



# Høgskulen på Vestlandet

## SYKHB3001 Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2021-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	22-02-2021 09:00	<b>Termin:</b>	2021 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	21-04-2021 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 SYKHB3001 1 PRO1 2021 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	221
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	8000
<b>Engelsk tittel *:</b>	Person-centered care - organizational prerequisites to maintain a specified care practice

**Egenerklæring \*:** Ja

Jeg bekrefter at jeg har ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt \*:

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)  
**Gruppenummer:** 7  
**Andre medlemmer i gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

**Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \***

Nei

**Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \***

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Personsentrert omsorg – organisatoriske  
forutsetning for en varig omsorgspraksis

Person-centered care - organizational  
prerequisites to maintain a specified care  
practice

**Kandidatnummer: 221**

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

21.04.2021

**Bakgrunn:** Etter en omorganisering av lederstrukturen på min egen arbeidsplass opplevde jeg at den personsentrert omsorgen ble mer oppgavesentrert. De ansatte ble overlatt til seg selv, og det manglet noen som hadde eierskap i det daglige arbeidet. Jeg er interessert i å finne ut hva som skal til for at en sykehjemsavdeling skal lykkes med å ivareta en personsentrert omsorg, og hvilke organisatoriske forhold som må ligge til grunn.

**Problemstilling:** Hvilke organisatoriske forhold må ligge til grunn for at helsepersonell i en sykehjemsavdeling skal utøve personsentrert omsorg hos demente?

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å finne ut hva som skal til for at en sykehjemsavdeling lykkes med å utføre personsentrert omsorg over tid, og at det skal bli en integrert metode i praksis. I bakgrunn fra teori og praksis er det tydelig at det er ulike organisatoriske faktorer som spiller inn for at man skal ivareta en personsentrert omsorg over tid og dermed redusere forekomsten av tvang og negativ omsorgspraksis.

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie der søk i Oria og Web of Science førte frem til aktuelle artikler. 8 artikler, i tillegg til teoretisk grunnlag om personsentrert omsorg fra Tom Kitwood, danner grunnlag for drøfting sammen med egen erfaring fra praksis.

**Funn:** Forskning viser at et aktivt og engasjert lederskap er avgjørende for at en sykehjemsavdeling skal lykkes med å ivareta en personsentrert omsorg hos den demente pasienten. Kompetanse blant personalet og en pleiekultur som verdsetter omsorgspraksisen er sentrale punkter. Forvaltning av bemanning spiller en viktig rolle, sammen med en personsentrert omsorg rettet mot den ansatte. Den ansatte må verdsettes og myndiggjøres for at han/hun selv skal verdsette og myndiggjøre pasienten.

**Nøkkelord:** demens, personsentrert omsorg, organisasjon, ledelse, sykehjem

## **Summary**

**Background:** Post to a structural change of management, I noticed a sudden change of healthworkers approach to the care practice with patients suffering from dementia. The culture went from being person centered to task centered in a very short time period. I am curious to find what it takes for a nursing home to maintain a person-centered care-practice and which organizational factors that needs to be taken into concideration.

**Question:** What organizational conditions must be the basis for health personnel in a nursing home ward to provide person-centered care for people with dementia?

**Purpose:** The purpose of the study was to find out how organizational factors contribute to sustain a person-centered care practice in nursing homes.

**Method:** The thesis is a literature study where searches in Oria and Web of Science databases led to the selected articles. 7 articles in addition to the care theory of Tom Kitwood forms the base of the discussion along with personal experience from practice.

**Findings:** Research shows that active and committed leadership is crucial for a nursing home ward to succeed in providing person-centered care for patients suffering from dementia. Competence among the staff and a care culture that values a person-centered care practice are key points. Staff management plays an important role, along with a person-centered focus aimed at the care givers. The care givers must be valued and empowered in order for him / her to value and empower the patient.

**Key words:** Dementia, person-centered care, organization, leadership, nursing home

# Innhold

<b>1. Bakgrunn for valg av tema:</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1. Teoretisk grunnlag</b> .....	<b>3</b>
1.2 Sykepleieteoretisk perspektiv .....	3
Personsentrert omsorg .....	3
1.3 Demens.....	5
1.4 Organisasjonsteori .....	6
1.5 Juridiske rammer og politiske føringer: .....	7
1.6 Hensikt: .....	8
1.7 Problemstilling:.....	8
1.8 Presiseringer .....	8
<b>2. Metode</b> .....	<b>9</b>
2.1 Etiske vurderinger.....	9
2.2 Litteraturstudie .....	10
2.3 Kritisk vurdering av artiklene.....	10
2.4 Søkehistorikk.....	11
2.5. Hovedfunn .....	16
<b>3. Diskusjon</b> .....	<b>16</b>
3.1 En tydelig visjon og felles forståelse.....	16
3.2 Kompetanse som grunnlag for å kunne gi personsentrert omsorg.....	18
3.3 Organisasjonskultur .....	19
3.4 Tilstrekkelig bemanning, en forutsetning for å kunne yte personsenteret omsorg? .....	21
3.5 Ledelse.....	22
3.6 Personsentrert personalpolitikk = personsentrert omsorg.....	24
<b>4. Oppsummering og konklusjon</b> .....	<b>26</b>
<b>Referanseliste</b> .....	<b>27</b>
<b>Vedlegg</b> .....	<b>30</b>



Illustrasjonsfoto: Ursula Markus  
Rights Managed / ImageQuest

## 1. Bakgrunn for valg av tema:

Temaet jeg har valgt for bacheloroppgaven min er personsentrert omsorg og hvilken betydning de ulike organisatoriske forholdene har for at man skal kunne ivareta omsorgspraksisen over tid.

Det antas at det finnes ca 101 000 nordmenn her i landet med demens, og 84,3 % av sykehjemsbeboerne i Norge har en form for demensdiagnose (Nasjonalt kompetansesenter for Aldring og Helse, 2021; Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 8). For å møte dagens og fremtidens utfordringer må helse og omsorgssektoren ha kontinuerlig oppmerksomhet rettet mot forbedring og utvikling av tjenestene. Dette krever kontinuerlig oppmerksomhet på kompetanse og kompetanseutvikling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 31).

Forskriften om verdig alderdom (Verdighetsgarantien) har som formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at det bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom. De kommunale pleie- og omsorgstjenestene skal legge til rette for en eldreomsorg som sikrer den enkelte tjenestemottaker et verdig og så langt som mulig meningsfylt liv i samsvar med sine individuelle behov (Regjeringen, 2010).

I Demensplan 2025 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 7) går det frem at en grunnleggende forutsetning for at personer med demens skal kunne leve gode liv, er at de blir møtt med forståelse og respekt. Tjenester av god kvalitet sikres derfor gjennom gode systemer for personsentrert omsorg, med faglig kompetente medarbeidere som møter den enkelte med respekt og verdighet, og som kan omsette pålitelig kunnskap til god praksis. Videre går det frem at god demensomsorg handler om å møte den enkelte der han eller hun er, og iverksette individuelt tilrettelagte tjenester og tilbud basert på innsikt i den enkeltes livsfortelling og sykdomshistorie (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 7).

Aktuelle lover i behandling av personer med demens er Helsepersonelloven kapittel 2 som omhandler øyeblikkelig hjelp (Helsepersonelloven, 1999), og Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A som omhandler hjemmel til å gi nødvendig



helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse som motsetter seg behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Tidligere forskning viser at samtidig som man er kognitivt svekket og avhengig av andres omsorg, har man økt sannsynlighet for å bli utsatt for tvang (Jacobsen et al., 2017). Det poengteres at hyppigheten av bruk av tvang i norske sykehjem må ned, det må jobbes mer personsentrert og de ansatte må få bedre kunnskap om alternative løsninger. Til tross for innføringen av kapittel 4a i Pasient- og brukerrettighetsloven, dagsseminar og satsningen på demensomsorgens ABC i kommunene, viser helsetilsynet at behovet for å få ned bruken av tvang ennå er like gjeldene (Jacobsen et al., 2017). Backman et al. (2019) viser til at det er mye teori og forskning på leders rolle mot personsentrert omsorg, men at det mangler konkret kunnskap om hvordan det skal gjøres i praksis.

Det er flere faktorer som påvirker og utfordringer helhetstenking og personsentrert omsorg på det praktiske nivået. Økende vektlegging av måloppnåelse, krav om effektivitet, effekt og budsjettbalanse er utfordrende i denne sammenheng. En annen vesentlig faktor i bestrebelsen på å jobbe personsentrert er også organisasjonskulturen er ikke minst pleiekulturen som påvirker helse- og omsorgspersonell individuelt og som team (Rokstad, 2014, s. 23-24).

Bakgrunnen for valg av tema for oppgaven bygger på egen erfaring fra demensomsorgen og opplevelsen av den varierende graden av personsentrert omsorg og tillitsskapende tilnærming. Etter en omorganisering i lederstruktur opplevde jeg at fokuset på den personsentrerte omsorgen gradvis ble mer diffus og det bar preg av en økende oppgavesentrert omsorg. Jeg opplevde at pasienter som hadde en utfordrende adferd ikke lengre ble tilnærmet med konkrete individuelt tilpassede tiltaksplaner eller med samme interesse og respekt til tross for at alle fast ansatte ble pålagt å delta på kurset "Demensomsorgens ABC".

Jeg er interessert i å finne ut av hva som kreves for at en sykehjemsavdeling skal kunne jobbe strategisk og med en integrert arbeidsmetode i møte med pasientene. Da de ansatte ikke lykkes med å fortsette arbeidsmetoden etter at den fagansvarlige sluttet, synes jeg det er interessant å undersøke hva som kreves for å ivareta en

personsentrert omsorg i en større sammenheng. Temaet er relevant for praksis da det er tydelige utfordringer i tilretteleggingen av den personsenterte omsorgen helsepersonell skal gi.

## 1.1. Teoretisk grunnlag

Med bakgrunn i temaet jeg har valgt, ønsker jeg å fokusere på personsentrert omsorg og organisasjonsteori som teoretisk grunnlag. Som sykepleieteoretisk perspektiv har jeg valgt å dra inn Tom Kitwoods tilnærming til personsentrert omsorg. Kitwood var den første som introduserte en personsentrert innfallsvinkel til demensomsorgen (Rokstad, 2014, s. 23).

Jeg valgt å ta med kort teori om demens, og går derfor ikke konkret inn i de ulike typene demens, men velger å heller fokusere på symptomene demens medfører og samhandlingen med helsepersonell da det er dette som er relevant for oppgaven.

Det overordnede lovverket er tatt med i bakgrunns materialet, men presiseres i noe større grad i neste delkapittel.

## 1.2 Sykepleieteoretisk perspektiv

### Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg er fundamentet i all omsorg rettet mot personer som har demens (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 408). Dette innebærer at denne tilnærmingen skal og bør være gjennomsyret både i utredning, behandling og sykepleie. Filosofien bak personsentrert demensomsorg ble utviklet av Tom Kitwood, og har som hovedmål å bevare synet på personen som har demens, som en unik person med følelser, rettigheter, ønsker og en livshistorie som preger personen før sykdommen inntraff (Kitwood, 1997, referert i Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 408-409).

Begrepet personsentrert omsorg omtales av Brooker (2013, s. 9) som utfordrende å definere, men at det er en samling av fire hovedelementer:

Verdsettelse av personer med demens og pleiere som har omsorg for dem, individuell tilnærming som vektlegger det unike i hvert enkelt menneske, forståelse av perspektivet den demente har til omverden, og erkjennelse av at all menneskelig adferd har sitt grunnlag i mellommenneskelige relasjoner (Brooker, 2013, s. 9).

I følge Kitwood innebærer det å være en person å ha personverd. Ordet personhood defineres som den status eller verdi som tildeles et menneske av andre mellommenneskelige forhold og sosiale relasjon, og som innebærer gjenkjennelse, respekt og tillit (Rokstad, 2014, s. 22).

Brooker (2013, s. 13) skriver at personverdet undergraves når det ikke tas hensyn til personens behov og rettigheter, når sterke negative følelser ignoreres eller underkjennes, samt når personen i økende grad avskjæres fra samspillet mellom andre mennesker. Videre omtales ondartet eller destruktiv sosialpsykologi, et begrep lansert av Kitwood, som en sekkebetegnelse og omfatter slike episoder hvor mennesker blir truet, utsatt for høyt tempo, neglisjert, barnliggjort, gitt kallenavn, nedvurdert, manipulert, umyndiggjort, tvunget, avbrutt, ignorert, bortvist eller latterliggjort. Svært få ønsker å utsette andre mennesker for dette, men uten viten og vilje skjer det overraskende ofte i demensomsorgen. Kitwood understreker at slike episoder svært sjeldent skjer som følge av onde hensikter, men at det blir en del av pleiekulturen (Brooker, 2013, s. 13).

Skovdahl & Berentsen (2014, s. 409) sier at bakgrunnen for teorien i Kitwoods arbeid var behovet for å utvikle en ny pleiekultur i demensomsorgen. Argumentet var at synet på personen må endres fra ensidig vekt på personens svikt til å vektlegge personens muligheter og opplevelse. Selv om det å leve med demenssykdom innebærer endret funksjonsnivå pga nevrobiologiske endringer, mener Kitwood at tilstanden også er preget av personlighet, livserfaringer, helse og sosialpsykologiske faktorer. Det innebærer å bevare synet på personen og respektere den enkelte persons identitet på ethvert tidspunkt gjennom hele forløpet av demensutviklingen (Kitwood, 1997, referert i Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 409). Kunnskap om hvem personen er, hvilke verdier han eller hun har, interesser, familie og tidligere yrkeskarriere er viktige forutsetninger for å kunne arbeide personrettet (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 409).

Det finnes ulike metoder og kompetansemodeller for implementering av personsentrert omsorg i demensomsorg. Dementia Care Mapping, TID, VIPS, Marte-Meo og Demensomsorgens ABC er eksempler på disse (Aldring og helse, 2021).

### 1.3 Demens

Demens er en paraplybetegnelse på sykdommer som rammer flere av hjernes funksjoner. Alle demenssykdommene er progredierende, og den som rammes vil fungere dårligere og dårligere og til slutt bli avhengig av hjelp (SBU 2006, Brækhus mfl. 2013, referert i Skovdahl og Berentsen, 2014, s. 411). Demens i seg selv er ikke en sykdom, men et syndrom og en diagnose for en rekke symptomer som kan forårsakes av ulike sykdommer og skader (Skovdahl & Berentsen, 2015, 412-414).

En kan dele demenssykdommene inn i tre hovedgrupper: primærdegenerative sykdommer, vaskulær demens og sekundære demenssykdommer. Årsakene til de ulike sykdommene skyldes at hjerneceller dør (primærdegenerativ), forstyrrelser okygentilførsel til hjernen (vaskulær demens) eller pga ulike skader, sykdommer og tilstander (sekundærdemens) (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 414).

Symptomene ved demens er forskjellige, men de mest vanlige er redusert hukommelse og læringsevne, orienteringsvansker, handlingssvikt (apraksi), manglende evne til å forstå meningen med sanseintrykk (agnosi), og adferdsforstyrrelser og psykiske symptomer (APSD) (Skovdahl & Berentsen, 2015, 416-417).

Denne pasientgruppen trenger det samme som du og jeg og alle mennesker: menneskelige relasjoner, trygghet, opplevelse av mestring og mening (Eskeland, 2017, s. 185). Det er derfor viktig at alle faggrupper i demensomsorgen reflekterer over om det er pasientens behov og trivsel som står i sentrum (Skovdahl, 2004, referert i Skovdahl & Berendsen, 2015, s. 425). Mangel til kritisk refleksjon kan føre til at pleierne har problemer med å forstå at deres handlemåte er mer eller mindre hensiktsmessig. Stress og mangel på tid hos pleierne har vist seg å føre til stress hos

pasientene med økt risiko for angst, uro, forvirring og aggresjon (Skovdahl, 2004, referert i Skovdahl & Berendsen, 2015, s. 425).

#### 1.4 Organisasjonsteori

En organisasjon består av en gruppe mennesker som sammen arbeider mot et felles mål. Organisasjon defineres gjerne som en sosial enhet eller gruppe av mennesker som blir konstruert og rekonstruert i en hensikt å søke bestemte mål (Etzioni, 1978 referert i Ingstad, 2019, s. 68).

Organisasjoner har ulike måter å gjøre ting på, selv når de i utgangspunktet har samme oppdrag og må forholde seg til de samme reglene og prosedyrene. Dette omfattes av organisasjonens kultur (Ingstad, 2019, s. 70). Alle organisasjoner har en kultur som inneholder felles virkeliggjøppfatninger for hvordan man oppfører seg, prater og organiserer handlinger. Det ses som en sammensmelting av de normene, verdiene, oppfatningene og handlingsformene som kjennetegner hvordan gruppen og individer fungerer sammen for å få ting utført (Ingstad, 2019, s. 71). Ansattes kunnskaper, verdisyn, personlighet, erfaringer, utdanning osv skaper og bærer kulturen (Bang, 2011 referert i Ingstad, 2019, s. 75).

Ledere er rollemodeller fordi de har makt i organisasjonen. Makten kommer til dels fra den formelle posisjonen de har som ledere, og dels fordi de har en spesiell ekspertise og tilgang på informasjon (Ingstad, 2019, s. 76). Vi skiller mellom toppledelse, mellomledelse og førstelinjeledelse som alle har sine funksjoner på ulikt nivå i organisasjonen (Ingstad, 2019, s. 17).

For å bedre kvaliteten på tjenestene er det ofte kulturen en leder må endre. Kunnskap er nøkkelordet, og gjennom kjennskap og forståelse for kultur, er man i stand til å endre den (Ingstad, 2019, s. 76). En teamorientert kultur, der de ansatte involveres og trekkes med i beslutninger, samt opplever en sterk tilknytning til arbeidsplassen, er viktig når man jobber med kvalitet og kvalitetsforbedring (Firbank 2010 referert i Ingstad, 2019, s. 78).

Uverdige forhold i form av krenkelser og ydmykende hendelser kan være tegn på at det har utviklet seg uheldige og dysfunksjonelle kulturer (Ingstad, 2019, s. 78).

### 1.5 Juridiske rammer og politiske føringer:

I Demensplan 2025 er et av de sentrale tiltakene i et av innsatsområdene kompetanse og kunnskapsutvikling hvor man viderefører satsingen på Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC fra tidligere planer (2015 og 2020) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 7).

Samtidig som vi vet at i overkant av 80 prosent av beboere ved sykehjem har en demenssykdom, og en stor andel har derfor manglende samtykkekompetanse. Vold og utfordrende adferd kan derfor være et uttrykk for sykdommen. Det er viktig at de ansatte i tjenestene har kompetanse om personsentrert omsorg og miljøbehandling for å kunne forebygge vold (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 31). God kunnskap og kompetanse og gode rutiner som sikrer at kunnskapen settes i system, er helt sentralt for å forebygge og behandle atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens. Virksomheten må ha rutiner og systemer som sikrer god personsentrert omsorg, og som fanger opp og behandler adferd som utfordrer omgivelsene. For å forebygge og avverge vold på sykehjem er det helt avgjørende med godt lederskap (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 69).

Verdighetsgarantien (Regjeringen, 2010) sørger for at tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt.

Pasient- og brukerrettighetsloven legger føringen for hvordan helsepersonell skal opptre i møte med pasienter når det kommer til bruk av tvang. Formålet med reglene i kapittel 4-A1 er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4A-1). I kapittel 4A-3 går det tydelig frem at tillitsskapende tiltak skal være forsøkt før det eventuelt ytes helsehjelp mot pasientens vilje (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4A-3).

## 1.6 Hensikt:

Hensikten med oppgaven er å finne ut hva som skal til for at en sykehjemsavdeling lykkes med å utføre personsentrert omsorg over tid, og at det skal bli en integrert metode i praksis. I bakgrunn fra teori og praksis er det tydelig at det er ulike organisatoriske faktorer som spiller inn for at man skal ivareta en personsentrert omsorg over tid og dermed redusere forekomsten av tvang og negativ omsorgspraksis.

## 1.7 Problemstilling:

Med bakgrunn i den kunnskapen vi har om politiske føringer, tidligere forskning og den personsentrerte omsorgens teoretiske grunnlag er det interressant å spørre hva som skal til for å få det til i praksis. Problemstillingen min blir derfor som følgende:

Hvilke organisatoriske forhold må ligge til grunn for at helsepersonell i en sykehjemsavdeling skal utøve personsentrert omsorg hos demente?

## 1.8 Presiseringer

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i pasienter med langtidsopphold i sykehjem med diagnose innenfor demens og/eller redusert kognitiv svikt som krever heldøgns omsorg fra helsepersonell. Jeg har valgt å omfavne sykehjem generelt da et behov for personsentrert demensomsorg også er tilstede utenfor demensavdelinger mtp på at flere somatiske pasienter har en kognitiv svikt eller demensdiagnose vedsiden av sine somatiske plager.

Med helsepersonell menes sykepleiere og helsefagarbeidere med og uten videreutdanning samt ufaglærte pleieassistenter.

Jeg ønsker å finne ut av hvordan man kan ivareta den personsentrerte omsorgen over lengre tid, så fokuset mitt omhandler derfor hvilke forutsetninger som må ligge til

grunn for at praksisen skal ivaretas over tid og fungere som en velintegreert arbeidsmetode.

## 2. Metode

Dalland (2020, s. 54) beskriver metode som en fremgangsmåte som anvendes for å komme frem til ny kunnskap. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener at akkurat den metoden egner seg best til å belyse spørsmålet eller problemstillingen på en best mulig måte. Metoden er da redskapet vårt i møte med det vi vil undersøke (Dalland, 2020, s. 53-54).

Jeg har inkludert 3 kvalitative og 4 kvantitative studier i denne oppgaven for å både få kunnskap som går i dybden og i bredden for å få oversikt over temaet. En av studiene er en blandingsstudie (mixed method). De kvantitative studiene er såkalte tverrsnittstudier hvor man har sett på hvilke faktorer de ansatte verdsetter mest for å oppnå høy grad av personsentrert omsorg i sykehjemmene. Dalland (2020, s. 54) forklarer at de kvalitative studiene fokuserer mer i dybden på hvorfor situasjonene er som de er, og de tar sikte på å fange opp opplevelser og meninger. Videre går det frem at metoden går i dybden og gir oss "myke" data som gir oss forståelse for egenskaper og karaktertrekk ved fenomener. Kvantitativ metode går bredere ut, innhenter "harde" fakta og gir tallfestede data i form av målbare enheter (Dalland, 2020, s. 54-55).

### 2.1 Etiske vurderinger

Etiske overveielser handler om å tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet vårt medfører. Forskningsetikken handler om å ivareta personvernet og å sikre de som deltar i forskningen slik at de ikke blir påført skade eller unødvendige belastninger (Dalland, 2020, s. 168). Videre går det frem at forskningens mål om å vinne ny kunnskap og innsikt ikke skal skje på bekostning av enkeltpersoners integritet eller velferd. Ved all medisinsk og helsefaglig forskning som involverer mennesker og helseopplysninger, skal det søkes om forhåndsgodkjenning fra en av de sju regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (Dalland, 2020, 168-171).



I litteraturstudien som denne oppgaven bygges på, søker vi ikke godkjenning da man bygger forskningen på allerede eksisterende funn. Man skal likevel sikre at informasjonen man benytter kommer fra etisk godkjente kilder. Dersom det er opplyst i artikkelen at den er godkjent av REK eller andre tilsvarende komiteer fra landet der forskninger er gjort, kan man være trygg på at artikkelen er etisk forsvarlig. Etter en gjennomgang av artiklene ser jeg at artiklene er godkjent av REK eller RERB (Sverige) og meldt inn til NSD eller personvernforbundet. NSD avgjør om forskningen er meldepliktig (Dalland, 2020, 170).

Alle som driver med forskning innenfor helsefag må gjøre dette etisk forsvarlig. Dette er regulert gjennom Helsinkideklarasjonen som ble vedtatt i 1964. Den inneholder veiledende regler for helsepersonell hvor studiene omfatter mennesker. Formålet er å beskytte pasienter (Christoffersen et.al., 2015, s. 43).

I teksten har jeg brukt referansestilen APA 7. versjon til å kreditere de som har gjort studiene og funnene jeg viser til, samt teori og lovverk.

## 2.2 Litteraturstudie

Metoden som anvendes for bacheloroppgaven skal være en litteraturstudie. I følge Christoffersen et al. (2015, s. 62) er det innenfor sykepleieforskningen vanlig å gjøre en systematisk litteraturstudie basert på data fra primærkilder i form av publiserte vitenskapelige artikler eller rapporter. Artikkelen eller rapporten er da skrevet av personen(e) som har gjennomført undersøkelsen. Litteraturstudier kan gjøres på ulike måter, og det er noen krav som må være oppfylt: problemstilling og formål, søk, gjennomgang, analyse og diskusjon i materialet samt en rapport (Christoffersen et.al., 2015, s. 62-63).

## 2.3 Kritisk vurdering av artiklene

Artiklene er fra Norge og Sverige, og ses derfor som relevante for praksis, samt gi gode muligheter til å gi et best mulig utgangspunkt til å besvare problemstillingen som omhandler norske sykehjem.

Etter at jeg hadde funnet de artiklene jeg ønsket å inkludere i oppgaven, gikk jeg gjennom dem systematisk ved å markere ut de funnene som gjenspeiler problemstillingen min. Jeg så på felles funn og hva som utpekte seg. På denne måten kunne jeg etter hvert sette de ulike funnene i forskjellige kategorier sammen med det teoretiske grunnlaget som igjen ga grunnlag for videre drøfting. Jeg benyttet sjekklister fra Helsebiblioteket for å kvalitetssikre artiklene. Et eksempel ligger som vedlegg.

## 2.4 Søkehistorikk

For at problemstillingen skulle være mer søkbar, benyttet jeg PICO. Det er et verktøy som benyttes for å dele opp problemstillingen på en hensiktsmessig måte. PICO klargjør på denne måten hvem eller hva problemstillingen handler om, hvilke tiltak som skal undersøkes og hvilke resultat en er interessert i (Grønseth & Jerpseth , 2019, s. 85).

P:	Populasjon/pasient/problem Demente pasienter i sykehjem
I:	Intervention Personsentrert omsorg
C:	Comparison
O:	Outcome Organisasjon Ledelse

Ordene som ble brukt var demens, personsentrert omsorg, ledelse, organisasjon, sykehjem og organisasjon. Av publisert forskning er det lite som er skrevet på norsk slik at søkning kun etter dette ga et svært begrenset utvalg. Jeg benyttet derfor engelske søkeord. Søkestrategien var å kombinere ulike MESH-ord og bruke trunkering.

Jeg benyttet MESH-ord for å finne de riktige engelske emneordene. Dette resulterte i søkeordene "dementia", "culture of care", "DCM", "person-centred care", "organisation/organization", "nurs\* home", "leadership" og "management". Søkene foregikk i Oria, Cinahl og Web of Science. Dette er databaser med sykepleiefaglige artikler.

Ved søk i databasen Cinahl opplevde jeg det utfordrende å få til søk som ga hensiktsmessig resultater. Jeg fikk lange resultatlistor, men det ga lite utslag i mine konkrete ønsker. Resultatene jeg endte om med ga ikke samsvar i det jeg var interessert i å undersøke. Jeg opplevde bruken av Cinahl komplisert og tidkrevende, derfor valgte jeg å bruke andre databaser.

Det første konkrete søket jeg gjorde, brukte jeg søkeordene "dementia" AND "DCM" AND "management" AND "care culture" i Oria. Det ga 223 treff, og 181 artikkeltreff. Ved videre avgrensning av tidsrommet fra 2010-2020, ekskludering av andre språk enn engelsk og fagfelleverderte utgivelser, endte resultatet på 125 treff.

Et kjapt overblikk over artiklene som dukket opp resulterte i at jeg valgte artikkelen av Rokstad (2015). Forfatterens navn var kjent fra pensumlitteraturen og teorigrunnetlaget for oppgaven min. Tittelen på artikkelen vekket interesse da den anså som relevant til min problemstilling.

### **1. The role of leadership in the implementation of person-centred care using Dementia Care Mapping: a study in three nursing homes.**

Studien ble publisert i 2015, og er gjort av Anne Marie Mork Rokstad, Solfrid Vatne, Knut Engedal og Geir Selbæk.

Artikkelen belyser hvilken rolle ledelsen spiller i implementeringen av personsentrert omsorg ved hjelp av DCM-metoden i sykehjem. Det ble utført datainnsamling fra 3 ulike sykehjem som har ulike drift- og lederstruktur. Funnene viste at en aktiv og klar ledelse som fremstår som rollemodeller med en tydelig visjon er sentralt.

Myndiggjøring av de ansatte er også en betydelig faktor. Barrierer for implementering

er fraværende ledelse og en markedsorientert driftsmodell. Kunnskap om demens er i følge de ansatte sentralt for å lykkes med en personsentrert omsorgsmodell.

Ettersom resultatlisten var såpass stor, valgte jeg å konkretisere søket ytterligere. Et nytt søk ble gjort ved bruk av søkeordene "dementia" AND "person-centred care" AND "leadership" med begrensninger til artikler og tidsrommet fra 2018 til 2020 ga 409 treff. Igjen ble det gjort begrensninger i henhold til fagfelleverderte tidsskrifter, engelsk språk og resultatet ble sortert etter relevans. Til tross for et bredt resultat, fant jeg en artikkel som fanget interessen ut i fra tittel og en gjennomgang av abstraktet. Følgende artikkel ble valgt:

## **2: Embodying person-centred being and doing: Leading towards person-centred care in nursing homes as narrated by managers**

Studien er fra 2019 og er gjort av Annika Backman, Petra Ahnlund, Karin Sjögren, Hugo Lövheim, Kathrine S. McGilton og David Edvardsson.

Målet med studien var å utforske hvordan ledere beskriver ledelse mot personsentrert omsorg på svenske sykehjem. Studien belyser at det å lede mot en personsentrert omsorg handler om å ha en personlig forståelse for filosofien rundt metoden, og hvordan man skal overføre konseptet fra teori til praksis, hvordan man skal få mest mulig ut av potensialet, samt å tilføre personalet støtte på en trygg og innovativ arbeidsplass. Studiet fokuserer på sykehjemledernes egne beskrivelser av å lede sine ansatte mot å gi personsentrert omsorg. Studien synes å være relevant for praksis ved at den går gjør et dypdykk i hvordan lederen konkret utøver veiledning og støtte til avdelingens ansatte, noe som har vært fraværende i tidligere forskning.

Jeg benyttet meg også av databasen "Web of science" som jeg fant via bibliotekets nettsider. Søkeprosessen opplevdes enkel og brukervennlig. Her benyttet jeg søkeordene "Dementia" AND "person-centered care" AND "leadership". Dette ga meg 44 resultater. Ved å begrense søket til kun artikler ga det 39 resultater. Av disse valgte jeg ut følgende artikler basert på titlene som ga en forventning at de ville innfri mot min problemstilling. I tillegg var det norsk forskning som gjorde dem relevante.

### **3: Person-centered care in Norwegian nursing homes and its relation to organizational factors and staff characteristics: a cross-sectional survey**

Studien ble publisert i 2018 og er utført av Irene Røen, Øyvind Kirkevold, Ingelin Testad, Geir Selbæk, Knut Engedal og Sverre Bergh.

Denne studien hadde som mål å utforske og forstå sammenhengen mellom personsentrert omsorg og ulike organisasjonsfaktorer på sykehjem. Studien viser en sammenheng mellom personsentrert omsorg og ulike organisasjonsfaktorer i sykehjem. Disse funnene indikerer at å tilby høy grad av personsentrert omsorg i sykehjem er nært knyttet til hvordan personalet opplever jobbsituasjonen i tillegg til både organisatoriske, strukturelle faktorer og det fysiske miljøet. Personsentrert omsorg er assosiert med høy jobbtillfredstillelse, høyere utdanning, høy grad av mestringsfølelse, en styrket ledelse og et godt tilrettelagt fysisk klima.

### **4: What is the role of transformational leadership, work environment and patient safety culture for person-centred care? A cross-sectional study in Norwegian nursing homes and home care services**

Studien ble publisert i 2020 og er utført av Eline Ree.

Målet med studien var å undersøke hvordan transformasjonsledelse, jobbkrav, ressurser og pasientsikkerhets bidrar til å forklare personsentrert omsorg på sykehjem og hjemmetjenester. For at den personsentrerte omsorgen skal være vellykket over lengre tid er man avhengig av at ledelsen skaper et arbeidsmiljø som preges av balanse mellom arbeidskrav og ressursene man har tilgjengelig. Tilstrekkelig bemanning og god kommunikasjon i avdelingen er også avgjørende for at man skal kunne jobbe personsentrert i det daglige pleiearbeidet. Studien viser også til at selv om det er ytre faktorer som politikk, retningslinjer og økonomi som påvirker arbeidsforholdene, har ledelsen en nøkkelrolle til å handle ut i fra dette og tilpasse forholdene til en velfungerende helsetjeneste. Lav bemanning er en trussel mot personsentrert omsorg, og ledere har en unik mulighet til å tilrettelegge for dette.

## **5: Organisational and environmental characteristics of residential aged care units providing highly person-centred care: a cross sectional study**

Studien er svensk og ble publisert i 2017. Den er utført av Karin Sjögren, Marie Lindkvist, Per-Olof Sandman, Karin Zingmark og David Edvardsson

Hensikten med denne studien var å utforske faktorer som karakteriserer omsorgsenheter som oppfattes som høyst personsentrerte, med fokus på organisatoriske og miljømessige faktorer. Studien viste at disse avdelingene er preget av å ha en felles omsorgsfilosofi, et tilfredsstillende lederskap, tverrfaglig samarbeid og sosial støtte fra kolleger og ledere, et demensvennlig fysisk miljø samt tid til å tilbringe med beboerne. De hadde en høyere andel ansatte med videreutdanning innen demensomsorg, og en høyere andel av personalet som fikk regelmessig veiledning, sammenlignet med enheter med lavere nivåer av personsentrert omsorg. Studien viser at ledere som ønsker å legge til rette for personsentrert omsorg i daglig praksis, må vurdere sin egen rolle i å støtte, oppmuntre og veilede personalet.

## **6: A mixed method study of an education intervention to reduce use of restraint and implement person-centered dementia care in nursing homes**

En studie fra 2017 av Frode F. Jacobsen, Tone Elin Mekki, Oddvar Førland, Bjarte Folkestad, Øyvind Kirkevold, Randi Skår, Eva Marie Tveit og Christine Øye.

Målet med studien med var å undersøke hvilke faktorer som hindret eller letter personalets bevissthet knyttet til tillitsskapende tiltak basert på personsentrert omsorg som et alternativ til tvang hos beboere med demens på sykehjem. Studien fant at lederskap, i samspill med personalkulturen, viste seg å være den viktigste faktoren som hindrer eller fremmer personalets bevissthet knyttet til tillitsskapende tiltak, basert på personsentrert omsorg. Studien viste at deltakerne ble mer bevisste på handlingene sine og ble flinkere på å argumentere for og imot bruken av tvang etter at de deltok i kompetansehevingsmodellen Demensomsorgens ABC.

## **7: Nytten av systematisk opplæring av helsepersonell innen eldreomsorgen — en evalueringsstudie av den norske ABC-modellen.**

En studie fra 2014 av Kari Rudningen Fosslı, Øyvind Kirkevold, og Lisbeth Fagerström,

Målet med denne studien var å evaluere ABC-modellen og beskrive på hvilken måte opplæringsmodellen kan være hensiktsmessig for helsearbeidere i demens - og geriatrisk omsorg. Studien viser at mer enn 92% av deltakerne svarte at ABC-modellene ga økt kunnskap til å ta vare på pasientene og i tillegg gir kompetansemodellen en påvirkning på forholdet mellom pasienter og pårørende på en positiv måte. Studien belyser at dersom man skal nyttiggjøre kunnskapen i praksis, spiller lederen en viktig rolle.

### **2.5. Hovedfunn**

Studiene har en fellesnevner når det kommer til organisatoriske faktorer som hindrer eller støtter implementering og videreføring av personsentrert omsorg. En felles forståelse og aksept for personsentrert omsorg som omsorgspraksis, et godt fungerende team, tilstrekkelig bemanning og en overkommelig arbeidsmengde En engasjert og aktiv ledelse, samt kompetanse er faktorer som går igjen som viktige faktorer i en vellykket praksis.

En svensk studie (Backman et al., 2019) går i dybden hos ledelsen for å finne ut *hva* de konkret gjør for å lykkes med en varig personsentrert omsorg i avdelingen, i tillegg til at det fokuseres utdypende på leders rolle og funksjon.

## **3. Diskusjon**

### **3.1 En tydelig visjon og felles forståelse**

Å yte personsentrert omsorg for personer med demens over tid er ingen enkel eller overflatisk prosess. Det bør være en anerkjennelse i organisasjonen at det kreves kompetanse, samt at det er krevende både emosjonelt og fysisk (Brooker, 2013, 31.)

For at man skal ha et godt grunnlag for praksisen må det være en felles visjon og tydelig erklæring som synliggjør for alle hva dette betyr i det praktiske arbeidet. I det daglige arbeidet må leder derfor gå foran og vise at målene skal etterleves (Rokstad, 2014, s. 31).

Fra egen praksis har jeg sett at det er flere ting som hemmer den personsentrerte tilnærmingen. Private samtaler mellom personalet og fysiske avbrytelser og distraksjoner i pasientens nærvær hindrer dette arbeidet. Jeg har opplevd flere ganger at personalet tar seg "pauser" i arbeidet ved at man tar opp samtaleemner som ikke inkluderer pasientene for eksempel i måltidsituasjonene eller under et stell. Pasienter som kommer med spørsmål eller henvendelser, må vike for personalets samtale.

Dette er eksempler fra praksis som av Kitwood omtales som *ondartet omsorgspraksis* hvor pasienten blir ignorert og objektivisert som et resultat av pleiekulturen hvor personer med demens ikke blir verdsatt (Brooker, 2013, s. 13). En felles visjon hvor man verdsetter personsentrert omsorg i hele organisasjonen støttes av Sjögren et al. (2017) som trekker frem at det er en av de mest sentrale faktorene for å lykkes med metoden over tid. Hvordan et felles verdigrunnlag kan få et rotfeste på tvers i organisasjonene, kommer blant annet frem i Demensomsorgens ABC hvor hele organisasjonen inkluderes i kompetansehevingen (Fosli et al., 2014). På mitt arbeidssted ble rengjøring- og kjøkkenpersonalet derfor også inkluderes i kompetansehevingen fordi de ofte møter pasientene i avdelingene.

Backman et al. (2019) utdyper imidlertid i sin studie at en betydelig faktor er å være bevisst på at samtidig som man er på jobb, befinner en seg også samtidig i pasientens hjem. Å banke på pasientens dør før man går inn ivaretar pasientens verdighet og privatliv (Backman et al., 2019). Det kan virke som en selvfølgelighet, men jeg har selv erfart flere ganger at pleiepersonell går inn på pasienters rom uten forvarsel for å gi en beskjed til en kollega, gjerne under et morgenstell hvor pasienten sitter avkledd på badet. Dette kan anses som et fravær av dette verdisettet og bærer preg av en oppgavefokuset praksis. For at personalet skal erkjenne personsentrert omsorg som metode og felles mål, er gjerne en grunnleggende interesse for pasientrettet arbeid en forutsetning. Ofte har jeg hørt utsagn om at pasienten ikke er



stelt fordi han ikke vil, eller at pasienten bygger opp en uro fordi han/eller hun ble møtt med en realitetsorientering som vedkommende ikke har noe hensiktsmessig utbytte av, men som tvert imot resulterer i at pasient opplever å ikke få støtte i sine synspunkter. Dette handler etter min erfaring like mye om at personalet ikke har kompetanse om hvordan man skal møte den enkelte pasient eller har kjennskap til symptomene eller hvordan man skal håndtere dem, slik som trekkes frem i tidligere teori om å forstå den dementes handlemåte (Skovdahl, 2004, referert i Skovdahl & Berendsen, 2015, s. 425).

### 3.2 Kompetanse som grunnlag for å kunne gi personsentrert omsorg

I Demensplan 2025 (Helse og omsorgsdepartementet, 2020, s. 85) går det frem at det norske helsevesenet preges i høy grad av ufaglærte tjenesteutøvere. I de kommunale helse og omsorgstjenestene er det behov for personell med både høyere, bredere og annen kompetanse enn i dag. Videre er det et stort behov for opplæring av personell uten fagutdanning, rekruttering til yrkesutdanning i helse og sosialfag og etter og videreutdanning. Dette handler både om at noen utdanninger ikke gir tilstrekkelig kompetanse på nødvendige områder, og at personell ikke har tilstrekkelig kompetanse til å møte pasientenes behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 85).

Kompetanse har betydning for i hvilken grad atferdsmessige og psykologiske symptomer får utvikle seg, og hvordan de håndteres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 69).

Høyere utdanning i avdelingene er løftet frem som en sentral faktor for å lykkes med personsentrert omsorg (Røen et al., 2018; Fossli et al., 2014; Rokstad et al., 2015; Jacobsen et al., 2017). Røen (2015) fant i tillegg i sin studie at ansatte med 3 års utdanning hadde en sterkere relasjon til personsentrert metode. Fossli et al. (2014) hevder at opplæringsmetoden i kommunehelsetjenesten, Demensomsorgens ABC, er en god måte å øke kunnskapen hos de ansatte, og at det videre er en inngangsport til ytterligere kompetanseheving da det synes å stimulere ansatte til å ta mer utdanning innen helsefag. Opplæringsmetoden anbefales derfor som kompetansehevingstiltak i kommunehelsetjenesten. Jacobsen et al. (2017) støtter

dette ved at de ansatte ble mer reflekterte over egen praksis og at kunnskapsmodellen kunne være en forklarende faktor til hvorfor tvangsbruk og utfordrende adferd blant pasientene minket.

Likevel, for at man skal kunne nyttiggjør seg av kompetansen som tilegnes forutsetter det at kunnskapen blir etterspurt av avdelingslederne i ettertid og at det er lagt til rette for at kunnskapen kan tas i bruk. Dette handler mye om avdelingens kultur relatert til ønske om utvikling og om leders tilrettelegging i avdelingene (Fossli et al., 2014).

Funnene til Fossli et al. (2014) kan jeg også gjenkjenne fra egen arbeidsplass. I kommunen jeg selv jobber har denne kompetansemodellen blitt brukt, men det var kun de fast ansatte over 50 % i stillingsbrøk som fikk delta. Kunnskapen disse deltakerne fikk, ble ikke overført på noe vis til ansatte som hadde lavere stillingsbrøk eller som jobbet som vikarer. Ettersom Demensplan 2025 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 85) poengterer at det er nødvendig med kompetanseheving blant ufaglærte i helsesektoren, kan man stille spørsmål til om kompetansehevingen avhenger av kommunenes økonomi.

I ettertid har jeg vansker med å se hvordan avdelingen har dratt nytte av kompetansemodellen. Noe av grunnen til dette har nok rot i hvordan kompetansehevingen ble introdusert til de ansatte, som innebar at deltakelsen var obligatorisk, men uten kompensasjon i form av avspasering. Dette skapte en del misnøye og negative holdninger. Det ligger i lederens ansvar å legge til rette for at avdelingen har en kultur som er mottakelig for å øke og å dele kunnskap (Fossli et al., 2014).

### 3.3 Organisasjonskultur

Når Kitwood snakker om den ondartede sosialpsykologien hvor ansatte umyndiggjør eller utsetter pasienter for tvang, er det ofte fordi det er en del av pleiekulturen, og den sprer seg hurtig blant de ansatte (Brooker, 2013, s. 13). Uverdige forhold i form av krenkelser og ydmykende hendelser kan være tegn på at det har utviklet seg uheldige og dysfunksjonelle kulturer (Ingstad, 2019, s. 78).

Alle organisasjoner har en kultur som inneholder felles virkeligoppfatninger for hvordan man oppfører seg, prater og organiserer handlinger. Det ses som en sammensmelting av de normene, verdiene, oppfatningene og handlingsformene som kjennetegner hvordan gruppen og individer fungerer sammen for å få ting utført (Ingstad, 2019, s. 71).

Tatt i betraktning er det også vesentlig å anta at det vil være hensiktsmessig å heve og vedlikeholde kompetansen blant ansatte med ulik utdanningsbakgrunn om hvilke rammer lovverket setter for møte mellom pleier og pasient. I Helsepersonelloven fremgår det at helsepersonell skal gi nødvendig helsehjelp selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke eller om pasienten motsetter seg helsehjelpen (Helsepersonelloven, 1999, § 7). Gjennom egen praksis har jeg ofte hørt at det blir forsøkt å rettferdiggjøre å utføre et stell mot pasientens vilje da han eller hun er tilgriset i avføring. Argumentet for dette har vært at pasienten kan bli sår eller at pasienten kommer til å grise til gjenstander på rommet sitt. Det kan synes som at loven i enkelte tilfeller blir overtolket. I disse tilfellene har jeg stilt spørsmål til om det er forsøkt tillitsskapende tilnærming eller bytte av personal. Jeg har også stilt spørsmål til om vi i det hele tatt må foreta oss noe omgående, mot å heller vente til pasienten kanskje er mer mottakelig for hjelp. Jeg opplever det som at deler av personalet ikke har kunnskaper til lovverket eller nytten av en personsentrert omsorg gjerne pga manglende interesse eller at de ikke har tro på at det nytter. Jeg opplever at det vokste frem en ukultur i avdelingen.

Røen et al. (2018) tydeliggjør i sin forskning at et innovativt klima i avdelingen hvor man oppfordrer til å finne alternative løsninger er i tråd med en personsentrert omsorg. Backman et al. (2019) poengterer dessuten at hvordan lederen går frem som et eksempel og fremstår som en rollemodell er en viktig faktor med hensyn til kulturen i avdelingen. Det er her man kan trekke en parallell til det Kitwood omtaler som årsaken til ondartet sosialpsykologi, nettopp at man gjør som andre gjør fordi man ubevisst blir opplært til det (Brooker, 2013, s. 13). I lys av denne kunnskapen ser man verdien av leders tilstedeværelse ved at de ansatte ikke trør over grenser man ikke har hjemmel i eller pleiekulturen går i en uønsket retning. Av erfaring har det en tendens til å skje når ressursene er knappe og man ikke strekker til.

### 3.4 Tilstrekkelig bemanning, en forutsetning for å kunne yte personsenteret omsorg?

I Verdighetsgarantien er det tydelig at pasientens verdighet skal ivaretas og at pasientene skal ha mulighet til å gå ut samt å ha en normal døgnrytme (Regjeringen, 2010). Av og til kan det nærmest oppleves som et glansbilde av demensomsorgen når man opplever at ressursene er knappe. Man kan gjerne stille spørsmål til om interessen for den personsentrerte omsorgen avhenger av kommunenes midler til å tilby tilstrekkelig bemanning.

Flere av funnene støtter opp under at en tilstrekkelig bemanning i avdelingene gir et bedre grunnlag for å yte en personsentrert omsorg (Røen et.al., 2018; Ree, 2020; Sjögren, 2017). Det fremstår nærmest som en grunnleggende forutsetning. Det er også relevant å belyse på hvilken måte dette eventuelt er nyttig. For at avdelingen skal kunne dra nytte av at bemanningen bør det med bakgrunn i kunnskapen om kompetanse i omsorgssektoren, stilles krav til at det er kompetanse ansatte. Jeg har erfart gjennom praksis at å øke antall ansatte ikke nødvendigvis resulterer i at pasientene blir møtt med den individuelt tilpassede omsorgen de har krav på dersom pleieren ikke har kompetanse til å håndtere utfordringene.

Å forstå demens og dens utfordringer er som vi har sett tidligere en grunnleggende forutsetning for at man skal kunne gi personsentrert omsorg (Rokstad et al., 2015). Det kan synes om at det er tidkrevende og kostbart å jobbe personsentrert fordi man skal ta hensyn til pasientens tempo, individuelle ønsker og perspektiv på omverden. Sjögren et al. (2017) poengterer imidlertid at ved å jobbe personsentrert kan være med på å effektivisere arbeidet. Dersom man kjenner pasienten og vet hvordan man skal møte vedkommende kan man spare avdelingen for økt bruk av personal og ressursbruk slik at det over tid vil være kostnadsbesparende (Sjögren et al., 2017).

Jeg har flere ganger i egen praksis opplevd at tidsbruken i møte med en pasient er avhengig av hvordan man forvalter den. Dette avhenger av at man har en god kjemi med pasienten, og at man gjerne mestrer å tolke pasientens uttrykk. Noen pleiere er flinke til å gå videre til neste steg i stellet dersom pasienten ikke ønsker å pusse tennene på det gitte tidspunktet, og heller forsøke å motivere til klesbytte. En stund

senere er det kanskje lettere å motivere pasienten til å utføre tannpuss, gjerne fordi det samsvarer med pasientens egen rutine fra tidligere.

Ree (2020) har løfter lederen frem som en nøkkelfaktor i håndteringen av en utfordrende hverdag hvor omsorgen synes å avhenge av de knappe ressursene. Det er lederen som har det forbindende leddet videre opp i systemet hvor politikken og retningslinjene råder, og som dermed er i posisjon til å forhandle og påvirke helsetjenestene, som for eksempel at det må brukes ressurser på kompetanseheving eller tilstrekkelig bemanning (Ree, 2020).

### 3.5 Ledelse

Ledere er rollemodeller fordi de har makt i organisasjonen. Makten kommer til dels fra den formelle posisjonen de har som ledere, og dels fordi de har en spesiell ekspertise (Ingstad, 2019, s. 76). En teamorientert kultur, der de ansatte involveres og trekkes med i beslutninger er viktig når man kvalitet og kvalitetsforbedring (Firbank 2010 referert i Ingstad, 2019, s. 78).

En involvert ledelse spiller en stor rolle for utøvelsen av personsentrert omsorg (Rokstad et al., 2015; Jacobsen et al., 2017; Ree, 2020), men i hvilken grad avdelingene lykkes, gjenspeiles i lederstrukturen. Rokstad et al. (2015) beskriver en lederstruktur som preges av høy grad av rapporteringsansvar og økt fokus på resultatoppnåelse gir et dårlig utgangspunkt for aktiv deltakelse i avdelingen. Videre går det frem i forskningen at det fører til at ledelsen har lite tid til å være delaktige i det daglige praktiske arbeidet i avdelingen, og bruker store deler av arbeidstiden utenfor avdelingen. En gylden middelvei for å løse dette synes å være å utnevne en uformell leder i avdelingen, som en slags teamleder som får ansvaret med å veilede og tilrettelegge i avdelingen (Rokstad et al., 2015). I noen kommuner er det praksis i form av at hver avdeling har en egen fagansvarlig som fungerer som "limet" i det daglige arbeidet.

Det kan dras en parallell til det Ingstad (2019, s. 17) omtaler som førstelinjeledelsen som har blant annet ansvar for lede og å administrere utøvelsen av yrket overfor

enkeltpasienter. For at dette likevel skal være en metode å ivareta en personsentrert omsorg på, ser man igjen at det er avhengig av at både den fagansvarlige og de ansatte har tilstrekkelig kompetanse innen demens og hvordan de skal håndtere utfordrende adferd (Rokstad et.al, 2015). Fra min egen erfaring oppleves det som at avdelingen går i motsatt retning, tilbake i tid og det bærer preg av utelukkende fokus på resultat foran kvalitet.

Selv om en tilstedeværende leder er på plass er det likevel utfordringer når det kommer til praksis. Fossli et al. (2014) trekker frem i sin evalueringsstudie av Demensomsorgens ABC at flere av avdelingsledere etterspurte den pedagogiske nøkkelen hvor man anvender teorien i praksis. Deltakerne av evalueringsstudien som både var pleiepersonell og ledere, poengterte begge at de hadde til gode å se at kunnskapen de tilegnet seg ble anvendt i avdelingen (Fossli et al., 2014). En kan stille spørsmål til hvordan man skal kunne ivareta en personsentrert omsorg hvis man ikke vet hvordan man skal implementere den.

Backman et. al (2019) støtter at en aktiv og tilstedeværende leder må til, men viser også til hvordan man helt konkret handler i praksis. Å gå frem som et eksempel hvor man tar del i det daglige arbeidet, men også viser at man deler utfordringene synes å være et godt utgangspunkt. Å stille spørsmål til de ansatte som for eksempel "hva gjør vi med dette?" og "hva tenker vi om denne saken?" er måter å aktivt være tilstede og samtidig vise at man er engasjert (Backman et al., 2019). Jeg kan relatere dette til egne erfaringer ved at den tidligere lederen alltid sto frem som frontfiguren i utfordringene og drog de andre ansatte med. Dette skapte etter mitt syn en kultur for kunnskapsutveksling og inkludering.

Selv om flere av studiene, støtter oppunder en tilstedeværelse og tydelig ledelse som nødvendig for å lykkes med en varig personsentrert omsorg, stopper det her uten noen videre oppskrift (Sjögren et al., 2017; Rokstad et al., 2015, Jacobsen et.al, 2017, Røen et al., 2018). I mangel på konkrete vinklinger på hvordan lederne faktisk gjør dette i praksis, og hva de gjør for å lykkes, svarer Backman et al. (2019) endelig på dette kunnskapshullet som vi skal se nærmere på i neste delkapittel.

### 3.6 Personsentrert personalpolitikk = personsentrert omsorg

Demensplan 2025 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 7) er tydelig på at tjenester av kvalitet bygger på personsentrert omsorg hvor pasientene møtes med forståelse og respekt. Kitwood (1999, referert i Rokstad, 2014, s. 31) vektla personsentrert personalbehandling som en forutsetning for utviklingen av en ønsket pleiekultur. Dette innebærer at personalet føler seg verdsatt av arbeidsgiver. Arbeidsforholdet må bygge på gjensidig tillit mellom arbeidstaker og leder, og sikre ansattes individualitet der hver enkelt gis mulighet for å bruke hele sitt spekter av erfaringer, kunnskaper og personlige ressurser (Rokstad, 2014, s. 31).

Funnene i artikkelen til Backman et al. (2019) om en personsentrert personalpolitikk er altså ikke nytt, men det bidrar likevel til ny kunnskap når man lykkes å få frem de konkrete tiltakene og hvordan de utøves i praksis. Ved å tenke etter på hva man selv ville ønsket dersom man bodde i sykehjemsavdelingen, gir forståelse for hva som er viktig for pasientene (Backman et al., 2019). Det synes å være en enkel vinkling, men det er de små enkle grepene som kan gjøre forskjell.

Backman et al. (2019) sin forskning bygger på hva lederne trekker frem som sentrale grep for å lykkes med en varig personsentrert omsorg. I korte trekk kan de oppsummeres slik:

- Å sette sammen velfungerende team som tar hensyn til gruppens kompetanse, trivsel innad i teamet og kjemi overfor hele pasientgruppen
- En fleksibel tilnærming til arbeidsdagen hvor man forsøker å fokusere på mulighetene en arbeidsdag gir da de rigide rutinene ikke støtter oppunder personsentrert omsorg
- Å verdsette formell og uformell kompetanse, spesielt hvor man nyttiggjør seg av personalets gode kjemi til pasientene. Denne egenskapen kan ikke erstattes med formell kompetanse
- Rom for refleksjon og konstruktiv tilbakemelding i teamene
- Myndiggjøring av de ansatte ved å vise tillitt til at de ansatte kan sitte på den beste løsningen

- Nyttiggjøre uformell kompetanse og interesser blant de ansatte til gode for pasientene, som for eksempel pianospill og sang

Backmann et al. (2019) støtter det vi finner i teorien fra Kitwood når de understreker at en personsentrert holdning til personalet er med på å bygge opp under en personsentrert omsorg til pasientene. Det handler om å verdsette det unike i de ansatte, for så å dra nytte av deres bidrag mot pasientene. For at de ansatte skal gi personsentrert omsorg til pasientene, er det like viktig å ha fokuset på hva hver enkelt kan bidra med. Å etablere et forum hvor man kartlegger de ansattes unike kompetanse og ferdigheter samt å etablere en utviklingsplan og rom for personlig vekst, er viktig i arbeide mot en personsentrert omsorgspraksis. På denne måten understrekes behovet for hver enkelt i gruppen og man signaliserer at pasientenes trivsel er avhengig av hver enkelt individs bidrag.

At roten til en personsentrert omsorg må først og fremst forankres i personalpolitikken kan vi også se i funnene til Ree (2020) som på lik linje med Backman et al. (2019) trekker paralleller til transformasjonsledelse som aktuell lederstil for å imøtekomme en varig omsorgspraksis. Dette innebærer en karismatisk og inspirerende leder samt intellektuell stimuli og individuelle tilpasninger mot de ansatte (McCormack & McCance 2006 referert i Backman et al., 2019).

Dette bygger opp under en individuell personalpolitikk som kan legge grunnlag for en varig personsentrert omsorg av pasienten.



## 4. Oppsummering og konklusjon

I oppgaven har vi sett at det er flere organisatoriske faktorer som påvirker hvordan vi som helsepersonell har mulighet til å utøve en varig personsentrert omsorg til pasientene våre. En felles forståelse og visjon for omsorgspraksisen, samt en kultur som er åpen for kompetanseheving og veiledning er viktig for å ivareta den demente med respekt og verdighet. Omsorgspraksisen krever en tilstedeværende og aktiv leder som støtter og veileder de ansatte ved å maksimere potensialet i avdelingen. Som en konklusjon kan vi si at den personsentrerte omsorgen avhenger av et samspill av flere organisatoriske faktorer som må tas hensyn til hvis vi ønsker å lykkes med arbeidet vårt, og det er klart at det hele starter med hvordan lederen legger til rette for at vi skal kunne utøve metoden i praksis. En travel hverdag preget av knappe ressurser må ikke ses som en hindring, men en faktor som utfordrer avdelingen til å jobbe mer personsentrert i form av riktige teknikker for å unngå å sløse på ressursene, og ved at man henter ut den unike kompetansen i hver enkelt ansatt.

Dette er altså ikke ny kunnskap, men som en relevans til praksis kan det synes at det trengs en bevisstgjøring om hva som hindrer omsorgspraksisen. De ulike faktorene er avhengige av hverandre og det må ses som et samspill hvor den ene faktoren ikke eksisterer uten den andre. En lederstruktur hvor fokuset ligger i budsjettoppfølging og resultatoppnåelse, kan hindre det grunnleggende forholdet mellom leder og de ansatte. For at vi skal kunne ta vare på pasientene våre og gi de den omsorgen de har blitt garantert fra politiske hold, må den personsentrerte omsorgen starte allerede fra ledelsen.

## Referanseliste

- Aldring og helse. (2021). *Personsentrert omsorg*.  
<https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/personsentrert-omsorg/>
- Backman, A., Ahnlund, P., Sjögren, K., Lövheim, H., McGilton, K.S., & Edvardsson, D. (2020). Embodying person-centred being and doing: Leading towards person-centred care in nursing homes as narrated by managers. *Journal of Clinical Nursing*, 29(1-2), 172–183. <https://doi.org/10.1111/jocn.15075>
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert omsorg – Veien til bedre tjenester*. Forlaget Aldring og Helse
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P.A., Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7.utg). Gyldendal Norsk Forlag AS
- Elderly Woman*. [Photograph]. Retrieved from Encyclopædia Britannica ImageQuest.  
[https://quest.eb.com/search/139\\_1853741/1/139\\_1853741/cite](https://quest.eb.com/search/139_1853741/1/139_1853741/cite)
- Eskeland, K.O. (2017). *Alderspsykiatri og omsorgsarbeid*. Cappelen Damm Akademisk
- Fossli, K. R., Kirkevold, Ø. & Fagerström, L. (2014). Nytt av systematisk opplæring av helsepersonell innen eldreomsorgen — en evalueringsstudie av den norske ABC-modellen. *Vård i Norden*, 34(4), 27–32.  
<https://doi.org/10.1177/010740831403400406>
- Grønseth, R., Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie – Praktiske råd i skriveprosessen*. Fagbokforlaget.

- Helse- og omsorgsdepartementet (2020). *Demensplan 2025*. Regjeringen.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2025/id2788070/>
- Ingstad, K. (2019). *Organisasjon og ledelse – i helsefag og sykepleie*. Gyldendal.
- Jacobsen, F.F., Mekki, T. E., Førland, O., Folkestad, B., Kirkevold, Ø., Skår, R., Tveit, E. M., & Øye, C. (2017). A mixed method study of an education intervention to reduce use of restraint and implement person-centered dementia care in nursing homes. *BMC Nursing*, *16*(1), 55–55. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0244-0>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om Pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Ree, E. (2020). What is the role of transformational leadership, work environment and patient safety culture for person-centred care? A cross-sectional study in Norwegian nursing homes and home care services. *Nursing Open*, *7*(6), 1988–1996. <https://doi.org/10.1002/nop2.592>
- Regjeringen (2010). *Forskrift om verdig alderdom (Verdighetsgarantien)*.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Forskrift-om-en-verdig-eldreomsorg-verdighetsgarantien/id624655/>
- Rokstad, A.M. M. (2014). *Se hvem jeg er – Personsentrert omsorg ved demens*. Universitetsforlaget.
- Rokstad, A. M. M., Vatne, S., Engedal, K., & Selbæk, G. (2015). The role of leadership in the implementation of person-centred care using Dementia Care Mapping: a study in three nursing homes. *Journal of Nursing Management*, *23*(1), 15–26. <https://doi.org/10.1111/jonm.12072>
- Røen, I., Kirkevold, Ø., Testad, I., Selbæk, G., Engedal, K., & Bergh, S. (2018). Person-centered care in Norwegian nursing homes and its relation to organizational factors and staff characteristics: a cross-sectional survey.

*International Psychogeriatrics*, 30(9), 1279–1290.

<https://doi.org/10.1017/S1041610217002708>

Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P.O., Zingmark, K., & Edvardsson, D. (2017). Organisational and environmental characteristics of residential aged care units providing highly person-centred care: a cross sectional study. *BMC Nursing*, 16(1), 44–44. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0240-4>

Skovdahl, K., Berentsen, V. D. (2015). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 408-437). Gyldendal.