



Å Ivareta medborgerskapet for personer med demens

En kvalitativ studie av tjenesteyteres erfaringer til personer med demens på sykehjem, personsentrert omsorg og medborgerskap

Martine Strøm Dignes

VID vitenskapelige høgskole

Stavanger

Masteroppgave

Master i Medborgerskap og samhandling

Antall ord: 25 321

19.05.2023

Forord

Mine to år som masterstudent på masterprogrammet medborgerskap og samhandling ved VID vitenskapelig høyskole har vært svært interessante og læringsrike. Gode undervisere med stor kunnskap, har sørget for at jeg har tilegnet meg god kunnskap om emnene innenfor studiet, og hvordan kunnskapen vil ha betydning for mitt arbeid som ergoterapeut.

Selv om masteroppgaven til tider har vært noe krevende, har prosessen vært ekstremt læringsrik og spennende.

Jeg vil først og fremst takke min veileder, Kirsten Jæger Fjetland, for å alltid ha vært tilgjengelig, støttet meg, gitt meg god hjelp og veiledning til oppgaven.

Jeg vil gjerne takke sykehjemmene som har tatt seg tid til å hjelpe meg med oppgaven. Tusentakk til avdelingslederne, helsefagarbeiderne og sykepleierne.

Jeg vil takke mine nærmeste for tålmodighet, motivasjon og støtte gjennom masteroppgaven.

Stavanger, mai 2023

Martine Strøm Dignes

Sammendrag

Vi står ovenfor en fremtid hvor det vil bli flere personer som lever med demens. I denne studien legges det vekt på tjenesteyting til personer med demens, personsentrert omsorg og medborgerskap. Nettopp for å skape mer kunnskap om tjenesteyting i demensfeltet. Medborgerskap har en viktig plass i denne studien, da jeg ønsker å fremme kunnskap om hvordan vi kan se personsentrert omsorg som en mulighet for å ivareta medborgerskapet for personer med demens. Studiens problemstilling er: *«Hvordan opplever helsefagarbeidere og sykepleiere at personsentrert omsorg for personer med demens blir ivaretatt på sykehjem, og hvordan kan deres erfaringer tolkes i et lys av medborgerskap?»*

Studien benytter en kvalitativ metode. Gjennom kvalitative intervju, hentet jeg inn data fra fem helsefagarbeidere og fire sykepleiere som arbeider konkret med personer med demens på sykehjem. For å analysere og tolke det innsamlede datamaterialet, ble analysemetoden Systematisk tekstkondensering (STC) benyttet. Gjennom analysemetodens fire trinn, ble det utviklet tre resultat kategorier: personsentrert omsorg i hverdagslivet, betydningen av en kontinuerlig utvikling og medborgerskap finner sted i det lille samfunnet.

Studiens resultater viser til hvordan helsefagarbeiderne og sykepleierne beskriver personsentrert omsorg i sin hverdag på sykehjem. Vi kan se hvorvidt helsefagarbeiderne og sykepleierne har opplevd en utvikling av en personsentrert omsorgspraksis, og ikke minst hva de anser som progressive løsninger for å ivareta personsentrert omsorg. Studiens resultater viser også til helsefagarbeidernes og sykepleiernes forståelse av medborgerskap og synliggjør ulike områder hvor personer med demens sin opplevelse av medborgerskap kan finne sted.

Nøkkelord: demens, sykehjem, personsentrert omsorg, medborgerskap, hverdagsliv.

Abstract

We are facing a future where it will become more people living with dementia. In this study, emphasis is placed on service provision for people with dementia, person-centered care and citizenship. Precisely to create more knowledge about service provision in the dementia field. Citizenship has an important place in this study, as I want to promote knowledge about how we can see person-centered care as an opportunity to take care of the citizenship for people with dementia. The main question is *“How do healthcare workers and nurses experience person-centered care for people with dementia being cared for in a nursing home, and how can their experiences be seen in the light of citizenship?”*

The study uses a qualitative method. Through qualitative interviews, I collected data from five healthcare workers and four nurses who work specifically with people with dementia in nursing homes. To analyze and interpret the collected data, the analysis method Systematic text condensation (STC) was used. Through the analysis method's four steps, three result categories were developed: person-centered care in everyday life, the importance of continuous development and citizenship taking place in the small community.

The study's results show how the healthcare workers and nurses describe person-centered care in their everyday life in a nursing home. We can see whether the healthcare workers and nurses have experienced a development of a person-centered care practice, and especially what they consider to be progressive solutions to ensure person-centered care. The study's results also point to the healthcare workers and nurses understanding of citizenship and highlight the different areas where people with dementia can experience their citizenship.

Keywords: dementia, nursing home, person-centered care, citizenship, everyday life.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	7
1.1	<i>Presentasjon av tema og samfunnsmessig relevans</i>	7
1.2	<i>Tidligere forskning.....</i>	9
1.2.1	Tidligere forskning knyttet til personsentrert omsorg på sykehjem	10
1.2.2	Tidligere forskning knyttet til demens og medborgerskap.....	11
1.2.3	Oppsummering av forskningen	12
1.3	<i>Studiens hensikt.....</i>	13
1.4	<i>Problemstilling og forskningsspørsmål.....</i>	14
1.4.1	Problemstilling.....	14
1.4.2	Forskningsspørsmål	14
1.5	<i>Oppgavens oppbygning.....</i>	14
2	Teoretisk referanseramme.....	16
2.1	<i>Demens.....</i>	16
2.1.1	Kognitive symptomer	16
2.2	<i>Personsentrert omsorg.....</i>	17
2.2.1	Personsentrert omsorg i praksis.....	18
2.2.2	VIPS – Rammeverk.....	19
2.2.3	Faktorer som påvirker tjenesteyting av personsentrert omsorg på sykehjem.....	20
2.2.4	Retningslinjer og lover som kan knyttes til personsentrert omsorg.....	21
2.3	<i>Tradisjonelt medborgerskap versus sosialt medborgerskap</i>	21
2.4	<i>Hverdagsmedborgerskap</i>	23
2.5	<i>Inkluderende medborgerskap.....</i>	23
2.6	<i>Et rettferdighets teoretisk perspektiv.....</i>	24
3	Metode og metodiske overveielser	26
3.1	<i>Vitenskapsteoretisk grunnlag.....</i>	26
3.1.1	Fenomenologi.....	27
3.1.2	Hermeneutikken.....	27
3.2	<i>Metodevalg</i>	29
3.2.1	Kvalitative intervjuer	29
3.3	<i>Utvalg og utvalgskriterier.....</i>	31
3.4	<i>Rekruttering</i>	32
3.5	<i>Intervjuguide og utføring av intervjuer</i>	33
3.6	<i>Analyse</i>	35
3.6.1	Transkribering.....	35
3.6.2	Systematisk tekstkondensering.....	36
3.7	<i>Forskningsetiske vurderinger.....</i>	42
3.7.1	Vurdering av studiens konsekvenser	42

3.7.2	Forskningsetiske retningslinjer	42
3.7.3	NSD – Norsk senter for forskningsdata.....	44
3.8	<i>Forskningens kvalitet</i>	44
3.8.1	Reliabilitet.....	44
3.8.2	Validitet	45
3.8.3	Overførbarhet.....	45
4	Resultat	46
4.1	<i>Personsentrert omsorg i hverdagslivet</i>	46
4.1.2	Se og ta utgangspunkt i hele personen	47
4.1.3	Relasjon og samarbeid.....	48
4.1.4	I møte med utfordringer.....	50
4.1.5	Oppsummering	52
4.2	<i>Betydningen av en kontinuerlig utvikling</i>	53
4.2.1	Et økende fokus på en bedre hverdag.....	53
4.2.2	Kompetanseheving	54
4.2.3	Oppsummering	55
4.3	<i>Medborgerskap finner sted i det lille samfunnet</i>	56
4.3.1	De små tingene i hverdagen	56
4.3.2	Tilrettelegge for inkludering og deltakelse.....	57
4.3.3	Det store kan oppleves utrygt	59
4.3.4	Oppsummering	60
5	Diskusjon	62
5.1	<i>Metodediskusjon</i>	62
5.2	<i>Resultatdiskusjon</i>	67
5.2.1	Anerkjenne medborgerskap som en del av den vanlige hverdag.....	67
5.2.2	Behov for å se nyanser i å være sosial?	69
5.2.3	Personsentrert omsorg som forutsetning for medborgerskap	71
5.2.4	Rammebetingelser for å ivareta medborgerskap for personer med demens på sykehjem	74
5.2.5	Hva må samfunnet jobbe for å ivareta medborgerskap for personer med demens?	77
6	Oppsummering	81
	Litteraturliste	83
	Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema	88
	Vedlegg 2: Intervjuguide	93
	Vedlegg 3: Godkjenning NSD	96

1 Innledning

1.1 Presentasjon av tema og samfunnsmessig relevans

I demensplanen 2025, som er regjeringens femårsplan understrekes det at det er en utfordring at det blir flere mennesker med demens. I 2021 ble det fremhevet at det omtrent lever 101 000 personer med demens i Norge. Allerede i 2050 forventes det at tallet vil dobles, grunnet et økende antall eldre mennesker (Folkehelseinstituttet, 2021). Dette vil føre til en økt etterspørsel av helse- og omsorgstjenester, noe som betyr at det må legges frem langsiktige bærekraftige løsninger, samt planlegge fremtiden til helse og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 7). Hovedmålet med demensplanen 2025 er å skape et demensvennlig samfunn. Et demensvennlig samfunn er et samfunn som bidrar til likeverd, inkludering og forståelse for personer med demens sine behov og utfordringer. For å oppnå dette må det bygges ned sosiale og fysiske barrierer i samfunnet, og øke kunnskapen om demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 9). I samfunnet er det manglende kunnskap om demens. Dette har ført til at flere mennesker tror at en demensdiagnose fører til at man umiddelbart mister sin beslutnings- og vurderingsevne. Flere personer med demens opplever å bli umyndiggjort, samt at andre tar avgjørelser for dem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 16).

I omsorg og behandling for personer med demens er personsentrert omsorg i økende grad blitt anbefalt som den foretrukne tilnærmingen (Rokstad & Røsvik, 2018, s.300). Rokstad & Røsvik (2018) refererer til sosialpsykologen Tom Kitwood som hevder at personsentrert omsorg skal sørge for personers opplevelse av personverd, den verdi eller status som mennesker gir hverandre i gjensidige relasjoner basert på respekt, tillit og gjenkjenning. Personverd kan bli bekreftet gjennom inkludering, anerkjennelse, sosialt fellesskap og åpen kommunikasjon. På grunn av endret funksjonsnivå, utfordringer i dagliglivet og kognitiv svikt, er personer med demens en utsatt gruppe for å oppleve en degradering av personverd (s. 300-301). Helse- og omsorgstjenester har som hovedmål å bevare og bekrefte opplevelsen av personverd hos personer med

demens. Det er behov for å se det individuelle og unike, samt at personer med demens anerkjennes uavhengig av graden av demens (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 302).

Som nevnt tidligere understreker demensplanen 2025 målet om et demensvennlig samfunn, som skal sørge for likeverd, forståelse for personer med demens sine behov og utfordringer, og inkludering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). I demensplanen 2025 legges det også frem at personer med demens opplever en frykt for ekskludering av samfunnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Personsentrert omsorg og fokus på personlighet kan tenkes å ha tilført demensfeltet nødvendig kunnskap. Spesielt da denne tilnærmingen har utfordret den biomedisinske tilnærmingen som den eneste når det kommer til å forstå demens (Bartlett & O'Connor, 2010, s. 19). Personsentrert omsorg anses å være et grunnleggende prinsipp i helse- og omsorgstjenester for personer med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 21). Samtidig er det behov for mer forskning som kan knyttes til å forbedre tjenester som utleveres til personer med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 81). I tillegg til å fremskaffe ny kunnskap, kan det også tenkes at det vil være en fordel å fremheve den allerede etablerte kunnskapen som finnes innenfor tjenesteyting til personer med demens. Jeg finner her Bartlett & O'Connor (2007) som en viktig inspirasjonskilde, da de hevder at man i tillegg til personlighet, trenger en bredere linse som også inkluderer medborgerskap for å utvikle demenspraksis og forskning (s. 107). Personlighetslinsen legger vekt på det enestående ved den menneskelige erfaring, og forholder seg til entall. Ved å inkludere medborgerskap i utviklingen av demenspraksis og i tjenesteyting til personer med demens kan det tenkes at man også bringer inn en forståelse av den kollektive opplevelsen (Bartlett & O'Connor, 2007, s. 113). En bredere linse som inkluderer personlighet og medborgerskap kan tenkes å fremheve viktige aspekter ved demens og demenspraksis, som også kan være nødvendig for å imøtekomme demensplanen 2025 sitt mål om å skape et demensvennlig samfunn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 7).

Å ha en borgerstatus, er noe man i mindre grad tenker over i de fleste moderne samfunnene, særlig i dagliglivet. Når man møter mennesker som opplever å ikke ha samme borgerstatus som en selv, blir man gjerne mer oppmerksom på dette.

Medborgerskap er mer enn komme fra et land eller å bo i et land. Det er nemlig den verdigheten som samfunnet tildeler flertallet av innbyggerne (Wyller, 2005, s. 58). Thomas P. Boje (2017) refererer til Marshall som definerer medborgerskap slik: «individernes deltagelse i og medlemskab af et samfund samt deres rettigheder og pligter som medlemmer af dette samfund» (Boje, 2017, s. 158). Boje (2017) hevder også at medborgerskap og deltakelse i politiske, sosiale og økonomiske aktiviteter har stor betydning for menneskers sosiale inklusjon i samfunnet (s. 158). Ideen om medborgerskap for personer med nedsatt funksjonsevne har i flere år vært et tema, spesielt for personer som har fysiske funksjonsnedsettelse og lærevansker. Å sørge for at personer med nedsatt funksjonsevne skal kunne delta i samfunnet på lik linje med andre, med andre ord som likeverdige borgere. Det er i mindre grad snakket om medborgerskap i forhold til demens (Bartlett, 2014, s. 1291-1292). Bartlett & O'Connor (2010) hevder betydningen av medborgerskap innenfor demensdebatten ofte blir tatt for gitt (s. 37). Demens kjennetegnes ved irreversibel og kronisk kognitiv svikt (Engedal & Haugen, 2018, s. 18). På grunn av dette hevder Gøril Ursin (2017) at håndtering av medborgerskap i form av plikter og rettigheter er vanskelig for denne gruppen (s. 436). Istedenfor å se medborgerskap som politiske og sivile rettigheter, er det behov for å se medborgerskap i en større kontekst. Ved å gjøre dette gir man mulighet for å se hvilke sosiale strukturer som må til for at personer med demens skal kunne oppleve å tilhøre og delta i samfunnet (Birt et al., 2017, s. 199-200). Med dette masterprosjektet ønsker jeg å utvide perspektivet på tjenesteyting. I tillegg til å ta vare på personer med demens sine personlige behov, i en personsentrert omsorgskontekst, skal studien også vektlegge perspektivet medborgerskap, som involverer en kontekstforståelse hos tjenesteytere som tar vare på alle borgernes rett til tilhørighet i samfunnet. Temaet i denne masteroppgaven er «Å ivareta medborgerskapet for personer med demens».

1.2 Tidligere forskning

I dette delkapittelet gjøres det rede for tidligere forskning knyttet til personsentrert omsorg på sykehjem, og medborgerskap og demens. For å finne frem til tidligere forskning ble det brukt databaser som EBSCO og Google scholar. Med tidligere forskning ønsker jeg å gjøre rede for hvilken kunnskap som har kommet frem på området.

1.2.1 Tidligere forskning knyttet til personsentrert omsorg på sykehjem

Scales et al. (2017) hevder at personer med demens, historisk sett, har blitt sosialt posisjonert basert på deres funksjonsnedsettelse. Personer med demens har blitt behandlet som avhengige personer som krever omsorg og ledelse (s. 228). Scales et al. (2017) refererer til Tom Kitwood (1997) som hevder at personsentrert omsorg bidrar til å utfordre den stigmatiserende sosiale posisjonen, samt den depersonaliserende omsorgen som personer med demens mottar (s. 228). Helsepersonell har dermed et ansvar for å ivareta personsentrert omsorg. I stedet for å prioritere oppgaver og rutiner skal helse- og omsorgspersonell legge til rette for selvstendighet og valg, samt fremkalle individers mål og preferanser (Scales et al., 2017, s. 228).

Dys et al. (2022) fremmer i en empirisk studie at personsentrert omsorg er avhengig av at sykehjems ansatte samhandler rutinemessig med beboere på sykehjem, samt at de gir direkte omsorg. I tillegg til sykehjems ansattes sentrale posisjon for personsentrert omsorg, hevder Dys et al. (2022) at de organisatoriske faktorene også påvirker kvaliteten i helse- og omsorgstjenester. Faktorer som legges frem her er blant annet organisasjonskapasitet og organisasjonsklima. Organisasjonskapasitet som ressurser og drift, kan indirekte eller direkte påvirke prosesser for god omsorgslevering. Organisasjonsklima handler om hvordan de ansatte oppfatter den interne kulturen på arbeidsplassen, som for eksempel personalforholdet til beboere og ledelse (s. 188-189). Dys et al. (2022) viser også til tidligere forskning som hevder at sykepleiere og omsorgsarbeidere er godt posisjonert for å realisere personsentrert omsorg basert på deres kunnskap og arbeidsroller. Det som imidlertid kan være utfordrende, er om personsentrert omsorg opprettholdes og leveres i tjenesteytingen. Sykepleiere og omsorgsarbeidere trenger strukturell støtte, som kan komme fra to kilder. Det ytre miljøet som sykehjemmet opererer i, samt kvalitetsstandarder, regler og forskrifter. For at personsentrert omsorg skal opprettholdes og leveres, hevder Dys et al. (2022) at den organisatoriske konteksten krever faglig utvikling, opplæring, forsyninger, tilstrekkelige budsjetter og kapitalforbedringer. Det indre miljøet omfatter den interne funksjonen til organisasjonen. Lederrollene på sykehjemmet har et ansvar for å etablere det overordnede klimaet og kulturen i organisasjonen, samt dens virksomhet (s.189). Dys et al. (2022) viser til flere studier som hevder at ledelsen på sykehjemmene spiller en viktig rolle for

implementering av god arbeidspraksis. Dette inkluderer at ledelsen på sykehjemmene gir støttende ledelse, viser respekt for helse-og omsorgsarbeidere, formidler positive organisasjonsverdier, anerkjenner og reagerer på helse-og omsorgsarbeidernes bekymringer, samt iverksetter sosiale støttemekanismer på sykehjemmene (Dys et al., 2022, s. 189).

1.2.2 Tidligere forskning knyttet til demens og medborgerskap

Sund et al. (2022) presenterer at det har foregått en historisk bane i demensforskningsfeltet. Hvor forskningen i løpet av årene har endret forståelse og kunnskap om demens. Fra en medisinsk epoke, med fokus på medisinsk behandling og tap av kognitiv funksjon, til den mest innflytelsesrike forståelsen av demens, personsentrert omsorg. Personsentrert omsorg ga et rammeverk for anerkjennelse av personer med demens. Samtidig fikk den kritikk for dens reduksjonisme, som ikke tok utgangspunkt i personer med demens som sosiale aktører, med innflytelse og makt over deres egen livsverden. Medborgerskapsrammen utviklet seg videre fra personsentrert omsorg, for å rette opp for dens reduksjonisme.

Medborgerskapsrammen søker å fastslå en endring fra demenstjenester som er behovsbaserte, til rettighetsbaserte, hvor man i tillegg anerkjenner personer med demens som aktive aktører (Sund et al., 2022, s. 29-30).

Bartlett & O'Connor (2007) viser til forskning hvor det hevdes at behovet for å synliggjøre medborgerskap på samme måte som personlighet, har blitt mer anerkjent innenfor demensomsorgslitteraturen (s. 108). Samtidig er det uklart hvorfor medborgerskap ikke har hatt en større påvirkning på demensforskning og demenspraksis. Bartlett & O'Connor (2007) hevder at grunnen til dette er fordi personlighet blir regnet som den foretrukne referanserammen i demensomsorgslitteraturen (s. 108).

Baldwin & Greason (2016) viser til at interessen rundt medborgerskap og dens betydning for å forstå demenspraksis har økt i løpet av de siste årene. Baldwin & Greason (2016) refererer til Brannelly (2011) som hevder at det har vært skiftende tilnærminger når det gjelder medborgerskap for personer med demens (s. 290). Brannelly (2011) hevder at konvensjonelle forståelser av medborgerskap understreker individet som selvstyrende og med autonomi. På grunn av demens og dens invalidiserende effekter på kommunikasjon og

kognisjon, har personer med demens blitt posisjonert som passive borgere, samt fratatt muligheten for medborgerskap. Istedenfor å se borgeren som selvstyrende, har begrepet blitt utviklet og fremmer en forståelse av at borgeren er en som lever sammen med andre. Denne utviklingen utfordrer den konvensjonelle forestillingen om medborgerskap som anser borgeren som selvstyrende, og kan bidra til inkludering av mennesker (Brannelly, 2011, s. 663).

Brannelly (2011) viser til at profesjonelle omsorgspersoner har et faglig ansvar for å involvere tjenestemottakere i omsorgsbeslutninger når dette er mulig. Om personer med demens har en svekket evne til å delta, og ikke er i stand til å kommunisere og vurdere sine egne behov, er det nødvendig at profesjonelle omsorgspersoner finner alternative måter som kan inkludere personens behov og preferanser. Her hevder hun at involvering av familie og andre omsorgspersoner, samt forståelse av personer med demens biografi er nødvendige faktorer for å utforske omsorgsmuligheter (s. 664). Brannelly (2011) referer til Lanoix (2007) som definerer medborgerskap som «en person som bor sammen med andre» (Brannelly, 2011, s. 669). Dette reflekterer blant annet viktigheten av å opprettholde og styrke medborgerskap ved omsorg (Brannelly, 2011, s. 669). Brannelly (2011) presenterer spørsmålet om hvordan medborgerskap for personer med demens kan opprettholdes. Selve spørsmålet mener hun er grunnleggende for hvordan en kan sørge for at preferanser, stemmer og meninger får plass i beslutninger om omsorg. Hvorvidt det tilrettelegges for medborgerskap for personer med demens, er avhengig av profesjonelle omsorgspersoner. Hvis profesjonelle omsorgspersoner ikke ser på personer med demens som sosiale aktører, kan hverken en persons personlighet eller medborgerskap legges til rette (Brannelly, 2011, s. 669).

1.2.3 Oppsummering av forskningen

I henhold til den tidligere forskningen som har blitt presentert ovenfor, viser forskningen til en lang epoke med et mål om å forbedre demensomsorgen. I tillegg viser forskningen til hvilken rolle sykehjem og helsepersonell har i forhold til personsentrert omsorg og medborgerskap. Forskningen tyder på at personsentrert omsorg i lenger tid har vært et fokus i demensfeltet, i forhold til medborgerskap som i nyere tid har blitt mer synliggjort.

Sund et al. (2022) påpeker i sin litteraturstudie, behovet for å utforske mer om medborgerskapspraksis i sykehjem, og legger til at utforskningen bør omfatte personer med demens og deres funksjonsnedsettelse, deres behov og deres evne til å opptre som borgere (s. 43).

1.3 Studiens hensikt

En fremtid med et økende antall personer med demens vil møte oss, noe som også øker behovet for mer kunnskap både om demens, og forståelsen av demens hos helsepersonell og generelt i befolkningen. Demensplanen understreker også behovet for oppmerksomhet rettet mot utvikling og forbedring av helse og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 32). Med en bakgrunn som presenterer disse utfordringene, er studiens hensikt er å bidra til å skape mer kunnskap om praksis og kvalitet i tjenesteyting innenfor demensfeltet. I tillegg til personsentrert omsorg for personer med demens vil studien også rette fokuset mot medborgerskap. Med dette ønsker jeg å fremme kunnskap om hvordan personsentrert omsorg kan være en mulighet for at personer med demens kan oppnå en opplevelse av medborgerskap. Medborgerskap blir på tvers av litteraturen sett på som en oppnåelse av en følelse av tilhørighet og identitet. Medborgerskap og følelsen av tilhørighet og identitet kan ikke kun realiseres gjennom offentlig politikk og politisk diskurs. Det kan også realiseres gjennom verdslige aktiviteter (Baldwin & Greason, 2016, s. 290). Teorien fremmer en forståelse av at medborgerskap ikke er noe som nødvendigvis kun oppnås på et overordnet nivå, men også gjennom menneskets hverdag. Sund et al. (2022) viser til Bartlett et al. (2010) som hevder at medborgerskap og personlighet henger sammen, men tilføyer også at de forholder seg til ulike aspekter: Hvor personlighetslinsen har sitt fokus på den menneskelige opplevelsen og behov, fokuserer medborgerskapslinsen på rettigheter og diskusjoner om makt (s. 42). I stedet for å se på medborgerskap og personsentrert omsorg separat, vil denne studien se på hvordan medborgerskap og personsentrert omsorg kan henge sammen.

1.4 Problemstilling og forskningsspørsmål

Aktuell faglitteratur, tidligere erfaringer, og samfunnsmessige utfordringer gav inspirasjon til studiens tema «Å ivareta medborgerskapet for personer med demens». Ut ifra studiens tema utviklet jeg en problemstilling, et spørsmål som studien skal fokusere på og fremskaffe informasjon om. Studiens problemstilling er avgrenset i en tilstrekkelig grad, slik at den kan realiseres (Thagaard, 2009, s. 51). Den belyser også hvem og hva som skal undersøkes i studien (Johannessen et al., 2016, s. 54).

1.4.1 Problemstilling

«Hvordan opplever helsefagarbeidere og sykepleiere at personsentrert omsorg for personer med demens blir ivaretatt på sykehjem, og hvordan kan deres erfaringer tolkes i et lys av medborgerskap?»

1.4.2 Forskningsspørsmål

Hvordan beskriver og begrunner helsefagarbeidere og sykepleiere personsentrert omsorg i sin hverdag på sykehjem?

Hva opplever helsefagarbeiderne og sykepleierne har vært og er progressive løsninger for å ivareta personsentrert omsorg for personer med demens på sykehjem?

Hvordan forstår helsefagarbeidere og sykepleiere begrepet medborgerskap, og på hvilken måte medborgerskap for personer med demens opprettholdes på sykehjem?

1.5 Oppgavens oppbygning

Denne studien er inndelt i 6 kapitler, med delkapitler under hvert kapittel. I kapittel 1 presenteres studiens tema og dens samfunnsmessige relevans. Deretter redegjøres det for tidligere forskning gjort på området, herunder tidligere forskning knyttet til personsentrert omsorg på sykehjem, og tidligere forskning knyttet til demens og medborgerskap. Videre beskrives studiens hensikt, og studiens problemstilling og forskningsspørsmål blir til slutt presentert. Kapittel 2 består av en teoretisk referanseramme, hvor aktuell teori som kan

knyttet til problemstillingen blir beskrevet. I kapittel 3 redegjør jeg for studiens vitenskapsteoretiske grunnlag. Etterfulgt beskrives metoden som er brukt i denne studien, samt metodiske overveielser. Videre beskrives forskningsetiske vurderinger, og til slutt legges det frem en vurdering av forskningens kvalitet. I kapittel 4 blir studiens resultater presentert. Kapittel 5 inneholder både metodediskusjon og resultatdiskusjon. I resultatdiskusjonen diskuteres studiens resultater opp mot tidligere teori og forskning, med hensikt om å besvare studiens problemstilling. Kapittel 6 består av oppsummering.

2 Teoretisk referanseramme

Dette kapitlet inneholder en teoretisk referanseramme. Den teoretiske referanserammen kan fatte teorier, modeller, definisjoner, forskningstradisjoner og begrepsapparat. Disse kan være til hjelp for å strukturere tolkninger og forstå meningen til datamaterialet. Den teoretiske referanserammen kan også ses på som de brillene man har på når man leser, og når man identifiserer datamaterialets mønster (Malterud, 2017, s. 47). I henhold til problemstillingen «*Hvordan opplever helsefagarbeidere og sykepleiere at personsentrert omsorg for personer med demens blir ivaretatt på sykehjem, og hvordan kan deres erfaringer tolkes i et lys av medborgerskap?*», vil jeg redegjøre for de sentrale begrepene som problemstillingen presenterer, og aktuell teori som ligger bak begrepene. I dette kapitlet vil jeg starte med å redegjøre for begrepet demens og hva denne tilstanden innebærer. Videre skal jeg gjøre rede for begrepet personsentrert omsorg og teori knyttet til personsentrert omsorg som omhandler personsentrert omsorg i praksis, faktorer som påvirker personsentrert omsorg, og retningslinjer og lovverk som kan knyttes til tilnærmingen. Til slutt vil jeg redegjøre for begrepet medborgerskap og teori knyttet til medborgerskap. Aktuell teori vil her være hverdagsmedborgerskap, inkluderende medborgerskap og en rettferdighetsteori utviklet av Nancy Fraser.

2.1 Demens

Begrepet demens betyr «ute av sinn» eller «avsindig», og er en fellesbetegnelse på et syndrom eller en tilstand. Begrepet kan også defineres som et ervervet hjerneorganisk syndrom. Det kan være ulike organiske sykdommer som forårsaker demens. Demens kjennetegnes ved sviktende evner til å utføre daglige aktiviteter, redusert hukommelse, endret sosial atferd, irreversibel og kronisk kognitiv svikt. For å kunne benytte begrepet demens, må det kunne påvises en organisk sykdom i hjernen. Forgiftning, delirium og bivirkninger av legemidler må utelukkes. Demens er en kronisk tilstand, som forverrer seg med tid. Det finnes ingen kur mot tilstanden (Engedal & Haugen, 2018, s. 18).

2.1.1 Kognitive symptomer

Det finnes ulike typer demens, og tilstanden kan variere fra person til person.

Demensforløpet består av ulike utviklingstrinn, noe som vil si at personer med demens over tid kan oppleve forskjellige utslag i atferdsmessig, motorisk, og psykologisk fungering (Engedal & Haugen, 2018, s. 29). De vanligste kognitive symptomene som kan forekomme ved demens er blant annet svekket språkevne, svekket oppmerksomhet, handlingssvikt, svekket hukommelse og svekket intellektuelle evner. Når personer med demens opplever språkproblemer kan disse deles inn i tre hovedgrupper, vansker med benevning, sviktende ordforståelse og redusert taleflyt. I hvilken grad språkproblemene er svekket, kommer an på hvor langt en er kommet i sin demensdiagnose. Oppmerksomheten er en sentral mental funksjon, og denne kan påvirke en persons kognitive fungering. Svekket oppmerksomhet kan føre til redusert presentasjon når det gjelder å løse dagligdagse problemer. Personer med demens opplever handlingssvikt, noe som fører til en endring i personens evne til å stå på egne bein i dagliglivet. Handlingssvikt er et overordnet begrep som fatter både apraksi, eksekutive og visoukonstruktive vansker. Et viktig kjennetegn for personer som får demens er hukommelsestap. Når en opplever å få demens, sviker hukommelsesevnen, som kan føre til konsekvenser for å handle i dagliglivet. Svekket intellektuell evne kan føre til tap av funksjoner som tilpasning av uvante eller nye situasjoner, forstå og tolke sanseinntrykk, og problemløsning. Tap av disse kognitive evnene kan være et resultat av svikt i de mer generelle psykologiske funksjonene, som språk, hukommelse og oppmerksomhet (Engedal & Haugen, 2018, s. 29-40).

2.2 Personsentrert omsorg

I omsorg og behandling for personer med demens er personsentrert omsorg en anbefalt tilnærming (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 300). På 1980- og 90 tallet introduserte sosialpsykologen Tom Kitwood bruken av en personsentrert innfallsvinkel innenfor demensomsorgen. Den personsentrerte innfallsvinkelen ble sitt på som kritikk mot datidens omsorgspraksis og holdninger som Kitwood beskrev som medisinskbasert, med fokus på sykdomssymptomer og pasientens svikt (Rokstad, 2021, s. 30-31). Personsentrert omsorg bidrar ifølge Kitwood til å bekrefte en persons opplevelse av personverd, og verdi som menneske (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 300-301). I tiden etter Tom Kitwood introduserte en personsentrert innfallsvinkel, har flere omsorgsyrker endret praksisforsåelse fra en praksis

som var sykdomsorientert og medisinsk rettet, til en tilnærming med fokus på pasientens behov, hvor praksisen skal bygge på samarbeid, helhetstenkning og relasjonsbygging (Rokstad, 2021, s. 31-32).

2.2.1 Personsentrert omsorg i praksis

Personsentrert omsorg i praksis handler ikke kun om være velmenende og snill. Det handler i større grad om en bevisst holdning i møte med personer som har demens. Det er behov for å opprettholde personverdet gjennom inkludering, etablering av god relasjon, søke å tolke atferd som kommunikasjon, redusere funksjonssvekkelser (Rokstad, 2021, s. 86). Rokstad (2021) viser til Kitwood (1999) som hevder at man gjennom en kombinasjon mellom personlighet, sosiale relasjoner, helse, livshistorie og hjerneorganisk svikt, kan skape en forståelse av demens, og beskriver at man på denne måten får en utvidet innsikt av demens (s. 86). Personer med demens er ikke en ensartet gruppe. Personlighet fatter et mønster av karakteristiske følelser, atferd og tankegang, som kan være forskjellig fra person til person. Demenssykdommen kan dermed ramme personer forskjellig. Dette er noe man i praksis må forholde seg til (Rokstad, 2021, s. 95). Opplevelser i net og sosiale relasjoner anses som nødvendige faktorer, som også påvirker hvordan en person med demens opplever å leve med tilstanden. I praksis er det viktig at personer med demens oppmuntres til samtale, som kan fremme behov som personen med demens anser som viktig (Rokstad, 2021, s. 100). Personer med demens kan ha utfordringer i forholdt til å uttrykke sin somatiske og psykiske helsetilstand. På bakgrunn av dette er det viktig at helsetilstanden følges opp regelmessig (Rokstad, 2021, s. 98). Det er viktig å ha kjennskap til personer med demens sin livshistorie, og det finnes flere verktøy som kan fremskaffe opplysninger om en persons bakgrunn og livshistorie. Samtaleverktøy gir fagpersoner mer kunnskap om personer med demens sin identitet, og kan fremme personenes behov i den daglige omsorgen (Rokstad, 2021, s. 87-91). Personer som får demens kan ha ulik praktisk og kognitiv fungering, da det finnes flere grader og typer av demens. I hvilken grad personer med demens mestrer kommende utfordringer som følge av sykdomsutviklingen kan også variere. Omsorgspersoner har en sentral rolle i oppfølging, og i praksis er det nødvendig å få en oversikt over hva personen mestrer og hva personen ikke mestrer. Sentralt i personsentrert omsorg er det viktig at omsorgspersoner ser hva personer med demens trenger for å være engasjert i ens

omgivelser og hva som må til for å beherske praktiske gjøremål kan ses på som sentralt i personsentrert omsorg (Rokstad, 2021, s. 99).

Ettersom Kitwood utviklet teorier om personsentrert omsorg, har det med tiden også blitt utviklet flere rammeverk. Rammeverkene har med sin hensikt å formidle en begrepsmessig forståelse av hva personsentrert omsorg innebærer (Rokstad, 2021, s. 35). Personsentrert omsorg er satt sammen av flere hovedelementer. Disse skal tas inn i rammeverk og definisjoner for praksisutøvelse, og regnes som like viktige. Først og fremst innebærer personsentrert omsorg at personer med demens skal bli møtt med respekt og som et fullverdig medlem av samfunnet. Nedlatende og diskriminerende holdninger som rettes mot personer med demens skal motarbeides. Det andre elementet innebærer at man skal sørge for individuelt tilpasset omsorg, både for personer med demens og deres familie. Det tredje elementet innebærer at man skal sørge for å forstå personer med demens sine synspunkter, samt deres opplevelse av sin egen situasjon. Dette regnes som en viktig forutsetning for personsentrert omsorg. Det fjerde elementet innebærer et støttende sosialt miljø, som er nødvendig for at personer med demens skal leve et godt liv på tross av sykdommen. Disse fire elementene må være til stede for å yte personsentrert omsorg (Rokstad, 2021, s. 35-36).

2.2.2 VIPS – Rammeverk

I 2004 utviklet Dawn Brooker den såkalte originale VIPS definisjonen (Brooker & Latham, 2016, s. 11). Hensikten med denne definisjonen var å belyse de ulike trådene i personsentrert omsorg, samtidig som hun opprettholdt Tom Kitwoods opprinnelige visjon. VIPS definisjonen består av fire elementer. Bokstaven **V** står for verdigrunnlag. Man skal verdsette mennesker som har demens, samt de menneskene som bryr seg om dem. Uavhengig av kognitiv svikt eller alder, skal man fremme personer med demens sine rettigheter og medborgerskapsrettigheter. Bokstaven **I** står for individualisert tilnærming. Personer med demens skal behandles som individer. Man skal anerkjenne at personer med demens har en unik identitet, personlighet, historie, samt sosiale, psykologiske, økonomiske og fysiske ressurser. Disse ressursene vil ha en påvirkning for hvordan personer med demens responderer på deres kognitive svikt. Bokstaven **P** står for perspektiv, hvor man skal ta utgangspunkt i hvordan personer med demens opplever verden fra deres perspektiv.

Bokstaven **S** står for sosialt miljø. Personer med demens har behov for et sosialt miljø som kompenserer både for deres kognitive svikt, og som bidrar til å øke deres mulighet for personlig vekst. Man skal sørge for et sosialt miljø som ivaretar personer med demens sine psykologiske behov (Brooker & Latham, 2016, s. 12). Under disse fire elementene er det til sammen tjuefem indikatorer som grupperer seg omkring elementene. Vi finner seks indikatorer rundt de tre første elementene og syv indikatorer rundt det siste elementet. Indikatorene fremstiller hva som må til for at helse- og omsorgstjenester skal yte personsentrert omsorg. De fire elementene og de tilhørende indikatorene er også kjent som VIPS rammeverket (Brooker & Latham, 2016, s. 14).

I flere tjenestemiljøer, hovedsakelig sykehjemssektoren benyttes VIPS rammeverket som et middel for intern benchmarking av personsentrert omsorgspraksis. Janne Røsvik og hennes medarbeidere har i Norge utviklet en VIPS praksismodell. Praksismodellen er et middel for å styrke kvaliteten på omsorgen som ytes til sykehjemsbeboere (Brooker & Latham, 2016, s. 16). I tillegg fremhever Røsvik et al. (2011) at VIPS praksismodell er konstruert med en struktur og praktiske retningslinjer for hvordan en skal ta i bruk VIPS rammeverket i praksis. Praksismodellen baserer seg på elementer fra arbeidet til Dawn Brooker og Tom Kitwood, samt en støttende ledelse, veiledning og regelmessig strukturert teamarbeid (Røsvik et al., 2011, s. 230).

2.2.3 Faktorer som påvirker tjenesteyting av personsentrert omsorg på sykehjem

Teori viser til at det er faktorer som hemmer og fremmer personsentrert omsorg på sykehjem (Rokstad, 2021, s. 43). Faktorene som påvirker personsentrert omsorg, kan finne sted på både organisatorisk nivå og individ nivå. På et organisatorisk nivå har lederen en rolle hvor deres støtte og involvering ses på som nødvendige faktorer for å fremme personsentrert omsorg. For å fremme personsentrert omsorg på organisatorisk nivå er det behov for en leder som organiserer og skaper rutiner i arbeidet, er involvert i sykehjemmets daglige drift og sørger for tett en oppfølging av personalet. En leder som har en personsentrert leder stil, bidrar til å engasjere de ansatte. På individnivå er det nødvendig å inkludere ansatte i utviklingsarbeidet for å fremme en personsentrert praksis. Å oppfordre, myndiggjøre og stimulere personalet til å bidra med aktiv deltakelse for å fremme

personsentrert omsorg, vil gjøre at de ansatte føler et eierskap og forpliktelse til å etablere tiltak som fremmer personsentrert omsorg. Utløsende faktor som hemmer personsentrert omsorg på sykehjem er blant annet manglende forståelse av praksisen, og motstand mot endring av tiltak som fremmer personsentrert omsorg (Rokstad, 2021, s.43-44).

2.2.4 Retningslinjer og lover som kan knyttes til personsentrert omsorg

Helsedirektoratet, skal gjennom målrettet og helhetlig arbeid på tvers av sektorer forvaltningsnivå og tjenester, styrke befolkningens helse (Helsedirektoratet, 2022).

Helsedirektoratet har utarbeidet nasjonal faglig retningslinje for demens, hvor personsentrert omsorg og behandling ved demens er plassert som et av punktene. Punktet beskriver en anbefaling rettet mot virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjenester.

Helsedirektoratet anbefaler her at det skal etableres rutiner for både behandling til personer med demens og personsentrert omsorg. Særlig legges det vekt på kompetanseutvikling og opplæring av ansatte innen behandling og personsentrert omsorg, støtte av ansatte og en tydelig ledelse i utøvelse av behandling og personsentrert omsorg, og kvalitetsforbedring og systematisk evaluering av tjenestene (Helsedirektoratet, 2022).

Basert på egne funn, kan det tenkes at det ikke finnes norsk lovverk som bruker begrepet personsentrert omsorg. I de nasjonale faglige retningslinjene for demens og punktet om personsentrert omsorg og behandling ved demens, fremmes det en begrunnelse som underbygger anbefalingen. Begrunnelsen legger her et fokus på helse- og omsorgstjenesteloven, og henviser spesielt til femte ledd i § 1-1, og §4-1 (Helsedirektoratet, 2022). I Helse- og omsorgstjenesteloven §1-1 femte ledd, presenteres det at lovens formål skal «sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, sikre nødvendig opplæring av pasient, bruker og pårørende, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1). Helse- og omsorgstjenesten § 4-1, som omhandler forsvarlighet, presenteres det at kommunene skal legge til rette for tjenestene på en måte hvor den enkelte bruker og pasient gis et koordinert og helhetlig helse- og omsorgstjenestetilbud (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-1).

2.3 Tradisjonelt medborgerskap versus sosialt medborgerskap

Thomas P. Boje (2017) hevder at når man snakker om medborgerskap i dag, er det relatert til den diskursen som ble utviklet av Thomas Humphrey Marshall etter andre verdenskrig. Medborgerskap defineres av Marshall slik: «individernes deltagelse i og medlemskab af et samfund samt deres rettigheder og pligter som medlemmer af dette samfund» (Boje, 2017, s. 158). Bartlett & O'Connor (2010) hevder at Marshalls definisjon av medborgerskap representerer et tradisjonelt syn på medborgerskap og anses som et av de mest kjente (s. 30). Imidlertid kan ikke et tradisjonelt syn på medborgerskap være uten ulemper eller grenser. Fra et demensvitenskapelig perspektiv har det tradisjonelle synet på medborgerskap en ekskluderende tendens. En oppfattelse av medborgerskap, hvor borgeren har en status med ansvar og rettigheter, kan forårsake ekskludering av individer som ikke har mulighet eller er i stand til å oppfylle sine forpliktelser eller kreve sine rettigheter som borgere (Bartlett & O'Connor, 2010, s. 31). Teoretikere har i løpet av de siste årene forsøkt å sette fokus på grensene for medborgerskap, ved å forandre det konseptuelle fokuset fra samfunnsansvar og juridiske rettigheter til medborgerskapets sosiale praksis. På denne måten blir medborgerskap ikke en status som blir tildelt ovenfra. Snarere blir medborgerskap oppnådd av grupper eller individer i sosiale kontekster gjennom den maktdynamikken som kan finne sted i hverdagslige handlinger og samtaler (Bartlett & O'Connor, 2010, s. 32).

Medborgerskap er et utviklende og strategisk konsept. Nye konseptualiseringer av begrepet gjør også at konseptet har verdi for demensstudier. Medborgerskap blir definert på ulike måter, og det har vært en uklarhet når det kommer til begrepet innenfor demensfeltet (Bartlett & O'Connor, 2010, s. 37). Bartlett & O'Connor (2010) har utarbeidet en arbeidsdefinisjon av medborgerskap som er til bruk når det gjelder personer med demens. Den defineres slik:

Sosialt medborgerskap kan defineres som en relasjon, praksis eller status, der en person med demens har rett til å oppleve frihet fra diskriminering, og til å ha muligheter til å vokse og delta i livet i størst mulig grad. Det innebærer rettferdighet, anerkjennelse av sosiale posisjoner og opprettholdelse av personlighet, rettigheter og en flytende grad ansvar for å forme hendelser på et personlig og samfunnsmessig nivå. (Bartlett & O'Connor, 2010, s. 37).

2.4 Hverdagsmedborgerskap

Nedlund et al. (2019) har utviklet en forståelse av begrepet hverdagsmedborgerskap, og hvordan man på denne måten kan utvikle et bredere syn på livet til personer med demens (s. 1). Nedlund et al. (2019) hevder at medborgerskap kan lokaliseres i hverdagen. Ofte regnes ikke det hverdagslige som en plass hvor medborgerskap springer ut, og det er forskjellig hvor vidt forskere strekker begrepet. Dette kan være så langt som fokus på rettigheter, og statsforhold. Nedlund et al. (2019) hevder at medborgerskapsstudier i nåtid retter oppmerksomheten mot relasjoner, særlig mellom individer og større strukturer av tilhørighet og styre. Ofte kan dette være nasjonalstaten. Relasjoner mellom individer og de større strukturene, kan for eksempel bestå av relasjoner mellom personer med demens og velferdsorganer, eller tjenesteleverandører. Relasjonene kan oppfattes som rutiner, men om man tillegger hverdagsmedborgerskap, kan disse få en større betydning (s. 2).

Hverdagslivstilnærminger søker å gripe og identifisere det dagligdagse, som rutiner av sosiale relasjoner eller i praksis. Når man gjør dette, kan man gjøre det synlig hvordan hverdagslivets erfaringer, praksiser og sosiale relasjoner er mer en kun vanlige, rutinemessige og dagligdagse. Når man snakker om medborgerskap, er det nødvendig å dra inn det hverdagslige. Nettopp fordi det er her beslutninger tas og livet leves (Nedlund et al., 2019, s. 2-3). Nedlund et al. (2019) refererer til Burkitt (2004) som hevder at den daglige virkeligheten ikke skapes utenfor en persons rekkevidde. Den skapes i hverdagen, og er et resultat av en persons relasjoner som er bygget nedenifra, i transaksjoner og i dagligdagse aktiviteter. Hverdagsmedborgerskap skaper en idé om at personer som lever med demens har flere identiteter og interesser, og en stemme (s. 3). Personer med demens opplever ofte en hindring i deltakelse og aktivitet i samfunnet. Derfor er det nødvendig å utfordre disse hindringene og måten man ser på personer med demens, da det flere måter personer med demens kan være aktive på (Nedlund et al., 2019, s. 9).

2.5 Inkluderende medborgerskap

Fjetland et al. (2022) refererer til Lister (1997) som hevder at medborgerskap i den moderne vitenskapen ikke kun handler om den formelle statusen som borger. Det handler i like stor grad om menneskers levde opplevelser i hverdagen (s. 9). Ved å skille mellom det formelle medborgerskapet på en side og et realisert medborgerskap på den andre siden, snakker vi om et relasjonelt fenomen som utøves i sosiale relasjoner (Fjetland et al., 2022, s. 9). Boje (2017) referer til Lister (2007) som hevder at det er fire prinsipper som er nødvendig for å inkludere mennesker i samfunnet. Første prinsipp er rettferdighet, som går ut på at mennesker skal bli behandlet likt. Det andre prinsippet er anerkjennelse som går ut på at mennesker skal bli behandlet med verdighet og respekt, samt at man skal akseptere at mennesker er forskjellige. Det tredje prinsippet er selvbestemmelse som går ut på at mennesker eier sine egne liv og har mulighet til å kontrollere livet. Man skal ha respekt for hverandres ønsker. For personer som har funksjonsnedsettelse skal barrierer som hindrer dem mulighet for å kontrollere sitt eget liv fjernes. Det fjerde og siste prinsippet er solidaritet som går ut på at mennesker skal handle i fellesskap for å oppnå universelle krav om anerkjennelse og rettferdighet. Disse fire prinsippene blir satt på som en strategi som kan sikre deltakelse for ekskluderte grupper i samfunnet (Boje, 2017, s. 217).

2.6 Et rettferdighets teoretisk perspektiv

Kjersti Fjørtoft (2016) viser til Nancy Fraser som utviklet en rettferdighetsteori, som legger vekt på at mennesker skal kunne delta på like vilkår. Fraser hevder at rettferdighet må måles i forhold til grupper og personers mulighet for deltakelse i samfunnet. For å oppnå rettferdighet må samfunnsinstitusjonene legge til rette for at alle har mulighet for å delta i samfunnet. Fraser hevder at det er tre hovedformer for urettferdighet, mangel på anerkjennelse, økonomisk urettferdighet og mangel på representasjon. Disse tre hovedformene for urettferdighet hevder Fraser hindrer deltakelse i samfunnet (Fjørtoft, 2016, s. 22). Fraser fremstilte først og fremst to hovedformer for urettferdighet, økonomisk urettferdighet og mangel på anerkjennelse. Ved økonomisk urettferdighet hevder Fraser at mennesker kan hindres deltakelse på grunn av økonomiske strukturer som ikke gir dem de ressursene de trenger for å kunne samhandle med andre. Mangel på anerkjennelse hevder Fraser forårsakes av at mennesker hindres i å samhandle fordi de ikke er likeverdige. Hun hevder her at noen mennesker lider av statusulikhet (Fraser, 2007, s.92). Etter å ha fremstilt

de to hovedformene la hun til en tredje hovedform, representasjon, som hun også kaller den politiske dimensjonen (Fraser, 2007, s. 93). Den tredje dimensjonen handler om politiske faktorer, som innebærer politisk og rettslig beskyttelse på globalt og nasjonalt nivå.

Urettferdigheten springer ut både på globalt og nasjonalt nivå. Fraser hevder at økonomisk og kulturell globalisering bidrar til at mennesker blir et offer for politiske beslutninger på globalt nivå. På et nasjonalt nivå hevder Fraser at det er politiske årsaker til ekskludering (Fjørtoft, 2016, s. 29). Rettferdighetsteorien til Fraser er et godt analytisk verktøy som kan benyttes til å analysere og identifisere faktorer som hindrer mennesker likeverdig deltakelse i samfunnet (Fjørtoft, 2016, s. 30).

I håp om å utvikle et inkluderende, solidarisk og demokratisk medborgerskap, har det i løpet av de siste årene kommet frem flere forslag til en omformulering av medborgerskapsbegrepets innhold. Man ser her på en utvikling av et medborgerskapsbegrep som skal inneholde sentrale forutsetninger. En av de sentrale forutsetningene er at det skal sørges for at alle har lik tilgang til deltakelse i samfunnets offentlige rom. Dette skal skje gjennom 'parity of participation', et begrep nevnt av Fraser (2003) (Boje, 2017, s. 196). Begrepet 'parity of participation' hevder Fraser er en sentral forutsetning for rettferdighet generelt og i den politiske dimensjonen, som fatter politiske beslutningsprosesser (Boje, 2017, s. 221). Om man skal oppnå rettferdighet, trenger man sosiale arrangementer som skal gjøre det oppnåelig for alle mennesker å være deltakende på lik linje i det sosiale liv. For å kunne bekjempe urettferdighet, er det nødvendig at man eliminerer institusjonelle barrierer, som hindrer noen mennesker deltakelse på lik linje med andre mennesker i sosial kommunikasjon (Boje, 2017, s. 222).

3 Metode og metodiske overveielser

Denne studien anvender en samfunnsvitenskapelig metode, hvor jeg som forsker i studien går frem for å fremskaffe data om den sosiale virkeligheten, hvordan denne dataen skal analyseres, samt hva dataen forteller oss om samfunnsmessige prosesser og forhold (Johannessen et al., 2016, s.25). Studiefeltet som samfunnsforskning er opptatt av er mennesker, som har oppfatninger og meninger om både andre, seg selv og de sosiale prosessene de er en del av. Disse er ikke stabile og er stadig i endring (Johannessen et al., 2016, s. 27). I dette kapitlet skal jeg gjøre rede for det vitenskapsteoretiske grunnlaget i studien. Videre vil jeg gå inn på metodevalg, utvalg av informanter og utvalgsriterier, samt rekruttering av informanter. Etterfølgende vil jeg gjøre rede for intervjuguide og beskrive hvordan intervjuene ble gjennomført. Etterfulgt av datainnsamlingen blir transkribering og analyse beskrevet. Til slutt beskrives studiens forskningsetiske vurderinger og forskningens kvalitet.

3.1 Vitenskapsteoretisk grunnlag

I dette delkapitlet vil det bli redegjort for det vitenskapsteoretiske grunnlaget som studien bygger på. I kvalitative metoder står fortolkning sentralt, og man kan si at fortolkningen er en aktivitet som pågår gjennom hele studien. Jeg som forsker bringer med en forforståelse i studien. Denne forforståelsen må ses i sammenheng med den forståelsen man utvikler gjennom studien (Thagaard, 2009, s. 35). Ved å ta i bruk en vitenskapsteoretisk fortolkningsramme, bidrar dette til å danne og synliggjøre et grunnlag for forståelse gjennom studien (Thagaard, 2009, s. 14). Det vitenskapsteoretiske grunnlaget som studien bygger på, er en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Fenomenologien vektlegger menneskers subjektive opplevelser og retter søkelyset mot å skape forståelse av den dypere mening i menneskers erfaringer (Thagaard, 2018, s. 36). Dette forutsetter en fortolkende tilnærming i forskningsprosessen (Johannessen et al., 2016, s. 171). Hermeneutikken legger vekt på å fortolke individers handlinger ved å konsentrere seg om det dype meningsinnholdet, og ikke hva som direkte er innlysende (Thagaard, 2018, s. 37).

3.1.1 Fenomenologi

Begrepet fenomenologi kommer fra det greske verbet «Phainestai» som betyr «læren om fenomenene» på norsk. I tillegg til filosofi, er fenomenologi en kvalitativ metodisk tilnærming. Fenomenologien gir oss en forståelse av at mennesker må studeres som menende, handlende, opplevende, følende og forstående individer (Johannessen et al., 2016, s. 78). Fenomenologien forholder seg til den subjektive opplevelsen og ønsker å fremme en forståelse av enkeltpersoners erfaringer. Fenomenologien er opptatt av fenomenverden slik den oppleves av enkeltindivider og ønsker å forstå fenomener gjennom de studerendes perspektiv (Thagaard, 2009, s.38). Om en skal forstå verden, må man forstå individet. Det er ikke virkeligheten som konstruerer individet, men individet som konturerer virkeligheten (Johannessen et al., 2016, s 79).

Basert på problemstillingen i studien «*Hvordan opplever helsefagarbeidere og sykepleiere at personsentrert omsorg for personer med demens blir ivaretatt på sykehjem, og hvordan kan deres erfaringer tolkes i et lys av medborgerskap?*» gir teorien om fenomenologi som beskrevet ovenfor en forståelse av at det ikke finnes en spesifikk fasit for hvordan helsefagarbeidere og sykepleiere opplever at personsentrert omsorg for personer med demens blir ivaretatt på sykehjem. Heller gir fenomenologien en forståelse av at dette er noe som oppleves individuelt og må forstås ut fra helsefagarbeiderne og sykepleiernes erfaring. Ved å skape forståelse ut fra helsefagarbeideres og sykepleiernes subjektive erfaringer gjennom en fenomenologisk tilnærming, er det forståelsen av deres erfaringer som skal tolkes i et lys av personsentrert omsorg og medborgerskap (Malterud, 2017, s. 28). Siden fenomenologien er opptatt av den subjektive opplevelsen, og søker å nå frem til en forståelse av individers erfaringer, må man være bevisst over at forskeren selv har egne erfaringer som reflekteres, og som kan danne et grunnlag for forskningen. På bakgrunn av dette vil det være nødvendig for meg som forsker i studien å være åpen for helsefagarbeidernes og sykepleiernes erfaringer, og la den ytre verden være i bakgrunnen (Thagaard, 2018, s. 36). Med den ytre verden kan det tenkes at forskerens forforståelse og kunnskap skal være i bakgrunnen.

3.1.2 Hermeneutikken

Hermeneutikken vektlegger at det ikke eksisterer en faktisk sannhet, og at fenomener kan tolkes på ulike måter. I samfunnsvitenskapelige tilnærminger, anses hermeneutikken som en viktig inspirasjonskilde. Dette er på grunn av fortolkningens sentrale plass (Thagaard, 2018, s. 37). Brottveit (2018) påpeker at hermeneutikken ofte benyttes i helse- og sosialfaglig praksisforskning og undersøkelser, og legger ved eksempel på undersøkelser som blant annet omfatter «ansattes erfaringer med helse- og sosialfaglig arbeid» (Brottveit, 2018, s. 32). Ved å ta i bruk en hermeneutisk tilnærming, innhenter man og arbeider med ytringer som skal fortolkes, som bilder, mennesker, lyder og tekster. Målet er å undersøke meningen og forsøke å forstå de sosiale fenomenene i lys av helheten. Konteksten spiller derfor en viktig rolle når man arbeider med tolkningsprosessen. Fortolkningsprosessen består av tre trinn, forståelse, fortolkning og anvendelse (Brottveit, 2018, s. 34). Jeg som forsker i studien skaper en forståelse av teksten, som for eksempel av de transkriberte intervjuene. Forståelsen jeg som forsker har i denne studien, er basert på hvordan jeg fortolker teksten. På denne måten dannes en ny tekst, hvor jeg tildeler den opprinnelige teksten ny mening. Formålet med å tolke tekst er å utvikle et grunnlag for ny mening om fenomenet som undersøkes. Gjennom forståelse og fortolkning kommer man frem til nye innsikter, erkjennelser og kunnskap, som også anses som forskningsresultater. Det er her fortolkningsprosessens siste trinn finner plass, anvendelse av forskningsresultater, som vil si at resultatene kan komme til nytte og er relevante. Når man utfører fortolkningsprosessen er det nødvendig å være bevisst om at jeg som forsker i studien er bundet til min egen forståelseshorisont, som forårsaker at man ikke tolker uavhengig og fritt (Brottveit, 2018, s. 34-35). Bakgrunnen for min forforståelse kan tenkes å være bundet til arbeidserfaring, teori og tidligere forskning. Brottveit (2018) viser til Gadamer (1975) som hevder at en ny mening ikke er målet, snarere er målet å skape en forståelse av de meningssammenhengene man tar del i (s. 35).

3.2 Metodevalg

Med en studie som legger vekt på erfaringer og opplevelser med tjenesteyting til personer med demens på sykehjem, personsentrert omsorg og medborgerskap utviklet jeg problemstillingen «*Hvordan opplever helsefagarbeidere og sykepleiere at personsentrert omsorg for personer med demens blir ivaretatt på sykehjem, og hvordan kan deres erfaringer tolkes i et lys av medborgerskap?*». Ved valg av metode har problemstillingen en sentral rolle. Metodevalget er et resultat av hva som egner seg best til å besvare problemstillingen i studien (Johannessen et al., 2016, s. 95-96). I denne studien benyttes en kvalitativ metode. Med en kvalitativ metode går man i dybden for å beskrive og forstå hvordan personer oppfatter verden (Johannessen et al., 2016, s. 95). Metoden egner seg til å fremskaffe informasjon om personers kjennetegn som opplevelser, tanker, erfaringer, holdninger, motiver og forventninger (Malterud, 2017, s. 31). I tråd med problemstillingen i studien vil en kvalitativ metode egne seg godt til å besvare problemstillingen, da kvalitativ metode bidrar til å skaffe en bredere forståelse av sosiale fenomener (Thagaard, 2009, s. 11). Hver enkelt deltaker bidrar med utdypende kunnskap ut fra sin erfaring. Sammen vil alle deltakerne i studien representere bredde og variasjon i erfaringenes kjennetegn.

Om man skal skape et samfunn som er demensvennlig, er det behov for økt kunnskap om demens og tiltak som kan forbedre tjenestene til personer med demens på både på individ- og systemnivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 81). Ved å benytte en kvalitativ metode, kan man åpne opp for forskning på felt hvor kunnskapsgrunnlaget ikke er tilstrekkelig. Kvalitative metoder egner seg godt til forskning, hvor en søker å belyse nye spørsmål på dagsorden (Malterud, 2017, s. 32). Basert på egne funn fra litteratursøk finnes det trolig lite forskning som inkluderer både demens, personsentrert omsorg og medborgerskap. Valget av en kvalitativ metode kan tenkes å besvare studiens problemstilling, og dermed tilføye ny kunnskap om tjenesteyting til personer med demens innenfor demensfeltet.

3.2.1 Kvalitative intervjuer

Studien er basert på kvalitative intervjuer. Formålet med kvalitative intervjuer er å fremskaffe omfattende og fylldig kunnskap om hvordan personer opplever egen livssituasjon,

og hvilke perspektiver og synspunkter dem har på de tema som kommer frem i intervjuet (Thagaard, 2018, s. 89). Kvalitative intervju er karakterisert som en samtale med et formål og en struktur, og som er godt egnet til å studere erfaringer, holdninger og meninger. I tillegg er Intervjuer er formålstjenlig når jeg som forsker søker å gi informantene økt mulighet til å uttrykke seg (Johannessen et al., 2016, s. 145). I denne studien består de kvalitative intervjuene av helsefagarbeidere og sykepleiere. Tenkt vil kvalitative intervju bidra til at jeg som forsker i studien får økt innsikt i helsefagarbeidernes og sykepleiernes tanker, følelser og erfaringer knyttet til hvorvidt de opplever at personsentrert omsorg for personer med demens blir ivaretatt på sykehjem (Thagaard, 2018, s. 89).

Det finnes ulike former for kvalitative intervju. Man kan blant annet utføre en til en intervju som bidrar til å fremskaffe detaljerte og fyldige beskrivelser av personers meninger, holdninger, refleksjoner, følelser, forståelse, erfaringer og oppfatninger av et fenomen (Johannessen et al., 2016, s. 146). Eller gruppesamtale, også kalt fokusgrupper som egner seg godt når en søker å åpne opp for en bredde av erfaringer, holdninger, fortolkninger og synspunkter. Gruppesamtaler egner seg også til å undersøke ulike gruppers kultur og hverdagspråk, en felles forståelse av hverdagslivet, samt når en ønsker å frembringe ideer mellom informantene som diskuterer ulike perspektiv på det aktuelle temaet (Johannessen et al., 2016, s. 147). Ved bruk av gruppesamtaler kan man i tillegg kan skille mellom minigrupper som består av tre til fem informanter, og ordinære gruppesamtaler som består av seks eller flere informanter (Johannessen et al., 2016, s. 115).

Tenkt plan fra starten av studien var hovedsakelig å kun utføre gruppesamtaler, men av hensyn til sykehjemmenes forsvarlige drift og informantenes arbeidshverdag blir det i denne studien foretatt en til en intervju, intervju med to, og gruppesamtale. Gruppesamtalen i denne studien består av en minigruppe. Dette bunner også i at sykehjemmet skal opprettholde forsvarlig drift under intervjuprosessen. På tross av at intervjuformene inneholder ulike egenskaper, kan det tenkes at intervjuformene likevel fremskaffer betydningsfull data for å besvare studiens problemstilling.

Notering og bruk av diktafon regnes som to sentrale hjelpemidler når det kommer til å registrere innsamling av data fra intervju (Brottveit, 2018, s. 95). Etter tillatelse fra informantene i denne studien benyttes lydopptak av intervjusamtalene. Lydopptak er

hensiktsmessig når materialet innebærer samtaledata (Malterud, 2017, s. 73). Ved bruk av lydopptak under intervjuene oppnår man en økt konsentrasjon rundt intervju spørsmålene og informantenes reaksjoner. Samtidig blir alt informantene forteller, bevart (Thagaard, 2018, s. 112).

3.3 Utvalg og utvalgskriterier

Forskning forutsetter utvalgsstrategier som frembringer materiale som omfatter data om fenomenet man ønsker å undersøke (Malterud, 2017, s. 57). I kvalitative studier, hvor det er et begrenset antall individer involvert, er det nødvendig at utvelgingsprosessen er hensiktsmessig i forhold til studiens problemstilling (Thagaard, 2018, s. 54). Studien består av strategiske utvalg, som vil si at informantene er valgt ut basert på kvalifikasjoner og egenskaper som er strategiske i henhold til studiens problemstilling (Thagaard, 2018, s. 54). I arbeidet med utvalg av informanter var det nødvendig å avdekke hvilken retning søkelyset skulle rettes mot for å frembringe god informasjonsstyrke i studien. Dette er for å unngå at en samler inn data som ikke er relevant for studien. Teoretisk bakgrunn og feltkunnskap anses som nødvendige forutsetninger for å forstå hvilke datakilder som er relevante (Malterud, 2017, s. 58). På bakgrunn av dette var det en viktig forutsetning at jeg gjorde et godt teoretisk forarbeid. Om vi ikke vet hva vi skal se etter før datainnsamlingen starter, jo større er sjansen for å tilfældige og magre data (Malterud, 2017, s. 67).

Utvalgskriterier som er satt til denne studien er basert på utdanning, arbeidssted og en bestemt type erfaring. Utvalget av informanter i studien består av helsefagarbeidere og sykepleiere som arbeider konkret med personer med demens på sykehjem. Det har ikke blitt satt kriterier til kjønn, alder, stillingsprosent eller hvor lang arbeidserfaring informantene har.

I kvalitative studier søker man å fremskaffe betydelig data fra et begrenset antall informanter. Det finnes ingen nedre eller øvre grense for hvor mange intervju en skal utføre, imidlertid handler det mer om at utvalget er stort nok til å kunne besvare studiens problemstilling (Johannessen et al., 2016, s. 114). Studiens størrelse på utvalg er vurdert i henhold til tid og informasjonsstyrke. I studentprosjekter kan man ofte være begrenset i forhold til økonomi og tid, og man må da ta i vurdering hvor mange intervjuer det er praktisk

mulig å utføre (Johannessen et al., 2016, s. 114). Johannessen et al (2016) viser også til at det er mer nødvendig å innhente et relevant utvalg av informanter, fremfor å innhente et stort antall av informanter (s. 114). Derfor er informasjonsstyrken i utvalget blitt tatt i vurdering. Har man et utvalg med høy informasjonsstyrke trenger man færre informanter til intervju. Har man derimot et utvalg med lav informasjonsstyrke trenger man gjerne flere informanter til intervju. I tillegg vil studiens problemstilling, utvalgets spesifisitet, teoretisk forankring, dialogens kvalitet og type analyse henge sammen med informasjonsstyrken i studien (Malterud, 2017, s. 63). Ved å ta en vurdering i henhold til de overnevnte dimensjonene kan dette gi en indikasjon på antall informanter en trenger (Malterud, 2017, s. 63). Totalt ble 9 informanter med i studien, hvor fire av dem var sykepleier og fem var helsefagarbeidere.

3.4 Rekruttering

Det er ulike måter å rekruttere informanter på (Johannessen et al., 2016, s. 122). Rekruttering av informanter i denne studien ble gjort via telefon og e-post, hvor jeg kontaktet ulike sykehjem av interesse. På forhånd ble nettsidene til sykehjemmene sjekket ut for å finne frem til hvilke tilbud de tilbyr, og sikter da til tjenestetilbud til personer med demens. I henhold til forskningsetiske retningslinjer, er det viktig for meg som forsker i studien at jeg ikke skaper et press på aktuelle informanter eller begrenser deres valgfrihet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021). På bakgrunn av dette ble avdelingsledere fra ulike sykehjem kontaktet via telefon og e-post, hvor jeg introduserte meg selv, prosjektet og om dette kunne være aktuelt for dem å ta del i. I tillegg ble det sendt informasjonsskriv på e-post (vedlegg 1). Informasjonsskriv ble sendt ut slik at informantene fikk tilstrekkelig informasjon om forskningsprosjektet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021). Ved å kontakte avdelingslederne først kan det tenkes dette er noe avdelingslederne kunne ta opp og vurdere med de aktuelle helsefagarbeiderne og sykepleierne som arbeider med personer med demens på de utvalgte sykehjemmene, uten at jeg var til stede. Det var viktig for meg at informantenes samtykke til deltakelse var utvetydig, som vil si at informantene aktivt og entydig uttrykker et ønske om å delta i studien (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021). Totalt ble ni sykehjem kontaktet, hvorav syv sykehjem ble kontaktet via telefon og to sykehjem ble kontaktet via e-post. Utav de ni sykehjemmene som ble kontaktet, ønsket tre

av dem å delta i studien. Før utføring av intervjuene hadde jeg kontakt med avdelingslederne ved de tre aktuelle sykehjemmene. Informasjonsskrivet som ble sendt ut til sykehjemmene (Vedlegg 1), innehold et ønske fra min side om utførelse av fokusgruppeintervju, men om dette ikke var mulig kunne jeg utføre individuelle intervju. Hvilken type intervju som skulle utføres var opp til avdelingslederne på de aktuelle sykehjemmene. To faktorer som kan tenkes spilte en rolle her var hvor mange som ønsket å delta til intervju, samt hvor mange som kunne delta i intervju om gangen for sykehjemmets forsvarlige drift. Nedenfor gir jeg en oversikt over hvilke intervju som er utført på de ulike sykehjemmene og hvor mange informanter som var med.

Sykehjem 1	Gruppeintervju	2 Helsefagarbeidere 2 Sykepleiere	11 sider med transkribert intervju
Sykehjem 2	Individuelt intervju	1 Sykepleier	6 sider med transkribert intervju
Sykehjem 2	Intervju med to	2 Helsefagarbeidere	7 sider med transkribert intervju
Sykehjem 3	Intervju med to	1 Helsefagarbeider 1 Sykepleier	14 sider med transkribert intervju

3.5 Intervjuguide og utføring av intervjuer

De kvalitative intervjuene i studien består av en delvis strukturert tilnærming, som oftest blir tatt i bruk i kvalitative studier (Thagaard, 2018, s. 91). Det har dermed blitt utarbeidet en delvis strukturert intervjuguide med utgangspunkt i problemstillingen i studien (Vedlegg 2). Studiens temaer er på forhånd fastlagt, men i hvilken rekkefølge temaene tas opp, bestemmes underveis. På denne måten følger man informantenes fortelling, samtidig som man sørger for at de aktuelle temaene som skal være med på å besvare problemstillingen, blir tatt opp i løpet av intervjuene. Studiens kvalitative intervjuer har en fleksibel struktur, som er gunstig da spørsmålene kan tilpasses informantenes beskrivelser (Thagaard, 2018, s. 91). Her kan det tenkes at intervjuene får en bedre samtaleflyt.

I forkant av intervjuene ble det vurdert hvor og når intervjuene skulle finne sted. Her anså jeg det som nødvendig å ta hensyn til helsefagarbeiderenes og sykepleiernes arbeidshverdag. Derfor lot jeg det være opp til avdelingslederne på de aktuelle sykehjemmene å finne tid til at jeg kunne utføre intervjuene. Intervjuene ble utført i informantenes arbeidstid, og med hensyn til dette ble intervjuene avholdt på et møterom på de aktuelle sykehjemmene.

Det overordnede målet for studiens kvalitative intervjuer var å skape en fortrolig og tillitsfull atmosfære under intervjuene (Thagaard, 2018, s. 99). På bakgrunn av dette kan det tenkes av det var nødvendig å legge fokus på hvordan jeg som forsker opptreer under intervjuene, samt hvordan intervjuguiden er satt opp. Intervjuguidens oppsett har på bakgrunn av dette tatt utgangspunkt i å starte innledende med å skape god kontakt med informantene. Det anses nemlig som betydningsfullt å utforme en kontakt med informanten, slik at informanten får en følelse av trygghet og ønsker å dele sine synspunkter og erfaringer (Thagaard, 2018, s. 99). For å etablere god kontakt og betrygge informantene, bestod intervjuguiden av en innledende del, hvor jeg som forsker presenterte meg selv, og ga informantene en oversikt over prosjektet, mer spesifikk informasjon om intervjuet og hva intervjuene skal brukes til, og informasjon om lydopptak, anonymisering og deres rett til å trekke seg. Under intervjuene etterstrebet jeg en lyttende holdning. Med dette menes det at man retter oppmerksomheten mot informantene og at jeg som forsker viser engasjement og interesse ved å gi respons til informantenes fortelling (Thagaard, 2018, s. 102). Videre i innledningsfasen ble informantene spurt om demografiske data, som utdanning, arbeidstittel og arbeidserfaring. Denne fasen sørger også for å etablere et tillitsforhold og en relasjon til informantene. Tatt i betraktning var det nødvendig å tenke over at spørsmålene ikke var provoserende eller kunne oppfattes som skremmende for informanten. Informantene ble deretter spurt om et introduksjonsspørsmål, hvor temaet for intervjuer blir introdusert. Dette ble gjort for at informantene skulle ha oppmerksomheten rettet mot det temaet vi skulle prate om, før nøkkelspørsmålene ble presentert (Johannessen et al., 2016, s. 150). Nøkkelspørsmålene i intervjuguiden er hoveddelen og det er her det ble stilt spørsmål som skal sikre at jeg som forsker får tilgang til den informasjonen jeg trenger til å besvare studiens problemstilling og formål. I denne fasen ble det stilt spørsmål som krevde mer utfyllende svar (Johannessen et al., 2016, s. 150). I avslutningsfasen av intervjuene

startet jeg med å stille et såkalt 'alt i betraktning-spørsmål', hvor målet er at informantene får en anledning til å gi sammenfattende kommentarer om intervjuets temaer, samt en avsluttende oppklaring og refleksjon (Johannessen et al., 2016, s. 152). Etterfulgt fikk informantene til slutt et avslutningsspørsmål som skal sørge for at alle har fått sagt det de ønsker og at det ikke er noe som har blitt oversett (Johannessen et al. 2016, s. 153).

3.6 Analyse

I kvalitative studier analyseres og tolkes det innsamlede datamaterialet av forskeren selv. Dette er basert på hypoteser, teorier og forskerens forforståelse som er bakgrunn for analysen. Det finnes ulike måter å analysere og tolke kvalitative data (Johannessen et al., 2016, s. 161). I denne studien benyttes systematisk tekstkondensering (STC) for å analysere datamaterialet. Før jeg går inn på analysen, vil jeg først redegjøre for transkribering og hvordan dette er utført.

3.6.1 Transkribering

Å transkribere vil si å transformere. I denne fasen transformeres de kvalitative intervjuene fra muntlig samtale til skriftlig form (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 206). På denne måten organiseres datamaterialet og gjøres klar for analyse (Malterud, 2017, s. 77). Etter hvert intervju ble utført ble lydfilen fra diktafonen overført til pc, hvor den umiddelbart ble kryptert. Ettersom det har blitt utført fire intervjuer med lydopptak, var det enklere å få en oversikt over det innsamlede datamaterialet når det ble transkribert til skriftlig form (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 206). Istedenfor å benytte transkriberingsprogram som utfører transkriberingen, har jeg selv transkribert intervjuene fra muntlig til skriftlig form. Malterud (2017) viser til at det er flere gode grunner å utføre transkriberingen selv. Man gjør en detaljert gjennomgang, hvor man er mellomledet mellom muntlig tale og skriftlig tekst. Dette bidrar også til at man fra en ny side blir bedre kjent med datamaterialet og skaper rom for ettertanker som man umiddelbart ikke hadde under intervjuene (s. 79-80). Under transkriberingsprosessen kan det tenkes at man blir mer oppmerksom på ulikheten mellom menneskers muntlige språk i forhold til skriftspråket. Malterud (2017) viser til at menneskers naturlige muntlige språk ofte er mer uformelt og oppstykket enn skriftspråket (s. 78). Å

gjennomføre transkriberingen selv kan dermed være en fordel når det gjelder å oppklare uklarheter og gi mening til teksten da man selv var til stede og deltakende under intervjuene (Malterud, 2017, s. 79).

For å sikre anonymitet og informantenes personvern i transkriberingsprosessen, ble informantene tildelt pseudonym (Malterud, 2017, s. 82). I tillegg er intervjuene transkribert på bokmål. Det er kun spesifikke dialektord som har en spesiell betydning som vurderes med (Tjora, 2012, s. 144). Tjora (2012) viser til at å normalisere transkripsjoner bidra til anonymisering (s. 144).

3.6.2 Systematisk tekstkondensering

Systematisk tekstkondensering, også kalt STC som er en forkortelse for Systematic Text Condensation, er en tverrgående analysemetode (Malterud, 2017, s. 97). Siden jeg er ny innenfor forskningsfeltet, kan denne analysemetoden være gunstig da den opprinnelig er utviklet for nybegynnere. Analysen består av fire trinn, hvor jeg nedenfor vil benytte disse trinnene til å beskrive hvordan analyseprosessen av datamaterialet er utført på en overkommelig og systematisk måte (Malterud, 2017, s. 97). Etter å ha transkribert de fire intervjuene fra muntlig tale til skriftlig tekst, sto jeg ovenfor 38 transkriberte tekstsider.

Det første trinnet innebærer å få et helhetsinntrykk. Her brukte jeg tid på å gjøre meg kjent med det innsamlede datamaterialet, og leste grundig gjennom de 38 transkriberte sidene. Mulige foreløpige temaer ble vurdert ettersom de representerer studiens problemstilling «*Hvordan opplever helsefagarbeidere og sykepleiere at personsentrert omsorg for personer med demens blir ivaretatt på sykehjem, og hvordan kan deres erfaringer tolkes i et lys av medborgerskap?*». Imidlertid er det nødvendig å påpeke at man på dette trinnet er bevisst over sin egen forforståelse slik at man er åpen for de inntrykkene som det innsamlede datamaterialet kan formidle, og at man lytter til informantenes stemmer (Malterud, 2017, s. 99). Forforståelsen anses som den ryggsekken man tar med inn i et forskningsprosjekt. Selv om denne ryggsekken kan styrke og gi næring til prosjektet, må man være varsom for å unngå at alt handler om denne ryggsekken med allerede etablerte erfaringer og forståelser (Malterud, 2017, s. 44). Listen nedenfor viser til de 15 foreløpige temaene.

Foreløpige temaer		
1. Forstå og tilpasse ut fra den enkeltes behov og ønsker	7. Etiske dilemmaer i hverdagen	11. De små tingene i hverdagen
2. Se hele personen	8. Kompetanseheving	12. Fellesskap
3. Utgangspunkt i pasienten	9. God og trygg relasjon til personer med demens	13. Inkludering og deltakelse
4. Personsentrert omsorg mer i fokus	10. Samarbeid med personer med demens, pårørende og mellom ansatte	14. Når deltakelse blir vanskelig
5. Møter og planer		15. Det lille samfunnet
6. Betydningen av tid og ansatte		

Det andre trinnet går ut på å finne meningsbærende enheter i datamaterialet (Malterud, 2017, s. 100). Etter å ha lest gjennom de 38 transkriberte sidene og skrevet ned foreløpige temaer, så jeg etter hva som kan være sammenfallende og fargekodet disse slik at de foreløpige temaene som var sammenfallende fikk hver sin farge. De foreløpige temaene som ikke var sammenfallende stod uten farge. Under dette arbeidet brukte jeg til på å reflektere meningen med de 15 foreløpige temaene. Jeg stilte meg selv spørsmål om hvordan og hvorfor disse foreløpige temaene kunne bidra til å besvare studiens problemstilling. Organiseringen av de sammenfallende foreløpige temaer resulterte til 6 reviderte foreløpige temaer (Malterud, 2017, s. 100-101).

1. Se hele personen
2. Utviklende tiltak
3. Betydningen av relasjon, og samarbeid i hverdagen
4. Tid og bemanning har betydning
5. Inkludering og deltakelse
6. Det lille samfunnet

Deretter gikk jeg gjennom datamaterialet for å finne meningsbærende enheter. Når man tar i bruk STC, tar man ikke utgangspunkt i at hele datamaterialet består av meningsbærende enheter. Istedenfor skiller man teksten etter hva som er relevant og ikke relevant (Malterud, 2017, s. 101). I arbeidet med å identifisere meningsbærende enheter i det innsamlede datamaterialet benyttet jeg de 6 reviderte foreløpige temaene som ble nevnt ovenfor. Disse dannet også et grunnlag for kodegrupper, som ble brukt som et sorteringgrunnlag. Meningsbærende enheter ble sortert ettersom innholdet i teksten representerte kodegruppene (Malterud, 2017, s. 101). Malterud (2017) viser til at navnet på kodegruppene, kan justeres og utvikles ettersom datamaterialet driver frem ideer og innspill (s. 101-102). Under arbeidet ble det oppdaget at noen av kodegruppene viser seg å handle om samme sak, ettersom de meningsbærende enhetene representerte flere enn en kodegruppe. Det kan nemlig vise seg at flere av kodegruppene ikke har vært nøyaktige nok. Som for eksempel så jeg at «se hele personen», «betydningen av relasjon, og samarbeid i hverdagen», og «Tid og bemanning har betydning» er tre kodegrupper går over hverandre. Gjennom en gradvis omdanning av foreløpige tema, til kode/kodegrupper, ble jeg nå nødt til å revidere kodegruppene (Malterud, 2017, s. 103). Enda en gjennomgang av materialet ble utført hvor jeg sorterte meningsbærende enheter under de reviderte kodegruppene. Nedenfor viser jeg til hvordan de reviderte kodegruppene nå ser ut.

Reviderte kodegrupper	Kodegrupper	Foreløpige tema
De hverdagslige forutsetningene	Se hele personen	Forstå og tilpasse ut fra den enkeltes behov og ønsker Se hele personen Utgangspunkt i pasienten Møter og planer
	Betydningen av relasjon, og samarbeid i hverdagen	Samarbeid med personer med demens, pårørende og mellom ansatte God og trygg relasjon til personer med demens Ethiske dilemma i hverdagen

	Tid og bemanning har betydning	
Utviklende tiltak		Kompetanseheving Personsentrert omsorg mer i fokus
Hverdagen i det lille samfunnet	Inkludering og deltakelse	Inkludering og deltakelse Når deltakelse blir vanskelig
	Det lille samfunnet	De små tingene i hverdagen Fellesskap Det lille samfunnet

Det tredje trinnet omfatter kondensering, hvor man tar veien fra kode til abstrahert meningsinnhold. Informasjonen som er sortert i forrige analysetrinn skal i dette trinnet abstraheres, hvor man henter ut mening basert på å kondensere innholdet. Under arbeidet i dette trinnet tok jeg utgangspunkt i teksten som inneholdt meningsbærende enheter. Resten av datamaterialet ble lagt til side (Malterud, 2017, s. 105). De meningsbærende enhetene som er hentet ut av materialet er nå sortert under tre kodegrupper. Det opprinnelige empiriske datamaterialet er nå redusert til et dekontekstualisert utvalg bestående av sorterte meningsbærende enheter (Malterud, 2017, s. 105). I arbeid med kondenseringen tok jeg utgangspunkt i en kodegruppe om gangen. Kodegruppene viste seg å inneholde tekst som har forskjellige nyanser som forklarer ulike meningsaspekter av det kodegruppene inneholder. Derfor ble materialet sortert ved hjelp av såkalte subgrupper (Malterud, 2017, s. 106).

De hverdagslige forutsetningene	Utviklende tiltak	Hverdagen i det lille samfunnet
---------------------------------	-------------------	---------------------------------

Se og ta utgangspunkt i hele personen.	Kompetanseheving	De små tingene i hverdagen
Relasjon og samarbeid	Et økende fokus på en bedre hverdag	Tilrettelegge for inkludering og deltakelse
I møte med utfordringer		Det store kan oppleves utrygt

Ovenfor kan du se at hver kode fikk tildelt to til tre subgrupper, hvor jeg videre arbeidet med disse som analyseenhet. Ut ifra subgruppene dannet jeg såkalte kondensat, som består av et kunstig sitat. De kunstige sitatene er knyttet til det innsamlede datamaterialet og inkluderer et konkret innhold fra de allerede etablerte meningsbærende enhetene fra forrige trinn, hvor jeg omsetter disse til en generell form (Malterud, 2017, s. 106-107). For å gjøre arbeidet oversiktlig, startet jeg med å ta utgangspunkt i første subgruppe under den første kodegruppen, og arbeidet meg videre i rekkefølge. Jeg gikk igjennom hver meningsbærende enhet og la dem til under subgruppene som de tilhørte. Under dette arbeidet ble subgruppen «De små tingene i hverdagen» vurdert fjernet. Bakgrunnen for dette var at jeg opplevde at de meningsbærende enhetene under subgruppen «de små tingene i hverdagen» også kunne gå under subgruppen «Tilrettelegge for inkludering og deltakelse». Malterud (2017) viser til at når man skal etablere subgrupper, kan det være gunstig å gjøre dette sammen med en annen. Ikke fordi man skal komme til enighet om subgruppene, men for å gjøre plass for flere tolkninger (s. 106). Vurderingen av å fjerne subgruppen ble derfor tatt opp med en annen for å gi rom for flere tolkninger. Vurderingen resulterte til å beholde subgruppen «De små tingene i hverdagen», da subgruppene som ble vurdert slått sammen forholder seg til ulike meningsaspekter innenfor kodegruppen (Malterud, 2017, s. 106).

De meningsbærende enhetene under subgruppene ble vurdert med i kondensatet (Malterud, 2017, s. 107). Imidlertid er det også nødvendig å påpeke at jeg under dette arbeider, er så tekstnær som mulig. Dette er fordi kondensatet skal fremstille og sammenfatte innholdet i de aktuelle subgruppene (Malterud, 2017, s. 107). I tillegg til å lage kondensat til hver subgruppe, valgte jeg deretter ut et såkalt gullsitat. Gullsitatet skulle på best mulig måte illustrere kondensatet fra hver subgruppe (Malterud, 2017, s. 108).

Det fjerde trinnet består av syntese, hvor man går fra kondensering og videre til beskrivelser, begreper og resultater (Malterud, 2017, s. 108). Her skulle jeg rekontekstualisere, som vil si at man setter bitene sammen igjen. Jeg startet med å ta utgangspunkt i hver kodegruppe og subgruppe og syntetiserte kunnskapen som de inneholdt. Dette gjorde jeg ved å bruke kondensatene fra forrige trinn til å lage en analytisk tekst, som representerte hver subgruppe og kodegruppe. De analytiske tekstene illustrerte også et treffende gullsitat som kunne belyse et av studiens hovedfunn (Malterud, 2017, s. 108). Hver subgruppe fikk en omtale med eget avsnitt. Her benyttet jeg også uttrykk som ble hentet ut fra de meningsbærende enhetene jeg tidligere hadde funnet. Imidlertid kan det være nødvendig å påpeke at de analytiske tekstene ikke kun består av en rekke sitater. I de analytiske tekstene benyttes tredjeperson form (Malterud, 2017, s. 109). Malterud (2017) viser til at grunnen til dette er fordi rollen en har som forsker, er å gjenfortelle på vegne av informantene (s. 109). Under arbeidet med de analytiske tekstene var det nødvendig å skape forståelse og være bevisst over hva hver subgruppe bidrar med når det kommer til fremstilling av hovedfunn innenfor hver kodegruppe (Malterud, 2017, s. 109).

En overskrift ble tildelt de analytiske tekstene fra hver kodegruppe. Overskriften skulle best mulig sammenfatte innholdet. Navnene som representerer resultatkategoriene har opphav fra de tidligere etablerte temaene og kodene, men inkluderer også den grundige forståelsen som er utviklet gjennom teori, analyse og syntese (Malterud, 2017, s. 110). Sluttresultatet består av tre resultat kategorier, disse er:

1. Personsentrert omsorg i hverdagslivet
2. Betydningen av en kontinuerlig utvikling
3. Medborgerskap finner sted i det lille samfunnet

Selv om jeg nå har kommet frem til tre resultat kategorier, gjenstår en viktig ting, nemlig en validering av funnene (Malterud, 2017, s. 110). Det kan tenkes at selv om studiens validitet blir redegjort videre i metodekapittelet, finner STC validitet som en viktig del i analysemetoden siste trinn, noe som kan være gunstig at det også presenteres her. For å validere funnene, tok jeg en gjennomgang av det empiriske datamaterialet for å vurdere om det stemmer overens med hva jeg nå stod igjen med som resultater. Det var nødvendig å

utfordre resultatene. Dette ble gjort ved å vurdere om de beskrivelsene, begrepene og tolkningene som jeg hadde kommet frem til kunne tilbakeføres til det opprinnelige empiriske materialet, eller om det var noe som var motstridende (Malterud, 2017, s. 110).

3.7 Forskningsetiske vurderinger

Denne studien forholder seg til både juridiske retningslinjer og etiske prinsipper. Etikk handler om regler, prinsipper og retningslinjer som er tatt i vurdering for om en handling er galt eller riktig (Johannessen et al., 2016, s. 83). Siden studien går under samfunnsforskning, hvor studiefeltet består av mennesker (Johannessen et al., 2016, s. 27), har etikken en sentral posisjon i forskningen som utføres. Dette er på grunn av at samfunnsforskningen berører forholdet mellom mennesker, samt enkeltmennesket (Johannessen et al., 2016, s. 83). Studien inneholder kvalitative intervju. Intervjuundersøkelser kan også ses på som en moralsk undersøkelse, da det oppstår moralske spørsmål knyttet til intervjuundersøkelsens mål og midler (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 95).

3.7.1 Vurdering av studiens konsekvenser

I arbeid med kvalitative studier er det nødvendig å gjøre seg bevisst på konsekvensene studien medfører. Konsekvensene kan både bestå av fordeler og ulemper ved deltakelse i studien. Studien legger vekt begrepet velgjørenhet, som vi si at det skal være lavest mulig risiko for skade av informanter som deltar i studien. Betydningen av den produserte kunnskapen, og fordeler for informanter ved deltakelse i studien, skal veie mer enn risikoen for skade ved deltakelse i studien. På bakgrunn av dette er det blitt reflektert over potensielle konsekvenser ved å utføre en kvalitativ studie. Helsefagarbeidere og sykepleiere som deltar i studien, samt faggruppene de representerer er tatt i betraktning ved refleksjon over potensielle konsekvenser (Kvale & Brinkmann, 2015, s.107). Basert på denne teorien er der blitt gjort tiltak for å eliminere risiko for skade på deltakende informanter i studien.

3.7.2 Forskningsetiske retningslinjer

Studien handler i tråd med NESH, som står for «Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora» (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021). Studien

driver en forskningspraksis hvor forskningsetikken skal sørge for å fremme forsvarlig, god og fri forskning. I henhold til dette følger studien NESH forskningsetiske retningslinjer, som hovedsakelig består av fem deler, med ulike forpliktelser man skal forholde seg til. Studien legger spesielt vekt på to av disse fem delene. Forskningsetiske retningslinjer i forhold til forskerfellesskapet og hensyn til personer (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021).

Studien driver god forskningspraksis i henhold til forskerfellesskapet. Med dette menes det blant annet at jeg som forsker i studien behandler forskningsartikler av forskere med respekt, opptrer sannferdig i forhold til forskeres bidrag innen forskning, samt driver god henvisningskikk (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021). Studien tar også hensyn til personene som deltar. Som forsker i studien tar jeg hensyn til informantenes personlige integritet, velferd og sikkerhet, samt respekterer informantenes menneskeverd. For å oppnå dette ble det innhentet samtykke av helsefagarbeidere og sykepleiere til deltakelse i studien. Samtykket skulle være informert, utvetydig og frivillig, og være dokumenterbart (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021). Samtykkeskjema har dermed blitt utlevert til hver enkelt helsefagarbeider og sykepleier som deltar i studien, hvor det gis innholdsrik informasjon om prosjektet, samt rom for å skrive under. Helsefagarbeiderne og sykepleierne i studien sikres anonymitet. Dette gjøres for å beskytte informantenes integritet og identitet. Den innsamlede dataen gjennom intervjuene anonymiseres slik at man fjerner forbindelsen mellom informasjon og person (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021). Navn på helsefagarbeiderne, sykepleierne og deres arbeidsplass blir erstattet med koder.

Den innsamlede data i studien blir behandlet konfidensielt. Data som er innsamlet gjennom intervjuene skal ikke videre formidles på måter som ikke er den del av avtalen (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021). Konfidensialitet har betydning i form av at det kan ses på som rettighetene informantene har ved å delta i en studie. Samtidig har forskeren en forpliktelse til å ivareta studiens konfidensialitet. Konfidensialitet sikrer forskningens troverdighet og tillit, og brudd på konfidensialitet i studien kan føre til komplikasjoner for videre forskning i fremtiden (Fossheim, 2015). Konfidensialitet kan sikres gjennom enighet med informantene i studien om hva som kan gjøres med den innsamlede data som kommer inn fra intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 106). For å sikre at konfidensialitet i studien ble det i informasjonsskrivet til informantene gjort rede for personvern, hvordan den

innsamlede data blir oppbevart og brukt, samt hva som skjer med personvernsopplysninger som kommer frem gjennom intervjuene. I tillegg ble disse opplysningene gitt i starten av intervjuene som ble gjennomført.

3.7.3 NSD – Norsk senter for forskningsdata

Da studien inneholder en kvalitativ metode, oppstår det nær kontakt mellom informantene i studien, helsefagarbeidere og sykepleiere, og jeg som forsker i studien. Den nære kontakten med informantene finner sted både ved rekruttering av informantene, samt når intervjuene gjennomføres. Her vil jeg få opplysninger som kan knyttes til hver enkeltperson. Studien innebærer av denne grunn behandling av personopplysninger (Thagaard, 2009, s. 24). Thagaard (2009) refererer til NESH (2006:14) som definerer personopplysninger på denne måten «opplysninger som direkte eller indirekte kan knyttes tilbake til en enkeltperson. En person vil være direkte identifiserbar via navn, personnummer eller andre personentydige kjennetegn» (s. 25). Siden denne studien er et masterprosjekt som gjennomføres ved VID vitenskapelige høgskole, har studien blitt meldt og godkjent av norsk senter for forskningsdata (NSD). NSD referansenummer: 395622.

3.8 Forskningens kvalitet

For å sikre kvalitet og gyldighet i det kvalitative datamaterialet, opererer studien med begrepene reliabilitet, validitet og overførbarhet (Johannessen et al., 2016, s. 231).

3.8.1 Reliabilitet

Reliabilitet handler om hvorvidt studien er utført på en tillitsvekkende og pålitelig måte (Thagaard, 2018, s. 188). For å sikre at studien opererer med reliabilitet, blir hele forskningsprosessen, samt utvikling av data redegjort. At forskningsprosessen fremtrer gjennomskiktig, er med på å styrke studiens reliabilitet. Forskningsstrategi og analysemetode er på best mulig måte beskrevet detaljert. Dette er for å sikre at leserne av studien kan vurdere forskningsprosessen trinnvis. Det har i tillegg blitt tatt forbehold til å tydeliggjøre hva som er primærdata, teori og egne fortolkninger, vurderinger og kommentarer. Tatt i betraktning har det vært nødvendig å være bevisst over min posisjon som forsker i studien

og hvorvidt studiens primærdata kan preges av mine oppfatninger og forståelser (Thagaard, 2018, s. 188).

3.8.2 Validitet

Thagaard (2018) viser til at validitet forbindes til forskningens resultater og tolkningen av datamaterialet, og om disse anses som gyldige (s. 189). For å sikre og styrke studiens validitet vektlegges teoretisk gjennomskiktighet. Her forutsettes det en beskrivelse av det teoretiske ståstedet som danner grunnlag for ens tolkninger, og å synliggjøre hvordan analysen er med på å forme de tolkningene og konklusjonene som kommer frem. Det har blitt foretatt en kritisk gjennomgang av analyseprosessen for å sikre validiteten (Thagaard, 2018, s. 189). Som forsker i studien har jeg vært opptatt av at studiens fremgangsmåte og funn, best mulig skal representere virkeligheten og gjenspeile studiens formål (Johannessen et al., 2016, s. 232).

3.8.3 Overførbarhet

Når man foretar en kvalitativ studie søker man å oppnå en økt forståelse av fenomenene som studeres. Tolkningen av studiens resultater er derfor det som danner grunnlag for overførbarhet. Man stiller seg selv spørsmål om hvorvidt tolkningen man har utviklet, kan være treffende i andre og større sammenhenger (Thagaard, 2018, s. 193-194). Som forsker i studien er det min oppgave å forsterke overførbarheten av kunnskapen og vurdere dens rekkevidde (Malterud, 2017, s. 66). Derfor diskuteres overførbarheten ytterligere i metodediskusjonen i kapittel 5.

4 Resultat

I dette kapitlet presenteres studiens resultater. Her skal jeg formidle den kunnskapen som er utviklet gjennom det empiriske datamaterialet, og ved hjelp av analysemetoden Systematisk tekstkondensering. Vell å vite formidles ikke resultatene kun i form av rene sitater og rådata. Resultatene består av en sammenfatning av datamaterialet som jeg som forsker i studien har utarbeidet (Malterud, 2017, s. 119). Resultatene presenteres gjennom tre resultatkategorier, som samlet svarer på studiens problemstilling. Resultatkategoriene som er utarbeidet, inkluderer hovedfunn som representerer hvordan helsefagarbeidere og sykepleiere i denne studien opplever at personsentrert omsorg for personer med demens blir ivaretatt på sykehjem, og hvordan deres erfaringer kan tolkes i et lys av medborgerskap. De tre resultatkategoriene inneholder også ulike nyanser eller delfunn som illustrerer bestemte sider av problemstillingen (Malterud, 2017, s. 120). Resultatkategoriene omfatter:

1. Personsentrert omsorg i hverdagslivet
2. Betydningen av en kontinuerlig utvikling
3. Medborgerskap finner sted i det lille samfunnet

4.1 Personsentrert omsorg i hverdagslivet

Den første resultatkategorien omfatter hovedfunn som tydeliggjør hvordan helsefagarbeiderne og sykepleierne i studien beskriver og begrunner personsentrert omsorg i sin hverdag på sykehjemmene. Helsefagarbeiderne og sykepleierne i studien fremhever at personsentrert omsorg er etablert i deres arbeidshverdag, og beskriver ulike faktorer i deres arbeidshverdag som bidrar til å fremme personsentrert omsorgspraksis, men også hva som kan hemme. Nedenfor vil det bli presentert tre hovedaspekter som viser seg fremtredende i materialet innenfor denne resultatkategorien. Disse er: se og ta utgangspunkt i hele personen, relasjon og samarbeid, og i møte med utfordringer.

4.1.2 Se og ta utgangspunkt i hele personen

Flere av informantene i studien fremhever betydningen av å se og ta utgangspunkt i hele personen. Med hele personen understreker informantene at de også tar utgangspunkt i den personen og det livet som personer med demens hadde før de fikk demensdiagnosen. Materialet indikerer at slikt utgangspunkt har en betydningsfull sammenheng når helsefagarbeiderne og sykepleierne i sin hverdag på sykehjemmene søker å tilpasse til hvert enkelt, ut fra deres ønsker og behov.

Vi skal ikke tenke diagnose først, for ofte så kan vi gjerne si (...) hvis jeg for eksempel forteller hvor jeg arbeider, så sier folk «åja, jobber du med de demente?» sant, at det blir litt sånn samlebetegnelse. Men de er jo individer dem slik som vi er ... at vi tenker at de er en person som har vært ett eller annet før dem kom hit, og at vi prøver å gripe fatt i den personen som de gjerne var før dem kom hit, knyttet opp mot den de er i dag ... og at vi prøver å gi dem den omsorgen de trenger ut ifra sine behov.
(Sykepleier, intervju 2)

Sykepleierens fortelling viser til hvordan de ser på personer med demens med et livsløpsperspektiv i deres omsorgspraksis. Informantene i studien fremhever at de i deres hverdagslige praksis tar sikte på å ivareta personer med demens sine ønsker og behov, og at sykehjemmene har tiltak som består av møter og planer som skal bidra til å ivareta dette. Materiale tydeliggjør at helsefagarbeiderne og sykepleierne blant annet tar i bruk brukersamtaler, pleiemøter, tiltaksplaner og VIPS¹ møter som tar utgangspunkt i hver enkelt.

Vi ivaretar på en god måte ... at vi har VIPS møter hver uke, du tar en pasient med primær og sekundærkontakt, så ser vi hva personen liker, at du tar utgangspunkt i personen ... så prøver vi i en uke. Så hvis det gikk fint, er det ok, hvis ikke så fortsetter vi på noe annet ... vi ser på historien, eller spør familie med tanke på bakgrunnen til pasienten, vi prøver vertfall at vi skal tilpasse for pasienten etter deres ønske.
(Helsefagarbeider 2, intervju 3)

¹ VIPS er et rammeverk for personsentrert omsorg, som inkluderer fire hovedelementer. V - verdsetting, I - individuell tilnærming, P - perspektiv, og S - støttende sosialt miljø (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 302)

Helsefagarbeideren i intervju 3 fremhever at ved bruk av VIPS møter, som en del av deres praksis, bidrar til at personsentrert omsorg blir ivaretatt på en god og kontinuerlig måte. Materialet indikerer at planene og møtene tar utgangspunkt i hver enkelt, og at helsefagarbeiderne og sykepleierne har både faste tider for gjennomgang av møtene og planene, men tar også tak om det er nødvendig gjennomføre møtene eller oppdatere planene oftere.

4.1.3 Relasjon og samarbeid

Materialet fremhever at helsefagarbeiderne og sykepleierne i studien anser det å bli kjent og være kjent med personer med demens som betydningsfullt når det kommer til å ivareta personsentrert omsorg. Helsefagarbeiderne og sykepleierne fremhever at de tar i bruk verktøy som «hvem er jeg» for å bli kjent, men tilføyer også betydningen av å bli kjent med dem utenom slike verktøy.

(...) kjent med pasienten, slik at jeg kjenner h*n. Jeg sender jo mail til alle pårørende, det er jo min oppgave, hvor jeg ønsker dem velkommen ... og jeg har jo de fleste innkomstsamtalene og da sender jeg med et skjema (...) «hvem er jeg», hvor dem kommer fra og hvem de var før dem kom til oss, så står det litt om interesser og søsken og foreldre, jobber og ja alt mulig. Slik at da kan vi bruke det til å bli kjent med dem (...) Så da bruker vi jo de verktøyene der + at vi og blir jo godt kjent med dem så vi legger merke til mimikk, bevegelser, ting som kan indikere at personen begynner å bli urolig ... så da kan vi fort skjerme dem, gjerne ved å synge en sang, ta dem med på en tur, snakke om foreldrene, eller jobben dem har hatt eller ett eller annet, så får vi jo snudd en situasjon som ellers kunne utartet seg viss de som er på jobb ikke er kjent (...) (Sykepleier, intervju 2)

Sykepleieren i intervju 2 forteller ovenfor at å bli kjent og ha kjennskap til personer med demens som en positiv forutsetning i deres arbeidshverdag. Materialet indikerer også at noen av helsefagarbeiderne og sykepleierne fremhever betydningen av kjennskap til personen med demens når det gjelder språkvansker. Noe som kommer frem her er at kjennskap til personen med demens kan sørge for at man enklere klarer å lese personene om det oppstår situasjoner hvor dem ikke klarer å uttrykke seg selv. Eller når personer med

demens ikke klarer å uttrykke sine egne valg. En sykepleier (intervju 4) forteller at «(...) noen kommuniserer jo ikke, og da må vi ta valget, men da tenker vi jo gjerne hva dem ønsker selv og hvordan de selv gjerne har vært før». Sykepleieren fremhever at en slik tilnærming er noe de tar utgangspunkt i for å ivareta personsentrert omsorg, selv når personer med demens har språkvansker eller vansker for å uttrykke seg.

Samarbeid, både mellom helsepersonell, med personer med demens og deres pårørende fremheves av flere helsefagarbeidere og sykepleierne i studien. Deres beskrivelser av samarbeid i arbeidshverdagen inkluderer flere områder hvor samarbeid finner sted, men hva som er felles, er at de anser samarbeid som en betydelig forutsetning for å ivareta personsentrert omsorg for personer med demens.

(...) i forhold til det som er målet med både pleieplaner og pleiemøtene, det er jo at alle gjør likt på en måte, fordi de trenger trygge rammer, de trenger forutsigbarhet, at det ikke er en som lar dem for eksempel sitte inne i fellesstuen å spise mat, mens andre holder på at dem skal være på rommet for å skape minst mulig uro og støy, diskusjoner og sånt, (...) hvis ikke alle er konsekvente med det, så blir det vanskelig og det er jo det som er målet med pleiemøtene. Vi gjør mest mulig likt for deres beste. (Sykepleier 1, intervju 1).

Sykepleieren forteller at samarbeid mellom dem som helsepersonell, er en viktig forutsetning for å skape trygge rammer og forutsigbarhet for personer med demens. Flere av helsefagarbeidernes og sykepleiernes fortellinger fremhever samarbeid, både mellom helsepersonell og med personer med demens som tar sikte på i å ivareta personer med demens sine behov og ønsker.

(...) vi leser historien til pasienten, vi prøver å kommunisere med dem at det stemmer at ... også er vi gode til å samarbeide og, alle de som er her (...) vi som helsepersonell prøver å tilpasse situasjonene vi har. (Helsefagarbeider 2, intervju 3)

Jeg tenker jo at det er jo deres hjem og hva dem har gjort før i tiden, så det er jo ikke om å stå opp klokken 8 for alle, noen liker å ligge litt innpå, at vi prøver tilpasse deres døgnrytme litt også ... også er det jo i forhold til stell, for eksempel si du viser

forskjellige ... «hva synes du om den, er den fin?» slik at de føler at de får deltakelse med i valg da (...). (Sykepleier, intervju 4)

Helsefagarbeiderens og sykepleierens fortellinger gir en beskrivelse av hvordan dem som helsepersonell samarbeider med hverandre og med personer med demens i hverdagen. Sykepleiernes og helsefagarbeiderens fortellinger kan tolkes å gi en oppfatning av ulike perspektiver på samarbeid. Hvor samarbeidet mellom helsepersonell gjerne er mer fagbasert og handler mer om hvordan dem imellom samarbeider om personen med demens, mens samarbeidet mellom helsefagarbeiderne og sykepleierne, og personer med demens er noe som konstrueres når de sammen er deltakende om hverdagslige oppgaver, som for eksempel stell. Det kan samlet sett tolkes ut fra helsefagarbeidernes og sykepleiernes fortellinger at relasjon og samarbeid har en gjensidig positiv påvirkning på hverandre. Å skape en god relasjon til personer med demens, kan tenkes å representere grunnlaget for samarbeidet med helsefagarbeiderne og sykepleierne, samt helsepersonellet imellom.

4.1.4 I møte med utfordringer

Flere av helsefagarbeiderne og sykepleierne opplever at det kan forekomme utfordringer i henhold til å ivareta personsentrert omsorg for personer med demens. Utfordringer som fremheves er blant annet tid, bemanning og etiske dilemma. Tid og bemanning fremheves som en utfordring blant helsefagarbeiderne og sykepleierne da de opplever at dette går ut over deres arbeid for å ivareta personsentrert omsorg. I gruppeintervjuet, forteller sykepleier 2 det som en selvfølge at tid kan være en utfordring. Dette støttes opp av de andre deltakende i gruppeintervjuet hvor de beskriver ulike situasjoner hvor dårlig tid og bemanning kan gå på bekostning av å ivareta personsentret omsorg.

Jeg føler mange ganger at det som kan være bra for noen, det kan bli helt feil for en annen, du vil jo det beste for alle liksom, at alle skal få lov til å ... men det kan bli (...) det er ikke så bra for den ene det vi gjør. (Helsefagarbeider 1, intervju 1)

For eksempel aktivitet, fordi noen trenger aktivitet, mens andre trenger minst mulig stimuli og viss du da er litt i knipe i forhold til bemanning så må enten en sitte å vær

passiv, eller så blir det overstimulering som medfører mye uro på sikt, både utover ettermiddag og kveld. (Sykepleier 1, intervju 1)

Det kan tolkes ut fra helsefagarbeidernes og sykepleiernes fortellinger at det er utfordrende å ivareta alle beboernes ønsker og behov dersom de har nok tid eller bemanning, og at dette blant annet kan medføre dilemma hvor man som helsepersonell enten må gjøre det ene eller det andre med følgende konsekvenser. Materialet peker også på flere situasjoner hvor tid og bemanning skaper utfordringer for å ivareta personsentrert omsorg, og deriblant VIPS møtene som er ment til å ivareta personsentrert omsorg. En av helsefagarbeiderne i studien forteller at VIPS møter, som de planlagt skal ha hver uke, kan utgå på grunn av dårlig bemanning. Helsefagarbeideren beskriver det slik:

(...) vi har VIPS møter nå, vi diskuterer problemer, hva som er et problem, også finner vi løsninger, så lager vi tiltak og så prøver vi å utføre tiltakene vi ble enige om på VIPS møtet også tar vi etter en uke å ja samles igjen. Men noen ganger så blir det ikke utført da det er dårlig bemanning på jobb, det har vi slitt med. (Helsefagarbeider 1, intervju 3)

Flere av helsefagarbeiderne og sykepleierne opplever også etiske dilemma som en utfordring når det kommer til å ivareta personsentrert omsorg, hvor flere av dem gir en beskrivelse som tydeliggjør eksempler på etiske dilemma som kan forekomme i deres arbeidshverdag.

(...) når du har en pasient med langtkommen demens så ... dem er jo veldig dårlig da, så de vet jo ikke alltid hva dem gjør og hva dem vil, så da er det på en måte litt, det som de kanskje ønsker der og da er kanskje ikke ja bra da på en måte, sånn medisinsk sett (...). (Sykepleier 2, intervju 1)

Sykepleierens fortelling beskriver hvordan de som helsepersonell kan havne i situasjoner hvor deres fagkunnskap samsvarer med beboerens ønsker. Flere av helsefagarbeiderne og sykepleierne beskriver slike situasjoner som «vanskelig», og gir en forståelse av at det er vanskelig å vite hva man som helsepersonell skal gjøre når man både skal ivareta beboerens helse, samtidig ivareta deres ønsker.

(...) med stell for eksempel, hvis du gjerne vet selv at de har vært veldig velstelte og veldig skal være pyntet også kommer du gjerne til en fase hvor du gjerne har en del urin og uhell og det på en måte å nå gjennom alltid og får dem til å se ... så hvis de selv ikke vil, og ikke forstår behovet lenger, der føler jeg det kan bli litt etisk inni mellom, at du vet jo at de fra tidligere ville dem alltid ha fine klær på seg og ville aldri gått med urin (...) akkurat det synes jeg er litt vanskelig. (Sykepleier, intervju 4)

Sykepleierens fortelling gir et eksempel på en situasjon hvor en person med demens kan motstride hjelp som i utgangspunktet skal være til det beste for beboeren, hvor man ønsker å ivareta deres helse og behov som beboeren gjerne har ansett som en verdi tidligere. Noe som også representerer en allmenn oppfatning av verdighet. Det kan tolkes ut fra sykepleiernes fortellinger at sykepleierne har som intensjon å gå inn i slike situasjoner med en personsentrert omsorgstilnærming, men opplever det som utfordrende når de står ovenfor dilemma om de skal legge vekt på her og nå situasjonen, eller om dette vil forårsake konflikt med helsemessige hensyn, hygiene, og hensyn til medbeboere.

4.1.5 Oppsummering

Gjennom den første resultat kategorien, får man et innblikk i hvordan helsefagarbeiderne og sykepleierne beskriver og begrunner ulike aspekter ved en personsentrert omsorgspraksis i deres hverdag på sykehjem. Helsefagarbeiderne og sykepleierne fremhever hvordan deres praksis etterstreber en personsentrert omsorgstilnærming. Deriblant vektlegger informantene et personsentrert omsorgssyn, hvor man skal se «hele» personen i et livsløpsperspektiv, og ikke bare demenssykdommen. Tiltak som retter seg mot å drive en personsentrert omsorgspraksis, herunder møter og planer. Hvordan helsefagarbeiderne og sykepleierne beskriver relasjonsbygging og samarbeid som en betydning for en personsentrert omsorgspraksis, og hvordan dette kan bidra til en økt forståelse av personen med demens. Helsefagarbeiderne og sykepleierne fremhever også hvordan dårlig tid og bemanning, og etiske dilemma kan forårsake situasjoner hvor det er utfordrende å ivareta personsentrert omsorg på en tilfredsstillende måte.

4.2 Betydningen av en kontinuerlig utvikling

Den andre resultat kategorien omfatter hovedfunn som tydeliggjør hva helsefagarbeiderne og sykepleierne opplever som progressive løsninger for å ivareta personsentrert omsorg. I denne resultat kategorien inkluderes to hovedaspekter som viser seg fremtredende i materialet innenfor denne kategorien. Disse er: et økende fokus på en bedre hverdag og kompetanseheving.

4.2.1 Et økende fokus på en bedre hverdag

Helsefagarbeiderne og sykepleierne i studien fremhever hvordan de opplever at praktiseringen av personsentrert omsorg har endret seg med årene. Vel å merke indikerer materialet at informantene med lengst arbeidserfaring opplever en større endring, enn informantene som ikke har like lang arbeidserfaring. Informantene som ikke har like lang arbeidserfaring opplever at det ikke har vært en så stor endring, hvor de blant annet beskriver endringen som nokså lik som når de startet, eller noe som ikke har blitt tenkt så mye over. En av helsefagarbeiderne i studien med lengst arbeidserfaring, har arbeidet 24 år innenfor demensomsorgen beskriver opplevelsen av endringen slik:

å jaja, det er mye strengere nå, sant du har ikke lov, før da tok vi oss gjerne litt uten å tenke oss om, at vi måtte bare få gjort det, men vi har blitt veldig på det at vi ikke har lov til å ... vi er nødt til å la pasienten bestemme selv og at vi må søke viss det går utover helsen. Jeg merker det er stor forskjell. (Helsefagarbeider, intervju 4)

Helsefagarbeideren forteller at det har blitt et økende fokus på å ivareta personsentrert omsorg, og at personsentrert omsorg er noe man tenker mer over i praksis i dag, enn tidligere. Opplevelse av en endring i hvordan man praktiserer personsentrert omsorg fremkommer også av en sykepleier med 30 års lang arbeidserfaring innenfor eldreomsorgen. Sykepleieren forteller hvordan endringen mot en mer personsentrert omsorgstilnærming har «fått oss til å stoppe opp å tenke» og beskriver et eksempel på hvordan praktiseringen av personsentrert omsorg har endret seg slik:

(...) det har vell endret seg med at en viktig ting er at vi ser tingene fra pasientenes perspektiv, at vi ikke liksom sitter og gjetter oss til hva som er best for h*n, men at vi,

når vi skal tenke på noe, at vi tenker «hva tror du h*n ville tenkt viss h*n kunne svart adekvat på det spørsmålet i dag» og det gjør vi jo (...). (Sykepleier, intervju 2)

Det kan tolkes ut fra helsefagarbeideren og sykepleieren fortellinger at man i dag er mer reflektert, både når det gjelder hvordan man utøver egen praksis, men også hvordan tjenestene skal utøves til personer med demens. Selv om man kan se en forskjell på hvordan helsefagarbeiderne og sykepleierne opplever at personsentrert omsorg har endret seg med årene, tydeliggjør materialet at helsefagarbeiderne og sykepleierne er enige om hvor viktig det er å snakke om, og ha fokus på personsentrert omsorg innenfor demensomsorgen.

(...) at det blir mer fokus på det og at vi har gode rutiner på at vi lærer fra oss, og at vi hele tiden er i utvikling, slik at vi kan bidra til at dagene deres kan bli så gode som mulig. (Sykepleier, intervju 2).

4.2.2 Kompetanseheving

Helsefagarbeiderne og sykepleierne forteller at de er deltakende i å øke sin egen kompetanse om demens og personsentrert omsorg, hvor flere av dem beskriver dette som både tiltak og fremtidige løsninger for å ivareta personsentrert omsorg.

Da har vi jo den VIPS-modellen vi bruker (...). Også har vi jo og litt kurs, nå har jeg og noen av mine kollegaer begynt på perm 2 på den abc-demensopplæring, vi er ferdig med den første, og i går var vi på kurs oppe på det lokale sykehuset hos to av damene som arbeider der som psykiatrisk sykepleiere (...), dem driver med demensforskning, ... så de hadde kurs og da hadde vi om (...) VIPS modellen og personsentrert omsorg. (Sykepleier, intervju 2)

Sykepleierens fortelling gir en beskrivelse som tydeliggjør hvordan dem som helsepersonell aktivt bidrar på kurs hvor formålet er å tilegne seg mer kunnskap om demens og personsentrert omsorg. Abc demensopplæring går igjen i flere av intervjuene som et tiltak som sykehjemmene har og som er en fremtidig løsning som kan bidra til å ivareta personsentrert omsorg.

Demensomsorgens abc og slik, og det går jo litt mer på opplæring da av ansatte (...) jeg har tatt den ene a1 av permene (Sykepleier, intervju 4)

Jeg har 3-4 av permene, så nå skal jeg inn på noe musikk basert i demens, og det gleder jeg meg til siden jeg elsker musikk, elsker å synge foran dem, det blir så kjekt, jeg gleder meg. (Helsefagarbeider, intervju 4)

Jeg tenker at det er med på å ta vare på personer, slik at du lærer litt mer om ting og om diagnosen. (Sykepleier, intervju 4)

(...) Ja kurs er bra, det må bli mer og mer kurs. (Helsefagarbeider, intervju 4)

Det kan tolkes ut fra helsefagarbeiderens og sykepleierens fortellinger at tilegnelse av kunnskap gjennom kurs anses som positivt, og noe som fremmer fordeler for både personer med demens, men også for helsepersonell. Selv om flere av helsefagarbeiderne og sykepleierne er enige om at deres deltakelse i å øke kompetansen om demens og personsentrert omsorg bidrar som tiltak og fremtidige løsninger for å ivareta personsentrert omsorg, fremhever også sykepleieren fra intervju 2 bemanning som nevneverdig her. Sykepleieren forteller: «det nytter ikke å ha kompetanse, bare kompetanse viss det ikke er nok folk, det må være begge deler». Det kan tolkes at sykepleieren fortelling gir en oppfattelse av at kompetanse som en løsning på å ivareta personsentrert omsorg, ikke kan fungere uavhengig av nok bemanning.

4.2.3 Oppsummering

Gjennom den andre resultat kategorien, har vi nå fått et innblikk i helsefagarbeidernes og sykepleierens ulike opplevelser av hvordan praktiseringen av personsentrert omsorg har endret seg med årene. Likevel tydeliggjør materialet at helsefagarbeiderne og sykepleierne deler flere av de samme opplevelsene knyttet til fremtidens praktisering av personsentrert omsorg, som forutsetter at man både snakker om og har fokus på personsentrert omsorg. Helsefagarbeiderne og sykepleierne viser til hvordan kompetanseheving bidrar positivt som tiltak og som en av de fremtidige løsningene for å ivareta personsentrert omsorg.

4.3 Medborgerskap finner sted i det lille samfunnet

Den tredje resultat kategorien omfatter hovedfunn som representerer hvordan helsefagarbeiderne og sykepleierne forstår begrepet medborgerskap, og på hvilken måte medborgerskap for personer med demens opprettholdes på sykehjem. Resultat kategorien inkluderer tre hovedaspekter. Disse er: De små tingene i hverdagen, tilrettelegge for inkludering og deltakelse, og det store kan oppleves utrygt. Før jeg går videre og presenterer resultatene gjennom de tre hovedaspektene, vil jeg gjøre rede for at helsefagarbeiderne og sykepleierne uttrykte en usikkerhet når det kom til begrepet medborgerskap. Derfor fikk alle informantene presentert en kort forklaring av begrepet medborgerskap før de besvarte spørsmål om omhandlet medborgerskap. Vel å merke er det foreslått flere forklaringer av begrepet medborgerskap, men den som er mest brukt den dag i dag, er i følge Boje (2017) Thomas Humphrey Marshall sin definisjon av Medborgerskap (s. 158). Derfor valgte jeg å presentere denne definisjonen.

4.3.1 De små tingene i hverdagen

Med utgangspunkt i den innledende beskrivelsen av medborgerskap fra intervjuene, tok flere av informantene frem sosialt fellesskap som et sentralt perspektiv for personer med demens sitt medborgerskap. Flere av helsefagarbeiderne og sykepleierne gir beskrivelser av hvordan det nødvendigvis ikke er de store tingene i hverdagen som gjør at personer med demens føler på et fellesskap, men gjerne de små tingene.

(...) ser jo litt på deres sosiale behov, vi har jo en del aktiviteter som skjer her, og da prøver vi å, for oss er gjerne frokosten en aktivitet, og gjøre det til en sosial koselig ting for alle som klarer å delta på det og prøver å lage et «vi» om det, fordi det blir jo ikke i det store, det blir de små tingene i hverdagen som gjør at de føler på et fellesskap. (Helsefagarbeider 2, intervju 1)

Helsefagarbeiderens fortelling kan tolkes å gi en oppfatning av hvordan man kan se på medborgerskap for personer med demens som noe som kan utfoldes i hverdagen, gjennom hverdagslige aktiviteter og hvordan dem som helsepersonell muliggjør følelsen av fellesskap og deltakelse. Det kan også tolkes ut fra helsefagarbeiderens fortelling hvordan

demenssykdommen og personlighet er faktorer som kan påvirke hvordan medborgerskapet for personer med demens kan opprettholdes, og noe man som helsepersonell tar utgangspunkt i.

(...) når vi sitter på skjerming, så prøver vi å lage et lite fellesskap (...), men det blir jo bare den den pasienten og den pleieren, hvor man kanskje sitter og nynner sammen, noe man gjør sammen, som en nytteting, for dem kan det være en nytteting og bare rive i stykker et ark flere ganger, det er jo litt sånn der pasienten er (Helsefagarbeider 2, intervju 1)

Helsefagarbeiderens fortelling viser til hvordan et fellesskap kan finne sted mellom to personer. Helsefagarbeiderens fortelling kan tolkes å gi en oppfatning hvordan man kan tilrettelegge for at personer med demens kan få en opplevelse av sosial tilhørighet, selv om personens tilstand er betydelig svekket som følge av demenssykdommen. Materialet kan også tolkes å gi en forståelse av hvordan helsefagarbeiderne og sykepleierne griper fatt i de små tingene som kan ha betydning for personer med demens, og som kan muliggjøre en følelse av medborgerskap, som gjerne retter seg mot deltakelse i det sivile liv.

Jeg husker det var jo en som hadde vært med aktivtøren en gang for å handle planter på plantasjen, så da hadde h*n tatt med pasienten til plantasjen, og for h*n var det jo bare for å handle inn planter til avdelingene, men for personen som ble med, snakket jo flere dager om at h*n var med å handle på plantasjen, var så fornøyd, det gjorde hele dagen til pasienten. (Sykepleier, intervju 4)

Sykepleierens fortelling viser til hvordan de små ting i hverdagen som denne aktuelle pasienten gjerne har likt å gjøre eller fremdeles ønsker å gjøre, kan ha stor betydning for personer med demens sin opplevelse av medborgerskap. Å ha kjennskap til personer med demens, er ifølge informantene en viktig forutsetning for å kunne tilrettelegge for medborgerskapet for personer med demens.

4.3.2 Tilrettelegge for inkludering og deltakelse

Helsefagarbeiderne og sykepleierne viser til hvordan tilrettelegging, inkludering og deltakelse fremmer muligheten til å ivareta personer med demens sitt medborgerskap.

Materialet tyder på at helsefagarbeiderne og sykepleierne deler flere av de samme tankene knyttet til å ivareta medborgerskapet for personer med demens. Blant annet forteller flere av informantene at deres posisjon som helsefagarbeidere og sykepleiere har en sentral plass.

(...) de har jo hatt valg og slik her, og da er det slik at vi tilrettelegger slik at de kan bli med, og at dem som er oppgående nok kan få valget om å være med, så da er de med å delta litt på den måten (...) det er jo tilrettelegging, de må ikke ut, du får det veldig tilgjengelig. (Sykepleier, intervju 4)

Sykepleieren viser til hvordan dem som helsepersonell er bidragende i å tilrettelegge for at personer med demens kan stemme ved politiske valg. Sykepleierens fortelling kan tolkes å gi en oppfatning av hvordan personer med demens sitt medborgerskap fortsatt kan realiseres ved hjelp av tilrettelegging og inkludering. Materialet indikerer også hvordan flere av informantene fremhever sin posisjon som helsepersonell av betydning for hvordan personer med demens opplever medborgerskap.

Du ser jo av og til at vi samler dem og de begynner å prate sammen. Da blir de inkludert og de føler seg ivaretatt, at de sosialiserer seg og begynner å snakke om barndommen og skolen (...). (Helsefagarbeider 2, intervju 3).

Helsefagarbeiderens fortelling kan tolkes å gi en forståelse av hvordan man ser på sosial tilhørighet som en betydning for hvordan personer med demens kan oppleve medborgerskap, og at man som helsepersonell må være med på å tilrettelegge for dette. Materialet indikerer også hvordan helsefagarbeiderne og sykepleierne viser til at personsentrert omsorg kan bidra til at personer med demens opplever medborgerskap.

Hvis du blir kjent med dem og ser hva dem liker så kan du være med på, det er kanskje en inngang for medborgerskapet, hvis du vet deres behov, vet hva dem liker, du vet livshistorien, at du tar del i det (...). (Sykepleier, intervju 4)

(...) Da tar vi utgangspunkt i pasienten eller personen selv, og da ser vi også liksom hvilket behov dem har, fordi det er jo ikke alltid dem har de samme behovene som

gjern, da kan vi redusere eller øke, fordi det som er rett for meg, er ikke rett for deg, eller noen av dere. (Sykepleier, intervju 2)

Sykepleiernes beskrivelser kan tolkes å gi en oppfatning av hvordan de ser på personsentrert omsorg som både et utgangspunkt og en forutsetning som kan bidra til at personer med demens opplever medborgerskap. Helsefagarbeiderne og sykepleierne vektlegger at det å kjenne til pasientene, ha en relasjon til dem, kan sørge for at helsepersonell kan bidra til at personer med demens kan få en opplevelse av medborgerskap.

4.3.3 Det store kan oppleves utrygt

Flere av helsefagarbeiderne og sykepleierne i studien gir uttrykk for at det er en del som endres når personer med demens kommer på sykehjem, og at dette er noe man må ta hensyn til når man som helsepersonell yter tjenester til personer med demens.

Helsefagarbeidernes og sykepleiernes fortellinger tydeliggjør hvilken betydning trygge og rolige omgivelser har for deres hverdag.

(...) det som skjer ofte med personer med demens, er at de blir veldig utrygge, fordi det som er at når de kommer inn på sykehjemmet så endres jo mye, hva som er viktig for dem, selvfølgelig, familie er viktig, men da opplever vi jo ofte at vi også blir viktige fordi vi blir jo også familien, vi blir den trygge personen, fordi vi går jo i like klær så når de ser oss, så er det jo ikke alltid slik at de ser ansiktet vårt, men de kjenner oss igjen fordi vi kjenner dem, sant og da blir de trygge. Ofte hvis de tar dem ut, vertfall om de har blitt langtkommen dement. Så blir de veldig utrygge når dem kommer ut, så vil de bare rett tilbake, og da blir det vanskelig å være en del av samfunnet, utad i hvert fall, men de blir jo en del av samfunnet her inne, så det blir jo et mye mindre samfunn. (Sykepleier, intervju 2)

Sykepleierens fortelling viser hvordan det «store samfunnet» utenfor sykehjemmet kan oppleves utrygt for personer med demens, særlig hos personer med langtkommen demens. Sykepleieren viser også til hvordan sykehjemmet kan oppleves som et lite samfunn som man er en del av, hvor en opplevelse av medborgerskap fremdeles kan realiseres. Denne forståelsen finner man også av andre helsefagarbeidere og sykepleiere i materialet.

(...) jeg tenker om dem skal ut i samfunnet så kan de forstå lite og kan bli forvirret, det blir for stort for dem å komme ut (...) det trygge og rolige er veldig viktig for dem. Trygge omgivelser er viktig, men de får jo bestemme hva de vil. (Helsefagarbeider, intervju 4)

Jeg føler jo at det blir jo som hjemmet deres, det er et lite minihjem hvor du har det meste som skjer, du har jo frisør og fotpleie nede, du har alt innenfor, du har kafe, dem har pubkveld hver måned (...) så det blir jo på en måte et lite minisamfunn. (Sykepleier, intervju 4)

Helsefagarbeiderens og sykepleierens beskrivelser kan tolkes å gi en forståelse av at det kan være vanskelig for personer med demens å være en del av samfunnet utad, men også hvordan sykehjemmet representerer en ressurs for medborgerskap, ved at det blir et lite samfunn hvor man har tilgang til å delta på flere områder slik som i samfunnet utad, men på en måte som kan kompensere personer med demens sine behov og ønsker. Det kan også forstås ut fra sykepleieren i intervju 4, at utformingen av sykehjemmet sine ressurser, med fotpleie, frisør, pub og kafe, kan være forutsetninger for at personer med demens skal få erfaringer med medborgerskap i praksis.

4.3.4 Oppsummering

Gjennom den tredje resultat kategorien, har vi nå fått et innblikk i helsefagarbeidernes og sykepleierens forståelse av medborgerskap for personer med demens på sykehjem. Helsefagarbeiderne og sykepleierne fremhever hvordan de små tingene i hverdagen kan ha betydning for personer med demens, og hvordan disse kan ses på som en mulighet for en opplevelse av medborgerskap for personer med demens. Helsefagarbeiderne og sykepleierne fremhever også hvordan tilrettelegging, inkludering og deltakelse kan bidra til at personer med demens opplever medborgerskap. Til slutt kan man se hvordan helsefagarbeiderne og sykepleierne viser til at det kan være vanskelig for personer med demens som bor på sykehjem å være en del av «det store samfunnet» som følge av demenssykdommen. Her viser dem imidlertid til en forståelse av hvordan personer med demens som bor på sykehjem er en del av et mindre samfunn hvor en opplevelse av medborgerskap også kan realiseres. Selv helsefagarbeiderne og sykepleierne i

utgangspunktet ble presentert Thomas Humphrey Marshall sin definisjon av medborgerskap, som omtales som et tradisjonelt syn på medborgerskap (Bartlett & O'Connor, 2010, s. 30).

Kan det tenkes at helsefagarbeidernes og sykepleiernes tolkning og forståelse av medborgerskap strekker seg utover det tradisjonelle synet på medborgerskap, og gir oss en forståelse av medborgerskap sett og forbundet i praksissammenheng på sykehjem. Det som har vært felles for alle temaene som helsefagarbeiderne og sykepleierne har vektlagt, er at kjennskapet og relasjonen til personene med demens er en forutsetning for å kunne tilrettelegge og fremme medborgerskap for personer med demens.

5 Diskusjon

Ved bruk av en kvalitativ metode, og med studiens problemstilling og forskningsspørsmål i tankene, har jeg gjennom en innsamling av empiriske data og bruk av analysemetoden systematisk tekstkondensering hentet inn studiens resultater. Problemstillingen: *Hvordan opplever helsefagarbeidere og sykepleiere at personsentrert omsorg for personer med demens blir ivaretatt på sykehjem, og hvordan kan deres erfaringer tolkes i et lys av medborgerskap?* er besvart med følgende hovedfunn som knytter seg både til personsentrert omsorg og medborgerskap:

1. Personsentrert omsorg i hverdagslivet
2. Betydningen av en kontinuerlig utvikling
3. Medborgerskap finner sted i det lille samfunnet

Dette kapitlet består av to hovedpunkter, metodediskusjon og resultatdiskusjon. Gjennom metodediskusjonen presenteres og forklares styrker og svakheter ved metoden som er brukt i denne studien, hvor det også diskuteres hvorvidt disse påvirker studiens validitet (Malterud, 2017, s. 124). I resultatdiskusjonen fremheves studiens viktigste funn som representerer studiens problemstilling og forskningsspørsmålene, opp imot tidligere forskning og teori. Istedenfor å samle en diskusjon til slutt som omhandler betydningen av studiens resultater i sammenheng med praksisfeltet (Malterud, 2017, s. 125), diskuteres dette underveis gjennom resultatdiskusjonen, hvor det også til slutt diskuteres hva samfunnet må jobbe for å ivareta medborgerskapet for personer med demens.

5.1 Metodediskusjon

«Metoden er forskerens virkemiddel for forvaltning av refleksivitet, og metodediskusjonen er stedet hvor slike spørsmål skal overveies» (Malterud, 2017, s. 124). Ved å diskutere frem mulige styrker og svakheter, vil jeg også diskutere hvilken påvirkning dette har på studiens validitet, både intern og ekstern validitet (Malterud, 2017, s. 124).

Min forforståelse har vært et sentralt utgangspunkt for studiens tema, og kan tenkes å ha hatt betydning for hvordan metoden er utført (Malterud, 2017, s. 45). Som helsepersonell selv, med seks års erfaring fra sykehjem, både fra somatisk og demens avdeling, kan det tenkes at metoden bærer preg av min interesse for feltet. Sentrale elementer i min forforståelse består av faglig perspektiv, teoretisk grunnlag og erfaringer (Malterud, 2017, s. 44). Fra studiens start, har jeg best mulig forsøkt å være bevisst over min egen forforståelse. Forforståelsen kan gi næring og styrke til studien, men om studien kun bærer preg av forforståelsen kan studien svekkes. Studien har som intensjon å tilføre ny kunnskap, hvor resultatene skal stamme fra empiriske data (Malterud, 2017, s. 44-45). I henhold til studiens problemstilling «*hvordan opplever helsefagarbeidere og sykepleiere at personsentrert omsorg for personer med demens blir ivaretatt på sykehjem, og hvordan kan deres erfaringer tolkes i et lys av medborgerskap?*» kan det tenkes at min forforståelse er større innenfor deler av problemstillingen som omhandler personsentrert omsorg for personer med demens. Imidlertid er min forforståelse svakere når det kommer til medborgerskap. Min forforståelse i bunn kan dermed tenkes å være balansert i henhold til problemstillingen, hvor forforståelsen kan tenkes å gi styrke og næring til studien i form av hvilken type metode og utvalg som kan egne seg best til å hente inn data som er aktuell for studiens problemstilling, samtidig som forforståelsen ikke er for stor til at studien ikke tilføyer ny kunnskap underveis (Malterud, 2017, s. 44-45).

Metodekapittelet etterstreber på best mulig vis å besvare studiens problemstilling. Gjennom metodekapittelet har jeg forholdt med spørrende til hvorvidt metoden skulle utføres, og i ettertid hva som kan anses som styrke eller mulige svakheter. Sentrale spørsmål som pågående ble reflektert var blant annet, hva studien skal gi kunnskap om, og hva skal studien ikke gi kunnskap om (Brottveit, 2018, s. 57). Å benytte en kvalitativ metode kan tenkes å ses på som en styrke i denne studien. Dette kan begrunnes med at studiens problemstilling søker til dybden i helsefagarbeidernes og sykepleiernes opplevelser og erfaringer, hvor en kvalitativ metode vil egne seg i større grad enn kvantitativ metode. Hadde jeg benyttet kvantitativ metode opp mot studiens problemstilling, kan det tenkes at den interne validiteten kunne blitt svekket av metoden da den ikke er egnet for studiens problemstilling og ikke ville gitt gyldige svar på problemstillingen (Malterud, 2017, s. 23). I tillegg kan det tenkes at en kvantitativ metode ikke ville gitt den utdypende kunnskapen som resultatene i

denne studien har gitt ved bruk av en kvalitativ metode, og som kan tenkes å ha tilført ny kunnskap innenfor studiens aktuelle tema. Om jeg derimot skulle vendt om studien fra start og benyttet en kvantitativ metode kunne studien gitt rom for oversiktkunnskap bestående av data som i større grad er generaliserbare, enn ved bruk av kvalitativ metode (Brottveit, 2018, s. 68-69).

Hva skal studien gi kunnskap om? Spørsmålet finner videre sted ved valg av intervju type og utvalg av informanter hvor man i ettertid kan overveie valgenes styrker og svakheter. I kvalitativ metode kan intervju bestå av ulik grad av struktur og forskjellig utforming (Brottveit, 2018, s. 89). I denne studien benyttes ulike typer intervju, en til en intervju, intervju med to og gruppeintervju. Som jeg har gjengitt tidligere i metodekapittelet, skulle det hovedsakelig kun benyttes gruppeintervju, men som følger av sykehjemmenes forsvarlige drift, måtte dette tilpasses. Her kan det diskuteres mulige styrker og svakheter med dette utfallet. Ved bruk av kun gruppeintervju i denne studien hadde jeg trolig fått tilgang til flere synspunkter om hvordan helsefagarbeidere og sykepleiere opplever at personsentrert omsorg for personer med demens blir ivaretatt. Hvor det også kan tenkes at en større mengde av ulike erfaringer kunne tolkes i et lys av medborgerskap. Imidlertid kan vi også ta for oss ulemper ved bruk av kun gruppeintervju, hvor blant annet Brottveit (2018) viser til at gruppeintervju kan forårsake at informantene kan tilbakeholde informasjon (s. 94). Selv om man får tilgang til flere synspunkter fra helsefagarbeidere og sykepleiere, men informantene holder tilbake informasjon som kunne hatt verdi for studiens problemstilling, kan det tenkes at dette kunne forårsaket en svekkelse da problemstillingen søker å gå i dybden av helsefagarbeidernes og sykepleiernes opplevelser og erfaringer.

Etter å ha utført intervjuene, kunne jeg se hvordan de ulike intervjuformene har vist sine egenskaper. Uansett intervjuform som ble brukt kan tenkes å ha frembrakt betydningsfull data om hvordan helsefagarbeiderenes og sykepleiernes opplever at personsentrert omsorg for personer med demens blir ivaretatt på sykehjem. Imidlertid kan det tenkes at man ser tendenser til at intervjuformene frembringer ulikheter når det kommer til det sosiale samspillet under intervjuene, og hvordan dette påvirket hvordan informantene svarte på intervju spørsmålene. I det første intervjuet, som bestod av mini gruppesamtale, merket jeg som forsker at informantene er en del av en gruppedynamikk. Informantene påvirket

hverandre til å svare på intervju spørsmålene og utfylte hverandre i svarene. Ved bruk av mini gruppesamtale kan det tenkes at intervjuformen frembrakte materialet som inkluderte både kollektive meninger og individuelle holdninger (Brottveit, 2018, s. 94). I det andre intervjuet, som bestod av en til en intervju, ga informanten mer fyldige svar på spørsmålene og kunne gjerne bruke mer tid på å gi eksempler på hvordan ting var og fungerte i hverdagen på det aktuelle sykehjemmet. De to siste intervjuene som bestod av intervju med to, hadde flere likhetstrekk med mini gruppesamtalen i det første intervjuet. Informantene brukte gjerne hverandre til å forstå og utfylle hverandre i svarene på intervju spørsmålene. Intervju med to frembrakte ikke like stor bredde av erfaringer, holdninger, fortolkninger og synspunkter (Johannessen et al., 2016, s. 147), som gjerne mini gruppesamtalen frembrakte. Heller kan det tenkes at intervju med to frembrakte en mindre bredde hvor man også fikk noe mer fyldigere beskrivelser av informantenes erfaringer og oppfatninger, som igjen kan tenkes er i likhet med hvordan Johannessen et al. (2016) beskriver egenskapene til «en til en intervju» (s. 146).

Hva med utvalget i studien? Strategisk utvalg er karakteristisk i kvalitative studier, hvor man velger ut informanter som kan fremskaffe data om studiens aktuelle tema og problemstilling (Brottveit, 2018, s. 86). Gjengitt tidligere i studien består studiens utvalg av helsefagarbeidere og sykepleiere som konkret arbeider med personer med demens på sykehjem. Utvalget av informanter kan tenkes å bunne i min forforståelse basert på egne erfaringer fra sykehjem og tidligere forskning som har gjort meg bevisst over de mest generelle yrkesgruppene som finner sted på sykehjem, og som arbeider med personer med demens. Teoretisk bakgrunn og feltkunnskap fremstår som betydningsfulle forutsetninger for innsamling av relevante data (Malterud, 2017, s. 58). Selv om forforståelsen kan tenkes å ha hatt betydning for studien, og har fremhevet relevant kunnskap, kan det også diskuteres om jeg gjerne skulle brukt mer tid til å identifisere forholdene som har påvirket min inngang til kunnskap (Malterud, 2017, s. 46). I ettertid av studien har jeg gjort noen tanker om jeg kunne satt av mer tid til utvalget i studien, hvor jeg blant annet reflekterte over om jeg kunne inkludert ufaglærte, i tillegg til helsefagarbeidere og sykepleiere som også arbeider konkret med personer med demens på sykehjem. Eller om jeg kunne inkludert helsefagarbeidere og sykepleiere fra flere kommuner enn de to kommunene som er inkludert i denne studien. Her kan det stilles spørsmål om disse ettertankene kunne

fremskaffet et utvalg som baserer seg på et større mangfold (Malterud, 2017, s. 59). I forhold til de presenterte ettertankene, kan det tenkes at dette ikke vil ha påvirkning for studiens interne validitet, da utvalget fremdeles trekker studien i riktig retning for hva som undersøkes (Malterud, 2017, s. 24). Snakker vi imidlertid om den eksterne validiteten i studien kan ettertankene i forhold til utvalget i studien diskuteres i større grad. I hvilke sammenhenger kan studiens funn være relevant utover konteksten hvor funnene er kartlagt (Malterud, 2017, s. 24). Eksempelvis blir det i denne studien undersøkt helsefagarbeideres og sykepleieres opplevelser og erfaringer. Disse opplevelsene og erfaringene kan være annerledes for en person som er ufaglært eller lege.

På hvilken måte kan studien være overførbart? Selv om overførbart av kvalitative funn ofte ses i sammenheng med studiens utvalg, må man også trekke frem relevansspørsmålet (Malterud, 2017, s. 24). Denne studiens resultater kan ikke gi allmenngyldig overførbart og overførbart av studier som både er kvalitative og kvantitative vil alltid møte begrensninger. Imidlertid kan vi heller stille spørsmålet om rekkevidden av studiens resultater, hva kan studiens resultater overføres til, hvem kan studiens resultater overføres til og hvilke betingelser er det for overførbart av studiens resultater (Malterud, 2017, s. 66). Tar man utgangspunkt i denne studiens resultater, kan flere av resultatene støttes av tidligere forsknings som er gjort på området, deriblant tidligere forskning som knytter seg til personsentrert omsorg for personer med demens på sykehjem, og forskning knyttet til medborgerskap og demens. Studiens resultater kan dermed tenkes å frembringe mening utover seg selv (Malterud, 2017, s. 67). Her kan det også tenkes at denne studien i en viss grad kan være overførbart når det gjelder tjenesteyting til personsentrert omsorg for personer med demens på sykehjem, til personer som undersøker helsefagarbeidernes og sykepleierens opplevelser og erfaringer med personsentrert omsorg for personer med demens på sykehjem, og til personer som søker å fremme kunnskap medborgerskap og demens. Jeg vil igjen poengtere at denne studiens resultater ikke fremmer allmenngyldig overførbart, og at denne studiens resultater heller kan tenkes å fungere som et kunnskapsbidrag til senere studier på dette området.

5.2 Resultatdiskusjon

I dette delkapittelet vil jeg diskutere studiens resultater med utgangspunkt i studiens problemstilling «*Hvordan opplever helsefagarbeidere og sykepleiere at personsentrert omsorg for personer med demens blir ivaretatt på sykehjem, og hvordan kan deres erfaringer tolkes i et lys av medborgerskap*» opp mot tidligere teori og forskning. Delkapittelet vil til slutt bestå av en avsluttende diskusjon hvor jeg med utgangspunkt i resultatene i denne studien legger frem forslag til hva samfunnet må jobbe mot for å ivareta medborgerskap for personer med demens.

5.2.1 Anerkjennelse medborgerskap som en del av den vanlige hverdag

Studiens resultater presenterer funn som viser hvordan en personsentrert omsorg praksis er etablert som en sentral del av helsefagarbeiderne og sykepleierne sin arbeidshverdag på sykehjemmene. Vi kan også se hvordan helsefagarbeiderne og sykepleierne med lengst erfaring har opplevd en endring i forhold til praktisering av personsentrert omsorg på sykehjem, hvor personsentrert omsorg har fått en stor betydning for hvordan man utøver tjenester til personer med demens på sykehjem. Basert på disse funnene og opp mot tidligere teori, kan det tenkes at funnene tydeliggjør påvirkningen personsentrert omsorg har hatt innenfor demensfeltet. Helt fra 1990 tallet da Tom Kitwood la frem ideen om en personsentrert demensomsorg, frem til 2018 hvor det legges frem at personsentrert omsorg er en foretrukket og anbefalt tilnærming innenfor demensomsorgen (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 300-302). Samtidig som utviklingen av personsentrert omsorg har pågått har interessen for medborgerskap for personer med demens også funnet sted. Baldwin & Greason (2016) viser blant annet til den stigende interessen for medborgerskap innenfor demensfeltet som hadde pågått de siste årene. Om vi tar utgangspunkt i studiens resultater, indikerer funnene at medborgerskapsbegrepet ikke er et spesifikt brukt begrep i deres tjenesteyting til personer med demens. Dette kan tenkes å forklares med at helsefagarbeiderne og sykepleierne ikke visste hva begrepet medborgerskap betydde, og hadde behov for å få en oppklaring av begrepet medborgerskap. Studiens funn kan dermed tenkes å samsvare med hva nyere forskning fremhever. Sund et al. (2022) viser til at selv om interessen for medborgerskap innenfor demensfeltet har vært stigende, er medborgerskap

innenfor demensfeltet fremdeles underteorisert, både når det gjelder forskning og praksis (s. 38). Ser man på tidligere teori knyttet til medborgerskap og demens, viser Bartlett & O'Connor (2010) til at medborgerskap er et utviklende og strategisk konsept. I tillegg vises det til at medborgerskap innenfor demensfeltet ofte kun har blitt forklart når det kommer til omsorgssammenhengen (Bartlett & O'Connor, 2010, s. 37). Her kan det tenkes at vi på tolv år ikke har kommet så langt med å inkludere medborgerskapsbegrepet i praksis eller i tjenesteyting til personer med demens, slik som personsentrert omsorg. Selv om informantene i studien ikke visste hva begrepet betydde i første omgang, kunne informantene etter å ha fått en beskrivelse av begrepet, legge frem sine forståelser av medborgerskap for personer med demens på sykehjem. Her kan det tenkes at vi kan stille spørsmål om at medborgerskapsbegrepet innenfor demensfeltet har blitt oppfattet som for komplisert til å legges vekt på i tjenesteyting til personer med demens. Ser man på studiens resultater viser helsefagarbeiderne og sykepleierne til hvordan de forstår medborgerskap som noe som finner sted i hverdagen, hvor helsefagarbeiderne og sykepleierne fremhever ulike aspekter i deres hverdag som kan bidra til at personer med demens opplever en følelse av medborgerskap. Funnene kan tenkes å knyttes opp Nedlund et al. (2019) forståelse av hverdagsmedborgerskap. Ved å åpne opp for at hverdagen med det rutinemessige og umerkelige, eller de vanlige og verdslige aspektene i personers liv, kan det åpnes opp for et større bilde for å utforske medborgerskap (Nedlund et al, 2019, s. 1).

Studiens resultater fremhever at det er mye som endres når personer med demens kommer på sykehjem, hvor resultatene også tydeliggjør det trygge og rolige som viktig for personer med demens. Helsefagarbeiderne og sykepleierne forteller at det «store samfunnet» utenfor sykehjemmet kan oppleves som utrygt for personer med demens, og som vanskelig å være en del av. Studiens resultater bekreftes her av medisinsk kunnskap og teori om demens. Engedal & Haugen (2018) viser til hvordan uforståelige og overveldende situasjoner kan utløse negative reaksjoner hos personer med demens. Utløsende situasjoner som kan resultere de negative reaksjonene kan være at personer med demens befinner seg i uoversiktlige fysiske og sosiale omgivelser, eller opplever overstimulering (s. 52). I forhold resultatene og teorien, kan det tenkes at dette er forutsetninger som vi må ta i betraktning når man snakker om medborgerskap for personer med demens. På bakgrunn av studiens resultat og medisinsk kunnskap og teori, kan det argumenteres for å åpne opp for et større

bilde for å utforske medborgerskap, hvor hverdagen kan ses som et sted hvor medborgerskap utfoldes (Nedlund et al., 2019, s. 1-2). Studiens resultater viser også til hvordan helsefagarbeiderne og sykepleierne ser på sykehjemmet som et lite samfunn som personer med demens er en del av, hvor medborgerskap fortsatt kan realiseres. Studiens resultater kan dermed tenkes å samsvare med Nedlund et al. (2019), som fremhever at i sammenheng med personer med demens er det viktig å rette oppmerksomheten på det dagligdagse. Dette er fordi hverdagen for personer med demens kan oppleves som utfordrende. Å anerkjenne hverdagsligheten ved medborgerskap vil dermed være nødvendig (Nedlund et al., 2019, s. 2).

Basert på studiens resultater gir helsefagarbeiderne og sykepleierne en forståelse av å se det «lille samfunnet» innenfor sykehjemmet som et sted for medborgerskap. Denne forståelsen kan knyttes opp mot Bartlett & O'Connor (2010) sin teori om sosialt medborgerskap. Her legger de frem et rammeverk som inkluderer seks komponenter for sosialt medborgerskap (s. 39). Jeg vil her ta for meg en av komponentene som Bartlett & O'Connor (2010) legger frem og foreslå hvordan studiens resultater kan tenkes å ses gjennom komponenten, og hvordan vi på denne måten kan synliggjøre hvordan medborgerskap kan finne sted på et sykehjem. Studiens resultater viser til hvordan sykehjemmene blant annet har tilrettelagt for at personer med demens har mulighet til å handle på områder slik som ute i «det store samfunn». Dette kan for eksempel være at personer med demens har mulighet for å gå på café, gå til frisør, delta på pubkvelder, eller stemme ved politiske valg. Som Bartlett & O'Connor (2010) viser til i komponenten «fra inkludering til deltakelse» er det viktig å se på det større spekteret av sosiale aktiviteter som personer med demens har ønske og rett til å delta i. Å lære, stemme ved valg og å handle generelt blir blant annet sett på som handlinger, som er mer enn å bare bli inkludert (s. 43-44). Studiens resultater viser til at sykehjemmenes personale legger vekt på og tilrettelegger for at personer med demens kan ha handlefrihet (Bartlett & O'Connor, 2010, s. 44).

5.2.2 Behov for å se nyanser i å være sosial?

Studios resultater fremhever at det nødvendigvis ikke er de store tingene, men de små tingene i hverdagen som gjør at personer med demens kan føle på et fellesskap.

Helsefagarbeiderne og sykepleierne skaper en forståelse av hvordan en persons følelse av et fellesskap ikke nødvendigvis må opprettholdes ute i det store samfunn, men som også kan opprettholdes gjennom de små tingene i hverdagen på sykehjemmet, som for eksempel gjennom sosiale aktiviteter som en felles frokost. Tula Brannelly (2011) viser til at medborgerskap handler om å være sosialt knyttet til og sosialt aktiv sammen med andre borgere (s. 663). Her kan det tenkes at vi kan stille spørsmål hvor denne grensen går, og om det nødvendigvis trenger å være en grense på hva som vil si å være sosialt knyttet til og sosialt aktiv sammen med andre borgere (Brannelly, 2011, s. 663). Studiens resultater fremhever hvordan helsefagarbeiderne og sykepleierne blant annet ser på sosialt fellesskap som både kan bestå av to personer eller flere. Resultatene fremhever også at helsefagarbeiderne og sykepleierne ofte tar utgangspunkt i personens sosiale behov, og at disse kan være ulike. Denne praksisen samsvarer med sentrale verdier og handlemåter i personsentrert omsorg, som blant annet innebærer å levere individuelt tilpasset omsorg, hvor tiltak må tilpasses endringer i personens med demens sine behov i henhold til sykdomsutviklingen (Rokstad, 2014, s. 28). Det finnes ulike typer demens, og tilstanden kan variere fra person til person. Demensforløpet består av ulike utviklingstrinn, noe som vil si at personer med demens over tid kan oppleve forskjellige utslag i atferdsmessig, motorisk, og psykologisk fungering (Engedal & Haugen, 2018, s. 29). Ut fra studiens resultater kan det tenkes at helsefagarbeiderne og sykepleierne skaper en forståelse av hvordan de ser på personer med demens med et helhetsperspektiv for å kunne tilpasse og muliggjøre at personer med demens kan være sosialt knyttet til og sosialt aktiv sammen med andre borgere (Brannelly, 2011, s. 663), og at dette kan foregå på ulike måter da personer med demens kan ha ulike behov.

På bakgrunn av diskusjonen i dette delkapittelet, tenker jeg denne studien viser eksempler på hvordan medborgerskap praktiseres for personer med demens på sykehjem. Tidligere i delkapittel 5.2.1 fremhevet jeg at medborgerskapsbegrepet ikke var et spesifikt brukt begrep i tjenesteytingen til personer med demens på sykehjemmene blant helsefagarbeiderne og sykepleierne. Selv med denne bakgrunn, kunne helsefagarbeiderne og sykepleierne legge frem mulige forståelser av hvordan medborgerskap for personer med demens på sykehjem kunne finne sted. Her kan det tenkes at om vi åpner opp for en forståelse og viser til hvordan medborgerskap kan finne sted for personer med demens på sykehjem, at det kan være

mulig at samfunnet generelt vil kunne anerkjenne og akseptere at alle opptrer som medborgere, bare på ulike måter. Her vil jeg også trekke frem Boje (2017) som referer til Lister (2007) sine fire prinsipper for å forstå hva som menes med inkluderende medborgerskap. Et av prinsippene som anses som verdifullt i sammenheng med hva jeg ovenfor har diskutert, er prinsippet om anerkjennelse. Medborgerskap innebærer at alle personer skal behandles med verdighet og respekt, og at vi skal akseptere og vise respekt for at borgere er forskjellige (Boje, 2017, s. 217), noe informantene i denne studien også vektlegger.

5.2.3 Personsentrert omsorg som forutsetning for medborgerskap

Studiens resultater viser at helsefagarbeidernes og sykepleiernes forståelse av personsentrert omsorg har betydning for hvorvidt medborgerskap for personer med demens på sykehjem kan bli ivaretatt. Blant annet fremheves en forståelse av at personsentrert omsorg kan være en inngang for medborgerskapet. Fenomenene personsentrert omsorg og medborgerskap har imidlertid ulike historiske røtter og ulikt fokus som har betydning for forståelse og praksis. Blant annet retter personsentrert omsorg seg mer mot den individuelle opplevelsen, mens medborgerskap retter seg mot den kollektive opplevelsen (Bartlett & O'Connor, 2010, s. 38). Imidlertid viser også Bartlett & O'Connor (2010) til at personsentrert omsorg og medborgerskap henger sammen, hvor begge anses som nødvendige for demensfeltet (s. 38-39). Basert på egne funn fra denne studien, kan det tenkes at forskning knyttet til personsentrert omsorg og medborgerskap, oftest studeres separat, hvor man ikke ser spesifikt på hvilken betydning personsentrert omsorg kan ha for personer med demens sin opplevelse av medborgerskap. Om vi skal kunne se personsentrert omsorg som en mulighet for å ivareta personer med demens sitt medborgerskap, kan det tenkes at vi ikke kan se på medborgerskap som noe som kreves eller tildeles av enkeltpersoner. Som Baldwin & Greason (2016) påpeker, må vi forholde oss til medborgerskap som kan realiseres i hverdagen, sammen med andre, som kan opprettholdes, undergraves, hindres eller hjelpes gjennom relasjoner (Baldwin & Greason, 2016, s. 291). Basert på studiens resultater fremhever helsefagarbeiderne og sykepleierne at deres posisjon som helsepersonell er sentral for å kunne ivareta medborgerskap for personer med demens. Blant annet ved hjelp av å tilrettelegge for deltakelse og sørge for inkludering, gir helsefagarbeiderne og

sykepleierne en forståelse av hvordan disse forutsetningene kan bidra til at personer med demens opplever medborgerskap. Dette kan blant annet være å tilrettelegge for politiske valg eller sosiale aktiviteter. Resultatene kan på denne måten tenkes å samsvare med hva Baldwin & Greason (2016) fremhever i sin forskningsartikkel, hvor medborgerskap som praksis snarere fokuserer på de relasjonene som muliggjør personers følelse av tilhørighet og identitet (s. 291). Med tanke på at demens er kjennetegnet av irreversibel og kronisk kognitiv svikt, som også fører til en svekket evne til å gjennomføre dagligdagse aktiviteter (Engedal & Haugen, 2018, s. 18), kan det tenkes at medborgerskap for personer med demens vil være utfordrende om man tar utgangspunkt i medborgerskap som noe som kreves eller tildeles av enkeltpersoner (Baldwin & Greason, 2016, s. 290).

Basert på studiens resultater kan vi se hvordan helsefagarbeiderne og sykepleierne beskriver og begrunner personsentrert omsorg i sin hverdag på sykehjemmene. Resultatene viser blant annet til hva som legges vekt på, samt individuelle og organisatoriske tiltak for å utføre en personsentrert omsorgspraksis. Men hvorfor har dette noe å si for å ivareta personer med demens sitt medborgerskap? Jeg har tidligere argumentert for hvordan personsentrert omsorg kan være en inngang og et utgangspunkt for medborgerskapet. Resultatene fremhever hvordan en personsentrert omsorgspraksis med fokus på hele individet kan sørge for at helsefagarbeiderne og sykepleierne kan forstå personene med demens sine individuelle behov og ønsker, og hvordan de skal forholde seg til og arbeide mot disse. Resultatene kan tenkes å samsvare tidligere forskning av Tula Brannelly (2011). Her viser hun til at profesjonelle tjenesteytere har et faglig ansvar for å inkludere tjenestemottakere i beslutninger som omhandler omsorg når dette er mulig. Om personer med demens ikke har mulighet til å kommunisere eller vurdere deres behov, skal tjenesteutøvere finne mulige alternative måter får å vurdere deres behov og helsetilstand, samt måter å inkludere personen med demens sine preferanser. Herunder vil det blant annet være nødvendig å kjenne til personen med demens sin biografi eller involvere familie, for å utforske omsorgsmuligheter (s. 664). Denne forståelsen kan tenkes å samsvare med hva helsefagarbeiderne og sykepleierne i denne studien vektlegger for å ivareta en personsentrert omsorgspraksis. Resultatene viser blant annet til hvor viktig det er å kjenne til hele personen, både den personen dem var før sykdommen, men også personen med demens. I tillegg fremhever resultatene hvilken betydning dette har når personer med

demens har kommunikasjonsvansker. Tar vi igjen for oss Tula Brannelly (2011) sin forskningsartikkel, refererer hun til Laonix (2007) som definerer medborgerskap som «en som lever sammen med andre» (Brannelly, 2011, s. 669). Dette reflekterer blant annet viktigheten av å opprettholde og styrke medborgerskap ved hjelp av omsorg (Brannelly, 2011, s. 669). Her kan det tenkes at helsefagarbeidere og sykepleiere kan styrke og opprettholde personer med demens sitt medborgerskap ved hjelp av personsentrert omsorg.

Jeg vil igjen ta for meg studiens resultater som fremhever helsefagarbeidernes og sykepleiernes personsentrerte omsorgspraksis, og se hvordan deres praksis kan ses fra et medborgerskapsperspektiv ved å ta for meg studien til Baldwin & Greason (2016). Ved å se på medborgerskap som noe realiseres i situasjoner i hverdagen sammen med andre, og hvordan medborgerskap kan opprettholdes, undergraves, hindres og hjelpes gjennom relasjoner kan det tenkes at medborgerskap finner sted i en personsentrert omsorgspraksis, og hvordan personsentrert omsorgspraksis kan bidra til at personer med demens opplever medborgerskap (Baldwin & Greason, 2016, s. 291). For å gi en forståelse av dette kan det tenkes at vi kan forklare hvordan medborgerskap finner sted ved å ta for oss de ulike typene av medborgerksapsatferd/-engasjement (Baldwin & Greason, 2016, s. 291). Basert på studiens resultater fremhever helsefagarbeiderne og sykepleierne blant annet tiltak sykehjemmet har for å ivareta personsentrert omsorg, som blant annet brukersamtaler, tiltaksplaner, VIPS møter. Her kan det tenkes det såkalte midi-medborgerskapet finner sted, hvor handlingene utføres på organisasjonsnivå. Dette kan være organisatoriske tiltak for å styrke tjenesteytingen i organisasjonen (Baldwin & Greason, 2016, s. 292). Ser vi igjen på studiens resultater fremhever helsefagarbeiderne og sykepleierne hva de selv bidrar med for å ivareta personsentrert omsorg, som blant annet å skape god relasjon og gode samarbeid. Her kan det tenkes at det foregår en form for mikromedborgerskap, hvor handling utføres av enkeltpersoner som skaper økt vilje til å støtte andre og økt grad av deltakelse. I tillegg kan dette være handling som fremmer atferd som er med på å støtte organisasjonens mål (Baldwin & Greason, 2016, s. 292). Her kan det tenkes at studiens resultater presenterer funn som kan gi en forståelse av hvordan deres medborgerskap sørger for å ivareta personsentrert omsorg for personer med demens. Tar vi for oss personen med demens sitt mikromedborgerskap, kan det tenkes at dette kan realiseres gjennom helsearbeidernes og

sykepleiernes personsentrerte omsorgspraksis. For å forstå dette ytterligere kan det tenkes at vi kan forstå personsentrert omsorg som en opprettholdelse og hjelp i relasjon mellom helsefagarbeiderne og sykepleierne, og personer med demens, som igjen kan tenkes å realisere medborgerskapet for personer med demens (Baldwin & Greason, 2016, s. 291). Mikromedborgerskap henviser til de praksisene og handlingene til personer, som støtter og frembringer en følelse av tilhørighet og identitet (Baldwin & Greason, 2016, s. 293). Studiens resultater viser blant annet til hvordan helsefagarbeiderne og sykepleierne ivaretar personsentrert ved å tilpasse til hver enkelt, ut fra deres ønsker og behov. Denne tilpasningen kan tenkes å støtte opp personer med demens sine ønsker og behov. Legger man til rette for personen med demens sine ønsker og behov, kan det tenkes at personer med demens i større grad kan utføre de handlingene og praksisene som frembringer en følelse av tilhørighet og identitet (Baldwin & Greason, 2016, s. 293).

5.2.4 Rammebetingelser for å ivareta medborgerskap for personer med demens på sykehjem

Studios resultater viser til hvordan helsefagarbeiderne og sykepleierne opplever at det kan forekomme utfordringer i henhold til å ivareta personsentrert omsorg for personer med demens på sykehjem, herunder fremheves blant annet tid og bemanning. I delkapittel 5.3.3 diskuterte jeg hvordan personsentrert omsorg kan være en forutsetning for medborgerskap. Siden helsefagarbeiderne og sykepleierne opplever at det kan forekomme utfordringer i henhold til å ivareta personsentrert omsorg for personer med demens, kan det tenkes at utfordringene igjen vil påvirke hvorvidt medborgerskapet for personer med demens blir ivaretatt på sykehjem. Tar vi utgangspunkt i en medborgerskapstilnærming som sikter til en praksis som kan realiseres i hverdagen, sammen med andre, som kan opprettholdes, hjelpes, undergraves eller hindres gjennom relasjoner (Baldwin & Greason, 2016, s. 291). Samtidig som vi vet at demens er kjennetegnet ved en irreversibel og kognitiv svikt, og svekket evne til å gjennomføre daglige aktiviteter (Engedal & Haugen, 2018, s. 18). Kan det tenkes at en realisering av medborgerskapet for personer med demens kan bli svekket dersom den ikke opprettholdes eller hjelpes gjennom relasjoner, og at den derimot kan undergraves dersom personsentrert omsorg ikke blir ivaretatt. For å gi en ytterligere forståelse, kan det tenkes at vi kan ta for oss Boje (2017) som referer til Ruth Liser (2007) sine prinsipper for et

inkluderende medborgerskap. Et av hennes fire prinsipper, omhandler selvbestemmelse. Selvbestemmelse handler om at borgere skal ha anledning til å kontrollere sitt eget liv, og kunne realisere sine egne drømmer og ønsker. For personer som lever med funksjonsnedsettelse, skal barrierer som hindrer deres kontroll over eget liv, elimineres (Boje, 2017, s. 217). Personsentrert omsorg kan tenkes å ses på som en måte som opprettholder personer med demens sin kontroll over eget liv, og som kan realisere personers drømmer og ønsker (Boje, 2017, s. 217). Dette kan tenkes fordi personsentrert omsorg blant annet innebærer at pasientens preferanser og standpunkt blir verdsatt, at vi gir pasienten anledning til å være seg selv og at vi kjenner til pasientens bakgrunn og livshistorie, som kan frembringe en forståelse for hva som er viktig for en (Rokstad, 2014, s. 25). Tar vi for oss studiens resultater, fremhever helsefagarbeiderne og sykepleierne tid og bemanning som en utfordring for praktisering av personsentrert omsorg. Her kan det tenkes at vi kan forstå tid og bemanning som en barriere som kan hindre personer med demens sin kontroll over eget liv, nettopp fordi tid og bemanning kan være en utfordring for hvorvidt personsentrert omsorg blir ivaretatt. Her kan det da stilles spørsmål om tid og bemanning kan ses på som rammebetingelser for å ivareta medborgerskapet for personer med demens på sykehjem. Det kan tenkes at vi kan diskutere dette videre ved å se på hvorfor tid og bemanning er rammebetingelser som er viktige for hvorvidt medborgerskap for personer med demens blir ivaretatt på sykehjem.

Kjersti Fjørtoft (2016) viser til Nancy Fraser som utviklet en rettferdighetsteori hvor det overordnede prinsippet er deltakelse på like vilkår. Her fremhever hun at prinsippet om deltakelse på like vilkår skal realiseres på et bredt spekter av aktiviteter, aktiviteter hvor vi kan gå ut fra at alle borgere har mulighet til å utøve sin egen autonomi, dette kan også være deltakelse i det sosiale liv. For å oppnå rettferdighet, må de mekanismene som er underliggende og som frembringer urettferdighet endres (Fjørtoft, 2016, s. 31). Sett opp mot studiens resultater kan det tenkes at dårlig tid og bemanning kan frembringe urettferdighet. Helsefagarbeiderne og sykepleierne i studien fremhever hvordan tid og bemanning kan gå på bekostning av en personsentrert omsorgspraksis. Herunder fremhever studiens resultater at det kan være utfordrende å ivareta hvert enkelt person sine behov og ønsker når tiden eller bemanning ikke strekker til. Jeg vil her også legge frem noen viktige setninger fra boken til Fjetland et al. (2022), som kan tenkes å være betydningsfullt for hva jeg ønsker å få frem i

dette delkapittelet. Når en gir individualiserte velferdstjenester, er målet at den som har behov for slike tjenester, får muligheten til å opptre som en borger, istedenfor å bare bli «holdt på sitt sted» (Fjetland et al., 2022, s. 14). Alle mennesker kommer til verden som ulike. Menneskets evne har muligens ikke så stor betydning, men svekkelse, dette i form av intellektuell, mental, sensorisk eller fysisk kan, sammen med omgivelsene kan føre til funksjonshemminger eller funksjonshemmede prosesser som kan begrense mennesker til å delta på lik linje med andre i samfunnet. Funksjonshemmede prosesser kan medføre konsekvenser i form av utestenging fra like rettigheter og lik status i konkrete sammenhenger og situasjoner, og på denne måten hindre personer medborgerskap (Fjetland et al., 2022, s. 14). Tar vi utgangspunkt i studiens resultater fremhever helsefagarbeiderne og sykepleierne at personsentrert omsorg er etablert i deres hverdag, og hvilke faktorer i deres arbeidsdag som bidrar til å fremme personsentrert omsorgspraksis. Studiens resultater fremhever også at personsentrert omsorg kan være en inngang for medborgerskapet. Her kan det tenkes at vi kan se på personen med demens, sammen med omgivelsene, herunder sykehjemmet, helsepersonell og en personsentrert omsorgspraksis som kan bidra til å eliminere de funksjonshemmede prosesser som kan begrense personer med demens å delta på lik linje med andre. Nevnt tidligere fremhever helsefagarbeiderne og sykepleierne hva som kan hemme en personsentrert praksis, blant annet dårlig tid og bemanning. Her kan det tenkes at dårlig tid og bemanning fører til en begrensning i omgivelsene hvor funksjonshemmede prosesser kan oppstå, og dermed begrense personer med demens sitt medborgerskap (Fjetland et al., 2022, s. 14).

Studios resultater fremhever at helsefagarbeiderne og sykepleierne er deltakende i å øke sin egen kompetanse om demens og personsentrert omsorg, noe de anser som positivt og som fremtidig løsning på å ivareta personsentrert omsorg. Personsentrert omsorg er understøttet av nasjonal faglig retningslinje for demens, som er utarbeidet av helsedirektoratet. Her fremheves personsentrert omsorg som en anbefaling, hvor virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjenester blant annet skal opprette rutiner for personsentrert omsorg. Herunder spesifiseres kompetanseutvikling og opplæring innen personsentrert omsorg (Helsedirektoratet, 2022). Studiens resultater fremhever at helsefagarbeiderne og sykepleierne øker sin kunnskap om personsentrert omsorg gjennom demensomsorgens abc og VIPS modellen. I 2004 utviklet Dawn Brooker den såkalte originale

VIPS definisjonen, hvor hensikten med denne definisjonen er å belyse de ulike trådene i personsentrert omsorg (Brooker & Latham, 2016, s. 12). Det som imidlertid er interessant med VIPS, er at et av de fire elementene som Dawn Brooker i 2004 presenterte, inkluderer medborgerskapsbegrepet. I det første elementet, som omhandler verdsetting, tydeliggjøres det at man skal fremme personer med demens sine medborgerskapsrettigheter. Vel å merke er dette en av trådene i personsentrert omsorg (Brooker & Latham, 2016, s. 12). Kan vi her se en mulighet for at personsentrert omsorg kan bidra til å ivareta medborgerskapet til personer med demens? Sosialt miljø, som også er en av elementene i VIPS, fremhever at personer med demens har behov for et sosialt miljø som balanserer personer med demens sine funksjonsnedsettelse og styrker deres muligheter for personlig vekst. Dette elementet kan tenkes å ha sine likheter med et av Bartlett & O'Connor sine seks komponenter for sosialt medborgerskap, nemlig vekst. Som handler om å anerkjenne en persons indre ønske, evne og håp til å medvirke i livet (Bartlett & O'Connor, 2010, s. 40). Det kan samlet sett tenkes at siden personsentrert omsorg allerede er aktuell innenfor nasjonal faglig retningslinje for demens og skal følges av virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester. At den kompetanseutviklingen og opplæringen av personsentrert omsorg som virksomheten skal legge rutiner for, kan tenkes burde inkludere eller tydeliggjøre hvordan personsentrert omsorg kan bidra til å ivareta medborgerskapet til personer med demens (Helsedirektoratet, 2022). På denne måten kan det tenkes at medborgerskapsbegrepet ikke blir «kastet» inn i helse- og omsorgstjenesten som et uforstått begrep, men heller et begrep som blir innlemmet i deres allerede etablerte personsentrerte praksis og som kan være mer forståelig. Dette kan også tenkes å argumenteres med at helsefagarbeiderne og sykepleierne uttrykte en usikkerhet når det kom til begrepet medborgerskap, da dette begrepet ikke er et spesifikt brukt begrep i tjenesteyting til personer med demens.

5.2.5 Hva må samfunnet jobbe for å ivareta medborgerskap for personer med demens?

Frem til nå har jeg gjennom resultatdiskusjonen diskutert mulige måter for hvordan medborgerskap for personer med demens kan realiseres. Dette har jeg gjort ved å ta utgangspunkt i studiens resultater, og knyttet dette opp mot tidligere teori og forskning. Jeg har både diskutert hvordan vi kan åpne opp for en forståelse som anerkjenner medborgerskap som en del av den vanlige hverdag, reflektert over hvorfor det kan være

behov for å se nyanser i å være sosial, diskutert hvordan vi kan se personsentrert som en forutsetning for medborgerskap, og diskutert rammebetingelser for å ivareta medborgerskap for personer med demens på sykehjem. Som en helhet tar disse diskusjonene sikte på å undersøke hvordan vi kan ivareta personer med demens sitt medborgerskap. Men for å få til dette kan det også tenkes at vi må eliminere diskriminering av personer med demens. En komponent som Bartlett & O'Connor (2010) legger frem i sitt rammeverk for sosialt medborgerskap, og som kan tenkes å være nødvendig å bringe med videre i arbeid for å ivareta medborgerskap for personer med demens, er fra kjærlighet til frihet fra diskriminering. Å ha rett til å kjenne på en frihet fra diskriminering både på makro nivå og mikro nivå (s. 47). Bartlett & O'Connor (2010) legger også frem eksempler på hva diskriminering kan innebære på makro og mikro nivå. På makronivå vil jeg forsøke å gi eksempler som i større grad samsvarer med denne studien og det norske samfunn, fremfor å vise eksempelet til Bartlett & O'Connor for å tydeliggjøre hva samfunnet må jobbe med for å ivareta medborgerskap for personer med demens. I Demensplanen 2025, som er regjeringens femårs plan, skal regjeringen arbeide for et mer demensvennlig samfunn (Regjeringen, 2020). Basert på egne funn, nevnes ikke medborgerskap en plass i denne planen, kun personsentrert omsorg. Her kan det tenkes at vi kan stille spørsmål om dette er fordi det ikke legges vekt på, eller at man ikke anerkjenner medborgerskap for personer med demens. Det kan også tenkes at et demensvennlig samfunn, også handler om at personer med demens opplever frihet fra diskriminering. Om personer med demens er mer fri fra diskriminering, vil det også være rimelig å tenke at deres status i samfunnet styrkes (Bartlett & O'Connor, 2010, s. 47). Å fremme forståelsen av medborgerskap for personer med demens som oppnåelig, og vise hvordan, kan derfor tenkes å være nødvendig. Som det også fremheves i Demensplanen 2025, opplever flere personer med demens å møte fordommer i samfunnet, noe som forårsaker en ekstra belastning for personen. Å øke kunnskapen om demens er derfor et behov, slik at fordommer kan bygges ned (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 7). Om medborgerskap for personer med demens fremmes på et overordnet nivå av regjeringen, hvor demensplanen også inkluderer en forståelse av medborgerskap og hvordan dette kan ivaretas, kan det tenkes at dette kan være en potensiell mulighet for å inkludere medborgerskapsbegrepet i tjenesteyting til personer med demens.

På mikronivå fremhever Bartlett & O'Connor (2010) at personer med demens kan oppleve å bli diskriminert som følger av demenssykdommen. At personer kan trekke slutninger om hvordan en person med demens er og kan handle, bare fordi de har en demenssykdom (s. 47). Komponenten «fra kjærlighet til frihet fra diskriminering» er en av de seks komponentene hvor Bartlett & O'Connor (2010) forsøker å utvide tankegangen ut fra Tom Kitwood's tidligere arbeid (s. 39). Kjærlighet i denne sammenheng stammer fra Kitwood sitt arbeid mot en personsentrert omsorgstilnærming, hvor han hevder at kjærlighet er et sentralt behov for personer med demens. Å føle seg respektert, verdsatt og ivaretatt (Bartlett & O'Connor, 2010, s. 46). Studiens resultater viser til hvordan helsefagarbeiderne og sykepleierne fremhever deres opplevelser av personsentrert omsorg på sykehjemmene. Her nevner de blant annet betydningen av å se og ta utgangspunkt i hele personen, også den personen og det livet som personer med demens hadde før de fikk demensdiagnosen, og betydningen av å ivareta personer med demens sine behov og ønsker. Det kan tenkes at en personsentrert omsorgstilnærming på sykehjem, bidrar til at personer med demens opplever en form for frihet fra diskriminering, da helsepersonell gjerne ser personen og ikke bare demenssykdommen. Imidlertid kan det også tenkes at personer med demens sin frihet fra diskriminering kan være begrenset, da denne friheten fra diskriminering gjerne kun blir ivaretatt innad på sykehjemmene, men ikke i samfunnet generelt.

Jeg vil her foreslå en tanke for hvorfor det kan tenkes at en personsentrert omsorgstilnærming samtidig kan tenkes å måtte være til stede for å kunne sikre at personer med demens opplever frihet fra diskriminering. Vell å merke retter denne tanken seg gjerne mer mot personer med demens som bor på sykehjem. En personsentrert omsorgstilnærming går ut på å ta hensyn til en persons opplevelse av sin egen situasjon og verden rundt. Hvordan en person erfarer og opplever sin egen situasjon kan være preget av demenssymptomer, sosialt miljø, fysisk helse, livshistorie og personlighet (Aldring og helse, u.å.). Det kan tenkes at dette er en tilnærming som gjerne flytter fokuset vekk fra demenssykdommen og mot personen. Selv om personsentrert omsorg vektlegger det unike med en persons erfaring (Bartlett & O'Connor, 2010, s. 38). Kan det tenkes at vi gjerne trenger å forstå disse individuelle erfaringene, for å fremme kunnskap om hvordan det er å leve med demens, slik at samfunnet generelt kan få en større forståelse. En av helsefagarbeiderne i denne studien tydeliggjør at det er viktig at folk vet hva demens er. Jeg vil igjen fremheve Demensplanen

2025, som fremhever at vi trenger økt kunnskap om demens, slik at fordommer bygges ned (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Her kan det tenkes at denne kunnskapen også kan komme fra helsepersonells opplevelser og erfaringer med personsentrert omsorg for personer med demens på sykehjem. Å jobbe mot en økt forståelse av hva demens er, og spre denne forståelsen ut i samfunnet, kan tenkes å sørge for at vi kan eliminere former for diskriminering som personer med demens opplever av befolkningen generelt. På denne måten kan det tenkes at vi kan forbedre personer med demens sin status i samfunnet, som Bartlett & O'Connor (2010) sikter til i sitt rammeverk mot et sosialt medborgerskap, og anses som nødvendig (s. 47).

6 Oppsummering

I denne studien har jeg undersøkt hvordan helsefagarbeidere og sykepleiere opplever at personsentrert omsorg blir ivaretatt på sykehjem, og hvordan deres erfaringer kan tolkes i et lys av medborgerskap. Studiens hensikt har vært å skape mer kunnskap om praksis og kvalitet i tjenesteyting til personer med demens på sykehjem. Gjennom fire kvalitative intervju, hentet jeg inn opplevelser og erfaringer fra fem helsefagarbeidere og fire sykepleiere, totalt ni helsepersonell. Studien har hatt et fokus på personsentrert omsorg og medborgerskap. Som Sund et al. (2022) fremhever i nyere forskning, er det et behov for å undersøke mer om medborgerskapspraksis i sykehjem, og at utforskningen gjerne bør omfatte personer med demens, og deres funksjonsnedsettelse, deres behov og deres evne til å opptre som borgere (s.43). Siden personsentrert omsorg som oftest har vært prioritert innenfor demenslitteraturen (Bartlett & O'Connor, 2007, s. 108), så jeg en mulighet for å undersøke hvordan vi kan se på personsentrert omsorg som en mulighet for å ivareta medborgerskapet for personer med demens.

Gjennom en kvalitativ metode ønsket jeg å tydeliggjøre helsefagarbeiderne og sykepleiernes opplevelser og erfaringer med både personsentrert omsorg for personer med demens på sykehjem, og undersøke deres forståelser av medborgerskap. Studiens resultater har på best mulig måte tilstrebet å tydeliggjøre informantenes stemmer (Malterud, 2017, s. 118). Resultatene synliggjør hvordan helsefagarbeiderne og sykepleierne opplever og erfarer personsentrert omsorg for personer med demens på sykehjem, både fremmende og hemmende faktorer. Hvorvidt de opplever at personsentrert omsorg har gjennomgått en progressiv utvikling og hva som er fremtidige progressive løsninger. Hvordan de forstår begrepet medborgerskap, og hvordan personer med demens sitt medborgerskap kan ses gjennom deres hverdag på sykehjem.

Studios resultater diskuteres opp mot tidligere teori og forskning, med mål om å utvide forståelsen av medborgerskap, og utvide perspektivet på tjenesteyting som inkluderer personsentrert omsorg og medborgerskap. Studien legger frem helsefagarbeidernes og sykepleiernes forståelser av aspekter i hverdagen som kan gi en forståelse av medborgerskap. Interessante resultater gjennom studien er hvordan helsefagarbeiderne og

sykepleierne synliggjør «de små tingene i hverdagen» med en større betydning og forståelse, en hva som gjerne er umiddelbart er åpenbart. Sett fra studiens resultater, og i samsvar med tidligere teori har jeg forsøkt å synliggjøre hvordan personsentrert omsorg kan være en forutsetning for medborgerskap. Viktige resultater som har bidratt til å synliggjøre dette er blant annet hvordan personsentrert omsorg kan ses på som en inngang for medborgerskapet, og hvordan helsefagarbeiderne og sykepleierne beskriver sin posisjon som sentral. Om personsentrert omsorg kan ses som en forutsetning for medborgerskap, kan det tenkes at det vil være urealistisk at en slik forståelse kan ses uten hindringer. Helsefagarbeiderne og sykepleierne beskriver utfordringer som de står ovenfor i sin hverdag som påvirker hvorvidt personsentrert omsorg blir ivaretatt. Disse kan også tenkes å kunne påvirke hvorvidt medborgerskap for personer med demens blir ivaretatt på sykehjem. Etter å ha fremhevet studiens resultater og diskutert disse i lys av tidligere teori og forskning, har jeg til slutt diskutert veien videre. Hva er det samfunnet må jobbe for å ivareta medborgerskap for personer med demens? Spørsmålet er relevant med tanke på dagens ønske om å styrke tjenestetilbudet til personer med demens, og med et mål om å skape et mer demensvennlig samfunn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 7).

Siden medborgerskap innenfor demensfeltet er underteorisert, både når det gjelder forskning og praksis (Sund et al., 2022, s. 38). Håper jeg at denne studien kan være et kunnskapsbidrag på området, og som kan motivere til videre forskning.

Litteraturliste

Aldring og helse. (u.å.) *Personsentrert omsorg*. Hentet 21. april 2023 fra

<https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/personsentrert-omsorg/>

Baldwin, C. & Greason, M. (2016). Micro-citizenship, dementia and long-term care.

Dementia, 15(3), 289-303. <https://doi.org/10.1177/1471301216638762>

Bartlett, R. (2014). Citizenship in action: the lived experiences of citizens with dementia who campaign for social change. *Disability & Society*, 29(8), 1291-1304.

<https://doi.org/10.1080/09687599.2014.924905>

Bartlett, R. & O'Connor, D. (2010). *Broadening the Dementia Debate: Towards social citizenship*. The Policy Press.

Bartlett, R. & O'Connor, D. (2007). From personhood to citizenship: Broadening the lens for dementia practice and research. *Journal of aging studies*, 21(2), 107-118.

<https://doi.org/10.1016/j.jaging.2006.09.002>

Birt, L., Poland, F., Csipke, E. & Charlesworth, G. (2017). Shifting dementia discourses from deficit to active citizenship. *Sociology of health & illness*, 39(2), 199-211.

<https://doi.org/10.1111/1467-9566.12530>

Boje, T. P. (2017). *Civilsamfund, medborgerskab og deltagelse* (1.utg.) Hans Reitzels Forlag.

Brannelly, T. (2011). Sustaining citizenship: People with dementia and the phenomenon of social death. *Nursing ethics*, 18(5), 662-671. <https://doi.org/10.1177/0969733011408049>

Brooker, D. & Latham, I. (2016). *Person-centred Dementia Care: Making Services Better with the VIPS Framework* (2.utg.). Jessica Kingsley Publishers.

Brottveit, G. (2018). Den kvalitative forskningsprosessen og kvalitative forskningsmetoder. I G. Brottveit (Red.), *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder: om å arbeide forskningsrelatert* (1. utg., s. 84-106). Gyldendal Akademisk.

Brottveit, G. (2018). Hermeneutikk og vitenskap. I G. Brottveit (Red.), *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder: om å arbeide forskningsrelatert* (1. utg., s. 32-45). Gyldendal Akademisk.

Brottveit, G. (2018). Kritisk tekstlesing. I G. Brottveit (Red.), *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder: om å arbeide forskningsrelatert* (1. utg., s. 56-61). Gyldendal akademisk.

Brottveit, G. (2018). Om forskningsdesign. I G. Brottveit (Red.), *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder: om å arbeide forskningsrelatert* (1. utg., s. 62-73). Gyldendal akademisk.

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2021, 16. desember). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*.

<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>

Dys, S., Tunaliliar, O., Hasworth, S., Winfree, J. & White, D. L. (2022). Person-centred care practices in nursing homes: Staff perceptions and the organizational environment. *Geriatric Nursing*, 188-196. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.11.018>

Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018). Demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling* (1. utg., s. 14-28). Forlaget aldring og helse – akademisk.

Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018). Kognitive symptomer. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling* (1. utg., s. 29-41). Forlaget aldring og helse – akademisk.

Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018). Å leve med en demenssykdom. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling* (1. utg., s. 48-58). Forlaget aldring og helse – akademisk.

Fjetland, K. J., Gjermestad, A. & Lid, I. M. (2022). Lived citizenship for persons in vulnerable life situations: Theories and practices. I K. J. Fjetland, A. Gjermestad & I. M. Lid (Red.), *Lived citizenship for persons in vulnerable life situations: Theories and practices* (s. 9-25). Universitetsforlaget.

Fjørtoft, K. (2016). Rettferdighet som deltakelse på like vilkår. *Agora*, 33(2-3), 22-39.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1500-1571-2015-02-03-03>

Folkehelseinstituttet. (2021, 23. februar). *Demens*. Hentet 31. august 2022 fra
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>

Fossheim, H. J. (2015, 12. august). *Konfidensialitet*. De nasjonale forskningsetiske komiteene.

<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/personvern/konfidensialitet/>

Fraser, N. (2007). Re-framing justice in a globalizing world. I T. Lovell (Red.), *(Mis)recognition, Social Inequality and social Justice* (s. 89-105). Routledge.

Helsedirektoratet. (2022, 5. april). *Dette gjør Helsedirektoratet*. Hentet 24. november 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/dette-gjor-helsedirektoratet>

Helsedirektoratet. (2022, 27. april). *4. Personsentrert omsorg og behandling ved demens*. Hentet 24. november 2022 fra

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/personsentrert-omsorg-og-behandling-ved-demens#virksomheter-skal-etablere-rutiner-for-personsentrert-omsorg-og-behandling-til-personer-med-demens>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020, 2. desember). *Demensplan 2025*. regjeringen.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). Introduksjon til *samfunnsvitenskapelig metode* (5.utg.). Abstrakt forlag AS.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Gyldendal Akademisk.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg.). Universitetsforlaget.

Nedlund, A-C, Bartlett, R. & Clarke, C. L. (2019). Everyday Citizenship: A way to broaden our view of life with dementia. I A-C. Nedlund, R. Bartlett & C. Clarke (Red.), *Everyday Citizenship and People with Dementia* (s. 1-12). Edinburgh: Dunedin Academic Press.

Regjeringen. (2020, 2. desember). *Demensplan 2025*.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2025/id2788070/>

Rokstad, A-M. M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens* (1.utg.). Universitetsforlaget.

Rokstad, A-M. M. (2021). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens* (2.utg.). Universitetsforlaget.

Rokstad, A-M. M. & Røsvik, J. (2018). Personsentrert omsorg. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling* (1.utg., s. 300-314). Forlaget aldring og helse – akademisk.

Røsvik, J., Kirkevold, M., Engedal, K., Brooker, D. & Kirkevold, Ø. (2011). A model for using the VIPS framework for person-centred care for persons with dementia in nursing homes: a

qualitative evaluative study. *International journal of older people nursing*, 6(3), 227-236.

<https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2011.00290.x>

Scales, K., Bailey, S., Middleton, J. & Schneider, J. (2017). Power, empowerment, and person-centred care: using ethnography to examine the everyday practice of unregistered dementia care staff. *Sociology of Health & Illness*, 39(2), 227-243. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12524>

Sund, M., Hanisch, H. & Fjetland, K. J. (2022). Citizenship for persons with dementia in nursing homes: A literature review. I K. J. Fjetland., A. Gjermestad & I. M. Lid (Red.), *Lived citizenship for persons in vulnerable life situations: theories and practices* (s. 29-45). Universitetsforlaget.

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder* (3.utg.). Fagbokforlaget.

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder* (5.utg.). Fagbokforlaget.

Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder: i praksis* (2.utg.). Gyldendal Akademisk.

Ursin, G. (2017). Praktisering av medborgerskap: en studie av hverdagslivet til familier som lever med demens. *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 1(6), 436-452. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.18261/issn.2535-2512-2017-06-02>

Wyller, T. (2005). Dydsetikk, medborgerskap og sosial praksis. I S. Å. Christoffersen (Red.), *Profesjonsetikk: Om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker* (1.utg., s. 44-64). Universitetsforlaget.

Vil du delta i forskningsprosjektet

Å ivareta medborgerskapet for personer med demens.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å skape mer kunnskap om tjenesteyting i demensfeltet. Forskningsprosjektet er en del av masteroppgave i masterprogrammet medborgerskap og samhandling ved VID vitenskapelige høgskole, Stavanger.

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Forskningsprosjektet er en masteroppgave, en kvalitativ studie som legger vekt på tjenesteyting til personer med demens på sykehjem, personsentrert omsorg og medborgerskap. Formålet med denne studien er å bidra til å skape mer kunnskap om tjenesteyting i demensfeltet. I tillegg skal studien bidra til å fremme kunnskap om hvordan vi kan se personsentrert omsorg som en eventuell mulighet for at personer med demens kan oppnå en opplevelse av medborgerskap.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Kirsten Jæger Fjetland, VID Stavanger

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

I dette prosjektet blir helsefagarbeidere og sykepleiere som jobber på sykehjem spurt om å delta prosjektet. Dette er på grunn av at vi ønsker kunnskap om erfaringene til tjenesteytere som arbeider konkret med personsentrert omsorg

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i dette masterprosjektet, innebærer dette å delta i intervju. Intervjuene vil vare i ca. 30-40 minutter og vil foregå på din arbeidsplass, i arbeidstiden. Intervjuene kan også utføres på fritid om dette er ønskelig. Det er ønskelig med fokusgruppeintervju med ca. 2-3 deltakere. Om dette ikke er mulig, noe som er fullt forståelig, er individuelle intervju også fint.

Under intervjuet vil du bli spurt om spørsmål knyttet til praktisk tjenesteyting i arbeidshverdagen til personer med demens på sykehjem, personsentrert omsorg for personer med demens, samt noen spørsmål om medborgerskap for personer med demens. Det er ønskelig med lydopptak av intervjuene dersom du som deltaker tillater dette. Dette innebærer at data som samles inn fra intervjuene blir tatt opp på lydopptak og deretter transkribert. Dataen som kommer inn skal brukes for å besvare prosjektets problemstilling.

Jeg som student i masterprosjektet skal drive forsvarlig forskningspraksis, samt forholde meg til etiske retningslinjer. Helsefagarbeiderne og sykepleierne som deltar i masterprosjektet vil være helt anonyme.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Helsefagarbeidere og sykepleiere som deltar i prosjektet vil bli anonymisert under hele masterprosjektet, samt etter prosjektet. Det samme gjelder arbeidsplassen. Formidling og bruk av informasjon i prosjektet skal ikke føre til skade på deltakerne. Navn eller kontaktopplysninger vil bli erstattet med en kode, slik at du som helsefagarbeider eller sykepleier ikke blir gjenkjennelig. Data som innhentes i prosjektet vil kun bli brukt under masterprosjektet. Det er kun jeg som student i masterprosjektet og veileder som vil ha tilgang til lydopptak som blir utført i prosjektet. Opptakene vil i tillegg bli slettet når prosjektet er ferdig.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes når prosjektet er godkjent, prosjektslutt vil være i august 2023. Etter prosjektslutt vil alle personopplysninger være slettet. Fullført masterprosjekt som er anonymisert, og som ikke kan knyttes tilbake til personer eller arbeidsplass vil ikke slettes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra VID vitenskapelige høyskole Stavanger har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg

- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

VID vitenskapelige høyskole Stavanger
Prosjektansvarlig: Kirsten Jæger Fjetland

Vårt personvernombud:

Nancy Yue Liu, nancy.yue.liu@diakonhjemmet.no

Mobil: 0047 93856277

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Kirsten Jæger Fjetland
(Forsker/veileder)

Martine Strøm Dignes
(Master student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Å ivareta medborgerskapet for personer med demens» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Intervjuguide

Intervjuguide

Problemstilling:

«Hvordan opplever helsefagarbeidere og sykepleiere at personsentrert omsorg for personer med demens blir ivaretatt på sykehjem, og hvordan kan deres erfaringer tolkes i et lys av medborgerskap?»

Forskningsspørsmål:

- Hvordan beskriver og begrunner helsefagarbeidere og sykepleiere personsentrert omsorg i sin arbeidshverdag på sykehjem?
- Hvilke ressurser og utfordringer beskriver helsefagarbeidere og sykepleiere som viktige for å gjennomføre personsentrert omsorg?
- Hvordan forstår helsefagarbeidere og sykepleiere begrepet medborgerskap og hvilken betydning det kan ha for personer med demens?

Innledning

- Presentere meg selv.
- Informere om masterprosjektet, og hva intervjuet skal dreie seg om.
- Hva skal jeg gjøre med intervjuene.
- Forsikre deltakerne om at de blir anonymisert og data ikke skal kunne spores tilbake til dem eller deres arbeidsplass.
- Informere om lydopptak
- Forsikre deltakerne om at de har rett til å trekke seg når som helst i masterprosjektets pågang.
- Informere om hvor lenge intervjuet kommer til å vare.

Åpningsfase

- Utdannelse og arbeidstittel på sykehjemmet.
- Hvor lenge har du arbeidet på dette sykehjemmet?
- Hvor lang arbeidserfaring har du med demens?

Intervjuspørsmål

- Kan dere beskrive en vanlig arbeidsdag på sykehjemmet?
- Hva tenker dere når dere hører ordet personsentrert omsorg?
- Hvilke tiltak har arbeidsplassen/sykehjemmet for å ivareta personsentrert omsorg?
- Hva gjør dere for å ivareta personsentrert omsorg for personer med demens på sykehjemmet?
- Hva ser dere på som utfordringer for å ivareta personsentrert omsorg for personer med demens på sykehjemmet?
- Har praktiseringen av personsentrert omsorg endret seg på de årene dere har jobbet på sykehjem?
- Hva mener dere er fremtidige løsninger som kan bidra til å ivareta personsentrert omsorg på sykehjem?

- Hva tenker dere når dere hører ordet medborgerskap?
- Vil dere si at personsentrert omsorg kan ha betydning for at en person med demens ivaretar sitt medborgerskap?

Oppfølgingsspørsmål: Hvordan kan personsentrert omsorg ha betydning for at en person med demens kan ivareta sitt medborgerskap?

Avslutningsspørsmål

- Mener dere at temaet vi har snakket om er viktig for fremtidens demensomsorg og isåfall hvorfor?
- Er det noe mer du tenker er viktig å få frem for å belyse erfaringer med personsentrert omsorg på sykehjem?

Vedlegg 3: Godkjenning NSD



<https://meldeskjema.sikt.no/>

[Meldeskjema](#) / [Å ivareta medborgerskapet for personer med demens](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer
395622

Vurderingstype
Standard

Dato
25.10.2022

Prosjekttittel

Å ivareta medborgerskapet for personer med demens

Behandlingsansvarlig institusjon

VID vitenskapelige høyskole / Fakultet for helsefag / Fakultet for helsefag Sandnes

Prosjektansvarlig

Kirsten Jæger Fjetland

Student

Martine Strøm Dignes

Prosjektperiode

05.10.2022 - 15.08.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 15.08.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!