



Høgskulen
på Vestlandet

EKSAMENSINNLEVERING

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

Emnekode: SYKHB3001

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 27.04.17 kl 14.00

Kandidatnr.: 549

Antall ord: 8710

En personsentrert tilnærming ved bruk av Dementia Care Mapping

English title: A person-centered approach using Dementia Care Mapping



Geriatric care. [Photography]. Retrieved from Encyclopædia Britannica ImageQuest.

http://quest.eb.com/search/132_1259660/1/132_1259660/cite

Bachelorutdanningen i sykepleie

Haugesund, April 2017

Kull 2014

Antall ord: 8710

Sammendrag

Bakgrunn: I Norge lever det 77 000 mennesker med en demenssykdom, og trolig vil antallet fordobles fram mot 2040. Dementia Care Mapping (DCM) bygger på Kitwood sin teori om personsentrert omsorg, metoden er et seriøst forsøk på å innta perspektivet til personer med demens. Ved bruk av metoden kan personalet få mer innsikt og kunnskap om den enkelte, unike personen, samt få økt kunnskap og bevissthet om egen behandleratferd.

Problemstilling: Hvordan bidra til en personsentrert omsorg ved bruk av Dementia Care Mapping?

Hensikt: Bacheloroppgavens hensikt er å gi økt kunnskap, rette fokuset mot en personsentrert omsorg ved bruk av DCM, samt øke egen kunnskap og å vekke interessen hos helsepersonell på en demensavdeling.

Metode: Litteraturstudie, der forskningsartikler og faglitteratur er brukt for å svare på problemstillingen. Forskningsartiklene er funnet i databasene CINAHL, PubMed og i Sykepleien.no.

Funn: DCM igangsetter refleksjoner og bidrar til nye måter å møte pasientene på. Feedback fra DCM kartlegging gir deltakeren et betydelig læringsløft som utvikler praksiskunnskap. I studiene fremkommer det noen forutsetninger som må være tilstede, for at implementeringen av DCM skal bidra til personsentrert omsorg. Lederens rolle, organisasjonens og personalets holdninger, underliggende kunnskap om personsentrert omsorg og DCM er faktorer som påvirker gjennomføringen av metoden.

Konklusjon: Det er noen faktorer som påvirker DCM, blant annet lederens rolle og hvilken kunnskap personalet har om personsentrert omsorg og DCM fra før av, samt må alle på avdelingen ville være med å skape en personsentrert pleiekultur. Metoden bidrar til endring av personalets holdninger, setter i gang refleksjoner hos personalet, bidrar til bedre samhandling med pasientene, samt utvikling av et felles språk. Metoden kan bidra til at personalet utøve en mer personsentrert omsorg.

Nøkkelord: Dementia Care Mapping, personsentrert omsorg, personsentrert tilnærming, demens.

Abstract

Background: In Norway, around 77,000 people live with dementia, the number is expected to double within the year of 2040. Dementia Care Mapping is based on Kitwood`s theory of person-centered care, the method is a serious attempt to adopt the perspective of a person having a dementia illness. Using this method, the staff can gain more insight and knowledge of the individual, unique person, and get a greater knowledge and awareness of their own behaviour towards the patients.

Research question: How to contribute to a person-centered care through the use of Dementia Care Mapping?

Aim: This paper intends to increase awareness and call attention to a person-centred care through the use of Dementia Care Mapping, as well as increasing my own knowledge and other health professionals who work in a dementia unit.

Method: A literature study, where research papers and other literature are used to answer the research question. Research articles are found in the databases CINAHL, PubMed and Sykepleien.no.

Findings: DCM initiate reflections and contributes to new ways to meet patients at. Feedback from DCM gives the participant a significant learning lift that develops practical knowledge. From the studies, we have learned that there are some conditions that must be present for the implementation of DCM to contribute to person centered care. The manager's role, organization and staff attitudes, underlying knowledge of person-centered care and DCM are factors that affect the implementation of the method.

Conclusion: Factors that affect DCM, is the role of the manager and the knowledge the staff has concerning person-centered care and DCM from the start, everyone in the department should participate in the creation of a person-centered care culture. The method contributes to changing staff attitudes, initiates employee reflection, contributes to better interaction with patients and developing a common language. DCM can contribute to a more person-centered care approach by the staff.

Keywords: Dementia Care Mapping, person-centered care, person-centered approach, dementia.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensning og presisering	2
1.4 Oppgavens formål	2
1.5 Oppgavens disposisjon	2
2.0 Teori.....	3
2.1 Demens	3
2.1.1 Å jobbe med personer som har demens	4
2.2 Personsentrert omsorg som sykepleiefaglig perspektiv	4
2.2.1 Personsentrert pleiekultur	5
2.2.2 Hovedelementer i en personsentrert praksis	6
2.3 Dementia Care Mapping som kartleggingsverktøy.....	7
3.0 Metode	8
3.1 Definisjon av metode.....	8
3.2 Litteraturstudie som metode	8
3.3 Kildekritikk	9
3.4 Forskningsetikk og etiske overveielser	9
3.5 Litteratursøk.....	10
3.5.1 Tabell over søkeprosessen:	11
4.0 Funn/litteratur.....	13
4.1.1 Dementia Care Mapping – en mulighet for refleksjon og utvikling	13
4.1.2 Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling	13
4.1.3 The role of leadership in the implementation of person-centred care using Dementia Care Mapping: a study in three nursing homes	14
4.1.4 Dementia care mapping: effects on residents' quality of life and challenging behavior in German nursing homes. A quasi-experimental trial.....	15
4.1.5 Implementing Dementia Care Mapping to develop person-centred care: results of a process evaluation within the Leben- QD II trial.....	15

4.1.6 Care staff training based on person-centered care and dementia care mapping, and its effects on the quality of life of nursing home residents with dementia	16
4.2 Hovedfunn.....	16
5.0 Diskusjon	17
5.1 Alle må ha kunnskap og delta i gjennomføringen	17
5.2 Dementia Care Mapping som kunnskapsløft	20
5.3 Refleksjon i felleskap	21
5.4 Bedre samhandling med pasientene	22
5.5 Et felles språk.....	23
5.6 Uklarhet rundt livskvalitet hos personer med demens	24
6.0 Konklusjon	25
7.0 Referanseliste	27
Vedlegg	32
Vedlegg I: Eksempler på kritisk vurdering.....	32
Vedlegg II: Kort presentasjon av utvalgte artikler.....	42
Vedlegg III: DCM.....	44

1.0 Introduksjon

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Satsningsområder og tiltak for Demensplan 2020 ble lansert i desember 2015. Den inneholder informasjon om satsingsområder, utredningsverktøy, tilskuddsordninger og opplærings- og veiledningsmateriell (Helsedirektoratet, 2016). Jeg leste i boken "Se hvem jeg er" av Rokstad (2014) da jeg bestemte meg for hvilket tema jeg skulle skrive om i min bacheloroppgave. Jeg bestemte meg for at jeg ville skrive om personsentrert demensomsorg, videre leste jeg om personsentrert praksis. Jeg kom da over Helsedirektoratet som hadde publisert Demensplan 2020. I Norge lever det 77 000 mennesker med en demenssykdom, og trolig vil antallet fordobles fram mot 2040 (Nasjonalforeningen for folkehelse, 2016.). Personsentrert omsorg er et sentralt tema som jeg syns er viktig at en som sykepleier har kunnskap om dersom en arbeider med mennesker med demens. Demensplan 2020 og boken "Se hvem jeg er" gav meg ideen om metodene Dementia Care Mapping, Marte Meo metoden og VIPS-rammeverk.

Personalet som arbeider på en demensavdeling har en sentral plass i og innflytelse på pasientens liv, både i positive og negativ retning. Det er nødvendig å fokusere på personalets situasjon, samt se på tiltak som kan bidra til at personalet er best mulig rustet til de oppgavene demensomsorgen krever (Rokstad, 2005, s.139). Jeg har derfor valgt å ha fokus på personalet i oppgaven. Endringen av kvaliteten på omsorgen som gis må starte med ledelsen og personalet. Da jeg var i min første praksis var jeg på en demensavdeling, jeg satt igjen med et inntrykk av at pleiepersonellet ikke var enig i hvordan en skal forholde seg til personer med demens. Å arbeide sammen med pasienter som har en demenslidelse har etter denne praksis vært spennende og interessant tema for meg, jeg vil derfor fordype meg innen personsentrert omsorg i denne oppgaven. Jeg ønsker å se nærmere på om metoden Dementia Care Mapping bidrar til en personsentrert omsorg.

1.2 Problemstilling

Hvordan bidra til en personsentrert omsorg ved bruk av Dementia Care Mapping?

1.3 Avgrensning og presisering

Oppgaven avgrenses til personell som arbeider på en demensavdeling på sykehjem, både skjermet og ikke skjermet avdeling. I oppgaven blir det ikke satt fokus på de ulike demenslidelsene, men heller forklart kort hva demens er under punktet teori. Jeg velger å ha fokus på metoden Dementia Care Mapping (DCM) i stedet for alle tre nevnte metoder, grunnet omfanget på oppgaven. Jeg ønsker å finne ut om DCM gir personalet økt innsikt i en personsentrert tilnærming, og se på ulike sider som fremmer eller hemmer bruken av DCM. Jeg vil ha fokus på begreper som personsentrert omsorg, personsentrert praksis, samt pleiekultur for å kunne belyse min problemstilling.

1.4 Oppgavens formål

Denne bacheloroppgaven har til hensikt å gi økt kunnskap og rette fokuset mot en personsentrert omsorg ved bruken av Dementia Care Mapping. Jeg ønsker å tilegne meg ny kunnskap om dette temaet som jeg synes er viktig da det er såpass mange mennesker som lider av en demenssykdom. Jeg ønsker også å sette mer fokus på DCM som kan bidra til å øke kvaliteten på omsorgen som gis. Jeg ønsker med denne oppgaven å vekke interessen hos helsepersonell som jobber på en demensavdeling.

1.5 Oppgavens disposisjon

Jeg vil først presentere aktuell og relevant teori som belyser valget av temaet. Videre kommer det en metode del og en resultat del. Under resultat punktet kommer det korte sammendrag av valgte forskningsartikler, hvor jeg videre vil drøfte artiklene og relevant litteratur. Avslutningsvis kommer det en konklusjon.

2.0 Teori

Under dette kapitlet forklarer jeg kort hva demens er. Videre blir begrepet personsentrert omsorg gjort rede for, dette er det overordne sykepleiefaglige perspektivet i oppgaven. Videre har jeg også valgt å forklare begrepene personsentrert pleiekultur og personsentrert praksis da det vil gå igjen i oppgaven. Til slutt vil Dementia Care Mapping bli presentert og forklart utdypende, da dette er metoden som blir undersøkt i oppgaven.

2.1 Demens

736 nordmenn ifølge Statistisk sentralbyrå var over 100år i januar 2012. Det er altså en syv-dobling fra midten av 1970-tallet. Pensjonsalderen er ikke lenger ”livets aften” slik det var før i tiden, da mange i denne perioden av livet så på denne tiden som et slags dødens venteværelse. Nå er pensjonistårene en periode hvor mange reiser og vier seg til hobbyer, bruker tid med familie og venner. Denne positive utviklingen som har gjort pensjonistårene til en tid for spennende opplevelser og selvrealisering, har også gjort demens til den nye folkesykdommen. Grunnen er at risikoen for utvikling av demens øker jo eldre en blir, og at den øker dramatisk fra 70 årsalderen (Henningstad & Haustadnes, 2013, s.31-32).

Demens er en ervervet hjerneorganisk sykdom, og forekommer vanligvis hos eldre. Demens kjennetegnes av svekket mental kapasitet og fører til sviktet i en rekke psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, språk, lære- og tenkeevne, dette fører til at evnen til å leve selvstendig påvirkes. Sykdommen er også preget av psykiatriske symptomer og endret atferd. Denne sykdommen er kronisk og forverrer seg oftest over tid (Ulstein, 2012, s.295). I følge Ulstein (2012, s.296) har de fleste pasienter med demens av Alzheimers type, vaskulær demens eller en kombinasjon av disse. Andre demenssykdommer er degenerativ Lewy-legeme demens og pannelappsdemens. Pasienter med andre sykdommer kan også utvikle kognitiv svikt og demens som en del av sykdomsbildet. Eksempel på dette er Parkinsons sykdom, amyotrof lateral sklerose (ALS) og multippel sklerose (MS). Alvorlige hodeskader og hjerneskader etter hjertestans med langevarlig oksygenmangel til hjernen, samt alkoholmisbruk gjennom mange år og hjernesvulst kan også føre til demens (Ulstein, 2012, s.296).

2.1.1 Å jobbe med personer som har demens

Å være tålmodig, ha klokskap og empati er nødvendig for å bygge opp den tilliten og tryggheten som er avgjørende overfor personen med demens og pårørende. Det er også viktig at en har velutviklet etisk sans for å kunne vite hvor grensene går, slik at du ikke krenker en syk persons integritet. Å jobbe med mennesker som har en demenssykdom er det også viktig at du er nysgjerrig, kreativ og har en evne til å løse gåter, da kan en finne ut av årsaken til reaksjoner som personer med demens kan ha. En må selvfølgelig også være faglig kompetent, med kunnskap om demens og de forskjellige utslagene demens kan gi (Henningstad & Haustadnes, 2013, 89-90).

2.2 Personsentrert omsorg som sykepleiefaglig perspektiv

Personsentrert omsorg har sine røtter fra arbeidet med klientsentrert terapi til Carl Roger. Det var Tom Kitwood, grunnleggeren av Bradford Dementia Group, som først brukte begrepet personsentrert i sammenheng med mennesker med demens. Tom Kitwood hadde med ingen tvil stor innflytelse på utviklingen av grunnlaget som personsentrert omsorg bygger på (Brooker, 2013, s.10-11). Personsentrert omsorg er et begrep som kommer frem i mange sammenhenger relatert til helse- og omsorgstjenester. Det er flere betegnelser brukt i tillegg til personsentrert, som for eksempel pasientsentrert, klientsentrert eller individualisert omsorg. Personsentrert omsorg knyttes i noen fagmiljø til tiltakspakker eller metoder for demensarbeid som livshistoriearbeid eller sansestimulering, i andre sammenhenger beskrives begrepet som fenomenologisk tilnærming og en innfallsvinkel i kommunikasjon (Rokstad, 2014, s.22). Brooker ble bedt om å skrive en oversiktsartikkel om personsentrert omsorg. Det som slo han da han gikk gjennom litteraturen, var at det ikke var noe skikkelig definisjon på begrepet, selv da det ofte brukes. Her er definisjonen Brooker kom frem til:

1. Verdsette personer med demens og pleierne som har omsorg for dem – rettigheter og krav skal ivaretas uavhengig av alder eller kognitiv funksjon.
2. Behandle personer som enkeltindivider – alle personer med demens har en unik bakgrunn og personlighet, unike fysiske og mentale evner samt unike sosiale og økonomiske ressurser. Disse faktorene påvirker hvordan de reagere på nevrologisk svekkelse.
3. Forstå verden fra perspektivet til personer med demens – den enkeltes erfaringer har sin egen psykologiske verdi, personer med demens handler og oppfører seg ut ifra

dette perspektivet, og har en empatisk tilnærming til dette perspektivet utgjør et terapeutisk potensial.

4. Erkjenne at all menneskelig atferd, også atferd hos personer med demens, har sitt grunnlag i mellommenneskelige relasjoner, og at personer med demens har behov for et berikende sosialt miljø som både kompenserer for svakhetene deres og gir muligheten for personlig vekst.

(Brooker, 2013, s. 9).

2.2.1 Personsentrert pleiekultur

Som sykepleier skal en ikke bare yte omsorg for den enkelte pasient, men en skal også forholde seg til hvordan tilbudet er på avdelingen, og å ta ansvar for å forbedre dette tilbudet der det er påkrevet. Dette henger sammen med kravet om kvalitetsutvikling og om sykepleierens ansvar for å lede sykepleiertjenesten. Et slikt lederskap utøves i et faglig og kulturelt felleskap som av mange kalles pleiekultur (Jakobsen, 2005, s.69). Hva ligger egentlig i ordet pleiekultur? I følge Hamran (1992) kan pleiekulturen forstås som de tradisjonelle verdiene og normene innenfor pleie- og omsorgsarbeid, og i tillegg som sammenheng mellom disse verdiene og organiseringen av arbeidet (Sitert i Jakobsen, 2005, s.70). Pleiekulturen bygger på en annerledes erfaring som har vokst frem gjennom en meget lang yrkestradisjon. Kulturen blir oversett og sett på som usynlig, også selv av enkelte representanter for yrkesgruppen (Hamran, 1992, s. 169). Kulturen kan både være nyttig og problematisk. Den er nyttig fordi den sparer oss fra å tenke helt fra begynnelsen, fordi en har skapt sosiale rammer som gir trygghet. Kulturen har betydning for det å bygge tradisjoner, dette er viktig for der i blant yrkesidentitet og opplevelsen av tilhørighet. På den andre siden kan kulturen være problematisk. Kulturen på en avdeling er preget av rituelle atferdsmønstre som begrunner seg selv og som ikke henger sammen med virksomhetens hensikt. Dette fører ofte til at den bremser nødvendig fornyelser (Jakobsen, 2005, s.76-77).

I følge Kitwood representerer hver kultur en form for tilpasning til omgivelsen og stabiliseres gjennom en slags evolusjonsprosess (Kitwood, 2003, s.142). Kitwood beskrev skiftet fra den gamle til den nye pleiekulturen i forbindelse med omsorgstjenester for personer med demens. Mange av punktene som Kitwood drøfter som en del av den nye kulturen, er også blitt en del av personsentrert omsorg (Sitert i Brooker, 2013, s.14). Følgende elementer omfatter den nye pleiekulturen:

- Arbeid med demensomsorg ses på som kreativ og dynamisk prosess, ikke et ufaglært arbeid som ingen vil ha.
- Demens ses på som uførhet man kan leve med, ikke en sykdomsprosess som skal håndteres.
- Personer med demens og de som har den daglige omsorgen for dem, besitter en ekspertise som er vel så viktig som hjerneforskning.
- Alle mennesker er like verdt, uansett kognitiv funksjon.
- Målet med omsorgsarbeid er å bevare personverdt og anerkjenne det unike og individuelle hos alle mennesker, uansett diagnose.
- Atferdsproblemer ses først og fremst på som forsøk på kommunikasjon.

(Brooker, 2013, s.14-15).

2.2.2 Hovedelementer i en personsentrert praksis

Personsentrert omsorg som begrep er kjent for å være utfordrende å utøve i praksis. Dette kan være av mange ulike årsaker og er ofte en indikasjon på sammenhengen av omsorgen som blir gitt, samt det faktumet at vi lever i en tid med konstante forandringer (McCormack & McCance, 2010, s. 1). I arbeid med å utvikle en personsentrert praksis utviklet McCormack og McCance (2006) et rammeverk for personsentrert sykepleiepraksis. De fire hovedelementene består av:

1. Fokus på personalets forutsetninger og ferdigheter.
2. Omsorgsmiljøet.
3. Pasientfokus.
4. Evaluering.

Under punkt 1 legger de vekt på at personalet er den viktigste forutsetningen for at personer med demens skal få et godt behandlingstilbud. Dette handler i stor grad om personalets fagkompetanse. Hva kan personalet om demens, miljøbehandling og personsentrert omsorg? Punkt 2 omhandler det å utvikle en kultur for personsentrert omsorg. Det er da viktig at personalet går sammen om samhandling som likeverdige der nødvendig støtte er tilgjengelig. Videre i punkt 3 blir det lagt vekt på pasientens syn og verdigheter for å oppnå en personsentrert omsorg. Ved å ha fokus på begrepet brukermedvirkning kan en endre gammel praksis hvor tradisjonelt omsorgsmiljøet er preget av at fagpersoner bevisst eller ubevisst mener hva som er best for pasientene. Til slutt i punkt fire må en velge metoder som kan fange opp de endringene som en ønsker for å oppnå personsentrert omsorg (Sitert i Rokstad,

2014, 84-85). En slik metode for å oppnå personsentrert omsorg kan være Dementia Care Mapping (Rokstad, 2014, s.86).

2.3 Dementia Care Mapping som kartleggingsverktøy

Utøving av en god demensomsorg er en krevende oppgave. Det settes store faglige krav til personalet, der blant en skal ha en god relasjonell kompetanse/samhandlingskompetanse, men også kunnskap og innsikt i hvordan egen atferd i behandling kan påvirke kvaliteten på omsorgen som gis. Bruk av Dementia Care Mapping fører til økt kunnskap om hvordan personer med demens opplever omgivelsene og kontakt med andre. Ved bruk av metoden kan personalet få mer innsikt og kunnskap om den enkelte, unike personen, samt får en økt kunnskap og bevissthet om egen behandleratferd (Solheim, 2015, s.251). DCM ble opprinnelig utviklet av Tom Kitwood og hans kollega Kathleen Bredin tidlig på 1990-tallet. Metoden er blitt revidert og videreutviklet opp gjennom årene, nå i sin åttende utgave (Sitert i Rokstad, 2014, s.86). DCM er en systematisk kartlegging av grad av velvære hos personer med demens gjennom koding av humør, atferd og aktivitet samt engasjement. Denne kodingen gjøres hvert femte minutt i en periode på fire til seks timer. Det gjøres også observasjoner og beskrivelser av eksempler på positive og negative omsorgspraksis i samhandlingen mellom personalet og pasientene (Mjørud, Røsvik, Rokstad, Munch & Røen, 2016). Atferd/aktivitet blir også kodet, det kodes med bokstaver etter en liste med 23 atferdskategorier, dette foregår i samme tidsramme som koden for humør og engasjement fastsettes (Rokstad, 2014, s.88). Metoden er et seriøst forsøk på innta perspektivet til personer med demens ved å bruke en kombinasjon av empati og observasjonsdyktighet. Observasjonene foregår i offentlige rom, ikke på badet eller pasientrommet (Rokstad, 2014, s.86-87). Når DCM- observasjoner gjennomføres regelmessig bidrar dette til at en personsentrert omsorgskultur utvikles og dessuten opprettholdes (Mjørud et al., 2016). For å kunne bruke metoden kreves det sertifisering gjennom tre dagers standardisert kurs med eksamen (Rokstad, 2012a, s.135). Dette kartleggingsverktøyet bygger altså på Kitwood sin teori om personsentrert omsorg og pleiekultur (Solheim, 2015, s.251). Se vedlegg III for eksempel på DCM.

3.0 Metode

3.1 Definisjon av metode

Sosiologen Vilhelm Aubert blir sitert i mange sammenhenger der det er spørsmål om hva metode er. Aubert formulerer det slikt: *En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og kommer frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metode* (1985, s.196) (Sitert i Dalland, 2012, s.111).

Metode er det redskapet vi bruker får å finne ut av noe. Metode hjelper oss til å samle inn data, den informasjonen vi trenger til undersøkelsen. De kvantitative metodene har den fordel at den gir data i form av målbare enheter, eksempelvis kan en finne gjennomsnittlig inntekt i befolkningen eller hvor stor prosent av befolkningen som er avhengig av sosialhjelp. De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som lar seg tallfeste eller måle. Begge metodene bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av samfunnet vi lever i, samt hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2012, s.112). Dersom en undersøkelse skal regnes som forskning, må forskeren ha fulgt godkjente regler som er knyttet til bruk av anerkjente metoder (Dalland, 2012, s.113). En oversiktsartikkel er en systematisk oversikt der forfatteren har brukt en systematisk og åpen framgangsmåte for å finne, vurdere og oppsummere flere enkeltstudier om samme emne. I oversiktsartikler kan en finne den beste forskningsbaserte kunnskapen lettere tilgjengelig, men en kan også få et skjevt bilde av tilgjengelig forskning dersom forfatterne ikke har søkt bredt nok etter litteratur, eller dersom den oppsummerte studien kun støtter ett bestemt syn (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Norheim & Reinart, 2012, s.135). I praksis kan gullstandarden være vanskelig å oppfylle, slik at undersøkelser som ikke tilfredsstillende punktene kalles ofte for kvasieksperimenter. Kvasieksperimenter er ikke like sterkt design for å påvise årsakssammenhenger, men det er av stor betydning for forskning på effekten av intervensjoner (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s.219).

3.2 Litteraturstudie som metode

I sykepleierutdanningen er det vanlig å gjøre systematiske litteratursøk, både når en skriver prosjektoppgaver og bacheloroppgaver (Christoffersen et al., 2015, s.62). I en litteraturstudie er det altså litteraturen en studerer. Materialet som brukes i en litteraturstudie er allerede eksisterende kunnskap som er presentert i artikler, som en henter ved å søke i databaser (Støren, 2013, 16-17). Magnus og Bakketeig (2002) påpeker at ved litteraturstudie skaper en ikke noe nye kunnskap, men nye erkjennelser kan komme frem når en sammenstiller

kunnskap fra ulike artikler (Sitert i Støren, 2013, s.17). Litteraturstudie er særlig nyttig i arbeid fordi en skaffer seg en oversikt over den kunnskapen din fremtidige yrkesgruppe er opptatt av, studiet kan også være det første leddet i et forskningsprosjekt. Litteraturstudien er altså en systematisering av kunnskapen (Støren, 2013, s.17).

En systematisk litteraturgjennomgang har som mål å oppnå en syntese av data fra tidligere gjennomførte studier (Forsberg & Wengström, 2013, s.30). En forutsetning for å kunne gjennomføre et systematisk litteraturstudie er at det finnes tilstrekkelig med antall studier av god kvalitet som kan underbygge problemstillingen (Forsberg & Wengström, 2013, s.26). Når jeg skulle velge tema som oppgaven skulle handle om og så videre problemstillingen, undersøkte jeg først at det var gjort nok studier jeg kunne bygge oppgaven på.

3.3 Kildekritikk

I følge Dalland (2012) er kildekritikk de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann (Dalland, 2012, s.67). Alt som kan bidra til oppgaven, er en kilde. Det stilles krav til hvordan en søker etter kilder, vurderer dem, gjør rede for dem, samt hvordan en bruker dem (Dalland, 2012, s.63). Som student er bibliotekarene sentrale ressurser i dette arbeidet. I bibliotekbasen BIBSYS registreres bøker og tidsskrifter som eies av norske universitet, høyskoler, helseforetak og forskningsinstitusjoner (Dalland, 2012, s.64-65). Jeg har i denne oppgaven utnyttet bibliotekets ressurser for å bygge opp innholdet i oppgaven og fått god hjelp i søket. Jeg har brukt primærkilder så langt det har latt seg gjøre, samt ikke brukt forskningsartikler eldre enn 10år. Litteratur som er eldre enn 10år er kun brukt for å kunne underbygge påstander som blir representert i oppgaven og i tilfeller hvor jeg har valgt å gå til primærkilden. Litteratur hvor Anne Marie Mork Rokstad er forfatter er brukt mye i oppgaven, da hun er sertifisert til å undervise i DCM og har dermed mye erfaring. Dalland (2012) påpeker at kildens kvalitet handler hvilken type kilde det er, det vil si hvor troverdig (gyldig) den er og hvilken ekthet (holdbarhet) den har (Dalland, 2012, s.74). Eksempler på kildekritikk er lagt som vedlegg, se vedlegg I.

3.4 Forskningsetikk og etiske overveielser

Etikken dreier seg om normene for riktig og god livsførsel. Dersom en blir stilt overfor vanskelige avgjørelser i livet skal etikken gi oss veiledning og grunnlag for vurderinger før vi handler. Forskningsetikk er et område av etikken som har med planlegging, gjennomføring og

rapportering av forskning å gjøre. Det handler om å ivareta personvernet og sikre troverdighet av resultatet av forskningen (Dalland, 2012, s.96). Jeg har vært nøye med å bruke forskningsartikler som er blitt godkjent av forskningsetiske komiteer, dette har særlig vært viktig siden pasientene har diagnosen demens og ikke alle har samtykkekompetanse. I følge Dalland (2012) betyr plagiat at en utgir andres arbeid som om det er ditt eget (Dalland, 2012, s.80). Videre påpeker Dalland (2012) at ved å referere korrekt, oppfyller en de akademiske verdiene som åpenhet, etterprøvbarehet, vitenskapelige redelighet og kritisk diskusjon. Dessuten er det viktig at en er nøye med kildehenvisninger, for da kan en ikke bli beskyldt for plagiat (Dalland, 2012, s.84). Som hovedregel skal en også alltid gå til primærkilden (Dalland, 2012, s.86). Jeg har fulgt APA standarden etter Høgskolenes retningslinjer når jeg har kildehenvist.

3.5 Litteratursøk

Anskaffelse av litteratur til oppgaven kan gjøres ved å søke manuelt og skal gjøres ved å søke i databaser. Begge metodene brukes i oppgavearbeidet (Thidemann, 2015, s.83). Jeg har hovedsakelig brukt databasene CINAHL og PubMed når jeg har søkt etter forskning. Det er også inkludert to forskninger fra Sykepleien.no. Jeg har valgt forskning som både er gjort i norske sykehjem og sykehjem i utlandet, noe som jeg ser på som en styrke i besvarelsen av problemstillingen. Jeg valgte å bruke søkeord som Dementia Care Mapping + Person-centred + Effect + Considerations + Nursing home + Quality of life. Disse søkeordene brukte jeg i ulike kombinasjoner og rekkefølger. Jeg har også funnet relevant forskning når jeg har gått gjennom referanselister fra artikler og bøker jeg har funnet, samt har jeg søkt på biblioteket sin søkebase. Når jeg søkte etter forskning hadde jeg krav om at de ikke skulle være eldre enn 10år. Den eldste forskningen jeg har inkludert er fra 2011 og den nyeste er fra 2017. Se vedlegg II for en kort prestasjon over artiklene som er inkludert i oppgaven. Under kommer det en detaljert oversikt over søkeprosessen min.

3.5.1 Tabell over søkeprosessen:

Database	Søk	Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Leste artikler	Utvalgte artikler	Valgte artikler
CINAHL	1	"Dementia Care Mapping" AND "Nursing home"	2007-2017	19	8	2	Implementing Dementia Care Mapping to develop person-centred care: results of process evolution within the Leben-QD II trial (Quasdorf et al., 2017) The role of leadership in the implementation of person-centred care using Dementia Care Mapping: a study in three nursing homes (Rokstad, Vatne, Engedal & Selbæk, 2015)
	2	"Person centered" AND "Effect"		39	1	0	
	3	" Person centered" AND "Effect" AND "Dementia"		22	1	0	
	4	" Dementia Care Mapping" AND "Person centred care"	2007-2017	11	2	0	
PubMed	5	"Dementia Care		2	1	0	

		Mapping” AND ”Considerations”					
	6	”Dementia Care Mapping” AND ”Effect”		29	4	1	Dementia care mapping: effects on residents quality of life and challenging behavior in German nursing homes. A quasi-experimental trial (Dichter et al., 2015)
	7	”Dementia Care Mapping” AND ”Quality of life”	2007-2017	33	3	1	Care staff training based on person-centered care and dementia care mapping, and its effects on the quality of life of nursing home residents with dementia (Yasuda & Sakakibara, 2016)
Sykepleien	8	”Dementia Care Mapping”	Forskning	10	2	1	Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekultur i en sykehjemsavdeling (Jøranson & Hauge, 2011)
Sykepleien	9	”Dementia Care Mapping”	Forskning	10	2	1	Dementia Care Mapping – en mulighet for refleksjon og utvikling (Rokstad & Vatne, 2011)

4.0 Funn/litteratur

4.1.1 Dementia Care Mapping – en mulighet for refleksjon og utvikling

(Rokstad & Vatne, 2011)

Funnene påpeker at alle hadde tanker om hvilken grad DCM-prosessen hadde igangsatt refleksjoner hos dem. Personalet gav uttrykk for at de hadde behov for å bli sett og anerkjent som utøver av en komplisert praksis. Det ble også sagt at det å verdsette pasientene krever at man selv blir verdsatt. Personalet påpekte også nytten og opplevelsen av positiv utvikling på tilbakemeldingene, da flere gav uttrykk for at dette gav de en bekreftelse på seg selv. Noe som igjen gav dem økt trygghet for senere valg og prioritering, samt bevissthet på pasientens tempo og rytme. Det ble en endring i forhold til samhandling med pasienten. Personalet gav uttrykk for behov for å avsette tid til å dele tilbakemeldingene og reflektere i felleskap. Gjennom samlinger fikk personalet som ikke hadde deltatt i DCM-prosessen også blitt litt involvert i prosessen. Men dersom en skal vektlegge praksisutvikling er det nødvendig at alle ansatte deltar slik at alle oppnår den samme innsikten. I studiet legges det frem en usikkerhet om DCM vil ha samme potensial for positiv utvikling i et pleiemiljø der destruktiv samhandling forekommer hyppig. Forutsetninger for en positiv utvikling i en kompleks praksis slik som demensomsorg er sammensatt. Derfor vil ikke DCM alene være svaret på denne utfordringen. Ved å ha kjennskap til og aksept til metodens verdi grunnlag om personsentrert omsorg vil trolig være en forutsetning for positiv utvikling av praksis (Rokstad & Vatne, 2011).

4.1.2 Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling

(Jøranson & Hauge, 2011)

Prosjektgruppen i studiet beskrev økt bevisstgjøring på hvordan de utøver sin daglig omsorg, samt hvordan deres handlinger eller mangel på handlinger påvirker pasientens opplevelser. Tilbakemeldingen ble beskrevet som et læringsløft. Gjennom DCM-tilbakemelding opplevde prosjektgruppen en forsterkning av pasientfokusert, dette ble uttrykt som følgende: *”Jeg er helt overbevist om at det gjør noe med min måte å være sammen med pasientene på. Jeg er blitt enda tryggere i min rolle og ser kanskje enda mer det individuelle i hver pasient”*. Det kommer også frem at prosjektgruppen erfarte små endringer som gav positive effekter. DCM tydeliggjorde viktigheten av at hvert enkeltmenneske får en form for positiv oppmerksomhet. Ikke desto mindre kommer det frem at prosjektgruppen hadde en samlet stolthet og trygghet,

samt et bedre samhold etter prosjektet. Prosjektgruppen utviklet et ”stammespråk”, de beskrev en fin flyt i arbeidsfellesskapet. Prosjektgruppen syntes det var vanskelig å arbeide med den andre gruppen som ikke deltok i DCM-prosjektet. Arbeidsgruppen kjente til personsentrert omsorg, fordi deres avdelingsleder gjennom flere år har jobbet med utvikling av personsentrert omsorg i hele personalgruppen. Arbeidsgruppen følte de lærte noe gjennom avdelingsleder som videreformidlet kunnskap fra prosjektgruppens DCM-kartlegging. Midlertidig kommer det frem at arbeidsgruppen hadde en opplevelse av mangel på profesjonell faglig verdsetting. Denne gruppen fikk samlet sett ikke den samme personlige dybdekunnskapen om personsentrert omsorg.

DCM-kartlegging som læringsprosess for utvikle personsentrert omsorg synes å gi et positivt og langvarig læringsløft for de ansatte som har deltatt. Når bare noen av de ansatte deltar i et slikt prosjekt ser det ut til at det oppstår en skjev gruppekultur. En god fagutvikling bør derfor inkludere alle ansatte, dersom en ønsker en endring i pleiekulturen (Jøranson & Hauge, 2011).

4.1.3 The role of leadership in the implementation of person-centred care using Dementia Care Mapping: a study in three nursing homes

(Rokstad, Vatne, Engedal & Selbæk, 2015)

De ulike rollene til lederne i de tre ulike sykehjemmene ble karakterisert som ”svært profesjonell, ”markedsrettet” eller ”tradisjonell”. Resultatene i studiet hadde store forskjeller i ledelsen i de tre ulike sykehjemmene som deltok. På sykehjem C fikk de ansatte kun støtte dersom de ba om det, på sykehjem B fikk ikke de ansatte noe direkte støtte av ledelsen og på sykehjem A fikk de ansatte støtte gjennom hele prosjektet. Det var kun sykehjem A som klarte å implementere en personsentrert omsorg og praksis, de to andre sykehjemmene ble mer klar over hva personsentret omsorg er. Disse forskjellene ser ut til å påvirke gjennomføringen av personsentrert demensomsorg, selv om DCM metoden var den samme på alle sykehjemmene. Studiet gir nyttig informasjon om påvirkningen som lederskap har i gjennomføringen av personsentrert omsorg i sykehjem. Lederne bør være aktive rollemodeller, forklare visjonen og samt inkludere og styrke alle ansatte i den faglige utviklingsprosessen. Det kommer også frem i studiet at en leder bør ta en aktiv del i omsorgs praksisen, dersom dette ikke er mulig bør lederen delegere ansvaret til en ansatt med kompetanse (Rokstad et al., 2015).

4.1.4 Dementia care mapping: effects on residents' quality of life and challenging behavior in German nursing homes. A quasi-experimental trial

(Dichter et al., 2015)

Til tross for studiets begrensninger, viser resultatene i studiet at DCM metoden hadde ingen statistisk signifikant effekt på livskvalitet eller utfordrende atferd hos personer med demens. Ved sammenligning av tidligere studier som er gjort, kommer det frem i dette studiet at en hypotese kan være at sannsynligheten for at effekten av DCM øker dersom deltagerne får støtte. Videre kommer det frem i resultatene at metoden har ingen effekt etter en lengre evalueringssperiode på 18 måneder, uavhengig om avdelingene hadde tidligere erfaring med DCM (Dichter et al., 2015).

4.1.5 Implementing Dementia Care Mapping to develop person-centred care: results of a process evaluation within the Leben- QD II trial

(Quasdorf et al., 2017)

Sykepleierne som deltok i studiet innså at prosessen med å gjennomføre DCM var kompleks. Gruppe A hadde brukt DCM i hele to år før studiet startet, mens gruppe B hadde ingen erfaring med bruken av DCM. Gruppe A hadde ingen fordeler over gruppe B i gjennomføringen av DCM. Dette funnet indikerer at nøye planlegging og struktur er nødvendig for en vellykket gjennomføring. Gjennomføringen var suksessfull i 4 av sykehjemmene, mens de 2 andre hadde avvik i gjennomføringen. Alle tre sykehjemmene i gruppe C gikk vekk fra pre-planlagte intervensjonen.

Mange ulike faktorer påvirker gjennomføringen av DCM. En av dem er organisasjonen, som er nødt til å være stabil og velfungerende med åpen kommunikasjonsstruktur, samt flat hierarkier. En annen viktig faktor er at sykehjemmet er kjent med personsentrert omsorg og må være åpen for endringer. Dersom disse forutsetningene mangler er det nødvendig å implementere det før gjennomføringen av DCM. Videre er også holdningene til personene som deltar i implementeringsprosessen viktig, deres holdninger til DCM og deres underliggende normer og verdier bør være positive (Quasdorf et al., 2017).

4.1.6 Care staff training based on person-centered care and dementia care mapping, and its effects on the quality of life of nursing home residents with dementia

(Yasuda & Sakakibara, 2016)

Undervisning av personalet ble utført basert på personsentrert omsorg og DCM, før og etter undervisningen ble effekten av personalopplæring vurdert ved bruk av DCM tre ganger: to ganger før intervensjonen og en gang etter intervensjonen. Når en sammenligner de tre målingene var det observert en signifikant økning i velværet hos pasientene med demens fra den første og andre måling, til den tredje målingen etter personalopplæring. Det var ingen signifikante forskjeller mellom den første og andre målingen. Endringen av atferd var signifikant høyere i tredje måling i forhold til den første målingen. Disse funnene tyder på at opplæringen kan bidra til en forbedring i allmenntilstand til personer med demens. Funnene peker på at pedagogisk intervensjon og opplæring av personsentrert omsorg og DCM kan bidra til forbedring i omsorgen som gis til beboerne og deres livskvalitet (Yasuda & Sakakibara, 2016).

4.2 Hovedfunn

Hovedfunnene i de seks artiklene jeg har valgt meg, er der i blant at DCM setter i gang refleksjoner over egen praksis og bidrar til nye måter å møte pasientene på. Tilbakemelding bidrar til økt bevisstgjøring, selvrefleksjoner og refleksjoner i felleskap. Videre kommer det frem i et av studiene at feedback fra DCM kartlegging gir deltakerne et betydelig læringsløft som utviklet praksiskunnskap. Læringsprosessen der DCM kartlegging ble brukt som verktøy for utvikle personsentrert omsorg, kan se ut til å gi en positiv og langvarig læringsløft for ansatte som deltar. Et annet funn er at de ulike rollene til lederne påvirker gjennomføringen av personsentrert omsorg, det er viktig at en leder opptre som en aktiv rollemodell, forklarer visjonen, samt inkluderer og styrker alle ansatte i en faglig utviklingsprosess. Andre faktorer som påvirker gjennomføringen av DCM er organisasjonens og personalets holdninger, samt deres underliggende normer og verdier. Et annet funn var at pedagogisk intervensjon og opplæring av personsentrert omsorg, samt DCM bidrar til forbedring av omsorgen som gis til beboerne og ikke minst deres livskvalitet. DCM metoden har antakeligvis ikke noe effekt dersom forskningsteamet ikke støtter opp under deltakerne.

5.0 Diskusjon

I dette kapittelet skal jeg drøfte funnene i de seks valgte artiklene opp mot relevant litteratur, for å finne svar på problemstillingen: *Hvordan bidra til en personsentrert omsorg ved bruk av Dementia Care Mapping?* Ut i fra valgte artikler kommer jeg frem til noen aktuelle temaer som kan bidra til å svare på problemstillingen min, disse er:

- Alle må ha kunnskap og delta i gjennomføringen
- DCM som kunnskapsløft
- Refleksjon i felleskap
- Bedre samhandling med pasientene
- Et felles språk
- Uklarhet rundt livskvalitet hos personer med demens

5.1 Alle må ha kunnskap og delta i gjennomføringen

Funnene i artiklene tyder på at det er noen forutsetninger som må være tilstede, for at implementeringen av DCM skal påvirke kvaliteten på omsorgen som gis av personalet. Under drøfter jeg de ulike faktorene som hemmer og fremmer bruken av DCM, samt de faktorene som må være tilstede for at en skal utøve personsentrert omsorg i praksis.

Personsentrert omsorg omhandler å verdsette alle mennesker, dette i seg selv kan være en reise (Brooker, 2013, s.27). Verdsetting av mennesker må begynne øverst i organisasjonen. Det å verdsette alle mennesker likt, uansett alder og kognitiv funksjon er en stor utfordring. Dersom ikke organisasjonens eller stiftelsens styre bruker dette som utgangspunkt når det tas beslutninger, blir det umulig å gjennomføre det når det kommer til stykket. Om en slik verdsetting tas med i visjonen eller formålserklæringen, betyr det at organisasjonen offentliggjør retningslinjene sine om å fremme personer med demens sine rettigheter (Brooker, 2013, s.28). Dette kommer også frem i studiet til Quasdorf et al. (2017). DCM vil være vanskelig å implementere dersom personalet ikke er kjent med personsentrert omsorg og ikke er åpen for endringer. Holdningene, samt underliggende normer og verdier hos personalet bør være positiv til metoden. Dessuten bør de ansatte få undervisning angående generell omsorg som gis til personer med demens (Quasdorf et al., 2017). Utdanning, alder, arbeidserfaring, størrelsen på sykehjemmet, videreutdanning er assosiert med forskjeller i holdningene til personalet som jobber på en demensavdeling (Kada, Nygaard, Mukesh & Geitung, 2009). Prosjektet til Mjørud et al. (2016) kommer også frem til dette, hvor personalet

understreker at en vellykket innføring av personsentrert omsorg ved bruk av metoder som DCM avhenger av at alle får informasjon om hva personsentrert omsorg er og hva metoden går ut på (Mjørud et al., 2016). Det er ikke en forutsetning at alle på en demensavdeling vet hva personsentrert omsorg er, derfor bør personalet få undervisning i dette før gjennomføring av DCM.

Van Beek og Gerritsen (2010) mener organisasjonskultur spiller en rolle i kvaliteten i omsorgen som gis av pleiepersonalet. Jøranson og Hauge (2011) erfarte at alle ansatte på avdelingen må delta i gjennomføringen av DCM, da det kommer frem i deres studie at avdelingen viste seg å være tydelig delt i to grupper. Det oppstår da en skjev gruppekultur. En god fagutvikling bør derfor inkludere alle ansatte på avdelingen, dersom en ønsker å innføre og vedlikeholde endringer i en pleiekultur. Disse funnene underbygges også i studiet til Quasdorf et al. (2017). Samt kommer det frem i studiet av Rokstad og Vatne (2011) og i studiet av Jøranson og Hauge (2011) viktigheten med kunnskap om personsentrert omsorg før implementering av DCM. Quasdorf et al. (2017) kommer også med en anbefalelse med tanke på implementeringen av DCM i praksis. De anbefaler at den nåværende kulturen på avdelingen må være forbedret og villig til å utvikle en personsentrert kultur. Rokstad og Vatne (2011) er usikker på om DCM vil ha samme positive effekt på utviklingen av demensomsorg, dersom pleiemiljøet har en destruktiv samhandling (Rokstad & Vatne, 2011). Dette er særlig noe som må bli tatt i betraktning. Det bør nøye planlegges, ledelsen og ansatte bør diskutere sammen slik at alle er på samme side når en skal gjennomføre DCM.

Dersom ansatte føler seg verdsatt er det større sjanse de verdsetter pasientene de gir omsorg til og hvis ansatte føler ledelsen er imøtekommende, er det også mer sannsynlig at de kommer til å videreføre dette til pasientene og familiene deres (Brooker, 2013, s.29-30). Å yte personsentrert omsorg for personer med demens er ingen enkel eller overfladisk prosess over tid. Er det etablerte systemer som bidrar til å utvikle personalets kompetanse innenfor personsentrert omsorg? Når organisasjonen har innsett behovet for å utrydde diskriminerende praksis overfor personer med demens, blir det neste steget å se på hva som må gjøres for å aktivt støtte opp om dem. Et veldig sentralt element i personsentrert omsorg handler om hele tiden å vite hvordan pasientene opplever tjenesten som ytes. Hvordan kan organisasjonen vite om og ivareta synspunktene til pasientene? Bruker organisasjonen regelmessige undersøkelser om brukertilfredshet, intervjuer, fokusgrupper, referansegrupper eller metoder for å observere praksis (for eksempel DCM) (Brooker, 2013, s.32). Gjennom observasjonene som gjøres ved

bruk av DCM kan det være lettere å ivareta pasientene og se deres behov. Rokstad (2012b, s.192) legger frem at for å kunne gjennomføre et vellykket prosjekt og oppnå positivt resultat er lederens rolle viktig. Rokstad et al. (2015) underbygger dette i sitt studie, hvor det kommer frem at de ulike karakterene som en leder har påvirket implementeringen av DCM. På de tre ulike sykehjemmene som deltok kunne en se forskjeller etter gjennomføringen av DCM. En kan ut i fra dette studiet se hvor viktig ledelsen er dersom en skal oppnå et bra resultat. På sykehjem C fikk de ansatte kun støtte dersom de ba om det, på sykehjem B fikk ikke de ansatte noe direkte støtte av ledelsen og på sykehjem A fikk de ansatte støtte gjennom hele prosjektet. Det var kun sykehjem A som klarte å implementere en personsentrert omsorg og praksis, de to andre sykehjemmene ble mer klar over hva personsentret omsorg er. En leder bør være aktiv rollemodell, forklare visjonen, samt inkludere og styrke alle ansatte i den faglige utviklingsprosessen (Rokstad et al., 2015). Disse resultatene viser hvor vanskelig det kan være å faktisk utøve personsentrert omsorg. Alle kan bli klar over hva personsentrert omsorg er, men ikke alle klarer å ha en slik tilnærming til pasientene. Det er helt nødvendig at ledelsen gir støtte til personalet.

Refleksjon er at man tar ett steg tilbake, for å se og tenke over en selv, for å få et perspektiv over situasjonen (Molander, 1993, s.151). Refleksjoner over egne og felleskapets handlinger i ulike situasjoner som oppstår, er en forutsetning for en profesjonell kultur. Når en reflekterer i felleskap setter en ord på situasjoner (Rokstad, 2008b, s.343). DCM avhenger av at det er møtesteder for personalet hvor de kan reflektere i felleskap samt av kartleggerens evne til å gi konstruktive tilbakemeldinger (Rokstad & Vatne, 2011). Dichter et al. (2015) hevder at DCM ikke har noe effekt på livskvalitet eller utfordrende atferd hos personer med demens. Derimot kommer det frem at sannsynligheten for at effekten av metoden DCM øker dersom deltakerne får støtte av forsknings teamet. Det kan derfor se ut til at gjennomføringen og varig effekt at DCM øker dersom de ansatte blir støttet gjennom prosessen, noe som de ansatte som deltok i studiet til Rokstad og Vatne (2011) opplevde.

I et studie av Brooker, Foster, Banner, Payne og Jackson (1998) kommer det frem at noen av de ansatte som deltok var engstelige, men at dette reduserte noe etter evalueringer av DCM. Det kom også frem at flere ansatte sa de følte seg plaget av DCM evalueringene. Det påpekes derfor at den som er ansvarlig for bruken av DCM verktøyet bør være klar over kraften et slikt verktøy har i påvirkningen av personalet. Dette kommer også frem i studiet til Dichter et al. (2015), hvor forskerne mener DCM kan ha en negativ effekt i form av for eksempel trivsel

og utbrenthet, særlig i institusjoner som drives dårlig. I studiet til Rokstad og Vatne (2011) beskriver personalet noe helt annet. Personalet syntes at tilbakemeldinger fra en person utenfra egen institusjon ble vektlagt som viktig med hensyn til opplevelser av anerkjennelse og bekreftelse (Rokstad & Vatne, 2011). Dette underbygges i også i studiet til Mjørud et al. (2016). Hvem som gir tilbakemeldingene og hvordan det gjøres kan se ut til å påvirke påvirkningskraften til verktøyet DCM. Den som gir tilbakemeldingene bør bli kjent med personalet og føle seg litt frem. Slik at ikke noen føler at de ikke duger i yrket, tilbakemeldingene er ment til å hjelpe pleierne til å gi mer individuell omsorg. Müler-Hergel hevder det eksisterer en motstand mot tilbakemeldinger i alle institusjoner, en motstand som er sterkere enn viljen og evnen til endring. Det er viktig at DCM-kartleggeren balanserer sin rolle, dette med å utfordre personalgruppen, men også samtidig forstå begrensningene til institusjonene (Sitert i Rokstad & Vatne, 2011).

Kort oppsummert kommer jeg frem til noen punkter som kan ses ut til å være relevante for at DCM skal påvirke den omsorgen som gis av personalet, følgende er:

- Lederen må være rollemodell, forklare visjonen, inkludere og styrke alle ansatte i faglig utviklingsprosessen.
- Alle på avdelingen må delta i gjennomføringen av DCM.
- Alle må ville være med å skape en personsentrert pleiekultur.
- Personalet må ha kunnskap om hva personsentrert omsorg er og hva DCM går ut på.
- Det må være møtesteder for personalet hvor de kan reflektere i felleskap.
- DCM-kartleggeren må balansere sin rolle, samt tenke over hvordan tilbakemeldingene gis.

5.2 Dementia Care Mapping som kunnskapsløft

Det er mange definisjoner på hva en holdninger er, en definisjon er: ”en generell eller varig positiv eller negativ følelse overfor en person, et objekt eller tema” (Renolen, 2008, s.231). Elester (1989) poengterer at følelsene våre har stor innvirkning på miljøarbeid, derfor er det viktig at en kjenner dem igjen og blir bevisst på hvordan de påvirker handlingene våre (Sitert i Testad, Aasland & Aarsland, 2007, s.331). Følelser, kultur og kunnskap påvirker holdningene våre (Solheim, 2015, s.83). Som helsepersonell er en også preget av samfunnets holdninger til personer med demens, vi er også preget av vårt fagfelts beskrivelser og vinklinger når det gjelder denne pasientgruppen. Pasienter med demens gir stadig tilbakemelding om at deres synspunkter ikke blir hørt eller evaluert av helsepersonell. Vi har derfor et behov for å gå bort

fra en ensidig vektlegging på svikt ved demens, og derimot legge større vekt på opplevelsesaspektet hos den enkelte person som rammes av demens (Rokstad, 2008a, s.69). Videre mener Rokstad (2008a) at helsepersonell bør endre sin holdning, slik at en ikke inntar en posisjon som bedrevitende, men heller hører på pasientens ønsker og behov. Det er nødvendig at helsepersonell aktivt lytter, dersom en skal kunne identifisere pasientens underliggende følelser (Rokstad, 2008a, s.69-70). Jøranson og Hauge (2011) studerte personalets langtidserfaringer med bruken av DCM. Deltakerne beskrev en økt bevisstgjøring på hvordan de utøver sin daglige omsorg, men også hvordan deres handlinger eller mangel på handlinger påvirker pasientenes opplevelser. DCM-tilbakemelding ble primært beskrevet som et læringsløft. Gjennom konkrete tilbakemeldinger fikk de en ny forståelse for betydningen av hvor viktig det er å gjøre selv små detaljer overfor den enkelte. Tilbakemeldinger gjorde deltakerne bevisst på hvilke pasienter som ikke opplever noe form for stimulering over lenger tid (Jøranson & Hauge, 2011). Gjennom bruk av DCM beskriver de ansatte en endring i hvordan de samhandler med pasientene og hvor de også ser hver enkelte av pasientene. Dette er det personsentrert omsorg handler om, å se hver pasient som et enkelt menneske, se forbi sykdommen. Alle har opplevd ute i praksis at det kan være vanskelig å se seg selv utenfra, hvordan en handler rundt pasientene og ikke minst sine holdninger til pasientene. Dessuten kan en også oppleve at en bare fokuserer på pasientene som har en utfordrende atferd, derfor kan en slik metode være til god hjelp.

5.3 Refleksjon i felleskap

I følge Schön (1987) utvikler en kunnskap gjennom refleksjon. Refleksjon kan i følge Schön foregå som refleksjon over handling i ro, hvor en tenker over handlingen i etterkant. Eller refleksjon i handling som vil si at en tenker over hva en gjør når en gjør det (Sitert i Rokstad, 2014, s.47). Alle som forholder seg til demensrammede personer opplever etiske dilemmaer i løpet av en arbeidsdag. Noen av disse dilemmaene kan oppleves store og andre mindre. Risikoen dersom en tar et valg uten først å reflektere er at konsekvensene av valget kan føre til en forverring av situasjonen, for alle parter (Solheim, 2015, s.87-88). For å kunne legge opp til kompetanseutvikling i en personalgruppe må det legges til rette for tilegning av faktakunnskap om demens, og at personalet gis mulighet til å tilegne seg praktiske ferdigheter og får anledning til å reflektere over sin samhandling med pasientene (Rokstad, 2008b, s.341). Resultatene i forskningsartikkelen av Rokstad og Vatne (2011) er basert på personalets uttrykk for innvirkningen som DCM-metoden hadde på deres refleksjon rundt relasjonene til

pasientene i den praktiske utøvelsen av arbeidet. Alle som deltok i studiet mente DCM-prosessen hadde satt i gang refleksjoner hos dem (Rokstad & Vatne, 2011). En refleksjonsprosess kan bidra til endringer. Gjennom større bevissthet om hva vi faktisk gjør og ønsker å oppnå, dette gjør medlemmene i kulturen målrettet i arbeidet fordi en har et felles mål. Medlemmene blir dermed mer endringsvillige i tilfeller hvor det er nødvendig med endring (Jakobsen, 2007, s.154). I intervjuene ble det sagt av personalet som deltok i DCM-prosessen at denne prosessen hadde økt deres bevissthet, noe som igjen endret deres tilnærming til pasientgruppen (Rokstad og Vatne, 2011). Refleksjonene som DCM-prosessen satt i gang bidro til endring av personalets tilnærming, personalet ble mer bevisst. Det er ikke tvil om at DCM setter i gang refleksjon hos deltakeren som deltar, men på en annen side avhenger metoden av at det er felles møtesteder og ikke minst satt av tid til refleksjon. I studiet av Rokstad og Vatne (2011) ble det gjentatte ganger påpekt behovet for å avsette tid til å dele tilbakemeldingene og reflektere i felleskap. Dessuten ble det også påpekt at alle ansatte må delta for å oppnå den samme innsikten (Rokstad & Vatne, 2011). Det er ikke alltid lett å sette av tid til å reflektere ute i praksis, da ofte arbeidsdagen er preget av mye som skal gjøres. En kan sette av et kvarter etter matpausen en gang i uken eller måneden hvor en reflekterer i felleskap. En kan også bli flinkere til å snakke med en medarbeider rett etter en uønsket situasjon har oppstått.

5.4 Bedre samhandling med pasientene

Hva mener en med begrepet utfordrende atferd? Utfordrende atferd differensieres ofte i verbal atferd, fysisk utagering og generell fysisk uro. Roping, skriking og utskjelling er eksempler på verbal atferd. Slag, spark, dytting, spyting er eksempler på fysisk utagering. Eksempler på generell fysisk uro er vedvarende plukking, rastløs vandring, klapping og ukritisk framferd. Atferd kan ses på som en måte for pasientene med demens å kommunisere på, en måte hvor de uttrykker seg til omverden på når andre kommunikasjonskanaler svikter. For å forstå pasientens atferd må en ha egenskapen til å ta inn ulike perspektiver. En god hjelper må kunne se pasientene, samt pasientens omgivelser, og ikke minst seg selv og sine egne reaksjoner som en del av det miljøet som pasienten må forholde seg til (Rokstad, 2006, s.112-114). DCM er som nevnt tidligere et seriøst forsøk på å innta pasientens perspektiv. Rokstad (2006, s.116) påpeker at i en tilnærming til pasienter med utfordrende atferd er metoder for kartlegging av atferd og samhandling mellom pasienter og omgivelsene nyttig. Slike metoder

er Marte Meo og Dementia Care Mapping, hvor det både er en kartleggingsfase, analysefase og tilbakemelding til personalet (Rokstad, 2006, s.116).

Ansvar for faglig oppdatering og utvikling ligger hos den enkelte medarbeider, og dessuten hos den ansvarlige for virksomheten. En leder må være i stand til å lede medarbeiderne etter velfundert ideologi, men en leder må også motivere og ivareta medarbeiderne (Rokstad, 2008b, s.341). Rognstad og Nåden (2011) mener sykepleierne som har sykepleiefaglig ansvar bør ha videreutdanning i psykiatrisk sykepleie, samt at personalet bør kurses i hvordan de samarbeider med pasienter med aggressiv atferd. De hevder at økt kunnskap og kompetanse vil kunne gi økt etisk refleksjon og ikke minst styrke personalets trygghet, slik at frykt og usikkerhet blir redusert (Rognstad & Nåden, 2011). Yasuda og Sakakibara (2016) så en signifikant endring i atferds kategoriene som blir observert ved bruken av DCM. Dichter et al. (2015) legger frem i resultatene fra studiet at DCM hadde ingen signifikant effekt på utfordrende atferd hos personer med demens. På den ene siden kan dette kan tyde på at DCM alene ikke bidrar til endring på utfordrende atferd, men at personalet også må ha kunnskap og kompetanse rundt utfordrende atferd hos personer med demens. På den andre siden er studiet av Yasuda og Sakakibara (2016) betydelig mindre enn studiet til Dichter et al. (2015). Som nevnt tidligere i oppgaven kommer Dichter et al. (2015) med en hypotese om at effekten av DCM øker dersom deltakerne får støtte, dersom studiene er mindre kan det også være lettere å støtte deltakerne.

5.5 Et felles språk

Sykepleietjenestens gruppe har et felles språk. Kunnskap om språket i kulturen er noe man tilegner seg raskt, mange opplever at det er viktig å prioritere dersom en skal ha en plass i kulturen (Jakobsen, 2005, s.73). DCM gav et felles språk og verdier mellom ledelsen og ansatte, som var enormt nyttig i forbedringen av kvaliteten på omsorgen som gis (Brooker et al., 1998). Dette opplevde også personalet som deltok i studiet til Jøranson og Hauge (2011). Gjennomføringen av DCM gav dem økt selvtillit og deres samhold ble tolket som utvikling av et ”stammespråk”. Derimot oppstod det som nevnt tidligere en skjev gruppekultur fordi ikke alle i personalgruppen deltok i gjennomføringen av DCM. Det ble sagt av en av deltakerne i studiet at det var nesten bedre å jobbe med folk som har erfaring med DCM (Jøranson & Hauge, 2011). Når ikke alle på avdelingen deltok i gjennomføringen av DCM, utviklet dem som deltok et eget felles språk. Deltakerne i studiet til Jøranson og Hauge (2011) som ikke

deltok i gjennomføringen opplevde mangel på profesjonell faglig verdsetting. Sett i et annet lys påpekes det også at deltakerne som ikke deltok i gjennomføringen følte de lærte noe, fordi den andre gruppen som deltok gav tilbakemeldinger i felleskapet. Derimot gav DCM-kartlegging som et verktøy for utvikle personsentrert omsorg, dem som deltok et langvarig læringsløft (Jøranson & Hauge, 2011).

5.6 Uklarhet rundt livskvalitet hos personer med demens

Begrepet livskvalitet gikk igjen i to av studiene som er inkludert i oppgaven. Bidrar personsentrert omsorg til bedre livskvalitet hos personer med demens? WHO definerer livskvalitet som en persons vurdering av eget liv med tanke på mål, forventninger og standard knyttet til kulturen og verdssystemet en lever i (Siteret i Bruvik, Mjørud & Engedal, s.8, 2012). Yasuda & Sakakibara (2016) konkluderer i studiet som nevnt tidligere at undervisning i personsentrert omsorg og DCM kan bidra til å bedre livskvaliteten hos personer med demens. Derimot kommer det frem i resultatet i studiet til Dichter et al. (2015) at ikke metoden hadde noe signifikant effekt på livskvaliteten til pasientene med demens (Dichter et al., 2015). Livskvalitet beskrives best av hver enkelte person selv (Bruvik et al., 2012). Jeg mener det kan være vanskelig å si om en slik metode som DCM har direkte innvirkning på pasientenes livskvalitet, særlig i de tilfellene hvor pasienten ikke er egnet til å svare for seg selv. Dessuten er det personalet som observerer pasientene og livskvalitet er noe som en selv best kan beskrive. Selbæk (2006) mener at det kan være lett å se de negative konsekvensene av måling av livskvalitet, dersom en ikke bruker begrepet med forsiktighet. Videre påpeker Selbæk (2006) også at muligheten for at livskvalitet knyttes til livsberettigelse er en urovekkende innvending. På en annen side legger Selbæk (2006) frem at det er en liten tvil om at begrepet inkluderer essensielle områder, uansett om en vurderer effekten av kvaliteten på tjenesten eller intervensjon. Men derimot kan det være positivt å løfte frem begrepet da det kan bidra til å humanisere personer med demens (Selbæk, 2006, 73-74).

6.0 Konklusjon

I denne oppgaven var målet å se nærmere på om hvordan en kan bidra til en personsentrert omsorg ved bruk av Dementia Care Mapping. Jeg erfarte i min praksis på demensavdeling at personalet ikke var enig i hvordan en forhold seg til personer med demens som nevnt innledningsvis. Personalet som arbeider på en demensavdeling står veldig sentralt i pasientens liv, samt har en stor innflytelse og innvirkning på pasienten. I gjennom oppgaven har jeg fokusert på personalet, da det er nødvendig dersom en ønsker en bedre demensomsorg. Som fremtidig sykepleier ser jeg på dette temaet som særdeles viktig, da tallet på eldre øker og ikke minst da målet er å bidra til en god demensomsorg.

Det kommer tidlig frem at det er noen faktorer som påvirker DCM. Blant annet spiller en leders rolle inn i implementeringen av metoden, en leder bør opptre som en rollemodell, forklare visjonen til sykehjemmet, og ikke minst inkludere og styrke alle ansatte i den faglige utviklingsprosessen. Alle på avdelingen må også delta i gjennomføringen av metoden, slik at det ikke oppstår en skjevhet i kulturen på avdelingen. Dessuten må også alle på avdelingen ville være med å skape en personsentrert pleiekultur, personalet må også ha kunnskap om hva personsentrert omsorg er og hva DCM går ut på. DCM setter i gang refleksjoner hos personalet, det er derfor helt nødvendig at det er møtesteder for personalet, hvor de kan reflektere sammen. Dette kan være etter matpausen, hvor en setter av et kvarter en gang i uken eller måneden. Dersom dette er på plass mener jeg at metoden vil kunne påvirke personalet i en positiv retning, da ligger alle forutsetninger til rette for at bruken av DCM bidrar til en personsentrert omsorg.

DCM bidro til et læringsløft, personalet fikk en ny forståelse for viktigheten av å se små detaljer overfor den enkelte pasienten. Personalet beskriver en endring i samhandlingen med pasientene. Refleksjoner som ble satt i gang hos personalet førte til en endring i tilnærmingen til pasientene. Når en arbeider med pasienter som har demens opplever en etiske dilemmaer, dette er ikke til å unngå. DCM kan hjelpe personalet til å bli bedre i sitt arbeid, gjennom refleksjonene metoden setter i gang. I oppgaven tyder funnene i den ene forskningen på at metoden bidrar til endring i utfordrende atferd hos personer med demens, men dette funnet var ikke signifikant i et annet studie. For at DCM skal bidra til en positiv endring i atferd hos personer med demens, bør antakeligvis personalet ha kunnskap og kompetanse rundt utfordrende atferd i bunnen. Jeg vil også påpeke at metoden bidro til at personalet som deltok

i et av studiene utviklet et felles språk og dermed ble også samholdet deres bedre, samt kvaliteten på omsorgen de gav. Det er derimot også viktig å trekke frem at dersom en ønsker at metoden skal bidra til en god fagutvikling, bør alle på avdelingen delta i gjennomføringen. Begrepet livskvalitet gikk igjen i to av studiene, men i hvilken grad DCM bedrer livskvaliteten til personer med demens er uklart.

I praksis kan dette være tidskrevende og bør utprøves mer. Oppgaven bidrar til å påpeke positive og negative sider med metoden, dessuten også metodens egenskaper til å bidra til en personsentrert tilnærming. Samt hvilke forutsetninger som bør ligge til grunne i praksis før en gjennomfører DCM.

7.0 Referanseliste

- Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg: Veien til bedre tjenester*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Brooker, D., Foster, N., Banner, A., Payne, M., & Jackson, L. (1998). The efficacy of Dementia Care Mapping as an audit tool: report of a 3-year British NHS evaluation. *Aging & Mental Health*, 2(1), 60-70. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=107278058&site=ehost-live>
- Bruvik, F., Mjørud, M., & Engedal, K. (2012). utfordringer ved vurdering av livskvalitet hos personer med demens. *Geriatrisk Sykepleie*, 4(2), 8-15. Hentet fra https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/vurdering_av_livskvalitet_9568.pdf
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dichter, M. N., Quasdorf, T., Schwab, C. G., Trutschel, D., Haastert, B., Riesner, C., . . . Halek, M. (2015). Dementia care mapping: effects on residents' quality of life and challenging behavior in German nursing homes. A quasi-experimental trial. *International Psychogeriatrics*, 27(11), 1875-1892. doi: 10.1017/S1041610215000927
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudie: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (3.utg.). Stockholm: Natur og Kultur.
- Hamran, T. (1992). *Pleiekulturen: En utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Helsedirektoratet. (2016, 15. september). *Demens*. Hentet 8. Januar 2017 fra <https://helsedirektoratet.no/demens>
- Henningstad, S., & Haustadnes, H. (2013). *Demens: Den nye folkesykdommen*. Oslo: Kagge Forlag AS.
- Jakobsen, R. (2005). *Klar for fremtiden: Om kvalitet, endringer og teamarbeid i sykepleieledelse*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jakobsen, R. (2007). *Ikke alle vil spille bingo: Teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Jøranson, N., & Hauge, S. (2011). Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling. *Sykepleien Forskning*, 6(4), 376-382. doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0187
- Kada, S., Nygaard, H. A., Mukesh, B. N., & Geitung, J. T. (2009). Staff attitudes towards institutionalised dementia residents. *Journal Of Clinical Nursing*, 18(16), 2383-2392. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02791.x
- Kitwood, T. (2003). *En revurdering af demens: Personen kommer i første række*. København: Munksgaard Danmark
- Kunnskapssenteret. (2014). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*. Hentet 8. Mars 2017 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklist-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing: theory and practice*. Hentet fra <https://ebookcentral.proquest.com>
- Mjørud, M., Røsvik, J., Rokstad, A. M. M., Musch, M., & Røen, I. (2016). Bruk av fire metoder for å implementere personsentrert omsorg; VIPS praksismodell, Dementia Care Mapping, Marte Meo og planverktøy for strukturering av miljøbehandling. *Demens &*

- Alderspsykiatri*, 20(3), 34-37. Hentet fra <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=8978>
- Molander, B. (1993). *Kunnskap i handling*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB.
- Nasjonalforeningen for folkehelse, (2016, 15. juni). *Hva er demens?*. Hentet 8. januar fra <http://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert: En arbeidsbok*. (2.utg.). Oslo: Akribe.
- Quasdorf, T., Riesner, C., Dichter, M. N., Dortmann, O., Bartholomeyczik, S., & Halek, M. (2017). Implementing Dementia Care Mapping to develop person-centered care: results of a process evaluation within the Leban-QD II trial. *Journal of Clinical Nursing*, 26(5-6), 751-765. doi: 10.1111/jocn.13522
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker: Innføring i psykologi for helsefag*. (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Rognstad, M. K., & Nåden, D. (2011). utfordringer og kompetanse i demensomsorgen: Pleieres perspektiv. *Nordisk sygeplejeforskning*, 1(2), 143-155. Hentet fra <https://www-idunn-no.ezproxy.hsh.no/nsf/2011/02/art06>
- Rokstad, A. M. M. (2005). *Kommunikasjon på kollisjonskurs: Når atferd blir vanskelig å mestre*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Rokstad, A. M. M. (2006). Skal du hjelpe meg, må du forstå meg: Kartlegging av utfordrende atferd. I R. M. E, Krüger (Red.), *Evige utfordringer: Helsetjenester og omsorg for eldre* (s.111-121). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Rokstad, A. M. M. (2008a). Forståelse som grunnlag for samhandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s.60-84). Oslo: Akribe AS.

- Rokstad, A. M. M. (2008b). Kompetanseutvikling hos personalet. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s.340-349). Oslo: Akribes AS.
- Rokstad, A. M. M. (2012a). Bruken av Dementia Care Mapping (DCM) for å utvikle personsentrert demensomsorg. I A. M. M, Rokstad (Red.), *Bedre hverdag for personer med demens: Utviklingsprogram for miljøbehandling: Demensplan 2015* (s.134-157). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Rokstad, A. M. M. (2012b). Hva fremmer og hemmer utvikling av miljøbehandling til personer med demens i sykehjem. I A. M. M, Rokstad (Red.), *Bedre hverdag for personer med demens: Utviklingsprogram for miljøbehandling: Demensplan 2015* (s.192-195). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er: Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rokstad, A. M. M., & Vatne S. (2011). Dementia Care Mapping: En mulighet for refleksjon og utvikling. *Sykepleien Forskning*, 6(1), 28-34. doi:10.4220/sykepleienf.2011.0043
- Rokstad, A. M., Vatne, S., Engedal, K., & Selbæk, G. (2015). The role of leadership in the implementation of person-centred care using Dementia Care Mapping: a study in three nursing homes. *Journal Of Nursing Management*, 23(1), 15-26. doi:10.1111/jonm.12072
- Selbæk, G. (2006). Vet vi hvordan de har det: Måling av livskvalitet hos personer med demens. I R. M. E, Krüger (Red.), *Evige utfordringer: Helsetjenester og omsorg for eldre* (s.63-76). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Solheim, K. V. (2015). *Demensguiden: Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Støren, I. (2013). *Bare søk: Praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

- Testad, I., Aasland, A. M., & Aarsland, D. (2007). Betydningen av følelser i møtet med mennesker med demens: Hverdag og vitenskap. I R. M. E., Krüger (Red.), *Det går an: Muligheter i miljøterapi* (s. 330-340). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse
- The Johanna Biggs Institute. (2016). *Checklist for Quasi-Experimental Studies*. Hentet 8. Mars 2017 fra [http://joannabriggs.org/assets/docs/critical-appraisal-tools/JBI Critical Appraisal-Checklist for Quasi - Experimental Studies.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/critical-appraisal-tools/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Quasi_-_Experimental_Studies.pdf)
- Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ulstein, I. (2012). Demens. I M. Bondevik., & H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri* (3.utg., s.295-303). Bergen: Fagbokforlaget.
- Van Beek, A. P. P., & Gerritsen, D. L. (2010). The relationship between organizational culture of nursing staff and quality of care for residents with dementia: Questionnaire surveys and systematic observations in nursing homes. *International Journal of Nursing Studies*, 47(10), 1274-1282. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.02.010
- Yasuda, M., & Sakakibara, H. (2016). Care staff training based on person-centered care and dementia care mapping, and its effects on the quality of life of nursing home residents with dementia. *Aging & Mental Health*. doi: 10.1080/13607863.2016.1191056

Vedlegg

Vedlegg I: Eksempler på kritisk vurdering

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell

Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i min praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

Artikkelen *Hvordan Dementia care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling* (Jeransen og Hauge, 2011) er kritisk vurdert i dette vedlegget.

Dette vedlegget er lagt i referanselisten.

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 <input checked="" type="radio"/></p> <p>Uklart <input type="radio"/></p> <p>Nei <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 <input checked="" type="radio"/></p> <p>Uklart <input type="radio"/></p> <p>Nei <input type="radio"/></p>

Å utførte og beskrive personelt-erfaringer i sykehjemsuddeling etter DCM var blitt såvidt

Det ble brukt fokusgruppeintervju for å beskrive erfaringene til personalet samt utdelingssteder

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 <input checked="" type="radio"/></p> <p>Uklart <input type="radio"/></p> <p>Nei <input type="radio"/></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 <input checked="" type="radio"/></p> <p>Uklart <input type="radio"/></p> <p>Nei <input type="radio"/></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 <input checked="" type="radio"/></p> <p>Uklart <input type="radio"/></p> <p>Nei <input type="radio"/></p>

Kommentar: To fokusgrupper med ni deltakere fra samme avd. Avdelingsleder ble også intervjuet. Ble brukt fokusgruppeintervju til å samle inn data.

Kommentar: Det eneste sykehjemmet i Norge som på den tiden studiet startet, som hadde anvendt DCM. En prosjektgruppe med alle pleierne som hadde deltatt i det tidligere DCM-prosjektet. En gruppe som ikke hadde deltatt i DCM-prosjektet. Avdelingsleder ble også inkludert

Kommentar: studien var en utforskende utforskende og beskrivende design

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk,

<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>Fokusgruppe intervju ble brukt for å få utfyllende beskrivelser av personlets felles erfaringer, synspunkter eller holdninger i samhandlingsmiljøet. Kvdes og Theagaards metode-beskrivelser ble brukt til å analysere data.</p>
---	---

<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p>TIPS: 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="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Analysen bestod av 3 trinn, som blir beskrevet nøyere. Det ble brukt teori om pleiekultur og teori om utbildning 2. læring i organisasjoner i analyse-trinn 3.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p>TIPS: 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="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Det er en egen tekstboks hvor det står den faglige bakgrunnen til begge forfatterene. Innledningsvis kommer det fram deres teoretiske ståsted, hvor blant annet keywords er inkludert.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p>TIPS: 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 kilder gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Det er blitt trekk inn andre kilder under diskusjonen.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" 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>Ø</p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
	<p>Kommentar: Studiet er hindret i samsvar med anerkjente etiske retningslinjer og godkjent av Merkv samfunns- / faglige deltakerne</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>Ø</p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
	<p>Kommentar: Prosjektgruppa opplevde et betydningsfullt læringsstøtt etter feedback fra DCM kartleggingen. Siden bare en av de tre personl. gruppene i audetningen, erfarte DCM-verktøyet ble det en sprikende pleiekultur.</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? Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? 	<p>Kommentar: Studiet kommer frem til at feedback fra DCM gav prosjektgr. på et læringsstøtt, men den personl. gruppen som ikke deltok fikk ikke det samme læringsstøtt. Slik et en god fagutvikling bør inkludere alle på audetningen. En kan derfor forstå bedre hvordan en kan anvende DCM, samt hvordan en kan utvikle en personsentrert omsorgskultur. Det er nødvendig at alle ansatte deltar.</p>		
---	---	--	--



The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal tools
for use in JBI Systematic Reviews

Checklist for Quasi-Experimental Studies (non-randomized experimental studies)

<http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>

Artikkelen Implementing Dementia care Mapping to develop person-centred care: results of a process evaluation within the Leben-QD II trial (Quasdorf et al, 2017) er kritisk vurdert i dette vedlegget. Dette vedlegget er lagt i referanselisten.



www.joannabriggs.org



The Joanna Briggs Institute

Introduction

The Joanna Briggs Institute (JBI) is an international, membership based research and development organization within the Faculty of Health Sciences at the University of Adelaide. The Institute specializes in promoting and supporting evidence-based healthcare by providing access to resources for professionals in nursing, midwifery, medicine, and allied health. With over 80 collaborating centres and entities, servicing over 90 countries, the Institute is a recognized global leader in evidence-based healthcare.

JBI Systematic Reviews

The core of evidence synthesis is the systematic review of literature of a particular intervention, condition or issue. The systematic review is essentially an analysis of the available literature (that is, evidence) and a judgment of the effectiveness or otherwise of a practice, involving a series of complex steps. The JBI takes a particular view on what counts as evidence and the methods utilized to synthesize those different types of evidence. In line with this broader view of evidence, the Institute has developed theories, methodologies and rigorous processes for the critical appraisal and synthesis of these diverse forms of evidence in order to aid in clinical decision-making in health care. There now exists JBI guidance for conducting reviews of effectiveness research, qualitative research, prevalence/incidence, etiology/risk, economic evaluations, text/opinion, diagnostic test accuracy, mixed-methods, umbrella reviews and scoping reviews. Further information regarding JBI systematic reviews can be found in the JBI Reviewer's Manual on our website.

JBI Critical Appraisal Tools

All systematic reviews incorporate a process of critique or appraisal of the research evidence. The purpose of this appraisal is to assess the methodological quality of a study and to determine the extent to which a study has addressed the possibility of bias in its design, conduct and analysis. All papers selected for inclusion in the systematic review (that is – those that meet the inclusion criteria described in the protocol) need to be subjected to rigorous appraisal by two critical appraisers. The results of this appraisal can then be used to inform synthesis and interpretation of the results of the study. JBI Critical appraisal tools have been developed by the JBI and collaborators and approved by the JBI Scientific Committee following extensive peer review. Although designed for use in systematic reviews, JBI critical appraisal tools can also be used when creating Critically Appraised Topics (CAT), in journal clubs and as an educational tool.

JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (non-randomized experimental studies)

Reviewer _____ Date _____

Author Quasdorf et al. Year 2017 Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the participants included in any comparisons similar?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Was there a control group?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was follow-up complete, and if not, was follow-up adequately reported and strategies to deal with loss to follow-up employed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were outcomes measured in a reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Studiets hensikt var å evaluere implementering av DCM på sykehjem. Studiet ble inkludert i oppgaven fordi det kan bidra til å svare på problemstillingen.

Explanation for the critical appraisal tool for Quasi-Experimental Studies (experimental studies without random allocation)

How to cite: The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2016 edition. Australia: The Joanna Briggs Institute; 2016.

Critical Appraisal Tool for Quasi-Experimental Studies (experimental studies without random allocation)

Answers: Yes, No, Unclear or Not Applicable

1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' – is there no confusion about which variable comes first?

Ambiguity with regards to the temporal relationship of variables constitutes a threat to the internal validity of a study exploring causal relationships. The 'cause' (independent variable) should occur in time before the explored 'effect' (dependent variable). Check if it is clear which variable is manipulated as a potential cause. Check if it is clear which variable is measured as the effect of the potential cause. Is it clear that the 'cause' was manipulated before the occurrence of the 'effect'?

2. Were the participants included in any comparisons similar?

The differences between participants included in compared groups constitute a threat to the internal validity of a study exploring causal relationships. If there are differences between participants included in compared groups there is a risk of selection bias. If there are differences between participants included in the compared groups maybe the 'effect' cannot be attributed to the potential 'cause', as maybe it is plausible that the 'effect' may be explained by the differences between participants, that is, by selection bias. Check the characteristics reported for participants. Are the participants from the compared groups similar with regards to the characteristics that may explain the effect even in the absence of the 'cause', for example, age, severity of the disease, stage of the disease, co-existing conditions and so on? In pre-test/post-test studies where the patients are the same in any comparisons, the answer to this question should be 'yes.'

3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?

In order to attribute the 'effect' to the 'cause' (the exposure or intervention of interest), assuming that there is no selection bias, there should be no other difference between the groups in terms of treatments or care received, other than the manipulated 'cause'. If there are other exposures or treatments occurring in the same time with the 'cause', other than the 'cause', then

potentially the 'effect' cannot be attributed to the potential 'cause', as it is plausible that the 'effect' may be explained by other exposures or treatments occurring in the same time with the 'cause'. Check the reported exposures or interventions received by the compared groups. Are there other exposures or treatments occurring in the same time with the 'cause'? Is it plausible that the 'effect' may be explained by other exposures or treatments occurring in the same time with the 'cause'?

4. Was there a control group?

Control groups offer the conditions to explore what would have happened with groups exposed to other different treatments, other than to the potential 'cause'. The comparison of the treated group (the group exposed to the examined 'cause') with such other groups strengthens the examination of the causal plausibility. The validity of causal inferences is strengthened in studies with independent control group compared to studies without independent control group. Check if there are control groups in the study. This should be an independent, separate control group (not the pre-test in a single group design).

5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?

In order to show that there is a change in the outcome (the 'effect') as a result of the intervention/treatment (the 'cause') it is necessary to compare the results of measurement before and after the intervention/treatment. If there is no measurement before the treatment and only measurement after the treatment is available it is not known if there is a change after the treatment compared to before the treatment. If multiple measurements are collected before the intervention/treatment is implemented then it is possible to explore the plausibility of alternative explanations other than the proposed 'cause' for the observed 'effect', such as the naturally occurring changes in the absence of the 'cause', and changes of high (or low) scores towards less extreme values even in the absence of the 'cause' (sometimes called regression to the mean). If multiple measurements are collected after the intervention/treatment is implemented it is possible to explore the changes of the 'effect' in time in each group and to compare these changes across the groups. Check if measurements were collected before the intervention/treatment was implemented. Check if measurements were collected after the intervention/treatment was implemented. Were there multiple pre-test measurements? Were there multiple post-test measurements?

6. Was follow-up complete, and if not, was follow-up adequately reported and strategies to deal with loss to follow-up employed?

If there are differences with regards to the loss to follow-up between the compared groups these differences represent a threat to the internal validity of a study exploring causal effects as these differences may provide a plausible alternative explanation for the observed 'effect' even in the absence of the 'cause'. Check if there were differences with regards to the loss to follow-up

between the compared groups. Was there a description of the incomplete follow-up (number of participants and the specific reasons for loss to follow-up)? If there are differences between groups with regards to the loss to follow-up, was there an analysis of patterns of loss to follow-up? If there are differences between the groups with regards to the loss to follow-up, was there an analysis of the impact of the loss to follow-up on the results?

7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?

If the outcome (the 'effect') is not measured in the same way in the compared groups there is a threat to the internal validity of a study exploring a causal relationship as the differences in outcome measurements may be confused with an effect of the treatment (the 'cause'). Check if the outcomes were measured in the same way. Same instrument or scale used? Same measurement timing?

8. Were outcomes measured in a reliable way?

Unreliability of outcome measurements is one threat that weakens the validity of inferences about the statistical relationship between the 'cause' and the 'effect' estimated in a study exploring causal effects. Unreliability of outcome measurements is one of different plausible explanations for errors of statistical inference with regards to the existence and the magnitude of the effect determined by the treatment ('cause'). Check the details about the reliability of measurement such as the number of raters, training of raters, the intra-rater reliability, and the inter-raters reliability within the study (not to external sources). This question is about the reliability of the measurement performed in the study, it is not about the validity of the measurement instruments/scales used in the study. [Note: Two other important threats that weaken the validity of inferences about the statistical relationship between the 'cause' and the 'effect' are low statistical power and the violation of the assumptions of statistical tests. These other threats are not explored within Question 8, these are explored within Question 9).]

9. Was appropriate statistical analysis used?

Inappropriate statistical analysis may cause errors of statistical inference with regards to the existence and the magnitude of the effect determined by the treatment ('cause'). Low statistical power and the violation of the assumptions of statistical tests are two important threats that weakens the validity of inferences about the statistical relationship between the 'cause' and the 'effect'. Check the following aspects: if the assumptions of statistical tests were respected; if appropriate statistical power analysis was performed; if appropriate effect sizes were used; if appropriate statistical procedures/ were used given the number and type of dependent and independent variables, the number of study groups, the nature of the relationship between the groups (independent or dependent groups), and the objectives of statistical analysis (association between variables; prediction; survival analysis etc.).

Vedlegg II: Kort presentasjon av utvalgte artikler

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Kildekritikk
Dementia Care Mapping – en mulighet for refleksjon og utvikling (Rokstad & Vatne, 2011)	Målet med studiet var å innhente kunnskap om de ansattes erfaringer med refleksjonsprosesser som ble satt i gang på bakgrunn av DCM, og hvilken betydning dette hadde for utvikling av praksis.	Kvalitativ studie. Det ble brukt fokusgrupper for å samle inn data.	Studiet foregikk i en sykehjemsenhet. Utvalget bestod av en sykepleier og tre hjelpepleiere.	Det kommer frem i forskningen at det er et videre behov for større kontrollerte studier med bredere datasamling, da det i denne forskningen ikke blir brukt mer enn tre ansatte på en sykehjemsenhet. Studiet er godkjent av REK.
Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling (Jøranson & Hauge, 2011)	Å utforske og beskrive personalets erfaringer etter kartleggingsverktøyet DCM ble anvendte. Studiets hensikt var å beskrive langtidserfaringer både for personalgruppen som deltok, men også for den gruppen av personalet som ikke deltok.	Kvalitativ studie. Studiet brukte fokusgrupper som datainnsamlingsmetode.	Utvalget bestod av en prosjektgruppa, det var en sykepleier og tre hjelpepleiere. Den gruppen som ikke deltok i DCM-prosjektet, kalt arbeidsgruppa deltok også. Avdelingslederen ble inkludert for å styrke og belyse funnene fra et overordnet perspektiv.	Studiet ble håndtert i samsvar med anerkjente etiske retningslinjer, samt godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste. Det kommer frem i forskningen at fokusgruppeintervju var særlig utfordrende i studiet fordi avdelingen var tydelig delt i to grupper, noe som må bli tatt med i betraktning.
The role of leadership in the implementation of person-centred care using Dementia Care Mapping: a study in three nursing homes (Rokstad, Vatne, Engedal & Selbæk, 2015)	Målet med dette studie var å undersøke lederens rolle i gjennomføring av personsentrert omsorg på sykehjem ved bruk av DCM.	Studiet bygger på en kvalitativ metode og det ble gjennomført fokusgruppeintervjuer.	DCM-metoden ble brukt i tre sykehjem. Atten ansatte og syv ledere deltok i fokusgruppeintervjuer som fokusert på lederrollen i tilrettelegging av utviklingsprosess	Deltakerne gav skriftlig samtykke og studiet ble godkjent av Regional Etisk Komiteen for medisinsk forskning i Øst-Norge (REK-Øst) og de norske Datatilsynet (NSD).
Dementia care mapping: effects on residents' quality of life and challenging behavior in German nursing homes. A quasi-experimental trial	Studiet undersøker effekten av DCM med hensyn til livskvalitet og utfordrende atferd hos personer med demens på sykehjem,	Pragmatisk kvasi eksperimentell studie som gikk over 18 måneder.	Personer med demens var delt inn i tre grupper med tre boenheter per gruppe: (A) DCM var brukt siden 2009, (B) DCM var nylig introdusert i	Den etiske komiteen; German Society of Nursing Science godkjente studiedesignet og protokoll i august 2010. Studiet er signifikant.

(Dichter et al., 2015)			løpet av studiet, (C) en kontroll intervensjon som baserte seg på en vanlig og standardisert måling av livskvalitet.	
Implementing Dementia Care Mapping to develop person-centred care: results of a process evaluation within the Leben- QD II trial (Quasdorf et al., 2017)	Studiets hensikt var å evaluere implementering av Dementia Care Mapping på sykehjem.	Kvasi eksperimentell studie som foregikk fra 2011-2013.	Ni sykehjemsavdelinger fra ni ulike sykehjem deltok i implementering av DCM eller en periodisk måling av livskvalitet med bruken av instrumentet Qualidem designet for demens.	Den etiske komiteen: German Society of Nursing Science godkjente studiet i august 2010. Skriftlig samtykke ble innhentet før intervjuene. Ansatte gjennomførte også spørreskjema som de gav samtykke til.
Care staff training based on person-centered care and dementia care mapping, and its effects on the quality of life of nursing home residents with dementia (Yasuda & Sakakibara, 2016)	Målet med studiet var å vurdere den effekten personsentrert omsorg og Dementia Care Mapping har på livskvaliteten til beboere med demens på sykehjem.	Kvantitativ studie som foregikk fra mai til september 2013.	Studiet foregikk på et geriatrisk sykehjem i Japan. 40 ansatte med undervisning i DCM, samt 40 beboere med demens deltok.	Den juridiske representanten for beboerne med demens fikk regelmessig informasjon om studiet. Studiet ble godkjent fra Nagoya University Graduate School of Medicine's Institutional Review Board.

Vedlegg III: DCM

Under har jeg tatt med to tekstbokser fra boken "Se hvem jeg er" av Rokstad (2014) da DCM manual kun gis ut til personer som er sertifisert. Under observasjonene settes det koder for pasientenes grad av humør og engasjement, tekstboks 6.1 er eksempel på dette. I tekstboks 6.2 ser eksempel på tiltak og antatt tidsbruk.

Tekstboks 6.1. Koder for humør og engasjement		
Meget glad og fornøyd – meget godt humør	+5	Meget oppslukt, dypt engasjert
Tilfreds, glad, avslappet – tydelig tegn på godt humør	+3	Konsentrert, men kan distraheres. Betydelig engasjert
Nøytralt-ingen tegn til hverken godt eller dårlig humør	1+	Oppmerksom og fokusert på omgivelsene. Kortvarig eller vekslende engasjement
Små tegn på dårlig humør	-1	Innadvendt og uten kontakt
Betydelig tegn på dårlig humør	-3	
Meget nedtrykt. Meget tydelig tegn på dårlig humør.	-5	

Tekstboks 6.2. Standardisert bruk av DCM for å utvikle personsentrert praksis-tiltak og antatt tidsbruk som utviklingsprosess
<ul style="list-style-type: none">• Informasjon og opplæring til personalet avhengig av deres kjennskap til DCM(1-2 timer)• Kartlegging (5-7 timer) inkludert tid til introduksjon og rask umiddelbar tilbakemelding til personalet som er på jobb• Dataanalyse og forberedelse til tilbakemelding (ca. 6 timer for DCM-kartleggeren)• Tilbakemeldingsmøte (1-3 timer avhengig av antall personale i gruppen og deres kjennskap til DCM)• Planlegging og dokumentering av tiltak (2-4 timer i personalgruppen) <p>DCM bør gjentas minst en gang per år.</p>

(Informasjonen hentet fra Rokstad, 2014, s. 87-89)