



# Bachelorgradsoppgave

Å være kompetent.

(Being competent.)

Nødvendigheten av samlet profesjonell kompetanse for å yte god omsorg for personer med demens.

(The necessity of overall professional competence to provide quality care for people with dementia.)

Forfatter: Bente Norum

VPD310

Bachelorgradsoppgave i Vernepleie deltid.

Helsefag

Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2015



**HINT**

## **SAMMENDRAG**

Antall personer med demens vil øke i årene fremover. At det er manglende fagkunnskap blant fagfolk, gjør at helse- og omsorgstjenesten står overfor betydelige utfordringer for å yte god kvalitet på omsorgen av personer med demens.

Formålet med oppgaven er å belyse ulike kunnskaper man kan benytte for å fremme god omsorg for personer med demens på tilrettelagte avdelinger. For å belyse de ulike kunnskapen har jeg brukt forskningsartikler som er basert på kvalitative metoder for å registrere funn som omhandler ulike kompetanser. Faglitteratur og nettressurser har også blitt brukt for å drøfte de ulike funnene.

Hovedfunnene i forsknings- og litteraturstudien viser at ulike teoretiske kunnskaper, personlige kompetanser og yrkesspesifikke ferdigheter er nødvendig for å yte god omsorg for personer med demens. Den viser også at kvaliteten på omsorgen er avhengig av helsepersonell sin samlede profesjonelle kunnskap.

## **SUMMARY**

Number of people with dementia will increase in future years. That there is a lack of expertise among professionals, makes health and care services face significant challenges in order to provide good quality of care of people with dementia.

The purpose of the study was to examine various skills they can use to promote good care for people with dementia on personalized divisions. To illuminate the different knowledge I have used research articles based on qualitative methods to record findings concerning various competencies. Scientific literature and online resources has also been used to discuss the various findings.

The main findings in research and literature study shows that different theoretical knowledge, personal skills and professional skills necessary to provide quality care for people with dementia. It also shows that the quality of care depends on health care professionals their overall professional knowledge.

# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1</b>	<b>INNLEDNING .....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>PROBLEMSTILLING.....</b>	<b>5</b>
2.1	KONKRETISERING AV PROBLEMSTILLING.....	5
2.2	PROBLEMSTILLINGENS AKTUALITET .....	6
2.3	AVGRENSNINGER .....	7
2.4	BEGREPSAVKLARINGER .....	7
2.4.1	DEMENS .....	7
2.4.2	GOD OMSORG.....	9
2.4.3	KOMPETANSE.....	9
<b>3</b>	<b>PROFESJONELL KOMPETANSE.....</b>	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>METODE .....</b>	<b>12</b>
4.1	LITTERATURSTUDIE.....	13
4.2	METODEKRITIKK.....	14
4.3	FORFORSTÅELSE.....	15
4.4	FORSKNINGSETIKK .....	16
<b>5</b>	<b>PRESENTERE FUNN .....</b>	<b>16</b>
<b>6</b>	<b>DRØFTING.....</b>	<b>17</b>
6.1	<b>HVILKEN TEORETISK KUNNSKAP TRENGER HELSEPERSONELL FOR Å SIKRE GOD OMSORG FOR PERSONER MED DEMENS .....</b>	<b>18</b>
6.1.1	Kunnskap om aktuelt lovverk.....	18
6.1.2	Kunnskap om etikk/makt.....	18
6.1.3	Kunnskap om demens.....	19
6.1.4	Kunnskap om atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens. ....	20
6.1.5	Kunnskap om pasientens grunnleggende behov.....	21
6.2	<b>HVILKE YRKESSPESIFIKKE FERDIGHETER TRENGER HELSEPERSONELL FOR Å SIKRE GOD OMSORG FOR PERSONER MED DEMENS .....</b>	<b>23</b>
6.2.1	Bruk av personsentrert omsorg.....	23
6.2.2	Bruk av sosialisering, stimulering eller fysisk aktivitet. ....	23
6.2.3	Utforming og tilrettelegging av miljøet. ....	24
6.2.4	Observasjonsferdigheter.....	25
6.2.5	Kommunikasjonsferdigheter og relasjonsbygging.....	26
6.2.6	Kartlegging av livshistorie og samhandling med pårørende. ....	27
6.3	<b>HVILKEN PERSONLIG KOMPETANSE TRENGER HELSEPERSONELL FOR Å SIKRE GOD OMSORG FOR PERSONER MED DEMENS .....</b>	<b>29</b>
6.3.1	Personlige egenskaper: Væremåte, holdninger, verdier og normer.....	29
6.3.2	Reflektering eller økt bevissthet på handlinger/ikke handlinger.....	31
6.3.3	Krativitet, engasjement, tilstedeværelse, fleksibilitet og kontinuitet. ...	31
<b>7</b>	<b>OPPSUMMERING.....</b>	<b>33</b>
<b>8</b>	<b>AVSLUTNING.....</b>	<b>35</b>
	<b>Litteraturliste.....</b>	<b>36</b>
	<b>Vedlegg .....</b>	<b>38</b>

Antall ord: 9 470

# 1 INNLEDNING

Jeg har etter siste års praksis fått en stor interesse for eldreomsorgen slik den praktiseres i dag. Min tredje og siste praksis ble gjennomført ved en skjermet dementavdeling, noe som gjorde valg av tema for bacheloroppgaven enkel. Mitt eget ønske om å tillegne meg mest mulig kunnskap innenfor demensomsorgen, gjorde at jeg under praksis var levende opptatt av hvordan personalet utførte omsorgen for de som bodde der. Oppgavens tema ble derfor; *Hvilken kompetanse er nødvendig for å yte god omsorg?* Temaet er ikke bare relevant for meg som vernepleier, men for alle som yter bistand til eldre personer med demens.

En annen grunn for min interesse for eldreomsorgen/demensomsorgen er min egen alder. Jeg nærmer meg med stormskritt 50 år, noe som gjør at jeg kritisk vurderer hvordan omsorgen ytes i dag. Spørsmål som dukker opp er; Hvordan og av hvem ønsker jeg selv bli behandlet av når den tid kommer? Hva slags kompetanse ønsker jeg at helsepersonell skal inneha for å kunne hjelpe meg på best mulig måte?

Formålet med min forskning er å belyse ulike kunnskaper man kan benytte for å fremme god kvalitet på omsorgen av personer med demens på en tilrettelagt avdeling. For å finne svar på problemstillingen min ønsker jeg ikke å produsere ny kunnskap, men gå i dybden på den kunnskapen og forskningen som allerede eksisterer. Dette for å øke min egen forforståelse og faglig kompetanse, og for å kunne spre den kunnskapen jeg tilegner meg videre i arbeidslivet.

Et annet mål med denne oppgaven er å få gjennomført min siste individuelle skriftlige oppgave i vernepleiestudiet. I følge Dalland (2007:265) er altså mitt formål todelt. På den ene siden den faglige siden, problemstillingen jeg har et personlig engasjement for, samtidig som jeg har et krav fra utdanningen som må gjennomføres.

Jeg valgte som utgangspunkt å følge ”Veiledning for akademisk skriving ved Hint” til oppgavens oppbygging. Har etter flere veiledninger flyttet litt frem og tilbake på kapitler for at oppgaven skal bli mest mulig systematisk og lettlest.

I innledningen sier jeg noe om bakgrunn for valgt tema og om formålet med undersøkelsen min. I kapittel 2 er problemstillingen med tilhørende underspørsmål. Problemstillingens aktualitet og avgrensninger er også beskrevet. Helt til slutt i dette

kapittelet har jeg en avklaring av begreper som er brukt i problemstillingen. I kapittel 3 har jeg utdypet hva profesjonell kompetanse omhandler. Metoden eller fremgangsmåten som jeg sier noe om i kapittel 4 omhandler punktene; litteraturstudie, metodekritikk, for forståelse og forskningsetikk. I kapittel 5 presenterer jeg funnene i min forskning. Drøfting av underspørsmål og problemstillingen min har jeg nedtegnet i kapittel 6. Her har jeg under hver delemne reflektert over drøftingen. Oppsummering av drøftingen har jeg under kapittel 7 og avslutning av oppgaven er i kapittel 8.

## 2 PROBLEMSTILLING

Jeg har valgt følgende problemstilling:

**“Hvilken kompetanse trenger helsepersonell for å sikre god omsorg for personer med demens?”**

Jeg har valgt å bruke Skau (2012) sin kompetansetrekant for å konkretisere kompetanse ut i fra flere aspekter. Skau mener begrepet kompetanse kan deles inn i tre aspekter:

- Teoretisk kunnskap.
- Yrkesspesifikke ferdigheter.
- Personlig kompetanse.

Jeg vil gå nærmere inn på denne måten å dele opp profesjonell kompetanse i kapittel 3.

### 2.1 KONKRETISERING AV PROBLEMSTILLING

Ut i fra disse tre aspektene over, har jeg valgt å konkretisere problemstillingen med disse tre underspørsmålene;

- Hvilken **teoretisk kunnskap** trenger helsepersonell for å sikre god omsorg for personer med demens?
- Hvilke **yrkesspesifikke ferdigheter** trenger helsepersonell for å sikre god omsorg for personer med demens?

- Hvilken **personlig kompetanse** trenger helsepersonell for å sikre god omsorg for personer med demens?

## 2.2 PROBLEMSTILLINGENS AKTUALITET

I følge Helse og Omsorgsdepartementet (Ssb.no), Demensplan 2015 (Den gode dagen), er demenssykdommene fortsatt preget av uvitenhet, skyld og tabubelagte forestillinger. Det er manglende kunnskap om demens både blant fagfolk og i samfunnet for øvrig. En av de største omsorgsutfordringene vi står overfor er økt levealder og endret alderssammensetning i befolkningen (Ssb.no).

Det er mange årsaker til at valgt problemstilling og underspørsmål er aktuell. For meg er det spesielt tre grunner som taler for aktualiteten for problemstillingen.

Først vil jeg nevne problematikken rundt det å ha demens, dette vil si konsekvensene for den enkelte og utfordringene dette gir i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Demenssykdommen og den påfølgende funksjonsvikten gjør at mennesker med demens utover i syksomsforløpet blir avhengig av kontinuerlig hjelp.

For det andre handler dette om levealderen som generelt øker, noe som tilsier at antall personer med demens vil øke. Statistisk sentralbyrås nettside (Ssb.no), Forventet levealder ved fødselen (2014), skriver at i løpet av de siste 25 årene har den forventede levealderen i Norge økt med om lag 6,3 år for menn og 3,8 år for kvinner. Forventet levealder for menn er nå 79,7 år, mens den for kvinner er 83,6 år. Endringer i forventet levealder kan indirekte si noe om befolkningens helse og levekår, om kvaliteten i helsetjenesten, medisinsk utvikling samt endringer i befolkningens levevaner og livskvalitet. At vi lever lenger er en positiv utvikling, men representerer også på sikt store utfordringer med tanke på antall personer med demens som vil øke (Ssb.no).

For det tredje har dette temaet hatt stor samfunnsmessig interesse de siste årene. Fjorårets tv-aksjon hadde fokus på demensomsorgen og innsamlede midler skal i følge nettsiden til Nasjonalforeningen for folkehelse (2015), brukes til ulike forskningsprosjekter. Det har blant annet blitt besluttet å bevilge 36 millioner til et eget demensprogram. Demensprogrammet skal bygge broer mellom forskning som

ser på årsaker til sykdommen og forskning på behandlingsmulighetene. Målet er å øke den generelle kunnskapen om risikofaktorer, årsakssammenhenger, forebyggende tiltak, diagnostiske metoder og behandlingsmuligheter (Nasjonalforeningen.no).

### **2.3 AVGRENSNINGER**

Jeg har avgrenset denne forskningen slik at oppgaven omhandler eldre personer som bor på avgrensede demensavdelinger. Dette fordi jeg vil finne ut hvordan vi som helsepersonell kan yte faglig god bistand ved kontinuerlig pleie. Det er forskjellige typer av demens som er representert ved disse avdelingene, og jeg har valgt å ta utgangspunkt i en generell forståelse av demens av moderat eller alvorlig grad.

Min oppgave baseres på nyere norsk forskningsartikler og litteratur.

### **2.4 BEGREPSAVKLARINGER**

I oppgavens besvarelse har jeg brukt ordet institusjon, og jeg veksler mellom å bruke personer med demens eller pasienter slik det passer best for å få flyt i teksten. Jeg bruker også betegnelsen helsepersonell om omsorgsyterne.

I denne delen vil jeg gi en beskrivelse av begrepet demens, graden av demens og de ulike demenstypene. Jeg ønsker også å belyse begrepet god omsorg samt god kompetanse.

#### **2.4.1 DEMENS**

Demens er i følge Berentsen (2008) en hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenking og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å mestre dagliglivets aktivitet. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid (Berentsen 2008).

I følge Helsedirektoratet (Helsedirektoratet.no), hvor ICD-10 klassifiseringssystemet er gjengitt, defineres demens som et syndrom som skyldes sykdommer etter skader som primært påvirker hjernen, som vanligvis er av kronisk eller progressiv karakter.



Skaden kan kjennetegnes ved svikt i kognitive funksjoner som hukommelse, orientering, evne til å oppfatte og tenke, innlæring, språk, regning og dømmekraft. Den kognitive svikten er ledsaget av svikt i emosjonell kontroll, sosial atferd, endret personlighet eller motivasjon. For å få diagnosen forlanges det at den kognitive svikten, spesielt den reduserte hukommelsen, har ført til tap av evne til å utføre dagliglivets aktiviteter, eller påvirker det sosiale livet (Helsedirektoratet.no).

I en demensavdeling er tilstanden av demens som oftest av moderat eller alvorlig grad, og behovet for kontinuerlig pleie eller tilsyn er nødvendig.

I følge Berentsen (2008) er moderat grad av demens en fase hvor pasienten i økende grad mister taket på tilværelsen. Hukommelsen er dårlig og det samme er evnen til å løse problemer. Følelsen av å miste taket på tilværelsen gjør at mange får angst og depresjon, psykotiske symptomer, hallusinasjoner eller generell uro. Noen reagerer også med sinne. Daglige gjøremål som påkledning, matlaging og klesvask blir vanskelig (Berentsen 2008).

Alvorlig grad av demens er en fase da pasienten har så dårlig hukommelse at han bare kan huske deler av opplevelser fra tidlig i livet. Personen husker ikke hvem han er i familie med. Evnen til å orientere seg i tid, sted og situasjon er borte, og ordforrådet er begrenset. Det samme gjelder evnen til å forstå verbal kommunikasjon. Kontinuerlig tilsyn og pleie er nødvendig (Berentsen 2008).

I følge Berentsen (2008) er det vanlig å dele demenssykdommen inn i tre hovedgrupper:

1. Degenerative hjernesykdommer. Dette er sykdommer hvor hjernecellene går til grunne litt etter litt. Eks: Alzheimers sykdom, Pannellappsdemens, Parkinsons sykdom med demens, Lewy legeme sykdom med demens eller andre.
2. Vaskulær demens. Dette er demens som følge av sykdom i hjernens blodårer. Eks: Hjerneslag eller andre skader i hjernens blodårer.
3. Sekundær demens. Dette er andre hjernesykdommer som fører til demens. Eks: Alkoholmissbruk, vitaminmangel, infeksjoner, hodeskader, hjernesvulst med flere (Berentsen 2008).

### **2.4.2 GOD OMSORG**

I forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (Lovdata.no), står det at tjenesteytingen skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.

Bergland & Moser (2013) skriver at tilbudet skal ha god kvalitet og at de eldres situasjon skal ivaretas ved at de sikres tilfredsstillende av behov, nødvendig behandling av helseproblemer, trygghet, et godt bomiljø, gode relasjoner, gjøremål og et bredt spekter av aktiviteter som gir mening for den enkelte.

I følge Holm og Huseby (2015) er det overordnede målet for god omsorg at den syke skal hjelpes til et verdig liv, og et liv som kan leves med best mulig livskvalitet. Respekt, verdighet og personsentrert omsorg er nøkkelord som de beskriver på god omsorg. Helsepersonells kunnskap og påfyll av kunnskap blir også fremhevet.

I Stortingsmelding nr. 10 (2013-2014), God kvalitet – trygge tjenester, vektlegges det at kvalitetsarbeid må være en integrert del av det daglige arbeidet, og at det er viktig å utvikle en kultur for kvalitetsarbeid. Det setter krav til både leders og ansattes kompetanse, og til en kontinuerlig faglig utvikling. Bergland og Moser (2013) henviser til både stortingsmelding nr. 10 og nr. 16, når de skriver at offentlige dokumenter vektlegger at utvikling og forbedring av kvalitet innenfor helsetjenester, forutsetter at det skjer kontinuerlig læring og faglig utvikling.

### **2.4.3 KOMPETANSE**

Rokstad (2012) mener at kompetanse omfatter både kunnskaper, ferdigheter og holdninger og har både en relasjonell, kontekstuell og funksjonell dimensjon. Hun fremhever at det å være kompetent innebærer at personer i et faglig fellesskap både har kunnskaper og evner til å omsette disse til praktisk handling rettet mot spesifikke funksjoner og oppgaver.

Skau (2012) fremhever at det å være kompetent betyr at man er skikket eller kvalifisert for det man gjør.

I følge Rokstad og Smebye (2008) vil kompetanse i demensomsorgen innebære kunnskap-i-handling. Utviklingen av kunnskap forutsetter refleksjoner over de handlingene vi gjør. Kunnskapen kan deles i tre nivåer;

- Viten-i-handling som innebærer å vite hva man skal gjøre. Det kan være ubevisst, spontant, basert på rutiner og uten bevisst overveielse.
- Refleksjon-i-handling som innebærer at vi stiller oss selv spørsmål og gir oss selv svar, parallelt med det vi gjør.
- Refleksjon-over-handling som innebærer en gjennomgang og revurdering av egne handlinger i ettertid (Rokstad og Smebye 2008).

### **3 PROFESJONELL KOMPETANSE**

Skau (2012), mener det er viktig i vårt samfunn å være profesjonell da dette også forbindes med å være kompetent. Skau påpeker at det å være profesjonell brukes både til å uttrykke at bestemte handlinger skjer som yrkesutøvelse og til å si noe om handlingers kvalitet.

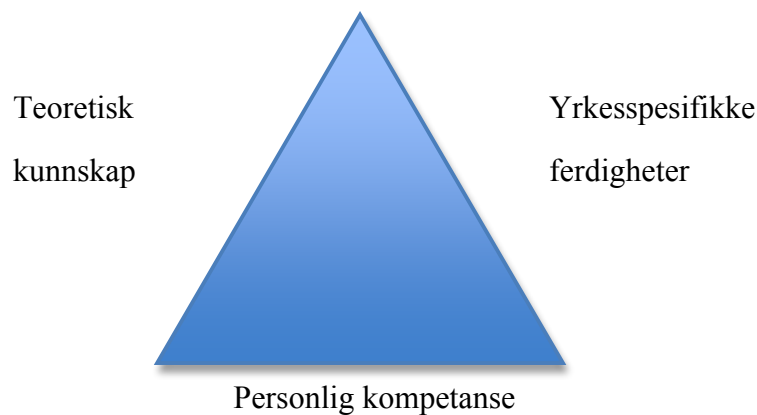
Nilsen m.fl (2007) beskriver profesjonell handlingskompetanse ved hjelp av fem hovedelementer: Yrkesrelevante kunnskaper, yrkesrelevante ferdigheter, yrkesrelevant kontroll over ytre betingelser, yrkesidentiteter og yrkesrelevant handlingsberedskap. Profesjonell dreier seg blant annet om å utvikle kompetanser som er relevant for å løse faglige oppgaver. Å bli profesjonell er et resultat av relevant utdanning, praksis og personlige forutsetninger (Nilsen m/fl. 2007).

Jeg har som nevnt i kap. 2.1 valgt å konsentrere meg om Skau sin modell for profesjonalitet (kompetansetrekanten), da dette er en modell jeg har blitt kjent med gjennom utdannelsen.

Flere har valgt denne måten å dele opp kunnskapen i tre ulike dimensjoner som vist ovenfor. I følge Karlsson og Oterholt (2015) hevdet Aristoteles at det fantes tre grunnleggende former for kunnskap: Erfaringsbasert kunnskap, praktisk kunnskap og teoretisk kunnskap. Karlson og Oterholt hevder også at kunnskap kan deles opp i disse tre formene. De fremhever at disse formene er like viktige og likeverdige. De mener videre at det er nødvendig at hver yrkesprofesjon har relevant teoretisk

kunnskap, og at den praktiske kunnskapen handler om hvordan den teoretiske kunnskapen finner sine uttrykk i handling – og omvendt. Den erfaringsbaserte kunnskapen mener de viser helheten mellom den teoretiske og praktiske kunnskapen (Karlsson og Oterholt 2015).

Dette er ikke så ulikt måten Skau (2012:58-62) deler opp det å være profesjonell kompetent. Skau mener den består av tre aspekter:



*fig. 1 Samlet profesjonell kompetanse (Skau 2012:59)*

De tre aspektene henger nøye sammen, er avhengig av hverandre og påvirker hverandre. De kommer til uttrykk samtidig, men med ulik tyngde. De utgjør i den forstand en helhet i våre handlinger mener Skau (2012).

En fagperson som har utviklet de ulike sidene av sin kompetanse til en balansert helhet, kan bruke både hodet, hjertet og hendene i sin yrkesutøvelse. Fagpersonen er også i stand til å bedømme når det er på sin plass å bruke de ulike sidene av kompetansen (Skau 2012).

I følge Skau (2012) kan de ulike aspektene forklares slik:

### TEORETISK KUNNSKAP

*Teoretisk kunnskap* består av faktakunnskaper og allmenn forskningsbasert viten. Kjennskap til faglige begreper, modeller og teorier er en del av denne kunnskapsformen, så vel som lover og regler som regulerer de ulike fagområdene. Teoretisk kunnskap er upersonlig og allmenn. Den kan være bearbeidet, utenat lært, dyptgående eller overfladisk, helhetlig eller fragmentarisk (Skau 2012).

### YRKESSPESIFIKKE FERDIGHETER

*Yrkesspesifikke ferdigheter* omfatter praktiske ferdigheter, teknikker og metoder som særpreger bestemte yrker. Kunnskapsformen er overveiende praktisk, teknisk og metodisk. Også her inngår kunnskap, men denne kunnskapsformen er av praktisk eller teknisk/metodisk art. Innenfor en alternativ kunnskapstradisjon ser man på kunnskap og handling som en helhet, hvor kunnskapen kommer til uttrykk i handlingen (Skau 2012).

### PERSONLIG KOMPETANSE

*Personlig kompetanse* handler om hvem vi er som personer, både overfor oss selv og i samspillet med andre. Det handler også om hvem vi lar andre være i møtet med oss, og hva vi har å gi på det menneskelig plan. Den er en unik kombinasjon av menneskelige kvaliteter, egenskaper, holdninger og ferdigheter som vi mer eller mindre tilpasser ulike profesjonelle sammenhenger (Skau 2012).

## **4 METODE**

Samfunnsvitenskapelig metode handler om hvordan vi skal gå fram for å få fram informasjon om den sosiale virkeligheten. Hvordan denne informasjonen skal analyseres og hva den forteller oss om samfunnsmessige forhold og prosesser. Det handler om å samle inn, analysere og tolke data. (Johannessen m/fl. 2010).

Dalland (2007) viser til Tranøy som definerer metode som en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremstilles med kravet om at de skal være sanne, gyldige eller holdbare.

#### 4.1 LITTERATURSTUDIE

Denne oppgaven er basert på litteratur- og forsknings-studie, som er en kvalitativ metode. De kvalitative metodene tar i følge Dalland (2007:82) sikte på å fange opp meninger og opplevelser, som ikke lar seg tallfeste eller måle.

I følge Johannessen m.fl. (2010) er det som regel fire måter å samle inn kvalitative data på. Intervjuer med åpne spørsmål, direkte observasjoner, skrevne bøker som brev og dagbøker eller lyd- og bildematerialer.

Min oppgave er basert på fortolkning av nyere norsk forskning, samt litteratur som er av nyere data. Utvelgeskriterier jeg har satt i min søking etter forskning har vært; Norske forhold, god omsorg for eldre personer med demens, hvor kompetansen blant helsepersonell har vært vesentlig. Dette for å kvalitetssikre at forskningen er relevant for problemstillingen.

Til å begynne med gjorde jeg usystematiske søk i forhold til valgt tema, da jeg ikke hadde tilrettelagt litteratursøket grundig nok. Etter en veiledningstime med spesialbibliotekar ved Hint systematiserte jeg søkene mine bedre.

Gjennom avansert litteratursøk i Bibsys brukte jeg ”*demen\**” som hovedsøkeord.

”\*” er et trunkeringstegn, som gjør at søk på ”*demen\**” gir treff på demens, dement, demensomsorg etc.

”*Demen\**” ble etterfulgt av søkeord som omsorg, ”god omsorg”, eldre\*, kompetanse\*, kunnskap, institusjon, sykehjem, helse\*, miljøbehandling, miljø\* og livskvalitet, uavhengig av hverandre. Dette for å avgrense søket eller oppgradere det for å finne relevant forskning eller litteratur. Avgrensningen av en del søk med: siste fem år, gjorde søket mer relevant for nyere forskning. Se vedlegg 1: *Plan for systematisk søk*.

Min ferdighet i engelsk er etter min egen vurdering ikke god nok til å lese og forstå engelsk språklige artikler. Dette har nødvendigvis begrenset min forskning på utenlandske publikasjoner. I tillegg erfarte jeg at mange norske forskere også skriver

sine forskningsartikler på engelsk. Med bakgrunn i dette tok jeg kontakt med Aldring og Helse for å søke råd og tips for hva jeg skulle gjøre. Jeg sendte med opplysninger om problemstillingen slik at svar skulle være relevant for mine søk etter forskningsartikler og litteratur. Etter svar fra Aldring og helse hvor jeg fikk gode råd, søkte jeg mer systematisk på artikler og bøker som ble anbefalt av dem. Noen hadde jeg allerede funnet mens noen måtte jeg få tilsendt i etterkant. Jeg har brukt de fleste artiklene og bøkene som ble anbefalt av Aldring og helse.

## 4.2 METODEKRITIKK

For å vurdere metoden er det to krav som stilles til data som samles inn. Begrepene *reliabilitet* og *validitet* blir brukt i denne sammenhengen.

I følge Johannessen m.fl. (2010) er reliabilitet fra det engelske ordet *reliability* som betyr pålitelighet. Reliabilitet knytter seg til nøyaktigheten av undersøkelsens data, hvilken data som brukes og måten den samles inn på. Begrepet validitet er fra det engelske ordet *validity* som betyr gyldighet.

Dalland (2007) påpeker at metoden som blir brukt skal gi troverdig kunnskap. Det betyr at kravene til validitet og reliabilitet må være oppfylt. Data må ha relevans og være gyldig for det problemet som undersøkes. Datainnsamling må gjøres korrekt og eventuelle feilmarginer må oppgis.

Som nevnt ovenfor har jeg brukt Aldring og Helse sin kompetanse for å finne litteratur og forskning som er relevante for problemstillingen. Dette mener jeg styrker påliteligheten og gyldigheten av mine dokumentasjoner og drøftinger.

Ved at jeg har brukt 10 forskningsartikler med ulike infallsvinkler, med Skau sine tre aspekter for profesjonell kompetanse i bakhodet, mener jeg at funnene skal være relevant for min problemstilling og tilhørende underspørsmål. I forhold til problemstillingen velger jeg å tro at dette er den beste måten for å søke og finne relevant svar.

Jeg har valgt å se bort fra intervju av pårørende og helsepersonell på grunn av oppgavens omfang. Demenssykdommens konsekvenser og symptomer vanskeliggjør naturligvis muligheten til å få informasjon fra personen selv.

I forhold til valg av litteraturbøker for å drøfte funnene mine har jeg brukt forfattere som er anerkjente og faglig kompetente. Jeg er klar over at det finnes mye relevant litteratur og forskning utover det jeg har benyttet i denne besvarelsen.

### 4.3 FORFORSTÅELSE

I følge Dalland (2007) har vi alltid fordommer eller vår forforståelse med oss i en undersøkelse;

*” En fordom er en dom på forhånd, det betyr at vi allerede har en mening om et fenomen før vi undersøker det. Vi kan prøve å møte fenomenet så forutsetningsløst som mulig, men vi kan ikke unngå at vi har tanker om det. Det er det vi kaller forforståelse. ”*

I følge Engedal og Haugen (2006) har sykdommen demens hatt forskjellig navn opp gjennom tidene. Begreper som ofte blir brukt i dag er: ”å gå i barndommen”, ”å bli rørete”, ”senil”, ”sløvsinn” eller ”åreforkalket”.

Etter utdanning og praksis har min forforståelse forandret seg betraktelig. Jeg har lært at det er viktig å se personen med demens som en person med følelser, rettigheter, ønsker og med en livshistorie som preger denne personen. Faglig kunnskap om de ulike demenssykdommene, hvordan de påvirker hjernen, og hvilke atferdsmessig og psykiske symptomer som er påvirket av sykdommen, var vesentlig kunnskap for å kunne forstå de enkeltes atferd og behov for omsorg.

Forforståelsen mener jeg kan ha to funksjoner. Den kan gi næring og styrke til oppgaven, men den vil også virke negativt dersom man blir for opptatt av sin egen forforståelse og ikke evner å se ny forståelse og nye perspektiv. Det er derfor viktig å være åpen for andre synspunkter og at det finnes flere måter å betrakte og vektlegge ting på, slik at man ikke betrakter sitt eget syn som den eneste sannhet. Jeg ønsker å legge til side min egen forforståelse for å se hva forskning belyser i forhold til hvilken kompetanse vi som helsepersonell trenger, for å yte god omsorg til personer med demens.



#### **4.4 FORSKNINGSETIKK**

Forskningsetikk handler om planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning på en måte som ivaretar personvern og som sikrer troverdige forskningsresultater.

Forskningen skal ikke påføre informantene skade eller belastning og deres rett til integritet og velferd skal bli ivaretatt. (Dalland 2007).

Jeg har valgt ut forskningsartikler som belyser at disse etiske spørsmålene er ivaretatt.

Se vedlegg 2: *Forskning og fagartikler*.

### **5 PRESENTERE FUNN**

Funn i forhold til kompetanse eller kunnskap som trengs i demensomsorgen har jeg delt inn i teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse.

Som tidligere nevnt går disse tre aspektene litt over i hverandre, men jeg har valgt å dele dem inn som beskrevet nedenfor.

Teoretisk kunnskap:

1. Kunnskap om aktuelt lovverk er registrert i 3 av 10 rapporter.
2. Kunnskap om etikk/makt er registrert i 2 av 10 rapporter.
3. Kunnskap om demens er registrert i 8 av 10 rapporter.
4. Kunnskap om atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens er registrert i 5 av 10 rapporter.
5. Kunnskap om pasientens grunnleggende behov (fysiske og psykiske) er registrert i 5 av 10 rapporter.

Yrkesspesifikke ferdigheter

1. Bruk av personsentrert omsorg er registrert i 7 av 10 rapporter.
2. Bruk av sosialisering, stimulering eller fysisk aktivitet er registrert i 7 av 10 rapporter.
3. Utforming og tilrettelegging av miljøet er registrert i 5 av 10 rapporter.
4. Observasjonsferdigheter er registrert i 7 av 10 rapporter.
5. Kommunikasjonsferdigheter og relasjonsbygging registrert i 7 av 10 rapporter.

6. Kartlegging av livshistorie og samhandling med pårørende er 3 av 10 rapporter.

Personlig kompetanse:

1. Personlige egenskaper: Væremåte, holdninger, verdier og normer er registrert i 6 av 10 rapporter.
2. Reflektering eller økt bevissthet på handlinger/ikke handlinger er registrert i 6 av 10 rapporter.
3. Kreativitet, engasjement, tilstedeværelse, fleksibilitet og kontinuitet er registrert i 6 av 10 rapporter.

Jeg har valgt å fokusere på alle registrerte funn som viktige, fordi ulike metoder og verktøy er brukt som vinkling i forskningsartiklene. Se vedlegg 2, hvor de ulike forskningsartiklene er nedtegnet og viser hensikten med forskningen. Ved gjennomgang av forskningen har jeg valgt å fokusere på elementer som omhandler kompetanser, ferdigheter og kunnskap.

## **6 DRØFTING**

For å belyse problemstillingen min har jeg delt opp drøftingsdelen med underspørsmålene jeg beskrev i kapittel 2.1. Underspørsmålene drøftes hver for seg med inndelinger som er registrert som funn i kapittelet over. I underpunkt 6.1 drøftes hvilken teoretisk kunnskap helsepersonell trenger for å sikre god omsorg for personer med demens. I underpunkt 6.2 drøftes hvilke yrkesspesifikke ferdigheter helsepersonell trenger for å sikre god omsorg for personer med demens. Drøfting av hvilken personlig kompetanse helsepersonell trenger for å sikre god omsorg for personer med demens, er oppført under kapittel 6.3.

Jeg har som avslutning på hvert underkapittel valgt å ta med refleksjoner over de ulike drøftingene for å oppsummere.

## **6.1 HVILKEN TEORETISK KUNNSKAP TRENGER HELSEPERSONELL FOR Å SIKRE GOD OMSORG FOR PERSONER MED DEMENS**

### **6.1.1 Kunnskap om aktuelt lovverk.**

Helsepersonell sin profesjonsidentitet, rolleforståelse og evne til å løse oppgaver krever kunnskap om lover, regelverk og juridisk kompetanse (Karlson og Oterholt 2015).

I følge Engedal og Haugen (2006) reguleres Helse- og sosialtjenesten i kommunen i hovedsak i Lov om helsetjenester i kommunen og Lov om sosiale tjenester. Det er en rekke forskrifter som er hjemlet i disse lovene, som gir rammer for hva som er lov og ikke lov, og hvilke plikter vi har i helse- og omsorgstjenesten. I tillegg til disse lovene kommer Pasientrettighetsloven, Helsepersonelloven, straffelovens paragrafer om nødrett, nødverge og omsorgsplikt. Regelverket forutsetter at helsepersonell har ansvar for å gi et forsvarlig tilbud til alle som har krav på omsorgstjenester. Lover og forskrifter er stadig i endring, og helsepersonell er selv ansvarlig for å holde seg oppdatert (Engedal og Haugen 2006).

### **6.1.2 Kunnskap om etikk/makt.**

Samuelson (2006) skriver at ut i fra helsepersonell sin faglige posisjon er det personalet som er den mektige. Hvis vi ikke er bevisst vår makt i rollen som pleiere, kan den lettere misbrukes. Det å være bevisst at makt alltid er tilstede, er sentralt i omsorgen hevder hun.

Berentsen (2008) skriver også at det i utgangspunktet er en ubalanse i maktforholdet mellom pasient og helsepersonell. Det å reflektere over pasientens kommunikasjon gjennom språk, kroppsspråk, ansiktsuttrykk og blick er derfor viktig for å forstå hva pasienten vil eller ikke vil.

Jakobsen (2007) beskriver maktforholdet på en annen måte. Han mener at helsepersonell sin bevissthet rundt handlingsvalg i hjelperollen vil være avgjørende for om valgene blir samhandling eller maktmisbruk.

I følge Berentsen (2008) er etiske problemstillinger noe helsepersonell møter daglig. I enheter med mange ansatte er det ofte ulike holdninger til hvordan problemene skal løses. Forfatteren påpeker at etisk refleksjon mellom helsepersonell i avdelingen kan gi svar på hvorfor aktuelle avgjørelser blir tatt og hvordan de blir gjennomført. Dette er avgjørelser som gjenspeiler ivaretagelse av respekten og verdigheten for den enkelte pasient (Berentsen 2008).

Både Berentsen (2008) og Rokstad og Smebye (2008) fremhever at etisk refleksjon er nødvendig for at helsepersonell skal kunne avgjøre hva som er pasientens egentlige vilje.

Vik (2015) påpeker at faglig forsvarlig hjelp handler om å møte enkeltmennesker behov på en måte som er faglig og etisk riktig. Forfatteren skriver at dette handler om at helsepersonell har tid og rom til å ta i bruk kunnskap om å skape tillit, og i samhandling med pasienten utvikle et grunnlag for handling.

### **6.1.3 Kunnskap om demens.**

Holm og Husebø (2015) mener det er nødvendig å stille korrekt demensdiagnose for å kunne yte adekvate omsorgstilbud og behandling overfor en person med demens. De fremhever at diagnosen først og fremst utløser rettigheter om hjelp, men at diagnosen også er viktig for helsepersonell for å kunne forstå pasientens atferd og behov for hjelp og aktivisering. Helsepersonell må kontinuerlig lære å ta den syke personens perspektiv for å kunne yte god omsorg og medisinsk behandling (Holm og Husebø 2015).

Berentsen (2008) fremhever denne kunnskapen som grunnleggende nødvendig for å kunne kartlegge funksjonsnivå. Denne kartleggingen skal bidra til at helsepersonell får tilstrekkelig kunnskap til å planlegge, gjennomføre og evaluere tiltak. Dette for å gi pasienten riktig trening og kompetent omsorg og pleie.

Rokstad i Krüger (2006) mener også at denne kunnskapen er nødvendig for å få en forståelse av atferden til personer med demens. En avklaring av type demens vil være

avgjørende av forståelsen av atferdsendringene og ikke minst for de miljøtiltak som må settes inn i behandlingen.

#### **6.1.4 Kunnskap om atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens.**

I følge Ingebretsen i Krüger (2007) vil alle sykdommer som kan gi demens, kunne medføre følelsesmessige endringer. De hyppigste forandringene er tristhet og andre depressive symptomer, følelsesmessig labilitet, angst, økt tendens til irritabilitet og sinne, som av og til kan føre til aggressiv atferd. Aggressjon er det vanligste forvaret for frykt og angst. Det kan ikke hevdes at aggressiv atferd er bevisst for å skade helsepersonell og kan derfor ikke betraktes som voldelige. Aggressiv atferd kan betraktes som en måte å kommunisere på. (Ingebretsen i Krüger 2007).

Jakobsen (2007) mener også at det er en utbredt oppfatning at forståelsen av atferdsendringer må knyttes til et forsøk på kommunikasjon fra pasientens side. Forfatteren fremhever også at ukontrollert atferd kan virke forsterkende dersom de ikke blir møtt med forståelse, skjerming eller grensesetting fra helsepersonells side.

Moksnes i Krüger (2007) skriver at avdelingen må ha god kompetanse til å behandle utfordrende atferd og ulike psykiske symptomer. Han fremhever også nødvendigheten av å forstå atferd og ha et bredt spekter av behandlingstilbud. Et godt tilrettelagt tilbud vil kunne forebygge psykiske og atferdsmessige komplikasjoner i følge forfatteren.

Cohen-Mansfield i Brooker (2013) har dokumentert på en overbevisende måte at såkalt utfordrende atferd er en respons på at individuelle og sosiale behov hos personer med demens ikke er dekket. Forfatteren har også vist til at hendelser med fysisk aggresjon ofte kan bli fremprovosert av hvordan de ansatte henvender seg til personen.

Utfordrende atferd ved demens kan i tillegg til hjerneorganiske årsaker ha sammenheng med psykologiske reaksjoner, somatisk sykdom og ulike miljøfaktorer. God miljøbehandling og riktig medisinerings i akutte faser av sykdommen forkorter og demper alvorlige symptomer på utfordrende atferd (Haugen 2009).

### **6.1.5 Kunnskap om pasientens grunnleggende behov.**

Brooker (2013) henviser til Kitwoods måte å illustrere psykologiske behov til personer med demens. Disse behovene illustreres ved hjelp av en blomst med overlappende kronblader, der sentrum av blomsten var kjærlighet som han mente var det sentrale behovet. Helsepersonell som har evnen til å vise kjærlighet til menneskene de har omsorg for, gjør det de kan for at andre skal trives hevder Brooker (2013). Det er ikke naturlig for alle å vise denne typen kjærlighet, men ved å se på behovene som personen har, kan de fleste finne måter å dekke disse behovene på. Behovene som blir fremhevet av Brooker er: trøst, tilknytning, inkludering, beskjeftigelse og identitet (Brooker 2013).

Jakobsen (2007) viser også til Kitwoods måte å definere kjærlighet som det sentrale behov. Omsorgstjenestene har i sin teoretisering gjerne operert med fire behovsområder; *fysiske behov, psykologiske behov, åndelige behov og behov for en verdig død*. Begrunnelsen for en slik katalogisering ligger i ønsket om et helhetlig tilbud hvor alle elementer ivaretas. Forfatteren fremhever pasientens fysiske behov og særlig grunnleggende behov som hygiene, ernæring og eliminasjon, fordi dette kan være vanskelig å ivareta for pasienten selv (Jakobsen 2007).

#### **Refleksjon over teoretisk kunnskaper:**

Lovverket med tilhørende forskrifter sier noe om hvilke plikter helsepersonell har, og om hva som er lov eller ikke lov. Jeg vil fremheve Lov om pasientrettigheter, kapittel 4A som veldig sentral i demensomsorgen, noe som også har gjenspeilet seg i flere av forskningsrapportene og ikke minst i faglitteraturen jeg har gjennomgått. Formålet med loven er sikre nødvendig helsehjelp, forebygge ytterligere skade og begrense tvang. Tvang og makt er sentrale begreper i demensomsorgen. Min drøfting viser at bevisstgjøring av helsepersonell sin maktposisjon og refleksjoner over pasientens uttrykksmåter er viktig for å forstå hva pasienten vil eller ikke vil. Slik sett vil dette være med på å begrense tvang.

I enkelte situasjoner kan det være riktig å bruke tvang for å gi nødvendig og god omsorg, men jeg velger å ikke utdype dette nærmere, da dette er et omhandler et tema som krever mye plass. Kunnskap om lovverk bør være der som et rammeverktøy for å regulere hvordan omsorgen skal tilrettelegges på en forsvarlig måte.

Kunnskap om etikk er viktig. Etske problemstillinger har sjelden noen fasitsvar, men litteraturen viser at etisk refleksjon kan være et godt verktøy for å avgjøre hva som er pasientens egentlige vilje.

Avdelingsleder ved avdelingen jeg hadde praksis, krevde at helsepersonellet skulle faglig begrunne avgjørelser og tiltak som ble iverksatt. Denne måten å dokumentere på, gjorde at vi som personal måtte ta i bruk egen kompetanse, for å begrunne de ulike avgjørelser som ble tatt. Det ble også reflektert over bakgrunnen for hendelsene som oppstod. Kravet om faglige begrunnelser fra avdelingsleder gjorde at refleksjoner ofte ble gjort i samarbeid med annet helsepersonell. Dette medførte at erfaringer fra flere med ulik kompetanse ble sammenfattet for å kunne gi en god faglig begrunnelse på hvordan ulike avgjørelser og tiltak skulle iverksettes.

Litteraturen viser at kunnskap om demens er viktig for å forstå atferd, kartlegge funksjonsnivå, og sette i verk nødvendige tiltak i behandlingen. Kunnskap om atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens er viktig for å kunne forebygge utfordrende atferd. Utfordrende atferd og atferdsendringer kan være en respons på at individuelle og sosiale behov ikke er dekket, et forsøk på å kommunisere, et forsvar for frykt og angst, psykologiske reaksjoner, somatisk sykdom eller andre miljøfaktorer.

Av egen erfaring vet jeg at personer med demens som blir plassert i tilrettelagte avdelinger, ikke alltid har fått stilt en diagnose. Det kan være forskjellige grunner for det. Helsepersonell som har god kunnskap om demens, kunnskap om atferdsmessige og psykiske symptomer og kunnskap om grunnleggende behov, kan tilrettelegge for behandling eller tiltak som gir god omsorg. Dette til tross for manglende diagnose.

## **6.2 HVILKE YRKESSPESIFIKKE FERDIGHETER TRENGER HELSEPERSONELL FOR Å SIKRE GOD OMSORG FOR PERSONER MED DEMENS**

### **6.2.1 Bruk av personsentrert omsorg.**

I følge Rokstad (2014) er personsentrert omsorg et begrep som på en måte er selvforklarende. Noen forstår det alene som individualisert omsorg, mens andre ser på det som et bredt verdigrunnlag. Andre ord som også blir brukt er pasientsentrert, klientsentrert eller individualisert omsorg skriver hun.

Rokstad (2014) og Brooker (2013) henviser begge til en moderne definisjon av personsentrert omsorg som beskriver fire hovedelementer:

- Verdsatte personen med demens. Rettigheter og krav skal ivaretas uavhengig av alder og kognitiv funksjon.
- Individuell tilnærming som vektlegger det unike hos hver enkelt pasient.
- Evnen til å forstå verden fra personens perspektiv.
- Etablering av et støttende sosialt miljø som støtter personens psykologiske behov.

Disse fire hovedelementene blir omtalt som VIPS-rammeverket. Dette rammeverket er utformet for å hjelpe helsepersonell til å tenke systematisk igjennom utfordringer knyttet til det å gi personsentrert omsorg. Det kan også brukes som et verktøy for å evaluere hvordan helsepersonell utfører arbeidet. (Brooker 2013).

Rokstad (2012) viser til Chenoweth m/fl. (2009) og Sloane m/fl. (2004) sin forskning, som viser at miljøbehandling basert på personsentrert omsorg kan gi redusert forekomst av aggresjon og uro.

### **6.2.2 Bruk av sosialisering, stimulering eller fysisk aktivitet.**

Det er flere former for aktiviteter som kan brukes som stimuli eller sosialisering i demensomsorgen. De kan i følge Berentsen (2008) inndeles i to former. Vanlige, daglige aktiviteter som opprettholder egenomsorgen. Eller sosiale, fysiske og mentale aktiviteter som sang, verbal og non-verbal kommunikasjon, spill, dans, turgåing,



kryssordløsning, vedhogst, skiturer, hagearbeid og mye mer. Hun presiserer at de fleste aktivitetene er en blanding av sosiale, fysiske og mentale aktiviteter, samt at alle er nødvendige for at dagene skal føles innholdsrike og gi mening. Hun påpeker at bevisst bruk av aktiviteter fra helsepersonell sin side som viktig, men at det bør foregå på en så enkel måte som mulig, for at pasienten skal føle at han har kontroll. For mange stimuli mener hun kan føre til at pasienten mister oversikten, som igjen kan føre til forvirrelse og redsel (Berentsen 2008).

Engedal og Haugen (2006) skriver at stimulering og aktivitet er en forutsetning for at mennesker skal fungere normalt, både mentalt og fysisk. Erfaringer viser at initiativ og deltakelse fra helsepersonell er avgjørende. Engedal og Haugen (2006) påpeker at tiltakene bør ta utgangspunkt i interesser og vaner fra tidligere i livet, slik at pasientene ikke blir feilstimulert.

Brooker (2013) skriver at kjedsomhet og mangel på meningsfylte aktiviteter er svært vanlig i institusjonsomsorgen for eldre, og særlig for personer med demens. Forfatteren påpeker også at individuell vurdering og analyse av personene som nødvendig for å tilpasse aktiviteter og beskjeftigelse til hver enkelt. Kognitiv funksjon, evne til deltakelse, livshistorie, personlighet og nåværende interesse er områdene man bør sette søkelyset på (Brooker 2013).

Vik (2015) er også av den oppfatning at individuell vurdering og kartlegging av ressurser er nødvendig for å tilpasse aktiviteter. Forfatteren skriver at erfaringer viser at alle eldre uansett sykdom og funksjon, både kan og har mulighet for å delta i mange gjøremål og aktiviteter, men at denne muligheten i stor grad avhenger av hvor dyktige helsepersonell er til å kartlegge ressurser og iverksette tiltak basert på denne kunnskapen. Tiltakene må være koblet til de interessene og vanene den enkelte har, eller har hatt (Vik 2015).

### **6.2.3 Utforming og tilrettelegging av miljøet.**

I følge Holthe i Krüger (2007) kan det fysiske miljøet tilrettelegges for å kompensere for fysisk skrøpelighet og kognitiv svikt, noe som også vil gi tryggere rammer i hverdagen. Boenheten skal kompensere svikten, fremme selvstendighet og personens identitet og støtte selvfølelse. Den skal også være lett å orientere seg i, ha adekvat

grad av stimuli, være en god arbeidsplass for helsepersonell og ønske familie og lokalsamfunn velkommen. Orienterbarhet, hjemlighet, sikkerhet og trygghet er stikkord helsepersonell kan ha i bakhodet ved tilrettelegging. (Holthe i Krüger 2007).

Engedal og Haugen (2006) fremhever at hvis omgivelsene vi tilbyr ikke er oversiktlige og entydige, vil det frata pasienten anledningen til å nytte ressurser som fortsatt er intakt. De mener også at små boenheter med stabilt personale, et oversiktlig fysisk miljø som har vektlagt erfaringer og minner fra langt tilbake i tid, gir en større sjanse til å bruke intakt gjenkjenning.

Jakobsen (2007) mener at hjemlighet spiller en vesentlig rolle i hvor trygge vi er som mennesker, da det er der selvet er utviklet, livshistorien skapt og har rotfeste. Hjemmet knyttes til sted, personlige opplevelser av rom, eiendeler og minner. Hun påpeker at alt dette er truet ved en demenssykdom, men kan reetableres ved at helsepersonell skaper avdelinger som bygger opp rundt de gode kjennetegnene på et hjem.

#### **6.2.4 Observasjonsferdigheter.**

Helsepersonell kan finne mye indirekte informasjon om personer med demens sin opplevelser og sinnsstemning ved å studere atferden. Hva gjør personen glad, trist eller tilfreds? Hvilke samtaleemner eller gjøremål virker stimulerende? Hva skjer forut for situasjoner som skaper uro og utagering?

Slike observasjoner kan som oftest helsepersonell nyttiggjøre seg bedre hvis de har kunnskap om mennesket, aldringsprosessen og demensutviklingen. (Solheim 2009).

Brooker (2013) fremhever kartleggingsverktøyet Dementia Care Mapping (DMC) som er godt verktøy for å lære seg strukturert observasjonsteknikk. Dette for å hjelpe helsepersonell til å være oppmerksomme og observere grundigere. Han beskriver DMC som et seriøst forsøk på å innta perspektivet til personen med demens ved å bruke en kombinasjon av empati og observasjonsferdigheter.

### **6.2.5 Kommunikasjonsferdigheter og relasjonsbygging.**

En viktig dimensjon i demensomsorgen er kommunikativ kompetanse. Dette kan forstås som evnen og vilje til å forstå signaler fra personer med demens, inkludert både språklig og kroppslig kommunikasjon. (Wogn-Henriksen i Krüger 2007).

Den demensrammedes sykdom utvikler seg gradvis, og i følge Sejerøe-Szatkowski (2008) skjer det samme med kommunikasjonsevnen. Kroppsspråket og mimikken får derfor en større betydning som uttrykksmiddel. Hun påpeker at helsepersonell som ønsker å være i stand til å kommunisere med den demensrammede må utvikle sterk bevissthet på egen bruk av kroppsspråk og mimikk (Sejerøe-Szatkowski 2008).

Dette er noe Brooker (2015) også hevder i sin faglitteratur. I og med at personer med demens er så avhengig av ikke-verbal kommunikasjon, legger de fort merke til om det helsepersonell formidler verbalt, stemmer overens med det de formidler ikke-verbalt. Han påpeker også at det å pleie relasjoner ikke er avhengig av verbale evner. Når evnen til verbal kommunikasjon forsvinner blir varm og aksepterende menneskelig kontakt viktigere enn noen gang. (Brooker 2013).

Solheim (2009) påpeker at når helsepersonell sender ut andre kroppslige signaler enn det som sies, kalles det en dobbeltkommunikasjon. Dobbeltkommunikasjon skaper utrygghet og angst hos pasienten. Det hjelper derfor lite at helsepersonell sier mange fine og snille ord, hvis kroppsspråket sier noe annet. Pasienten har en intellektuell svikt men ikke en følelsesmessig svikt (Solheim 2009).

Wogn-Henriksen i Krüger (2006) skriver at all kommunikasjon rommer både et innholdsaspekt (hva som kommuniseres) og et relasjonsaspekt (hva den sier om forholdet mellom de som kommuniserer). Kommunikasjonsferdigheter og relasjonsbygging har derfor en sammenheng. Forfatteren presiserer at å dyktiggjøre seg i kommunikasjon er en livslang læringsprosess, men en ytterst meningsfull prosess, både for helsepersonell og for personen med demens.

Kommunikasjonen er det som gir næring til relasjoner. God kommunikasjon skaper fortrolighet, beriker oss og gjør oss til bedre mennesker. Å nå inn til et menneske som

blitt betegnet som utilgjengelig på grunn av langt framskreden demens, er en sjelsettende opplevelse (Rokstad 2014).

Karlsson og Oterholt (2015) skriver at det er nødvendig å ha relasjonskompetanse for å bygge gode og virksomme relasjoner til pasienter. Det krever kjennskap til og kunnskap om hva som skal og bør være kvaliteten i relasjonen. De beskriver profesjonell relasjonskompetanse som; evnen til å se den enkelte på dens egne premisser, avstemme sin egen atferd uten å gi avkall på lederskapet, og evnen til å være ekte i kontakten. Viktige egenskaper hos en som har relasjonskompetanse er i følge forfatterene, at en kjenner seg selv og har utviklet en evne til å forstå den andres opplevelse av det som skjer i samspillet. For å bygge gode relasjoner må hjelperen by på seg selv. Som helse-, sosial- og velferdsarbeider er det avgjørende å vise engasjement for jobben og faget sitt (Karlsson og Oterholt 2015).

#### **6.2.6 Kartlegging av livshistorie og samhandling med pårørende.**

Pårørende til omsorgstrengende eldre blir, med rette, ofte omtalt som en ressurs av Holm og Husebø (2015). De mener at ressurs kan forstås som en tilgjengelig kilde til forsyninger som kan skape goder eller ha nytteverdi. Etter flytting til institusjon blir mye av pleie og omsorg overlatt til helsepersonell og fordi pårørende er opptatt av den hjelpetrequendes ve og vel, er det viktig å ta deres erfaringer på alvor. Holm og Husebø (2015) påpeker at dette vil styrke samarbeidet mellom helsepersonell og pårørende, slik at forholdene kan bli best mulig tilrettelagt for pasienten.

Solheim (2009) skriver at siden den aldersdemente ofte kan ha vansker med å meddele informasjon om seg selv, må helsepersonell se det som en del av sin jobb å innhente bakgrunnsinformasjon fra dem som kjenner den aldersdemente best. Hun mener at på bakgrunn av innhentet informasjon blir det vesentlig enklere å forstå sammenhenger med personens atferd og kommunikasjon.

Livshistorien er menneskets egen fortelling, den finnes det bare en av, skriver Jakobsen (2007). I demensomsorgen er kjennskap til den enkeltes livshistorie avgjørende for et individuelt tilpasset omsorgstilbud. Å være hovedpersonen i eget liv er nødvendig for opplevelse av selvbildet og identitet. Ved å gi god omsorg til

personer med demenssykdom fordres det at denne typen kunnskap blir brukt aktivt i hverdagssituasjoner, i samhandlingen mellom helsepersonell og den enkelte pasienten (Jakobsen 2007).

Granholt (2007) fremhever at forutsetningen for gode øyeblikk er at vi får til samhandling. For å klare dette, må vi sette oss inn i pasientens fortid. Vi må bringe kunnskap om pasientens historie inn i samhandlingen. Dette vil styrke pasientens identitet og bidra til økt livskvalitet. God kontakt med pårørende og bruk av bakgrunnsopplysninger er til god hjelp i dette arbeidet skriver hun.

### **Refleksjon over yrkesspesifikke ferdigheter:**

I praksis erfarte jeg at individuelt tilrettelagt omsorg er nødvendig i jobben med personer med demens. Som beskrevet i begynnelsen av dette kapittelet kan personsentrert omsorg forstås som individuell omsorg.

Å ta i bruk personsentrert omsorg som praksis ved en institusjon, handler om å verdsette mennesker med demens, yte individuell tilpasset omsorg, bestrebe seg for å forstå personen med demens sitt perspektiv og legge til rette for et støttende sosialt miljø. Denne omsorgsfilosofien er med i de fleste av punktene jeg har drøftet i dette kapittelet. Personsentrert omsorg kan i dette tilfellet forstås som en metode man kan jobbe utifra.

Litteraturen viser at bruk av sosialisering, stimulering eller fysisk aktivitet er nødvendig for at dagene skal føles innholdsrike og gi mening, og en forutsetning for at mennesker skal fungere normalt, både mentalt og fysisk. Personer med demens er avhengige av helsepersonell sine ferdigheter til å vurdere og kartlegge ressursene for å tilrettelegge for aktiviteter.

Utforming og tilrettelegging av miljøet skal kompensere for fysisk skrøpelighet og kognitiv svikt, samtidig som det fremmer selvstendighet og styrker personens identitet og støtter selvfølelse. Det fysiske miljøet bør også vektlegge erfaringer og minner fra langt tilbake i tid, eller det som kjennetegner et hjem for den enkelte. Helsepersonell skal kunne tilrettelegge en avdeling som er oversiktlig, entydig og orienterbar, og ikke minst en avdeling hvor pasienten føler seg trygg og sikker.

Kommunikasjonsferdigheter og observasjonsferdigheter er praktiske ferdigheter helsepersonell kan opparbeide seg gjennom erfaringer eller tilegne seg gjennom forskjellige kommunikasjonsverktøy og observasjonsverktøy. Drøftingen viser at dette er vesentlig i omsorgen for å skape gode relasjoner. For å skape gode relasjoner viser drøftingen at det viktig å tilegne seg informasjon om personens livshistorie.

Bakgrunnsinformasjon og erfaringer om pasientens fortid er viktig for å forstå sammenhengen med pasientens atferd og kommunikasjon, og ikke minst avgjørende for å tilrettelegge for individuelt tilpasset omsorg. Litteraturen viser også disse momentene er viktig for at pasienten skal få styrket sitt eget selvbilde og identitet, noe som kan bidra til økt livskvalitet.

I praksis ble jeg oppfordret til å lese hver enkelt pasient sin livshistoriekartlegging. Det ble også påpekt at dette var ”puggestoff”. Informasjonene jeg tilegnet meg gjennom kartleggingen brukte jeg aktivt for å komme i kontakt med pasientene. Informasjonen gjorde at jeg klarte å kommunisere med hver enkelt og i mange tilfeller skapte det en god stemning som medførte en god relasjon.

### **6.3 HVILKEN PERSONLIG KOMPETANSE TRENGER HELSEPERSONELL FOR Å SIKRE GOD OMSORG FOR PERSONER MED DEMENS**

#### **6.3.1 Personlige egenskaper: Væremåte, holdninger, verdier og normer.**

I følge Samuelsen (2005) er egne holdninger, forutinntatthet, egne antakelser, verdier, generaliseringer, oppfatninger av seg selv, av verden eller av andre, tro, forventninger og fordommer, personlige egenskaper som alle er i besittelse av. De kan synliggjøres når vi blir stresset, føler avmakt eller reagerer spontant. Forfatteren skriver også at det er de verdiene som vi tar for gitt og som vi ikke spør etter begrunnelser for. Verdiene ligger på det ubevisste nivået vårt. For at helsepersonell skulle kunne foreta justering av egen atferd, mener forfatteren det er viktig å være bevisst hva som gjør at de sier, mener eller oppfører seg slik de gjør. Hvis helsepersonell har et fokus på seg selv og den andre, og merker at tilnærmingen ikke er hensiktsmessig, kan man ved hjelp av

økt bevissthet ta et aktivt valg. Man kan justere sin egen væremåte og muligens få en endret respons tilbake. (Samuelsen 2005)

Granholt (2007) fremhever likeverdige menneskesyn som en viktig egenskap som må være til stede hos helsepersonell. Det er pasienten som er rammet av en sykdom og trenger støtte for å mestre hverdagen, men som mennesker er vi likeverdige. En grunnleggende respekt for det enkelte menneske er en holdning hun trekker fram som vesentlig (Granholt 2007).

I følge Karlsson og Oterholt (2015) bringer helsepersonell med seg verdier, kunnskaper, holdninger og forståelse i møtet med pasienter. Dette danner basis for samhandlingen. Kan også forstås som en erfaringsbasert kunnskap som ikke befinner seg i tilknytning eller i teoretiske modeller, men gjennom erfaringer som setter seg i kroppen og uttrykker seg på en bestemt måte. Karlsson og Oterholt (2015) mener at hver enkelt helsepersonell har en forpliktelse til å reflektere over hvordan egen personlighet påvirker faglige valg, verdier og handlinger.

Vik (2015) henviser til flere undersøkelser som beklageligvis har vist at særlig helsepersonell har et negativt syn på eldre og aldring. Det kan ha en sammenheng med at helsepersonell møter eldre som er skrøpelig og trenger tjenester. Alle som klarer seg selv, trenger sjelden helsepersonell. Forfatteren mener helsepersonell står i fare for å generalisere sine erfaringer til å gjelde alle eldre. Det kan synes som om helsepersonell har en tendens til ikke å vurdere den enkeltes behov som individuelt men henviser til tiltak som kommunen tilbyr. Tiltakene som presenteres er ofte knyttet til å behandle den syke kroppen og sykdommen, utrede funksjon og funksjonsnedsettelse. Lite sies om hvordan helsepersonell kan stimulere den enkelte til fortsatt deltakelse. Vik (2015) påpeker viktigheten av at helsepersonell er klar over at holdninger som dette, gjør noe med måten de opptrer overfor personer med demens.

### **6.3.2 Reflektering eller økt bevissthet på handlinger/ikke handlinger.**

Jakobsen (2007:) mener det er vesentlig at helsepersonell har som mål å sette seg inn i den enkeltes livsverden og historie. Hun skriver videre at dette er viktige kunnskaper når handlinger skal velges.

Samuelsen (2006) mener alle kan ha mange fine hensikter eller intensjoner for å gi god omsorg til personer med demens. Noen ganger slår de heldig ut, og andre ganger ikke. Refleksjoner over handlinger vil være med på å se hvilke konsekvenser ulike beslutninger har for hver enkelt pasient. Samuelsen (2006) skriver også at det forventes av helsepersonell at de reflekterer kritisk over konsekvensene eller effektene av de handlingene de selv eller annet personal på avdelingen utfører.

I følge Granholt (2007) er erfaring fra demensarbeid verdifullt. Det finnes ingen fasitsvar på hvordan man skal løse alle de ulike utfordringene som oppstår. Det er derfor viktig med en kontinuerlig vurdering av hele situasjonen og handle ut i fra dette. Forfatteren påpeker også viktigheten av å sette av tid for reflektering over hendelser som skjer og at dette er en effektiv måte for å formidle fagkunnskap videre (Granholt 2007).

### **6.3.3 Kreativitet, engasjement, tilstedeværelse, fleksibilitet og kontinuitet.**

Det er viktig at helsepersonell er fysisk til stede ved avdelingen, samtidig som det er viktig at de hele tiden er mentalt tilstede. Dette for at de skal være fokusert på å observere signaler fra pasienter som krever deres tilstedeværelse. Helsepersonell må klare å analysere pasientenes behov for støtte på tross av ulike uttrykksformer (Granholt 2007).

Karlsson og Oterholt (2015) skriver at for å bygge relasjoner må helsepersonell by på seg selv. De skriver at som helsepersonell er det avgjørende å vise engasjement for jobben og faget sitt. De skriver at å like jobben sin og ha stolthet for det man gjør, medvirker til at pasienten får et inntrykk av helsepersonell som en som vil og kan, og som en man kan stole på (Karlsson og Oterholt 2015).



I følge Skau (2012) trenger vi nye kunnskaper, men vi trenger også bestemte personlige egenskaper, ferdigheter og innsikter. Smidighet og omstillingsevne, evne til å ta gode valg under stress, verdibevissthet og utholdenhet. Det holder ikke å gjøre en jobb vi er bedt om å gjøre. En god omsorgsyter bør inneha egenskaper som selvstendighet, evne til kritisk tenkning, være kreativ og initiativrik (Skau 2012).

### **Refleksjon over personlig kompetanse:**

Personlig kompetanse er i følge Skau (2012) ikke noe man enten har eller ikke har. Det er vanskelig å beskrive, tar lang tid å utvikle, gjenspeiles i liten grad i våre vitnemål, men har stor betydning for kvaliteten på arbeidet helsepersonell gjør.

Beklageligvis viser flere undersøkelser at helsepersonell har et negativt syn på eldre og aldring. Disse holdningene gjør noe med måten helsepersonell opptrer på. Ut i fra mine verdier og erfaringer fra personsentrert omsorg, vil det kunne være vanskelig å være en god omsorgsyter når man har et negativt syn på livets siste fase. Engasjement og stolthet for jobben, som Karlsson og Oterholt omtaler i sin bok, vil i min utøvelse av rollen som omsorgsyter bli vektlagt

Ved å kvalitetsvurdere seg selv i forhold til personlige egenskaper ville flere blitt mer bevisst over hvordan egen personlighet påvirker omsorgen. I litteraturen påpekes nødvendigheten av å reflektere over egne personlige egenskaper for å justere sin egen væremåte, fordi egen personlighet påvirker faglige valg, verdier og handlinger.

Reflektering over personlige egenskaper er sånn sett viktig, men helsepersonell trenger også å reflektere over handlinger og ikke handlinger. Refleksjoner over handlinger vil være medvirkende til å se hvilke konsekvenser eller effekter dette gir for hver enkelt pasient. Refleksjoner i samhandling blant helsepersonell, påpekes som en effektiv måte å formidle fagkunnskap videre på. Slik sett kan refleksjoner ha positiv effekt både på helsepersonell sin kompetanse og pasientens hverdag.

Jeg kjente mye på min egen utilstrekkelighet og hjelpeløshet i mine første uker i praksis. Omsorgen av demente krevde mye av meg som person, noe jeg ikke var helt forberedt på. Slutten av praksisperioden opplevdes for meg som en god periode. Jeg følte meg mer rolig når problemer eller hendelser oppstod. Eller retttere sagt jeg følte meg mer kompetent til å ta egne avgjørelser og stå for de valgene jeg tok. Ved denne

avdelingen var det satt av tid til refleksjoner i slutten av arbeidsdagen. Det var stort handlingsrom i disse samlingene, og både observasjoner og erfaringer ble diskutert og delt. Dette var viktige samtaler som jeg hadde stort utbytte av, og som gjorde at jeg forstod utviklingen av meg selv som viktig.

I forhold til kreativitet, engasjement, tilstedeværelse, fleksibilitet og kontinuitet, er det viktig at helsepersonell er fysisk og mentalt til stede ved avdelingen, for å kunne observere signaler fra pasientene. Det påpekes også at en god omsorgsyrer bør inneha egenskaper som selvstendighet, evne til kritisk tenking, være kreativ og initiativrik.

For å ta meg selv som et eksempel var min kompetanseøkning grunnlaget for at jeg selv følte meg mer rolig og avslappet i den daglige omsorgen. Fra å være nesten handlingslammet når hendelser oppstod, ble jeg mer selvstendig og brukte kreativiteten for å avlede eller få oppmerksomhet fra pasientene. Jeg avsluttet praksisen med en god følelse av å være nyttig i omsorgen av personene ved avdelingen. Økt kunnskap for meg skapte en følelse av mestring, noe som ga meg selvtillit og trygghet i fagutøvelsen.

## **7 OPPSUMMERING**

I denne delen ønsker jeg å besvare problemstillingen: *Hvilken kompetanse trenger helsepersonell for å yte god omsorg for personer med demens?*

I drøftingsdelen har jeg belyst ulike kompetanser helsepersonell trenger for å yte god omsorg. Litteraturen viser at helsepersonell samlede profesjonelle kompetanse er avhengig av ulike teoretiske kunnskaper, forskjellige yrkesspesifikke ferdigheter og personlige kompetanser. Disse tre aspektene henger nøye sammen, er avhengig av hverandre, og utgjør en helhet i helsepersonell sine handlinger og tilnærminger.

For å utdype dette, har jeg valgt å bruke kommunikasjon med personer med demens som et eksempel. For å forstå signaler fra personer med demens, må man være fysisk og mentalt tilstede ved avdelingen og ikke minst ha vilje og evne til å se signaler. Dette handler om personlig kompetanse. Man må også bruke yrkesspesifikke ferdigheter for observere signalene. Teoretisk kunnskap om hvilken demenstype

vedkommende har, og hvilken atferdsmessig og psykiske symptomer dette gir, trenger man for å kunne tolke signalene. For å konkludere dette eksemplet ser man nødvendigheten av de ulike formene for kompetanse for å kunne forstå kommunikasjonen fra personer med demens.

Helsepersonell som har utviklet de ulike sidene av sin kompetanse til en balansert helhet, kan bruke både hodet, hjertet og hendene i sin yrkesutøvelse (Skau 2012). De er også i stand til å bedømme når det er på sin plass å bruke de ulike sidene av kompetansen.

Litteraturen viser at god omsorg sier noe om kvaliteten på omsorgen helsepersonell yter, og at kvaliteten er avhengig av helsepersonell sin samlede profesjonelle kompetanse. Personer med demens er helt avhengig av at helsepersonell har samlet profesjonell kompetanse slik at pasienten skal få omsorg som kan være til hjelp for et verdig liv, og som kan leves med best mulig livskvalitet.

I offentlige dokumenter vektlegges det at utvikling og forbedring av kvalitet, forutsetter at det skjer kontinuerlig læring og faglig utvikling.

Skau (2012:53) understøtter dette godt gjennom å uttale:

*”Den som ønsker å være attraktiv på dagens og morgendagens arbeidsmarked, trenger å være villig til stadig å innhente kunnskaper, opparbeide seg nye ferdigheter og utvikle seg videre som person. Morgendagen tilhører de lærende, ikke de lærde”.*

Flere tema er relevant i forhold til oppgavetittelen, og punktene nedenfor er noen av temaene jeg ville ha utdypet om tid og ressurser hadde strukket til:

- Ledelsens tilrettelegging for kompetanseøkning i avdelinger hvor personer med demens bor.
- Kunnskaper om somatisk helse, bruk av legemidler og virkninger det har på personer med demens.
- Samarbeid og samhandling med andre etater, for eksempel spesialisthelsetjenesten.

## 8 AVSLUTNING

Å skrive denne bacheloroppgaven har vært en krevende og utfordrende prosess, men også en spennende reise som har gitt meg flere erfaringer, opparbeidet min forforståelse og utviklet meg som fagperson og omsorgsyter.

Jeg må også innrømme at jeg til tider har følt på å være lite produktiv, i form av tid som er brukt til gjennomgang av mange litteraturbøker, forskningsartikler og nettsider, samt å ha skrevet ting som jeg i ettertid har forkastet. Mulig noe av dette handler om å ikke være nok konsentrert, men jeg velger å tro at det å skrive en bacheloroppgave medfører både feiling og prøving før man har et ferdig produkt.

Formålet med oppgaven har vært å belyse ulike kunnskaper man kan benytte for å fremme god omsorg for personer med demens på en tilrettelagt avdeling. Ved å benytte forskningsartikler som er basert på kvalitative metoder, mener jeg at dette er belyst. Forskningen ga mange resultater på ulike teoretiske kunnskaper, forskjellige yrkesspesifikke ferdigheter og personlige kompetanser, som er nødvendig i omsorgen av personer med demens. Resultatet på forskningen viser nødvendigheten av at helsepersonell har utviklet de ulike sidene av sin kompetanse til en balansert helhet, slik at de fremstår som profesjonelle.

Kompetansetrekanten er et nyttig verktøy som kan jeg velger å ta med meg videre i min yrkesaktive karriere. Til daglig jobber jeg innenfor psykisk helse, men ser at ved bruk av kompetansetrekanten kan jeg kvalitetssikre meg selv som fagperson innenfor dette fagfeltet også. For meg er dette et konkret bevis på at kompetansetrekanten kan brukes på tvers av alle fagfelt innenfor omsorgsyirket.

For å være kritisk til jobben jeg har gjort, kunne nok inndelingen av forskjellige kompetanser blitt gjort på en annen måte. Noen av inndelingene omhandler flere kompetanser som kanskje hadde blitt bedre belyst hvis de hadde stått hver for seg.

## Litteraturliste

- Berentsen, V.D. (2008). Demensboka. Lærebok for pleie- og omsorgspersonell. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Bergland Å. og Moser I. (2013). *Kvalitetsarbeid i helsetjenester til eldre*. Oslo: Cappelen Damm Akademiske.
- Brooker, D. (2013). *Persontrentert omsorg. Veien til bedre tjenester*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Engedal K. og Haugen P.K. (2006). *Lærebok demens. Fakta og utfordringer*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792> (Lastet ned 16.03.2015)
- Granholdt G. Ø. (2007). *Individuell hverdag i gruppe. Skjermet enhet for personer med demens*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Helse og Omsorgsdepartementet (2007). *Demensplan 2015. Den gode dagen*. Oslo: Departementenes servicesenter.
- Holm M.S. og Husebø S (2015). *En verdig alderdom. Omsorg ved livets slutt*. Bergen: Fagbokforlaget.
- ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2015. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/743/Icd-10-den-internasjonale-statistiske-klassifikasjonen-av-sykdommer-og-beslektede-helseproblemer-2015-IS-2277.pdf> (Lastet ned: 25.03.2015).
- Jakobsen R. (2007). *Ikke alle vil spille bingo. Om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Johannessen A., Tufte P.A. og Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Karlsson B. og Oterholt F. (2015). *Profesjonell hjelp – en introduksjon til helse-, sosial-, og velferdsfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Krüger R.M.E. (2007). *Det går an! Muligheter i miljøterapi*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Krüger R.M.E. (2006). *Evige utfordringer. Helsetjenester og omsorg for eldre*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Nasjonalforeningen for folkehelsen (2015). TV-aksjonsmidler til demensforskningen. [http://www.nasjonalforeningen.no/TV-aksjonsmidler+til+demensforskning.b7C\\_wZfIZd.ips](http://www.nasjonalforeningen.no/TV-aksjonsmidler+til+demensforskning.b7C_wZfIZd.ips) (Lastet ned 25.03.2015)
- Nilsen S., Fauske H. og Nygren P. (2007). *Læring i fellesskap. En pedagogisk modell i profesjonsutdanning*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

- Rokstad A.M.M. (2012). *Bedre hverdag for personer med demens. Utviklingsprogram for miljøbehandling. Demensplan 2015*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Rokstad A.M.M og Smeby K.L. (2008). *Personer med demens. Møte og samhandling*. Oslo: Akribe.
- Rokstad A.M.M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Samuelson A. G. (2006). *Kunsten i samspill. Fra ord til handling*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Sejerøe-Szatkowski K. (2008). *Demens. Kommunikasjon og samarbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Skau G. M. (2012). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Solheim K. (2009). *Demensguide. Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Statistisk Sentralbyrå. (2014a). *Forventet levealder ved fødselen*. <http://ssb.no/natur-og-miljo/barekraft/forventet-levealder-ved-fodselen> (Lastet ned: 17.03.2015)
- Statistisk Sentralbyrå. (2014b). *Dette er Norge 2014: Hva tallene forteller*. [http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/188232?\\_ts=1475e7ac938](http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/188232?_ts=1475e7ac938) (Lastet ned: 17.03.2015)
- St. mld. nr. 10 (2012–2013). (2012). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Det Kongelige helse- og omsorgsdepartementet.
- Lov av 1999.07.02, nr. 63: *Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven)*. [www.lovdatabank.no/all/nl-19990702-063.html](http://www.lovdatabank.no/all/nl-19990702-063.html) (Lastet ned 23.03.2015)
- Vik K. (2015). *Mens vi venter på eldrebølgen. Fra eldreomsorg til aktivitet og deltakelse*. Oslo: Gyldendal akademisk.

## Vedlegg

### [VEDLEGG 1: PLAN FOR SYSTEMATISK SØK] 1

Database:	Søkeord:	Avgrensning:	Ant.treff:	Valgt ut:
Bibsys	Demen* Livskvalitet Institusjon	Siste fem år	39	2 artikler. Nr: 5 og 2. (Se vedlegg 2.)
Bibsys	Demen* Kompetanse* Livskvalitet* Utfordring*	Siste fem år	16	1 artikkel. Nr. 1 (Se vedlegg 2.)
Bibsys	Demen* Eldre* Sykehjem		78	1 artikkel. Nr. 8 (Se vedlegg 2.) 2 litteratur-bøker
Bibsys	Demen* Miljøbehandling	Siste fem år	25	2 litteratur-bøker
Sykepleien.no Forskning.	Demens God omsorg		58	2 artikler. Nr: 4 og 7 (Se vedlegg 2.) 1 litteratur-bok
Sykepleien.no Forskning	Demens kompetanse		71	2 artikler. Nr. 9 og 6. (Se vedlegg 2.)

Nr	Forfatter/ Overskrift:	Hensikt:	Metode:	Deltakere:	Hovedfunn:
1	Fossli K.R., Kirkevold Ø., Fagerstrøm L. Nytten av systematisk opplæring av helsepersonell innen eldreomsorgen.	Vurdering av nytteverdien av ABC-modellen i lys av kommunens behov for kvalifisert og oppdatert personell.	Deskriptiv evalueringsstudie. Gjennomført ved hjelp av strukturerte spørreskjemaer.	Kommunekontakter og avdelingsledere. 353 svar på spørreskjemaer. ABC-deltakere. 192 svar på spørreskjemaer.	Kunnskap om demens, lovverk, utfoming av miljø, sosialisering, aktivitet, kommunikasjonsferdigheter.
2	Tretteteig S. og Thorsen K., Livskvalitet for personer med demenssykdom.	Livsløpsforståelse av hva god livskvalitet kan være for personer med demenssykdom i en sen fase av sykdommen	Kvalitativ intervjuer.	Seks informanter fra to kommuner. Pårørende fortellinger.	Kunnskap om demens, grunnleggende behov, ADPS, personsentrert omsorg, utforming av miljø, sosialisering og aktiviteter, observasjonsferdigheter og livshistoriekartlegging.
3	Rokstad A.M. M. og Vatne s. Dementia Care Mapping (DMC) – en mulig metode for utvikling av demensomsorg i sykehjem. 2007.	Undersøke om hvorvidt DMC-metoden kan ha innvirkning på demensomsorgen, med fokus på om personalet kan dra nytte av metoden for å bedre sitt daglige praktiske arbeid.	Deskriptivt design med tre metodiske tilnærminger. Observasjoner, intervju og gruppeintervju.	Seks kvinner i en middels stor by på Vestlandet.	Refleksjoner, personsentrert omsorg, utforming av miljø, sosialisering og aktiviteter, observasjonsferdigheter, kommunikasjonsferdigheter og livshistoriekartlegging.
4	Thorvik K.E., Helleberg K., Hauge S. God omsorg for urolige	Utforske og beskrive hva god omsorg kan være ved en skjermet avdeling for personer	Kvalitativ design med etnografisk metode med feltobservasjon og	Ansatte i to skjerme avdelinger deltok i studiet.	Kunnskap om demens, grunnleggende behov, egen væremåte/holdninger/verdier, refleksjoner, personsentrert



	personer med demens. 2011-2012	med demens.	feltsamtaler.		omsorg, sosialisering og aktiviteter, observasjonsferdigheter, kommunikasjonsferdigheter og livshistoriekartlegging
5	Aasgaard H.S., Landmark B. Th., Karlsson B. Hvordan kan den sosiale dimensjonen av hjemlighet forstås i en skjermet avdeling for personer med demens 2012	Å finne ut meningen av hva hjemlighet forstås ved en skjermet avdeling	Fokusgruppe-intervju.	15 fagpersoner ved to skjermede enheter.	Kunnskap om demens, APDS, kreativitet/engasjement, personsentrert omsorg, utforming av miljø, sosialisering og aktiviteter, kommunikasjonsferdigheter og livshistoriekartlegging.
6	Foss B., og Wahl A.K. Pasienters behov viktigere enn rutiner.	Belyse ulike aspekter ved livskvalitet hos langtidspasienter i sykehjem.	Litteraturstudie	Litteraturstudie.	Kunnskap om grunnleggende behov, ADPS, egen væremåte/holdninger/verdier, refleksjoner utforming av miljø, sosialisering og aktiviteter, observasjonsferdigheter, kommunikasjonsferdigheter og livshistoriekartlegging.
7	Jøranson N., og Hauge S. Hvordan DMC kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling.	Utforske og beskrive personalerfaringer etter at en avdeling deltok i prosjektet og en ikke deltok.	Fokusgruppe-intervju.	Ni deltakerer og en avdelingsleder.	Kunnskap om demens, egen væremåte/holdninger/verdier, refleksjoner, personsentrert omsorg, sosialisering og aktiviteter.
8	Rognstad M.K. og Nåden D.	Beskrive personalets	Intervju.	Tolv omsorgsgivere	Kunnskap om demens, lovverk,

	Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen – Pleiers perspektiv.	opplevelse av arbeidssituasjonen i møte med pasienter med demenssykdom og utagerende atferd. Belyse behov for kompetanseheving hos personalet		i et sykehjem.	etikk/makt, egen væremåte/holdninger/verdier, kreativitet/engasjement, observasjonsferdigheter, kommunikasjonsferdigheter og livshistoriekartlegging,
9	Hansen A. og Ytrehus S. Hvordan påvirker Marte meo-veiledning personellet egen mestring i demensomsorgen. 2011	Hvilken betydning Marte meo-veiledningen har hatt for personalets mestring i vanskelige situasjoner.	Kvalitativ design med fokusgruppeinterju.	Ni av personalet ved to sykehjem	Kunnskap om demens, grunnleggende behov, APDS, egen væremåte/holdninger/verdier, kreativitet/engasjement, refleksjoner, personsentrert omsorg, observasjonsferdigheter, og kommunikasjonsferdigheter .
10	Sjåstad M., Larsen A.G., Olsen T.Å., Hvordan styrke pasientens integritet og verdighet når tvang er uungåelig. 2013	Bevisstgjøring av sykepleiere i møte med pasienter med respekt og verdighet også under tvang	Litteraturstudie.	Litteraturstudie.	Kunnskap om demens, grunnleggende behov, APDS, lovverk, etikk/makt, egen væremåte/holdninger/verdier, kreativitet/engasjement, refleksjoner, personsentrert omsorg, observasjonsferdigheter, kommunikasjonsferdigheter og livshistoriekartlegging,