



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sykepleie, fagutvikling og forskning

Vurderingsform: Bacheloroppgave

Kandidatnummer: 309

Leveringsfrist: 26.02.16 kl. 14.00

Vurderingstype: Ordinær eksamen

Fagansvarlig: Benny Huser

Veileder: Karen Irene Høyland



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

”Gyldne øyeblikk” – om trygghet i demensomsorgen.

Bacheloroppgave i sykepleie

Høgskolen Stord 2015

Kull 2013

Antall ord: 9000

Livets høst

Jeg er lik et tre!

Lik treet ble jeg også til ved et frø.

*Lik treet fikk jeg mange sår, men vokste videre, mer motstandsdyktig, mer
hårdhudet, men også myk.*

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.*

Lik treet om høsten, føler jeg meg også tom, ribbet, fattig, uten blader.

Livet mitt "faller av".

Uten blader, intet liv, sier du vel.

Men du som ser meg, og kjenner meg,

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

Jeg blir 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!

Sammendrag

Tittel: ”Gyldne øyeblikk” –om trygghet i demensomsorgen.

Bakgrunn for valg av tema: En av de største utfordringene helsevesenet står overfor i tida fremover er det stadig økende antall personer med demens. Erfaringer fra praksis har vist meg at kvaliteten på omsorgen er varierende, og ofte domineres hverdagen av effektivitet og praktiske gjøremål. I Regjeringens Demensplan 2015 ”Den gode dagen” fremheves at omsorg for personer med demens skal være basert på et helhetlig menneskesyn. Tilretteleggelse av forutsigbarhet og opplevelse av trygghet i den daglige omsorgen vektlegges.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleie med fokus på personsentrert omsorg bidra til at personer med demens som bor på sykehjem skal oppleve trygghet i hverdagen ?

Hensikt: Jeg ønsker å øke min egen og andres kompetanse og bevissthet om personsentrert omsorg, og begrepet trygghet. Jeg vil i oppgaven belyse betydningen personsentrert omsorg har for pasienter med demens sin opplevelse av trygghet.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie bygd opp omkring fem forskningsartikler innen valgt tema. Det er utført systematiske søk etter sykepleiefaglige artikler i databasen CINAHL.

Resultat: Utøvelse av personsentrert omsorg bidrar til at personens behov i situasjonen synliggjøres. Personens ”stemme” kommer frem via livshistorie og minner. Helsepersonells mulighet for å utøve meningsfulle aktiviteter økes. De utnytter hverdagslige situasjoner effektivt sammen med pasientene. Dette forutsetter at de ansatte evner å integrere kunnskapen i praksis. Det synliggjøres at ansatte har størst fokus på å tilfredsstille pasientens behov for komfort fremfor psykologiske behov som identitet, inklusjon og tilknytning. Resultat peker i retning av at ansattes evne til å tilfredsstille pasientens religiøse behov er liten. Det synliggjøres at refleksjon er viktig for å ivareta ansattes evne til utøvelse personsentrert omsorg.

Konklusjon: Personsentrert omsorg bidrar til godt kjennskap til personen, hans minner, livshistorie og behov. Faglig og etisk kompetanse og bevissthet, og evne til kritisk og reflektert bearbeiding, vil bidra til å øke helsepersonells evne til å integrere pasientens behov i hverdagslige gjøremål. Empati og god evne til utøvelse av faglig skjønn er viktig for at personer med demens sin hverdag skal bli meningsfull og trygg.

Nøkkelord: Demens, personsentrert omsorg, velvære, livskvalitet.

Abstract

Title: "The Golden moment" – providing the feeling of safety in demential care.

Background: One of the major challenges that the health department will face in the coming years is the increase in number of people experiencing dementia. Personal experience indicates that the quality of care provided within the health sector varies greatly from day to day dependent upon logistics and personal efficiency. In the department report 2015 "Den gode dagen", it is expressed that the daily care for people with dementia shall include an holistic view of humanity. Facilitation of predictability and experience of safety in the daily care is emphasized.

Problem: How can nursing by focusing on person centered care help persons with dementia living in nursing home to experience everyday security?

Aim: I wish to increase awareness and competence on health-care practices based on person centered care, and the need of safety. In this paper I will highlight the importance person centered care have for patient´s with dementias ability of perception of safety.

Method: This work i a literature study based on 5 internationally peer reviewed research articles in the CINAHL database.

Results: Person centered care aid in characterizing the patient´s needs. In this way the patient can express their needs through their life history and memories. This, in turn, provides health personnel to practice meaningful activities and take advantage of daily situations more effectively for the benefit of each patient. However, this depends on the ability of the health personnel to integrate the knowledge of the patients needs into practice. It is made visible that nurses and caregivers have their main focus on satisfying patients need for comfort rather than to fulfill the patient´s psychological needs such as identity, inclusion and attachment as well as religious needs. It is made visible that reflection among health personnel will increase their ability to perform person centererd care.

Conclusion: Person centered care advance our understanding of patients personal history, memories and needs. Professional and ethical competence, self-awareness and the ability of self-criticism and reflection will aid the ability of health care personel to integrate the patients needs in everyday tasks. Emphaty and ability to practice professional reflections are important in order to give persons with dementia a more meaningful and safe life experience.

Key words: Dementia, person centered care, well-being, quality of life.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Hensikt og mål med oppgaven	2
1.3 Problemstilling.....	3
1.4 Avgrensing og presisering	3
2.0 Teori	4
2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv	4
2.2 Demens	5
2.3 Personsentrert omsorg	5
2.4 Trygghet	6
2.5 Kommunikasjon og relasjonsbygging.....	7
2.6 Menneskesyn.....	8
3. Metode	10
3.1 Litteraturstudie.....	10
3.2 Fremgangsmåte/søkehistorikk.....	10
3.3 Metodekritikk	14
3.3.1 Vurdering av egen oppgave.....	14
3.3.2 Kritisk vurdering av forskningsartikler.....	15
3.4 Forskningsetikk	15
4.0 Resultat	17
4.1 Presentasjon av forskningsartikler	17
4.1.1 <i>Staff-resident interactions in long-term care for people with dementia: the role of meeting psychological needs in achieving residents well-being.</i>	17
4.1.2 <i>The senses in practice: enhancing the quality of care for residents with dementia in care home.</i>	17
4.1.3 <i>Seeing me through my memories”: a grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in long-term care.</i>	18
4.1.4 <i>A qualitative study of nurses’attitudes towards’and accommodations of patients’expressions of religiosity and faith in dementia care</i>	19
4.1.5 <i>Promoting a continuation of self and normality: person-centered care as described by people with dementia, their family members and aged care staff.</i>	19
4.2 Oppsummering av forskningsartikler	20
5. Diskusjon	21
5.1 Samhandling, sansning og meningsfulle øyeblikk.....	21
5.2 Tilfredshet i arbeidet og tidspress	24
5.3 Helhetlig omsorg – ”målbart” og effektivitet.....	26
5.4 Egen sårbarhet -å våge å være til stede i situasjonen.....	28
6.0 Avslutning	31
Referanseliste	32
Vedlegg 1: Resultattabell	37

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I Norge i dag viser beregninger at omlag 70 000 personer har demens. Økende folketall og høyere gjennomsnittsalder fører til at det er forventet en kraftig økning i antall personer med demens i årene fremover. Innen 2060 forventes det at det vil være over 200 000 personer med demensrelaterte lidelser. Forekomsten av demens øker med økende alder, og det antas at 20-25% av befolkning over 80 år har demenssykdom. Sykdomsforløpet er progredierende, og per i dag foreligger ingen kurativ behandling utover symptomlindring. Etter hvert som sykdommen utvikler seg vil det oppstå behov for døgnkontinuerlig behandling, pleie og omsorg. Dette indikerer at demensomsorgen vil være en av de største utfordringene helsevesenet vil stå overfor i tida fremover (Solheim, 2015, s. 17). I demensplan 2015 ”Den god dagen” er målsettingen at personer med demens skal oppleve livskvalitet, trygghet og mening i hverdagen. Det spesifiseres at demensomsorgen skal tilrettelegges slik at PMD og deres pårørende opplever trygghet og forutsigbarhet, og tjenesten skal basere seg på et helhetlig menneskesyn (Helse og omsorgsdepartementet, 2011).

I løpet av min sykepleieutdanning har jeg hatt flere av mine praksisperioder innen demensomsorgen. Personer med demens opplever stor tapsfølelse og utrygghet som følge av kognitiv svikt. Sykdommen er irreversibel og progredierende. Grad av kognitiv svikt varierer, og med dette personens evne til å forstå sin egen situasjon. Hjelp til ivaretagelse av egne behov, inkludert eksistensielle og åndelige behov, øker med sykdommens progresjon. Kommunikasjonen påvirkes og reduseres, med det resultat at det er vanskelig å vite hvor mye pasienten forstår. Behovet for omsorg vil øke med økende progrediering av sykdommen (Berentsen, 2011, s. 355). Jeg har ved flere anledninger opplevd at sykepleiere og helsearbeidere fokuserer på tekniske ferdigheter og tilfredsstillelse av pasientens behov for vask og stell, fremfor å prioritere meningsfullt samvær og nærhet til den enkelte. Tid og omsorg henger sammen, og kan ikke måles i kroner og ører (Nortvedt, 2014). Den genuine interesse for pasienten derimot avhenger i stor grad av vårt eget verdisyn og vår dannelse (Alvsvåg, 1997, s. 21-27).

1.2 Hensikt og mål med oppgaven

Vi har alle en intuitiv forestilling om trygghet og hva begrepet rommer. For sykepleiere er det viktig å få en dypere forståelse for begrepet trygghet, og om den omsorgsbehandling som utøves fører til at pasienten opplever trygghet (Segesten, 2010, s. 125). Med dette litteraturstudiet ønsker jeg å øke min egen og andres kompetanse og bevissthet om personsentrerte omsorg og begrepet trygghet. Jeg ønsker å belyse betydningen personsentrert omsorg har for pasienter med demens (PMD) sin opplevelse av trygghet i hverdagen på sykehjem.

Det er en balansekunst å være dannet i dagen helsevesen. Travelheten er på kollisjonskurs med omsorgen, og sykepleiers dannelse (Alvsvåg, 2010, s. 11-15). Helsevesenet har i de seinere år gjennomgått stadige rasjonaliseringer og effektiviseringer ut fra "New Public Management-ideologien". Krav om effektivitet og størst mulig inntjening dominerer (Wærness, 2013, s. 337-341). Omsorgen er situasjonsbetinget, og sammensatt av rasjonelle, moralske og praktiske ferdigheter hos omsorgsyter. Behovet for omsorg vil ofte være varierende hos den enkelte pasient fra dag til dag. Dette vil vanskeliggjøre en standardisering av omsorg. I tillegg innbefatter omsorg ikke å skape et ferdig produkt, noe som vanskeliggjør det å måle omsorg (Hallandvik, 2010, s. 153-154). Medmenneskelig omsorg krever tid og oppriktig engasjement fra sykepleiere (Nortvedt, 2014).

Kari Martinsen er valgt som sykepleieteoretisk forankring. Hun mener at forutsetning for all sykepleieutøvelse og dens normative grunnlag er omsorgen. Omsorg innbefatter å vise at en bryr seg om andre, og at en ønsker å ivareta dem på best mulig måte. Omsorgsetikk er i henhold til Martinsens tenkning en etisk appell som utgår fra et menneske til et annet gjennom de spontane livsytringer tillit, åpen tale, barmhjertighet og håp. Livsytringene er grunnleggende etiske og vil ødelegges dersom en forsøker å få herredømme over dem (Martinsen, 1993, s. 16-19). Utgangspunktet for Kari Martinsens tenkning er at det i et helsevesen som har som formål å behandle og gjøre pasienten uavhengig, foregår sykepleie uten omsorg. Pasientgrupper som ikke kan behandles, langtidssyke som personer med demens, er svært sårbare og ofte de som lider mest og mottar minst omsorg. Martinsen

vektlegger i sin teori betydningen av den gode omsorgen, og at dette skal tilbys alle pasientgrupper (Knutstad, 2010, s. 24).

1.3 Problemstilling

Hvordan kan sykepleie med fokus på personsentrert omsorg bidra til at personer med demens som bor på sykehjem skal oppleve trygghet i hverdagen?

1.4 Avgrensing og presisering

Oppgaven inkluderer personer med moderat til alvorlig demens, som er i aldersgruppen 67 år eller eldre og bor på sykehjem.

Personsentrert omsorg innbefatter å bruke ulike miljøbehandling, som minnearbeid, og skreddersy disse til den enkelte pasient (Helsedirektoratet, 2015). I tillegg vil det være relatert til personsentrert omsorg beskrevet av sosialpsykolog Tom Kitwood (1999) og sykepleieteoretiker Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi.

Trygghet forklares som en følelse som oppleves når en blir sett, forstått og hørt, og når normalitet, selvfølelse og kontinuitet fremmes. Trygghet kan inndeles i både ytre og indre dimensjon, hvor indre trygghet vil være nært knyttet til pasientens selvfølelse og åndelige/religiøse behov. Ytre trygghet er knyttet opp mot å ha , å elske og å være (Segesten, 2010, s. 126-127).

Demens er en irreversibel degenererende hjernesykdom som svekker pasientens kognitive funksjon. Dette fører med seg varierende grad av svikt i hukommelse og funksjonsnivå (Solheim, 2015, s. 51-55).

Helsepersonell vil i oppgaven innbefatte både sykepleiere og øvrig helsefaglig personell.

PMD er benyttet som forkortelse for personer med demens.

2.0 Teori

2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv

Kari Martinsens omsorgsteori bevisstgjør sykepleier for medmenneskeligheten og dens betydning i sykepleiefaget (Nortvedt, 2012 s.38). Kari Martinsen mener at omsorgen i sykepleien er sammensatt av relasjonell, praktisk og moralsk dimensjon, hvor den moralske dimensjon er overordnet. Måten arbeidet utføres på synliggjør moralen (Martinsen, 2005, s. 135-137). Å yte god omsorg krever i henhold til Martinsen at sykepleier evner å vise innlevelse og engasjement i den enkelte pasientsituasjon. Martinsen basere mye av sin tenkning og omsorgsfilosofi på filosofen K.E. Løgstrups tenkning, hvor tillitsfullhet til det nærværende og sansbare vektlegges. Vår virkelighet finnes via kroppslig og sanselig tilstedeværelse. Kropp og tanke utgjør en enhet, som vil binde tenkning til sansning, dagligspråk og det nærværende. I våre relasjoner til hverandre vil vi være vevet sammen via kropp, sansning, språk og etikk (Martinsen, 1996, s. 9-10, s. 79). Løgstrup betegner henvistheten til hverandre for livsytringer, sentralt her er tilliten i relasjonen. Denne sees på som det bærende element i omsorgen (Martinsen, 2005, s. 136).

Sykepleie er i henhold til Kari Martinsens tenkning personorientert. For å kunne handle godt må sykepleier ha evne til handle etter skjønn i den gitte situasjon. Martinsen (1993, s. 145) kaller faglig skjønn kunsten i sykepleien: ”skjønnnet stiller sykepleieren åpen for sansningen og for å ta vare på det sanselige i uttrykkene. Dette vil jeg kalle kunst i sykepleien” . Å være åpen for sansningen vil bidra til at sykepleier får innsikt i trekk ved mennesket og virkeligheten som hun ellers hadde oversett. Dette krever at en evner å være fullt og helt til stede i situasjonen, både med sin faglige kunnskap og som person (Martinsen, 1993, s. 143-148). Sykepleier vil da evne å ”lytte” til det budskapet som bringes frem i møte med personen. Dette vil legge grobunn for fremvekst av en trygg relasjon, hvor tilliten mellom partene står sentralt (Giske, 2014, s. 186-191).

2.2 Demens

Demens er en fellesbetegnelse for en gruppe degenererende hjernesykdommer hvor det oppstår irreversible skader i hjernens ytre del og/eller i mer dyptliggende områder. Skader i slike områder vil føre til ulike kognitive utfall avhengig av hvor skaden er lokalisert. Symptomer knyttet til demenssykdom er mange og innbefatter varierende grad av hukommelsessvikt, sviktende handlingsevne, sviktende språkfunksjon og endring i personlighet og adferd. Tilstanden fører til redusert evne til å ta vare på seg selv. Demens er ikke en enhetlig sykdom. Den er progredierende, ikke kurativ og med varierende grad av forverring over tid. Sykdommen krever individuelle og avanserte sykepleietiltak tilpasset den enkeltes personlighet og mestringsnivå (Solheim, 2015, s. 51-55).

Grad av demensutvikling vil være individuelt betinget og inndeles i mild, moderat og alvorlig grad. *Ved mild grad av demens* vil første symptom ofte være hukommelsessvikt. Dette får konsekvenser i hverdagen ved at personen vil ha vansker med å følge med på klokke og kalender, og dagene går i surr. Ordleting og manglende flyt i setninger fører til kommunikasjonsvansker. *Ved moderat grad* av demens vil personen miste taket på sin tilværelse med økende hukommelsessvikt og redusert evne til å se konsekvenser av sine valg. Dagligdagse gjøremål som påkledning, matlaging og klesvask blir problematisk. Angst, depresjon, sinne og fortvilelse er vanlig som følge av tap av stadig flere funksjoner. Opplevelse av kaos som følge av problemer med å se sammenhenger i tilværelsen er ikke uvanlig. *Ved alvorlig grad* av demens er hukommelsen redusert til kun bruddstykker fra tidligere liv. Gjenkjenning av familie og venner er vanskelig. Ordforrådet er svært begrenset, det samme er evnen til orientering av tid, sted og situasjoner. Hvorvidt pasienten er i stand til å tolke sanseinntrykk er usikkert. Pasienten vil være avhengig av døgkontinuerlig pleie og omsorg (Berentsen, 2008, s. 354-355).

2.3 Personsentrert omsorg

På slutten av 1990 tallet kom professor i sosialpsykologi ved Bradford-universitetet i England, Tom Kitwood med nye perspektiv på demenssykdom. Grunntanken i hans filosofi er at mennesker med demenssykdom må møtes som hele mennesker, hvor både biomedisinske, sosialpsykologiske og kulturelle aspekt vektlegges. *Å se og forstå* personer med demens, og

møte dem med forståelse, respekt og omsorg fra omgivelsene vektlegges. Dette gjøres ved at det tas hensyn til de individuelle endringer i personens behov som oppstår som følge av sykdommens progresjon. Tilfredsstillelse av de psykologiske behovene identitet, trøst, tilknytning, inklusjon og bekreftelse fremheves som spesielt viktig for personer med demens og deres opplevelse av kjærlighet. Demens fører til økende svikt i kognisjon og kommunikasjon, dette bidrar til at PMD vil ha problemer med å tilfredsstille sine psykologiske behov. Helsepersonells behandlingsadferd står sentralt (Kitwood, 1999, s. 17-103).

Personsentrert omsorg vil si å evne å skape et fellesskap av likeverd mellom pasient og helsepersonell, hvor pasientens egne preferanser verdsettes. Grunnlaget for dette er gjensidig tillit, en ikke-dømmende holdning og likeverd. Relasjonen mellom pasient og helsepersonell er grunnlaget for all behandling. Ved å fokusere på personsentrert omsorg bevares synet på personer med demenssykdom som unike individ. Dette underbygger deres verdi som menneske gjennom hele sykdomsforløpet. Hovedfokus for omsorgsgiver må være å tilrettelegge omsorgen på slik måte at den enkeltes sviktsymptomer kompenseres for, samtidig som personenes ressurser og ferdigheter understøttes og stimuleres. Ivaretagelse av pasientens behov står sentralt (Rokstad, 2014, 24-29).

2.4 Trygghet

Begrepet trygghet har mange og relativt usikre betydninger. Å oppleve trygghet er en god følelse, og innbefatter både en beskrivelse og en vurdering. Trygghet er noe den enkelte erfarer, og som utvikler seg gradvis i møte med andre mennesker. Det ansees som en god følelse som er svært individuell, og basert på den enkeltes personlighet og opplevelse. Det er ikke mulig å kommandere frem, eller påstå at noen er trygg. Trygghet kan ha med en persons livsvilkår, økonomiske forhold og den enkeltes indre liv. Inn under livsvilkår kommer frelse, ly, fred, ro, beskyttelse, sikkerhet og beroligelse. Den enkeltes indre liv vil være nært knyttet til den enkeltes selvtillit og selvsikkerhet. Selvbevisst, tillitsfull, ubekymret og sorgfri vil være beskrivende for en indre tilstand av trygghet (Segesten, 2010, s. 125-136).

Som generelt fenomen beskriver den humanistiske psykologen Abraham Maslow, trygghet som et behov som er å finne nest nederst i hans trappetrinns-modell over menneskelige behov.

Nederst foreligger våre fysiologiske behov som mat, drikke søvn, tak overhodet og klær. Etter at mennesket har fått tilfredsstilt disse, vil mennesket søke trygghet (Renolen, 2008, s. 45-46). Sikkerhet, stabilitet, avhengighet, beskyttelse, frihet fra redsel, angst og kaos, orden og struktur i tilværelsen, grenser og rettssikkerhet er alle behov som Maslow beskriver inn under trygghet. Forskning viser at pasientens trygghet avhenger av forventninger til sykepleier. Personalet må vise vennlighet, interesse, hjelpsomhet og at de bryr seg. Trygghet oppleves når pasienten tas på alvor, blir lyttet til og trodd på (Segesten, 2010, s. 125-136).

Trygghet kan inndeles i to dimensjoner: indre og ytre trygghet. Indre trygghet kan beskrives som en indre tilstand i mennesket som oppleves god, en grunntrygghet. Positiv barndom, indre modenhet og hos enkelt religiøs tro, er alle bidragsgivende til utvikling av grunntrygghet. Å bli bekreftet som en egen person, oppleve samstemthet, stabilitet og kontinuitet beskrives av utviklings-psykolog Erikson som essensielt for at barn skal utvikle og få en grunntrygghet (Segesten, 2010, s. 126-128).

Ytre trygghet er knyttet opp mot livssituasjoner, og kan beskrives med ord som farefri, sikret og i gode hender. Ytre trygghet kan inndeles i to hovedkategorier, ressurser og visshet. Ressurser kan forstås som det å ha, å elske og å være. Å ha innbefatter materiell trygghet, å elske er avhengig av vår evne til å knytte relasjoner til omverdenen- relasjonstrygghet. Ivaretagelse av egen identitet, mulighet til å hengi seg til selvvalgte aktiviteter og selv kunne påvirke eget liv vil komme inn under det å være. Å ha visshet innbefatter evne til å bedømme sin egen situasjon, og kunne forutse hva som vil skje i fremtiden. Komponenter som troverdighet, tillit og pålitelighet vil komme inn under det å ha visshet. Det er hovedsakelig den ytre tryggheten sykepleier kan gjøre noe med. Samtidig vil økning i ytre trygghet ofte medføre en økning i indre trygghet (Segesten, 2010, s. 126-128).

2.5 Kommunikasjon og relasjonsbygging

Uten kommunikasjon vil det være vanskelig å opprettholde en følelse av fellesskap og relasjon til andre. Fortrolighet, personlig berikelse og menneskelig vekst har sitt utspring fra kommunikasjon mellom mennesker. Den mest grunnleggende og komplekse ferdighet i profesjonell hjelpende kommunikasjon, er evnen til aktiv lytting. Det foreligger to hovedgrupper av ferdigheter, verbale og nonverbale. Hver av dem kan inndeles i ytterligere

undergrupper. I den nonverbale aktive lytting inngår vår evne til å være oppmerksomt lyttende, henvendt mot og tydelig til stede overfor pasienten man kommuniserer med. Øyebevegelser, håndbevegelser, berøring og stillhet er faktorer som alle bidrar til hvordan vår kroppsholdning oppfattes. Verbal lytting innefatter evne til å stille spørsmål, parafrasere, kunne speile den andres følelser og gi verbale oppmuntringer. Vår evne til aktiv lytting bidrar til at den andre anerkjennes, noe som kan sees på som kjernen i all kommunikasjon. Sykepleiers bevissthet omkring betydning av aktivt lytting og åpenhet er viktig. Via sin profesjonelle, hjelpende kommunikasjon gir sykepleier uttrykk for sitt verdigrunnlag (Eide & Eide, 2013, s. 12-26).

2.6 Menneskesyn

Vårt menneskesyn vil være avgjørende for hvordan vi, både som sykepleier og privatperson, behandler, tenker og opptrer i møtet med våre medmennesker. Menneskesynet vil påvirkes og endres med det verdigrunnlag, og de virkelighetsoppfatninger som til enhver tid er rådende i samfunnet (Schmidt, 2009, s. 20).

Både i det kristne menneskesyn og i mange verdensreligioner er den åndelige dimensjonen viktig. Dette førte til en utvikling hvor sykepleiers kjennskap til pasientens religiøse bakgrunn blir viktig på grunn av dets betydning for kommunikasjon mellom pasient og sykepleier, og derved omsorg pasienten mottar. Det kristne menneskesyn kan inndeles i to ulike retninger, jødisk-kristne og gresk-kristne. I jødisk kristne menneskesyn sees mennesket som en helhet. I det gresk-kristne menneskesyn dominerer tanken om at sjel og legeme er adskilt, betegnes som et dualistisk menneskesyn.

Frem mot nyere tid og industriell utvikling løsner båndene til det kristne verdigrunnlaget. Som følge av store fremskritt innen biomedisinsk vitenskap i begynnelsen av forrige århundre blir det nå en tilsvarende kraftig fremvekst av det biomedisinske menneskesyn. Mennesket ble nå betraktet som et biokjemisk system, hvor sykdom betraktes som en "maskinfeil". Sykepleier blir fokusert på tekniske ferdigheter, og mister blikket for mennesket som person (Schmidt, 2009, s. 21-23).

Menneskesyn påvirkes sterkt av det verdigrunnlag som er rådende i samfunnet. Både materialisme og sekularisme har innvirkning på dagens helsevesen hvor effektivitet og

rasjonalitet dominerer. Sekularismen er mye lik materialismen men her hevdes det at åndelighet og religiøse aspekt er blitt overflødige. Det helhetlige menneskesynet reduseres og står i fare for å forsvinne (Schmidt, 2009, s. 23-25).

3. Metode

3.1 Litteraturstudie

I en litteraturstudie studeres empirien, det som er undersøkt og skrevet om virkeligheten, via systematisering av kunnskapen (Støren, 2013, s. 16-17). Metode delen i et studie kan sees på som en detaljert manual som beskriver hvordan man har gått frem for å oppnå resultatene. I et litteraturstudie utgjør metode et systematisk søk i relevante databaser etter aktuelle originalartikler knyttet opp mot tema i problemstillingen. Hvordan kunnskapen frembringes beskrives på en planmessig og systematisk måte (Støren, 2013, s. 39).

Forsberg & Wengstrøm (2013) definerer en systematisk litteraturstudie ved at den må utgå fra en tydelig formulert problemstilling, som besvares systematisk ved å identifisere, kritisk vurdere og velge ut relevant forskning som er knyttet til aktuell problemstilling/tema (Forsberg & Wengstrøm, 2013, s. 27-28). Deretter analyseres og diskuteres resultat fra de utvalgte artikler i lys av aktuell faglitteratur, sykepleieteori og egne erfaringer fra praksis (Forsberg & Wengstrøm, 2013, s. 34).

I denne litteraturstudien er det følelser og opplevelser som skal fanges opp, og jeg har derved bevisst benyttet kvalitativ metode, men og inkludert en kvantitativ metode. For å besvare problemstillingen på en reflektert måte, vil det være viktig å få med både personer med demens, familie og pleieres perspektiv. Forskningsartiklene vil av denne grunn innbefatte både intervju og fokusgruppeintervju.

3.2 Fremgangsmåte/søkehistorikk

Søk i databasene CINAHL, SweMed+ og PubMed ble utført. Forskningsartiklene som er benyttet er funnet fra databasen CINAHL som ble hentet fra biblioteket sine sider. Ved valg av aktuelle søkeord for søk av forskningsartikler ble det tatt utgangspunkt i problemstillingen. Jeg har benyttet søkeordene ”dementia”, ”dementia care”, ”nursing home”, ”well being”, normality, ”quality of life” og ”person centered care”. Ved å sette ordene sammen i ulike rekkefølger ble hovedartiklene funnet. Nøyaktig søkehistorikk er gjengitt i tabeller.

Inklusjonskriterier er at alle artiklene skal være forskningsartikler, og ikke eldre enn 10 år. Artiklene skal inneholde sykepleieforskning som er rettet mot personer med moderat til alvorlig grad av demens. Forskningsartiklene skal ha fokus på personsentrert omsorg.

Tabell 1: Artikkel 1

Søk i CINAHL 02.01.16

Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Dementia		30525
S2	Well-being		22497
S3	Dementia care		11691
S4	Nursing home		47205
S5	Person centered care		2032
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5		13

Ved søk nr. 6 ble artikkel nr. 3 valgt: ***”Staff-resident interactions in long-term care for people with dementia: the role of meeting psychological needs in achieving residents well-being”*** (Willemse, B.M., Downs, M., Arnold, L., Smit, D., de Lange, J. & Pot, A.M., 2015).

Tabell 2: Artikkel 2

søk i CINAHL 02.01.16

Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Dementia		30525
S2	Well-being		22497
S3	Dementia care		11691
S4	Nursing home		47205
S5	Person centered care		2032
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5		13

Ved søk nr. 6 ble artikkel nr. 5 valgt: *"The senses in practice: enhancing the quality of care for residents with dementia in care home"* (Wilson, C.B., Swarbrick, C., Pilling, M. & Keady, J., 2013).

Tabell 3: Artikkel 3

søk i CINAHL 02.01.16

Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Dementia		30525
S2	Quality of life		45060
S3	Dementia care		11691
S4	Nursing home		47205
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Last 10 years	210

Ved søk nr 5 ble artikkel nr 5 valgt: **"Seeing me through my memories": a grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in long-term care**

(Cooney, A., Hunter, A., Murphy, K., Casey, D., Devane, D., Smyth S., Dempsey, L., Murphy, E., Jordan, F. & O'Shea, E., 2014).

Tabell 4: Artikkel 4

søk i CINAHL 20.01.16

Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Dementia		38469
S2	Quality of life		105414
S3	Dementia care		13324
S4	Nursing home		53732
S5	Person centered care		2353
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5		35

Ved søk nr 6 ble artikkel nr. 5 valgt: **"A qualitative study of nurses' attitudes towards and accommodations of patients' expressions of religiosity and faith in dementia care"** (Ødbehr, L.S., Kvigne, K., Hauge, S. & Danbolt, L.J., 2015).

Tabell 5: Artikkel 5

"Promoting a continuation of self and normality: person-centered care as described by people with dementia, their family members and aged care staff" (Edvardsson, D., Fetherstonhaugh D. & Nay, R., 2010).

Artikkel 5 ble funnet ut fra manuelt søk i referanseliste i artikkel til Kalanowski, A., Hitsma, V.K., Penrod, J., Hill, N. & Yevchak, A., 2015. "Wish we would have known that!" Communication Breakdown Impedes Person-Centered care. Kalanowski et al., (2015) var opprinnelig tatt med i litteraturstudien, men ble i stedet tatt med som teori på grunn av oppgavens omfang. Artikkelen til Kalanowski et al., (2015) var artikkel nr. 44 i søk nr.4 fra søk i CINAHL etter søketabell gitt nedenfor:

Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Dementia		38439
S2	Person centered care		2351
S3	Nursing home		53732
S4	S1 AND S2 AND S3	Last 10 years	109

3.3 Metodekritikk

Vurdering og karakterisering av de kildene som benyttes vil fastslå kildens grad av sannhet og relevans for valgte problemstilling. Dette gjøres ved å benytte ulike metoder, kildekritikk. På denne måten kan en skille verifisert kunnskap fra spekulasjoner (Dalland, 2013, s. 67-68). Kildekritikk skal omfatte hvilke kriterier som er benyttet for å velge ut kildematerialet, og vise hvorvidt en er i stand til å forholde seg kritisk til dette materialet. Litteraturens relevans og gyldighet for problemstillingen skal synliggjøres (Dalland, 2013, s. 71-72).

3.3.1 Vurdering av egen oppgave

Problemstillingen er besvart ved bruk av litteraturstudie. Dette har gitt meg god oversikt over nyere forskning inne valgt tema. Gjennom prosessen med utvelgelse av artikler som har relevans for problemstillingen har en av utfordringene vært å relatere de utvalgte artiklene til begrepet trygghet. I henhold til Segesten (2010, s. 128) finnes det lite sykepleieforskning om trygghet og utrygghet. Jeg har utført en del prøvesøk hvor ord som "security" og "feeling safe", "safety" og "confidence" ble benyttet. Resultat viste ingen relevant forskning knyttet opp mot problemstillingen. Ved utvelgelse av relevante artikler har jeg tatt utgangspunkt i Kitwoods definisjon av de 5 grunnleggende psykologiske behov som er nødvendige for at pasienter, spesielt personer med demens, skal oppleve trygghet: trøst, identitet, beskjefteigelse-aktivitet, inklusjon og tilknytning (Kitwood, 1999, s. 89-91, Solheim, 2015, s. 58-59). Behov

for å tilfredsstillende religiøsitet og eksistensielle spørsmål vil være av betydning for grunntrygghet (Segesten, 2010, s. 126-128).

I en litteraturstudie er det viktig å være klar over at ens egen subjektive vurdering av artiklene som velges ut, vil bidra til utforming og besvarelse av problemstillingen. Mitt eget forhold til tema, og refleksjoner rundt problemstillingen, vil bidra til å redusere objektiviteten av studiet. Artikler med både kvalitativt og kvantitativt design er tatt med i studien. Informantenes subjektive oppfatning avdekkes via kvalitative studier, noe som er relevant for besvarelse av problemstillingen. Ved å inkludere kvantitative studier gjenspeiles generelle tendenser i samfunnet. Dette reduserer begrensninger for generaliseringen av resultatene.

3.3.2 Kritisk vurdering av forskningsartikler

For å kartlegge om en studie er til å stole på må en vurdere dens relevans til problemstilling, metodisk styrke og etiske utfordringer (Bjørndal, Flottorp & Klovning, 2013, s.143-144).

Jeg har valgt ut fem artikler til denne litteraturstudien, med både kvalitativ og kvantitativ design. Kritisk vurdering av den enkelte forskningsartikkel er utført ved å benytte sjekklister rettet mot kvalitativ og kvantitativ forskning utgitt av Kunnskapscenteret (2013). Forskningsartiklene er hentet fra anerkjente tidsskrifter, av god kvalitet.

3.4 Forskningsetikk

Forskningsetikk handler om normer for riktig og god utøving av forskningsbasert arbeid. Menneskers integritet bevares ved ivaretagelse av personvern og sikring av resultatenes troverdighet. Anonymisering av deltagere, ivaretagelse av taushetsplikt, tilstrekkelig informasjonsutveksling og mulighet for deltagerne til å samtykke vektlegges (Dalland, 2013, s.96-109). Resultatets troverdighet henstiller til at forskeren har et etisk ansvar om ikke å kopiere andres arbeid eller selv påvirke forskningsprosessen. Etske komiteer er oppnevnt for å ivareta de ulike etiske aspekt knyttet til et forskningsprosjekt (Olsson & Sörensen, 2003, 56-68).

I litteraturstudiet er fire av fem artikler godkjent av etisk komité. I studien til Willemse et al. (2015) ble det i forkant foretatt en vurdering av artikkelens metode av en representant fra etisk komité. Det ble her konkludert med at det ikke var behov for ytterligere formell godkjenning fra etisk komité. Jeg har valgt å ta med artikkelen i litteraturstudiet, da den har en detaljert beskrivelse og grunngivning for hvorfor prosjektet ikke måtte godkjennes av etisk komité. I alle arbeidene er informanter og involverte personers anonymitet godt ivaretatt.

4.0 Resultat

4.1 Presentasjon av forskningsartikler

Det vil her bli gitt en oppsummering av den enkelte forskningsartikkel. Detaljert resultattabell for hver av artiklene er i tillegg lagt ved som vedlegg. For hver artikkel oppgis her mer detaljert opplysning om hensikt, metode, utvalg og resultat.

4.1.1 Staff-resident interactions in long-term care for people with dementia: the role of meeting psychological needs in achieving residents well-being.

Willemse, et al. (2015) er en nederlandsk kvantitativ del-studie med hensikt å observere og kartlegge omfanget av hvordan helsepersonell i sin personsentrerte omsorg utøver samhandling med PMD som fører til stimulering eller undergraving av deres psykologiske behov. Tilfredsstillelse av pasientens behov for tilhørighet, identitet og inklusjon førte til høyere grad av økning i pasientens humør og tilfredshet enn tilfredsstillelse av pasientens behov for komfort og beskjeftigelse. I studien ble omfanget av samhandling hvor stimulering eller undergraving av pasientens psykologiske behov ved utøvelse av personsentrert omsorg kartlagt. Studien viser at personalet i sin relasjon til pasienten har størst fokus på å tilfredsstillere pasientens komfort og beskjeftigelse/aktivitet, og mindre fokus på å møte pasientens behov for tilhørighet, identitet og inklusjon.

Relevans: Psykologiske behov som identitet, tilknytning og inklusjon vil være direkte knyttet opp mot opplevelse av trygghet. Studien vil derved ha relevans for å belyse problemstillingen.

4.1.2 The senses in practice: enhancing the quality of care for residents with dementia in care home.

Wilson et al. (2013) er en engelsk kvalitativ studie som har til hensikt å fremme kvaliteten på omsorgen som utøves til PMD som bor på sykehjem. Studien tar for seg sykepleiers perspektiv. Studien belyser hvordan en biografisk tilnærming sammenfallende med ideologien til personsentrert omsorg hvor følelser knyttet opp mot psykologiske behov som; opplevelse av kontinuitet, å være betydningsfull, tilhørighet, meningsfullhet, å kunne prestere og oppleve trygghet, kan brukes for å oppdage nye ressurser hos PMD. Arbeidsgrupper bestående av

ansatte, pasienter og deres pårørende øket personalets evne til å identifisere og integrere praktiske strategier for å fremme kvaliteten på omsorgen. Strategiene ble implementert i vanlige rutiner. Ansatte fikk bedre innsikt i hvordan pasientene opplevde sitt liv, og ble bevisst at PMD har følelser som dem selv. Evne til utøvelse av meningsfull kommunikasjon med pasienten øket. De ble flinkere til å utnytte de daglige rutiner til å skape en god relasjon, og utøve meningsfulle aktiviteter sammen med PMD. Personalet skapte kontinuitet i omsorgen og derved i pasientens liv. Huske-bokser i pasientens rom øket informasjonsflyt ved at personlig informasjon ble tilgjengelig for alle. Ansatte opplevde å være mer til stede i situasjonen, ble mer effektive og arbeidet derved under mindre tidspress.

Relevans: Studien viser hvordan vektlegging av omsorgen mot mer personsentrert omsorg øker ansattes evne til å være til stede i situasjonen, og fremmer evne til utøvelse av meningsfulle aktiviteter sammen med PMD. Dette vil ha relevans for å belyse problemstillingen.

4.1.3 Seeing me through my memories”: a grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in long-term care.

Cooney et al. (2014) er en engelsk kvalitativ studie med hensikt å øke forståelse og kunnskap om minnearbeid som verktøy for å bedre demensomsorgen. PMD, ansatte og familie sitt perspektiv blir studert. Resultatene viser at bruk av personsentrert omsorg hvor minnearbeid vektlegges skaper bånd mellom sykepleier og pasient. Sykepleier sin evne til å se pasienten, og sanse hans ”stemme” i omsorgen, økes. Bruk av minnearbeid, selve prosessen, fører til at de ansatte blir kjent med selve person. Dette øker de ansattes evne til å forstå og håndtere pasientens ulike symptom og adferds-problem på en god måte. PMD rapporterer om øket mulighet for sosialisering og deltagelse. Den daglige helhetlige omsorgen ble bedre. Ansatte rapporterte om øket tilfredshet med jobben. Studien illustrerer det potensialet som ligger i utøvelse av personsentrert omsorg for å øke pasientens glede og tilfredshet i hverdagen. Studien fremhever at en støttende pleiekultur bidrar til at de ansatte blir mer bevisst sin egen behandlingsadferd.

Relevans: Resultatene viser hvordan utøvelse av personsentrert omsorg vil kunne bidra til at pasientens behov trer frem, og vil ha relevans for å kunne belyse problemstillingen.

4.1.4 A qualitative study of nurses' attitudes towards and accommodations of patients' expressions of religiosity and faith in dementia care

Ødbehr et al. (2015) er en norsk kvalitativ studie med hensikt å undersøke sykepleiers holdning og tilnærming overfor demente personers religiøsitet og tro ved utøvelse av personsentrert omsorg. Religiøsitet forstås i artikkelen å være knyttet til pasientens religion, i tillegg til det spirituelle perspektivet hvor eksistensielle spørsmål og mening med tilværelse vektlegges. Det fremkommer i studien at sykepleiere har manglende kunnskap, og evne, til å møte pasienters religiøsitet. Sykepleiere slet med ambivalente følelser i situasjoner hvor de ble konfrontert med pasientens religiøsitet. Pasienters religiøsitet var sjelden eller aldri et tema som ble diskutert mellom sykepleiere på sykehjem. Det ble rapportert om gjensidig "stillhet" knyttet til spørsmål om pasientens religiøsitet blant ansatte. Mange kjente på at deres egne følelser var til hindring for at de kunne diskutere religiøsitet med pasientene. Pleiekulturen på sykehjemmet, hvor hovedfokus var rettet mot ivaretagelse av alle pasienters behov, ble nevnt som et hinder for at sykepleier gikk inn i en diskusjon med den enkelte pasient om hans religiøsitet. Sykepleiere rapporterte at de opplevde uklarhet knyttet til hvilken betydning religiøsitet har for pasientens livsoppfattelse.

Relevans: Utøvelse av personsentrert omsorg er bygget på helhetlig tenkning hvor åndelige og eksistensielle spørsmål vil være inkludert. Artikkelen vil derved ha relevans for å belyse problemstillingen ved at den synliggjør hvorvidt personalet evner å utøve personsentrert omsorg i praksis.

4.1.5 Promoting a continuation of self and normality: person-centered care as described by people with dementia, their family members and aged care staff.

Edvardsson et al., (2010) er en kvalitativ australsk studie med hensikt å undersøke hva personsentrert omsorg er ut fra PMD, deres familie og de ansattes perspektiv. Studien fremhever fem hovedkategorier som PMD mener er avgjørende for deres opplevelse av øket selvbilde og normalitet; å bli kjent med personen, inkludere familien, utøve meningsfulle aktiviteter, være i et personlig rom og oppleve fleksibilitet og kontinuitet. Ansatte mener kunnskap om pasienten må integreres i den daglige omsorgen for å øke kvaliteten av omsorgen. Å bli kjent med personen var essensielt for å kunne utøve meningsfull kommunikasjon og meningsfulle aktiviteter. Å inkludere familie ble beskrevet av de ansatte å

føre til at de evnet å skape muligheter for god samhandling via kjennskap til pasientens behov fra familiens unike kjennskap til pasienten. PMD og deres familie fremhever at personsentrert omsorg forutsetter at de ansatte er tilgjengelige, og til stede i situasjonen. Å være sammen med pasienten må prioriteres fremfor rutinemessige gjøremål. Å inkludere pasienten i rutinemessige gjøremål er viktig. Alle deltagere var enig om at lav turnover blant de ansatte var forutsetning for utvikling av tillit og god relasjon i en personsentrert omsorg.

Relevans: Artikkelen synliggjør PMD sitt perspektiv for hvordan personsentrert omsorg bør utøves for å ivareta opplevelse av normalitet og selvbilde. Personer med lett grad av demens inngår i artikkelens material. Dette strider mot inklusjonskriteriene i oppgaven, men artikkelen ble vurdert å ha relevans da det er lite empiri som synliggjør PMD sitt perspektiv. Sykdommens progredierende svikt i kognisjon og evne til kommunikasjon vil vanskeliggjøre å få dette frem ved langt fremskredet demens.

4.2 Oppsummering av forskningsartikler

Hovedfunn fra de fem artiklene viser at aktiv bruk av personsentrert omsorg hvor minnearbeid og livshistorie vektlegges synliggjøres pasienten behov i situasjonen. Ansattes evne til å skape meningsfulle aktiviteter sammen med pasienten økes. Øket tilfredshet i jobben, og øket bevisst om egen behandlingsadferd rapporteres. Aktiv opplæring i personsentrert omsorg bidrar til bevisstgjøring av personalet, og de blir bedre til å utøve meningsfulle aktiviteter. Ved utøvelse av personsentrert omsorg i praksis indikerer resultater at de ansatte er lite flinke til å tilfredsstille pasientenes psykologiske behov som tilhørighet, inklusjon og identitet. Hovedfokus er på tilfredsstillelse av behov for beskjeftigelse og komfort. Resultatene synliggjør at sykepleiere ofte er usikre, og mangler kunnskap, om hvordan imøtekomme pasientens religiøse behov. Refleksjonsgrupper ser ut til å fremme sykepleiers evne til å utøve god personsentrert omsorg. PMD fremhever som en forutsetning for at omsorgen skal føre til opplevelse av normalitet og øket selvbilde; å bli kjent med personen, inkludere familien, utøve meningsfulle aktiviteter, være i et personlig rom og oppleve fleksibilitet og kontinuitet. Tilstedeværelse av personalet, lav turnover og evne til å prioritere aktiviteter sammen med PMD fremfor gjøremål i avdelingen vektlegges.

5. Diskusjon

Jeg vil i dette kapittelet diskutere resultatene som belyser hvordan personsentrert omsorg utøves overfor personer med demens som bor på sykehjem opp mot trygghet, Kari Martinsens omsorgsteori, praktisk erfaring og relevant sykepleiefaglig teori.

5.1 Samhandling, sansning og meningsfulle øyeblikk

PMD har ofte problemer med å kommunisere sine ønsker og behov, noe som reduserer deres evne til relasjonsbygging (Rokstad, 2014, s. 38-40). Slike problemer legger grobunn for utrygghet og frustrasjon hos PMD (Solheim, 2009, s. 97). Cooney et al., (2014) viser at utøvelse av personsentrert omsorg, hvor minnearbeid vektlegges, gjør helsepersonell i stand til å se selve personen bak demenssykdommen. I henhold til Thorsen (2012, s.117) må en for å yte god omsorg, og samtidig skape og ivareta trygghet, ta ivare for mer enn selve mennesket. For å bidra til et menneskets følelse av trygghet må en forsøke å forstå og ivareta mennesket i dets gitte situasjon. For å søke frem en slik forståelse må en ta hensyn til hele personens tilværelse både før og nå. Minner blir veldig viktig. Ved kognitiv svikt vil pasienten ha problemer med selv å ivareta og finne frem slike minner (Solheim, 2015, s. 174-175). PMD kan via minnene bli hjulpet til å holde fast ved hvem de er, ivareta sin identitet, og derved ivareta sitt selvbilde. Dette vil bidra til å øket trygghet i hverdagen.

Demens medfører ekstrem tapsopplevelse. Den kognitive svikten bidrar til øket sensitivitet for negativ oppmerksomhet og øket behov for bekreftelse i hverdagen (Solheim, 2015, s. 66). Å bli sett og akseptert som den personen en er blir viktig. Dette bekreftes av Edvardsson et al., (2010) hvor PMD sier at å bli sett og hørt er avgjørende for ivaretagelse av deres selvfølelse. Dette samsvarer med nyere forskning hvor PMD fremholder viktigheten av å bli sett som person for å bevare sitt selvbilde (Heggstad, Nortvedt & Slettebø, 2013). I tidlig barndom legges grunnlag for selvbildet. Selvbilde vil være avhengig av vår selvfølelse og selvtilit. Elskes barnet som *den det er* vil dette bidra til at barnet får en opplevelse av at: Jeg er OK, og dets selvfølelse og identitet underbygges (Solheim, 2015, s. 64). For å øke PMD's selvfølelse blir det viktig å se og anerkjenne personen som den han er. Dette vil underbygge deres grunntrygghet (Segesten, 2010, s. 128). Erfaring fra praksis viser at en pasient som var glad i pianospill og fikk mulighet til å spille piano før morgenstellet, ble mer samarbeidsvillig og

positiv. Han fikk da en bekreftelse av eget selvbylde via øket selvtillit. Dette gav grobunn for fremvekst av trygghet i situasjonen. Helsepersonell som var svært løsningsorienterte og opptatt av effektivitet, sanset ikke pasientens behov i situasjonen, og hadde ofte problemer med å få gjennomført morgenstellet. Pasienten ble aggressiv, og slo etter dem. Dette viser hvordan kjennskap til pasientens livshistorie, og samtidig evne til å ha åpenhet og være sansende til stede i situasjonen, kan gi helsepersonell mulighet til å forutse negative samhandlings-situasjoner, og fremme meningsfulle øyeblikk i pasientens hverdag. Omsorgen kan tilrettelegges uten at det oppstår negativ adferd og utrygghet i situasjonen. Dette samsvarer med Martinsens tenkning, hvor hun mener at sykepleier ved å benytte sin faglige forståelse kan bearbeide sansningen og pasientens individuelle behov. Pasientens stemthet integreres i omsorgen, og omslutter pasienten med trygghet (Austgard, 2010, s. 120-124, Martinsen, 1993, s. 144-147). Dette viser hvordan selvtillit styrkes ved at et individ får bekreftelse på at en evner å prestere. Ideelt sett burde selvtillit og selvfølelse være i balanse (Solheim, 2015, s. 65). Kognitiv svikt gjør at det er vanskelig å vite hvordan PMD opplever seg selv og sitt selvbylde. Bevissthet hos personalet om ivaretagelse av både selvfølelse og selvtillit blir viktig for å ivareta tryggheten i omsorgen for PMD.

Situasjonen i avsnittet over viser hvordan en ved å inkludere pasientens behov i situasjonen, og evne å være sansende tilstede i situasjonen, vil kunne bidra til å styrke pasientens autonomi og selvbestemmelse. Pasientens selvbylde vil styrkes samtidig som maktovergrep unngås. Martinsen er opptatt av å bevisstgjøre sykepleier for faren for overtramp og maktovergrep fra sykepleiers side. Dette forutsetter at en evner å anerkjenne den andre ut fra den situasjon han er i (Brodtkorb, 2011, s.306-326). Forskning viser at selv langt ut i demensforløpet vil personen ha evne til å uttrykke egne meninger og ønsker (Heggstad, Nortvedt & Slettebø, 2013). Å underbygge pasientens evne til å få uttrykt sine egne meninger og ønsker, vil øke selvtillit og derved hans trygghet (Segesten, 2010, s. 125-126). Dette viser viktigheten av at sykepleier i utøvelse av personsentrert omsorg evner å utvise sensitivitet overfor de følelser som er knyttet til den enkelte situasjon.

Forskning viser at kvaliteten på omsorgen vil være avhengig av ansattes evne til å sanse pasienten. Det fremheves her viktigheten av at ansatte har en faglig forståelse av hva demens er, og at de velger å fokusere på pasientens ressurser fremfor begrensninger. At ansatte forsøker å *forstå* pasientens kroppsspråk i den enkelte situasjon fremheves som viktig overfor PMD (Sellevoid, Egede-Nissen, Jakobsen & Sørli, 2013). Dette samsvarer med resultater fra Wilson et al., (2013) som fremhever at helsepersonell opplever at det oppstår en gjensidighet

mellom dem og pasientene når de utøver meningsfulle aktiviteter sammen. Dette fører til at de blir mer sansende tilstede i situasjonen, deres holdning til pasienten endres. Dette kan skyldes at det etableres en indre relasjon, hvor man forstår hverandre ut fra det levde liv, og ikke ut fra den enkeltes kognitive prosesser. Sellevold et al., (2013) viser i sin studie at PMD fortsetter å være en person med følelser og moral til tross for langt fremskredet kognitiv svikt. For å yte god og trygg omsorg vil det være viktig at ansatte har bevissthet om dette. Den personsentrerte omsorgen vil da ivareta PMD sin streben etter å søke mening i sin tilværelse.

Resultater fra Cooney et al., (2014) viser at utøvelse av personsentrert omsorg førte til at PMD opplevde øket mulighet for sosialisering og deltagelse i hverdagen. Kognitiv svikt bidrar til hurtig endring i PMD adferd. Erfaring fra praksis har vist at det som betyr noe i ene øyeblikk, kan være helt glemt noen minutter seinere. Glede kan svært hurtig erstattes av fortvilelse og gråt. PMD har svekket hukommelse, men deres følelser er fremdeles bevart (Berentsen, 2008, s. 353). Å ha evne til å ”lytte til” følelsesuttrykk vil derved være viktig i all kommunikasjon med demente, spesielt for å kunne tilrettelegge for meningsfulle aktiviteter (Solheim, 2015, s. 96-97). Erfaring fra praksis har vist viktigheten av å sanse pasientens tilstand. Det som betyr noe i ene øyeblikk, kan være helt glemt noen minutter seinere. Glede kan svært hurtig erstattes av fortvilelse og gråt. Martinsens tenkning forklarer hvordan omsorgen kan fylles av trygghet ut i fra sansningens betydning i relasjonen. Det er sykepleiers evne til å utvise skjønn i den gitte pasientsituasjon, som gjør at hun åpner opp for sansningen. Åpenhet for det sanselige inntrykk skaper et etisk forhold til pasienten (Martinsen, 1993, s. 143-146). Ved at vi åpner opp, og tar inn over oss tonen med våre sanser, blir vi i stand til å fange opp det som er spesielt for pasienten i *det gitte* øyeblikket. Sansningen kan derved øke sykepleiers evne til å tilrettelegge for aktiviteter som mestres og oppleves som meningsfulle. Løgstrup fremhever viktigheten av at vi evner å både ta inn over oss pasientens stemthet, og samtidig uttrykke inntrykket på en stemt måte overfor pasienten (Martinsen, 1993, s. 146-147). Ved at ansatte klarer å fange, uttrykke og utnytte øyeblikk til meningsfull aktivitet kan hverdagen gjøres meningsfull for PMD. Selvtillit styrkes, og det legges grobunn for fremvekst av trygghet.

5.2 Tilfredshet i arbeidet og tidspress

Å ha omsorg for PMD kan være utfordrende. Deres kognitive svikt fører til svært individuelle symptomer. Varierende grad av aggressivitet og uro er vanlig (Solheim, 2015, s. 69). Den enkeltes adferd kan endres hurtig. Over tid kan dette bli krevende på grunn av oppgaven i seg selv, og at det er blitt økende fokus på effektivitet. Å yte god omsorg når en går på akkord med seg selv er svært vanskelig. Cooney et al., (2014) viser at personsentrert omsorg øker de ansattes tilfredshets med jobben. Kjennskap til pasientenes behov førte til at omsorgen kunne tilrettelegges mer til den enkelte. Pasientene ble mer tilfreds i hverdagen. Dette viser hvordan personsentrert omsorg kan redusere belastningen på helsepersonell. Wilson et al., (2013) viser at ansatte opplevde øket tilfredshet i jobben ved at de gjennom samtaler om følelse, ble gitt rom for å reflektert seg imellom om meninger og erfaringer. Dette opplevde de som et positivt bidrag til både pasientenes og egen hverdag. Resultatene indikerer at ved å opprette og legge til rette for refleksjonsgrupper kan en ivareta helsepersonell slik at deres trivsel i jobben øker, og de blir i stand til å yte god omsorg i hverdagen. Kjølrsrud (2016) understreker at bruk av refleksjonsgrupper hvor de ansatte får mulighet til å reflektere i etterkant over handlinger, vil øke ivaretagelse av det moralske ansvaret hos den enkelte helsearbeider. Hun hevder at dette vil være spesielt viktig i dagens helsevesen hvor tidspresset er stort, og det er lite tid for refleksjon i handling.

Tid er mangelvare i dagens helsevesen. Resultat fra Edvardsson et al., (2010) viser at PMD mener at utøvelse av personsentrert omsorg hvor deres normalitet og selvfølelse ivaretas krever full og hel tilstedeværelse av personalet, og at de tar seg tid i samhandlingen. Dette indikerer at dersom trygghet skal ivaretas i omsorgen må en ha tid. PMD's kognitive svikt, og symptomer dette bringer med seg, krever at en bruker god tid i samhandlinger for å ivareta personens selvfølelse og integritet (Flesjø & Flesjø, 2005). Demens rammer i henhold til Wogn-Henriksen (2012) det effektive i mennesket. Dette går på tvers av det hun kaller vårt hyperkognitive samfunn. Cooney, et al., (2014) konkluderer i sin studie med at bruk av personsentrert omsorg er et velegnet hjelpemiddel for helsepersonell til å bli kjent med pasienten og få frem deres behov, *men* det er tidkrevende. Dette går på akkord med både gjøremål i avdelingen, øvrige beboeres behov og dagens tidsklemme. Tidsnøden ble av helsepersonell betegnet som det største hinderet i å kunne utøve personsentrert omsorg. Wilson et al., (2013) viser i sin studie at bruk av personsentrert omsorg bidrar til at helsepersonell blir mer i stand til å utnytte dagligdagse situasjoner til meningsfulle aktiviteter

sammen med pasientene. Resultatene synliggjør at dersom helsepersonell er i stand til å være bevisst sin egen prioritering av gjøremål, og utnytte de situasjoner som foreligger, vil dette bidra til at den personsentrerte omsorgen kan bidra til trygghet selv i en travel hverdag. Forskning viser at i sykehjem hvor en har stort fokus på personsentrert omsorg er pasientene i større grad i stand til å utføre dagligdagse situasjoner som spising, påkledning og gå på toalettet selv (Sjøgren, Lindkvist, Sandman, Zingmark & Edvardsson, 2013). Dette vil bidra til redusert pleiebehov, noe som reduserer belastningen på helsepersonell, og tidspresset reduseres. Martinsen beskriver hvordan travelhet kan gagne pasienten ved at sykepleier er oppmerksomt nærværende og sansende tilstede i situasjonen. Sykepleier vil da kunne handle effektivt, og travelheten vil ikke gå på bekostning av god omsorg. Fremvekst av tillit og trygghet ivaretas ved at sykepleier er til stede i tiden (Martinsen, 2012, s. 124-133).

Personsentrert omsorg er basert på relasjonen mellom pasient og helsepersonell, og at pasientens behov skal vektlegges. Dette forutsetter at det foreligger god informasjonsflyt mellom helsepersonell. Cooney et al., (2014) foreslår intervensjoner som minnekort og minnebøker for å bedre informasjonsutvekslingen. Kalanowski et al., (2015) viser i sin studie at helsepersonell ved utøvelse av personsentrert omsorg baserer seg på muntlig overlevering av informasjon grunnet tidspress i hverdagen. Det påpekes at det ikke foreligger systematisk kommunikasjonssystem. Martinsen vektlegger den muntlige informasjonen fremfor den skriftlige. Hun mener at muntlig overlevering ivaretar sensitiviteten og den tause kunnskap knyttet til situasjonen på bedre måte enn skriftlig overlevering (Martinsen, 2005, s. 155). Erfaring fra praksis har vist at muntlig overlevering kan bidra til at kontinuiteten i pleien svekkes ved at det øker faren for at viktig informasjon går tapt mellom helsepersonell. Opplevelse av kontinuitet er viktig for å oppnå tillit og skape trygghet (Fugelli, 2010, s. 100). Dette samsvarer med resultater fra Edvardssen, et al., (2010) som viser at PMD opplever at den personsentrerte omsorgen underbygger selvfølelse dersom kontinuitet ivaretas. Ved manglende informasjonsutveksling vil den personsentrert omsorg lett bli fragmentert. Å tilstrebe en god informasjonsutveksling vil bidra til å effektivisere den personsentrerte omsorgen ved at en allerede har et utgangspunkt for god samhandling.

5.3 Helhetlig omsorg – ”målbarhet” og effektivitet

Willemse et al., (2015) viser i sin studie at helsepersonell i utøvelse av personsentrert omsorg har hovedfokus på å tilfredsstille pasientens behov for komfort og beskjefthet, fremfor psykologiske behov som tilhørighet, identitet og inklusjon. Manglende kunnskap om psykologiske behov og deres betydning for personer med demens kan være en medvirkende årsak til at helsepersonell fokuserer på komfort og beskjefthet. Resultater fra Wilson et al., (2013) indikerer dette. Her vises det at helsepersonells forståelse av å gi pasienten trygghet er å fremme pasientens sikkerhet altså behov for komfort. Artikkelen viser at dette er i kontrast til personsentrert omsorgs definisjon av trygghet hvor trygghet er å fremme pasientens psykologiske og fysiologiske behov, og å kunne gi sensitiv og kompetent omsorg. Dette indikerer at helsepersonell ser på trygghetsbegrepet som å være utelukkende knyttet til pasientens sikkerhet. Forskning bekrefter at helsepersonells fagkunnskap har betydning for forekomst og håndtering av utagerende adferd hos personer med demens (Thorvik, Helleberg & Hauge, 2014). Dette peker i retning av at helsepersonell vurderer pasientens behov i situasjonen ut fra sin egen referanseramme av behovstilfredstillelse, i stedet for på bakgrunn av fagkunnskap.

PMD opplever en stor tapsfølelse som følge av sin økende kognitive svikt. Resultater fra Edvardsson et al., (2010) viser at tilstedeværelse av personalet, fremfor at de benyttet tid på gjøremål i avdelingen, ble fremhevet av PMD som essensielt for opprettholdelse av selvfølelse og derved deres trygghet. Demens fører til at stadig mer av deres tidligere funksjoner forsvinner, samtidig som minner viskes ut. De mister mer og mer av seg selv og sin selvfølelse (Solheim, 2015, s. 174, Vogn Henriksen, 2014). Dette synliggjør at ivaretagelse av selvfølelse er viktig for PMD. Willemse et al., (2015) viser at pasienten opplever mest glede ved tilfredsstillelse av psykologiske behov for tilhørighet, identitet og inklusjon, fremfor behovet for komfort. I stedet for å snakke om et hierarki av behov, vil det hos demente være mer riktig å se de ulike behov som en enhet. Tilfredstillelse av *alle* de fem behovene blir da like viktig, for å kunne gi PMD opplevelse av kjærlighet og trygghet (Kitwood, 1999, s. 89-90, Solheim, 2015, 58-59). Dette viser viktigheten av at helsepersonell har en dypere forståelse, og bevissthet, for begrepet trygghet. Det er kun det vi er bevisst vi kan gjøre noe med. Erfaringer fra praksis har vist at mange helsearbeidere har hovedfokus på å tilfredsstille pasientens mer instrumentelle behov i sin personsentrerte omsorg. Hjelp til påkledning, vask, spising og toalettbesøk ble prioritert fremfor å sette seg ned, og være til

stede og derved tilfredsstillende psykologiske behov for inklusjon og identitet. Martinsen beskriver dette som gjøremålstravelhet hvor praktiske gjøremål settes i sentrum. Dette resulterer i at sykepleier ikke vil være åpen for pasientens utleverthet, og den situasjon han befinner seg i. Dette vil, i henhold til Martinsens tenkning, gå ut over sykepleiers sansning, og evne til å yte omsorg. Sykepleier blir ikke i stand til å se pasienten med et oppmerksomt blikk, og fremvekst av tillit vil være vanskelig (Martinen, 2012, s. 31). Tillit er essensielt for opplevelse av trygghet.

Helsepersonells innstilling og holdning til pasientene vil være avgjørende for hvordan oppgavene utføres. Hvordan vi ser på oss selv, andre og verden omkring oss, vil gjenspeiles i hvordan vi utøver våre handlinger, og hvilke oppgaver og behov vi prioriterer (Alvsvåg, 1997, s. 21-22). Studien til Wilson et al., (2013) og Cooney et al., (2014) viser at ved opplæring i personsentrert omsorg bevisstgjøres helsepersonell om pasientens behov og betydning for at de integreres i praksis. Til tross for dette synliggjør studien til Willemse et al., (2015) og Ødbehr et al., (2015) at helsepersonell har problemer med å integrere pasientens psykologiske og eksistensielle behov i praksis. Helsepersonellovens §4 Forsvarlighetskravet danner rettslig grunnlag for omsorg, og slår fast at den skal være basert på faglig god kunnskap og være omsorgsfull (Helsepersonelloven, 2015, Norsk sykepleieforbund, 2013). Dette innbefatter både faglig og etisk forankring, hvor det er rom for tolkning (Molven, 2014, s. 128). Ved etiske avveininger vil yrkesetiske retningslinjer være nyttig veiledning (Norsk sykepleieforbund, 2011). Omsorgsfull pleie vil derved være rettet mot helsepersonells verdigrunnlag. Faglig og etisk bevissthet hos helsepersonell blir viktig for å kunne utøve god og trygg omsorg. Hvordan vi utøver våre handlinger vil og være påvirket av samfunnets "rom" for omsorg (Ramvi, 2014, s. 159). Reformen i retning av mer New Public Management styrende rammer, har ført til at helsevesenet i dag styres etter en tankegang hvor målbare resultat og prestasjoner skal kobles direkte opp mot utgifter. Det vektlegges at det skal komme tydelig frem hvilke resultater man har oppnådd for kostnader knyttet til den enkelte tjeneste (Stamsø, 2014, 70-71). Behov for komfort som mat, klær, vask og stell samt behov for beskjefligelse er alle målbare. De føyer seg derved inn under det styringsregimet som er dominerende innen helsevesenet i dag. Samfunnet legger opp til at helsepersonell skal prioritere de resultatorienterte oppgavene fremfor "ikke målbare" gjøremål som det å dekke pasientens psykologiske behov. Alvsvåg (2010, s. 54-55) sier at det kreves engasjement og faglig bevissthet hos sykepleier for å være dannet, og samtidig kunne ivareta medmenneskeligheten i dagens helsevesen. Reflekterte og skjønnsbaserte handlinger er en

forutsetning for at pasienten opplever trygghet. Dette samsvarer med Martinsens tenkning hvor hun fremhever viktigheten av en reflektert praksis for å oppnå innsikt og klokskap i omsorgen (Martinsen, 1993, s. 12).

5.4 Egen sårbarhet -å våge å være til stede i situasjonen

Utøvelse av omsorg vil være preget av vårt menneskesyn og vårt verdigrunnlag. Vårt menneskesyn påvirkes og preges av de verdier som er styrende i samfunnet. Dagens menneskesyn er dominert av materialismen som vektlegger materielle ting og eiendeler. Behovet for å skaffe seg nye ting, effektivitet og status dominerer. Åndelige behov og lengsler undertrykkes (Schmidt, 2009, s. 23-25). Dette vil kunne påvirke sykepleiers evne til å imøtekomme eksistensielle og psykologiske behov. Dette samsvarer med resultat fra Willemsen et al., (2015) og Ødbehr et al., (2015) som indikerer at helsepersonell har problem med å integrere pasientens psykologiske og eksistensielle behov i omsorgen. Forskning viser hvordan sykepleier, dersom hun ikke erkjenner gjensidig sårbarhet overfor pasienten, vil streve med å skille mellom egne behov og pasientens behov i situasjonen. For å beskytte seg selv og sin egen sårbarhet, ser da sykepleier de emosjonelt vanskelige situasjoner ut fra hva som vil tjene deres egne psykologiske behov best. Dette vil gå ut over deres evne til å yte omsorg. Sykepleier unngår å involvere seg emosjonelt for å beskytte sin egen sårbarhet (Heaslip & Board, 2012, Ramvi, 2014, s. 159-160). Dette vil videre få konsekvenser for sykepleiers evne til å ivareta pasientens trygghet. Å våge å ta imot betroelser og være til stede med hele seg, for derved å ta del i andres lidelse er viktig. Først dersom vi våger å kjenne oss berørt vil våre hender kunne formidle trygghet (Thorsen, 2012, s. 130). Martinsen sier at forutsetning for at et tillitsforhold utvikler seg er at en våger å involvere seg (Martinsen, 2005, s. 154).

For å yte en helhetlig omsorg, som innbefatter eksistensielle spørsmål, er det viktig at sykepleier er i stand til å bruke seg selv i arbeidet, og har bevissthet omkring sin profesjon. I studien til Ødbehr et al., (2015) rapporterte en del av sykepleierne at de var bevisst på at religiøsitet er en viktig del av utøvelse av personsentrert omsorg, men allikevel unnlot de seg å snakke om eksistensielle behov med pasientene. Vår oppfattelse av hva profesjonalitet innebærer vil spille inn på vår evne og vilje til å bruke oss selv. Tidligere ble profesjonalitet assosieres med fornuft, hvor følelser var ekskludert. En ble betraktet som uprofesjonell

dersom en ble styrt av følelser. I det psyko-sosiale perspektiv anses det personlige som en essensiell kraft i den profesjonelles yrkesutøvelse (Ramvi, 2014, s. 148-149). Dette sammenfaller med ideologien bak den personsentrerte omsorgen. For å yte helhetlig omsorg er det viktig å inneha en profesjonell, men samtidig empatisk holdning til pasienten. Empati forutsetter åpenhet både mot en selv og andre, hvor evne til refleksjon over egne mangler og begrensninger fremheves. Empati er sammensatt av både intellektuell og emosjonell del, hvor det kreves at en evner å utøve refleksjon, bearbeiding og overveielse over det emosjonelle budskapet (Heidenreich, 2001). Profesjonell holdning kreve evne til et balansert forhold mellom følelsesmessig nærhet og distanse til situasjonen (Nortvedt, 2012, s. 116-118, Thoresen, 2014). En må evne å utvise forståelse for den enkelte pasient og hans situasjon. Samtidig må en våge å forholde meg til, og reflektere over, situasjoner som kan fortone seg vanskelige å forstå, men som en allikevel må respektere. Dette samsvarer med Martinsen tenkning hvor hun beskriver betydningen av å være stedfortreder som varsomt kan hjelpe andre til å finne sitt sted igjen. Hun poengterer at det må foreligge et personlig forhold mellom stedfortreder og pasient, og understreker betydningen av at sykepleier har evne til å ivareta pasientens ”sted” ved å utvise forståelse og selvinnsikt. I den sårbare motsetningen mellom fremmedhet og fortrolighet vil det da vokse frem et stedfortredende fellesskap (Martinsen, 1993, s. 152-153). Mangler evne til selvinnsikt skapes utrygghet i stedet for trygghet. Løgstrup trekker frem tillit som det grunnleggende i møte mellom mennesker. Ved å våge seg frem, utlevere seg, for deretter å bli imøtekommet oppstår tillit i relasjonen (Martinsen, 2005, s. 142-147). Dette viser viktigheten av at helsepersonell aktivt gir av seg selv i møtet med PMD. Det legges da grobunn for fremvekst av tillit og trygghet i hverdagen.

Nortvedt (2013) stiller i sin artikkel spørsmål om hvorvidt tidspress kan tvinge helsepersonell til å gjøre ting vi ellers ikke ville ha gjort. Han konkluderer med at vi i dagens samfunn er kommet til en smertegrense med hensyn på tid, hvor både det faglige og etiske grunnlaget for forsvarlige tjenester kan være truet. I resultater fra Ødbehr et al., (2015) kommer det frem at det forelå en ”stille enighet” blant personalet om at eksistensielle spørsmål ikke skulle diskuteres, dette til tross for at de visste at dette inngikk som en del av den personsentrerte omsorgen. Helsepersonell må ha bevissthet om faren for utvikling av tause kulturer hvor etiske dilemmaer, ukloke valg og respektløs oppførsel blant personalet ikke settes ord på eller problematiseres. Tause kulturer kan føre til at helsepersonell blir blindet for egen handling, og derved ikke i stand til å ivareta pasientens opplevelse av trygghet (Samuelson, 2012, s.

145). Dette viser viktigheten av at helsepersonell innehar gode fagkunnskaper, og innehar etisk bevissthet hvor kritisk tenkning og selvrefleksjon vektlegges.

6.0 Avslutning

Oppgaven belyser hvordan opplæring i personsentrert omsorg bidrar til økning i ansattes evne til å sanse pasientens behov i situasjonen. Pasientens selvbilde opprettholdes, og dette legges grobunn for fremvekst av trygghet. Behov for kunnskap og bevissthet om begrepet trygghet synliggjøres. Demens bidrar til økning i hukommelsestap og funksjonstap, men ikke følelsesmessig tap. Personens selvbilde reduseres, personens indre trygghet, grunntryggheten, trues. Ivaretagelse av selvbilde blir viktig for å skape trygghet.

Å få mulighet til delta i meningsfulle aktiviteter vil kunne bidra til ivaretagelse av selvbildet. Selv ved langt fremskredet demens vil pasienten være i stand til å foreta autonome valg i enkeltsituasjoner. Helsepersonell må ha bevissthet om det ansvar de har i å ha vilje og kunnskap til å oppdage hvilke situasjoner dette dreier seg om for den enkelte pasient. Ivaretagelse av kontinuitet i informasjonsutveksling er viktig for trygghet. Oppgaven synliggjør viktigheten av ivaretagelse av behovene identitet, inklusjon, tilknytning, beskjeftigelse og trøst i utøvelse av trygghetsskapende personsentrert omsorg for PMD. Ivaretagelse av *alle* fem behovene, samt behovet for religiøsitet, vil være viktig for å legge grobunn for fremvekst av trygghet hos PMD.

Utøvelse av personsentrert omsorg bidrar til at personen bak demenssykdommen og hans ”stemme” trer frem. Helsepersonell gis mulighet til å skape en relasjon hvor pasientens behov vektlegges. Dette krever evne til å integrere slik kunnskap i praksis, i tillegg til god kunnskap om PMD sine behov og deres betydning for trygghet. Å våge å kjenne på egen sårbarhet, og være til stede i situasjonen vil øke evnen til å *skape*, og *”fange”*, de ”Gyldne øyeblikk” i den daglige omsorgen for personer med demens. Helsepersonell må, i en travel hverdag, evne å utnytte de situasjoner som foreligger. En må evne via omsorgen, å skape gode øyeblikk, som kan gi PMD følelse av tilhørighet og samhold, til tross for deres svekkede kognitive funksjon. Omsorgen vil da omslutes av trygghet.

Referanseliste

- Alvsvåg, H. (1997). *SYKEPLEIE- mellom vitenskap og pasient*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Alvsvåg, H. (2010). *På sporet av et DANNET helsevesen. Om nære pårørende og pasienters møte med helsevesenet*. Oslo: Akribe.
- Austgard, K. (2010). *OMSORGSFILOSOFI I PRAKSIS. Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien*. Oslo: Cappelen Akademiske.
- Berentsen, D.V. (2008). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *GERIATRISK SYKEPLEIE God omsorg til den gamle pasienten* (s. 350-382). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bjørndal, A., Flottorp, S. & Klovning A. (2013). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag*. (3. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Cooney, A., Hunter, A., Murphy, K., Casey, D., Devane, D., Smyth S., Dempsey, L., Murphy, E., Jordan, F. & O'Shea, E. (2014). "Seeing me through my memories": a grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in long-term care. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 3564-3574. doi: 10.1111/jocn.12645
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D. & Nay, R. (2010). Promoting a continuation of self and normality: Person-centered care as described by people with dementia, their family members and aged care staff. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2611-2618. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03143.x
- Eide, E. & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner samhandling, konfliktløsning og etikk*. (4.utg.) Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Flesjø, H.A. & Flesjø, R. (2005). Den gyldne regel. Ønsket om å gjøre det beste for den demente styrer pleiernes handlinger. *Sykepleien*, 93(17), 70-71. doi: 10.4220/sykepleien.2005.0042

- Forsberg, C. & Wengström Y. (2013). ”Att göra systematiska litteraturstudier”. (3.utg.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Fugelli, P. (2010 a). *Døden, skal vi danse ?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Giske, T. (2014). Som ein dans- om pasientar og helsepersonell si inntoning på kvarandre i eit utgreiingsløp. I H. Alvsvåg, O. Førland & F.F. Jacobsen (Red.), *ROM for omsorg?* (s. 180-191). Bergen: Fagbokforlaget.
- Hallandvik, J.E. (2010). Måling av omsorg. Refleksjoner over et trekk i tiden. I A.J.W. Andersen, I.B. Larsen & O. Söderhamn (Red.), *Utdanning til OMSORG i fortid, nåtid og framtid* (s. 144-159). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Heaslip, V. & Board, M. (2012). Does nurses’ vulnerability affect their ability to care? *British Journal of Nursing*, 21, 912-916.
- Heggestad, A.K., Nortvedt, P. & Slettebø, Å. (2013). ”Like a prison without bars”: Dementia and experiences of dignity. *Nursing Ethics*, 20, 881-892.
- Heidenreich, K.S. (2001). Empati i lege-pasient-forholdet- teknikk eller etikk? *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 121, 1507-1511.
- Helsedirektoratet (2015). Personsentrert omsorg og miljøbehandling ved demens. Hentet 04.02.16 fra: <https://helsedirektoratet.no/demens/personsentrert-omsorg-og-miljobehandling-ved-demens>
- Helse og omsorgsdepartementet (2011). Demensplan 2015 ”Den gode dagen”. Revidert handlingsprogram for perioden 2012-2015. Hentet 04.02.16 fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/80a24704aba7477d946fee1000fcf81f/demensplan_2015.pdf
- Helsepersonelloven (2015). Lov om helsepersonell m.v av Helse og omsorgsdepartementet av 20.02.16. Hentet 20.02.16 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

- Kalanowski, A., Hitsma, V.K., Penrod, J., Hill, N & Yevchak, A. (2015). "Wish we would have known that!" Communication Breakdown Impedes Person-Centered care. *Gerontologist*, 55, 50-55. doi: <http://dx.doi.org/geront/gnv014>
- Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens – personen kommer i første række*. Fredrikshavn: Dafolo Forlag.
- Kjølsrud, E.S. (2016). I skvis mellom økonomi og etikk. *Sykepleien*, 01, 56-57.
- Knutstad, U. (2010). Pasienten i sentrum i helsetjenesten. I U. Knutstad (Red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2* (3.utg, s. 19-25).
- Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup, om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (1996). *Fenomenologi og omsorg. Tre dialoger*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, Skjønnnet og Evidensen*. Oslo: Akribe .
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe.
- Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Nortvedt, P. (2013). Per Nortvedt om nedskjæringer og nedprioriteringer av helsehjelp. Få helsearbeidere har nok tid. Hentet 20.02.16 fra: <https://sykepleien.no/etikk/2013/12/fa-helsearbeidere-har-nok-tid>
- Nortvedt, P. (2014). Er omsorg realistisk ? Vi må beholde en helsetjeneste hvor pasienten blir sett og hørt og ikke må be om omsorg. *Sykepleien*, 5, 66-67.
- Norsk sykepleieforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer. ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk sykepleieforbund. Hentet 20.02.16 fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Norsk sykepleieforbund (2013). Det du bør vite om faglig forsvarlighet. Hentet 20.02.16 fra: https://www.nsf.no/Content/1161840/3%20utgave%20faglig_forsvarlighet.pdf
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *FORSKNINGSPROSESSEN. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

- Ramvi, E. (2014). Indre og ytre rom for omsorg. I H. Alvsvåg, O. Førland, & F.F. Jacobsen, *ROM for omsorg ?* (s. 148-161). Bergen: Fagbokforlaget.
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker- innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rokstad, A.M.M. (2014). *Se hvem jeg er ! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Samuelsen, E.K. (2012). Krenkelsens mange ansikter- en vei til kjærlighetens etikk. I R. Thorsen, K.S. Mæhre & K. Martinsen (Red.), *FORTELLINGER OM ETIKK* (s. 141-160). Bergen: Fagbokforlaget.
- Schmidt, H. (2009). *HAR DU TID TIL DET, DA? Om åndelig omsorg i sykepleien*. Bergen: Folio Forlag.
- Segesten, K. (2010). Trygghet og utrygghet ved uklar og/eller alvorlig sykdom. I.U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie-Sykepleieboken 2* (3 utg., s.267-283). Oslo: Akribe A.S.
- Sellevold, 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) 263-272.
- Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P.O., Zingmark, K. & Edvardsson, D. (2013). Person-centredness and its association with resident well-being in dementia care. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2196-2206. Doi: 10.1111/jan.12085
- Solheim, K.V. (2015). *Demensguiden. Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Stamsø, M.A. (2014 a). New public management-reformer i offentlig sektor. I M.A. Stamsø (Red.), *Velferdsstaten i endring. Norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre* (2. utg., s. 67-86). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Støren, I. (2013). *BARE SØK! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm Akademiske.

- Thoresen, L. (2014). Empati-ulike forståelser. *Sykepleien Forskning*, 8(4), 362-367.
Doi:10.4220/sykepleienf.2013.0167
- Thorsen, R. (2012). Trygghet. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener og livsutfordringer*. (2.utg, s.106-131). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thorvik, K.E., Helleberg, K. & Hauge, S. (2014). God omsorg for urolige personer med demens. *Sykepleien Forskning*, 3, 236-242. doi: 10.4220/sykepleienf.2014.0140
- Willemse, B.M., Downs, M., Arnold, L., Smit, D., de Lange, J. & Pot, A.M. (2015). Staff-resident interactions in long-term care for people with dementia: the role of meeting psychological needs in achieving residents well-being. *Aging & Mental Health*, 19(5), 444-452.
- Wogn-Henriksen, K. (2012). "Du må...skape deg et liv". En kvalitativ studie om å oppleve og leve med demens basert på intervjuer med en gruppe personer med tidlig debuterende Alzheimers sykdom. (Avhandling for graden philosophiae doctor, NTNU, Psykologisk institutt, Trondheim). Hentet fra <http://ntnu.diva-portal.org/smash/get/diva2:561755/FULLTEXT01.pdf>
- Wilson, C.B., Swarbrick, C., Pilling, M. & Keady, J. (2013). The senses in practice: enhancing the quality of care for residents with dementia in care home. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 77-90. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.
- Wærnes, K. (2013). Hvilke innflytelse har humanistisk og sosiologisk omsorgstenkning og omsorgsforskning hatt på utviklingen av norske helse- og omsorgstjenester ? I H. Alvsvåg, Å Bergland & O. Førland (Red.). *NØDVENDIGE OMVEIER. En vitenskapelig analogi til Kari Martinsens 70-årsdag*. (s. 337-345). Oslo: Cappelen Damm Akademiske.
- Ødbehr, L.S., Kvigne, K., Hauge, S. & Danbolt, L.J. (2015). A qualitative study of nurses' attitudes towards and accommodations of patients' expressions of religiosity and faith in dementia care. *Journal of Advanced Nursing*, 71 (2), 359-369. doi: 10.1111/jan.12500

Vedlegg 1: Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
Willemse, B.M., Downs, M., Arnold, L., Smit, D., de Lange, J. & Pot, A.M. (2015). <i>”Staff-resident interactions in long-term care for people with dementia: the role of meeting psychological needs in achieving residents well-being”</i> .	Å utforske i hvilke grad ansatte-pasient interaksjoner fremmer eller undergraver pasientens psykologiske behov, og hvordan slike interaksjoner er forbundet med beboernes opplevelse av å ha det godt.	Kvantitativ design. Del av en større studie. ”Dementia care mapping” (DCM) ble benyttet som verktøy. En detaljert beskrivelse av antall pasient-pleier interaksjoner som enten førte til stimulering (PE) eller undergraving (PD) av pasientenes psykologiske behov ble kartlagt. Offentlig godkjent DCM-personell utførte observasjoner og kartlegging over tidsperiode på tre timer i to separate tids perioder ved 9 langtidssykehjem	Det er innhentet data fra 51 pasienter fordelt på 9 langtids sykehjem.	Totalt ble det observert 76 stimulerende helsepersonell-pasient interaksjoner og 33 undertrykkende interaksjoner. Hovedfokus hos helsepersonell var å tilfredsstille psykologiske behov som komfort og sysselsetting. Behov for tilknytning, identitet og inklusjon ble vektlagt i mindre grad. Pasientens velvære øke når psykologiske behov som tilknytning, identitet og inklusjon ble ivaretatt. Dette skjedde når pasienten ble behandlet med verdighet og respekt, ble tatt seriøst, ble gitt kompliment for hva de gjorde og når humor ble delt mellom pasient og ansatt. Økning i velvære som følge

				av tilfredstillelse av komfort var assosiert med situasjoner hvor pasienten var i negativt humør. Undertrykking av behov for komfort førte til hyppigst nedgang i pasientens opplevelse av velvære.
Wilson, C.B., Swarbrick, C., Pilling, M. & Keady, J. (2013). <i>"The senses in practice: enhancing the quality of care for residents with dementia in care home"</i> .	Hensikten med denne studien er å utvikle, levere og evaluere et treningsprogram som er basert på personsentrert omsorg med formål å fremme kvaliteten av omsorgen for personer med demens.	Kvalitativ metode, bestående av strukturerte spørreskjema og fokus gruppe intervju.	9 sessjoner ble avholdt. Mellom 5-11 ansatte var deltagende oversiktlig gjengitt i tabell. Fokuserer på ansattes perspektiv.	Opplæringsprogram basert på personsentrert omsorg testes ut via biografisk rammeverk hvor fokus er på følelser. Personalet blir mer bevisst egen kommunikasjon. Utnytter da dagligdagse situasjoner effektivt til å bli bedre kjent med pasienten. Helsearbeiders forståelse for at det som oftest ligger en årsak bak adferd økes. Personalet ble bevisst at demente er personer som har samme følelser som dem selv. bevisstgjorde personalet under skriftlig rapportering hvor de vektla beskrivelse av pasientens følelser i

				større grad.
Cooney, A., Hunter, A., Murphy, K., Casey, D., Devane, D., Smyth S., Dempsey, L., Murphy, E., Jordan, F. & O'Shea, E. (2014). <i>"Seeing me through my memories": a grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in long-term care"</i> .	Hensikten med studien er å øke forståelsen av bruk av minnearbeid som verktøy i personsentrert omsorg, og hvilke betydning dette har for kvaliteten av demensomsorg.	Kvalitativ metode. Dybdeintervju av personer med demens, pårørende, sykepleiere, assistenter og avdelingsledere ble utført i sykehjem.	Private (n=2) og offentlige (n=2) sykehjem. Totalt 38 personer intervjuet: personer med demens (n=11), pårørende (n=5), assistenter (n=10), sykepleiere (n=9) og avdelingsledere (n=3). Alder på pasientene varierte fra 70-96 år.	Resultat fra studien viser at demente har en stemme, og har mulighet til å uttrykke synspunkter. Studien poengterer at det ikke nødvendigvis er minnearbeidet i seg selv men prosessen-relasjonen, det at de gjør noe sammen som bidrar til at pasientens "stemme" kommer frem.
Ødbehr, L.S., Kvigne, K., Hauge, S. & Danbolt, L.J. (2015). <i>"A qualitative study of nurses' attitudes towards accommodations of patients' expressions of"</i>	Hensikten med studien er å undersøke sykepleiers holdning, evne til å tilpasse, forstå og inkludere pasientens uttrykk for religiøsitet og tro i demensomsorg	Kvalitativ studie bestående av fokusgruppeintervju med hermeneutisk fenomenologisk tilnærming, etterfulgt av strukturelle analyser.	To sykehjem var inkludert i studien. 8 fokusgruppeintervju med 16 sykepleier og 15 omsorgsarbeidere.	3 tema reflekterer sykepleiers holdning overfor pasienters uttrykk for religiøsitet og tro: Forlegenhet vs komfort, følelse av forlegenhet og at religiøsitet er en privat sak. Ukjent religiøs praksis vs. kjent religiøs praksis, religiøs praksis som var

<p><i>religiosity and faith in dementia care”.</i></p>	<p>en.</p>			<p>skremmende. Døds- og liv beskrevet som vansker med å snakke om døden Konklusjon er at sykepleiere var usikre og manglet kunnskap om hvordan håndtere pasienters uttrykk for religiøsitet.</p>
<p>Edvardsson, D., Fetherstonhaugh & Nay, R. (2010). <i>”Promoting a continuation of self and normality: person-centered care as described by people with dementia, their family members and aged care staff”.</i></p>	<p>Hensikt er å beskrive dementes perspektiv, familiens perspektiv og de ansattes perspektiv, på hva de mener må vektlegges for å få en god personsentrert omsorg hvor pasientens selvfølelse og normalitet fremmes</p>	<p>Studien er kvalitativ, basert på intervju og analyse.</p>	<p>37 ansatte, 11 personer med demens og 19 familiemedlemmer</p>	<p>5 punkt som utpekte seg som viktig for utøvelse av personsentrert omsorg slik at pasientens skulle oppleve øket selvfølelse og normalitet: Å kjenne personen, å ha kontakt med familie, utøve meningsfulle aktiviteter, personlig innredning på rom, å oppleve fleksibilitet og kontinuitet.</p>