

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sykepleie, forskning og fagutvikling -
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 27.04.2017 kl 14.00

Kandidatnr.: 563

Antall ord: 8977

Personsentrert omsorg ved demens



Hentet 20.03.17 fra: <https://goo.gl/images/0nxgnY>

“Livet er lik et tre!”

Lik treet fikk jeg også rynker etter hvert.

Lik treet om høsten mister jeg nå blader.

*Blader som forteller hvem jeg er, hva jeg er,
erfaringer jeg har gjort, viten, hvem jeg er glad i.*

Livet mitt” faller av.”

Uten blader, intet liv, sier du vel.

Men de som ser meg, kjenner meg.

*Vit at som treet gjemmer på livskilden i sitt indre,
har også jeg en livskraft, et hjerte som føler.*

Jeg er fortsatt glad, redd, sint, trist.

Jeg føler og lever, men kun i øyeblikket.

Der ligger forskjellen på deg og meg.

Vær så snill, øyeblikket er det eneste jeg har.

Del det med meg

(Utdrag fra dikt av Kirsti V. Solheim).

Høgskolen på Vestlandet, Avdeling Haugesund

Bachelor i sykepleie, kull 2014

Antall ord: 8977

Sammendrag

Tittel: Personsentrert omsorg ved demens

Bakgrunn: I følge World Health Organization (2016) er det 47,5 millioner mennesker i verden som har en demens diagnose. Det oppstår 7,7 millioner nye tilfeller hvert år (World Health Organization, 2016). Jeg er selv deltidsansatt på sykehjem på avdeling for pasienter som lider av demens. Jeg har sett hvor viktig den personsenterte omsorgen er i hverdagen.

Problemstilling: Hvordan kan en sykepleier gi personsentrert omsorg til en pasient som lider av demens på sykehjem?

Hensikt: Å sette personsentrert omsorg ved demens frem i lyset. Å finne ut hvordan en sykepleier kan gi personsentrert omsorg til en pasient som lider av demens på sykehjem. Jeg vil tilegne meg mer kunnskaper som jeg kan bruke i mitt fremtidige yrke som sykepleier.

Metode: Litteraturstudie der forskning og faglitteratur blir brukt for å svare på problemstillingen.

Konklusjon: For at en sykepleier skal gi personsentrert omsorg til en pasient som lider av demens på sykehjem handler det om å se pasienten for det menneske hun/han er. Sykepleieren må skape en individuell tilnærming, anvende livshistorie som redskap, øke kompetanse og opplæring og bidra til verdig omsorg.

Nøkkelord: Demens, personsentrert omsorg, verdighet, sykepleie, livshistorie, kompetanse

Abstract

Title: Person-centred care in dementia

Background: According to the World Health Organization (2016), there are 47, 5 million people in the world who´ s having a diagnosis of dementia. 7.7 million new cases occur every year (World Health Organization, 2016). Personally, I am a part-time employee in a nursing home in the department for patients suffering from dementia. I have seen how important the person-centred care is in everyday life.

Research question: How can a nurse give person-centred care to a patient suffering from dementia in nursing homes?

Aim: To bring person-centred care in dementia into the light of day. To research how a nurse can give person-centred care to a patient suffering from dementia in nursing homes. I want to acquire more knowledge that I can use in my future occupation as a nurse.

Method: The literature study where research and literature is used to answer the research question.

Conclusion: In order for a nurse to give person-centred care to a patient suffering from dementia in nursing homes, the idea is seeing the patient for the human being he/she is. The nurse must create an individual approach, use life story as a tool, increase competence and training and contribute to dignified care.

Keywords: Dementia, person-centred care, dignity, nursing, life story, competence

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning	5
1.1	<i>Bakgrunn for valg av tema</i>	5
1.2	<i>Oppgavens hensikt og valg av problemstilling</i>	5
1.3	<i>Avgrensning og presisering av oppgaven</i>	6
1.4	<i>Oppgavens oppbygning</i>	6
2.0	Teoretisk referanseramme	7
2.1	<i>Hva er demens?</i>	7
2.2	<i>Konsekvenser for pasienten</i>	9
2.3	<i>Sykepleieteori</i>	9
2.4	<i>Omsorg og personsentrert omsorg</i>	10
2.5	<i>Reminisens</i>	11
2.6	<i>Verdighet</i>	11
2.7	<i>Sykepleierens rolle og funksjon</i>	12
2.8	<i>Demensomsorgen ABC</i>	13
3.0	Metode	14
3.1	<i>Definisjon av metode</i>	14
3.2	<i>Litteraturstudie som metode</i>	14
3.3	<i>Kvantitativ og kvalitativ forskning</i>	14
3.4	<i>Kildekritikk</i>	15
3.5	<i>Forskningsetikk</i>	15
3.6	<i>Litteratursøk</i>	16
4.0	Resultater	17
4.1	<i>Presentasjon av artikler</i>	17
4.2	<i>Oppsummering av hovedfunn</i>	19
5.0	Diskusjon:” Hvordan kan en sykepleier gi personsentrert omsorg til en pasient som lider av demens på sykehjem?”	20
5.1	<i>Å skape en individuell tilnærming</i>	20
5.2	<i>Å anvende livshistorie som redskap</i>	22
5.3	<i>Å øke kompetanse og opplæring</i>	24
5.4	<i>Å bidra til verdig omsorg</i>	25
6.0	Konklusjon	28
7.0	Litteraturliste	30
8.0	Vedlegg	33
	<i>Vedlegg I: Søkeprosessen</i>	33
	<i>Vedlegg II: Resultattabell</i>	34
	<i>Vedlegg III: Eksempel på kildekritikk</i>	36

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I følge World Health Organization (2016) er det 47,5 millioner mennesker i verden som har en demens diagnose. Det oppstår 7,7 millioner nye tilfeller hvert år (World Health Organization, 2016). I min bacheloroppgave ønsker jeg å fordype meg i personsentrert omsorg ved demens. En av hovedgrunnene til at jeg velger dette tema er blant annet fordi jeg jobber deltid på en dementavdeling. I følge Engedal og Haugen (Sitert i Jakobsen 2007, s.26) er aldersdemens den hyppigste årsaken til at eldre legges inn på sykehjem.

Jeg har møtt på mange utfordringer, men det er spesielt en utfordring som har satt sine spor i meg. Denne utfordringen handler om å gi individuelt tilpasset omsorg til hver og en pasient i en travel hverdag. Derfor har jeg valgt begrepet personsentrert omsorg. Jeg brenner for at de som har en demens diagnose skal bli sett og verdsatt for den de er. I tillegg har jeg også pårørende erfaringer. Jeg vet hvor vanskelig og utfordrende det kan være for en pårørende til en person med demens. Jeg synes at det er et viktig tema som trenger å bli belyst, derfor ønsker jeg å tilegne meg mer kunnskaper som kan bidra til bedre omsorg for denne pasientgruppen.

1.2 Oppgavens hensikt og valg av problemstilling

Hensikten med oppgaven er å fremheve hvor viktig personsentret omsorg er i arbeid med personer med demens på sykehjem. Jeg har opplevd at denne pasientgruppen fort kan blir stereotypisert. Det er viktig å bli sett, forstått og verdsatt for det menneske en er. Jeg har som mål å tilegne meg mer kunnskap for å kunne yte denne omsorgen på en best mulig måte. Forsberg og Wengstrøm (2014, s. 36) sier at problemstillingen er motivasjonen til hvorfor oppgaven gjøres. Det innebærer å øke kunnskap innen det spesielle emnet og å kunne svare på problemet (Forsberg og Wengström, 2014, s. 36). Min problemstilling er:

“Hvordan kan en sykepleier gi personsentrert omsorg til en pasient som lider av demens på sykehjem?”

1.3 Avgrensning og presisering av oppgaven

I oppgaven har jeg valgt å fokusere på pasienter med demens som bor på sykehjem. Dette er fordi det er på sykehjem jeg har mest erfaring. Her har sykepleiere en stor innvirkning på pasientens hverdag. På den ene siden kommer jeg ikke til å ta hensyn til de ulike demenssykdommene, på den andre siden kommer jeg heller ikke til å begrense meg til en. Fokuset mitt vil være på den delen av omsorgen som går på å bli sett på som det menneske en er, å føle seg ivaretatt og verdsatt. Derfor blir det valgte begrepet personsentrert omsorg.

1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven begynner med en innledning hvor det blir presentert bakgrunn for valg av tema. Det blir beskrevet oppgavens hensikt og problemstilling, samt avgrensninger og presiseringer. Videre følger en teoridel med forklaring av begrepene: demens, omsorg, personsentrert omsorg, reminisens, verdighet, sykepleierens rolle og funksjon og demensomsorgen ABC. Sykepleierteorien jeg har valgt å ha fokus på er Martinsens sykepleierteori om omsorg. Etter det kommer metodedelen, før problemstilling blir drøftet i lys av forskning og teori. Til slutt kommer en konklusjon, litteraturliste og vedlegg.

2.0 Teoretisk referanseramme

I den teoretiske referanserammen vil jeg presentere begrepene som jeg har med i min problemstilling, nemlig demens og personsentrert omsorg. For å få en bedre forståelse av personsentrert omsorg vil jeg begynne med å forklare ordet omsorg. Ettersom mange av artiklene jeg fant inneholder livshistorie ble det relevant å ta med reminisens som en del av teorien. Verdighet er også et begrep jeg vil forklare. Dette er på grunn av at verdighet er svært relevant knyttet til personsentrert omsorg noe som gjør det naturlig å ha med. Ettersom min problemstilling inneholder ”Hvordan kan en sykepleier” har jeg valgt å ta med noe om sykepleierens rolle og funksjon. Jeg vil i tillegg ha med noe om demensomsorgen ABC. Jeg har valgt å fokusere på Martinsen sin omsorgsteori.

2.1 Hva er demens?

Skovdahl og Berentsen (2014, s. 412) sier at demens ikke er en sykdom, men diagnose for flere symptomer som kan forårsakes av sykdommer eller skader. Det finnes mange forskjellige former for demens. Det finnes også flere tilstander som kan gi demenslignende symptomer. Vi kan beskrive demens som er fellesbetegnelse på sykdommer som rammer flere av hjernen funksjoner (Skovdahl og Berentsen, 2014, s. 411-412). Demenssykdommene kan deles opp i tre hovedgrupper som heter primærdegenerative sykdommer, vaskulær demens og sekundærdemenssykdommer. Ved primærdegenerative demenssykdommer skades eller dør hjerneceller. Denne type sykdommer kommer ofte uten at personen selv legger merke til det. Sykdommene er progressive og vil etterhvert utvikler seg. Da får personen flere og flere funksjonstap. Per i dag er ikke sykdommene kurative. Allikevel finnes det gode tilbud som kan hjelpe personen til å oppleve et godt liv med en aktiv hverdag. Under denne kategorien finner vi Alzheimers sykdom, frontotemporal, lewylegemedemens og Parkinsons sykdom med demens (Skovdahl og Berentsen, 2014, s. 412-413). Ved vaskulær demens er de vanligste årsakene hjerteinfarkt og sykdommer i arterioler i hjernevevet. Denne formen for demens kan oppstå plutselig og kan brått forverres. Sekundære demenssykdommer er ulike sykdommer, tilstander eller skader som kan føre til demensutvikling. Eksempel på noen av disse er rus-, og alkoholmisbruk, svulster og ubehandlet alvorlig B12 mangel (Skovdahl og Berentsen, 2014, s. 414).

Alzheimers sykdom utgjør ca. 70% av demenstilstandene, noe som gjør den til den hyppigste formen. Den opptrer hos så mange som 10% av alle over 65 år og ved økende alder er risikoen større for å få denne sykdommen. Vaskulær demens utgjør 20% mens andre sjeldnere demenssykdommer utgjør 10%. Felles for dem alle er at demens er en progredierende kognitiv hjernefunksjonssvikt som oppstår hos mennesker som tidligere har vært kognitivt velfungerende (Bertelsen, 2014, s. 326). Skovdahl og Berentsen (2014, s. 411) sier at alle som rammes av demens vil bli dårligere og dårligere og til slutt blir de avhengige av hjelp. Dette kan påvirke hverdagen til pasienten i stor grad. Sykdomsforløpet er forskjellig fra person til person og avhengig av hvilken type demens det er snakk om. Noen forløp kan være korte og intense, mens andre kan være inntil 20 år (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 411-412). I Norge brukes ICD-10 som er utarbeidet av World Health Organization for å diagnostisere demens. De deler den kognitive svikten i 3 grader. Mild er når sykdommen påvirker daglige aktiviteter. Moderat er når pasienten ikke klarer seg uten hjelp. Siste grad er alvorlig og innebærer en nødvendighet av kontinuerlig pleie og overvåkning (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 411-412).

Bertelsen (2014, s. 327) viser til at de vanligste symptomene på demens er hukommelsessvikt, angst, depresjon, personlighetsforandring og nedsatt tankeevne. Engedal og Haugen (Sitert i Solheim, 2015, s. 21) deler de vanligste kjennetegnene på demenssykdom i 3 områder. De tre områdene er kognitive-, atferdsmessige- og motoriske kjennetegn. De kognitive kjennetegnene er svekket oppmerksomhet, svekket læringsevne, hukommelsestap, nedsatt språkevne, handlingssvikt og flere. De atferdsmessige blir beskrevet som bl.a. depresjon og tilbaketrekning, angst, panikk, vrangforestillinger, hallusinasjoner, personlighetsendring, uro, vandring og irritasjon. De motoriske kjennetegnene kan være muskelstivhet, balansesvikt, inkontinens og styringsproblemer (Engedal og Haugen, Sitert i Solheim, 2015, s. 21).

Bertelsen (2014, s. 327) forklarer at det utelukkes andre årsaker enn demens ved å ta MR- og EEG undersøkelser av hjernen. Det finnes noen medikamenter som kan dempe symptomene som hukommelsessvikt og adferdsforstyrrelser. Ved vaskulær demens må pasienten få behandling for sin grunnsykdom. Prognosen er avhengig av hvilken type demens som er aktuell og hvor tidlig behandlingen starter (Bertelsen, 2014, s.327).

2.2 Konsekvenser for pasienten

Det å leve med demens oppleves individuelt for hvert menneske. Det er vist at mange beskriver det som en stor påkjenning med mange følelser. Det beskrives en usikkerhet som påvirker selvbilde og selvfølelsen. Det oppstår en frykt for forverring av sykdommen (Rokstad, 2014, s. 11). Konsekvenser for sykdommen demens er patologiske, men også psykososiale (Jakobsen, 2007, s. 30). Cars og Zander (Sitert i Jakobsen, 2007, s. 32) viser til en rekke konsekvenser som personer med demens kan oppleve. De beskriver at selvfølelsen kan trues, tankeevne og dømmekraft svikter, opplevelsen av omverden forandres, fantasien visner og sanseintrykkene sorteres dårligere. Det fremkommer og at mange med demens opplever identitetsforvirring, uselvstendighet, relasjoner forandres, den emosjonelle kraften svikter og at helhet og sammenheng blir borte (Cars og Zander, Sitert i Jakobsen, 2007, s. 32).

2.3 Sykepleieteori

Martinsen (Sitert i Kristoffersen, 2014) er en norsk sykepleier som gjennom et langt forfatterskap har utviklet sin omsorgsfilosofi. Hun legger vekt på menneskeoppfatning som bygger på relasjoner mellom mennesker. I følge Martinsen har omsorg tre kvaliteter: en sosial relasjon, en forståelse for andre og at omsorgen skal være ekte. At omsorgen skal være ekte handler om en gjensidighet som blir utviklet gjennom samhandling. Vi anerkjenner den andre ut i fra hans eller hennes situasjon. Martinsen beskriver omsorg som en grunnholdning i sykepleie. Den er preget av engasjement, innlevelse, moralsk og faglig vurdering. Vi som sykepleiere må handle aktivt til det beste for den andre. Hun beskriver omsorg som den måten vi er og handler i møtet med pasienter. Innen yrkesmessig omsorg mener Martinsen at sykepleieren må bygge en relasjon der hun/han forplikter seg til å yte den hjelpen som personen har behov for. Hun sier at for å finne dette behovet er sykepleieren nødt til å engasjere seg i pasientens situasjon og vise interesse. Dette må til for å kunne forstå hvordan en selv ville blitt behandlet i den situasjonen. Hun/han må tolke den andres realitet og erfaringer for å få denne forståelsen. Teorien understreker at omsorg ikke bare er grunnholdning, men og en praktisk handling. I tillegg til den kunnskapen en sykepleier har som yrkesutøver, får en også kunnskap om pasientens situasjon som medmenneske. Da blir vi i enda bedre stand til å utøve god omsorg til pasienten (Sitert i Kristoffersen, 2014, s. 247-256).

Martinsen (Sitert i Slettebø, 2009, s. 75) mener at omsorg er sykepleierens verdigrunnlag. Hun ser på omsorgsbegrepet fra tre forskjellige sider. Det første er et rasjonelt begrep som innebærer forholdet mellom to mennesker. I denne sammenheng blir det da sykepleier og pasient. Den andre siden er et praktisk begrep som vil si å utføre handlinger i situasjoner basert på forståelse for hva som er til den andres beste. Det siste begrepet er moralsk og handler om ansvar for de svake. Sykepleieren må dermed handle ut fra hva som er til det beste for pasienten. Det kreves derfor en forståelse av pasientens situasjon. Martinsen forklarer at alle mennesker kan havne i en situasjon hvor de blir avhengige av hjelp. Den hjelpen som da blir gitt vil være ut i fra pasientens behov (Sitert i Slettebø, 2009, s. 75). Martinsen hevder at det finnes en iboende moralsk verdi hos mennesker. Det vil si at gjennom våre holdninger og væremåte formidler vi godhet og omsorg. Ved hjelp av holdning, blick og stemme kan vi skape trygghet, men det samme kan også skape utrygghet. Det er dermed opp til sykepleieren å formidle trygghet. Dette er nødvendig for å skape et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient (Sitert i Slettebø, 2009, s. 77-78).

2.4 Omsorg og personsentrert omsorg

Engedal (2015, s. 63) forklarer at behandling av pasienter med kroniske sykdommer betyr at vi må ha et omsorgsperspektiv. Demens er vanligvis en progressiv sykdom som ikke er kurativ. Det betyr at sykepleieren kontinuerlig må se det endrede behovet for omsorg. Et mål for omsorg vil være at pasienten hjelpes til å føle et verdig liv. Her blir personsentrert omsorg det ideelle (Engedal, 2015, s. 63). I Demensplanen 2015 (Sitert i Skovdahl og Berentsen, 2014, s. 408) står det at personsentrert omsorg er grunnlaget for all omsorg hos personer med demens. Slettebø (2009, s. 23) mener at omsorg innebærer å sette seg inn i pasientens situasjon og få en forståelse av hvordan pasienten selv opplever det. For å skape denne forståelsen må vi til en viss grad ha kjennskap til pasienten. Omsorg betyr blant annet å bry seg om andre (Slettebø, 2009, s. 23). I følge Kitwood (Sitert i Jakobsen, 2007, s.67) føler gjerne en person med demenssykdom mangel på kontroll og dermed en utrygg hverdag. Det er et behov for støtte og hjelp for å oppleve kontroll, mestring og trygghet i hverdagen (Sitert i Jakobsen, 2007, s. 67).

Helsedirektoratet (2017) beskriver personsentrert omsorg som en omsorgsfilosofi. Innen miljøarbeid bør den personsentrert tilnærmingen være utgangspunktet. Ved å bruke personsentrert omsorg blir behandlingen skreddersydd for hver enkelt person (Helsedirektoratet, 2017). Brooker (2013, s. 88) beskriver fire hovedelementer i

personsentrert omsorg og kaller dem for VIPS. V står for et verdigrunnlag som anerkjenner menneskets absolutte verdi. I står for individuell tilnærming som legger vekt på det unike hos hvert enkelt menneske. P står for evnen til å forstå verden ut i fra personens perspektiv. Til slutt S som står for en etablering av et støttende sosialt miljø som dekker pasientens psykologiske behov (Brooker, 2013, s. 88). I følge Kitwood (Sitert i Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 422) betyr det å ha en identitet å vite hvem man selv er kognitivt og følelsesmessig. Dette kan være vanskelig når man ikke lenger husker hvor man kommer fra eller hvem man er. Det er derfor grunnleggende i omsorgen å hjelpe personen med å holde fast på sin identitet og støtte personens egenverdi. For å gjennomføre dette er det å ha kunnskap om personens livshistorie et godt utgangspunkt (Sitert i Skovdahl og Berentsen, 2014, s. 422). McCormack og McCance (Sitert i Rokstad, 2014, s. 25) sier at relasjon mellom omsorgsgiver og pasient er grunnlag for behandling. Pasienten skal bli verdsatt og oppleve gjensidig tillit, en ikke-dømmende holdning og likeverdighet. Kjennskap til pasientens bakgrunn og livshistorie vil være med på å skape forståelse ovenfor han eller henne. Det fysiske og sosiale miljøet er vesentlig i personsentrert omsorg. Pasienten skal ha mulighet til å være seg selv, finne mening og mestring i egen situasjon. Dette innebærer at omsorgsgiver kjenner til pasientens verdier og normer for å kunne bidra til å oppnå dette (Sitert i Rokstad, 2014, s. 25).

2.5 Reminisens

Ken Heap (Sitert i Solheim 2015, s. 174) beskriver reminisens som minneaktivitet. I faglig sammenheng betyr dette å utveksle erfaringer, tanker og opplevelser fra livet. Å minnes sitt eget liv er en stor del av vår mentale helse. Det har en innvirkning på hvem vi er som menneske. Ken Heap mener at hensikten med reminisens er å minnes livet våres både på godt og vondt. Det brukes for å akseptere livet og er viktig for identitet og selvbilde. Ved kognitiv svikt og demens blir det vanskelig å minnes. Reminisens i demensomsorgen kan dermed bidra til at personer får hjelp til å minnes gode opplevelser fra livet. Dette innebærer at sykepleieren må ha kjennskap til pasientens livshistorie (Sitert i Solheim, 2015, s. 174-175).

2.6 Verdighet

Max Frisch (Sitert i Holm og Husebø, 2015, s. 18) hevder at verdighet betyr friheten til å kunne velge selv. Dette blir en utfordring innen demensomsorgen ettersom tapet av kognitiv funksjon kan resultere i at pasientene noen ganger ikke klarer å forstå eller kommunisere. Det betyr allikevel ikke at de mister sin verdighet. Alle har fra fødsel til død en iboende verdighet.

De har sin livshistorie og verdier som ingen kan ta fra dem. Verdighet kan både bekreftes eller krenkes i møtet mellom mennesker. Det er hva vi gir og får i møtet med andre mennesker (Sitert i Holm og Husebø, 2015, s. 18). Immanuel Kant (Sitert i Holm og Husebø, 2015, s. 18) beskriver verdighet som større enn enhver pris. Han nevner blant annet personer, minner, relasjoner, kjærlighet, respekt, sorg, tro og drømmer. Vi har et ansvar i å bevare verdigheten hos mennesker, også oss selv (Sitert i Holm og Husebø, 2015, s. 18). Den svenske sykepleieren Margareta Edlund (Sitert i Slettebø, 2014, s. 214) deler verdighetsbegrepet i to. Første del av verdigheten er iboende og ingen kan ta den i fra oss. Denne kalles for en absolutt verdighet. Den andre delen av verdigheten kalles den rasjonelle som kan ivaretas og respekteres, men er også utsatt for krenkelse ved å ikke føle seg respektert som person. Sykepleieren har dermed et ansvar i møtet med pasienter å gi de en følelse av å bli verdsatt og respektert (Sitert i Slettebø, 2014, s. 214).

Brooker (2013, s. 20) sier at det første elementet i personsentrert omsorg er å verdsette mennesker. Det å verdsette personer med demens og de pleierne som har omsorg for dem, er rettigheter som skal ivaretas uansett kognitiv funksjon. Personer som lever med demens har like menneskerettigheter og like stort behov for kjærlighet som alle andre (Brooker, 2013, s. 20-21). Det å få sykdommen demens er gjerne noe av det folk frykter mest ved å bli gammel. Det er en sykdom som ofte blir misforstått og dermed fører til at personer med demens blir utsatt for fordommer (Brooker, 2013, s. 21-22). Rokstad (2008, s. 75) skriver at for å være en god omsorgsgiver til en pasient med demens kreves en evne til å være til stede. Det betyr å gi full oppmerksomhet til pasienten. Omsorgsgiveren må i tillegg ha en fordomsfri holdning og være fri for stereotyper slik at en kan møte hver enkelt pasient som det menneske de er (Rokstad, 2008, s. 75).

2.7 Sykepleierens rolle og funksjon

Som sykepleier tar man på seg et ansvar og forplikter seg til viktige moralske verdier og idealer. Verdiene det er snakk om her er nestekjærlighet og barmhjertighet som er grunnleggende i sykepleie (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug, 2014, s. 16). I følge NSF's retningslinjer (Sitert i Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug, 2014, s. 17) er grunnlaget for all sykepleie en respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdi. De sier at sykepleie skal være basert på omsorg, barmhjertighet og respekt for menneskerettigheten. Det skal også være kunnskapsbasert. NSF's retningslinjer forklarer også at sykepleieren skal ivareta

pasientens integritet og verdighet. Dette innebærer retten til helhetlig sykepleie, medbestemmelse og unngå krenkelse (Siteret i Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug, 2014, s. 17). Sykepleie til pasienter med demens vil først og fremst bestå av å bidra til at personen opplever å mestre hverdagen og lever et så godt liv som mulig (Skovdahl og Berentsen, 2014, s. 408).

2.8 Demensomsorgen ABC

Aldring og helse (2017) forklarer at Demensomsorgen ABC er et opplæringsmateriale om demens og hvordan man møter personer med demens. Opplæringen består av faglige diskusjoner og refleksjoner i grupper. Gruppene er tverrfaglige og har samlinger over et år. For å tilegne seg kunnskapen innen demensomsorgen ABC er det brukt flere permer med ulike innhold. Den første inneholder grunnleggende kunnskaper i demensomsorgen og beskrivelse av de ulike demenssykdommene. Den andre permen bygger videre på dette og handler om tilrettelegging av omsorg og behandling for personer med demens. Den siste kalles ABC miljøbehandling og inneholder kunnskap om den enkelte person og at ABC-gruppene må bli kjent med personen som har demens. Det er fokus på miljøbehandling og hvordan kunnskaper fra de forrige permene kan utvikles i praksis (Aldring og helse, 2017).

3.0 Metode

3.1 Definisjon av metode

Sitert av sosiologen Vilhelm Aubert: *"En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder"* (Dalland, 2013, s. 111).

Dalland (2013, s. 112) beskriver metode som et redskap jeg skal bruke når det er noe jeg vil undersøke. Den vil hjelpe til å lage en datasamling. Valget av metode går ut på hva jeg mener vil belyse det valgte emne på en faglig og interessant måte. Metoden er veien til målet. Jeg vil gjennom oppgaven forklare veien til mitt mål og de valgene jeg tar på denne veien (Dalland, 2013, s. 112)

3.2 Litteraturstudie som metode

Forsberg og Wengstrøm (2014) beskriver litteraturstudie som en metode med systematisk søking innen et spesielt emne eller en problemstilling. Det betyr også å kritisk vurdere søkene. Det fokuseres på relevant forskning i forhold til det valgte emne. Å gjennomføre en systematisk litteraturstudie er en prosess med flere ulike steg. Jeg må formulere en problemstilling som et spørsmål jeg kan svare på. For så å lage en plan over litteraturstudiet. Videre bestemme meg for søkestrategi og søkeord, deretter finne relevant litteratur og forskning. Neste steg er å kritisk vurdere litteraturen, analysere og diskutere resultat. Til slutt må jeg ha en avslutning (Forsberg og Wengstrøm, 2014, s. 26-28).

3.3 Kvantitativ og kvalitativ forskning

Dalland (2013, s. 112) skriver at kvalitativ metode går ut på å oppdage opplevelser og meninger som ikke kan måles eller tallfestes. Kvantitativ metode gir data som er målbare enheter. Her kan vi for eksempel finne gjennomsnittlige tall i befolkningen. Begge metodene er på hver sin måte aktuelle for å få en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i. Hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler. Den kvalitative metoden går mer i dybden og vil gi mange opplysninger om få undersøkelsesenheter. Denne metoden hjelper til å få frem det som er spesielt og eventuelt avvikende. Datainnsamlingen skjer gjennom direkte kontakt med de aktuelle og forskeren er delaktig. Forskeren påvirker dermed

undersøkelsen. Det fokuseres på å skape en helhet og forståelse. Den kvantitative metoden går i bredden og vil få lite opplysninger om mange undersøkelser. Denne metoden fremhever det gjennomsnittlige, det som er felles. Det er ofte spørreskjema med svaralternativer uten direkte kontakt. Forskeren ser det utenfra og får dermed ingen personlig innvirkning i undersøkelsen (Dalland, 2013, s. 112).

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk er noe Dalland (2013) beskriver som en metode som brukes for å finne ut om kilden er sann. Kildekritikken vil vise om jeg har evne til å være kritisk til de kildematerialene som brukes i min oppgave. Kildene må gjennomgå en prosess for å sikre at de kan brukes. Når jeg har funnet en kilde skal jeg først vurdere dens kvalitet og om den er relevant for oppgaven min. Litteratur blir grunnlaget for oppgaven. Det er dette oppgaven, problemstillingen og drøftingen tar utgangspunktet i. Det må gjøres rede for hvorfor den valgte litteraturen er med og hvordan dette utvalget ble gjennomført. Oppgavens troverdighet er nemlig avhengig av et godt beskrevet og begrunnet kildegrunnlag. Leseren har krav på denne informasjonen (Dalland, 2013, s. 63, 67-68, 72-73).

Artiklene jeg har brukt er av nyere søk. De fleste er 1-4 år, og en er publisert for syv år siden. Jeg har brukt nasjonalt kunnskapssenter sine sjekklister for å kvalitetssikre artiklene. Se vedlegg III. Teorien jeg har brukt er pensum for sykepleieutdanningen, bøker som jeg har lånt fra skolebiblioteket og annen relevant litteratur som jeg har blitt anbefalt av geriatrik sykepleier på avdelingen. Jeg har i tillegg brukt noe litteratur fra offentlige publikasjoner. Slik som Dalland (2013, s. 73) blir det en utfordring med tanke på at jeg har brukt sekundærkilder i oppgaven. Teksten er da bearbeidet og presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren (Dalland, 2013, s. 73).

3.5 Forskningsetikk

Dalland (2013 s. 96) sier at planlegging, gjennomføring og rapportering har med forskningsetikk å gjøre. Det handler om at jeg må ivareta personvernet og sikre troverdighet for forskningsresultater. Målet om å få ny kunnskap og innsikt skal ikke gå ut over andres velferd og integritet (Dalland, 2013, s.96). Jeg har holdt taushetsplikten ved drøfting av egne erfaringer, og det er tatt hensyn til at alle artiklene som jeg bruker i oppgaven er godkjent av etisk komite. Ved referering av kilder har jeg brukt APA- standarden.

3.6 Litteratursøk

Ettersom jeg har hatt interesse for feltet lenge begynte jeg tidlig å søke etter artikler. I begynnelsen opplevde jeg det vanskelig å sortere artikler og vite hva jeg skulle se etter. Ettersom jeg fikk flere søk oppdaget jeg hvilke nøkkelord som var gode. Databasene jeg i hovedsak har brukt er CHINAL, PUBMED og IDUNN. Jeg brukte søkeord som dementia OR alzheimers AND person centred care OR patient centred care. Jeg la også til AND nursing home for å få søk enda mer rettet mot min problemstilling. Jeg søkte også dementia OR alzheimers AND dignity eller AND dementia ABC. Etter flere søk fant jeg ut av å bruke AND nurse ethics gav også resultater på en relevant artikkel. Jeg begrenset søkene mine til 7 år. Jeg ville i hovedsak ikke bruke artikler eldre enn 5 år. Den ene artikkelen som er syv år gammel, ble inkludert fordi jeg mener den er relevant til min problemstilling per dags dato. For mer utfyllende informasjon se søketabell i vedlegg I.

4.0 Resultater

For å besvare min problemstilling har jeg i tillegg til teori anvendt fem forskningsartikler. Her vil jeg presentere dem. For mer informasjon se resultattabell som vedlegg II.

4.1 Presentasjon av artikler

Identity – supportive nursing of patients with dementia in nursing homes (Drageset, Normann & Elstad, 2015).

Hensikten med denne kvalitative studien er å undersøke hvordan kjennskap til pasientens livshistorie kan forbedre kvaliteten på sykepleie. Det blir også undersøkt hvordan det kan forbedre kontinuitet og identitet hos pasienter med demens som bor på sykehjem. I tillegg hvordan å opprettholde kontinuitet mellom pasientens tidligere og nåværende liv. Resultatene viser at sykepleie handler mye om å kjenne til livet, livshistorie og erkjenne hvem personen med en demens lidelse er. Å fremme identitet gir pasientene en følelse av kjennskap. En pasients identitet kan styrkes gjennom tiltak som fremmer følelse av tilhørighet. Et eksempel på et slikt tiltak kan være å besøke pasientens hjem før han/hun flytter inn på sykehjem. Studien kommer og frem til at det krever kunnskap om demens og pasientens bakgrunn for å utføre best mulig personsentrert omsorg til daglig (Dragset, Normann & Elstad, 2015).

How individuals with dementia in nursing homes maintain their dignity through life storytelling – a case study

(Heggstad & Slettebø, 2015).

Hensikten med denne kvalitative studien er å undersøke hva personer med demens selv kan gjøre for å fremme deres verdighet og identitet på sykehjem. Resultatene viser at personer med demens kan bruke livshistoriefortelling til å finne trygghet. Det kan også brukes til å håndtere kaos. Livshistorie fortelling kan brukes som en metode for å opprettholde identitet og sosial verdighet. Resultatene sier også noe om at sykepleiere har et ansvar i å være med på å bevare og fremme verdighet. Vi trenger da kunnskap om hva som er viktig i beboeren sitt liv. Sykepleien må være åpen for å lytte til beboerens livshistorie. Det handler om respekt for det livet de har levd (Heggstad & Slettebø, 2015).

The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care

(McKeown, Clarke, Ingeton, Ryan & Repper, 2010).

Hensikten med denne kvalitative studien er å undersøke hvordan livshistorie arbeid er forstått og utviklet i praksis, hvordan det oppleves av deltakerne og hvordan det påvirker utførelse av pleien. Hovedfunnene i denne artikkelen er at ved å arbeide med livs historie fortelling kan dette fremme personsentrert omsorg på flere områder. Det kan hjelpe pleiere til å se pasienten utover sykdommen. Det kan vedlikeholde personligheten til pasienten. Videre vises det at livs historie arbeid gav brukerne mulighet til å bli hørt. Pasientene føler stolthet og glede ved å få delta i arbeidet (McKeown, Clarke, Ingeton, Ryan & Repper, 2010).

Quality care for persons experiencing dementia: The significance of relational ethics.

(Sellevold, Egede-Nissen, Jakobsen & Sørli, 2013).

Hensikten med denne kvalitative studien er å utforske sykepleiere sin erfaring med kvalitet på sykepleie og hvordan etiske utfordringer virker inn på det. Resultatene viser at helsepersonellet opplevde god kvalitet på pleien når det var fokus på den individuelle pasienten. For å kunne forstå pasienten som et individ må vi ha en forståelse på hva hun/han går i gjennom. For eksempel tap av tale, forståelse av tid/rom eller kognitiv kapasitet. En forutsetning for god kvalitet er å kunne forstå hva som skjer. For eksempel hvorfor en pasient er trist eller sint. Et eksempel her kan være å forstå kroppsspråk. Deltakerne sier at noen pasienter som hadde problemer med å gjenkjenne personer, kjente dem igjen på kroppsspråk og uttrykk (Sellevold, Egede-Nissen, Jakobsen & Sørli, 2013).

The impact of Dementia ABC educational programme on competence in person-centred dementia care and job satisfaction of care staff.

(Rokstad, Doble, Engedal, Kirkevold, Benth & Selbaek, 2016).

Hensikten med denne kvantitative studien er å evaluere hvordan demensomsorgen ABC virker inn på deltakerens kompetanse i personsentrert omsorg, og deres trivsel på jobb. Funnene i dette studiet er at det ble en bedring i kompetanse om personsentrert omsorg.

Deltakerne fikk en økt trivsel med å jobbe i demensomsorgen. De opplevde jobben mindre belastende (Rokstad, Dable, Engedal, Kirkevold, Benth & Selbaek, 2016).

4.2 Oppsummering av hovedfunn

I disse fem studiene var hovedfunnene at sykepleie handler mye om å kjenne til livet, livshistorien og erkjenne hvem personen med en demens sykdom er. Drageseth, et.al (2015) sier at å fremme identitet gir en følelse av kjennskap. Det krever kunnskaper om demensomsorgen og pasientens bakgrunn for å kunne utføre personsentrert omsorg (Drageseth, et.al. 2015). Heggstad og Slettebø (2015) sier i sin studie at personer med demens kan bruke livshistorie fortelling for å håndtere kaos og for å skape trygghet. Det er en metode for å opprettholde identitet og sosial verdighet. Sykepleierne har et ansvar i å være med på å bevare og fremme verdighet. Det trengs da kunnskaper om hva som er viktig i beboerens sitt liv. Det handler om respekt for det livet en pasient har levd (Heggstad og Slettebø, 2015). McKeown, et. al. (2010) sier at ved å arbeidere med livshistorie arbeid kan det fremme personsentrert omsorg ved å hjelpe pleiere å se pasienten utover sykdommen. Det hjelper til ved å vedlikeholde personligheten til personer med demens. Livshistoriearbeid gav pasienten mulighet til å bli hørt. Pasientene følte stolthet og glede ved å få arbeide med livshistorie (McKeown, et.al. 2010)

Sellevold, et. al. (2013) kommer frem til at helsepersonell opplevde at det ble en god kvalitet på pleien når det var fokus på den individuelle pasienten. For å kunne forstå et individ må vi ha en forståelse for hva han/hun går gjennom. God kvalitet er å forstå hva som skjer med en pasient for eksempel hvorfor han/hun er trist. Her må vi bruke kroppsspråk og uttrykk. Deltakerne sa at noen pasienter hadde problemer med å gjenkjenne personer, men kjente igjen pleierne på kroppsspråk og uttrykk (Sellevold, et. al. 2013). Rokstad, et. al. (2016) sier at ved å innføre demensomsorgen ABC inn i pleiekulturen ble det en bedring i kompetansen om personsentrert omsorg. I tillegg opplevde deltakerne i studie en økt trivsel på jobb (Rokstad, et. al. 2016). Etter å ha sett på hovedfunnene i disse fem artiklene har jeg kommet frem til fire overskrifter som vil svare på min problemstilling.

- Å skape en individuell tilnærming
- Å anvende livshistorie som redskap
- Å øke kompetanse og opplæring
- Å bidra til verdig omsorg

5.0 Diskusjon:” Hvordan kan en sykepleier gi personsentrert omsorg til en pasient som lider av demens på sykehjem?”

Jeg vil i denne delen av oppgaven drøfte hvordan en sykepleier kan gi personsentrert omsorg til en pasient som lider av demens på sykehjem. Dette vil jeg gjøre på bakgrunn av resultatene som har kommet frem i studiene og i den teoretiske referanserammen. Jeg har valgt fire temaoverskrifter som vil hjelpe meg å besvare problemstillingen.

5.1 Å skape en individuell tilnærming

Sellevold, Egede-Nissen, Jakobsen og Sørli (2013) sin studie viser at ved å ha en individuell tilnærming til pasientene kan en øke kvaliteten på pleien. Helsepersonellet som deltok i studien bekreftet dette (Sellevold, et. al. 2013). Erfaringer har vist at ved å bruke en individuell tilnærming i behandling og i møte med pasienter kan en tilrettelegge for at omsorgen blir tilpasset den enkeltes behov. Helsedirektoratet (2017) støtter opp om dette ved å beskrive personsentrert omsorg som en omsorgsfilosofi der behandling og miljøterapi blir skreddersydd for hver enkelt pasient. Brooker (2013, s. 88) sier videre at en individuell tilnærming er å legge vekt på det unike for hvert enkelt menneske. Min erfaring i arbeid med pasienter som lider av demens er at denne gruppen ofte kan bli stereotypisert. De blir stemplet som ”de demente” og en ser ikke mennesket bak sykdommen. For å gi god individuell omsorg til personer med demens, er det viktig at vi som sykepleiere ser det enkelte mennesket. I følge NSF's retningslinjer (Sitert i Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug, 2014, s. 17) er grunnlaget for sykepleie respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdi. Ved å tilpasse all pleie til det enkelte menneske vil pasienten på sykehjemmet føle seg ivaretatt på en god måte. I Demensplanen 2015 (Sitert i Skovdahl og Berentsen, 2014, s. 408) er personsentrert omsorg beskrevet som grunnlaget for all omsorg hos personer med demens. Det er derfor det er viktig å se personen som et individ, og respektere hvem de er. Som sykepleier må en kunne sette seg inn i pasientens situasjon, og gi individuell pleie og omsorg ut fra pasientens behov. Personer med demens er en sårbar pasientgruppe, som trenger en individuell tilnærming.

Å leve med demens oppleves individuelt for hvert menneske, og kan være en påkjenning med mange følelser (Rokstad, 2014, s. 11). Martinsen (Sitert i Kristoffersen, 2014, s. 250) beskriver omsorg som en grunnholdning i sykepleie og at vi skal handle ut i fra det beste for personen. For å kunne forstå hvordan en annen person har det må vi sette oss inn i hans/hennes situasjon og vise interesse og forståelse (Sitert i Kristoffersen, 2014, s. 250).

For å kunne ta i bruk en individuell tilnærming må vi dermed ta hensyn til at det å ha en demenssykdom oppleves forskjellig for alle. Slik som Bertelsen (2014, s. 326) sier må vi huske på at den kognitive hjernefunksjonssvikten oppstår hos tidligere kognitivt velfungerende mennesker. Av egen erfaring har jeg sett at pasienter med demens opplever sykdommen forskjellig. De kan reagere med å være redde, triste, sinte, likegyldige, urolige. Dette er ting som jeg tenker sykepleiere må ta hensyn til. Vi må respektere deres reaksjoner og vise forståelse. Vi har tidligere i oppgaven sett at demens er en progressiv sykdom med flere funksjonstap som brått forverres. Pasienten blir dårligere og dårligere og det vil påvirke pasientenes hverdag i forskjellig grad (Skovdahl og Berentsen, 2014, s. 411). Det er viktig å hjelpe den enkelte pasient ut i fra hvor de befinner seg i situasjonen. Sykepleieren må hele tiden være fleksibel og åpen i møte med den enkelte pasient, ettersom sykdommen og behovet for pleie og omsorg kan endre seg over tid. Engedal (2015, s. 63) støtter dette med å forklare at vi kontinuerlig må se det endrede behovet for omsorg. På en side viser erfaring at samarbeidet mellom kollegaer er sentralt i denne situasjonen. Ved å bruke observasjoner og erfaring kommer sykepleiere på sykehjemmet gjerne frem til en felles løsning som er til det beste for pasienten. Her tenker jeg at tiltaksplan og dokumentering er veldig relevant for å oppnå en skreddersydd behandling for hver enkelt pasient. På en annen side har jeg erfart at i en travel hverdag på sykehjemmet blir ikke tiltaksplaner alltid oppdatert.

I følge Sellevold et.al (2013) er en forutsetning for god kvalitet på pleien å kunne forstå pasienten og hva som skjer i ulike situasjoner. Jeg har erfart at å forstå pasienten må sykepleiere ha individuell kjennskap til han/hun. Martinsen (Sitert i Kristoffersen, 2014, s. 256) understreker at vi som sykepleiere må ha kunnskapene som en yrkesutøver, men også kunnskaper om pasientens situasjon som medmenneske. Da blir vi i stand til å utøve god omsorg til pasienten (Sitert i Kristoffersen, 2014, s. 256). Ved å bruke personsentrert omsorg i all sykepleie vil det være lettere å forstå hvorfor en pasient plutselig for blir sint og hvordan vi skal håndtere situasjonen. Erfaring har vist at sykepleiere som har individuell kjennskap til pasienten ville kunne håndtere og forebygge utfordrende atferd. Et eksempel på dette kan være at en pasient bør få maten servert på rommet da matsituasjonen i fellesstua gjør pasienten urolig. Sykepleieren kan da forebygge urolige situasjoner, og klarer gjerne da å forebygge dem pga. kjennskap til pasienten.

5.2 Å anvende livshistorie som redskap

McKeown et. al. (2010) skriver i sin studie at livshistoriefortelling fremmer personsentrert omsorg. Det hjelper personalet til å se mennesket bak sykdommen (McKeown, Clarke, Ingeton, Ryan og Pepper, 2010). Dette støtter Kitwood (Sitert i Skovdahl og Berentsen, 2014, s. 422) opp ved å si at det å hjelpe personer med å holde fast på sin identitet og egenverdi er grunnleggende i omsorgen, og det å kjenne pasientens livshistorie er et godt utgangspunkt (Sitert i Skovdahl og Berentsen, 2014, s. 422). Videre sier Slettebø (2009, s. 23) mener at pleiere må kjenne pasienten for å kunne gi omsorg og for å få en forståelse av hvordan personen opplever sin situasjon. Jeg ser at ved å kjenne til livshistorien til en pasient blir vi bedre kjent med pasienten som et menneske, en kan med utgangspunkt i dette gi bedre omsorg. Vi får gjerne en forståelse av hvem personen var før hun/han ble rammet av demens.

Sykepleie handler mye om å kjenne til livet og livshistorie. Ulike tiltak kan fremme identitet og kan gi pasienten en følelse av kjennskap og tilhørighet (Drageset, Normann og Elstad, 2015). Det er viktig at pasienter som bor på sykehjemmet skal føle en tilhørighet og trygghet. Min erfaring er at ved tiltak som å gjøre det hjemmekoselig og finne ut hva den enkelte pasient liker kan det øke følelsen av tilhørighet positivt. Jeg har også sett at det brukes hefter som heter "Dette er mitt liv". Pasienten, pårørende og gjerne sykepleiere skriver ned sentrale ting om pasientens liv og identitet. Sykepleieren kan bruke dette som et redskap til å bli bedre kjent med pasienten og få en økt forståelse av dem som enkeltmennesker. På denne måten kan en være med på å fremme pasientens følelse av tilhørighet og kjennskap på sykehjemmet. Det er viktig å påpeke at pasientens livshistorie også kan vekke følelser og kan oppleves vanskelig. Dette kan for eksempel være sorg ved tap av ektefelle. Ved personsentrert omsorg og kjennskap til livshistorie vil sykepleieren vite hvordan hun/han møte pasienten i slike situasjoner.

Heggestad og Slettebø (2015) sin studie sier noe om hvordan livshistoriefortelling kan anvendes for å finne trygghet. Det kan brukes som en metode for å opprettholde identitet. Studien hevder at sykepleieren må være åpen for å lytte til beboerens livshistorie (Heggestad og Slettebø, 2015). Vi som sykepleiere på sykehjemmet er en stor del av hverdagen til pasienten som bor der. Det at pasientene føler seg sett, lyttet til og føler trygghet blant oss vil dermed påvirke hverdagen. I arbeid med personer med demens har jeg erfart at trygghet er spesielt viktig for at pasienten skal ha det bra. At vi som pleiere kjenner til pasienten og

hans/hennes livshistorie tenker jeg at vil være en stor indikasjon for trygghet. Rokstad (2011, s. 11) sier at det å få sykdommen demens kan gi store konsekvenser og påkjenninger med ulike følelser. Ved å bruke livshistoriefortelling for å skape trygghet har jeg sett at dette kan være et godt tiltak. På en side har jeg observert hvordan pasienter blir rolig og trygg av at vi som sykepleiere har kjennskap til deres livshistorie. Dette kan være at vi kjenner til navn i familien, tidligere yrke, interesser og annet relevant fra livet. På en annen side har jeg også opplevd at livshistorie kan være vanskelig å anvende da det i noen tilfeller har virket mot sin hensikt. Pasienten er blitt mer urolig. For eksempel kan pasienten reagere med å bli urolig for hvor familien er nå, hvorfor de selv ikke er på jobb lengre og lignende. En annen situasjon som kan oppstå er at pasienten kan bli forvirret av at jeg vet hvem hun/han og deres familie er, men at de ikke kjenner meg igjen. I tillegg kan vi bruke den kunnskapen vi får om pasientens identitet til å hjelpe dem med å minnes gode ting fra livet.

Jeg har erfart at ved å være åpen for å lytte til beboerens livshistorie innebærer det at vi må evne til å vise empati. Martinsen (Sitert i Kristoffersen, 2014, s. 251) sier at omsorg er en grunnholdning, men også en praktisk handling. Det å kunne sette seg inn i en annen situasjon tenker jeg også handler om hvordan vi er som mennesker. Eldre pasienter på sykehjem har mange erfaringer og opplevelser som er følelsesmessig tilknyttet deres identitet. Slik Heggstad og Slettebø (2015) beskriver er det å lytte til beboerens livshistorie en del av å respektere det livet som er levd. Dette kan relateres til det Ken Heap (Sitert i Solheim, 2015, s. 174) sier om begrepet reminisens. Han beskriver reminisens som en form for minneaktivitet. Det er viktig for vår mentale helse og for å minnes og akseptere livet. Ved demens blir dette en utfordring. Reminisens i demensomsorgen kan bidra til at pasientene husker de gode minnene fra livet og sykepleieren må ha kjennskap til pasientens livshistorie (Sitert i Solheim, 2015, s. 174-175). På den ene side kan det å føle seg respektert for det livet som en har levd være avgjørende for en trygg og verdig omsorg. På den andre siden er det viktig å påpeke at det kan oppstå utfordringer i forhold til at sykepleieren må holde seg profesjonell. En kan lett bli følelsesmessig involvert i pasienten, og i deres livshistorie. Derfor er det viktig å være bevisst på å finne en balanse mellom å være følelsesmessig involvert og forholde seg profesjonell. Et godt tiltak her er kan være å snakke om slike ting sammen med kollegaer. På denne måten får sykepleieren gjerne ut det vi har på hjertet før vi går hjem, og at hun/han da på denne måten klarer å legge jobben fra seg på jobb.

McKeown et.al. (2010) hevder også i sin studie at livshistoriearbeid gav pasientene muligheten til å bli hørt. Arbeidet skapte også glede og stolthet blant beboerne (McKeown, Clarke, Ingeton, Ryan og Pepper, 2010). Ved at sykepleierne tar seg tid til livshistorie arbeid blir pasienten lyttet til og hørt. For eksempel ved å se i albumer eller snakke om minner fra livet. Jeg har selv sett hvordan dette skaper glede hos pasienter og hvordan å se tilbake på gode ting fra livet gir dem en følelse av stolthet. Dessverre er det travle dager på sykehjemmet og sykepleierne har ikke alltid tid til å prioritere livshistoriearbeid. Denne type tiltak som fører til trygghet, kjennskap, glede og stolthet er viktig på lik linje som annen behandling og oppgaver på sykehjemmet. Aktivitetsdosetten som nå er i aktiv bruk på sykehjem er et godt tiltak for å sette av tid til dette (Aktivitetsdosetten, 2016).

5.3 Å øke kompetanse og opplæring

Drageseth, Normann og Elstad (2015) kommer frem til i sin studie at det krever kunnskaper om demens og pasienten for å utføre best mulig personsentrert omsorg til daglig. Martinsen (Sitert i Kristoffersen, 2014, s. 251) hevder at omsorg bl.a. er preget av faglig vurdering. For tre år siden hadde jeg lite kunnskaper og erfaringer om sykepleie og demensomsorg. Å jobbe med pasienter som lider av demens var utfordrende, men ettersom jeg tilegnet meg mer kunnskaper og erfaring ble jeg tryggere og utførte bedre sykepleie. Jeg fikk en forståelse for de ulike demenssykdommene og hvordan det oppleves forskjellig for alle pasientene. Dette gjorde at jeg kunne gi en bedre personsentrert omsorg til den enkelte. Sykepleiere vil alltid møte på nye utfordringer i arbeid med personer som lider av demens på sykehjem. Kunnskapene og erfaringene vil bidra til å takle utfordringene på en god måte.

Demensomsorgen ABC er et opplæringsmateriale brukt for å tilegne seg kunnskaper innen demensomsorgen. Det handler kort fortalt om demens og hvordan vi møter personer med demens (Aldring og helse, 2017). Rokstad, Dable, Engedal, Kirkevold, Benth og Selbaek (2016) sin studie om hvordan demensomsorgen ABC virket inn på den personsentrert omsorgen og trivselen på jobb resulterte i at det ble en bedring i kompetansen etter opplæringen. Det ble også en økt trivsel å jobbe i demensomsorgen og jobben virket mindre belastende (Rokstad, et. al., 2016). Jeg har observert at dersom sykepleiere tilegner seg kunnskaper vil dette gi trygghet og mestringfølelse på sykehjemmet. For eksempel dersom en sykepleier på avdelingen har vært på kurs, kommer hun/han motivert tilbake på jobb. Økt kompetanse og opplæring gir gjerne økt mestringfølelse og kan være motiverende for å yte

mer. Pasientene på sykehjemmet vil også dra nytte av at sykepleiere får en økt kompetanse om demens, som kan bidra til en bedre personsentrert omsorg. Erfaring viser også at kurs og nye inspirasjon vil øke trivselen til sykepleierne på sykehjemmet. På en annen side har sykehjemmene en økonomisk ramme å forholde seg til. Dette setter begrensninger i forhold hvor mange som får gå på kurser, og hvor ofte sykepleiere får delta på kurs. Jeg har erfart at det gjerne er få av sykepleierne på sykehjemmet som får delta. Det er da forventet at de skal bringe kunnskapen videre til resten av personalgruppen. I en travel hverdag på sykehjemmet blir dette gjerne ikke prioritert.

Som nevnt tidligere opplever jeg at pasienter med demens ofte kan bli stereotypisert. Dette tror jeg har en sammenheng med mangel på kunnskap. Av egen erfaring har vi som mennesker en tendens til å ha en frykt for det ukjente. Ved mer fokus på kunnskaper rundt demens og personsentrert omsorg vil kanskje denne stereotypiseringen dempes.

5.4 Å bidra til verdig omsorg

Heggestad og Slettebø (2015) sin studie sier at sykepleiere har et ansvar i å være med på å bevare og fremme verdighet hos pasienter som lider av demens. Max Frisch (Sitert i Holm og Husebø, 2015, 2015, s. 18) sier at selv om pasienter som lider av demens har tap av kognitiv funksjon, betyr ikke dette at de har mistet sin verdighet. Alle har sin livshistorie og verdier som er iboende og som ingen kan ta i fra dem. Allikevel kan verdighet både bekreftes og krenkes i møte med mennesker (Max Frisch, Sitert i Holm og Husebø, 2015, s. 18.).

Sykepleier på et sykehjem er ofte sammen med pasienten. Både i gode situasjoner, men også i vanskelige og sårbare. Ettersom sykepleierne er en stor del av pasientens liv, tenker jeg at de kan bidra til at pasienten føler seg verdsatt i hverdagen. På en side sier egen erfaring at pasienten får en bedre opplevelse dersom sykepleieren tar seg tid og viser hensyn til deres verdier. Et eksempel kan være i et morgenstell. Sykepleieren vet at denne pasienten alltid har vært opptatt av å bruke sminke. Dersom sykepleieren da tar seg tid og hensyn til dette, følte pasienten seg verdsatt i større grad. For å kunne yte denne omsorgen må vi bruke personsentrert omsorg. Vi må kjenne pasienten. Slik som Engedal (2015, s. 63) sier blir personsentrert omsorg det ideelle i et mål om at pasienten skal føle et verdig liv. Brooker (2013, s. 20) bekrefter dette ved å si at det første elementet i personsentrert omsorg er å verdsette mennesker. På en annen side er sykepleieren avhengig av å bruke tiden effektivt for å kunne ivareta alle pasientene på sykehjemmet. En må derfor disponere tiden slik at alle får hjelp, samtidig som de individuelle behovene blir ivaretatt. Erfaring har vist at kjennskap til

pasienten og planlegging av pleien gjør at sykepleieren kan jobbe mer effektivt samtidig som det blir utført personsentrert omsorg.

Demens kan gi kognitive, atferdsmessige og motoriske symptomer. Eksempel på dette er hukommelsestap, personlighetsforandringer og inkontinens (Engedal og Haugen, Sitert i Solheim, 2015, s. 21). Erfaringsmessig har jeg opplevd at dette kan være med på å true verdigheten hos pasienter som lider av demens. Mange kan føle frustrasjon for at de befinner seg i denne situasjonen, andre har ikke forståelse for sin situasjon og det faktum at de trenger hjelp. Pasientene reagerer forskjellig og det er viktig at sykepleierne på sykehjemmet ser dette. Eksempelvis ved inkontinens har noen pasienter behov for at sykepleieren skjønner situasjonen. De trenger gjerne trøst og oppmuntring. Derimot har jeg møtt pasienter som synes det ubehagelig også ovenfor oss sykepleiere. Det er da viktig at vi går diskre frem. Gjennom for eksempel bleieskiftet kan sykepleieren avlede ved å snakke om andre ting og ikke nevne uhellet. På denne måten hjelpe til at pasienten skal føle verdighet i situasjonen. Ved personsentrert omsorg blir vi kjent med de forskjellige behovene som pasientene har og kan på den måten bevare verdigheten i slike situasjoner. Kitwood sier at å leve med demens fører ofte til mangel på kontroll og dermed en utrygg hverdag. Det er derfor behov for hjelp til å oppleve kontroll, trygghet og mestring i hverdagen (Sitert i Jakobsen, 2007, s. 67). Jeg har sett at det til tider kan være mye uro på avdelingen. Personer med demens kan være sårbare for endringer i miljøet. Å ha kjente sykepleiere rundt seg bidrar til trygghet og kontroll i hverdagen. Jeg har erfart at når det er mange vikarer på jobb som ikke er kjent med pasienten blir de lettere urolige.

Brooker (2013, s. 21-22) sier at demens ofte blir misforstått og blir utsatt for fordommer. Å være en god omsorgsgiver handler om å kunne være til stede. Sykepleieren må også være fordomsfri og møte hvert enkelt menneske som det menneske de er (Rokstad, 2008, s. 75). Jeg har erfart at de fleste sykepleiere som arbeider på sykehjem for pasienter som lider av demens har interesse og engasjement for denne pasientgruppen. Det er lite fordommer blant denne personalgruppen. Pasientene har ofte flere funksjonstap som kan føre til misforståelser. Jeg har sett at sykepleierens kunnskaper om demens og personsentrert omsorg har bidratt til forståelse som igjen gir verdig omsorg.

I et forhold mellom sykepleier og pasient skal det være likeverdighet (McCormack og McCance, sitert i Rokstad, 2014, s. 25). Min erfaring er at dersom pasienten føler at det er

likeverdighet i forholdet vil de blir tryggere. Et eksempel er at dersom sykepleieren setter seg ned på en stol for å snakke med en pasient som ligger i senga, istedet for å stå ovenfor en. Jeg har opplevd at mange pasienter kan føle seg ”sett ned på” eller truet av den grunn. Her tenker jeg det er viktig at sykepleieren er bevisst på hvordan en møter pasienten. Dette kan knyttes opp mot det Martinsen (Sitert i Slettebø, 2009, s. 77-78) sier om at ved hjelp av holdning, blikk og stemme kan vi skape trygghet til pasienten. Vi kan også skape utrygghet med det samme. Det blir opp til sykepleieren å formidle trygghet, noe som er nødvendig i et forhold mellom sykepleier og pasient (Sitert i Slettebø, 2009, s. 77-78). Ved personsentrert omsorg bør sykepleieren vite hva som skaper trygghet for pasienten. Jeg har erfart hvordan å møte pasienten som et medmenneske og med en rolig væremåte bidrar til en verdig omsorg. Immanuel Kant (Sitert i Hold og Husebø, 2015, s. 18) sier at vi har et ansvar i å bevare verdigheten hos mennesker, også oss selv. Martinsen (Sitert i Slettebø, 2009, s. 75) mener at omsorg er sykepleierens verdigrunnlag. Vi formidler godhet og omsorg gjennom væremåte og holdninger. På en side arbeider sykepleier på et sykehjem hver dag for å fremme og beholde verdigheten hos pasientene. På en annen side skal vi også oppleve verdighet selv. Det er viktig å huske på at selv om vi som sykepleier alltid jobber for det beste for pasienten, skal vi også passe på oss selv og hverandre. Å kunne gi positive tilbakemeldinger blant sykepleierne vil gi en følelse av mestring. En føler seg verdsatt og yter bedre omsorg. Vi er alle mennesker som er like mye verdt.

6.0 Konklusjon

Gjennom denne oppgaven har jeg med utgangspunkt i relevant forskning og faglitteratur forsøkt å besvare problemstillingen: ”Hvordan kan en sykepleier gi personsentrert omsorg til en pasient som lider av demens på sykehjem?”. Som vi så tidligere i oppgaven kan det å leve med demens oppleves forskjellig fra person til person. For at en sykepleier skal kunne gi en god personsentrert omsorg til en pasient som lider av demens er det mange faktorer som spiller inn. Personsentrert omsorg er grunnleggende i all sykepleie og spiller inn på mange områder. Først og fremst handler det om at sykepleieren klarer å skape en individuell tilnærming til pasientene og ser personene for den de er. Videre forutsetter dette at all pleie og omsorg blir skreddersydd og tilrettelagt de individuelle behovene til pasienten. Forskning viser nemlig at en slik tilnærming til pasientene fører til en økt kvalitet på sykepleien. Etersom demens er en progressiv sykdom må sykepleieren se pasienten ut fra den situasjonen hun eller han befinner seg i. De må kontinuerlig være oppmerksomme på det endrede behovet for omsorg. Å anvende livshistorie som redskap for personsentrert omsorg kan hjelpe sykepleieren å bli kjent med pasientene og deres bakgrunn. På denne måten kan sykepleieren hjelpe pasienten å holde fast på sin identitet og minnes gode ting fra livet. Pasientene på sykehjemmet kan videre føle en kjennskap og trygghet i at sykepleieren kjenner til viktige ting fra deres liv, samtidig som det også gjerne skapes glede og stolthet ved å arbeide med livshistorie.

I neste omgang vil kompetanseøkning og opplæring være en avgjørende faktor for at sykepleieren skal kunne gi personsentrert omsorg til en pasient som lider av demens på sykehjem. En slik kompetanseheving vil kunne medføre inspirasjon og motivasjon til å yte en bedre praksis på sykehjemmet. Det er også større sannsynlighet for at sykepleieren blir tryggere og trives bedre som yrkesutøver etter å ha tilegnet seg mer kunnskaper og informasjon. Pasientene vil også ha fordeler av dette. Til slutt er det avgjørende at sykepleieren bidrar til verdig omsorg. Verdighet kan både bekreftes og krenkes i møte med mennesker. Etersom sykepleieren på sykehjemmet er mye sammen med pasientene, både i gode og sårbare situasjoner, har de et ansvar for å fremme og bevare deres verdighet. I et mål om at pasienten skal føle et verdig liv, skal sykepleieren som sagt ha kjennskap til pasienten. Personsentrert omsorg blir derfor det ideelle. Sykepleierens holdning, blick og stemme skal i neste omgang skape trygghet hos pasienten, men kan i noen tilfeller føre til utrygghet. Med dette blir det da viktig å være til stedet og ikke ha fordommer, men se pasienten som et

individ og menneske. Forholdet mellom sykepleier og pasient skal nemlig preges av likeverdighet. Vi er alle unike mennesker, og for at en god personsentrert omsorg skal realiseres kreves både respekt, trygghet og likeverdighet.

7.0 Litteraturliste

Aktivitetsdosetten (2016). Aktivitet kan virke som medisin. Hentet 17. April 2017 fra:

<http://aktivitetsdosetten.no/metoden/>

Aldring og helse. (2017). Demensomsorgen ABC. Hentet fra

<http://www.aldringoghelse.no/file/abc/abc-demensomsorgen.pdf>

Bertelsen, A.K. (2014). Sykdommer i nervesystemet. I Sten, Ø., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E. (red). *Sykdom og behandling*. (1.utg., s.313-336). Oslo: Gyldendal Akademisk

Brooker, D., Deschington, T. & Nasjonalt Kompetansesenter for Aldring og Helse (2013). *Persontrentert demensomsorg: veien til bedre tjenester*. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse Forl. Aldring og helse.

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Drageset, I., Normann, H.K. & Elstad, I. (2015) Identity – supportive nursing of patients with dementia in nursing homes. *Nordisk Sygeplejeforskning, vol. 5 (3)*, 296-310.

Engedal, K. (2015). Omsorg og behandling av demens. I Holm, M.S. & Husebø, S. (red). *En verdig alderdom: Omsorg ved livets slutt*. (s.61-69). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). [*Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*](#). (4. utg.). Stockholm: Natur och kultur.

Heggestad, A.T. & Slettebø, Å. (2015). How individuals with dementia in nursing homes maintain their dignity through life storytelling – a case study. *Journal of Clinical Nursing, 24(15/16)*, 2323-2330. Doi:10.1111/jocn.12837

- Helsedirektoratet (2017). Personsentrert omsorg og miljøbehandling ved demens. Hentet 16. April 2017 fra: <https://helsedirektoratet.no/demens/personsentrert-omsorg-og-miljobehandling-ved-demens>
- Holm, M.S. & Husebø, S. (2015). Innledning: En verdig alderdom? I Holm, M.S. & Husebø, S. (red). *En verdig alderdom: Omsorg ved livets slutt*. (s. 13-19). Bergen: Fagbokforlaget
- Jakobsen, K. (2007). *Ikke alle vil spille bingo: om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem*. Bergen: Fagbokforlaget
- Kristoffersen, N.J. (2014). Teoretiske perspektiv på sykepleie. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (red). *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (2.utg., s.207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N.J., Nordvedt, F. & Skaug, E-A. (2014). Om sykepleie. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (red). *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (2.utg., s. 16-29). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kunnskapssenteret. (2014). *Sjekklistor for å vurdere forskningsartikler*. Hentet 12. April 2017 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- McKeown, J., Clarke, A., Ingleton, C., Ryan, T., & Repper, J. (2010). The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. *International Journal Of Older People Nursing*, 5(2), 148-158. Doi:10.1111/j.1748-3743.2010.00219.x
- Rokstad, A.M.M. (2008). Forståelse som grunnlag for samhandling. I Rokstad, A.M.M. & Smebye, K.L. (Red). *Personer med demens: Møte og samhandling*. (1. Utg., s. 60-86). Oslo: Akribe AS
- Rokstad, A.M.M., Døble, B.S., Engedal, K., Kirkevold, Ø., Benth, J.S. & Selbæk, G. (2016). The impact of the Dementia ABC educational programme on competence in person-

centred dementia care and job satisfaction of care staff. *International Journal of Older People Nursing*. Doi: 10.1111/opn.12139

Rokstad, A.M.M. (2014). *Se hvem jeg er: Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget

Sellekvold, G. S., Egede-Nissen, V., Jakobsen, R., & Sørli, V. (2013). Quality care for persons experiencing dementia: The significance of relational ethics. *Nursing Ethics*, 20(3), 263-72. doi: [10.1177/0969733012462050](https://doi.org/10.1177/0969733012462050)

Skovdahl, K. & Berentsen, V.D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (red). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg, s. 408-437). Oslo: Gyldendal Akademisk

Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk*. (5.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk

Slettebø, Å. (2014). Juridiske rammer og utfordringer. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (red). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg, s. 212-223). Oslo: Gyldendal Akademisk

Solheim, K.V. (2015). *Demensguiden: Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.

World Health Organization (2016) *Media centre: Fact sheets*. Hentet 28. Mars fra: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>

8.0 Vedlegg

Vedlegg I: Søkeprosessen

Tabell 1: Søk i Cinahl

Søk	Søkeord	Avgrensninger	Treff	Lest	Brukt i bacheloroppgaven
1	Dementia OR alzheimers	2007-2017	28 614		
2	Dementia OR alzheimers AND patient centred care OR person centred care	2007-2017 Peer Reviews Full Text	63	2	
3	Dementia OR Alzheimer AND patient centred care OR person-centred care AND nursing home	2007-2017 Peer Reviews Full Text	23	6	The use of lifestory work with people with dementia to enhance person-centred care
4	Dementia or Alzheimer And Dignity	2007-2017 Peer Reviews Full Text	66	2	
5	Dementia or Alzheimer AND Dignity AND Nursing home	2012-2017 Peer Reviews Full tekst	14	1	How individuals with dementia in nursing homes maintain their dignity through life story telling – a care study

Tabell 2: Idunn

Søk	Søkeord	Avgrensninger	Treff	Lest	Brukt I bacheloroppgaven
1	Dementia person centred care		7	1	Identity – supportive nursing of patients with dementia in nursing homes

Tabell 3: Pubmed

Søk	Søkeord	Avgrensninger	Treff	Lest	Brukt I bacheloroppgave
1	Dementia AND person centred care	5 years Full text	233		
2	Dementia AND dignity	5 years Full text	81	1	
3	Dementia care AND Nurse Ethics	5 years Full text English or Norwegian	38	3	Quality care for persons experiencing dementia: The significance of relational ethics.

4	Dementia ABC		65		
5	Dementia ABC AND person centred care		1	1	The impact of the Dementia ABC educational in person-centred dementia care and job satisfaction of care staff.

Vedlegg II: Resultattabell

Forfattere, årstall, tidsskrift og artikkelnavn	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Konklusjon/Resultater
<p>Drageset, Normann & Elstad, 2015 <i>Nordisk Sygeplejeforskning.</i></p> <p>Identity – supportive nursing and patients with dementia in nursing homes</p>	<p>Hvordan kjennskap til pasientens livshistorie kan forbedre kvaliteten på sykepleie.</p> <p>Hvordan det kan forbedre kontinuitet og identitet hos pasienter med demens som bor på sykehjem. Opprettholde kontinuitet mellom pasientens tidligere og nåværende liv.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Det brukt et intervju guide. Diskuterte i forhold til erfaringer.</p> <p>Åpne spørsmål. Studien ville få frem pleiernes og ledernes egne perspektiver på verdier, praksis og årsaker om kontinuitet i livet med en demenssykdom.</p>	<p>Deltakerne var fra to forskjellige sykehjem i Nord-Norge. Alle deltakerne var kvinnelige.</p> <p>Fjorten pleiere og ledere ble intervjuet individuelt og i grupper på to og fire. Det var både sykepleiere og hjelpepleiere</p>	<p>En pasients identitet kan styrkes gjennom tiltak i sykehjemmet som fremmer følelsen av tilhørighet.</p> <p>Det trengs krav om faglig vurdering og kompetanse i demensomsorgen.</p> <p>De verdiene og holdninger som omsorgspersoner vektlegger blir ofte en utfordring på sykehjem. Tid og innsats er nødvendig for å fremme faglig sykepleie verdier. Det er spesielt viktig at uerfarne pleiere får god støtte og veiledning.</p>
<p>Heggestad og Slettebø, 2015 <i>Journal of Clinical Nursing</i></p> <p>How individuals with dementia in nursing homes</p>	<p>Hva personer med demens selv kan gjøre for å fremme deres verdighet og identitet på sykehjem.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Observasjoner og intervju.</p>	<p>15 pasienter fra to sykehjem.</p>	<p>Som sykepleiere har vi i oppgave å fremme verdighet hos beboere på sykehjem. Da trenger vi kunnskap og pasientens liv og hva som er viktig for dem.</p> <p>Vi må være åpne for</p>

<p>maintain their dignity through life storytelling – a case study</p>				<p>pasientenes livshistorie. Medisinsk kunnskap er ikke nok.</p> <p>Det er en sammenheng mellom liv, identitet og verdighet.</p> <p>Å opprettholde beboernes verdighet handler om respekt for livet de har levd.</p>
<p>McKeown, Clarke, Ingleton, Ryan og Repper, 2010 <i>International Journal Of Older People Nursing</i></p> <p>The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care</p>	<p>Undersøke hvordan livs historie arbeid er forstått og utviklet i praksis, hvordan det oppleves av deltakerne og hvordan det påvirker utførelse av pleien.</p>	<p>Kvalitativ metode. Multiple case study. En individuell tilnærming med intervjuer, observasjoner og samtaler.</p>	<p>4 pasienter med ulike demensdiagnoser, pårørende og pleiere som kjente til dem.</p>	<p>Ved å arbeide med LSW kan dette fremme personsentrert omsorg på flere områder ettersom det å bli kjent med pasienten er en sentral funksjon i personsentrert omsorg.</p> <p>Livshistoriearbeid gav pasientene mulighet til å bli hørt og føle seg stole. Det viser seg også å være en aktivitet som medbrakte glede.</p> <p>Livshistoriearbeid gjennomførtes ved hjelp av en modell som fremmet kreativitet og aktiv medvirkning til personer med demens, pårørende og pleiere.</p>
<p>Sellevoid, Egede-Nissen, Jakobsen og Sørlie, 2013 <i>Nursing Ethics</i></p> <p>Quality care for persons experiencing dementia: The significance of relational ethics.</p>	<p>Hensikten er å utforske sykepleiere sin erfaring med kvalitet på sykepleie og hvordan etiske utfordringer virker inn på det</p>	<p>Kvalitativt studie. Analyse og tolkning av individuelle, åpne intervju.</p>	<p>9 damer og 3 menn med forskjellig erfaring. 2 sykehjem med 4 sykepleiere og 8 assistenter</p>	<p>Helsepersonellet opplevde god kvaliteten på pleien når det var fokus på den individuelle pasienten.</p> <p>For å kunne forstå pasienten som et individ må vi ha forståelse for hva han går gjennom. Feks tap av tale, forståelse av tid/rom og kognitiv kapasitet. Forståelse av sykdommen i møtet med pasienten.</p>

				<p>Å ha forståelse for hva som skjer, hvorfor han er trist eller sint. For eksempel at en pasient ikke klarer å gi verbal beskjed om noe, må man bruke kroppsspråk.</p> <p>Deltakerne sa at noen pasienter som hadde problemer med å gjenkjenne personer, kjente dem igjen på kroppsspråk og uttrykk.</p>
<p>Rokstad, Døble, Engedal, Kirkevold, Benth og Selbæk, 2016 <i>International Journal of Older People Nursing</i></p> <p>The impact of the Dementia ABC educational programme on competence in person-centred dementia care and job satisfaction of care staff.</p>	<p>Evaluere hvordan demensomsorgen ABC virket inn på deltakerenes kompetanse I personsentrert demensomsorg.</p> <p>Evaluere hvordan demensomsorgen ABC påvirket deltakerens trivsel med jobben.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p> <p>Spørreskjema</p>	<p>1795 deltakere fra 90 kommuner i Norge inkludert i studie. 580 deltakere fra 52 kommuner gjennomførte alle målinger som ble gjort meg spørreskjema.</p>	<p>Bedring i kompetanse om personsentrert omsorg.</p> <p>Deltakerene fikk en økt trivsel med å jobbe i demensomsorgen. De opplevde jobben mindre belastende.</p>

Vedlegg III: Eksempel på kildekritikk

Artikkel: The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det oppgitt en problemstilling for studien? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Kommentar:</p>
<p>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <p>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? • Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? • Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Kommentar:</p>
<p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <p>TIPS:</p> <p>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er metoden som ble valgt god for å belyse 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Kommentar:</p>

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. • Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? • Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? 	
--	--

<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p><i>TIPS:</i> En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). • Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? • Er motstridende data tatt med i analysen? • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar:</p>	Ja	Uklart	Nei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p><i>TIPS:</i> Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar:</p>	Ja	Uklart	Nei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p><i>TIPS:</i> Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar:</p>	Ja	Uklart	Nei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? 			
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite? 	<p>Ja</p> <p><input type="radio"/></p> <p>Kommentar:</p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>

HVA ER RESULTATENE?

<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan du oppsummere hovedfunnene? Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? 	<p>Ja</p> <p><input type="radio"/></p> <p>Kommentar:</p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
--	--	---	--

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p>TIPS:</p> <p>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? Droft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? 	<p>Kommentar:</p> <p>Studien er relevant og aktuell i min bacheloroppgave pga. den tar opp hvordan vi kan forbedre personsentrert omsorg ved hjelp av livshistorie arbeid. Den blir dermed med på å svare på min problemstilling og blir en viktig del av oppgaven</p>
---	---

