet med å ha en tilknytning til fortiden. Som en følge av demenssykdommen viskes nylige minner bort, og det er ofte vi som er rundt personen som gir vedkommende en identitet. Å ha en livshistorie som opprettholdes og holdes levende, enten av personen med demens eller av andre, er med på å bevare personens identitet (Brooker, 2013).

Tilnærmingen personsentrert omsorg ønsker å flytte fokus vekk fra sykdom, og over på personen (Kitwood, 1997). McKeown et al. (2010) fant at å drive med livshistoriearbeid hjalp personalet å se personen med demens som mer enn kun en pasient, noe som støtter Kitwoods tankegang. Bakken et al. (2009) sin studie på implementering av livshistoriearbeid på et sykehjem støtter påstanden om at arbeidet bidrar til å se personen bak sykdommen. Å vite mer om personenes historie gjør det enklere å se de som de unike enkeltindividene de er, noe som bidrar til økt forståelse. McKeown et al. (2006) sin gjennomgang av studier omkring livshistoriearbeid identifiserte også økt forståelse for personen som et av hovedpunktene av sine funn. Å lære personen å kjenne i en annen kontekst hjalp de med å se mulige forklaringer på personens atferd. Denne økte forståelsen er i tråd med omsorg som et relasjonelt begrep som en del av Kari Martinsen (1989) sin omsorgsteori. Hun sier at forståelse for den andres situasjon er en forutsetning for å kunne handle omsorgsfullt. Med utgangspunkt i Martinsens teori kan en ved å få økt forståelse for den enkelte beboer, øke forutsetningene for å yte god omsorg. Studier viser at ved å lære mer om personene fører til en endring i holdningene

helsepersonellet har mot de. Det bidrar til å kunne se bak stempelet ”den gamle” eller ”den demente”, og de får sin identitet tilbake. I tillegg til dette har arbeidet påvirket måten pleien planlegges. Det førte til en bevisstgjøring omkring behovet for individuelt tilpassede aktiviteter, og de så at praksisen endret seg mot noe bedre. Å lære mer om personen betydde også å kunne identifisere ulike psykososiale behov som ellers var gjemt (McKeown, 2006).

En deltaker i studien til McKeown et al. (2010) beskriver en av beboerne som en kvinne med mye angst og uro. Hun forteller om en endring i sin egen oppfatning etter at de satte i gang med livshistoriearbeid. Hun klarte nå å se den personen som skjulte seg bak angsten. En annen sykepleier forteller om beboer hvor hun begynte å verdsette hennes kvaliteter som en konsekvens av det livet hun har levd. Disse eksemplene på hva livshistoriearbeid har betydd for personalet støtter opp en del av hensikten til personsentrert omsorg. De pårørende ble også inkludert i studien i den grad at de fikk være med på å bestemme hvilke bilder som skulle være med i livshistorieboken. Konen til en av deltakerne ønsket å vise mannen fra sin beste side i kledd dress, slik han pleide å være. Hun var opptatt av å vise de ansatte en side de ikke så, samtidig som det førte til at hun selv klarte å holde fast på minner som var i ferd med å forsvinne.

Studien rapporterte på den andre siden om en mulig bakside ved arbeidet. Ved å fokusere på livet som hadde vært, se på bilder og snakke om fortiden, kunne de tapene som personen har opplevd forsterkes. De påpeker at selv om livshistoriearbeid kan belyse kontinuitet i en persons liv, har det også potensiale til å understreke det som er tapt for personen (McKeown et al., 2010). Denne erfaringen er nyttig å ha med seg, da en må vurdere hvorvidt denne typen arbeid er noe for alle personer med demens. McKeown et al. (2006) så at ved å drive livshistoriearbeid kan fokus flyttes over på personene slik de en gang var, og understreke den endringen fra den gang til nå. Dersom dette skjer kan det være med på å isolere personen fra sin identitet ved at det blir et stort fokus på hvordan demenssykdommen har påvirket vedkommende. Det å ha kjennskap til også denne siden ved livshistoriearbeid er viktig i arbeidet med hvordan sykepleieren skal ta verktøyet i bruk i arbeidet med å fremme personsentrert omsorg.

4.1.2 Kommunikasjon og relasjoner

For å bygge gode relasjoner er kunnskap om kommunikasjon og ulike kommunikasjonsverktøy en forutsetning. Kunnskap om hvordan demenssykdommen påvirker en persons kommunikasjonssevner er en videre forutsetning for å drive livshistoriearbeid. En vanlig utfordring personer med demens har er en manglende evne til å forholde seg til tidsaspektet i betydningen å kunne skille mellom fortid, nåtid og fremtid. Evnen til å holde på informasjon i korttidshukommelsen kan også være sterkt svekket (Eide & Eide, 2011). Russell og Timmons (2009) gjorde en studie hvor de lot fem personer med demens fortelle deres historier. De ønsket å tolke disse, for å få innsikt i hvordan de forstår livet sitt og verden rundt dem. Et av hovedfunnene var at det var stor variasjon og kompleksitet hos deltakerne, og hver person hadde en ulik historie å fortelle. Til tross for utfordringene som finnes omkring kommunikasjon med personer med demens, viste denne studien at å la de fortelle sin historie genererte store mengder data. Dette ga et glimt av hvordan de selv forsto sitt liv, og det ga menneskene rundt dem mulighet til å forstå de bedre. De påpeker at denne informasjonen tilsier at personer med demens ikke bør bli behandlet som en homogen gruppe, men heller som unike mennesker.

Ved implementering av livshistoriearbeid i praksis kan det argumenteres at relasjonen mellom beboerne og helsepersonellet blir sterkere (Bakken et al., 2009). Å ha en god relasjon med beboeren man er i møte med er viktig da det åpner opp for å prate om personlige temaer. Et par av deltakerne i studien foretatt av Bakken et al. (2009) beskrev relasjoner som utviklet seg til å bli sterkere enn før. Det å lytte til personene fortelle om livet med slik entusiasme, viste seg å ha stor betydning for deltakerne. Et eksempel var en opplevelse hvor en av beboerne ventet på sykepleieren hver dag for å fortelle henne nye historier. Dette gir grunn til å tro at å kunne fortelle disse historiene var svært betydningsfullt også for beboeren. McKeown et al. (2006) tar opp et eksempel med livshistoriearbeid i form av å lage en livshistoriebok. I tillegg til at dette i seg selv var en aktivitet som brakte med seg glede, førte det til et positivt samvær med andre. Å ta frem livshistorieboken ble assosiert med å dra på café, og en av beboerne sa at det var det beste som hadde skjedd henne siden 1948. Slike uttalelser taler for at dette arbeidet bidrar til å gjøre hverdagen bedre for mange. Flere av de ansatte sier at å ta del i dette arbeidet gir mye i form av glede, samt en følelse av å ta del i personenes historier. Studien fant også at i tillegg til å få et sterkere forhold til beboerne, var det også mange ansatte som meldte om et nærere forhold til de pårørende. Samtidig som gode relasjoner er viktig for å kunne yte personsentrert omsorg, kan de også være opphav til komplekse utfordringer. For å

møte dette kan en opprette ulike tilsynsgrupper med muligheter for støtte og veiledning i vanskelige situasjoner. Som sykepleier har man et faglig ansvar på avdelingen, noe som tilsier at en må tilby støtte til sine medarbeidere i slike situasjoner. For å kunne gi veiledning samtidig som sykepleier selv kan ha behov for veiledning vil det være hensiktsmessig med møter i fellesskap.

4.1.3 Livshistoriearbeidets begrensninger

Hittil har drøftingen for det meste tatt for seg positive sider ved å drive livshistoriearbeid, samt hvordan dette er med på å fremme personsentrert omsorg. McKeown et al. (2006) identifiserte noen begrensninger med å ta i bruk livshistoriearbeid i praksis, som det er viktig å kjenne til. Til tross for at livshistoriearbeid fører med seg mye bra for personer med demens og de ansatte som jobber med de, følger det også med sine utfordringer. Studien rapporterer om en beboer som ble forvirret av arbeidet. Han forsto ikke hvordan boken om hans livshistorie var blitt til, eller hvordan de ansatte visste så mye om han. Dette var en del av grunnlaget til at noen av de ansatte mente det ikke var riktig for alle beboere med demens. De ga eksempler på personer som ble opprørt over sine egne minner, noe som også kunne være utfordrende for de ansatte å håndtere. De mente at en forutsetning for å starte opp dette arbeidet er å kjenne personen før man starter. Det er da lettere å vite om dette er noe som vil gagne vedkommende, eller om det vil ha motsatt effekt.

McKeown et al. (2006) beskriver et behov for å lære seg hvordan man tar i bruk livshistoriearbeid, samt hvordan takle de reaksjonene som måtte komme. Ved implementering av dette i praksis bør en foreta seg vurderinger på hvilke personer dette passer for. Å bruke dette ovenfor alle personer som har demens vil være å gå i mot Kitwoods tankegang omkring personsentrert omsorg. Man vil da se bort i fra det personen selv ønsker, og det vil gå på tross av den individuelle tilnærmingen som utgangspunkt for å være personsentrert. Det er også ulike etiske hensyn som må tas. To av studiene gjennomgått rapporterer om beboere som ønsker å prate om sin historie, men de ønsket ikke at den skulle bli skrevet ned. En av beboerne trakk tilbake sitt samtykke for å la historien bli nedfelt i en bok. Dette kan by på etiske dilemmaer dersom personen det gjelder har vansker for å verbalisere sine egne ønsker, på grunn av sin demenssykdom (McKeown et al., 2006). Dette stiller krav til sykepleieren da personene er i en avhengighetsrelasjon til sin hjelper, og de er sårbare og kan føle avmakt. En del av Kari Martinsens (1989) omsorgsteori beskriver omsorgens moralske dimensjon hvor

sykepleieren har et moralsk ansvar knyttet til at forholdet mellom mennesker er preget av makt og avhengighet. Moralens spiller en rolle i forvaltningen av makten og avhengigheten, og sykepleie må som omsorg bygge på moralsk ansvarlig maktbruk. Et slikt ansvar åpner for at vi har mulighet til å misbruke makten vår, samt misbruke den relasjonen vi har. Med hensikt om å sikre at dette ikke skjer og beskytte beboerne som trenger vår hjelp har vi sykepleieres yrkesetiske retningslinjer som sier at skal sykepleier beskytte pasienten mot krenkende handlinger (NSF, 2011). Helse- og omsorgstjenestelovens verdighetsgaranti støtter dette med formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges slik at den bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom (Verdighetsgarantien, 2010). Dette støttes flere steder i lovverket i pasient- og brukerrettighetsloven og helsepersonelloven som legger føringer for praksis (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2015; Helsepersonelloven, 2016).

4.2 Faktorer som kan påvirke sykepleiers mulighet til å drive livshistoriearbeid

Drøftingen har så langt tatt for seg ulike effekter livshistoriearbeid har hatt på personer med demens, hvordan dette er med på å fremme personsentrert omsorg, samt ulike begrensninger knyttet til livshistoriearbeid. Den videre drøftingen skal derfor ta for seg noen av de forutsetningene som påvirker mulighetene for å drive livshistoriearbeid, samt ulike rammefaktorer som kan påvirke yrkesutøvelsen på et sykehjem. Dette vil jeg utdype nærmere for ved å kjennskap til ulike faktorer som kan påvirke og begrense sykepleierens arbeid med livshistorie som verktøy i omsorgsarbeidet, vil kunne gjøre sykepleieren bedre rustet til å møte utfordringene på en konstruktiv måte, slik jeg ser det.

4.2.1 Personens ressurser

Den enkeltes ressurser er en rammefaktor som har betydning for hva som er mulig å utøve av sykepleie. Her spiller både fysiske, psykiske og sosiale ressurser inn, og det er med på å definere den enkeltes forutsetninger (Fjørtoft, 2016). Personer med demens har ressurser som er unike for den enkelte, og hvordan man klarer å utnytte seg av sine ressurser kan påvirkes av demenssykdommen. En person i startfasen av sin demens har andre forutsetninger enn en person som har langtkommen demens, og dette er noe sykepleier på avdeling må ha kunnskap om. Svikt i funksjoner som evne til å oppfatte og tenke samt nedsatt evne til å gjennomføre dagliglivets aktiviteter påvirker den enkeltes ressurser (Thorsen & Fosslund, 2010). Det er

allikevel ikke slik at det er komplett mangel på ressurser, og her har vi som sykepleiere et ansvar for å legge til rette for at ressursene kommer frem i lyset, og stimulere til bruk av gjenværende ressurser. Personer med demens er også avhengige av at sykepleier setter fokus på deres ressurser, og bruker disse aktivt i hverdagen. Dette støttes av personsentrert omsorg som innebærer blant annet at man skal legge til rette for at beboeren skal kunne bruke sine ressurser maksimalt (Kitwood, 1997).

Forholdet mellom sykepleier og beboer er sjelden helt symmetrisk da sykepleieren som regel sitter inne med fagkunnskap om sykdom, behandling og pleie som beboeren ikke har. I følge Kristoffersen og Nortvedt (2011) er det i det norske helsevesenet blitt mer vanlig å møte pasienter som vet hva de vil, og som på forhånd har bestemt seg for hva slags helsehjelp de ønsker eller ikke ønsker. En person med en demensdiagnose har ikke nødvendigvis de egenskapene hvor de selv kan fortelle hva de ønsker. Som sykepleier har man et ansvar for å legge til rette slik at personen blir hørt, og fokusere på å etablere en god relasjon. Den holistiske tankegangen viser til dette med å si at pasientene er våre medmennesker, og de er likeverdige samarbeidspartnere. Et jeg-du-forhold mellom sykepleier og pasient gjør oss til likeverdige mennesker med et felles mål, og vi har begge våre ressurser som kan brukes. Sykepleier har kompetanse som pasienten trenger, så vel som at pasienten har sine erfaringer og egen forståelse (Odland, 2016). Å sette pris på beboerens ressurser innebærer også at vedkommende får muligheten til å delta i planleggingen av sin behandling og pleie i den grad som er mulig ut i fra hans forutsetninger. Dette er med på å bevare retten til selvbestemmelse, samtidig som at en må ha med seg at retten til selvbestemmelse forutsetter at personen innehar bestemte egenskaper som gjør at han kan ta rasjonelle og gjennomtenkte valg på egne vegne (Nortvedt, 2016).

4.2.2 Tid

Tid er en rammefaktor som stadig blir trukket fram som en styrende faktor for helsetjenester. Tid kan være et resultat av andre styrende rammer, men den kan også ses som en egen rammefaktor. Verdien av tid kommer tydelig til uttrykk i møte med den enkelte. Mangel på tid og tidspress er noe som kan oppfattes som utfordrende for både helsepersonellet på et sykehjem, så vel som for beboerne (Fjørtoft, 2016). I en studie gjort på å implementere livshistoriearbeid var alle de ansatte enige om at det ikke gikk utover andre deler av arbeidet. De sa det handlet om prioriteringer, og timingen for tid og sted for samtalene som inkluderte

beboerens livshistorie. Noen mente at morgenstellet var en god tid for å ta slike samtaler da det ga en naturlig nærhet mellom beboer og hjelper (Bakken et al., 2009). På en annen side rapporterte McKeown et al. (2006) at selv om mange av beboerne satte pris på å bli lyttet til, følte de også det tidspresset de ansatte sto ovenfor. Dette gjenspeilte seg blant de ansatte hvor de til tross for et stort engasjement opplevde mangel på tid til å lytte til historiene som ble fortalt. Frustrasjon omkring tidspres og repetisjon av historier fra personer med hukommelsesproblemer, ble rapportert som følelsesmessig tungt. Dette bidro til å påvirke opplevelsen av arbeidet i en negativ retning, og det kunne bidra til spenning innad i avdelingen. Å utføre livshistoriearbeid i det daglige kan foregå spontant, men det kan også skje mer organisert i erindringsgrupper med bestemte formål (Thorsen & Fosslund, 2010). Slike organiserte grupper kan være mer tidskrevende da de krever ressurser i form av personalet til å lede gruppene. En mulighet kan da være å bruke frivillige eller pårørende som kan samle en liten gruppe med hensikt om å prate om gamledager. Dette er en måte som ikke krever avdelingens ressurser i særlig stor grad, samt at det er med på å inkludere de pårørende mer i hverdagen.

Erfaringsmessig hører man ofte at tid er en mangelvare, og en kan da stille spørsmål til hva tiden benyttes til. Gjennom deltidsarbeid og praksisstudier på sykehjem har jeg fått erfare tidspresset. Å få unnagjort rutiner på avdelingen tar ofte mye tid, og prioriteres kanskje fremfor andre ting da det er oppgaver som skal være gjort i løpet av en vakt. Dette kan gå utover hjelpernes evne til å møte beboernes individuelle behov. Man kan også diskutere muligheten for at dersom man ”bruker tid” på å utøve personsentrert omsorg kan dette forebygge uro blant beboerne, som igjen kan føre til mindre jobb for hjelperne. Dette kan være med på å skape et trygt miljø med rom for individuell pleie og omsorg. Forskning viser at uro blant personer med demens var redusert der personsentrert omsorg ble tatt i bruk i praksis noe som støtter påstanden ovenfor. Det kan skape rom for enda større fokus på den enkelte med muligheter for å få til ting som kan være utfordrende i en travel hverdag. Agitasjon er også vondt for de personene det gjelder, både beboeren og de som er i kontakt med dem, og det vil føre til konsekvenser i form av økt tidsbruk for personalet samt en økt risiko for fall og bruk av tvang (Chenoweth et al., 2009).

4.2.3 Personalets kompetanse

Personalet på et sykehjem og deres kompetanse er en av de viktigste ressursene som er med på å definere sykepleieutøvelsen. Fagpersonenes kunnskaper og holdninger er en avgjørende faktor som både kan begrense og øke mulighetene for den enkelte beboer. Tilgangen et sykehjem har på et kompetent personale er styrt av økonomiske, politiske og faglige prioriteringer (Fjørtoft, 2016). Som sykepleier i institusjon skal man være med på sette en faglig standard både i møtet med den enkelte beboer og på avdelingsnivå. Personer med demens har i tillegg til sin kognitive svikt også ofte andre lidelser, og man må derfor som sykepleier ha kunnskap om helse, fysiske og psykiske sykdommer og aldring for å kunne utøve kyndig sykepleie. Det stiller altså store krav til sykepleiers faglige kompetanse (Hauge, 2014). Mulighetene for å ta i bruk livshistoriearbeid for å fremme personsentrert omsorg avhenger blant annet av personalets kompetanse. Kunnskap om tilnærmingen, hva den kan bidra med og betydningen den kan ha for den enkelte beboer er nyttig for sykepleieren å vite. Personalets kompetanse er av betydning for det som er mulig å få til blant beboerne, men det er også andre faktorer som påvirker personalets muligheter.

En studie gjort på sykepleiere og legers erfaringer omkring prioriteringer på sykehjem beskriver kontekstuelle begrensninger som påvirker omsorgen som gis. De to overordnede utfordringene som viste seg var problemer med å sikre tilstrekkelig og helhetlig omsorg, samt sikre lik tilgang til omsorg, med dilemmaer omkring prioritering av tjenester. Faktorer som påvirket prioriteringsdilemmaene var beboers helsesituasjon, alderen, medisinske behov foran psykososiale behov, rettferdighetsprinsippet og velgjørenhetsprinsippet (Slettebø et al., 2010). At medisinske behov kommer foran psykososiale behov blant beboerne er noe jeg kjenner meg igjen i fra egne erfaringer, noe som relateres til tidspress. Bakken et al. (2009) beskriver utfordringen omkring vanskelige samtaler. Når det oppsto samtaler omkring vonde minner var det ikke like lett å være i det, som når man snakket om de gode minnene. Denne erfaringen fra praksis setter lys på en problemstilling hvor vi som hjelpere har makt til å unngå de vanskelige spørsmålene. Livet innebærer for de fleste oppturer og nedturer, og for mange vil et naturlig behov være å snakke om det som har vært vanskelig. De ansatte konkluderte med at det var et behov for veiledning og støtte, spesielt i etterkant av krevende samtaler. Det å takle følsomme reaksjoner både fra beboerne, men også fra dem selv, viste seg å være utfordrende for mange. De sier allikevel at betydningen av å anerkjenne og respondere til de vonde minnene, så vel som de gode, er et viktig aspekt ved det å yte omsorg og pleie (Bakken et al., 2009). Dette kan relateres til den holistiske tenkemåten som ser på mennesket som en

helhet med kropp og tanker (Odland, 2016). Å skape rom for en åpen kommunikasjon hvor beboer kan ta opp det han ønsker er da i tråd med denne måten å tenke på, samt denne måten å yte sykepleie på. Sykepleieres yrkesetiske retningslinjer sier at sykepleier skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (NSF, 2011). Å se mennesket som en helhet som har opplevd både vonde ting i tillegg til mye godt i livet er en forutsetning for å kunne drive livshistoriearbeid.

Gjennom ulike studier er det tatt opp et behov for å møtes underveis, og i etterkant av samtaler omkring personenes livshistorie. Årsaker til det kan være at det er blitt tatt opp vanskelige samtaleemner som man trenger veiledning og støtte omkring. En annen årsak kan være at det er ønskelig å få mulighet til å dele erfaringer og refleksjoner i gruppe. Dette kan bidra til at man ser situasjonen i et nytt lys, samtidig som at man også kan tolke de forskjellige historiene ulikt (Bakken et al., 2009; McKeown, et al., 2006). En naturlig setting for slike møter kan være interne fagmøter hvor utgangspunktet er VIPS-praksismodellen. Modellen er utviklet med hensikt om å oppsummere hovedelementene i personsentrert omsorg, og den kan fungere som et hjelpemiddel. Da personens livshistorie er en sentral indikator innenfor dette rammeverket vil det være en naturlig setting å ta opp dette i fellesskap (Brooker, 2013). Sykepleieren kan derfor bruke denne modellen i arbeidet med hvordan en kan bruke livshistorie som verktøy i å fremme personsentrert omsorg, også for å få personalet til å stå samlet om å yte den beste tjenesten for den enkelte beboer.

5. Avslutning

Funnene som er kommet frem av denne oppgaven gir stor grunn til å tro at å drive livshistoriearbeid til personer med demens, bidrar til å fremme personsentrert omsorg på flere områder. Jeg tenker det allikevel vil være et behov for videre forskning om tema, forskning som også i større grad bygger på erfaringer som gjøres på det enkelte sykehjem i forhold til hvordan sykepleieren bruker livshistorie som verktøy i personsentrert omsorg. Min hensikt med denne oppgaven har vært å belyse problemstillingen om hvorvidt livshistoriearbeid kan være med på å fremme personsentrert omsorg til personer med demens. Gjennomgang av ulike fag- og forskningslitteratur viser til ulike effekter livshistoriearbeid har hatt på personer med demens. Flere av disse effektene kan knyttes opp mot hensikten med personsentrert omsorg, og kan bidra med å bevare den enkeltes personverd.

Videre vil jeg fremheve noen, slik jeg ser de, viktige konkluderende betraktninger. Livshistoriearbeid har vist seg å føre til at helsepersonell på sykehjemmet får en økt forståelse for personen bak sykdommen. Å lære om personens historie hjelper de ansatte med å se personen med demens som mer enn kun en pasient (Bakken et al., 2009; McKeown, et al., 2006). Dette støtter opp tanken bak personsentrert omsorg som er å flytte fokus vekk fra sykdom, og over på personen (Kitwood, 1997). Ulike studier viste at ved å drive livshistoriearbeid til personer med demens var det lettere å se de som de enkeltindividene de er, og det var med på å bevare deres identitet. En annen følge av livshistoriearbeid som ble gjentatt av flere studier var at relasjonen mellom helsepersonell og beboer vokste. Det viste seg at å bruke tid på å lytte til den enkelte fortelle sin egen historie førte til at de kom nærmere hverandre. Å drive livshistoriearbeid ga både ansatte og beboere mye glede, og det har potensiale til å bidra med mye i møtene som tar sted i det daglige på et sykehjem (Bakken et al., 2009).

Det kommer frem av litteraturen at å drive livshistoriearbeid har sine begrensninger, og det er ulike forutsetninger som må ligge til grunn for at det kan skje i praksis. Å kjenne personen før man startet opp med dette arbeidet ble nevnt som en forutsetning. Årsaken til det er at ikke alle personer med demens får en positiv opplevelse av denne typen arbeid. De viste til eksempler på personer som ble opprørt over egne minner, samt noen som ble forvirret over hvordan de ansatte visste så mye om deres historie. Å leve med en demensdiagnose oppleves ulikt hos den enkelte, og dette må tas med i betraktning ved en vurdering om arbeidet er

passende for den enkelte (McKeown et al., 2006). Som sykepleier på et sykehjem må man også forholde seg til de rammene som påvirker vår yrkesutøvelse. Rammefaktorer som tid, personens ressurser og personalets kompetanse påvirker våre muligheter til å drive livshistoriearbeid.

Da livshistoriearbeid til personer med demens viser seg å ha flere gode effekter for de enkelte det gjelder, er det naturlig for meg å tenke, at dette kan overføres til personer som bor på sykehjem generelt. Å ha et fokus på det enkelte individ, og hva det er som gjør den personen til det den er, burde anses som viktig uansett diagnose. For å drive slikt arbeid må det legges til rette for det i praksis. En forutsetning for å kunne lykkes med å fremme personsentrert omsorg, slik jeg ser det, er personalets kompetanse. Samtidig må det må ligge en vilje og en interesse, og med det en forpliktelse i å arbeide på denne måten. Dette begrunner jeg med at forskningen jeg har vist til i denne oppgaven, styrker meg i troen på at det vil føre til en bedre geriatrisk helseomsorg. En påstand jeg også viste til i innledningen i oppgaven.

6. Referanseliste

- Austgard, K. (2010). *Omsorgsfilosofi i praksis – Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Bakken, L., Lerdal, A., & Harding, T. (2009). Norwegian healthcare workers' experience with implementing life story work in a nursing home. *Klinisk Sygepleje*, 23(3), 12-18.
- Bertaux, D. (1981): *Biography and society: the life history approach in the social sciences*. London: Sage Publication
- Bertelsen, A-K. (2016). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn, E. Bach-Gansmo. (Red.), *Sykdom og behandling* (s.321-344) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg: Veien til bedre tjenester*. Tønsberg: Aldring og helse.
- Chenoweth, L., King, M. T., Jeon, Y. H., Brodaty, H., Stein-Parbury, J., Norman, R., ... & Luscombe, G. (2009). Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *The Lancet Neurology*, 8(4), 317-325. doi: 10.1016/S1474-4422(09)70045-6
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Danielsen, K. (1992): *Slike gutter*. Oslo: Pax Forlag
- Eide, H. & Eide, T. (2011) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Engedal, K. & Haugen, P-K. (2009) *Demens. Fakta og utfordringer*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

- Fjørtoft, A-K. (2016). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s.265-283) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Demensplan 2020, ”Et mer demensvennlig samfunn”. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2016). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*
Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjenesteloven>
- Helsepersonelloven (2016). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Karlsson, E., Sävenstedt, S., Axelsson, K., & Zingmark, K. (2014). Stories about life narrated by people with Alzheimer's disease. *Journal of advanced nursing*, 70(12), 2791-2799.
doi: 10.1111/jan.12429
- Kitwood. T. (1997) *Dementia reconsidered: The person comes first*. Buckingham: Open University Press
- Kristoffersen, N-J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2011). Om sykepleie. I E-A. Skaug. (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (s.16-29) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: TANO AS.
- McKeown, J., Clarke, A., Ingleton, C., Ryan, T., & Repper, J. (2010). The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. *International Journal of Older People Nursing*, 5(2), 148-158. doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00219.x

- McKeown, J., Clarke, A., & Repper, J. (2006). Life story work in health and social care: systematic literature review. *Journal of advanced nursing*, 55(2), 237-247. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03897.x
- Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2017, 05.04). Hva er demens?. Hentet fra [<http://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/>]
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Odland, L-H. (2016). Menneskesyn. I B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 25-42). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (2015). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient-%20og%20brukerrettighetsloven>
- Rokstad, A-M.M. (2008). Hva er demens? I K.L. Smebye (Red.) *Personer med demens. Møte og samhandling* (s. 27-45). Oslo: Akribe AS.
- Rokstad, A-M.M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Russell, C., & Timmons, S. (2009). Life story work and nursing home residents with dementia. *Nursing older people*, 21(4), 28-32.
- Skovdahl, K., & Berentsen, D.V. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s.408- 434) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Slettebø, Å., Kirkevold, M., Andersen, B., Pedersen, R., Halvorsen, K., Nordhaug, M., & Nortvedt, P. (2010). Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes—a qualitative study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 24(3), 533-540. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00745.x

Smebye, L.K. (2008). Å møte personer med demens I K.L. Smebye (Red.) *Personer med demens. Møte og samhandling* (s. 13-24). Oslo: Akribe AS.

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Thorsen, K. & Fosslund, T. (2010) *Livshistorier i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

Verdighetsgarantien (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg*. Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426?q=forskrift%20om%20verdig%20eldreomsorg>

Wyller, B-T. (2015) *Geriatrici. En medisinsk lærebok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

7. Vedlegg

7.1 Vedlegg 1: Artikkelmatrikse

Forfatter(e) & Artikkeltittel	Hensikt	Metode	Resultat
Slettebø, Å., Kirkevold, M., Andersen, B., Pedersen, R., Halvorsen, K., Nordhaug, M., & Nortvedt, P. (2010). <i>”Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes—a qualitative study”.</i>	Hensikten med studien var å beskrive sykepleiere og legers erfaringer med ulike faktorer som påvirket prioriteringsdilemmaer i sykehjem.	Studien ble gjennomført med semistrukturerte intervjuer med 13 leger og sykepleiere i seks sykehjem. Gjennom analyse av manifest innholdsanalyse basert på første- og andre-nivå kategorier som beskriver relevante faktorer. Kategoriene ble utviklet etter foreløpige målinger av tekstene.	Denne studien viste at det var et komplekst sett av kontekstuelle begrensninger som påvirket den omsorgen som gis. Det var tre hovedfunn: <ol style="list-style-type: none"> 1. Noen generelle utfordringer knyttet til å gi god omsorg til sykehjemsbeboere 2. Disse i sin tur påvirkes av å prioriteringsdilemmaer 3. Og faktorer som påvirker prioriterings beslutninger.
Russell, C., & Timmons, S. (2009). <i>”Life story work and nursing home residents with dementia: Inviting</i>	Studien forsøkte å lytte til historiene til sykehjemsbeboere med demens for å få innsikt i deres forståelse av seg selv.	En narrativ forskningsmetodikk ble brukt til å lokke fram historier fra deltakere og få innblikk i deres liv. Teorien som understøttet den	De fem deltakerne fortalte alle svært unike historier. Til tross for utfordringene med å invitere folk med demens til å beskrive og fortelle sine historier,

<p><i>people with dementia to describe and narrate their stories can generate rich data that offer a glimpse of how they understand their lives and the world around them, say Catherine Russell and Stephen Timmons”.</i></p>		<p>forskningsmetode ble påvirket av livshistoriearbeid og erindring som brukes i praksis, samt biografiske forskningsmetoder. Narrativ forskning søker ikke et svar på en spesifikk spørsmålet, men funnene er ofte tematisk bredt.</p> <p>Utvalget ble trukket fra et lokalt sykehjem som ble enige om å være vert for studien. Det var fem deltakere i studien: de var over 65 år, hadde en diagnose av demens og mild til moderat tilknyttede symptomer som forvirring og kommunikasjonsvansker. Intervjuene var ustrukturert og varte ca 45 minutter.</p>	<p>generert de rike og komplekse data som ga et innblikk i hvordan de forsto deres liv og verden rundt dem. Denne prosessen hjalp forskeren og andre til å forstå noe av disse deltakerne.</p> <p>Funnene tyder på at den enkelte pasient, uansett diagnose, fysiske, åndelige eller følelsesmessige behov, er individer. Ved å knytte dette til dagens tenkning i sykepleie, er det klart at de enkelte historier, verdier, identitet og mening av alle mennesker en sykepleier kommer i kontakt med må ha en betydelig effekt på deres bruk av personsentrert omsorg.</p>
--	--	---	---

<p>McKeown, J., Clarke, A., & Repper, J. (2006).</p> <p><i>”Life story work in health and social care: systematic literature review”</i>.</p>	<p>Målet med denne artikkelen er å gjennomgå litteratur om livshistorien arbeid i helse- og sosialfag praksis.</p>	<p>Systematiske søk i litteraturen om livshistorien arbeidet ble gjennomført i februar 2004, ved hjelp av sykepleie, medisin og samfunnsfag databaser og en kombinasjon av ordbok og gratis tekst søkeord. Denne viste over 1000 publikasjoner; bruk av konstruerte inklusjons- og eksklusjonskriterier identifisert 51 relevante. Fjorten ble senere valgt og anmeldt hjelp av et sett av reflekterende kritiske avgrensings spørsmål.</p>	<p>En rekke metodiske tilnærminger har blitt brukt for å undersøke bruk av livshistorie arbeid uten en bestemt metodikk rådende. Arbeidet har vært mest brukt med eldre mennesker og personer med lærevansker, og livshistoriebøker er den mest vanlige tilnærmingen. Ansattes oppfatninger av livshistorie arbeid har blitt utforsket, men pasienten og pleieren synspunkter blir sjeldnere rapportert. Resultatene av undersøkelsene er omtalt i brede temaer, og tilbyr noen tentative anbefalinger for bruk av livshistorie arbeid i praksis.</p> <p>Studien finner både fordeler ved å drive livshistoriearbeid, samt ulike begrensninger.</p>
---	--	---	---

<p>McKeown, J., Clarke, A., Ingleton, C., Ryan, T., & Repper, J. (2010).</p> <p><i>”The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care”.</i></p>	<p>Studien undersøker bruken av en livshistorie-tilnærming til mennesker med demens. De ønsker å undersøke måter livshistoriearbeid er forstått og utviklet i praksis, hvordan det oppleves av deltakerne og hvordan det påvirker omsorgen som blir gitt og utfallet av den omsorgen</p>	<p>Det er brukt en konstruktivistisk tilnærming Erfaringene til personer med demens, familien deres som omsorgsgivere og de ansatte pleierne var sentrale i studiens mål.</p> <p>Det ble også brukt et fler-case-studie design hvor de tok for seg 4 ulike personer med demens, deres familie-omsorgsgivere og de ansatte på avdelingen. De satte så i gang med ulike typer livshistoriearbeid hos personene, tilpasset den enkelte person. Det ble da 4 ulike case-studier.</p> <p>Proessen med livshistoriearbeidet ble observert, nøkkel-personene ble intervjuet. Personene med demens i tillegg til andre deltakere ble også intervjuet og observert, og alle samtaler ble tatt opp</p>	<p>Dataene som ble samlet inn under denne studien indikerer at bruk av livshistoriearbeid med eldre mennesker med demens kan forbedre person-sentrert omsorg på en rekke temaer. Å bruke livshistoriearbeid som et verktøy hjalp personalet med å se personen med demens som noe mer enn bare en pasient.</p> <p>De pårørende som var med i studien satte pris på å se at deres kjære ble mer ”sett og hørt”, og at deres person ble opprettholdt. En av de pårørende sa også at å være med på studien hjalp henne personlig med å beholde mannens person som den han var.</p> <p>Funnene i studien indikerer at livshistoriearbeid viste seg å gi muligheter for at stemmen til personene med demens blir hørt. Det viser seg også at i disse fire casene så er det flere</p>
---	--	--	--

			<p>tilfeller av at pasientene blir stolte av å se det som er blitt til. Et eksempel viser til en mann som ikke klarte å uttrykke seg verbalt, og som tidligere virket deprimert. Når han ser i boken laget om hans liv forteller konen at ansiktet hans forandrer seg, øynene hans lyser opp, holdningen hans forandrer seg.</p>
<p>Karlsson, E., Sävenstedt, S., Axelsson, K., & Zingmark, K. (2014). <i>”Stories about life narrated by people with Alzheimer's disease”</i>.</p>	<p>Hensikten med studien er å utforske hvordan mennesker med Alzheimers sykdom presentere sin livshistorie.</p>	<p>Ni deltakere med Alzheimers sykdom ble oppfordret til å fortelle om sine liv fra barndommen, og voksne liv, for å presentere livet og om sine tanker om fremtiden. Intervjuene ble gjennomført i perioden september 2010- mars 2011 i deltakernes hjem, med sine ektefeller nåværende og ble analysert med en metode for analyse av fortellinger.</p>	<p>Tilfredshet, Sammenheng Selvtillit og Personlig vekst ble identifisert som sentrale dimensjoner i deltakernes livshistorier og vist som tråder gjennom hele livet, fra barndommen, til voksenlivet.</p> <p>Alle deltakerne uttrykte en generell tilfredshet med livet, og samhørighet var relatert til deres relasjon med betydelige personer og å bli inkludert i lokalsamfunnet.</p>

			<p>Selvhjulpenhet ble uttrykt som en sterk tillit til egen evne og en generell nysgjerrighet gjennom hele livet som en vedvarende søken etter personlig vekst.</p> <p>Det er viktig for helsepersonell som arbeider med mennesker med demens, for å forstå at mennesker med Alzheimers sykdom kan opprettholde en generell tillitsfull og håpefull tilnærming til livet. Det er også viktig å bruke livshistorie arbeid for å forbedre følelsen av å være koblet til verden og dermed støtte deres identitet og selvfølelse .</p>
<p>Chenoweth, L., King, M. T., Jeon, Y. H., Brodaty, H., Stein-Parbury, J., Norman, R., ... & Luscombe, G. (2009)</p> <p><i>”Caring for Aged Dementia Care Resident Study</i></p>	<p>Bevis for bedre utfall for personer med demens gjennom levering av personsentrert omsorg og dementia-care kartlegging er i stor grad observert. Vi forsøkte å gjøre en stor, randomisert</p>	<p>I en klynge randomisert kontrollert studie ble urbane boliger randomisert utdelt personsentrert omsorg, dementia-care kartlegging, eller vanlig behandling. Pleierne fikk opplæring og støtte i enten intervensjon eller fortsatt</p>	<p>Person-sentrert omsorg og dementia-care synes kartlegging begge å redusere agitasjon hos personer med demens på institusjon.</p> <p>Implementeringskostnadene på personsentrert omsorg er lavere enn for</p>

<p><i>(CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial”.</i></p>	<p>sammenligning av individuell pleie og omsorg, demens-omsorg kartlegging, og vanlig behandling.</p>	<p>vanlig omsorg.</p> <p>Behandlingsfordelingen var maskert for sakkyndige. Det primære resultatet var agitasjon målt med (CMAI) Cohen-Mansfield .</p> <p>Sekundære utfall inkluderte psykiatriske symptomer som hallusinasjoner, nevropsykologisk status, livskvalitet, fall, og kostnadene ved behandlingen.</p> <p>Utfallsmål ble vurdert før og rett etter 4 måneders intervensjon, og ved 4 måneders oppfølging. Hierarkiske lineære modeller ble brukt for å teste behandlingen og effekter.</p>	<p>dementia-care kartlegging, noe som krever mer intensiv trening.</p>
--	---	--	--

<p>Bakken, L., Lerdal, A., & Harding, T. (2009). <i>”Norwegian healthcare workers’ experience with implementing life story work in a nursing home”</i>.</p>	<p>Hensikten med studien er å kunne beskrive erfaringene til en gruppe helsepersonell etter at de har brukt livshistoriearbeid i deres sykepleiepraksis.</p>	<p>Livshistoriearbeid ble implementert på et sykehjem i Norge for å undersøke om et partnerskap mellom pasient og helsepersonell kunne dukke opp, noe som ville kunne gjøre det lettere å utføre individuell pasientomsorg.</p> <p>Studien rapporterer funn fra et prosjekt i et masterprogram innen sykepleie i Norge.</p> <p>For å implementere livshistoriearbeidet på sykehjemmet utviklet de et opplærings- og overvåkingsprogram for implementeringen. De brukte en hermeneutisk tilnærming for å belyse helsepersonellens mening om bruken av livshistoriearbeid på sykehjemmet.</p> <p>12 helsepersonell ble invitert til å delta i prosjektet, men kun 10 fullførte opplegget og ble intervjuet. Data fra to av disse intervjuene ble ikke</p>	<p>Ut i fra intervjuene var det 5 nøkkeltemaer som kom frem fra analysen.</p> <p>- Viktig med rett tid og rett sted.</p> <p>Timing på samtalen og hvor samtalen tok sted var viktig. Ellers så følte de ikke at det tok noe av tiden deres, det handlet om prioriteringer.</p> <p>- Deltakerne hadde behov for retningslinjer angående hva de skulle spørre pasientene om, og hvordan de skulle starte en samtale.</p> <p>Stikkordene og spørsmålene de hadde fått ble sett på som et viktig verktøy, og de sa at det gav de en ide om hva de skulle samle inn av data, og hvordan de skulle spørre.</p> <p>- Noen av deltakerne syntes det var utfordrende når personene begynte å gråte når de fortalte livshistorien sin.</p>
---	--	---	--

		<p>brukt, pga språkproblemer og at et av intervjuene var et pilotintervju. Data ble samlet inn fra intervjuer med 8 helsepersonell, hvor gjennomsnittsalderen var 42,4 år, alle var kvinner og de hadde jobbet på sykehjemmet i gjennomsnittlig 9,8 år.</p> <p>Etter 6 uker med livshistoriearbeid ble hver av deltakerne intervjuet, og data ble analysert ved hjelp av en tematisk innholdsanalyse. Målet var da å organisere, strukturere og finne meningen med materialet.</p>	<p>Noen unngikk å spørre spørsmål som de visste kunne være problematiske for pasienten. Det var også en av deltakerne som sa at hun syntes det ble lettere å snakke med pasienten om de triste minnene.</p> <p>- Flere av deltakerne sa at de følte relasjonene med pasientene endret seg.</p> <p>Relasjonen vokste mens de delte denne informasjonen. Det som utpekte seg var at de nå så pasientene mer som enkelte individer enn hva de gjorde før, og mer som de unike personene de er.</p> <p>- Refleksjon i grupper i ettertid var en god mulighet å dele og reflektere over de historiene de hadde blitt fortalte.</p> <p>Deltakerne synes dette var verdifullt da de kunne dele kunnskap og gi hverandre nye ideer.</p>
--	--	--	---