



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	25-02-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Slutt dato:	25-04-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2018 HØST Haugesund		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 49

Informasjon fra deltaker

Tittel *: En helhetlig tilnærming

Antall ord *: 8808

Engelsk tittel *: A holistic approach

Egenerklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen Nei**
konfidensiell materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja



BACHELOROPPGAVE

En helhetlig tilnærming

A holistic approach

Kandidatnummer 49

Bachelor i sjukepleie
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap
Campus Haugesund
Innlevering 25.04.19 kl. 14:00

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Sammendrag

Bakgrunn for valg av tema: Globalt er det omtrent 50 millioner mennesker som er diagnostisert med demenssykdom. Mellom 80-85 prosent av beboere på sykehjem har demens. Demens er en av vår tids største folkehelseutfordringer på verdensbasis. Jeg mener derfor det er sentralt at sykepleiere har kunnskap og kompetanse nok til å vite hva som kan hjelpe personer med demens til en bedre hverdag på sykehjem.

Problemstilling: Kan personsentrert omsorg fremme god livskvalitet hos personer med demens på sykehjem?

Hensikt: Oppgavens hensikt er å belyse hvordan personsentrert omsorg kan fremme god livskvalitet hos personer med demens, samt skape økt kunnskap og interesse for sykepleiere om fordeler ved en mer personsentrert tilnærming.

Metode: Litteraturstudie, hvor forskningsartikler og relevant faglitteratur er brukt for å svare på problemstillingen. Jeg har gjort systematisk litteratursøk i databasene CINAHL og PubMed.

Funn: De inkluderte studiene viser ulike måter å tilnærme personsentrert omsorg, og alle fremmer personsentrert omsorg som en fordel, spesielt for personer med demens. Personsentrert omsorg kan redusere nevropsykologiske symptomer, samt øke livskvalitet for personer med demens i sykehjem. Individualiserte aktiviteter og tilnærminger fører til en mer personsentrert tilnærming. Økt kunnskap og kompetanse hos personalet, samtidig som intervensjonen er forankret i ledelsen, er en fordel for implementeringen.

Oppsummering: Personsentrert omsorg kan fremme god livskvalitet hos personer med demens, men implementeringen avhenger av en rekke faktorer. Sykepleiere må være fleksible og lære å kjenne pasienten, i dette arbeidet er familiemedlemmer viktige ressurser. Nødvendig opplæring må gis til personalet, samtidig som ledelsen må støtte intervensjonen. Sykepleiere må være i stand til å tilnærme seg personen med demens individuelt og som et helhetlig menneske, noe også Tom Kitwood fremhevet som sentralt innenfor demensomsorgen.

Abstract

Background: Internationally it is assumed that 50 million people to be diagnosed with dementia diseases. Between 80-85 percent of the residents in nursing home have dementia. Dementia is considered to be one of vastly growing public health challenge of our time. Therefore, I hold an opinion on that it is essential that nurses acquire necessary knowledge and competence to provide assist to improve everyday life in nursing homes.

Research question: Can person-centered care develop good quality of life for people with dementia in nursing homes?

Aim: The aim for this research paper is to shed a light on how person-centered care can develop good quality of life for people with dementia. Also, to create increased knowledge and interest for the nurses about the advantages by implementation of person-centered approach.

Method: For this study literature review were applied. Relevant research articles and academic literature were used to investigate the research question. By the use of databases such as CINAHL and PubMed have I completed systematic literature review.

Findings: The literature reviews provide different approach on implementing person-centered care, and it furthers highlights person-centered care as advantage, especially for people with dementia. Person-centered care can reduce neuropsychological symptoms, as well as increase the quality of life for people with dementia in nursing homes. Individualized activities and procedure lead to more person-centered approaches. Increased knowledge and competence among nursing staff, also centralize intervention in the management of the nursing homes, is important for the implementing of person-centered care.

Summary: Person-centered care can increase life quality for people with dementia, however the implementation of the care depends on number of factors. Nurses need to be flexible and willing to learn to know their patients, also family members are essential resource in this work. Fundamental and necessary training must be provided to nursing staff, also management of nursing home must support the intervention. Nurses must be adequate to

approach person with dementia individually and identify them as human being, which Tom Kitwood also emphasize as pivotal element to dementia care.

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	7
1.1	Begrunnelse for valg av tema	7
1.2	Problemstilling	8
1.3	Avgrensninger	8
1.4	Oppgavens disposisjon	8
2	Teori.....	9
2.1	Begrepsavklaring.....	9
2.1.1	Demens.....	9
2.1.2	Livskvalitet.....	10
2.2	Teoretisk perspektiv	11
2.2.1	Personsentrert omsorg som sykepleiefaglig perspektiv	11
3	Metode	13
3.1	Litteraturstudie som metode	13
3.2	Systematisk litteraturstudie	14
3.3	Kvantitativ og kvalitativ metode	14
3.4	Litteratursøk	15
3.5	Kildekritikk	16
3.6	Metodekritikk	17
3.7	Etiske overveielser	17
3.8	Analyse av funn.....	18
4	Resultat.....	19
4.1	Presentasjon av artikler	19
4.1.1	Artikkel 1.....	19
4.1.2	Artikkel 2.....	19
4.1.3	Artikkel 3.....	20

4.1.4	Artikkel 4.....	20
4.1.5	Artikkel 5.....	21
4.1.6	Artikkel 6.....	21
4.2	Hovedfunn.....	22
5	Diskusjon.....	23
5.1	Psykososiale behov.....	23
5.2	Atferd.....	26
5.3	Individualiserte aktiviteter.....	29
5.4	Kunnskap og kompetanse.....	31
6	Konklusjon.....	34
	Referanseliste.....	35
	Vedlegg.....	40
	Vedlegg 1: Tabell for systematisk litteratursøk.....	40
	Vedlegg 2: Sjekkliste.....	43

1 Introduksjon

Globalt er det omtrent 50 millioner mennesker som er diagnostisert med demenssykdom. Årlig forekommer nærmere 10 millioner nye tilfeller (WHO, 2017). I følge Hauvik og Eckhoff (2018) har mellom 80-85 prosent av beboerne på sykehjem demens. Risikoen for demenssykdom øker med stigende alder, og fra rundt år 2020 antas det at antallet eldre i befolkningen vil øke kraftig. Dette betyr at forekomsten av demens også vil fortsette å øke (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 412). Demens er en av vår tids største folkehelseutfordringer på verdensbasis, og det er beregnet at i 2050 vil det være rundt 115 millioner mennesker med en demensdiagnose (Rokstad, 2014, s. 10).

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Jeg har alltid interessert meg for demens diagnosen, og vært svært opptatt av hvordan personer med demens opplever hverdagen på sykehjem. Gjennom praksis og tidligere arbeidserfaring ved demensavdelinger har dette blitt tydeligere og tydeligere. At personer med demens er i en sårbar situasjon er ikke noe nytt, og jeg mener derfor det er viktig å være der for dem på en ytterst verdig måte. Med dette mener jeg at jeg er opptatt av at de blir sett for den de er, at en tilpasser seg mennesket som et eget individ, samt jobber mot å beholde verdigheten personen fortjener på lik linje med alle andre mennesker.

Personsentret omsorg er et begrep jeg stadig har møtt gjennom praksis og utdanning, jeg ser begrepet særlig relevant for mennesker med demens. Jeg ønsker gjennom min oppgave å få en større kjennskap til tilnærmingen, for så å forstå betydningen dette kan ha for personer med demens. Dersom jeg utvider min kunnskap rundt hvordan å ivareta personer med demens, samtidig som jeg tilegner meg mer kompetanse rundt hva personsentret omsorg er, mener jeg dette vil være relevant for mitt fremtidige yrke som sykepleier. Jeg vil da ha større kjennskap til hvordan jeg kan fremme god livskvalitet hos personer med demens på sykehjem.

1.2 Problemstilling

Kan personsentrert omsorg fremme god livskvalitet hos personer med demens på sykehjem?

1.3 Avgrensninger

Problemstillingen har jeg valgt å formulere som et ja/nei spørsmål. Dette fordi jeg mener det gjør det mulig å se på flere ulike sider av viktigheten rundt temaet. Jeg får sett på hvordan sykepleiere kan tilnærme seg, og effekten det har for pasientene med demens. Jeg kommer ikke til å ta hensyn til de ulike demenssykdommen. Jeg har valgt å fokusere på pasienter i sykehjem fordi det er der jeg har mest erfaring. Samtidig mener jeg det er i en slik setting fokuset på livskvaliteten til pasienten er ekstra viktig. Jeg syntes det er viktig at pasienten med demens blir sett og verdsatt for den personen de er, og har derfor valgt å fokusere på personsentrert omsorg.

1.4 Oppgavens disposisjon

Innledningsvis starter oppgaven med en teoridel, deretter presenteres valgt metode, og metode i utvalgte artikler. Videre kommer en resultatdel, som er grunnlaget for den etterfulgte drøftingen. Avslutningsvis kommer en konklusjon, som forventes å gi svar på problemstillingen.

2 Teori

Innledningsvis vil jeg gjøre rede for demens som diagnose, og begrepet livskvalitet som jeg mener er relevant for videre betydning av oppgaven. Avslutningsvis vil jeg presentere teoretisk perspektiv av Tom Kitwood.

2.1 Begrepsavklaring

2.1.1 Demens

Skovdahl og Berentsen (2014, s. 412) påpeker at demens ikke en sykdom, men et syndrom og en diagnose for en rekke symptomer, som kan forårsakes av ulike sykdommer og skader.

Demens er et klinisk symptom-bilde som karakteriseres ved en gradvis forverring av kognisjon, samt praktisk svikt og nevropsykiatriske symptomer. Kognitiv svikt innebærer redusert hukommelse, orienteringsevne, språk, evne til problemløsning og abstraksjonsevne. Den praktiske svikten innebærer blant annet problemer med å løse aktiviteter i dagliglivet, noe som fører til at det er vanskelig å opprettholde et selvstendig liv. De nevropsykiatriske symptomene inkluderer depresjon, angst og psykotiske symptomer som vrangforestillinger, hallusinasjoner og atferdsendringer (Rokstad, 2014, s. 10). Alle demenssykdommene er progredierende, og den som rammes vil fungere dårligere og dårligere, og tilslutt være avhengig av hjelp. Dette påvirker ikke bare hverdagslivet til personen med demens, men også familien rundt. Demenssymptomene utvikler seg over tid, og varierer ut ifra hvilken sykdom som ligger til grunn (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 411).

Ifølge Skovdahl og Berentsen (2014, s. 412) kan demenssykdommene deles opp i tre hovedgrupper: primærdegenerative demenssykdommer, vaskulær demens og sekundære demenssykdommer. Primærdegenerative demenssykdommer har til felles at hjerneceller dør i et unormalt stort omfang. Typisk for disse sykdommene er at de kommer gradvis og det kan ta en stund før personen selv, samt omgivelsene merker at noe er galt. Symptomene avhenger av hvilke områder i hjernen som blir skadet. De primærdegenerative sykdommene kan deles i undergrupper: Alzheimers sykdom, frontotemporal demens, lewylegemedemens og Parkinsons sykdom med demens (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 412-413). Vaskulær

demens omfatter store hjerneinfarkter, mange små hjerneinfarkter og sykdom i arterioler dypt i hjernevevet. Denne demensformen kan debutere plutselig, og brått forverres. Symptomene varierer også her etter hvor skaden er lokalisert i hjernen. Personer med denne formen for demens mister ofte evnen til å ta initiativ og kan virke passive og trege. Sekundære demenssykdommer omfatter skader, en rekke sykdommer og tilstander som kan føre til demensutvikling (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 414).

2.1.2 Livskvalitet

Siden tidlig på 90-tallet har begrepet livskvalitet blitt et økende akseptert mål for pasientbehandling både nasjonalt og internasjonalt (Kristoffersen, 2016, s. 55).

Prioriteringsforskriften (2000, § 2) viser at livskvalitet er et godkjent mål for helsehjelp til pasienter. I en rapport av Næss, Mastekaasa, Moum og Sørensen (2011, s. 10) om livskvalitet som psykisk velvære presenteres en definisjon: «En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er positive og lav i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er negative». Av Kristoffersen (2016, s. 55) blir denne definisjonen presentert, det blir bemerket at den er godt egnet for personer med svikt i den kognitive funksjonen, noe som gjør definisjonen hensiktsmessig å bruke for sykepleiere. Jeg mener denne definisjonen på livskvalitet gir en god beskrivelse i forhold til personer med demens, da den affektive opplevelsen klart kan være til stedet selv om menneskene har en form for kognitiv svikt. Livskvaliteten for personer med demens er mer enn bare den kognitive svikten som foreligger.

Livskvalitet knyttes til individer, ikke til samfunn. I denne forståelse betyr det at det knyttes til individets indre opplevelser og ikke til noe du har, noe du gjør, noe du omgis av og heller ikke til personlighetsegenskaper. Disse faktorene kan imidlertid likevel ha stor betydning for livskvaliteten (Næss et al., 2011, s. 13). Livskvalitet kan forstås som et verdibegrep og knyttes til verdier som positive og negative opplevelser, ikke bare til fravær fra negative opplevelser, ikke til moral eller til kognitive og affektive opplevelser (Næss et al., 2011, s. 14). Næss med flere (2011, s. 39) fremhever at en ofte hører at «livskvalitet er ikke det samme for alle». Dette kan tolkes på den måten at folk bruker ordet forskjellig, samtidig kan det forstås at betegnelsene for høy og lav livskvalitet er forskjellig fra individ til individ. Ettersom vi mennesker har forskjellige behov og verdier, er det ikke nødvendigvis sagt at det som gir en

person høy livskvalitet, er vesentlig for andre. Selv om betingelsene for høy livskvalitet er ulik fra menneske til menneske er det ikke slik at en må velge forskjellig definisjon (Næss et al., 2011, s. 39). Årsakene til at vi oppnår høy livskvalitet er forskjellige, både fra kultur til kultur og fra menneske til menneske. Mennesker har forskjellige erfaringer, verdier, behov og smak, noe som fører til at vi søker forskjellige goder og oppnår glede på ulike måter (Næss et al., 2011, s. 75). Livskvalitet er i dag mye brukt i forskning innenfor sykepleie og knyttes da til menneskers funksjon, velvære og oppfatning av egen helse. Det settes da i sammenheng med helse og knyttes til den innvirkningen sykdom og behandling har på livskvaliteten (Kristoffersen, 2016, s. 56).

2.2 Teoretisk perspektiv

2.2.1 Personsentrert omsorg som sykepleiefaglig perspektiv

Personsentrert omsorg er verdigrunnlaget og selve fundamentet i all omsorg rettet mot mennesker med demens (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 408). Rokstad (2014, s. 22) beskriver en person som ikke bare et enkelt menneske, men i en overført betydning som en representant for menneskeheten og måten vi lever på som mennesker. I Demensplan 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 18) kommer det tydelig frem at en personsentrert tilnærming er sentralt for mennesker med demens. En slik tilnærming innebærer å tilegne seg kjennskap til personens livshistorie, personlighet, kulturelle bakgrunn, helsetilstand og vaner. Samtidig kommer det frem viktigheten rundt hva en personsentrert tilnærming innebærer for brukeren, som hvordan verden oppleves og tilrettelegging for å ta i bruk enkeltes ressurser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 18). Personer med demens skal ha mulighet til å holde fast på sin identitet, oppleve tilhørighet, få støtte og oppleve mening i hverdagen, de skal føle seg verdsatt i fellesskapet (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 300).

Sosialpsykologen Tom Kitwood la et teoretisk grunnlag for personsentrert demensomsorg (Brooker, 2013, s. 11). Kitwood var opptatt av en endring, fra en tradisjonell oppgaveorientert pleiekultur til et nytt personsentrert verdigrunnlag som utgangspunkt for demensomsorgen. For å etablere dette var det behov for en oppdatering, demensomsorgen må synliggjøres som noe spennende, med behov for nyskaping og kreativitet. Demens må forstås som en tilstand det er mulig å leve med, ikke bare som en sykdom. Personer med demens og deres pårørende

innehar nyttig kunnskap og erfaring som kan være like verdifull som forskning på hjernesykdommene (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 302). Å bevare personverdet, til tross for kognitiv svekket funksjon anses som det viktigste målet i en personsentrert tilnærming (Brooker, 2013, s. 12). Alle personer har ulik nevrologisk svikt, ulik helseprofil og en individuell livshistorie og personlighet, samtidig foregår det et unikt samspill mellom disse elementene knyttet til de sosiale aspektene i personens nåværende situasjon (Brooker, 2013, s. 36).

Dawn Brooker utarbeidet et såkalt VIPS-rammeverk for å konkretisere og tydeliggjøre Kitwoods teori. VIPS står for fire hovedelementer som må inngå i personsentrert omsorg. V står for verdsetting av personer med demens og dem som gir omsorg til dem. I står for individuell tilnærming, P står for viktigheten av å se verden fra personen med demens sitt perspektiv og S står for behovet for et støttende miljø (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 302). Personsentrert omsorg skal styrke opplevelsen av personverd, forebygge og lindre fortvilelse, tap og tilbaketrekning. Ved å søke og forstå atferd som kommunikasjon skal agitasjon, uro og apati kunne forebygges og behandles (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 304).

3 Metode

Sosiologen Wilhelm Aubert definerte metode slik: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2017, s. 51).

Metoden er redskapet i møtet med noe en vil undersøke og er en hjelper for å samle inn data. Metode kan også beskrives som det å følge en vei mot et mål. Metoden skal beskrives, det skal gjøres rede for valgene som tas underveis mot målet. For at forskningen skal være godkjent, må forskeren ha fulgt regler som er knyttet til bruk av anerkjente metoder. Det er ikke alltid metoden klarer å fatte alt forskeren ønsker å undersøke, og det er ikke alltid forskeren klarer å gjennomføre en ideell undersøkelse. Det vil da være sentralt å gjøre rede for hvilken usikkerhet som ligger ved den brukte metoden, som kan ha hatt innvirkning på resultatet. I noen oppgaver er det ikke brukt en spesifikk metode, men det skal da gjøres rede for fremgangsmåten som er brukt for innsamling av data (Dalland, 2017, s. 51-52).

3.1 Litteraturstudie som metode

I denne bacheloroppgaven benytter jeg litteraturstudie som metode. Thidemann (2015, s. 79) beskriver litteraturstudie som en studie hvor kunnskap blir systematisert fra skriftlige kilder. Å systematisere innebærer å samle litteratur, kritisk vurdere den og avslutningsvis sammenfatte det hele. Hensikten er å presentere oppdatert kunnskap, samt gi en god forståelse til leseren på det området problemstillingen etterspør (Thidemann, 2015, s. 79-80). Metoden i litteraturstudien handler om å søke i relevante databaser etter vitenskapelige originalartikler. Jeg har bygget min oppgave på seks vitenskapelige artikler, hvor en av dem også er en litteraturstudie. En litteraturstudie handler om informasjonskompetanse, evne til å søke etter temaer fremtidige kollegaer vil kunne ha nytte av. Hvilke søkeord som er relevant for å finne frem til det aktuelle temaet, og samtidig være på jakt etter spørsmål artikkelforfatterne stiller er sentralt. Denne form for studie avhenger også av engasjement om å fordype seg i temaet (Støren, 2013, s. 37-38).

3.2 Systematisk litteraturstudie

På systematiske litteraturstudier bruker forfatterne en bestemt fremgangsmåte for å finne, vurdere og oppsummere studier om samme tema (Støren, 2013, s. 62). En god systematisk oversikt gir leseren en oversikt over hva som finnes om et utvalgt tema, og om kvaliteten på forskningen. Formålet med systematiske litteraturstudier er å se resultater samlet fra relevante studier om en problemstilling. En slik studie gir et bilde av hva tidligere forskning har vist om en bestemt problemstilling (Helsebiblioteket, 2016b). Denne oppgaven er bygget på fire systematiske litteraturstudier, hvor en er beskrivende og de tre andre er med metaanalyse. Metaanalyse er en form for systematisk litteraturstudie, der det gjennomføres en analyse av en samling av data fra flere studier. Denne samlingen av data gjør det mulig å analysere en større mengde datamateriale. Metaanalyser krever særskilt metodekunnskap og særskilte statistiske beregninger (Forsberg & Wengström, 2015, s. 28).

3.3 Kvantitativ og kvalitativ metode

Kvantitative metoder gir data i form av målbare enheter, tallene gir oss en mulighet til å finne gjennomsnittet av det vi ønsker svar på. Kvantitative metoder skal fremstå mest mulig eksakt, ha et bredt utvalg og innhente lite antall opplysninger om mange undersøkelsesenheter, det skal være en form for systematikk. Datainnsamlingen skjer uten direkte kontakt med feltet og data som samles er knyttet til ulike fenomener. Kvantitative metoder tar sikte på å formidle forklaringer og forskeren ser fenomenet utenfra, noe som tilsier et jeg-det-forhold (Dalland, 2017, s. 52-53). En av artiklene jeg har inkludert i min studie er en kvantitativ studie basert på videoobservasjoner. Studien har et lite utvalg, men har flere statistikker og følger odds ratio.

Ettersom jeg har valgt å bruke systematiske litteraturstudier, hvor enkelte bygger på kvalitative studier, vil jeg gi en forklaring på hva kvalitativ metode er. Kvalitative metoder er metoder for å få en dypere forståelse av meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste. Denne metoden tar sikte på et jeg-du-forhold. Kvalitativ forskning går i dybden, og får frem det som er spesielt, intervjuet er preget av fleksibilitet uten faste svaralternativer. Datainnsamlinger skjer i direkte kontakt med feltet, og tar sikte på å få frem sammenheng og helhet. Fremstillingen formidler dypere forståelse og forskeren ser fenomenet innenfra. I

kvalitative studier erkjenner forskeren påvirkning og delaktighet, noe som kan ha betydning for resultater (Dalland, 2017, s. 52-53).

3.4 Litteratursøk

Gjennom utdanningen har jeg tilegnet meg erfaring ved bruk av ulike databaser for litteratursøk, dette har gjort at jeg har større kjennskap til enkelte databaser enn andre. Mine litteratursøk har jeg gjort i ulike internasjonale databaser gjennom biblioteket ved høyskolen. CINAHL, PubMed, SveMed+ og Epistemonikos er blant databasene jeg har brukt for å finne relevant faglitteratur som svarer på problemstillingen oppgaven forespør. For å få en oversikt over hvilke studier som var tilgjengelig i ulike databaser, søkte jeg i ulike databaser for å se hvilket vitenskapelig grunnlag jeg kunne forvente. Deretter begynte jeg å avgrense søket mer mot min problemstilling. Jeg brukte søkeord som «person centered care», «dementia», «resident outcome», «quality of life». Videre for å finne nye søkeord så jeg blant annet på keywords i artiklene. Jeg brukte SveMed+ for å finne MeSH ord som kunne være til hjelp videre i søket. Jeg endte opp med å bruke artikler fra databasene CINAHL og PubMed.

Jeg har forsøkt å finne artikler som svarer på pasientutfallet ved bruk av personsentrert omsorg ettersom dette er relevant for min problemstilling. Derfor har jeg valgt å ekskludere artikler som utelukkende svarer på hva personsentrert omsorg har å bety for helsepersonell og ledere. Et par av artiklene som er inkludert tar for seg sykepleieperspektivet i tillegg til pasientperspektivet, disse har jeg valgt å inkludere fordi jeg mener det kan være med å belyse helheten av temaet. Inklusjonskriterier brukt for å finne relevante studier har jeg satt ut ifra problemstillingen. Studiene må omhandle personer med demens på sykehjem, her har jeg ikke tatt høyde for hvilken form for demens. Studien må presentere effekter på pasientutfallet og inneholde tilnærminger til personsentrert omsorg. Jeg har i CINAHL brukt avgrensninger som fagfelleverdert og forskningsartikler for å finne godkjente og vurderte studier. Jeg har også begrenset alle mine søk til de fem seneste årene for å få nyere og oppdatert forskning. Artikler som omhandler akutte settinger, sykehus og hjemmeboende, palliativpleie, effekten personsentrert omsorg har utelukkende på personalet, studier som omhandler retningslinjer, og studier fra pårørendes perspektiv, har jeg ekskludert. Jeg har valgt seks artikler til oppgaven som jeg mener er gode artikler i forhold til å svare på problemstillingen. Samtidig er det brukt ulike fremgangsmåter i artiklene noe gjør det spennende å se hvordan effekten

kan variere. Flere av artiklene var å finne i ulike databaser, for å se systematisk fremgangsmåte for litteratursøk se vedlegg 1.

3.5 Kildekritikk

En kilde er opphav til kunnskap, ikke alt som presenteres som kunnskap er holdbart. Når den aktuelle kilden er funnet må den vurderes med tanke på kvalitet og formål, dette kalles informasjonskompetanse. Informasjonskompetanse innebærer å søke, lokalisere og kritisk vurdere kilden (Dalland & Trygstad, 2017, s. 149-150). Ved kildekritikk er det to sider. Den ene omhandler å finne frem til den litteraturen som best belyser problemstillingen, altså det som kalles litteratursøk. Den andre dreier seg om å gjøre rede for litteraturen som anvendes i oppgaven. Troverdigheten og fagligheten i oppgaven avhenger av kildegrunnlagets beskrivelse. I oppgaven må det komme tydelig frem hvorfor en bestemt type litteratur er valgt, og hvordan utvalget er gjort. Videre kommer viktigheten av å fastslå om opplysningene er sanne (Dalland & Trygstad, 2017, s. 152).

For å komme frem til artiklene jeg har valgt å anvende i oppgaven har jeg lest gjennom overskrifter, sammendrag og forskningsartikler for å skaffe meg innblikk i artiklene. Jeg har valgt ut de jeg mener er best for å besvare problemstillingen. Jeg har brukt sjekklister på utvalgte artikler, se vedlegg 2. Sjekklistene er pedagogiske verktøy som er til hjelp for å kritisk vurdere vitenskapelige artikler (Helsebiblioteket, 2016a). Jeg har også vurdert artikler ut ifra IMRaD-strukturen. IMRaD-strukturen er et godt hjelpemiddel for å finne ut om artikkelen kan være interessant for problemstillingen. IMRaD står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Introduksjonen gir svar på hvorfor, beskriver bakgrunnen for studien, og argumentene for hvorfor studien er interessant. Metodedelen gir en beskrivelse av fremgangsmåten, altså hvordan forskeren har gått frem for å finne svar på problemstillingen. I resultatavsnittet er svarene på hva forskeren fant og diskusjonsdelen kommer det frem hva resultatene betyr (Thidemann, 2015, s. 69-70). Alle inkluderte artikler i oppgaven følger en IMRaD-struktur.

3.6 Metodekritikk

I hvilken grad resultatene er gyldig avhenger av hvor godt det er gjort rede for valgene som er tatt i løpet av prosessen, og hvilken konsekvens de har hatt for resultatet. Med en vitenskapelig innstilling er det noen normer vi bør tilstrebe å følge uansett valg av metode, pålitelighet og åpenhet om resultatet (Dalland, 2017, s. 55). Et grunnleggende krav er at datasamlingen må være relevant for problemstillingen. Selv om data er pålitelige, må de også være samlet på en pålitelig måte, dette betyr at de ulike leddene i prosessen må være frie for unøyaktigheter (Dalland, 2017, s. 60).

Jeg har lest referanselister på inkluderte studier for å se etter flere studier som kunne brukes i bacheloroppgaven. Inkludert i oppgaven er en kvantitativ studie, en litteraturstudie, en systematisk oversiktsartikkel uten metaanalyse og tre systematiske oversiktsartikler med metaanalyse. Min hovedvekt ligger klart på systematiske litteraturstudier. Grunnen til at jeg har valgt dette er fordi jeg mener disse artiklene tar for seg viktige elementer innenfor temaet. De systematiske oversiktene bygger på andre artikler noe som gir oppgaven et godt grunnlag. Originalartiklene studiene bygger på er både lik og ulik, noe som gjør at helheten rundt området personsentrert omsorg og demens kommer godt frem, samt gir det er godt utgangspunkt for å se flere pasientutfall samlet. Metaanalyser gjør det mulig å analysere en større mengde datamateriale, noe som kan være en fordel for min oppgave, og er derfor anvendt i oppgaven. Den kvantitative artikkelen jeg har inkludert gir et annerledes bilde, ettersom det er brukt videoobservasjon gjør dette den spesielt interessant etter min mening.

3.7 Ethiske overveielser

Etikken omhandler hva som er normer for riktig og god livsførsel. Ethiske overveielser handler om mer enn å bare følge regler, en må tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet vårt medfører (Dalland, 2017, s. 235-236). Plagiat og akademisk redelighet er motsetninger, plagiat betyr å utgi andres arbeid som eget. Akademisk redelighet gir leseren mulighet til å ta del i refleksjonene i oppgaven med tanke på valg av litteratur og hva de ulike kildene har bidratt med. Kildene skal henvises til på en slik måte at de er lett å finne tilbake til. Opphavsrett er også sentralt, litterære og vitenskapelige arbeid er vernet gjennom

åndsverkloven (Dalland & Trygstad, 2017, s. 164). Lovens formål er å gi rettigheter til de som skaper, fremfører eller investerer i åndsverk, for også å gi intensiv og kulturell produksjon. Med åndsverk menes litterære eller kunstneriske verk av enhver art, som utgitt som individuell eller original (Åndsverkloven, 2018). Når en bruker kilder skal det komme tydelig frem hvem som er opphavsperson (Dalland, 2017, s. 168). Jeg har i denne oppgaven fulgt APA-stilen for å referere, ettersom denne er bestemt ved Høyskolen.

3.8 Analyse av funn

For å få et godt grunnlag har jeg sett på funnene i artiklene og samlet dem slik at jeg kan dele drøftingen opp for best mulig å svare på problemstillingen. Hovedtemaene i diskusjonen vil omhandle psykososiale behov, atferd, individualiserte aktiviteter, og kunnskap og kompetanse.

4 Resultat

I denne delen av oppgaven vil jeg gi en kort presentasjon av utvalgte artikler og deretter presentere hovedfunn.

4.1 Presentasjon av artikler

4.1.1 Artikkelen 1

Caregiver Person-Centeredness and Behavioral Symptoms in Nursing Home Residents with Dementia: A Timed-Event Sequential Analysis

(Gilmore-Bykovskyi, Roberts, Bowers & Brown, 2015).

Hensikt: Identifisere sekvensiell sammenheng mellom personsentrert omsorg, oppgavesentrerte handlinger og pasientenes atferdssymptomer, og tidsperspektivet mellom disse handlingene.

Metode: Studien anses som kvantitativ på bakgrunn av statistiske metoder, odds ratio, samt generell sekvensiell spørring. Det opplyses i studien at utvalget er noe lavt.

Resultat: Atferdssymptomer var tydelig mer klart å oppstå ved oppgavesentrerte handlinger enn personsentrerte handlinger. Funnene indikerer at visse oppgavesentrerte handlinger kan fungere som utgangspunkt for atferdssymptomer i settinger hvor personsentrert omsorg er implementert. Studien beviser også at omsorgspersonens atferd er sekvensielt og midlertidig relatert til atferdssymptomer hos personer med demens.

4.1.2 Artikkelen 2

Resident outcomes of person-centered care in long-term care: A narrative review of interventional research

(Li & Porock, 2014).

Hensikt: Undersøke ulike modeller for personsentrert omsorg og effekten av disse for personer med demens på sykehjem.

Metode: Studien er en systematisk oversiktsartikkel uten metaanalyse.

Resultat: Studien viste at personsentrert demensomsorg førte til flere positive virkninger. Funnene i studien viste blant annet reduserte atferdssymptomer og redusert bruk av psykotropiske medikament. Pasientene var mer våken på dagtid, og funnene viste økt livskvalitet, samt lavere hjelpeløshet og kjedsomhet ved implementering av personsentrerte intervensjoner.

4.1.3 Artikkel 3

Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis

(Kim & Park, 2017).

Hensikt: Måle kvaliteten/effekten av personsentrert omsorg for mennesker med demens.

Metode: Systematisk litteraturstudie med metaanalyse.

Resultat: Sammenlignet med vanlig pleie er personsentrert omsorg foretrukket for å øke livskvaliteten. Funnene viser at personsentrert omsorg reduserte agitasjon, depresjon og nevropsykologiske symptomer. Studien opplyser også om behovet for læring og undervisning i personsentrert omsorg for personalet. Dette kan være en fordel for implementeringen, samt gi en økt bevissthet rundt positive effekter for pasientene.

4.1.4 Artikkel 4

Sensory and memory stimulation as a means to care for individuals with dementia in long-term care facilities

(Mileski et al., 2018).

Hensikt: Identifisere og undersøke fordeler og barrierer, samt betydningen av sensorisk- og minnestimulering for personer med demens i sykehjem.

Metode: Studien er en litteraturstudie.

Resultat: Studien fant at sensorisk- og minnestimulering vises å ha positiv effekt på pasientene, personalets kunnskap og omsorgen. Reminisens terapi har vist å være positiv for å engasjere pasienter med demens, samt vist redusert agiterende atferd. Funnene viste også at slike stimuleringer og terapiformer førte til en mer personsentrert tilnærming i pleien, noe som verdsatte personene med demens.

4.1.5 Artikkel 5

Effects of person-centered care at the organisational-level for people with dementia. A systematic review

(Chenoweth et al., 2019).

Hensikt: Undersøke effekten av personsentrert omsorg på organisatorisk nivå for personer med demens i sammenheng med deres livskvalitet.

Metode: Studien er en systematisk oversiktsartikkel.

Resultat: Utdanning og opplæring av personalet er anbefalt å være standard. Personsentrert omsorg som støttes fra det organisatoriske nivået vises å øke livskvaliteten til pasientene med demens.

4.1.6 Artikkel 6

Effectiveness of meaningful occupation interventions for people living with dementia in residential aged care: a systematic review

(Travers et al., 2016)

Hensikt: Se på effekter av meningsfulle aktiviteter for mennesker med demens i sykehjem.

Metode: Studien er en systematisk oversiktsartikkel, med metaanalyse.

Resultat: Studien viste flere positive utfall, blant annet redusert agitasjon, passivitet, depresjon, økt livskvalitet, glede og interesse. På bakgrunn av dette sees det at intervensjoner som innebærer individualiserte aktiviteter kan ha effekt på både atferds og psykologiske symptomer for mennesker med demens.

4.2 Hovedfunn

Funnene fra artiklene viser frem ulike måter å tilnærme personsentrert omsorg, alle fremmer personsentrert omsorg som en fordel, spesielt for person med demens. Personsentrert omsorg kan redusere nevropsykologiske symptomer, samtidig som det kan være med på å øke livskvaliteten for personer med demens i sykehjem. Noe som også kommer frem i resultatene er hvordan individualiserte aktiviteter og tilnærminger virker positivt for pasientene, samtidig som implementering av slike aktiviteter fører til en mer personsentrert tilnærming. En mer personsentrert tilnærming verdsatte personene med demens. Funnene viste også hvordan det var viktig med støtte fra det organisatoriske nivået, som ledere ved institusjonene. Økt kunnskap og kompetanse om hvilke fordeler personsentrert omsorg har for personer med demens, viste seg å gjøre implementering og utførelsen mer effektiv og lettere.

5 Diskusjon

I denne delen av oppgaven vil jeg drøfte hvordan personsentrert omsorg kan fremme god livskvalitet hos personer med demens i sykehjem. Jeg vil bruke resultatene fra presenterte artikler samt underbygge med relevant faglitteratur. Innledningsvis vil jeg starte med psykososiale behov, deretter atferd og individualiserte aktiviteter. Avslutningsvis i denne delen vil jeg drøfte sykepleierens kunnskap og kompetanse.

5.1 Psykososiale behov

Alle mennesker har psykososiale behov. Ut ifra mennesker vi møter i livet utvikler vi oss selv og forstår oss selv. Psykososiale behov er grunnleggende og avgjørende for hvordan vi har det, og for hvordan vi lever. Å finne mening, å være trygg og tilfreds, det å mestre og oppleve felleskap og støtte, samt vår identitet, er viktige elementer i vår psykososiale helse (Eriksen & Grov, u.å.). Ifølge Rokstad (2014, s. 30) skal god demensomsorg innebære at enkelt individet møtes der han eller hun er, og at tjenester tilrettelegges individuelt basert på innsikt i den enkeltes livshistorie og sykdomshistorie. Målet med dette er at den enkelte skal oppleve livskvalitet, trygghet og mening i hverdagen, sett bort i fra sykdom og funksjonssvikt (Rokstad, 2014, s. 30). Næss med flere (2011, s. 10) knyttet livskvalitet opp mot psykisk velvære, og påpeker at god livskvalitet er å ha gode følelser og et positivt syn på eget liv.

Ut ifra analyse av funn har jeg valgt ut faktorer som jeg mener henger sammen med psykososiale behov, samtidig som jeg mener disse faktorene har en innvirkning på livskvaliteten. De temaene som jeg vil drøfte er behovet for en kulturendring, faktorer som påvirker livskvaliteten, viktigheten av å tilrettelegge for det individuelle mennesket, medikamentell behandling og pasienten som en helhet.

Personsentrert omsorg er knyttet til kulturendring. I forskning blir det lagt stor vekt på behovet for en kulturendring, og hvordan dette best mulig skaper en forandring i hvordan sykehjemmene utfører pleie og omsorg. Målet med kulturendringsmodellen er å øke beboernes livskvalitet ved å gi personsentrert omsorg (Li & Porock, 2014, s. 1405). I studien til Kim og Park (2017, s. 391) kommer det frem at kulturendring viste tydelig effekt på

livskvaliteten til personer med demens. Studien viste at å skape meningsfulle forhold mellom pleier og pasient i sykehjem, kunne være svært viktig spesielt for personen med demens. Å gi omsorg gjennom en mer personsentrert tilnærming la til rette for dette, og var dermed trolig en viktig faktor for økt livskvalitet (Kim & Park, 2017). Kitwood (2003, s. 89) fremhever fem viktige behov, han mener er sentralt for alle mennesker og det er behovet for trøst, tilknytning, inkludering, beskjeftigelse og identitet. Dersom noen av behovene oppfylles, vil nok de andre behovene også oppfylles til en viss grad. For mennesker uten sykdom og uten funksjonssvikt vil det falle naturlig å ta hånd om egne behov. Personer med demens derimot er ofte mer sårbar og kan ha manglende evne til initiativtaking, noe som kan gjøre det vanskelig å ivareta egne og til en viss grad nødvendige behov (Kitwood, 2003, s. 89-90). Med grunnlag i Kitwoods definerte behov er det sannsynlig å anta at personsentrert omsorg kan være riktig implementering i sykehjem. Den tradisjonelle pleien i sykehjem er på vei vekk fra den biomedisinske modellen til en mer personsentrert tilnærming. Dette på bakgrunn av at individenes individuelle behov blir satt i fokus og skal prioriteres (Mileski et al., 2018, s. 968). Sett i et slikt lys er det kanskje på høy tid med en kultur endring i sykehjem.

Travers med flere (2016, s. 167) fremhever viktigheten av å skreddersy intervensjonene for å møte det individuelle mennesket med demens. Dette er nylig blitt lagt fokus på. Musikterapi er et eksempel som tidligere var innført på gruppebasis. Det var ikke tilrettelagt for individet med tanke på musikken som spiltes, og hvordan dette kunne ha betydning for pasienten (Travers et al., 2016, s. 167). Kitwood (2003, s. 90) påpeker viktigheten av å se det unike mennesket, da alle har ulike behov. Trolig er dette noe av årsaken til at personsentrert omsorg er blitt en så sentral del av demensomsorgen. På bakgrunn av Kitwoods teori om hvordan alle mennesker er unik, er det rimelig å anta at alle mennesker opplever psykisk velvære forskjellig, samtidig som depresjon, kjedsomhet, nevropsykologiske symptomer, glede og livskvalitet oppleves ulikt. Demenssykdommene endrer seg over tid, avhengig av hvilken sykdom som ligger til grunn (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 411). På bakgrunn av å se det unike mennesket i sammenheng med den progredierende sykdommen, mener jeg det er sentralt at sykepleiere holder seg oppdaterte og viser evne til å være fleksibel. Fravær fra psykologisk velvære kan føre til en negativ innvirkning på livskvaliteten til personer med demens (Travers et al., 2016, s. 167). Trolig kan dette i verste fall påvirke personen med demens psykologiske behov på et dypere nivå enn livskvalitet, som redusert glede, interesse

og depresjon. Konsekvens av dette kan føre til behov for medikamentell behandling, som igjen kan ha uheldige bivirkninger for personer med demens.

I studien til Mileski med flere (2018, s. 968) kommer det frem at det er et overforbruk av psykotropiske medikament i sykehjem. Stigende alder medfører hyppighet av sykdom, noe som fører til et behov for legemidler. Det er ikke uvanlig at eldre behandles for flere sykdommer samtidig og benytter flere ulike medikamenter i løpet av et døgn. Dette kalles polyfarmasi. Polyfarmasi fører til økt risiko for interaksjoner (Ranhoff & Engh, 2014, s. 186). Jeg har erfart i praksis at terskelen for å gi medikamenter til personer med demens er relativt lav. Samtidig har jeg opplevd at pasienter ofte får forskrevet psykotropiske medikament etter symptomer som har vart over en relativt kort periode, et eksempel er medikamenter mot depresjon. Kitwood (2003, s. 37) forklarer hvordan relasjonen mellom demens og depresjon blir mer og mer kompleks. Han påpeker at når depresjonen kommer som følge av en permanent skade på nervevevet, er det ikke sikkert at den rammede reagerer gunstig på den medisinske behandlingen. Noen av dem vil gjerne aldri komme ut at det depressive stadiet, og vil derfor ha særlig behov for kyndig og støttende omsorg (Kitwood, 2003, s. 38). På den ene siden kan pleiere i mangel på kunnskap vurdere behov for medikamenter og ikke være bevisst virkning. Pasienten vil kunne oppleve bivirkninger og redusert livskvalitet. På den andre siden kan kunnskap føre til rette observasjoner av pasient, slik at den som har behov for medikamenter får og den som ikke er i behov unngår unødig medisinerer. Forskning påpeker viktigheten av å se på alternativer til medisinsk behandling. Personsentrert omsorg er en intervensjon som anbefales som en ikke-medisinsk behandling for personer med demens (Gilmore-Bykovskiy et al., 2015, s. 62; Mileski et al., 2018, s. 968). Kim og Park (2017, s. 395) fremhever at å fokusere på personsentrert omsorg i et tidlig stadium av sykdommen, som for eksempel depresjon, kan føre til økt livskvalitet for personer med demens.

I studien til Kim og Park (2017, s. 391) viser funnene at personsentrert omsorg tydelig reduserte depresjon. En annen studie gjort av Chenoweth med flere (2019, s. 15) viser derimot ikke noen tydelige bedringer i forhold til depresjon. På en annen side viste de at gruppen hvor personsentrert omsorg ble implementert hadde klart høyere skår i forhold til velvære og livskvalitet. Dette selv om de ikke kunne påvise forskjellen mellom vanlig pleie og personsentrert omsorg (Chenoweth et al., 2019, s. 15). Som tidligere nevnt på bakgrunn av Kitwoods teori om hvordan behov blir oppfylt dersom et behov dekkes, er det naturlig å anta

at økt livskvalitet og velvære kan ha en positiv effekt på depresjon og psykososiale behov. Grunnlaget for all sykepleie skal være respekt for det enkelte menneskets liv og verdighet (NSF, u.å.). Sykepleieren må tilnærme seg pasienten som en person, på en helhetlig måte. Tilnærmingen må ivareta «det hele menneskets behov», og må bygge på personens egne opplevelse av situasjonen (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 102-103). Jeg ser det som en viktig del av sykepleierens funksjon å kartlegge og observere hvorfor pasienten opptrer som den gjør i ulike settinger. Slik som sykepleierens funksjon blir beskrevet, mener jeg det er sentralt å tilnærme seg personen på en måte hvor det gir muligheter for å bedre nåværende situasjon på en annen måte enn ved bruk av medikamenter. Kitwood (2003, s. 90) fremhever det å se individet som erstattelig og verdifullt. På denne bakgrunn om hvordan alle mennesker er unik, er det rimelig å anta at alle mennesker opplever psykisk velvære forskjellig. Dette igjen tilsier at depresjon, livskvalitet og psykososiale behov må behandles individuelt sett i fra personen med demens sitt perspektiv. Nettopp derfor er trolig den personsentrerte tilnærmingen som tar sikte på å møte personen individuelt trolig en essensiell faktor innenfor arbeidet med personer med demens for å tilfredsstille psykososiale behov.

5.2 Atferd

Årsakene til utfordrende atferd kan være mange og forskjellige. Dette gjør det viktig at fagpersonene, spesielt sykepleierne, rundt personene med demens, kartlegger og observerer reaksjonsmønstre, forekomst og situasjoner. Flere symptomer på utfordringer hos personer med demens, fører til at situasjonen kan bli utfordrende. Dette påvirker livskvaliteten til både pasient og pårørende (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 424). Kitwood fremhevet det å møte utfordrende atferd som eksempelvis uro, agitasjon eller apati som kommunikasjon, og som et hovedfokus innenfor den personsentrerte tilnærmingen (Rokstad, 2014, s. 42).

Tidligere forskning har vist at noen atferdsproblemer kan ha sammenheng med omsorgsgivers atferd, som eksempelvis barnliggjørende opptreden og negative utsagn. Denne type interaksjoner er ofte karakterisert ved en mer oppgavesentrert handling, hvor omsorgspersonen er mer opptatt av rutiner og gjennomførelse av oppgaver. Dette kan gjøre at omsorgspersonens handlinger oppleves å undervurdere pasientens preferanser, mål og status (Gilmore-Bykovskiy et al., 2015, s. 62). Selv har jeg erfart dette i praksis, og sett viktigheten av å tilnærme seg personen med demens som et likeverdig menneske. Som tidligere forklart

var Kitwood opptatt av en endring fra den tradisjonelle oppgaveorienterte pleiekulturen til et nytt personsentrert verdigrunnlag (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 302). Atferdsproblemer kan også ha andre årsaker enn mangelfull personsentrert tilnærming. Ifølge Skovdahl og Berentsen (2014, s. 424) kan atferdsproblematikk være knyttet til hjerneskaden i seg selv, noe som kan føre til redusert evne til å uttrykke seg, eller forstå. Det kan også være en respons på noe som oppleves stressende eller kaotisk for personen med demens. Det er da viktig at sykepleieren i slike situasjoner er tålmodig og ikke stresser den demente ytterligere. Atferden kan også være uttrykk for fysisk smerte, opplevelse av manglende kontroll over situasjonen, eller som en reaksjon på pleiepersonalets handlinger (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 424). Som vist i det foregående er sykepleieren en essensiell faktor når det gjelder atferden til personen med demens. Hvordan sykepleieren er i stand til å være fleksibel og tilnærme seg på en måte som er passende for pasienten er viktig. En slik tilnærming kan gi korrekt grunnlag for videre oppfølging og behandling av pasienten, enten i form av medikamentell behandling eller annen tilrettelegging i miljøet.

Skovdahl og Berentsen (2014, s. 424) opplyser om at personer med demens kan ha en bevart selvfølelse, selv ved langtkommen sykdom. Dette tilsier at personer med demens er i stand til å oppleve og føle god eller dårlig livskvalitet. I studien til Travers med flere (2016, s. 175) blir det fremhevet at en-til-en tilnærming og aktiviteter som var tilpasset pasienten tydelig reduserte agitasjon. Personsentrert omsorg er sett på som en form for høykvalitet pleie, og målet er å bevare pasientens uavhengighet, autonomi og livskvalitet (Li & Porock, 2014, s. 1412). Autonomi er et vanskelig begrep innenfor demensomsorgen, for noen ganger krever det handlinger som pasienten ikke alltid selv ønsker. Sykepleiere har ikke rett til å bestemme over personene, og har eksempelvis ikke lov å gjennomføre handlinger pasienten selv motsier seg (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 426). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 4A-1) sier at så langt det lar seg gjøre skal helsehjelpen være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett. Dette kan føre til at sykepleiere ofte står i vanskelige situasjoner og står ovenfor etiske dilemmaer. Som en støtte i slike situasjoner kan også sykepleier benytte innsamlet data om pasient slik det er henvist til i Demensplan 2020 om personsentrert tilnærming. For personen med demens er det avgjørende at pleier har kunnskap om personens livshistorie, personlighet, kulturelle bakgrunn, helsetilstand og vaner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 18). På den ene siden kan det gi pasienten en korrekt

avgjørelse på grunnlag av pasientens oppgitte verdigrunnlag, men på den andre siden kan det ta fra pasientens mulighet til nytenkning.

I studien til Mileski med flere (2018, s. 971) kommer det frem at familie er en viktig del av arbeidet for å lære å kjenne pasienten. Som sykepleier står en stadig i nye situasjoner, og kan være nødt til å handle. Riktig handling er et viktig valg. Hvordan skal vi handle for at handlingen blir riktig for pasienten, og hva skal vi gjøre for at pasienten får det godt (Slettebø, 2013, s. 5)? Selv har jeg opplevd å stå i vanskelige situasjoner med personer med demens, deres autonomi og verdighet skal ivaretas, men pasienten vet ikke alltid selv sitt eget beste. Ifølge Slettebø (2013, s. 5) er ikke alltid etikken til hjelp, men den kan hjelpe oss å klargjøre valgmulighetene en står ovenfor og belyse hvorfor noen alternativer er bedre enn andre. Autonomi kan fremmes ved å fokusere på pasientens ønske, samtidig som det er viktig å utvikle relasjoner mellom pasienter, familie og helsepersonell. Kulturelle og fysiske omgivelser er også av betydning (Solvoll & Granum, 2018). Familien kjenner pasienten med demens, og det er da viktig å bruke dem som en ressurs. Sett i et slikt lys kan trolig personsentrert omsorg være en viktig faktor for å bevare autonomien til pasienter med demens, samtidig som inkludering av familiemedlemmer står sentralt, for å tilnærme seg pasienten best mulig.

Å være i stand til å tilnærme seg pasientene alternativt, spesielt for dem som har problemer med kommunikasjonen på grunn av sykdommen, kan redusere frustrasjon og dermed minske sjansen for agiterende atferd (Mileski et al., 2018, s. 967). Agitasjon er et av de mest vanlige nevropsykiatriske symptomene som forekommer ved demens, og blir mer vanlig etter hvert som sykdommen progredierer. Agitasjon er vanligere hos pasienter som er innlagt på institusjon, for eksempel sykehjem (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 249). Som tidligere nevnt viser forskning at det er et overforbruk av antipsykotika i sykehjem (Mileski et al., 2018, s. 968). For det første påpeker Selbæk (2018, s. 250-251) at behandling på bakgrunn av atferdsmessige årsaker ikke skal være aktuelt før psykososiale eller miljømessige tiltak ikke har hatt effekt. For det andre viser forskning at personsentrert omsorg har effekt på agiterende atferd (Kim & Park, 2017, s. 390; Li & Porock, 2014, s. 1411; Travers et al., 2016, s. 184). På den ene siden syntes det å virke som personsentrert omsorg har god effekt på atferd hos personer med demens. På den andre siden viser nyere forskning at forskjellen mellom medisinsk behandling og ikke-medisinsk, som personsentrert omsorg, er relativt liten når det

kommer til atferd (Ballard et al., 2018, s. 14). I studien til Ballard med flere (2018, s. 14) blir det derimot fremhevet at medisinsk behandling ikke viser noe effekt på livskvalitet, noe som viste seg å være bedre i gruppen hvor personsentrert intervensjon ble implementert. På bakgrunn av dette vil jeg igjen knytte inn Kitwoods tenkning om hvordan behovene påvirker hverandre. Sett i et slikt lys kan en trolig tenke at personsentrert omsorg tar tak i flere faktorer og dette igjen påvirker ytterligere andre faktorer. Til sammen blir muligens effekten av personsentrert omsorg da mer helhetlig enn medisinsk-behandling som bare er rettet mot en faktor.

5.3 Individualiserte aktiviteter

I studien til Travers med flere (2016) viser de til at aktiviteter som er skreddersydd for individets behov. Sannsynligheten for å engasjere personen med demens er derfor større. Det vil oppleves morsommere og mer meningsfylt for dem, enn en aktivitet som leveres i en gruppeinnstilling (Travers et al., 2016, s. 167-168). Mileski med flere (2018, s. 970) fant i sin studie at individuelle aktiviteter som blant annet sensorisk- og minnestimulering førte til at pleien fikk et mer personsentrert uttrykk. Personsentrert sykepleie fokuserer nettopp på å gi pleie gjennom ulike aktiviteter som kan hjelpe å operasjonalisere personsentrert omsorg (Li & Porock, 2014, s. 1397).

I studien til Travers med flere (2016) blir det presentert ulike aktiviteter og intervensjoner, og hvilken effekt disse hadde i praksis. Mileski med flere (2018) henviser til en mer overordnet form hvor de kaller det for sensorisk- og minnestimulering, men knytter innunder disse eksempler på intervensjoner. Forskning viser at deltakelse i slike aktiviteter kan være meningsfylt på flere måter. Det skaper en form for glede og engasjement, det skaper en følelse av tilhørighet og det fremmer en form for autonomi og personlig identitet (Travers et al., 2016, s. 168). Som tidligere nevnt var et av behovene Kitwood viste til beskjeftigelse. Kitwood (2003, s. 91) beskriver beskjeftigelse som å være involvert i en livsprosess på et vis, som en personlig signifikant, som utfordrer personens evner og krefter. Ofte innebærer beskjeftigelse å ha en form for jobb eller prosjekt (Kitwood, 2003, s. 92). Rokstad (2014, s. 58) påpeker at aktiviteter som sansestimulering og musikk kan være gode eksempler. Når det ikke blir lagt til rette for beskjeftigelse kan det føre til kjedsomhet, apati og opplevelsen av å være nytteløs (Rokstad, 2014, s. 58). På denne bakgrunn kan en form for personsentrert

omsorg utfoldes i ulike individualiserte aktiviteter, som kan ha en positiv effekt for personer med demens.

I studien til Chenoweth med flere (2019, s. 16) fremheves prinsipper om å støtte personlighet gjennom å tilby individuell omsorg, terapi og aktiviteter av alle omsorgspersoner og eventuelt terapipersonell. Det fremheves også at dette kan være en viktig faktor for å oppmuntre personen til selvbestemmelse, selvrespekt, verdighet og velvære. Studien viste også at når denne formen for pleie var integrert i hele institusjonen, både blant pleiere og ledere, førte det til at pasientens psykososiale behov, samt fysiske behov ble bedret (Chenoweth et al., 2019, s. 16). Travers med flere (2016, s. 175) viser også til at dersom aktivitetene var individuelt tilpasset førte det til økt deltakelse. Dette er noe jeg mener er en viktig del av personsentrert omsorg, hvert menneske er unikt, og har forskjellige interesser og preferanser.

Å være pårørende til en person med demens påvirker hele livssituasjonen. Når en i nær familie får demens diagnosen forandrer rollene seg og demenssykdommen tar over. Sykdommen blir styrende for det som skjer, planer må legges annerledes, samtidig som muligheter kan bli begrenset (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 432). Mileski med flere (2018, s. 970) fremhever også hvordan dette kan virke positivt på pasientens pårørende og familie, da de er viktige støttespillere i arbeidet med å tilegne seg kunnskap om pasienten som en unik person. Familiemedlemmer følte stolthet når de fikk dele livshistorien til deres nærmeste med personalet. Pasientene viste også positive følelser, og refleksjon rundt deres erfaringer tidligere i livet. Barnebilder og musikk hadde spesielt en beroligende effekt, og pasientene klarte ofte å fortelle historier og minner i sammenheng med bildene (Mileski et al., 2018, s. 970). I forskningen til Mileski med flere (2018, s. 970) blir det i tillegg funnet bedring i atferd hos pasienten med demens, samtidig som de opplevde økt livskvalitet. Skovdahl og Berentsen (2014, s. 433) fremhever at familiemedlemmer til den syke også har et behov for å bli inkludert og ivaretatt. På denne bakgrunn ses det som en god mulighet å implementere individuelle aktiviteter, for både pasient og pårørende. Sett i fra egen erfaring har jeg ofte opplevd pårørende som gladelig forteller om det tidligere liv til pasienten, og viser stolthet i disse øyeblikkene. Jeg tror at å jobbe ut ifra en mer personsentrert tilnærming kan virke positivt for både pasient og pårørende da det vises flere positive effekter. Sett på bakgrunn av at de pårørende kan være en avgjørende faktor for personsentrert omsorg, kan det bli en utfordring å få det til å fungere optimalt dersom pasienten ikke har pårørende.

I studien til Mileski med flere (2018, s. 971) fremheves det at det kan være vanskelig å tilpasse miljøet. I VIPS-rammeverket hvor S står for et støttende miljø, innebærer dette blant annet at lokalmiljøet brukes aktivt. Det må være en passende atmosfære og personens frykt og følelsesmessige stress må tas på alvor (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 304). Skovdahl og Berentsen (2014, s. 428) fremhever viktigheten av at sykepleiere må ha kunnskap om hvordan personalet kan bruke de fysiske omgivelsene for å tilrettelegge god omsorg for personer som har demens. Etter å ha vært i praksis ved ulike sykehjem er det selvsagt noen som tilpasser miljø mer enn andre, men dette har gjort at jeg har sett viktigheten av å tilrettelegge miljøet for personene med demens. For mye stimuli, samt for få stimuli i miljøet kan bidra til stress, angst, utfordrende atferd og apati (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 428). I studien til Li og Porock (2014, s. 1405) blir det påpekt at en viktig del av kulturendringen er å skape et mer hjemmekoselig miljø, og at dette har en viss effekt på livskvaliteten til pasientene med demens. På denne bakgrunn er det viktig å ta hensyn til miljøet i sykehjemmet, samtidig som sykepleiere må være bevisst sin måte å opptre i miljøet, da dette er essensielt for beboerne.

5.4 Kunnskap og kompetanse

Forskning viser at en koordinert og vedvarende kulturell og strukturell transformasjonsstøttende personsentrert omsorg krever at helsevesenet fokuserer på respektfulle og positive forhold. Dette både mellom omsorgspersoner, dem som lever med demens og deres familier. Forbedret kapasitet til omsorgspersoner for å gi personsentrert omsorg gjennom kunnskap- og kompetanseutvikling er sentralt. Dette støtter verdigheten og autonomien til den som lever med demens, fremmer samarbeid og lagarbeid i å levere omsorg som tar sikte på trivsel (Chenoweth et al., 2019, s. 3). Ut ifra min oppfatning er sykepleiere viktige forbilder ved sykehjemmene. Annet helsepersonell ser opp til sykepleiere og jeg mener derfor det er sentralt at de går frem som gode forbilder i omsorgen for pasienten med demens.

I studien til Mileski med flere (2018, s. 972) kommer det frem at også lederne i institusjonen er sentrale ved implementering av personsentrert omsorg. Ledelsen må fullt ut støtte den valgte intervensjonen. Manglende lederstøtte kan føre til at resten av teamet kan utvikle en mangel på interesse i ønske å bruke, samt ønske å lære om metodene (Mileski et al., 2018, s.

972). Brooker (2013, s. 29) fremhever at hvis en organisasjon verdsetter personer ut ifra deres iboende verdi som mennesker, vil den etterstrebe å fjerne alle former for diskriminering. Dette er en viktig del av den personsentrerte omsorgen for ansatte. Det er viktig at ansatte også føler seg verdsatt, noe som igjen fører til at personalet verdsetter dem de gir omsorg til (Brooker, 2013, s. 29). Etter praksis har jeg selv opplevd viktigheten av å føle støtte på arbeidsplassen, og jeg har lært hvordan folk tilegner seg kunnskap. De ansatte ser og lærer av hverandre, og jeg tror at dersom personsentrert omsorg var godt integrert i institusjonene, er sannsynligheten høyere for at flere tilegner seg denne måten å utføre omsorg på.

Chenoweth med flere (2019, s. 2-3) påpeker også at organisering av personsentrert omsorg krever noe fra lederskapet på toppen, og personalets omsorgspersoner må være utstyrt med kunnskap, ferdigheter og holdninger om personsentrert omsorg, hele organisasjonen må opptre støttende. En nyere studie utført i Norge viste en positiv effekt på forholdet mellom en personsentrert organisasjon og omsorgspersonellets arbeidspraksis. Høyere nivåer av personsentrert omsorg i institusjonen var blant annet knyttet til økt jobbtilfredshet (Røen et al., 2018, s. 1279). I studien til Kim og Park (2017, s. 395) påpeker de at både personalet og administrasjonen er viktige faktorer som kan påvirke implementeringen, så vell som gjennomførelsen av personsentrert omsorg. Dersom det var et felles mål og en bestemt måte å innføre, tror jeg det ville vært en fordel for omsorgen en gir til personer med demens i sykehjem.

Ifølge forskningen til Chenoweth (2019, s. 16) har det å bedre livskvaliteten til personer med avansert demens gjennom personsentrert omsorg vist seg å ha viktige kliniske og politiske konsekvenser. I studien til Mileski med flere (2018, s. 971) kommer det også frem at implementering av terapier som er forbundet med personsentrert omsorg er vist å være kostnadseffektive, de krever lite ressurser eller kompliserte ferdigheter. På den andre siden hevder Chenoweth med flere (2019, s. 17) at det er viktig med standardiserte metoder for læring, trening og undervisning av personsentrert omsorg, sosial- og terapiprogrammer. Det er vist positive effekter av personsentrert omsorg, som bedret livskvalitet og redusert forekomst av agitasjon. Dette på bakgrunn av om det er gjennomført solid og bred opplæring og oppfølging av personalet over tid (Rokstad, 2018). Årsakene til at vi oppnår høy livskvalitet er som tidligere nevnt, forskjellige. Mennesker har ulike behov, erfaringer, verdier noe som gjør at vi søker forskjellige goder og oppnår glede på ulike måter (Næss et al., 2011, s. 75).

Dette gjenspeiler hva Kitwood var opptatt av. Personsentrert omsorg skulle være et nytt verdigrunnlag for demensomsorgen. For å gjennomføre dette mente Kitwood at det var behov for en oppdatering, samtidig som det var behov for nyskapning og kreativitet (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 302). På denne bakgrunn tror jeg at en personsentrert måte å gi omsorg er viktig for personer med demens, samtidig som det trolig vil ha en positiv effekt på personalet. Ved å opptre støttende og vise engasjement rundt implementering av personsentrert omsorg i demenspleien, tror jeg dette vil bidra til positive effekter i store deler av helsetjenesten.

6 Konklusjon

Gjennom oppgaven har jeg søkt etter relevant forskning og brukt faglitteratur for å svare på problemstillingen «Kan personsentrert omsorg fremme god livskvalitet hos personer med demens på sykehjem?». Innledningsvis gjorde jeg det klart at dette var et ja/nei spørsmål. Ut ifra min oppgave mener jeg at svaret er ja, personsentrert omsorg kan fremme god livskvalitet hos personer med demens på sykehjem, men det avhenger av flere faktorer. Det krever at sykepleiere er i stand til å være fleksible og lærer å kjenne pasienten. Familiemedlemmer er også en viktig ressurs i denne prosessen og kan bidra med materiale som kan være sentralt for å gjennomføre en mer personsentrert tilnærming. Etersom sykehjem ofte er den siste plassen personer med demens bor før de dør, mener jeg det er sentralt at sykepleiere har kunnskap og kompetanse om faktorer og intervensjoner som kan føre til økt livskvalitet. En annen sentralt faktor med implementering er at den må være forankret i ledelsen, samtidig som personalet må få nødvendig opplæring og undervisning. Dette krever en kulturendring. Sykepleiere må være i stand til å tilnærme seg personen med demens individuelt og som et helhetlig menneske og ikke bare se sykdommen, noe Kitwood fremhevet som sentralt innenfor demensomsorgen. Å se personen med demens som et likeverdig menneske er et godt grunnlag for personsentrert omsorg.

Referanseliste

- Ballard, C., Corbett, A., Orrell, M., Williams, G., Moniz-Cook, E., Romeo, R., ... Fossey, J. (2018). Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial. *PLoS Med*, *15*(2), 1-18.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002500>
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg: Veien til bedre tjenester*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Chenoweth, L., Stein-Parbury, J., Lapkin, S., Wang, A., Liu, Z. & Williams, A. (2019). Effects of person-cantered care at the organisational-level for people with dementia. A systematic review. *PLoS ONE*, *14*(2), 1-21.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212686>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskrivning* (6 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskrivning* (6. utg., s. 148-165). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eriksen, S., & Grov, E. K. (u.å.). Psykososiale behov. Hentet fra
https://www.aldringoghelse.no/e-læring/palliasjon-og-demens/modul-b-rev-nov-08_ny/psykososiale-behov/#1
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Stockholm: Förlaget Natur & Kultur.
- Gilmore-Bykovskyi, A. L., Roberts, T. J., Bowers, B. J. & Brown, R. L. (2015). Caregiver Person-Centeredness and Behavioral Symptoms in Nursing Home Residents with

Dementia: A Timed-Event Sequential Analysis. *The Gerontologist*, 55, 61-66.

<https://doi.org/10.1093/geront/gnu164>

Hauvik, S. & Eckhoff, K. M. (2018). Pasienter på sykehjem ønsker aktiv omsorg. *Sykepleien*. 10.4220/Sykepleiens.2017.64620

Helsebiblioteket. (2016a). Sjekklistor. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsebiblioteket. (2016b). Systematisk oversikt. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/systematisk-oversikt>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020*. Hentet fra

https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf

Kim, S. K. & Park, M. (2017). Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 381-397. <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S117637>

Kitwood, T. (2003). *En revurdering af demens - personen kommer i første række*. København: Munksgaard Danmark.

Kristoffersen, N. J. (2016). Helse og sykdom - utvikling og begreper. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., bind 1, s. 29-87). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier - verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., bind 1, s. 89-138). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Li, J. & Porock, D. (2014). Resident outcomes of person-centered care in long-term care: A narrative review of interventional research. *International Journal of Nursing Studies*, 51(10), 1395-1415. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.04.003>
- Mileski, M., Topinka, J. B., Brooks, M., Lonidier, C., Linker, K. & Veen, K. V. (2018). Sensory and memory stimulation as a means to care for individuals with dementia in long-term care facilities. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 967-974. <https://doi.org/10.2147/CIA.S153113>
- NSF. (u.å.). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Næss, S., Mastekaasa, A., Moum, T. & Sørensen, T. (2011). *Livskvalitet som psykisk velvære* (NOVA Rapport 3/01). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Prioriteringsforskriften. (2000). Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (FOR-2000-12-01-1208). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2000-12-01-1208>
- Ranhoff, A. H. & Engh, E. (2014). Eldre og legemidler. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 184-196). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er!: Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rokstad, A. M. M. (2018). Bedre livskvalitet for personer med demens med personsentrert omsorg. Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/bedre-livskvalitet-personer-med-demens-med-personsentrerte-omsorg/>

- Rokstad, A. M. M. & Røsvik, J. (2018). Personsentrert omsorg. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens - sykdommer, diagnostikk og behandling* (1. utg., s. 300-313). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Røen, I., Kirkevold, Ø., Testad, I., Selbæk, G., Engedal, K. & Bergh, S. (2018). Person-centered care in Norwegian nursing homes and its relation to organisational factors and staff characteristics: a cross-sectional survey. *International Psychogeriatrics*, 30(9), 1279-1290. <https://doi.org/10.1017/S1041610217002708>
- Selbæk, G. (2018). Nevropsykiatriske symptomer ved demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens - sykdommer, diagnostikk og behandling* (1. utg., s. 246-259). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Skovdahl, K. & Berentsen, D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 408-437). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Solvoll, B.-A. R. & Granum, V. (2018). Autonomi i sykehjem for pasienter med demens. Hentet fra <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2016/09/tilretteleggelse-av-autonomi-i-sykehjem-pasienter-med-demens-en>
- Støren, I. (2013). *Bare søk! : Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier* (2 utg.). Oslo: Cappelen Damm.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter - Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travers, C., Brooks, D., Hines, S., O'Reilly, M., McMaster, M., He, W., ... Beattie, E. (2016). Effectiveness of meaningful occupation interventions for people living with

dementia in residential aged care: a systematic review. *Joanna Briggs Institute*,
14(12), s. 163-225. 10.11124/JBISRIR-2016-003230

WHO. (2017). Dementia. Hentet fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Åndsvekloven. (2018). Lov om opphavsrett til åndsverk mv. (LOV-2018-06-15-40). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2018-06-15-40>

Vedlegg

Vedlegg 1: Tabell for systematisk litteratursøk

CINAHL

Søk	Søkeord	Avgrensninger	Treff	Lest artikkel/ sammendrag	Brukt
1	Dementia AND person centered care	Research Article Peer reviewed 2014-2019 First author is nurse	4	4	Caregiver Person- Centeredness and Behavioral Symptoms in Nursing Home Residents with Dementia: A Timed- Event Sequential Analysis
2	Dementia AND person centered care	Research Article Peer reviewed 2014-2019	198		
3	Dementia AND person centered care AND resident outcome	Research Article Peer reviewed 2014-2019	19	19	Resident outcomes of person-centered care in long-term care: A narrative review of interventional research

PubMed

Søk	Søkeord	Avgrensninger	Treff	Lest artikkel/ sammendrag	Brukt
1	Dementia AND person centered care	2014-2019	453		
2	Dementia AND person centered care AND quality of life	2014-2019	110		
3	Dementia AND person centered care AND quality of life AND nursing home	2014-2019	51		
4	Dementia AND person centered care AND nursing home OR long term care AND quality of	2014-2019	14	14	Effects of person- centered care at the organisational-level for people with dementia. A systematic review Sensory and memory stimulation as a means to care for individuals

	life AND effects				with dementia in long-term care facilities Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis
5	Person centered care AND dementia AND interventions AND meaningful AND quality of life	2014-2019	5	5	Effectiveness of meaningful occupation interventions for people living with dementia in residential aged care: a systematic review

Vedlegg 2: Sjekkliste

Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel

Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler der de overordnede spørsmålene er:

- Kan du stole på resultatene?
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «uklart» eller «nei». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Artikkel: "Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis"

Inspirert av «10 questions to help you make sense of a review» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2013; lest 09.03.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>

(A) Kan du stole på resultatene?

1. Er formålet med oversikten klart formulert?

 JA UKLART NEI

Tips:

Formålet bør være klart formulert med hensyn til:

- populasjonen (personene oversikten handler om)
- tiltaket som gis til intervensjonsgruppen
- sammenligningstiltaket som gis til kontrollgruppen
- utfallene (endepunktene/resultatene) som vurderes

Formålet med studien var å undersøke effekten av personsentrert omsorg for personer med demens.

2. Søkte forfatterne etter relevante typer studier?

 JA UKLART NEI

Tips:

Relevante studier:

- svarer på samme spørsmål som oversikten
- har et egnet studiedesign for å besvare spørsmålet. Eksempler på spørsmålstyper og egnede studiedesign:
 - effekt – randomisert kontrollert studie
 - årsak – kohortstudie
 - diagnostikk – tverrsnittstudie med referansetest
 - prognose – kohortstudie
 - erfaringer – kvalitativ studie

19 studier ble inkludert,
15 randomiserte kontrollerte,
4 ikke-randomisert kontrollert.

Er det samsvar mellom kriterier for inklusjon av studiene og formålet til oversikten? Se etter:

- populasjon
- tiltak
- sammenligning
- utfall

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

3. Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?

JA UKLART NEI

Tips:

Se etter:

- hvilke databaser og eventuelle søkemotorer forfatterne søkte i, og hvordan de søkte i dem (søkestrategi)
- om de søkte etter ikke-publiserte studier (i f.eks. Trials.gov)
- om det var noen vesentlige begrensninger med hensyn til språk eller tid (hvis kun studier på engelsk er tatt med, kan det gi skjevhet)

Søkestrategi er oppgitt, databaser som er søkt i er: Medline, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, the Cochrane Database, KoreaMed. Det er søkt etter studier i referanse lister. Det er søkt etter studier på engelsk og koreansk.

4. Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?

JA UKLART NEI

Tips:

Forfatterne må vurdere den metodiske kvaliteten på enkeltstudiene på en fornuftig måte med gode verktøy/sjekklister. Systematiske skjevheter (bias) i hvordan studiene er utført kan påvirke resultatene i studiene, og dermed også resultatene og konklusjonene i oversikten.

- Er det oppgitt hvilke verktøy/sjekklistor som ble brukt i vurderingen?
- Er verktøyet/sjekklisten som ble brukt fornuftig?
- Ble vurderingen gjort av minst to personer uavhengig av hverandre?

To uavhengige personer undersøkte risikoen for bias. Det ble brukt to analyseverktøy: The Cochrane Collaboration's ROB (randomiserte), og ROBANS (ikke-randomisert). For å undersøke den helhetlige kvaliteten ble det brukt "the Garding of Recommendations Assessment, Development, Evaluation. Forskerne var bevisst risikoen for manglende data og rapportert om dette. Det er opplyst om begrensninger ved studien.

5. Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?

JA UKLART NEI

Tips:

- Er det klart presisert hvilke sammenligninger som ble gjort?
- Kommer resultatene (effektestimater med konfidensintervaller) fra enkeltstudiene klart frem?
- Er enkeltstudiene like nok til å slås sammen? (Har forfatterne f.eks. beskrevet metoder for å teste heterogenitet?)
- Er analysemetodene som er brukt forklart? (F.eks. random eller fixed effect)
- Hvis det ikke er gjort en metaanalyse, er resultatene fra de inkluderte studiene narrativt oppsummert? Var det i så fall fornuftig og forsvarlig?

Resultatene fra enkelt studier er samlet i en tabell, konfidensintervaller er opplyst i tekst.

Det er gjennomført meta-analyse.

Basert på svarene dine på punkt 1 – 5 over, mener du at resultatene fra denne oversikten er til å stole på?

JA

UKLART

NEI

(B) Hva forteller resultatene?

6. Hva er resultatene?

Tips:

Vurdér

- hvor godt du forstår hovedkonklusjonen i oversikten
- hvordan resultatene er fremstilt, se etter:
 - gjennomsnittsforskjell (mean difference)
 - standardisert gjennomsnittlig forskjell (standardised mean difference)
 - numbers needed to treat (NNT)
 - numbers needed to harm (NNH)
 - odds ratio (OR)
 - relativ risiko (RR)
 - relativ risikoreduksjon (RRR)
 - absolutt risikoreduksjon (ARR)

Den systematiske litteraturstudien og metaanalysen viser at intensiv personsentrert omsorg for personer med demens bedret nevropsykologiske symptomer og livskvaliteten, sammenlignet med vanlig pleie.

Resultatene er fremstilt med SMD (standardized mean difference).

7. Hvor presise er resultatene?

Tips: Se på:

- konfidensintervall (KI/CI)
- interkvartilbredde (interquartile range (IQR))

95% konfidensintervall

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

8. Kan resultatene overføres til praksis?

JA

UKLART

NEI

Tips:

Vurder om, og i hvilken grad:

- populasjonen (personene) i studiene som inngår i oversikten er representative for de du møter i praksis
- din praksis skiller seg fra den som omtales i oversikten

Personer med demens er en stor gruppe av pasienter en møter i praksis.

9. Ble alle viktige utfallsmål vurdert?

JA

UKLART

NEI

Tips:

Vurder om, og i hvilken grad det finnes ytterligere informasjon som du ville hatt med i oversikten

Informasjonen i oversikten er god nok.

10. Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?

JA

UKLART

NEI

Tips:

Vurder om, og i hvilken grad:

- nytten av tiltaket er verd kostnader og eventuelle bivirkninger
- det er praktiske eller organisatoriske ulemper for deg eller pasienten?

Mangler forutsetninger for å vurdere dette.