



Bachelorgradsoppgave

Persontrentert omsorg for personer med demens på sykehjem

Person-centered care for people with dementia in nursing homes

Frida Johnsen

Emnekode: SPU 110

Bachelorgradsoppgave

Avdeling for helsefag, Levanger

Høgskolen i Nord-Trøndelag 2011-2014

Antall ord: 8605



HINT

«Den største gaven

Jeg kan tenke meg å få

er at de

ser med

hører meg

forstår meg

og tar på meg.

Den største gaven

jeg kan gi

er at jeg

ser, hører, forstår

og

tar på et annet menneske.»

(Virginia Satir, u.å)

Abstrakt

Innledning: Forekomsten av demens øker med alderen og med flere eldre vil antallet av personer med demens øke. Innen året 2040 forventes det en fordobling av antall personer med demens.

Hensikt: Hensikten med oppgaven var å belyse faktorer som fremmer og hemmer personsentrert omsorg hos personer med demens på sykehjem. **Metode:** En allmenn litteraturstudie basert på 12

kvalitative forskningsartikler. **Resultat:** Funnene viste at sykepleieres holdninger bidro til både fremming og hemming av personsentrert omsorg og at dette ble påvirket av graden kunnskap sykepleieren har. På grunn av mangel på kunnskap ble utagerende atferd blant pasientene dårlig håndtert. Ved hjelp av Dementia care mapping (DCM) ble pleiekulturen endret og personsentrert omsorg ble satt i fokus. **Diskusjon:** Det var en grunn til å tro at sykepleieres holdninger kunne være

en mulig årsak til mangel på personsentrert omsorg. Sykepleieres holdninger mot personer med demens ble påvirket av deres kunnskaper og erfaringer. Funnene kunne tyde på at tvang ble ofte benyttet på grunn av kunnskapsmangel og det ble derfor dannet en uønsket pleiekultur. **Konklusjon:** En holdningsendring syntes å være nødvendig for fremming av personsentrert omsorg. En pleiekultur bestående av ikke-ønskelige holdninger er vanskelig å endre, men ved hjelp av Dementia care mapping (DCM) var det grunn til å tro at dette vil endres slik at personsentrert omsorg blir satt i fokus.

Keywords: Attitude of health personnel, dementia, nursinghome, patient-centered care

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning.....	1
1.1	Hva er demens?.....	1
1.2	Pleiekultur og holdning	2
1.4	Personsentrert demensomsorg.....	2
1.5	Dementia Care Mapping (DCM)	3
1.5	Hensikt.....	4
2.0	Metode.....	4
2.1	Fremgangsmåte.....	5
2.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	7
2.3.1	Inklusjonskriterier.....	7
2.3.2	Eksklusjonskriterier	8
2.4	Etiske overveielser.....	8
2.4	Analyse	8
3.0	Resultat.....	10
3.2	Håndtering av utagerende adferd.....	11
3.3	Kunnskapsmangel som hinder for personsentrert omsorg.....	11
3.4	Kunnskapsutvikling ved hjelp av Dementia Care Mapping (DCM)	12
4.0	Diskusjon	13
4.1	Resultatdiskusjon	13
4.2.2	Håndtering av utagerende adferd.....	15
4.2.3	Kunnskapsmangel som hinder for personsentrert omsorg.....	18
4.2.4	Kunnskapsutvikling ved hjelp av Dementia Care Mapping (DMC).....	19
4.3	Metodediskusjon.....	21
5.0	Konklusjon	22
	Litteraturliste.....	24
	Vedlegg 1. Protokoll for vurdering av forskningsartikler	
	Vedlegg 2. Oversikt over inkluderte artikler	

1.0 Innledning

Om lag 70 000 personer har en form for demens i Norge. Inkluderes pårørende er ca 300 000 i Norges befolkning berørt. Omtrent 80 % av beboere på sykehjem har demens og med en eldre befolkning vil antall personer med demens øke betraktelig. Forekomsten av demens øker med alderen og dette innebærer at flere vil få en demenssykdom når befolkningen blir eldre. Innen året 2040 forventes det en fordobling av antall personer med demens (Helsedirektoratet, 2011).

Alzheimer sykdom er den vanligste formen for demens og minst 60 % av de som har demens lider av denne type sykdom. I Norges befolkning vil dette si at om lag 45000 personer har Alzheimer sykdom. Det er flere kvinner enn menn som har demens, men dette beror på at det både er flere kvinner som blir gammel og forekomsten av Alzheimer sykdom er høyere blant kvinner enn menn. Demens er en av de viktigste kriterier for å få komme inn på sykehjem, da hjemmebaserte omsorgstjenester ikke klarer å gi god nok omsorg til personer med alvorlig demens som bor hjemme (Engedal og Haugen 2009).

1.1 Hva er demens?

Engedal og Haugen (2009) har definert sykdommen demens slik:

»En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning, og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivet aktiviteter. Endret adferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid « (Engedal og Haugen 2009 s. 20).

Demens kjennetegnes ved en irreversibel og kronisk kognitiv svikt og er en fellesbetegnelse på en tilstand som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer. For at begrepet demens skal brukes må redusert hukommelse alltid være til stede og svikten til å ikke klare å utføre dagligdagse aktiviteter må kunne relateres til hukommelsesreduksjonen. Som en årsak til tilstanden må det også kunne påvises at det foreligger en organisk sykdom i hjernen som årsak til tilstanden. (Engedal og Haugen, 2009 og Berentsen, 2010). Avhengig av hvilken demenssykdom som personen har som ligger til grunn for hjerneskadene, utvikler demenssymptomene seg over kortere eller lengre tid.

Sykdomsforløpet kan hos enkelte være kort og intenst eller det kan strekke seg over flere år og i noen tilfeller opp mot 20 år (Berentsen, 2008).

1.2 Pleiekultur og holdning

Pleiekultur er et fellesskap som innebærer faglige og personlige verdier og normer som er flettet tett sammen (Hamran T, 1992) Pleiekultur er et mønster for handlemåte, det som "sitter i veggene". I kulturen bærer personene i seg samme oppfatninger av riktige og gale måter å gjøre ting på, holdninger, vaner og ritualer. Disse verdiene holdes oppe av fellesskapet og de moralske utfordringene pleiere kan oppleve i arbeid, kan være skapt som følge av kulturelle rammer. Det er ikke lett og verken påpeke eller oppdage en feil når alle gjør det samme feilgrepet. Når forestillinger, vaner og praksismønstre blir gjentatt over lengre tid, har den som tendens å gro fast. Oppgavene blir løst slik man alltid har gjort og handlingene blir ikke reflektert over. Det er viktig å kunne forstå kulturen for å påvirke positivt og gi varige resultater (Etikkhåndboka, 2010). I følge Brooker (2013) har Kitwoods personsentrerte omsorg som en del av pleiekultur følgende regler:

- Arbeid med demensomsorg skal ikke være et ufaglært arbeid som ingen har interesse av men en kreativ og dynamisk prosess.
- Demens ses på som noe man kan leve med, ikke en sykdom som skal håndteres.
- Å jobbe med personer med demens er minst like viktig som noe annet.
- Uansett kognitiv funksjon, er alle mennesker like mye verdt.
- Uansett diagnose er målet å bevare personverdet og å se det unike og individuelle hos alle mennesker.

Holdninger er meninger, innstillinger og oppfatninger en person har. Holdninger består av en tankemessig, adferdsmessig og en følelsesmessig del. Erfaringer og opplevelser bidrar til at kunnskaper tilegnes, meninger dannes og positive eller negative følelser utløses. Hvordan man handler og reagerer utløses også av holdningen (Håkonsen, 2010).

1.4 Personsentrert demensomsorg

Personsentrert omsorg innebærer å ivareta personen med demens og bevare synet på personen med demens som et unikt menneske gjennom sykdomsforløpet. Personsentrert omsorg har et mål om at hvert enkelt menneske skal ta i bruk sine ressurser og bidra til opprettholdelse av selvstendighet så langt pasienten har mulighet. Det innebærer å respektere personens identitet uansett tidspunkt i demensutviklingens forløp (Helsedirektoratet, 2013).

Selv om begrepet personsentrert omsorg brukes svært ofte finnes det ikke en akseptert allmenn definisjon av begrepet, men ifølge Brooker (2013) har personsentrert omsorg fire hovedelementer som innebærer:

1. Verdsette mennesket uavhengig av alder eller kognitiv funksjon.
2. Det unike hos hvert enkelt menneske vektlegges som en individuell tilnærming.
3. Forstå verden, sett fra personens perspektiv.
4. Dekke personens psykologiske behov ved etablering av et støttende sosialt miljø

Ut i fra en individuell tilnærming vurderes og dekkes behovene til personer med demens. Dette er den mest konkrete måten å yte personsentrert omsorg på og som kan utgjøre selve definisjonen på personsentrert omsorg (Brooker, 2013). Sykepleie med utgangspunkt i den enkeltes behov og verdier forutsetter en relasjon mellom pasient og sykepleier. Å ha en relasjon med pasienten innebærer at sykepleieren respekterer og verdsetter pasientens erfaringer, kunnskap og forståelse i utformingen av sykepleien, og at samhandlingen mellom dem bygger på samarbeid, gjensidig avhengighet og likeverd. Pasienten ønsker å bli sett som et særegent menneske med individuelle ønsker, behov og mål formet gjennom deres oppvekst og livserfaringer. Avhengig av den enkelte pasients forutsetninger, ønsker og behov kan en slik relasjon ha ulik karakter, nærhet og dybde (Schoot m.fl 2006 og Bergland m.fl 2005).

Ifølge Brooker (2013) mener Kitwood at det viktigste målet med personsentrert omsorg er å bevare personverdet hos personer med demens, til tross for deres svekket kognitive funksjon. Alle personer med demens har en evne til å oppfatte ulike grader av mistrivsel og trivsel og dette er en forutsetning for personsentrert omsorg. Man forutsetter at atferd har en mening i personsentrert omsorg og ifølge Kitwood er høy grad av utfordrende atferd vanligere i omsorgsmiljøer som ikke ivaretar personverdet hos personer med demens. Kitwood lanserte begrepet «ondartet sosialpsykologi» som en betegnelse for handlinger der personverdet ble undergravd. Det omfatter situasjoner hvor mennesket blir truet, barnliggjort, tvunget, anklaget, manipulert, neglisjert, ignorert, latterliggjort, nedvurdert og gitt kallenavn.

1.5 Dementia Care Mapping (DCM)

Dementia Care Mapping er en metode for bedring av både omsorg og livskvalitet for personer med demens og bygger på teorien om personsentrert omsorg, utviklet av professoren Tom Kitwood og Bradford Dementia Group i Storbritannia. Dementia Care Mapping bygger på Kitwoods fem grunnleggende psykologiske behov i personsentrert omsorg. De behovene som er særlig vedlagt er trøst, tilknytning, bekreftelse, inklusjon og identitet. Adferd/Aktivitet og grad av velvære/trivsel er de systematiske observasjonene metoden består av hos personer med demens. Ut i fra disse observasjonene planlegges det da individuelle tiltak som er tilpasset for behandling og pleie for den enkelte. Dementia Care Mapping kan brukes i flere omsorgstjenester som sykehjem, dagtilbud eller hjemmesykepleie. Dementia Care Mapping kan bidra til å forebygge utfordrende adferd og bedre

omsorgskvaliteten hos personer med demens. Kitwoods hensikt med utviklingen er å snu pleiekulturen i sykehjemsavdelinger fra ondartet sosialpsykologi til hensiktsmessig psykologi der pasientenes psykologiske behov blir dekket (Kitwood, 1999). De viktigste psykologiske behovene er i følge Kitwood (1999) trøst, bekreftelse, inklusjon, identitet og tilknytning, og gjennom alle disse behovene kommer kjærligheten.

Dette området er betydningsfullt da det vil skje en økning i antall eldre i årene fremover. Som følge av økning i antall eldre vil det også skje en økning i aldersrelaterte sykdommer som for eksempel demens. Behovet for arbeidskraft vil derfor øke og det vil da være viktig å ha kunnskap i hvordan å imøtekomme en pasient med demens. Sykepleiere med kunnskap om demens kan bidra til at personer med demenssykdom føler seg ivaretatt. Kunnskap om dette temaet kan bidra til å hjelpe personer med demens til å mestre, og dermed forhindre situasjoner med utageringer og agitasjon hvis pasienten ikke blir forstått og håndtert. (helse- og omsorgsdepartementet, 2009)

1.5 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse faktorer som fremmer og hemmer personsentrert omsorg til pasienter med demens på sykehjem.

Denne litteraturstudien blir skrevet i sykepleieperspektiv, da den skal se på utøvelse av sykepleie rettet mot personer med demens.

2.0 Metode

Forsberg og Wengstrøm definerer allmenn litteraturstudie slik:

«En allmenn litteraturstudie kan benevnes litteraturoversikt, litteraturgjennomgang eller forskningsoversikt. I all forskning starter forskningsprosessen med en allmenn litteraturgjennomgang. Formålet med en allmenn litteraturstudie kan være å gjøre en beskrivende bakgrunn som motiverer til at en empirisk studie blir gjort eller å beskrive kunnskapslaget innom et visst område. I en allmenn litteraturstudie beskrives og analyseres valgte studier, men sjeldent på et systematisk vis »

(Forsberg og Wengstrøm, 2003 s.25)

For besvarelse av denne oppgaven ble det gjort en allmenn litteraturstudie. Formålet med litteraturstudien er å finne artikler av god kvalitet som kan belyse hensikten til oppgaven på en god måte.

2.1 Fremgangsmåte

Det ble benyttet søkebasen som Medline og SveMed+ for å belyse hensikten. Medline ble brukt da den dekker referanser til over 5000 tidsskrifter internasjonalt innen sykepleie, og SveMed+ ble brukt for å finne relevant nordisk forskning (Helsebiblioteket, uå). www.sykepleien.no ble også benyttet for å finne forskningartikler. Søkeordene "personsentrert omsorg" og "pleiekultur" ble brukt for å finne relevante artikler. Den ble benyttet da det er mye relevant forskning innen sykepleie i Norge (Sykepleien, 2009).

Hensikten ble først formulert før det ble gjennomført flere søk med ulike søkeord. Inkludering av søkeordene "Nursing home" og "dementia" var fellesnevneren for søkene. Slik ble det en bred oversikt om hva som allerede var skrevet innenfor disse ordene. For å snevre inn treffene ble det lagt inn avgrensninger underveis for å få de ønskede resultatene. På denne måten ble det funnet flere hensiktsmessige studier i et og samme søk. Søkene som ble utført er beskrevet i tabellen nedenfor. Forskningsartikkelen "Dementia care mapping as a tool of person-centered care" ble anbefalt og utgitt av veileder.

Utvalg 1: lest artiklens tittel

Utvalg 2: lest artiklens abstrakt

Utvalg 3: lest artikkelen i sin helhet

Utvalg 4: artikkelen valgt ut for gransking og vurdering

Tabell 1. Søkestrategi

Database Dato	Avgrensning er	Søkeord	Antal l treff	Utval g 1	Utval g 2	Utval g 3	Utval g 4
SveMed+ 01.03.14	Norsk	Pleiehjem AND Demens AND Sykepleie AND Aggresjon	1004 2 treff	2	1	1	1
Medline	Abstract 2005-2014	Nursinghom e	45	45	15	3	1

02.03.14		Nursing Agitation Knowledge					
Medline 02.03.14	Abstract 2005-2014	Institution Quality Agitation Nursing Attitude Care	30	30	12	4	1
Medline 07.03.14	Abstract 2005-2014 Full text	Nursinghome Dementia Knowledge	83	41	9	5	3
www.sykepleien.no 10.03.14	Eksakt	Person- sentrert omsorg	8	8	6	1	1
	Eksakt	Pleiekultur	7	7	4	1	1
Medline 11.03.14	Abstract 2005-2014 Full text	Nursing- culture Nursinghome Dementia Person- centered care	40	40	10	4	2

I det første utvalget ble titlene på alle artiklene gjennomgått for ikke å gå glipp av relevant forskning til oppgaven. Vekket tittelen interesse ble abstraktet lest igjennom før teksten ble lest. Omhandlet artikkelen hensikten i denne oppgaven ble det sett på som en relevant forskningsartikkel.

Det ble søkt på kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Den kvantitative metoden gir data i form av målbare enheter som fordel og som gir muligheter til å foreta regneoperasjoner. Den kvalitative metoden setter fokus på meninger og opplevelser som ikke lar seg måle eller tallfeste. Begge disse metodene bidrar på hver sin måte til å belyse hensikten, og hvordan institusjoner, grupper og enkeltmennesker handler og samhandler (Dalland, 2012). I oppgaven ble det benyttet både kvalitative og kvantitative studier, men hovedtyngden ble lagt på kvalitative studier da oppgaven er sett fra et sykepleieperspektiv og ønsket var å få frem personalets meninger og opplevelser. Det ble også gjort søk som ikke ga ønskede resultater, disse vil ikke redegjøres nærmere.

For å se om forskningsartiklene hadde god kvalitet ble det tatt i bruk en protokoll for vurdering av forskningsartiklene (Vedlegg 1). Deretter ble det undersøkt om de hadde blitt godkjent fra etisk komité eller hadde andre etiske overveielser.

2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Det vil være nødvendig med noen avgrensninger rundt det valgte temaet på grunn av oppgavens begrensninger av tid og omfang. Oppgaven vil baseres på personer med demens på sykehjem med fokus på sykepleieperspektivet.

2.3.1 Inklusjonskriterier

- Alle demenslidelser er inkludert, samt grad og kjønn på personene med demens da dette ikke ekskluderer for personsentrert omsorg.
- Alle sykehjemsavdelinger er inkludert. Det er ikke spesifisert om det er vanlig avdeling eller lukket avdeling da flere sykehjem ikke er tilrettelagt og bygd for personer med demenslidelser (Demensplan 2015)
- Hvilken yrkesgruppe som utfører pleien er ikke spesifisert da det er tverrfaglig arbeid på sykehjem, derfor er alle inkludert.
- Personellets holdninger, ferdigheter og kunnskap vil bli vektlagt og dets påvirkning det har på pasient.
- Kvalitative studier er inkludert da ønsket er å få frem personalets meninger og synspunkter i besvarelsen av hensikten i studien.
- Kvantitative studier er inkludert
- Forskningsartikler fra de 10 siste årene vil bli prioritert, for å innhente så ny forskning som mulig.
- Forskningsartikler godkjent fra etisk komité blir inkludert.

2.3.2 Eksklusjonskriterier

- Andre omsorgstjenester enn sykehjem vil bli ekskludert, som for eksempel hjemmesykepleie.
- Pårørende vil bli ekskludert
- Ledelse og på sykehjemmet er ekskludert
- Personer med demens i ung alder er ekskludert

2.4 Etiske overveielser

Når man gjør en litteraturstudie er det flere etiske hensyn som må foretas. Studier som er godkjent fra etisk komité eller der etiske hensyn er blitt gjort er svært relevant for at studien skal være korrekt utført. Framstilling av studie der data er stjålet, fabrikkert eller plagiert blir sett på som juks. Det er derfor viktig med riktige henvisninger og litteraturliste på grunn av redelige framstillinger (Forsberg og Wengstrøm, 2003). Resultatene ble ikke fabrikkert og plagiering ble unngått. I studiene kom det fram at alle deltakerne hadde fått informasjon om studiet. Det var 10 studier som var godkjent av etisk komité og det fremkom i 2 studier at det ikke var behov for godkjenning da pasientene på sykehjemmet ikke var deltakende og deltakelsen var frivillig for personalet. Deltakerne hadde også fått informasjon på forhånd både muntlig og skriftlig. Den ene ble derimot meldt til personombudet da det var benyttet personopplysninger om personalet. Personopplysninger er vurderinger og opplysninger som direkte eller indirekte kan knyttes til enkeltpersoner. Personvernombudet ivaretar personvernet til personer som deltar i undersøkelser og vurderer om undersøkelsesoppleggene oppfyller kravene (Dalland, 2012). Det var også anerkjente tidsskrifter artiklene var publisert i og artiklene ble derfor inkludert på bakgrunn av dette. Ingen artikler hadde pasienter som informanter.

2.5 Analyse

Da alle de relevante forskningsartiklene hadde blitt plukket ut, lest igjennom og nøye gransket, startet analysen og sammenfatningen av informasjon studiene hadde.

Inspirert av Graneheim og Lundman (2004) ble det gjort en kategoribasert analyse for å tolke artiklene. Artiklene ble lest gjennom flere ganger for å få et helhetsinntrykk av hva som inneholdt hver enkelt artikkel. Meningsenhetene som ble sett som relevant for besvarelse av hensikten ble identifisert og notert. Disse ble sammenlignet basert på forskjeller og likheter. Meningsenhetene med likheter ble slått sammen i en tabell. Fra meningsenhetene ble det trukket ut stikkord for å danne relevante subkategorier i lys av oppgavens hensikt. Disse stikkordene ble dermed slått sammen til en kategori. Eksemplet i tabellen nedenfor er basert på 3 artikler som danner 1 kategori. Artiklene som er inkludert er presentert i en tabell og lagt som vedlegg (Vedlegg 2).

Tabell 2. Eksempel på en kategoribasert analyse

”Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse faktorer som fremmer og hemmer personsentrert omsorg til pasienter med demens på sykehjem.”

Meningsenheter	SUB kategori	Kategori
Kunnskapen fra de ansatte kommer fra erfaringer og ikke opplæring. De trenger mer kunnskap om personsentrert omsorg.	Personsentrert omsorg Kunnskap	Kunnskapsmangel som hinder for personsentrert omsorg.
Betydelig variasjon i forståelsen av personsentrert omsorg, men generell enighet om at det må fokuseres på.	Personsentrert omsorg Forståelse av personsentrert omsorg	
Tydelige forskjeller på ansattes holdninger mot personsentrerte tilnærminger hos den demente pasienten. Dette har noe med hvilken utdanning de har, alder og erfaring.	Personsentrert omsorg Holdninger Erfaring	

3.0 Resultat

Resultatet av analysen består av 4 kategorier som blir presentert som overskrifter i resultatdelen og danner dermed grunnlaget for diskusjon. Knyttet opp mot hensikten i oppgaven vil alle kategoriene i resultatdelen presentere hovedfunnene i de benyttede forskningsartiklene.

3.1 Holdningens betydning for god pleiekultur

Sykepleiere har mer personsentrerte holdninger mot personer med demens enn hjelpepleiere og andre hjelpere uten noen utdannelse. Sykepleiere har mer teoretisk kunnskap og har derfor mer positive holdninger til pasienter med demens (Kada m.fl, 2008) Kunnskap, men også alder er en faktor som påvirker holdningen hos personalet (Kada m.fl 2008, Raisin og Kautz 2007). Ansatte over 50 år viser mer negative holdninger til personer med demens, men dette på grunn av for lite kunnskap og de føler en utbrenthet i å jobbe med pasienter med demens da de ikke håndterer vanskelige situasjoner som kan oppstå med tanke på utfordrende adferd (Kada m.fl, 2008). Nyutdannede sykepleiere har flest negative holdninger. Erfarne sykepleiere setter mer vekt på pasientens behov og gir individualisert omsorg mens de nyutdannede sykepleierne fokuserer på generelle omsorgsoppgaver, dvs. lite personsentrering (Raisin og Kautz, 2007).

Ansatte ønsker mer åpenhet i deres pleiekultur. Det er vanskelig å snakke med kolleger om vonde situasjoner som innebærer faktorer knyttet til grunnleggende behov og respekt. De opplever etisk vanskelige situasjoner på daglig basis og mange situasjoner blir definert som utfordrende. Det er vanskelig å imøtekomme pasientens ønsker og behov, spesielt i samarbeid med pasienter med demens. Flere i helsepersonellet synes at andre kolleger kontrollerer sine handlinger og at det er vanskelig å gå imot dem. Omsorgen lider under dårlig samvittighet som er knyttet til pasientens liv. Personalet er presset til å handle mot sin egen samvittighet som skaper frustrasjon og opplevelsen av fremmedgjørelse. Flere rapporterer hendelser, men det blir ikke igangsatt tiltak. Faktorer som tid og mangel på kompetanse utløser dårlige holdninger og handlinger. Endringer knyttet til pleiekulturen blir sett på som svært vanskelig da kulturen de jobber i blir sett på som ikke-støttende (Jakobsen og Sørli, 2010).

3.2 Håndtering av utagerende adferd

Personalet viser redsel for å bli utsatt for aggresjon fra pasientene. Personalet føler en form for mislykkethet og er redde, usikre og skremte når det oppstår situasjoner der pasienter blir voldelige (Rognstad og Nåden, 2011). Personalet etterlyser mer kompetanse for å takle disse vanskelige utfordringene som kan oppstå. Det blir ofte kommunikasjonsproblemer der etiske dilemmaer oppstår, og refleksjon sammen med medarbeidere er derfor ønskelig (Rognstad og Nåden 2011 og Nakahira m.fl 2008). Hverdagen blir beskrevet som utfordrende når de alene må håndtere utagerende pasienter, noe som de ikke burde gjøre på grunn av sikkerhetsmessige grunner (Rognstad og Nåden, 2011). Ønsket er å jobbe flere sammen slik at de i etterkant av en vanskelig situasjon sammen kan drøfte hva som ble gjort og hva som eventuelt kan endres i relasjon til pasienten (Rognstad og Nåden 2011 og Nakahira m.fl 2008).

Aggressive hendelser blir lite rapportert da pleiepersonalet frykter å få skylden for pasientens aggresjon eller ansett som mindre kompetent av de andre kollegaene. Med for lite rapportering av slike hendelser blir det ikke igangsatt tiltak for opplæring av ansatte, noe som er helt nødvendig. Ansatte med negative holdninger bruker mer tvang på pasienter med demens (Nakahira m.fl 2008).

Ansatte ved sykehjemmet har god kunnskap om demens og bakenforliggende årsaker, men en dårlig forståelse av hensiktsmessige metoder for ledelse og ressurser tilgjengelig for å hjelpe pasientene med demens (Ervin m.fl 2010) Tidspress blir også sett på som problematisk i håndtering av aggressiv adferd (Ervin m.fl 2010, Rognstad og Nåden 2011, Nakahira m.fl 2008). Stress og utbrenthet blant personalet utløser dårlige holdninger (Nakahira m.fl 2008) Det er behov for bruk av verktøy for å hjelpe sykepleierne å forstå de ulike atferdene og å gi tilgang til de resursene som er tilgjengelige (Ervin m.fl, 2012).

3.3 Kunnskapsmangel som hinder for personsentrert omsorg

Det er en betydelig variasjon i forståelsen av personsentrert omsorg. Noen sykepleiere mener et utvalg av fysisk aktivitet er personsentrert omsorg, andre mener det er kvaliteten på pleie, og noen mener det er personlig kjennskap til pasientene (Murphy, 2005). Det er en generell enighet om at trening på personsentrert omsorg bør fokuseres på, men at dette burde blitt forventet av alle ansatte (Kirkley m.fl 2011). Ledelsen er ikke klar over sitt eget treningsbehov knyttet til personsentrert omsorg og det må til en kulturendring for bedring av dette, noe de mener er svært vanskelig (Murphy 2005 og Kirkley m.fl 2011). Det er behov for å utvikle personsentrerte tilnærminger og god behandling og individualisert omsorg er noe som burde bli forventet av en omsorgstjeneste (Murphy, 2005). Pleiepersonellet har klare meninger om hva personsentrert omsorg er, men er ikke i stand til å

levere kvalitetspleie som er tilrettelagt til hvert enkelt menneske(Kirkley m.fl 2011). Personalet antyder at mangel på bemanning og tid er et problem, men at ansattes manglende evne til å forandre seg er hovedproblemet (Murphy 2005, Kirkley m.fl, 2011).

Ansatte ønsker opplæring hos nyansatte om hva slags kunnskap som er nødvendig for å ivareta pasienter med demens (Raisin og Kautz 2007, Skaalvik m.fl 2009) Sykepleiere som har jobbet i flere år vil ikke opplære de nyansatte da deres personsentrerte tilnærminger kommer fra mange års erfaring og ikke teoretisk kunnskap(Raisin og Kautz, 2007). Sykepleierne ønsker å gi sykepleierstudenter opplæring av personsentrert omsorg men sykepleiestudentene opplever deres opplæring som begrenset. Sykepleiestudentene ser ikke eller opplever systematiske personsentrerte tilnærminger i omsorg hos pasienter med demens (Skaalvik m.fl, 2009). Sykepleierne ønsker mer fokus på å kjenne pasientens livshistorie. Kjenner de til beboeren livshistorie kan det hjelpe de ansatte å forstå beboeren og hvorfor beboeren viser atferdsproblemer (Raisin og Kautz, 2007).

Ut i fra observasjoner tilbringer ikke sykepleierne noe tid med pasientene, bortsett fra hjelp med grunnleggende fysisk behov. Den kontakten pleier har med pasient er kommentarer i det sykepleieren går forbi pasienten. Samtaler blir ofte ignorert når de er krevende på grunn av graden til pasientens kognitive svikt og deres evne til å kommunisere, og de blir barnliggjort. Sykepleierne er ifølge sykepleiestudentene opptatt med å få arbeidet gjort og det er en mangel på diskusjon om personsentrert omsorg til personer med demenssykdom. Handlingene er stressende og svekker den personsentrerte omsorgen. Ønsket om å lære praktisering av personsentrerte tilnærminger for pasienter med demens står sentralt hos sykepleiestudentene og de søker erfaringen i å tilpasse kommunikasjonsferdigheter mot disse pasientene (Skaalvik m.fl, 2009).

3.4 Kunnskapsutvikling ved hjelp av Dementia Care Mapping (DCM)

Sykepleierne blir mer bevisste på deres utøvelse av daglige omsorg, og hvordan deres handlinger og – eller mangler på handlinger påvirker pasientens opplevelse av omsorgen som blir gitt. Bare små endringer gir utslag på positive effekter. Individualisert omsorg blir benyttet og aktivitetene hos beboerne blir individualisert (Jøranson og Hauge 2011,Ervin og Koshel, 2012). De får mer forståelse for viktigheten av små detaljer overfor den enkelte beboer gjennom tilbakemeldinger fra andre. En samlet trygghet og stolthet vokser i personalet. Økt selvtillit og samhold gjør at personalet får et felles språk, en pleiekultur preget av selvtillitt og trygghet i egen fagutøvelse. De som ikke deltar i prosjektet med DCM opplever mindre oppmerksomhet og læring fra ledelsen. De får ikke den samme forståelsen for person sentrert omsorg og forstår dermed ikke hensikten med DCM (Jøranson og Hauge, 2011). Ved bruk av DCM får personalet økt bevissthet om egen atferd i møte og samhandling

med pasienter med demens. Ved å bruke felles refleksjon utvider personalet eget perspektiv, få tilbakemeldinger og videreutvikle egen praksis. Før DCM kartleggingen ga flere i personalet uttrykk for at de følte seg usikre på eget valg da de ikke fikk bekreftelse fra andre. De hadde et behov for å bli sett og med DCM blir det felles refleksjoner som gir økt trygghet for senere prioriteringer og valg som skulle bli tatt. Dette kommer pasientene til gode, når personalet er trygge på det de utfører. Det blir utført mer personsentrert omsorg men det blir også mer tid til å jobbe med personsentrering ved hjelp av DCM. En må jobbe i fellesskap og selvrefleksjon er ikke nok når dette gir begrenset utbytte i forhold til endring. Uten tilbakemeldinger fra andre vil ikke endringer oppstå (Rokstad og Vatne, 2011 og Ervin og Koschel, 2012). Bruk av antipsykotiske midler minker og bruk av livshistorien til beboeren men demens øker i omsorgsplanen (Ervin og Koschel, 2012). Ved bruk av DCM reduserer forekomsten av agitasjon blant pasientene (Rokstad og Vatne, 2011).

4.0 Diskusjon

4.1 Resultatdiskusjon

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse faktorer som fremmer og hemmer personsentrert omsorg til pasienter med demens på sykehjem.

4.2.1 Holdningens betydning for god pleiekultur

I resultatet kommer det frem at endringer knyttet til pleiekultur blir sett på som svært vanskelig (Jakobsen og Sørli, 2010). Kulturen bidrar til stabilitet og uforutsigbarhet for personalet og er den viktigste dynamiske konsekvens. Av den grunn ønsker flere i personalet å holde ved det etablerte og trygge, noe som kan virke mot virksomhetens mål og hensikt. Dette blir da også et hinder for nødvendig faglig utvikling. Det må derfor gjennomføres en endring på en slik måte at den ikke truer personalets behov for trygghet og uforutsigbarhet på noen måte (Jakobsen, 2005). Det kan settes i gang forsvarsrutiner ved å utfordre etablerte pleiekulturer til å tenke nytt (Argyris, 1990). Når først en dominerende kultur er etablert, er den motstandsdyktig for endring (Kitwood, 1999). Jakobsen 2005 bekrefter at det er nødvendig at forsvarsrutinene brytes skal endring oppnås da dette er innebygd i kulturen for motstand mot å endre seg. Nøling, avvisning, mangel på oppfølging og opplæring, lite iverksetting, ineffektivitet eller lignende kan være deler av en forsvarsrutine. Å kjenne pleiekulturen og dens forsvarsrutiner sier Jakobsen (2005) også kan være et godt utgangspunkt for endringer hvis sykepleieren som leder kjenner til dette. Det er viktig at lederen spiller på medarbeidernes ønske om personlig utvikling. En annen innfallsvinkel er å skape et miljø som innebærer stolthet over å arbeide på akkurat denne posten. For å få en kvalitetsforbedring i pleien må personalet se at dette er påkrevd og ønskelig (Jakobsen, 2005). Kitwood (1999) sier det

ikke er enkelt å innføre nye praksisformer innenfor en organisasjon. Når en struktur er på plass, og en bestemt måte å utføre handlinger på har blitt etablerte, har disse en tendens til å vare. Forandringer som introduseres med et bestemt formål kan ifølge Kitwood (1999) bli avvist eller undergravet underveis da enhver trussel mot den nåværende status kan bli møtt med ubevisst motstand fra medarbeiderne (Kitwood, 1999). Karrman og Olofsson (2008) bekrefter at nye ideer og forandringsarbeid kan vekke uro i en arbeidsgruppe (Karrman og Olofsson 2008). Det kan være en redsel for økt arbeidsbelastning i en allerede presset situasjon. Det er derfor viktig ifølge Karrman og Olofsson (2008) å begynne med små forandringer og ha tid for å diskutere hvordan utførelsen skal skje. Det er viktig at alle i personalet er enige om hvilke arbeidsutgifter som skal utføres, kommunisere med hverandre og har tydelige arbeidsfordelinger. De mener det er viktig å holde sammen om man møter på motstand fra andre ansatte og likevel gjennomføre endringer. Slik mener Karrman og Oloffson (2008) at etter en stund vil motstanderne uten at de selv vet det, delta på de endringer som er gjort og personsentrert omsorg vil bli utgitt (Karrman og Oloffson, 2008). For å få en oppnåelse av positiv påvirkelse med varige resultater er det viktig å forstå kulturen. Forming og vedlikehold av organisasjonskulturer med formålstjeneste der kulturfaktorer er av stor betydning, blir oppfattet som den største av alle lederoppgaver. Kulturkunnskap er avgjørende for å skape den arbeidskulturen som er ønskelig og i utgangspunktet er satt til å forvaltes (Schein, 1987 og Flaa m.fl, 1995). Det stilles da spørsmål om sykepleierne er interesserte nok til å integrere ny kunnskap. Jakobsen (2005) mener at sykepleierne hadde raskere lært seg å integrere ny kunnskap hadde de tatt mer ansvar for å holde sine kunnskaper oppdatert. Liten eller ingen vilje til endring blir vist av sykepleierne og vegringen mot endringer eller viljen til å endre seg mener Jakobsen (2005) ofte kan settes sammen med pleiekulturen i sykehjemmene (Jakobsen, 2005). Kitwood (1999) mener hvis en organisasjon skal være velfungerende er det avgjørende at den har en fornuftig prosess i utvelgelsen av sine medarbeidere. Det skal ikke bare være et spørsmål om kvalifikasjoner og erfaring i følge Kitwood, men også et spørsmål om deres potensial for å utvikle seg under arbeidet (Kitwood, 1999).

Resultatet viser at det har blitt dannet en pleiekultur som ubevisst gir ikke-ønskelige holdninger og handlinger (Jakobsen og Sørli 2010). Ansatte ønsket opplæring hos nyansatte om hva slags kunnskap som er nødvendig for å ivareta personer med demens (Raisin og Kautz 2007, Skaalvik m.fl 2009). Uønskete holdninger kan skyldes manglende opplæring av personalet. Opplæring er viktig for følelsen av mestring i jobben sin som igjen gir en motivasjon til å fortsette å gi kvalitetspleie hos pasienter med demens. Uønskede holdninger kan også komme av den sosiale tilhørigheten ifølge Eide og Aadland (2008). Nattevakter, vikarer og medarbeidere med små stillinger mangler ofte et godt fagmiljø med gode rollemodeller. En kultur med positive holdninger og ferdigheter utvikles med tilrettelegging for opplæring og samarbeid. Pleiepersonell og ledere har personlige holdninger og

ferdigheter som bidrar til kvalitet i pleien og god omsorg til pasienter med demens. Pleiepersonell på sykehjem skal være forbilder men det hender også at personalet preges av holdninger som ikke er ønsket i følge Eide og Aadland (2008). Ikke-ønskede holdninger kan for eksempel være arbeidsinnsats, motivasjon, omsorgsutgivelse. Dette kan føre til redusert kvalitet på pleie og går utover omsorgen for pasientene. Uønskede holdninger og manglende ferdigheter er et etisk problem. Manglende motivasjon kan være et uttrykk for uønsket holdning. Dette kan være på grunn av manglende opplæring, ufaglærte kolleger og vikarer (Eide og Aadland, 2008).

Tilegnelse av ny kunnskap mener Berentsen og Solheim (2008) at er den beste måten for å endre holdninger og at personalets adferd preges av deres holdninger og behandlingsadferden påvirker livskvaliteten hos pasientene med demens. Holdningen er i følge Rokstad (2008) preget av kulturen en lever i. De kulturelle verdiene og normene legger grunnlaget for hvilke egenskaper samfunnet setter pris på.

4.2.2 Håndtering av utagerende adferd

Resultatet viser at personalet er redde for å bli utsatt for situasjoner med utagerende adferd og etterlyser mer kompetanse og refleksjon mellom personalet (Rognstad og Nåden, 2011). Pasienter med utagerende adferd gjør ofte personalet uttrykke og det oppstår splittelse i personalgruppen. Når en medarbeider blir utsatt for vold og er fysisk skadet eller krenket vil en som oftest reagere med en rekke følelser samt fysiske og psykiske reaksjoner (Gotfredsen, 2009). Å fokusere på personalets situasjon er nødvendig samt iverksette tiltak etter personalets behov. Et av de viktigste tiltakene er heving av kompetanse i form av undervisning, hospitering og veiledning (Kjelberg, 2002). Chang m.fl (2009) mener at i møte med personer med demens med utagerende adferd er det nødvendig med forbedrede kunnskaper og ferdigheter for reduisering av uønskede situasjoner. Når uønskede situasjoner mellom pasient og pleier oppstår er det i følge Rokstad (2008) viktig at den utsatte sykepleieren har mulighet til å reflektere over situasjonen som oppsto sammen med en eller flere medarbeidere. En gjennomgang og revurdering av egne handlinger vil mulig resultere i en endring eller korrigering av samhandlingen med pasienten. At personalet reflekterer faglig og aktivt rundt egen og andres praksis er i følge Kjelberg (2002) vesentlig da det bidrar til forebygging, demping eller fjerning av både vanskelig adferd hos pasienten selv og den enkelte pleier som har bidratt til negative holdninger og handlinger som har påvirket pasienten på en negativ måte. Pleiekulturen skal invitere til diskusjon og refleksjon. Refleksjon sine egne og fellesskapets handlinger er en vesentlig del i en kultur som er profesjonell. Man skal gi rom for å utveksle meninger og diskutere handlingsalternativ slik at man kommer frem til en god løsning (Jakobsen 2005, Kitwood 1999). For at pasienten skal få det best mulig må personalet være villig til å forandre seg og tilpasse seg. Fremprovoserer personalet

en negativ reaksjon hos pasienten må de være villige til å forandre seg slik at denne atferden forebygges, fjernes eller dempes før det blir et alvorlig problem ut av det (Kjelberg, 2002). Refleksjon over fellesskapets og egne handlinger i ulike oppståtte situasjoner er en vesentlig del i en profesjonell pleiekultur ifølge Sveiby og Risling (1987). I grupperefleksjon settes det i fellesskap ord på hendelser. Tolkninger trekkes frem, og personalgruppen kommer frem til et tolkningssvar som leder til videre handlingsmåter. Handlingsvalgene styres av fagkunnskap, pasientens behov og felles verdier (Sveiby og Risling, 1987). I situasjoner der det oppstår episoder med utfordrende atferd er det ifølge Engedal og Haugen (2009) ulike tiltak som kan utføres. Stimuli fra omgivelse må forminkes da dette kan oppfattes som forstyrrende for pasientene med demens å de vil kjenne på en utrygghet. Å tilnærme seg pasienten på en trygg og avslappet måte, vil gjøre pasienten trygg da pleieren ikke virker truende. Å bruke sansestimulus som hørsel, syn og berøring kan virke avslappende på pasienten. Det er viktig og ikke stille krav og avled pasienten om situasjonen ikke er for ekstrem.

Resultatet viser at det ofte oppstår etiske dilemmaer på grunn av kommunikasjonsproblemer mellom pleier og pasient (Rognstad og Nåden 2011, Nakahira m.fl 2008). I følge Engedal og Haugen (2009) har flere undersøkelser vist at det oftest oppstår utfordrende adferd og vanskelig situasjoner mellom pleiepersonell og personer med demens. Udekkede behov eller dårlig kommuniserte behov ses på som et uttrykk for utfordrende adferd. En hyppig årsak til at en pasient gjør motstand og blir oppfattet som aggressiv og truende er at personen ikke forstår hva som skjer under en samhandling. Den kognitive svikten som personen har, gjør at evnen personen har for å oppfatte sammenhenger er redusert. I tillegg til dette kan hørsel og syn være redusert (Engedal og Haugen, 2009). All adferd har en mening og det er viktig at personalet ser meningen bak adferden for å kunne akseptere og håndtere adferden (Jøranson, 2010). Atferdsproblemer ses på som et forsøk på å kommunisere. I følge Wogn-Henriksen(1997) har personer med demens et like stort behov for å kommunisere som alle andre og det er lite som tyder på at dette behovet blir svekket med utviklingsprosessen av demens. Selv om det er vanskelig å håndtere ny informasjon og språket ikke lenger er effektivt som redskap har også de et behov for å oppsummere egne opplevelser og utveksle erfaringer. Alle har et behov for å forstå og å bli forstått og kommunikasjon er veien til dette. Å bli forstått, bekreftet og å oppleve trygghet har en sammenheng. Blir pasienten med demens missforstått, skaper det en uttrygghet. Wogn-Henriksen (1997) får også frem at kommunikasjonen hos personer med demens svikter. Og ikke å ha en lettvinnt og naturlig tilhørighet og tilgang i et fellesskap, å bli alene i sin egen verden stadig mer er den største trusselen i en demensutvikling. Det er derfor viktig for personalet å nå inn til pasienten, og å lære seg personen å kjenne slik at det er mulighet for forståelse (Wogn-Henriksen, 1997)

Resultatet viser at stress og utbrenthet utløser dårlige holdninger (Nakahira, 2008). Stress og utbrenthet hos sykepleiere og medarbeidere kan få konsekvenser for pasientbehandling, men også teamarbeid og enkeltindivider (Hoffart m.fl, 2014). I relasjon til pasientene er personalets holdninger en viktig faktor. Det vi lett kunne influere på personalets holdninger hvis det er stor arbeidsbelastning med fysisk og psykisk krevende pasienter. Yrkesutøvelsen kan bli påvirket på en negativ måte (Kjelberg 2004, Hoffart m.fl 2014). Hvis sykepleiere trives på jobb, blir færre utbrente og pasientene mer tilfredse (Lerdal, 2009). Det er nødvendig å sette fokus på personalets situasjon i møte med pasienten og hvilke tiltak som må igangsettes for ivaretagelse av pleiepersonalets behov, da personalet har en sentral plass i pasientens liv på godt og vondt. I behandlingen av aldersdemente med utfordrende adferd er det viktig at personalet erkjennes og ivaretas da de er en avgjørende ressurs (Rokstad 1996, Hoffart 2014). Det skal samarbeides i arbeidet med utagerende pasienter. Når handlinger utføres sammen forsterker man hverandre i og nå felles mål og igangsetter tiltak sammen når det er nødvendig (Szatkowski, 2004). Å bli møtt med forståelse fra medarbeidere, få tilbakemeldinger og støtte vil være forebyggende for stress og utbrenthet. Å arbeide med denne pasientgruppen stiller strenge krav til kompetansen og handlingsberedskapet hos personalet (Rokstad 1996, Hoffart 2014).

Resultatet viser at ansatte med negative holdninger til utagerende pasienter bruker mer fysisk tvang enn ansatte med positive holdninger (Nakahira, 2008). Personer med demens opplever ikke tvang som mindre krenkende enn de med mer samtykkekompetanse, heller tvert imot kan krenkelsen oppleves større da pasienten ikke forstår hva som skjer (Johnsen og Smebye, 2008). Tvangsbruk kan være et resultat av utfordrende adferd, men utfordrende adferd kan også være et resultat av tvangsbruk (Kirkevold, 2008). Sykepleierens holdninger og handlinger kan bidra til pasientens utagerende atferd (Skovdahl og Kihlgren, 2002). Johnsen og Smebye (2008) bekrefter at sykepleierens holdninger og handlinger mot personer med demens er en avgjørende faktor for medvirkning eller ikke. Hvordan hver enkelt sykepleier møter og forstår en pasient er avgjørende for om pasienten med demens føler seg respektert og forstått. Kirkevold (2010) bekrefter derfor at opplæring av personalet er viktig. Sykepleierens holdning bidrar til at pasienten får en følelse av trygghet eller utrygghet. Tillitt skal derfor hele tiden eksistere i relasjon mellom sykepleier og pasient (Rokstad og Smebye, 2008). Sykepleiere skal alltid arbeide for forebygging mot bruk av tvang (Tiller, 2009). Det er viktig at sykepleieren har kompetanse og ferdigheter nok til å takle utagerende adferd hos pasienter med demens da dette er vesentlig for redusering og forebygging av bruken av tvang i sykehjem (Tiller 2009, Rokstad og Smebye 2008).

Ifølge Brooker (2013) mener Kitwood at det er svært få sykepleiere med vitende vilje ønsker å utsette personer med demens for ondartet sosial psykologi, men dette skjer ofte i demensomsorgen likevel.

Kitwood var ifølge Brooker (2013) tydelig på at oppståtte episoder med ondartet sosialpsykologi sjeldent skjer som følge av ond hensikt, men at slike episoder blir en del av pleiekulturen (Brooker, 2013). Forebygging mot ondartet sosialpsykologi mener Kirkevold (2008) er å skape tillit som styrker relasjonen mellom pasient og sykepleier (Kirkevold, 2008). Innen demensomsorgen begrunnes bruk av tvang med at det er til pasientens beste (Johnsen og Smebye 2008, Kirkevold, 2008). Det stilles spørsmål om personalet er de rette til å definere hva som er det beste for pasienten, da personalet er en faktor for pasientens utagerende adferd.

4.2.3 Kunnskapsmangel som hinder for personsentrert omsorg

Resultatet viser at personalet ønsket mer fokus på å kjenne pasientens historie (Raisin m.fl, 2007). Bruk av livshistorie øker kvaliteten på omsorg (Egan m.fl, 2007). Å ha kunnskap om personen med demens gir personalet "knagger" en kan bygge på for å kunne legge til rette for en meningsfull og stimulerende hverdag for den enkelte pasient og for å støtte opp pasientens identitet (Rokstad og Smebye, 2008) Personalet må ivareta pasientens livshistorie ved å prate om tidligere hendelser i pasientens liv eller fortelle oppmuntre pasienten til å se på gamle fotografier eller gjenstander. Dette bidrar til å styrke pasientens identitet og selvtillit (Karman og olofsson 2008, Szatkowski 2004). Når livshistorie blir benyttet sammen med personer med demens, øker det tryggheten hos den rammede ved å gjenkjenne ting (Szatkowski, 2004). Mensen L (2010) sier at kilden til kunnskap er å kjenne livshistorien til det enkelte mennesket og alle som jobber innen omsorg møter et helt spesielt menneske med egen fortelling, erfaringer og selvbylde. Kitwood (1999) bekrefter at kunnskap om livshistorien styrker den personsentrerte omsorgen for personer med demens.

Resultatet viser at sykepleiestudenter opplever lite personsentrert omsorg og uønskede handlinger blant sykepleierne på sykehjemmet (Skaalvik m.fl, 2009). Når personalet behandler personen med demens som en sykdom, og ikke ser mennesket bak, vil personen føle seg krenket da personalet behandler personen som et "gjøremål" som må utføres. Den gamle blir da ikke sett og anerkjent som et individ med egen personlighet (Kirkevold, 2010). Sykehjemmets hovedmål i arbeidet med personer med demens skal være å skape forutsetninger for å oppleve mestring, trygghet og kontroll (Jakobsen, 2009). Kitwood (1999) hevder at for å møte personer med demens er det flere betingelser personalet må fylle for oppnåelse av personsentrert omsorg. Det dreier seg om å gi respons å anerkjenne personens forsøk på handling. Personalet skal jobbe empatisk for å få en innsikt i hvordan en person med demens opplever en situasjon. En forståelse for en persons oppfatning er viktig for å klare å svare/bekreftede emosjonelt på alle tegn hos personen og bidra til at denne oppfatningen gir mening. Personens ønsker og behov skal på best mulig måte planlegges og gjennomføres, og personalet skal

gjøre det mulig for personen og gjennomføre en handling. Det handler om å oppnå kontakt og interaksjon med pasienten og at dette skal opprettholdes (Kitwood, 1999). Det er ikke hvem som helst som skal jobbe innen demensomsorgen ifølge Selnes (2003). Evnen til å ha empati, engasjement og en holdning som er respektfull i tillegg til den formelle kompetanse må være fundamentet for å jobbe med personer med demens. Hun mener at hvis ikke dette er til stede har man ingenting i demensomsorgen å gjøre (Selnes, 2003). Kitwood (1999) mener en må komme seg bort fra en ensidig vektlegging av demenssykdommen og heller legge vekt på den enkelte persons opplevelse og ens håndtering av sitt liv med sykdommen. Endring av holdninger og kultur er viktig for etablering av personsentrert demensomsorg. Med bevisste og kritiske vurderinger av omsorgskulturen man er en del av, mener Kitwood at man har en mulighet til å utvikle en holdning til personer med demens som individualiserer personene med demens og setter den enkeltes behov i fokus (Kitwood, 1999).

Resultatet viser at sykepleiere som har jobbet i flere år vil ikke opplære nyansatte da deres personsentrerte tilnærminger kommer fra mange års erfaring og ikke teoretisk kunnskap (Raisin og Kautz, 2007) Sykepleiere skal ha handlingskompetanse til både å undervise og veilede studenter og medarbeidere (Rammeplan, 2008). En studie sier at veilederkompetansen hos sykepleiere oppleves som ufordrende og mangelfull (Aigeltinger m.fl, 2012). Caspersen og Kårstein (2013) bekrefter at veiledningskompetansen blant sykepleiere er svak, men at dette kan forbedres med ulike intervensjoner. Faglig påfyll øker interessen og forståelsen for veilederrollen for sykepleiere. Det er en viktig oppgave å veilede studenter og fagdager kan være et supplement som gjør sykepleierne mer forberedt til veiledning (Steen m.fl, 2013).

4.2.4 Kunnskapsutvikling ved hjelp av Dementia Care Mapping (DMC)

Resultatet viser at personalet blir mer bevisste på deres utøvelse av daglig omsorg etter DCM prosjektet (Jøranson og Hauge 2011, Ervin og Koshel 2012 , Rokstad og Vatne, 2011). Det er flere studier som bekrefter at DCM blir sett på som svært hensiktsmessig i demensomsorgen (Fossey 2011, Brooker m.fl 2008). Ved hjelp av DCM får ansatte en økt bevissthet og refleksjon om å møte pasienter med demens som enkeltindivider og en økt bevissthet for perspektivskifte og tilrettelegging. Økt bevissthet bidrar til forandring av adferd, økt selvfølelse og trygghet i faglige dilemmaer og igangsettelse av nye miljøtiltak (Rokstad og Vatne, 2005). I følge helsekompetanse (uå) og helsedirektoratet (2013) blir personalet mer bevisstgjort på hva personsentrert omsorg innebærer etter deltakelse i et DCM prosjekt da de får en bekreftelse på viktigheten av egne utøvelser. Brooker (1998) bekrefter at DCM er et hensiktsmessig verktøy å benytte på sykehjem. DCM er en positiv måte å forbedre kvaliteten på pleien hos pasientene (Brooker, 1998). Van de ven m.fl, (2012) mener at en

styrke ved DCM er at den tilbyr en integrert personsentrert tilnærming. Brooker (2005) mener DCM øker kvaliteten i demensomsorgen og at den er en bærer for utvikling av personsentrert omsorg.

Ved bruk av DCM reduseres agitasjon blant pasientene (Rokstad og Vatne, 2011) Agitasjon blant personer med demens blir redusert ved hjelp av DCM og personsentrerte tilnærminger (Chenoweth m.fl 2009, Kuiper og Dijkstra m.fl 2009).) Jeffrey (2009) mener personsentrert omsorg reduserer uro blant personer med demens på sykehjem ved hjelp av DCM. Hun mener det bør vurderes å innføre personsentrerte tilnærminger som standard praksis på sykehjem. Implementering av DCM på sykehjem har positive effekter for både pasienter og ansatte (Kuiper og Dijkstra m.fl, 2009).

Forbedringene i agitering er ekstremt oppmuntrende og viser viktigheten av ytterligere studier av DCM (Ballard og Aarsland, 2009).

Resultatet viser at for oppnåelse av varig endring av pleiekultur må alle ansatte være inkludert i DCM (Jøranson og Hauge, 2011). Opplæring fungerer best i fellesskap og ikke individuelt, da personalet utvikler felles mål og kan støtte hverandre i forbedringen av deres praksis (Kitwood, 1999). Det skjer en utvikling av skjevhet i personalgruppens styrkeforhold blir ikke alle i avdelingen inkludert. Gode tilbakemeldinger og påvirkninger fra DCM-prosjekt forsterker det skjeve styrkeforholdet mellom gruppene da den ikke-deltakende gruppen føler seg utenfor og får ikke den samme veiledningen. Det er også vanskelig for vikarer å komme inn i pleiefellesskapet for å dyktiggjøre seg i utviklingen av et godt arbeidsmiljø. Med en gruppe som består av både fast personell og vikarer kan det forstyrre gruppens fokus mot å utvikle endringsvilje og flyt i arbeidet. Det stilles derfor spørsmål om å bruke DCM på bare halvparten av en personalgruppe da det viser seg at det utvikles skjevhet i gruppen (Jøranson, 2010).

Det er begrenset hvor mye en vet om DCM og langtidseffekter av DCM da funnene i forskningsartiklene i denne oppgaven viser DCM som et prosjekt i en periode på 6 måneder. Det er derfor behov for mer forskning angående personalerfaringer og DCM som har foregått i sykehjem over lengre tid. 6 måneder er for kort tid til implementering og det er flere faktorer som spiller inn for at dette skal holdes ved like. Med mange ansatte, nyansatte og vikarer kan dette skape forstyrrelser for bruken av DCM. Det vil derfor kreves kontinuerlig opplæring, noe som kan bli sett på som vanskelig. Det stilles også spørsmål om DCM prosjektene varer lenge nok til at det oppnås resultater ved dekking av Kitwoods 5 psykologiske behov hos personene med demens, som i følge Kitwood (1999) er målet med DCM.

4.3 Metodediskusjon

I denne litteraturstudien ble det benyttet både kvalitative og kvantitative studier. Det ble lagt vekt på kvalitative studier da hensikten med denne oppgaven var å belyse faktorer som fremmer og hemmer personsentrert omsorg hos personer med demens, sett fra et sykepleieperspektiv. Det var ønskelig å få frem den enkeltes sykepleiers opplevelser og meninger om dette temaet. Å inkludere kvantitative studier blir sett på som en styrke i oppgaven da den gir data i form av målbare enheter og gir dermed en bred oversikt over det som det forskes på. Med kvantitative studier er det få spesifikke opplysninger men flere deltakere og man får påvist det som er felles for deltakerne (Dalland, 2012).

Denne litteraturstudien har begrensninger som har blitt satt på forhånd. Det er maks antall ord og 12-15 forskningsartikler i resultatet. Med et forholdsvis lite utvalg av studier og omfanget av oppgaven, er det liten mulighet til å gå dypt inn i studiene. I denne litteraturstudien ble det inkludert 12 primærstudier. Dette blir sett på som en styrke i oppgaven da forskningsartiklene er ubehandlede materiale (Dalland, 2012). Medline og SveMed+ ble benyttet som databaser i søket etter forskningsartikler. Medline ble benyttet mye da den hadde nyttig innhold som svarte til hensikten på oppgaven. Det kunne ha blitt benyttet flere søkebasen har det blitt sett i ettertid, for flere muligheter i å finne forskning som svarte til hensikten. Dette kunne ha gitt et annet resultat, og ses på som en svakhet for oppgaven. For å finne så ny forskning som mulig ble søkene avgrenset til å finne forskningsartikler som ikke var eldre enn ti år. Dette blir sett på som en styrke i oppgaven da alle artiklene er av nyere forskning. Antall søkeord kunne ha blitt utvidet for flere resultater og flere synonymer av benyttede søkeord kunne ha blitt tatt i bruk ses i ettertid. Dette blir sett på som en svakhet i oppgaven da nye artikler ha kunne dukket opp ved bruk av synonymer. Det ble ofte de samme artikler som dukket opp i søkene og det ble derfor brukt lang tid på å finne forskningsartikler. Det kom også opp forskning som omhandlet personer med demens i hjemmet, yngre personer med demens og andre tilnæringsprosjekter enn DCM. Selv om disse forskningsresultatene hadde interessante resultat, ble de ekskludert da de ikke stemte med hensikten til oppgaven. Det ble derfor mindre ønsket resultat, noe som ses på som en svakhet for oppgaven. Det kan derfor være en mulighet for relevante forskningsartikler har gått til spille, som kanskje sier noe annet i forhold til oppgavens hensikt.

Inkluderte forskningsartikler i litteraturstudien kommer fra land som USA, England, Tyskland, Australia og Norge, noe som gjør resultatene overførbare til Norge. Har også benyttet en forskningsartikkel fra Japan som ble vurdert som overførbar til Norge på grunn av kulturelle forskjeller. Innholdet i oppgaven viste ingen store forskjeller og ble derfor sett på som overførbar.

Det ble derfor valgt å bruke den da den er relevant til besvarelsen av hensikten i oppgaven. 10 av 12 forskningsartiklene er godkjent fra etisk komité og de siste to ble ikke sett som nødvendig for godkjenning da deltakelsen var valgfri, ingen av deltakerne var pasienter og informantene hadde blitt godt informert på forhånd både muntlig og skriftelig. Dette ses på som en styrke i oppgaven.

Informantene i forskningsartiklene var flertallet sykepleiere. Da oppgaven har et sykepleieperspektiv ble utsagn fra deltakerne inkludert i oppgaven. Ved å bruke sykepleiere som informanter kan feilkilder oppstå da sykepleierne kan rapportere holdninger som er bedre enn det er i virkeligheten for og ikke sette seg selv i et dårlig lys (Løken, 2006). I studiet til Kaalvik m.fl (2009) vurderer sykepleiestudenter sykepleiernes holdninger, noe som kan være en styrke i denne oppgaven, og etter analyse av alle forskningsartiklene viser det seg at de fleste forskningsartiklene har en enighet. Det ses i ettertid at det kunne ha blitt benyttet en forskningsartikkel med et pårørendeperspektiv for å få frem deres synspunkt i hvordan sykepleiere behandler den demensrammede, men på grunn av dårlig tid og oppgavens omfang ble ikke dette gjort.

5.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse faktorer som hemmer og fremmer personsentrert omsorg, sett fra et sykepleieperspektiv.

Holdninger er en faktor som både fremmer og hemmer personsentrert omsorg, og dette blir påvirket av graden av kunnskap sykepleieren har. For å fremme personsentrert omsorg synes en holdningsendring å være nødvendig. Agitasjon er en faktor som hemmer personsentrert omsorg. Det er grunn til å tro at agitasjon blant pasientene blir forverret på grunn av ulike tilnæringsmåter da ansatte mangler den kunnskapen som skal til for at det skal samsvare med pasientens individuelle behov. En pleiekultur bestående av ikke-ønskede holdninger er vanskelig å endre, men ved hjelp av DCM er det grunn til å tro at pleiekulturen endres til ønskelige holdninger der personsentrert omsorg blir satt i fokus. Skal dette oppnås må alle ansatte inkluderes for å forhindre skjevheter mellom arbeidsgruppene og for at DCM skal gi en varig endring i gruppene. Funnene viste gode resultater men kan ikke bekrefte at dette vil virke over lengre tid da det ikke er noen forskning i denne oppgaven som har benyttet DCM på sykehjem over lengre tid. I arbeid med personer med demens vil det være en forutsetning å ha et godt miljø innenfor personalet og en pleiekultur som gir engasjerte og aktive ansatte. Det er nødvendig å dele opplevelser med sine kolleger, få tilbakemeldinger, støtte og nye ideer. Det er mye som oppleves som må fordøyes og forstås men også mange opplevelser fylt med latter og glede. Et slikt fellesskap bidrar til å hjelpe personalet med å forstå nytten ved å bruke seg selv som redskap for omsorgsutgivelse.

Man kan konkludere med ut fra funnene at det burde satses på kunnskapsutvikling og kontinuerlig refleksjon og samtaler i praksis for å fremme personsentrert omsorg i samspill med personer med demens. Kunnskap og kompetanse viser seg å være en rød tråd gjennom oppgaven og bidrar til både fremming og hemming av personsentrert omsorg. Det er ønskelig med mer forskning angående virkningen av DCM over lengre tid (flere år) for å se om det positive resultatet faktisk blir vedlikeholdt.

Litteraturliste

- Argyris C (1990): Organisasjonsmessige forsvarsrutiner, i: *Bryt forsvarsrutinene: Hvordan lette organisasjonslæring*, Oslo Universitetsforlaget.
- Berentsen V D (2010): Kognitiv svikt og demens, i: Kirkevold M., Brotkorb K og Ranhoff AH: *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*, 1. utg, 3. opplag, Gyldendal Akademiske
- Berentsen V D (2008): Demens ,i: Berentsen V D: *Demensboka. Lærebok for pleie- og omsorgspersonell*, 1 utg. Aldring og helseforlaget
- Berentsen V D og Solheim K V (2008): Kommunikasjon, i: Berentsen V D: *Demensboka. Lærebok for pleie- og omsorgspersonell*, 1 utg. Aldring og helse Forlaget
- Bergland A og Kirkevold M (2005): Resident- caregiver relationships and thriving among nursing home residents. *Research in nursing Health*, vol. 28 (5), s. 365-375
- Brooker D (2005): Dementia care mapping: A review of the research literature. *The gerontologist*, vol. 45 (1), s. 11-18
- Brooker D (2013): Personsentrert omsorg- Hva mener vi med det?, i: Brooker D: *Personsentrert demensomsorg veien til bedre tjenester*, 1utg. Aldring og helse Forlag
- Brooker D ml.fl (1998): The efficacy of Dementia Care Mapping as an audit tool: report of a 3-year British NHS evaluation. *Aging and Mental Health*, 2(1):60-70.
- Brooker D (2004): What is person-centered care for people with dementia?, I: *Reviews in clinical gerontologist* 13, 3, 215-22
- Caspersen og Kårstein (2013) Kvalitet i praksis
<http://www.nifu.no/files/2013/04/NIFUrapport2013-14.pdf> [lastet ned: 09.05.14]
- Chang E, Daly J, Johnson A, Harrison K, Easterbrook S, Bidewell J, Stewart H, Noel M og Hancock K (2009): Challenges for professionals care advanced dementia, *International journal of nursing practice*, vol. 15 s. 41-47

Chenoweth L m.fl (2009) Caring for Aged dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *Lancet Neurol*, 8:317-25

Dalland O.(2012) Metode og oppgaveskriving, 5 utg., Gyldendal Akademiske AS

Demensplan 2015

http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/Demensplan2015.pdf [Lastet ned: 02.04.2014]

Egan MY, Munroe S, Hubert C, Rossiter T, Gauthier A, Eisner M, Fulford N, Neilson M, Daros B og Rodrigue C (2007): Caring for residents with dementia and impact of life history knowledge, *Journal of Gerontological nursing*, vol 33 (2), s. 24-30

Engedal K. og Haugen P.K (2009): Demens, i: Engedal K og Haugen P.K: *lærebok demens fakta og utfordringer* 5. utg., s.15-30, Aldring og Helse Forlag

Ervin K, Finlayson S og Cross M (2012): The management of behavioural problems associated with dementia in rural aged care, *Elsevier Australia*, vol 19, s. 85-95

Ervin K og Koschel A (2012): Dementia Care Mapping as a tool for person centered care, *Australian Nursing Journal*, vol 19 (10), s. 32-5

Forsberg C og Wengstrøm Y (2003): *Att göra systematiska litteraturstudier*-värdering, analys och presentation av omvårdnads forskning, stockholm, Författarna och bokförlaget, Natur och kultur

Fossey J, Lee L, Ballard C (2002): Dementia care mapping as a tool for measuring quality of life in care settings: psychometric properties. *International journal of Geriatric Psychiatry*, vol.,17 (11), s. 1064-1070

Graneheim UH og Lundman B (2004): Qualitative content analysis in nursing research, i: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurse education today*, 24, s. 105-112

Hamran, T (1992): *Pleiekulturen – en utfordring i den teknologiske tenkemåten* Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

Helsebiblioteket

<http://www.helsebiblioteket.no/Databaser/?theme=11137> [Lastet ned: 07.04.2014]

Helsedirektoratet (2013)

<http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/omsorgstjenester/demens/miljobehandling/Sider/default.aspx> [Lastet ned: 01.04.2014]

Helsedirektoratet (2011) <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/omsorgstjenester/demens/Sider/default.aspx> [Lastet ned: 12.03.2014]

Helsekompetanse (u.å) <http://helsekompetanse.no/fagnett-miljobehandling/14628> [Lastet ned:15.03.2014]

Håkonsen KM (2010): Innføring i psykologi, 4 utg., Oslo, Gyldendal Akademisk

Helse- og omsorgsdepartementet(2009)

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-/5/2/1.html?id=567233> [Lastet ned: 25.03.2014]

Jakobsen R (2005): Forvandlende lederskap. Et lederskap for fremtiden, i: Jakobsen R: *Klar for fremtiden? Om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleieledelse*, 2.utg, 3 opplag, Gyldendal Akademisk, Oslo

Jakobsen R (2005): Pleiekulturen,i: Jakobsen R: *Klar for fremtiden? Om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleieledelse*, 2. utg, 3 opplag, Gyldendal Akademisk, Oslo

Jeffrey S (2009) Person-centered care and Dementia Care mapping redeuse agitation in Dementia: <http://www.medscape.com/viewarticle/589737> [lastet ned: 07.05.2014]

Johnsen L og Smebye KL (2008): Bruk av tvang i demensomsorgen,i: Rokstad AM og Smebye KL: *Møte og samhandling, personer med demens*, 1.utg., 1.opplag, Akribe AS, Oslo

Jøranson N (2010): Et langt lerret å bleke, Om personalerfaringer etter et implementeringsprosjekt med Dementia Care Mapping på en sykehjemsavdeling: *institutt for sykepleievitenskap og helsefag*, universitetet i Oslo, s. 33-107

Jøranson N og Hauge S (2011): Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling, *norsk sykepleieforskning vol 24, (6)* s. 376-382

Kada S, Nygaard HA, Mukesh BN and Geitung J (2008): Staff attitudes towards institutionalized dementia residents, *Journal of clinical nursing*, vol. 18, s. 2383-2392

Karrman og Olofsson (2008): Attityder, bemotande och kommunikation, i: Karrman AK og Olofsson L: *Sinnesstimulering i demensvården*, Gothia Forlag AB, Stockholm

Kirkevold M (2010): Den gamles integritet, i: Kirkevold M, Brodtkorb K og Ranhoff AH: *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten*, 1 utg., 3 opplag. Gyldendal Akademisk, Oslo

Kirkevold Ø (2008): Når pasienten ikke vet sitt eget beste, i: Eidem RK og Haugen Pk m.fl.: *Å leve med demens, erfaringsbasert utvikling av tilbud*, Forlaget Aldring og helse

Kirkley C, Bamford C, Pool M, Arksey H, Hughes J og Bond J(2011): The impact of organizational culture on the delivery of person- centered care in services providing respite care and short breaks for people with dementia, *Health and sosialcare in the community*, vol 19 (4) s. 438-448

Kitwood T (1999): Den kulturelle transformationsoppgave, i: *En revurdering af demens- personen kommer i første række*, 1utg, 6 opplag, København

Kitwood T (1999): Organisationen, der viser omsorg, i: *En revurdering af demens- personen kommer i første række*, 1.utg, 6 opplag, København

Kjelberg T (2002): Tiltak ved vanskelig atferd, i: *Når atferd blir vanskelig. Utredning og tiltak ved vanskelig atferd hos aldersdemente*, Kommuneforlaget, Oslo

Lerdal A (2009): Bedre behandling når sykepleiere trives:

<http://www.sykepleien.no/nyhet/248646/bedre-behandling-nar-sykepleierne-trives>

[lastet ned: 2.05.2014]

Lovdata (2013) Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven):

<<http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-001.html>> [Lastet ned: 07.04.2014]

Løken KH (2006) Å lykkes med brukermedvirkning, i: Almvik A og Borge L (red.) *Psykisk*

helsearbeid i nye sko, s. 187-200, Bergen, Fagbokforlaget

Mensen L (2010): Aldringsteorier, i: Kirkevold M., Brodtkorb K og Ranhoff AH: *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*, 1. utg, 3. opplag, Gyldendal Akademiske

Murphy K (2005): A qualitative study explaining nurses' perceptions of quality care for older people in long- term care in Ireland, *Journal of clinical nursing* 16, s. 477-485

Nakahira M, Moyle W, Creedy D og Hitomi H (2008): Attitude toward dementia- related aggression among staff in Japanese aged care settings, *Journal of clinical nursing*, vol 16 s.807-816

Raisin J og Kautz DD (2007): Knowing the residents with dementia.Perspectives of assisted living facility caregivers, *Journal of gerontological nursing*, vol 33 (9), s. 30-36

Rammeplan for sykepleie (2008)

http://www.regjeringen.no/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf [Lastet ned 27,04,2014]

Rita Jakobsen og Venke Sørli (2010): Dignity of older people in a nursing home: Narratives of careproviders, *Nurse etichs*, vol 17 (3), s.289-300

Rognstad MK og Nåden D (2011): Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen- pleiers perspektiv, *Nordisk sykeplejeforskning*, vol.1 (2), s. 143-155

Rokstad AM og Vatne S (2011): Dementia Care Mapping- En mulighet for refleksjon og utvikling, *norsk sykepleieforskning*, vol 6 s. 28-34

Selnes K (2003): Personalet, i: Selnes K: *Toleranse og ferdighet. Etablering og drift av en forsterket skjermet enhet for personer med demens*, 1 utg, BK grafisk AS, Nasjonalt kompetanse senter for aldersdemens

Shoot m.fl (2006): Client-centered home care: balancing between competing responsibilities. *Clinical Nursing Research*, vol. 15 (4), s. 231-254

Skovdahl K og Kihlgren M (2002): Oro och aggressivitet- beteenden som kan vara svåra att tolka och bemota, i: Edberg AK: *Att möta personer med demens*,

Smebye K L (2008): Å møte personer med demens, i: Rokstad AM og Smebye K L: *Personer med demens. Møte og Samhandling*, 1.utg, 1. opplag, Akribe AS

Sveiby KE og Risling A (1987): Faktorer for fremgang, i: *Kunnskapsbedriften: århundrets største lederutfordring?*, Cappelen Forlag, Oslo

Sykepleien (2009) <http://www.sykepleien.no/nyhet/277610/livredde-pa-jobb> [Lastet ned: 15.04.14]

Sykepleien (2009) *sykepleieforskning*

http://www.sykepleien.no/page/sykepleien/vis/artikkel-lenket-kontakt?p_document_id=121119

[Lastet ned 07.03.2014]

Sykepleien (2014) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleier*

<https://www.nsf.no/Content/1378906/Yrkesetiske%20retningslinjer.pdf> [Lastet ned: 03.04.2014]

Szatowski KS (2004): Kommunikasjon, i: Demens. Samarbeid og kommuniskasjon, 1utg., 1 opplag, Gyldendal Akademiske, Oslo

Szatowski KS (2004): Samarbeid, i: Demens. Samarbeid og kommuniskasjon, 1utg., 1 opplag, Gyldendal Akademiske, Oslo

Tidsskriftet (2010): Demens frem mot 2050,

<http://tidsskriftet.no/article/1993496> [Lastet ned: 12.03.2014]

Tiller (2009): Kan kompetanseheving redusere utagering og bruk av tvang?

<file:///C:/Users/C/Downloads/Rapport.%252B%C3%98kt%252Bkompetanse%252Bog%252Bforbedret%252Bh%C3%A5ndtering%252Bav%252Bdemente%252Bpasienters%252Butfordrende%252Batferd.pdf> [Lastet ned: 01.05.2014]

Van De Ven G, Draskovic I, Adang E, Donders R, Post A, Zuidema SU, Koopmans R og Vernooij MD (2012): Improving person- centered care in nursinghomes through dementia care mapping, *BMC Geriatrics*, vol 12 s. 1471-2318

Vedlegg 1. Protokoll for vurdering av forskningsartikler

Vurdering av forskningsartikkel

Artikkel: Nr 1

Tittel:

Hovedområde _____

Forfatter/e: Ådel Bergland og Marit Kirkevold

Land: Norge Språk: Bokmål År: 2011

Type studie _____

Original _____ Review _____ Annet _____

Resultater: _____

Kommentarer: _____

Kvalitetsbedømming _____

Viktige stikkord:

Vedlegg 2. Oversikt over inkluderte artikler.

Forfatter, år, land, tidsskrift og dato for funn.	Tittel	Hensikt	Metode	Hovedfunn
Kirkley C m.fl 2011 Storbritannia <i>Health and socialcare in the community</i> 11.03.2013	The impact og organizational culture on the delivery of person-centered care in services providing respite care and short breaks for people with dementia	Utforske rollen av organisatorisk kultur i barrierer og tilrettelegging til personsentrert demensomsorg.	49 intervjuer via telefoni med personell og 5 ansikt til ansikt med sykepleier	Betydelig variasjon i forståelsen av personsentrert omsorg. Generell enighet om at personsentrert omsorg bør fokuseres mer på. Vanskelig med kulturendring.
Rokstad AM og Vatne S 2011 Norge <i>Norsk sykepleieforskning</i> 10.03.2014	Dementia Care Mapping- en mulighet for refleksjon og utvikling	Innhente kunnskap om pleiepersonalets erfaringer med refleksjonsprosesser som ble igangsatt på bakgrunn av DCM og hvilken betydning det hadde for pleie.	Fokusgruppe- Intervjuer ble brukt som metode for datasamling på en sykehjemsenhet.	DCM kartleggingen gjorde personalet mer reflektert og bidro til nye måter å møte pasienten på.
Jøranson og Hauge 2011 Norge	Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling?	Beskrive og utforske personalerfaringer i sykehjemsavdeling 6 mnd etter	Gruppeintervju med til sammen 9 deltakere fra samme avdeling. Avdelingsleder intervjuet alene.	Gruppekulturutvikling kan styrke pleiepersonalets kunnskapsutvikling ved hjelp av DCM- Alle må delta for å

Norsk sykepleieforskning 10.03.2014		anvendt DCM		vedlikeholde en personsentrert omsorgskultur for å unngå utvikling av skjev pleiekultur når ikke alle er inkludert.
Nakahira m.fl 2008 Japan <i>Journal of clinical nursing</i> 02.03.2014	Attitude toward dementia- related aggression among staff in Japanese aged care settings.	Undersøke holdningene til sykepleiere mot aggressive pasienter med demens. Relasjoner mellom sykepleiernes holdninger, faglige egenskaper og klinisk praksis ble utforsket.	27 sykehjem ble kartlagt der ansatte gjennomførte en undersøkelse angående holdinger mot utagerende pasienter med demens.	Eldre sykepleiere hadde mer positive holdninger til pasienter med utagerende adferd. Sykepleiere med dårlige holdninger brukte mer tvang.
Murphy K 2005 Irland <i>Journal of clinical nursing</i> 02.03.2014	A qualitative study explaining nurses' perceptions of quality care for older people in long-term care setting in Ireland	Utforske sykepleiernes oppfatning av god behandling og hvilke faktorer som fremmer og hemmer kvaliteten på pleie	Intervju med 20 sykepleiere i omsorgstjenesten	Sykepleierne oppfatter kvalitetspleie som helhetlig og individualisert, men dette ble ikke utført i praksis pga mangel på tid og negative holdninger hos ansatte om endring av pleiekultur.
Rognstad MK og	Utfordringer og	Beskrive	12	Økt kunnskap og

Nåden D 2011 Norge <i>Nordisk sykeplejeforskning</i> 01.03.2014	kompetanse i demensomsorgens pleiers perspektiv	personalets opplevelse av jobbsituasjon i møte med pasienter med demens og å belyse personalets behov for kompetanseheving.	omsorgspersoner på et sykehjem ble intervjuet	kompetanse vil bidra til økt refleksjon og trygghet blant personalet til å håndtere situasjoner der utagering oppstår
Raisin J og Kautz D.D Amerika 2007 <i>Journal of gerontological nursing</i> 07.03.2014	Knowing the residents with dementia. Perspectives of assisted living facility caregivers	Hva slags kunnskap har personalet på sykehjem og hva blir brukt hos pasienter med demens.	Fokusgrupper som metode for innsamling av data der 23 ansatte i sykehjem er involvert	Kunnskapen fra de ansatte kom fra erfaringer og ikke undervisning. De trenger mer kunnskap og personsentrert omsorg.
Ervin K m.fl 2012 Australia <i>Elsevier Australia</i> 07.03.2014	The management of behavioural problems associated with dementia in rural aged care	Å vurdere sykepleiernes kunnskap om bruk av ikke-farmakologiske og farmakologiske intervensjoner.	6 sykehjem deltok i en spørreundersøkelse	Funnene viste at de ansatte hadde god kunnskap om demens men dårlig forståelse for ressurser som kunne bli brukt rundt pasientene.
Kada S m.fl	Staff attitudes	Utforske	14 sykehjem og en	Tydelige forskjeller

2008 <i>Journal of clinical nursing</i> Norge 07.03.2013	towards institutionalised dementia residents	holdningene til personalet på sykehjem angående omsorg hos personer med demens og variabler knyttet til disse holdningene.	sykehusbasert geriatrisk sengepost med 291 sykepleiere og hjelpepleiere som deltok i en spørreundersøkelse.	på ansattes holdninger mot personsentrerte tilnærminger hos den demente pasienten. Dette har noe med hvilken utdanning de har, alder og erfaringer.
Jacobsen R og Sorlie V 2010 <i>Nursing ethics</i> England	Dignity of people in a nursinghome: Narratives of careproviders.	Utforske etiske vanskelige utfordringer helsepersonell på sykehjem opplever på daglig basis.	Det ble gjennomført individuelle intervjuer med en narrativ tilnærming.	Helsepersonell opplevde ofte etiske utfordringer og kulturen de jobbet i støttet ikke deres synspunkter.
Skaalvik M m.fl 2009 <i>Journal of clinical nursing</i> Norge 27.03.2014	Student experiences in learning person centered care of patients with Alzheimer disease as perceived by nursing students and supervising students	Belyse erfaringer og oppfatninger av sykepleiestudentene og opplæringen som blir gidd av sykepleiere når det gjelder læring av personsentrert omsorg for pasienter med Alzheimer Sykdom.	Kvalitative intervjuer med 7 sykepleiestudentene og 6 sykepleiere	Sykepleiestudenter opplevde begrenset læring om personsentrert omsorg mens sykepleierne oppfattet opplæringen som god.
Kaye Ervin og Alison Koschel	Dementia Care Mapping as a tool for person	Få personsentrert demensomsorg	12 sykehjemsansatte ble med i en	Resultatene viste en positiv endring i personalets

2012	centered care	inn på sykehjem ved hjelp av Dementia care mapping gjennom trening av helsepersonell.	spørreundersøkels e. Dette var valgfritt og svarene ble anonymisert.	oppfatninger av omsorgen som gis til beboere etter trening i DCM
<i>Australian Nursing Journal</i>				
Australia				
08.04.2014				