



GIR INDIVIDUELL OMSORG

Demens. Pasientenes livsfortellinger gir innsikt som brukes for å tilpasse pleien.

FAGUTVIKLINGSPROSJEKT:

Artikkelen bygger på
50% praksis
 50% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.58391



Guri Rosse-land Rummelhoff, førstelektor i sykepleie ved Høgskolen i Østfold.

Denne studien er et fagutviklingsprosjekt der VIPS-praksismodellen ble introdusert på et sykehjem som en metode for å fremme personsentrert omsorg for beboere og målrettede praksisstudier for sykepleiestudenter.



Kari Lislerud Smebye, høyskolelektor ved Lovisenberg diakonale høyskole

BEVARER PERSONVERDET. Det var Kitwood (1) som først brukte begrepet «personsentrert omsorg» i tilknytning til personer med demens. Hensikten er å bevare «personverd», og Kitwood (1) har definert det som den verdien eller statusen som gis til et menneske av andre i sosiale relasjoner. Det innebærer anerkjennelse, respekt og tillit. Å kunne tilfredsstille grunnleggende behov for trøst, tilknytning, inklusjon, beskjefteigelse og identitet er framhevet i personsentrert omsorg og er sentrale trekk ved det å være en person.



Birgitte Tombre, fagutviklings-sykepleier, Utviklingssenter for sykehjem, Østfold

Hjelpere trenger opplysninger om personens bakgrunn for å legge til rette for personsentrert omsorg. Hjelpere som kjenner den demente, kan bidra til å styrke identiteten til personer med demens. De kan holde fast ved personens livshistorie og legge til rette for at vedkommende kan leve mest mulig i samsvar med egne verdier, vaner og preferanser (2, 3, 4). På denne måten kan man også forstå personens behov, reaksjoner og atferd og gi hjelp på

vedkommendes premisser (5, 6). Slik støtter personsentrert omsorg opp under personverdet: Personer med demens er hele mennesker med evne til å vise følelser og samhandle med andre. Personer med demens karakteriseres ikke bare ut fra sin diagnose og kognitive svikt, men ut fra alt det som karakteriserer dem som mennesker.

ULIKE TILNÆRMINGER. Andres holdninger kan støtte eller undergrave personverdet. Buber (7) beskrev en «jeg-du»-tilnærming til andre mennesker der det unike hos det enkelte menneske og menneskets iboende verdi og verdighet anerkjennes. Denne tilnærmingen er grunnleggende i personsentrert omsorg. Ifølge Buber (7) vil en «jeg-det»-tilnærming innebære at personen behandles som en ting, og at oppmerksomheten rettes mot oppgaven. En slik tilnærming er et eksempel på destruktiv samhandling (1) og innebærer at personen med demens blir utsatt for umyndiggjøring og stigmatisering. Personen kan også bli oversett eller latterliggjort.

En personsentret tilnærming skisseres som et ideal i demensomsorgen (8, 9). Sloane og medarbeidere (10) dokumenterte i en studie at personsentrert tilnærming under bading og dusjing ga mindre uro. Fossey og medarbeidere (11) gjennomførte en studie som

viste at personsentrert omsorg var et alternativ til medisinerings ved urolig atferd.

VIPS-PRAKSISMODELLEN. VIPS-praksismodellen har vist seg å være egnet til bruk i norske sykehjem og har ført til lavere forekomst av depresjon og uro hos pasientene (12, 13). Dette prosjektet er basert på VIPS-praksismodellen. Denne modellen ble utformet for å implementere personsentrert omsorg i praksis (8). Modellen er bearbeidet i Norge ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (Aldring og helse) (14). Det er utarbeidet en VIPS-manual samt en manual for hvordan fagmøtet skal gjennomføres.

Sentralt i modellen står fagmøtet, der deltakerne har faglige diskusjoner om for eksempel utfordrende atferd hos beboere. Under fagmøtet legger primærkontakten fram pasientens situasjon. Alle deltakerne går systematisk gjennom VIPS-indikatorene og velger ett eller to underpunkter det skal fokuseres på. Deretter drøfter personalet hvilke tiltak som skal utformes for å gi en mer personsentrert tilnærming til pasienten. Tiltakene dokumenteres i tiltaksplanen og evalueres på et senere fagmøte.

PROSJEKTGJENNOMFØRING. Hovedmålene med prosjektet var følgende:

Fakta ●●●

Hovedbudskap

VIPS-praksismodell er et godt verktøy for å sette til å yte personsentrert omsorg til personer med demens. Fagmøtet er egnet til å forstå utfordrende atferd ut fra pasientens perspektiv, foreslå miljøtiltak og fremme tverrfaglig samarbeid. Det er en forutsetning å kjenne pasientens bakgrunn – livsfortelling – for å yte personsentrert omsorg.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Praksismodell
- Sykepleierutdanning
- Demens
- Omsorg

- å styrke beboeres identitet og legge til rette for individuelt tilpassete aktiviteter
- å øke kompetansen hos ansatte på sykehjem gjennom fagmøter i bruk av VIPS-praksismodellen
- å gi sykepleierstudenter erfaring med å nedtegne livsfortellinger som grunnlag for å kunne utøve personsentrert omsorg

Prosjektet foregikk i en virksomhet med tre sykehjem. Vi valgte et sykehjem med to skjermete enheter. Den tredje var en langtidsavdeling der VIPS-praksismodellen skulle innføres på et senere tidspunkt. Sykehjemmet hadde nylig vært gjennom en omorganisering og nedbemanning.

Oppfølgingen i VIPS-praksismodellen foregikk ved at en sertifisert kursholder gjennomførte et dagskurs for ressurspersoner og avdelingsledere. De brukte undervisningspakken fra Aldring og helse med foredrag og film, og deltakerne var med på rollespill hvor de øvde på å gjennomføre fagmøtet. Aldring og helse anbefalte et todagerskurs (14), men med knappe ressurser og bare tolv deltakere gikk det greit å gjennomføre kurset på én dag. Kursholder inviterte det øvrige personalet til et tretimerskurs.

FORTSETTER MED FAGMØTER.

Målet var at avdelingene skulle fortsette med fagmøter også etter avsluttet prosjekt. Det var derfor viktig å finne en modell som fungerte i hverdagen uten at det ble tilført ekstraressurser. Etter omorganisering og nedbemanning var vaktene forkortet og overlapping mellom vaktene redusert, med mindre felles tid til å gjennomføre fagmøter. I tillegg var det færre pleiere på hver vakt, slik at det var vanskelig å forlate pasientene under fagmøtet.

Løsningen ble at morgenrapporten én gang i uken ble forlenget til å inkludere fagmøtet. Avdelingslederen bidro med å servere kaffe til pasienter. Når det var ekstraressurser til stede, som elever og lærlinger, «passet» de avdelingen. På vaktrommet lå det en bok der ressurspersonene noterte tid og

agenda for neste fagmøte. Ansatte som ikke kunne delta på fagmøtet, kunne notere ned sine innspill. Hver avdeling gjennomførte to fagmøter før fokusgruppeintervjuene.

SYKEPLEIESTUDENTER I PRAKSIS.

Sykepleiestudenter i første året hadde praksisstudier på sykehjemmet, der de fokuserte på å ivareta grunnleggende behov. I prosjektet var hensikten å gi studenter erfaring med livsfortelling og personsentrert omsorg. Vi ønsket motiverte studenter, og fem meldte seg frivillig. Som en forberedelse gjennomførte prosjektleder et informasjonsmøte med studentene og foreleste om temaet «å se beboeren som person». Studentene var observatører på dagskurset i VIPS-praksismodellen.

Studentenes arbeidskrav var å samle inn data og utarbeide en sykepleieplan for primærpatienten. Studenten tok utgangspunkt i skje-maet med bakgrunnsopplysninger, og samtalte med og oppfordret pasienten til å fortelle om livet sitt. En student skrev ned en fortelling fra denne samtalen og la til rette for en individuell aktivitet for beboeren. Studentene presenterte livsfortellingen på en refleksjonsdag med medstudenter og praksislærere. Studentene i prosjektavdelingene deltok også på fagmøter. For de to studentene som var på avdelingen som ennå ikke hadde innført fagmøte, arrangerte prosjektlederen et eget møte der studentene presenterte sine pasienter for en praksislærer og en intern veileder. VIPS-manualen ble brukt som verktøy for å komme fram til aktuelle tiltak.

FOKUSGRUPPEINTERVJUER.

I denne studien gjennomførte vi to fokusgruppeintervjuer – det første med fem ansatte som hadde deltatt på fagmøter, og det andre med fire sykepleiestudenter. Hensikten med intervjuene var å evaluere hvorvidt målene for prosjektet var nådd. En lærer ledet hvert fokusgruppeintervju og benyttet en intervjuguide for å sikre at sentrale temaer for prosjektet ble

Fakta

VIPS-praksismodellen består av fire hovedindikatorer:

V Et verdigrunnlag som anerkjenner menneskets absolutte verdi, uavhengig av alder eller kognitiv funksjon

I En individuell tilnærming som vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske

P Evnen til å forstå verden, sett fra personens perspektiv

S Etablering av et støttende sosialt miljø som dekker personens psykologiske behov

Til hver indikator er det utarbeidet underpunkter med spørsmål som bidrar til refleksjon (14).

berørt. Vi benyttet en åpen form for intervjuanalyse (15) der alle forfatterne leste intervjuene for å få et helhetsinntrykk.

ØKT FAGLIGHET. Ansatte mente at de hadde vært personsentrerte i sitt arbeid tidligere, men kanskje ikke på en så systematisk måte. Sykepleieutøvelsen var tidligere avhengig av den enkeltes innsats uten

«Personer med demens er hele mennesker.»

at de ansatte hadde blitt enige om felles mål og arbeidsmåter. Med innføringen av VIPS-praksismodellen fikk ansatte et felles fagspråk, og det ble tid til «den gode faglige samtalen» på fagmøtet. De ansatte fikk en mer interessant hverdag. Fagmøtet ga de ansatte anledning til «å gløde og blomstre» og vise engasjement og stolthet over jobben de gjorde.

Gjennomføring av fagmøter bidro til større samstemmighet om tiltak. Ansatte sa at før ble tiltak «direkte motarbeidet» av enkelte

kollegaer. På fagmøtet var det flere som kom med innspill, noe som førte til grundigere begrunnelser og større enighet om tiltak. Uenighet om hvordan situasjoner skulle løses kunne skape unødige forvirring hos pasienter. En ansatt sa: «Selv om pasientene er forskjellige, er det behov for lik tilnærming til den enkelte hvis en skal jobbe mot samme mål.»

GODE FAGMØTER. Studentene som hadde deltatt på det arrangerede fagmøtet, betegnet fagmøtet som «en åpenbaring». Etterpå fortalte studentene at de tok opp konkrete tiltak med personalet på sin avdeling, og skapte dermed en forventning om å innføre VIPS-praksismodellen også der.

Studentene opplevde fagmøtet som en arena for tverrfaglige drøftinger og refleksjoner. Alle pleierne fikk komme med innspill, og de følte seg sett, hørt og verdsatt. Sykehjemslegen ga uttrykk for at han fikk et bedre beslutningsgrunnlag for medisinerer med beroligende midler etter kartlegging og felles drøfting av utfordrende atferd.

ULIKE STELLEBEHOV. Sykepleiestudentene ga uttrykk for at VIPS-praksismodellen bidro til at de så individuelle forskjeller hos pasientene. Dette var i motsetning til det de hadde lært på høyskolen, der de hadde fått en generell mal for hvordan for eksempel et stell skulle gjennomføres. I praksis var det ikke realistisk å følge malen. En student sa: «Et stell er ikke et stell. Det er forskjell på å stelle en person med demens og en uten.» I tillegg erfarte de at det varierte hvordan ulike personer med demens ønsket å bli stelt. Etter hvert ble de bedre kjent med sine pasienter og kunne individualisere omsorgen ved å tilpasse samtaler og aktiviteter til den enkelte. De opplevde at pasientene fikk tillit til dem, og studentene uttrykte at de ble tryggere i krevende situasjoner.

På avdelingen fantes det opplysninger om pasientenes bakgrunn, men disse opplysningene ble ikke





brukt på en systematisk måte. De ansatte savnet at tiltak i tiltaksplaner bygget på disse opplysningene, særlig i forbindelse med utfordrende atferd. På fagmøtene oppdaget ansatte at opplysningene om pasienten var utilstrekkelige, med et behov for å oppdatere opplysningene kontinuerlig.

FAGMØTET PÅ DAGSPLANEN. De ansatte mente at avdelingsleder ga legitimitet til endringer på avdelingen ved at hun satte fagmøtet opp på dagsplanen. Avdelingslederen tilrettela slik at fagmøtet ble lagt til morgenrapporten, da dette virket mest hensiktsmessig for å få til en god integrering av møtet i avdelingen.

Videre ga ansatte en rekke anbefalinger for hvordan møtene kunne gjennomføres. Det burde være minimum fire ansatte på hvert fagmøte selv om det var vanskelig med lav bemanning og mangel på overlappende vakter. Ansatte foreslo at lærlinger, elever og studenter kunne dekke opp på avdelingen mens

fagmøtet ble holdt, med mindre deres pasienter ble drøftet den dagen. Avdelingslederen var selv villig til å gå ut i miljøet hvis nødvendig.

REALISTISK BILDE. Gjennom denne praksisperioden fikk studentene en realistisk innføring i arbeidslivet i en turbulent periode med omstruktureringer i kommunen. Studentene ga uttrykk for at de hadde observert uforsvarlige situasjoner på grunn av utilstrekkelig bemanning. For eksempel var det ingen tid til å sette seg ned for å snakke med urolige pasienter. Studentene identifiserte seg med sykepleierne som ikke tok pauser og ikke fikk sove etter kveldsvakt, men som likevel brydde seg om pasientene. Studentene ga tydelig uttrykk for at de ansatte var rollemodeller for dem.

Studentene mente at det gode samholdet mellom ansatte var viktig for å mestre hverdagen, men de stilte også spørsmål ved hvorvidt sykepleierne strakte seg for langt. Studentene lurte blant annet på hva dette gjorde med motivasjonen for

å arbeide på sykehjem, og på lengre sikt faren for sykmeldinger.

Undervisningen på høyskolen forberedte sykepleiestudentene på praksis, og de sa at de var mindre nervøse og mer motiverte for første praksis på sykehjem. Refleksjonsdagen, der de drøftet sin pasient med lærer og medstudenter, var spesielt lærerik.

FAGLIG ENGASJEMENT. Fagmøtet er kjernen i VIPS-praksismodellen. Her legger primærkontakten fram pasientens situasjon sett fra pasientens perspektiv. Alle ansatte på jobb den aktuelle dagen er med på fagmøtet. Her opplever primær-

kontaktene, som ofte kjenner pasienten best, at de får være med på å ta beslutninger om behandling av pasienten.

Fagmøtet gir deltakere økt faglig oppmerksomhet, felles fagspråk å kommunisere med og mer målrettet dokumentasjon. Tanken bak fagmøtet er at når alle pleiere har en felles forståelse og er med på å bestemme hvilke tiltak som skal iverksettes, er det større sjanse for at tiltaket blir gjennomført. Det er også større sjanse for at pasienten har nytte av tiltaket (14). Derfor bør fagutvikling inkludere alle ansatte i en avdeling for å innføre en personsentrert omsorgskultur (16). Fagmøtet kan også tenkes brukt på tvers av etater, slik som samarbeid med spesialisthelsetjenesten (17).

GODE LIVSFORTELLINGER. Det er gjennom historien til personen med demens at nøkkelen til forståelse ligger (19). For å gi personsentrert omsorg til personer med demens er det en forutsetning å kjenne pasientens bakgrunn (18). Under fagmøter erfarer de ansatte at de har behov for flere opplysninger, og at godt samarbeid med pårørende er til stor hjelp. Pårørende gir uttrykk for at de er glade for å få konkrete oppgaver å utføre. Dermed opplever de besøket på sykehjemmet som mer meningsfullt. Studentene hadde ikke mye kontakt med pårørende. I prosessen

«Ansatte fikk et felles fagspråk.»

Fakta

Case 1. Rapport fra personalet

Hos en mann med langtkommen Alzheimers sykdom var det vanskelig å få gjennomført morgenstell. Han motsatte seg hjelpen og var svært avisende når personalet forsøkte å stille ham. Situasjon var tilspisset, og de ansatte opplevde at problemet rundt stellet fikk størst oppmerksomhet.

Denne utfordringen ble drøftet på et fagmøte, der de ble enige om at de visste for lite om pasientens bakgrunn og derfor var svært lite personsentrert i tilnærmingen. Ektefellen ble kontaktet, og gjennom henne fikk personalet vite at pasienten hadde vært svært glad i å feriere i et av Europas sørlige land. Avdelingen fikk flere bøker om landet, og fotoalbumer fra utallige reiser de hadde hatt til dette landet ble lagt på pasientens rom. Ektefellen fortalte også at pasienten hadde vært svært glad i dansebandmusikk. Hun tok med en cd-spiller med flere cd-er som han tidligere hadde spilt mye.

Personalgruppen var enige om at de nå hovedsakelig skulle fokusere på å snakke med pasienten om feriereisene og landet han var blitt så glad i. De skulle også spille musikken han likte, for å bygge en allianse. Håpet var at dette skulle gi pasienten en bedre opplevelse av å bli sett og «omfavnet», slik at morgenstellet skulle bli lettere å gjennomføre.

Situasjonen hadde vært fastlåst og medførte også slitasje på personalet. Resultatet av fagmøtet ga nytt håp og tro på at de ville få til en helt annen tilnærming til denne pasienten. En tilnærming som ville være til pasientens beste, men også gi hjelperne større tilfredshet i arbeidssituasjonen.



med å nedtegne livsfortellinger var det en utfordring å få gode fortellinger fordi noen pasienter hadde kommunikasjonsproblemer.

Å kjenne til den enkelte pasients livshistorie er kanskje noe av det viktigste i møtet med personer med demens. Livshistorien er viktig å få inn på pasientens tiltaksplan. Det vil være til stor hjelp for pasienten om pleiere minner dem på deres livshistorie. Å se personen, bekrefte hans eller hennes opplevelse av sykdom, utgå fra individets perspektiv og inkludere personen i alle aspekter av omsorgen er sentralt i personsentrert omsorg (20).

TO CASER. I den ene casen kommer det fram at pasienten har arbeidet i skogen. Det å komme i nærkontakt med naturen styrker identiteten og selvfølelsen hans og

minsker oppmerksomheten på ryggsmertene.

I den andre casen gir samtalen med ektefellen informasjon om ferier i Syden samt hvilken musikksmak pasienten har. På bakgrunn av disse opplysningene kan vi gjennomføre individuelt tilpassede tiltak som også styrker hans identitet og selvfølelse.

PERSONSENTRERT OMSORG.

Gjennom deltakelsen i prosjektet opplevde sykepleiestudentene at de ble stimulert til å tenke over pasientens perspektiv og se helhetlig på pasienten. Gjennom samtale med pasienten kom de psykososiale behovene tydeligere fram, slik at det ble lettere å tilpasse individuelle aktiviteter.

Studentene så at det oppsto uforsvarlige situasjoner på grunn av utilstrekkelig bemanning. De

reflekterte over hvorvidt sykepleierne strakte seg for langt for å ivareta pasientenes behov. Ifølge Brooker (8) kan pleiere utsettes for umulige situasjoner når de skal forsøke å yte personsentrert omsorg i situasjoner med utilstrekkelig bemanning. Det er en utfordring også for dagens sykepleieutdanning at studentene ikke var forberedt på praksisstudier på et sykehjem preget av store endringer. Dette var krevende for studentene i sin første praksisperiode og bør få økt oppmerksomhet når de på nytt har praksis i kommunehelsetjenesten i sin siste praksisperiode i tredje studieår.

LEDELSEN UTFORDRES. Ifølge de ansatte var avdelingslederen viktig for at fagmøter ble gjennomført. Avdelingslederen anså satsingen på VIPS-praksismodellen som avgjørende for god kvalitet i tjenesten. I tillegg verdsatte hun personalet og forsto deres frustrasjoner i forbindelse med nedbemanning i kommunen. Avdelingslederen var en pådriver, satte opp tilpassede arbeidsplaner og fant praktiske løsninger. Hennes måte å lede på samsvarte med idealer om personsentrert personalbehandling, som Kitwood (1) mente var en forutsetning for utvikling av en ønsket pleiekultur. En personsentrert pleiekultur innebærer at det er klima for læring og utvikling i personalgruppen (20). Imidlertid utfordres personsentrert omsorg av krav om effektiv budsjettbalanse. Med marginal bemanning var det derfor nødvendig med prioriteringer og fleksibilitet i hverdagen for å klare å gjennomføre fagmøtene.

KONKLUSJON. VIPS-praksismodellen er et godt verktøy for ansatte til å yte personsentrert omsorg og fremme brukervedvirkning. Pasientens perspektiv blir trukket fram, likedan deres livsfortellinger. Fagmøtet viser at det kan være behov for oppdaterte bakgrunnsopplysninger, eventuelt gjennom samarbeid med pårørende, for å kunne tilpasse tiltak og aktiviteter til den enkelte pasienten. For de ansatte bidrar fagmøtet til økt kompetanse, refleksjon over egen

atferd, større faglig engasjement og bedret tverrprofesjonelt samarbeid. Sykepleiestudenter opplever en konkret tilnærming til pasientene i praksisstudiene. De blir godt kjent med sin primærpatient og særlig deres psykososiale behov. ●

REFERANSER:

1. Kitwood T. Dementia reconsidered. The person comes first. Buckingham: Open University Press. 1997.
2. Bruce E, Schweitzer P. Working with life history. I: Downs M, Bowers BJ (red.). Excellence in dementia care: research into practice. 2008. Maidenhead: Open University Press.
3. Hughes JC, Louw SJ, Sabat SR. Dementia, Mind, meaning and the person. New York: Oxford University Press. 2006.
4. Matthews E. Dementia and the identity of the person. I: Downs M, Bowers BJ (red.). Excellence in dementia care: research into practice. 2008. Maidenhead: Open University Press.
5. Algate DL, Beck C, Kolanowski A, Whall A, Berent S, Richards K, Beattie E. Need-driven dementia-compromised behavior. An alternative view of disruptive behavior. American Journal of Alzheimer's Dis. Other Dement. 1996;11(10):195.
6. Cohen-Mansfield J. Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary and critique. American Journal of Geriatric Psychiatry. 2001;9:361-81.
7. Buber M. I and Thou. New York: Scribner, 1958.
8. Brooker D, Deschington T. Personsentrert demensomsorg: veien til bedre tjenester. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Forlaget Aldring og helse, 2013.
9. Edvardsson D, Winblad B, Sandman PO. Person-centered care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. Lancet Neurology 2008;7(4):362-67. doi: 10.1016/S1474-4422(08)70063-2.
10. Sloane PD, Hoefler B, Mitchell CM, McKenzie DA, Barrick AL, Rader J mfl. Effect of Person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial. Journal of the American Geriatrics Society 2004;52(11):795-1804. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52501.x.
11. Fossey J, Ballard C, Juszcak E, James I, Alder N, Jacoby R, Howard R. Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. BMJ: British Medical Journal (International Edition) 2006;332(7544):756-58. doi: 10.1136/bmj.38782.575868.7C.
12. Rokstad AMM, Rosvik J, Kirkevold Ø, Selbaek G, Salyte Bentz J, Engedal K. The effect of person-centered dementia care to prevent agitation and other neuropsychiatric symptoms and enhance quality of life in nursing home patients: a 10-month randomized controlled trial. Dementia & Geriatric Cognitive Disorders 2013;36(5/6):340-53. doi: 10.1159/000354366.
13. Rokstad AMM, Vatne S. Dementia care mapping: en mulighet for refleksjon og utvikling (vol. 2011:35). Molde: Høgskolen i Molde – vitenskapelig høgskole i logistikk.
14. Mjørud M. Utprøving av VIPS – rammeverk for personsentrert omsorg. I: Rokstad, AMM (red.). Bedre hverdag for personer med demens: utviklingsprogram for miljøbehandling: demensplan 2015. 2012. Tønsberg: Aldring og helse.
15. Kvale S, Brinkmann S. Interviews: learning the craft of qualitative research interviewing. 2. utg. Los Angeles, California: Sage. 2009.
16. Jøranson N, Hauge S. Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling. Sykepleien Forskning 2011;6(4):376-82. doi: 10.4220/sykepleief.2011.0187.
17. Meld. St. nr. 47. Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. 2009. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>.
18. Kitwood T, Hoeg D, Johnsen N. En revurdering av demens: personen kommer i første røkke. Frederikshavn: Dafolo. 1999. Tønsberg: Aldring og helse.
19. Edvardsson D. Personcentrerad omvårdnad i teori og praktik. Lund, Sverige: Studentlitteratur. 2010.
20. Rokstad AMM. Se hvem jeg er!: personsentrert omsorg ved demens. Oslo: Universitetsforlaget. 2014.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til fagartikler@sykepleien.no

Fakta

Case 2. Livsfortelling fra studentene

Jeg merker at primærpatienten min liker å se ut av vinduet. Han snakker ofte om naturen utenfor, om de fine bjørketrærne og alle fuglene. Det var

derfor naturlig å ta ham med ut en tur. Han har hatt store smerter i ryggen den siste tiden og har ikke vært utendørs på lenge. Min plan var å ta ham med ut på verandaen for en kopp kaffe. Det var en fin og varm dag, så han trengte ikke mer yttertøy enn en tynn jakke. Vi gikk ut sammen, og jeg kunne se at han koste seg. Han var overhodet ikke interessert i å sitte stille: «Det er det jo bare gamlinger som gjør,» sa han.

Vi ruslet rundt huset, jeg plukket et par blomster han kunne lukte på, og vi sto lenge stille og så på fuglene som spiste. Han fortalte meg om de ulike tresortene han kunne navnene på fordi han hadde yrkeserfaring med trær. Deretter gikk vi rundt nesten

hele huset og tok en lang pause i sola. Der sang han flere sanger for meg. Da jeg merket at han begynte å bli sliten, foreslo jeg at vi skulle snu og gå tilbake. Da vi kom inn, ville han ikke tilbake på rommet, men ville heller ta en runde og hilse på alle de andre pasientene. Han virket blid og fornøyd resten av dagen og nevnte ikke den vonde ryggen.

Jeg tror det var fint for ham å komme ut i naturen igjen – at han følte mestring etter den lange turen vi hadde, og at den friske luften gjorde ham godt. Han har nok alltid vært interessert i planter og trær, så jeg tror aktiviteten vi valgte, var helt riktig for ham.

