



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSD101C

Predefinert informasjon

Startdato:	04-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	10-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Hjemmeoppgave		
SIS-kode:	203 BSD101C 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 33

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9574

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 22

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

Bacheloroppgave

**Personsentrert og identitetsbevarende omsorg for
mennesker med demens**

Person centered and identity-preserving care for people
with dementia

Kandidatnummer: 33

GRSD15

HVL FHS IHO

Ord: 9574

Innleveringsdato: 10.05.19

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

Personsentrert og identitetsbevarende omsorg for mennesker med demens på sykehjem

Det forventes en økning i antall personer med demens, og det norske helsevesen vil stå overfor større utfordringer (Solheim, 2015, s. 17). For å møte de utfordringene demens medfører trengs en personsentrert og identitetsbevarende omsorg. Dette innebærer at vi må se hele mennesket og legge til rette for at personen skal kunne opprettholde sin selvstendighet og respektere personens identitet (Rokstad & Smebye, 2017, s. 70). Bakgrunnen for denne oppgaven er å utvide mine kunnskaper om hva man som sykepleier kan bidra med for å tilrettelegge for personsentrert og identitetsbevarende omsorg i møte med personer med demens på sykehjem, og bruke ulike verktøy som blant annet kjennskap til beboernes livshistorie for å oppnå dette.

Funnene i oppgaven viser at personsentrert og identitetsbevarende omsorg for mennesker med demens kjennetegnes av at helsepersonellet har en god kjennskap til beboernes tidligere liv og tar i bruk ulike verktøy som livshistorie, reminisens og VIPS. Teoretikerne jeg har brukt i oppgaven er Tom Kitwood og Joyce Travelbee, som deler mange like prinsipper.

Nøkkelord: Demens, kommunikasjon, Tom Kitwood, Joyce Travelbee, personsentrert og identitetsbevarende omsorg.

Summary

Person-centered and identity-preserving care for people with dementia in nursing homes

An increase in the number of people with dementia is expected, and the Norwegian health service will face greater challenges (Solheim, 2015, p. 17). In order to meet the challenges of dementia, a person-centered and identity-preserving care is needed. This means that we must see the whole person and facilitate the person to be able to maintain his or her independence and respect the person's identity (Rokstad & Smebye, 2017, p. 70). The reason for this task is to expand my knowledge of how a nurse can contribute to facilitating person-centered and identity-preserving care when meeting persons with dementia in nursing homes, and using different tools such as knowledge of the residents' life history to achieve this.

The findings in the thesis show that person-centered and identity-preserving care for people with dementia is characterized by the fact that health personnel have a good knowledge of the residents past lives and use different tools such as life history, reminiscence and VIPS. The theorists I have used in the task are Tom Kitwood and Joyce Travelbee, who share many similar principles.

Keywords: Dementia, communication, Tom Kitwood, Joyce Travelbee, person-centered and identity-preserving care.

Innhold

1.0 Innledning	1
2.0 Metode	3
2.1 Litteratursøk	3
2.2 Kildekritikk	4
2.3 Etske overveielser	5
3.0 Teoridel	6
3.1 Personer med demenssykdom	6
3.1.0 Demens og Kommunikasjon	6
3.1.1 Kommunikasjonsprinsipper	8
3.2 Identitet, personlighet og selvbylde	8
3.3 Personens livshistorie	9
3.4 Livskvalitet	9
3.5 Joyce Travelbee	10
3.6 Kitwoods teori om personsentrert omsorg	11
4.0 Drøfting	12
4.1 Personsentrert og identitetsbevarende omsorg	12
4.2 Kjennskap til den enkeltes livshistorie	13
4.3 Etablere et menneske- til- menneske-forhold	16
4.4 Kommunikasjon	17
4.4.1 Trening i kommunikasjon	18
4.4.2 Ta seg tid og lytte	19
4.4.3 Reminisens- Å minnes livet	20
4.5 VIPS- metode for en personsentrert omsorg i hverdagen	21
4.6 Hindringer til en personsentrert og identitetsbevarende omsorg	22
4.6.1 Holdninger	22
4.6.2 Tid og ressurser	24
4.6.3 Kompetanse	24
5.0 Avsluttende kommentar	25
6.0 Litteraturliste	26
7.0 Vedlegg	29
7.1 Vedlegg 1. PIO- Skjema	29
7.2 Vedlegg 2- Søkematrise	30
7.3 Vedlegg 3- Litteraturmatrise	32

1.0 Innledning

Demensplanen 2020 har som mål å skape et samfunn som tar vare på og integrerer personer med demens i felleskapet (Regjeringen, 2015). Det er forventet en kraftig vekst av eldre over 80 år fra 2020. Dersom forekomsten av demens holder seg på dagens nivå, vil det i 2040 være omlag 135 000 personer med en demensdiagnose (Rokstad & Smebye, 2017, s. 38). På bakgrunn av disse tallene, er det viktig at sykepleiere og annet helsepersonell har god kunnskap om demens og hvordan man kan tilrettelegge for en individuelt tilpasset hverdag for den enkelte. For å kunne nå målet i demensplanen skal regjeringen bidra til en større åpenhet og kompetanse rundt demens.

Å minnes livet har stor betydning for den mentale helsen. Minnene preger hvem vi er og den man utvikler seg til å bli. Vår identitet er knyttet til de erfaringene vi har tilegnet oss gjennom livet, og jo eldre vi blir, jo mer erfaringer samler vi (Solheim, 2015, s. 174). Tjenestetilbudet til demensplanen 2020 skal ta utgangspunkt i den enkeltes ønsker, interesser og vaner. En slik personsentrert tilnærming legger vekt på kunnskaper om personens livshistorie, personlighet, kulturelle bakgrunn, helsetilstand og vaner, i tillegg til den kognitive svikten demens medfører (Regjeringen, 2015). Personsentrert omsorg legger vekt på hvordan personen med demens opplever sin situasjon og verden rundt seg. Personen kan få vanskeligheter med å uttrykke sine ønsker og meninger. Personsentrert omsorg sier noe om at kognitiv svekkelse ikke endrer vår verdi som menneske, men at vi er fullverdige personer med følelser og en egen livshistorie. Helsepersonellet må sette seg inn i hvordan personen med demens opplever det som skjer og ta hensyn til ønsker og vaner (Aldringoghelse, 2017).

Identitetsbevarende omsorg handler om å legge vekt på det unike hos den enkelte, for å bevare ressurser og selvstendighet. Det handler om hvem man er, og ikke hva man er. Å bevare sin identitet kan være utfordrende når man ikke lengre husker hvem man er eller hvor man kommer fra. Det er derfor viktig i omsorgen å hjelpe personen med demens å holde fast på sin identitet. Et godt utgangspunkt for å lykkes med dette er å få god kjennskap til livshistorien til den enkelte og hjelpe personen til å holde fast ved den (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2016, s. 422).

I denne avsluttende bacheloroppgaven skriver jeg om personsentrert og identitetsbevarende omsorg for mennesker med en demensdiagnose på sykehjem.

Problemstilling for min oppgave er: *Hvordan kan sykepleier tilrettelegge for personsentrert og identitetsbevarende omsorg i møte med personer med demens?*

Bakgrunnen for valg av problemstilling henger sammen med en interesse jeg har utviklet for denne pasientgruppen gjennom sykepleiestudiet, og erfaringer jeg har tilegnet meg over flere år som assistent ved et aldershjem. Jeg er spesielt interessert i å undersøke hvilke verktøy sykepleier kan bruke for å oppnå en personsentrert og identitetsbevarende omsorg ovenfor denne pasientgruppen. Jeg har valgt å avgrense oppgaven til eldre mennesker med demens på langtidsavdeling på sykehjem. Med dette utelukker jeg eldre mennesker med demens som bor hjemme, er innlagt på sykehus og på korttidsavdelinger. Det er mange ulike former for demens og jeg synes det er viktig å fremheve at de ulike formene for demens opptrer ulikt. Jeg kommer ikke til å gå inn på de ulike demenssykdommene, men skriver om demens generelt.

I oppgaven bruker jeg ordene beboer og person med demens, dette gjør jeg for å variere språket i teksten. Grunnen til at jeg ikke har valgt å bruke ordet ”pasient” er på grunn av at begrepet er både en merkelapp og en kategori. Ifølge Joyce Travelbee blir mennesker som kategoriseres som pasienter generalisert. Som sykepleier kan man da overse de unike forskjellene mellom ”pasientene” (Travelbee, 2001, s. 61). Jeg har også valgt å gå vekk i fra begrepet ”dement”. Ifølge Kari Lislerud Smebye kommer ordet demens fra det latinske begrepet de uten sjel eller uten forstand. Ved å bruke ordet dement karakteriserer vi personen gjennom sykdommen (Rokstad & Smebye, 2017, s. 20).

Jeg bruker begrepene sykepleier og helsepersonell om en annen. Grunnen til at jeg også trekker inn helsepersonell er at det ikke bare er sykepleiere som arbeider med personer med demens, men også helsefagarbeidere og assistenter, og jeg mener det vil være like viktig for dem å ha kunnskaper om demens.

Oppgaven tar videre for seg hvilken metode jeg har valgt for å besvare oppgaven, søke og utvalgsprosesser for å finne litteratur, kildekritikk og etiske overveielser. Deretter redegjøres det for teori. I oppgavens Kapittel 4 drøfter jeg teori og forskning. Oppgaven avslutter med en avsluttende kommentar.

2.0 Metode

Metoden er den systematiske framgangsmåten man benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse problemstillingen (Dalland, 2017, s. 52). Jeg har valgt å bruke prosjektrapport som metode, hvor jeg har brukt litteratur og forskningsartikler for å belyse problemstillingen. Jeg har benyttet meg av både pensumlitteratur og selvvalgt litteratur som jeg finner relevant for problemstillingen. Jeg har også trukket inn egne erfaringer fra min tid som assistent og sykepleierstudent.

2.1 Litteratursøk

Før jeg begynte på skriveprosessen søkte jeg på Høyskolen på Vestlandet sine nettsider for å finne aktuell pensumlitteratur. Her fant jeg blant annet bøkene: *Metode og oppgaveskriving* skrevet av Olav Dalland og *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* skrevet av Inger-Johanne Thidemann. Her fikk jeg inspirasjon og tips til ulike litteratursøk. I tillegg til de overnevnte bøkene bygger oppgaven på andre bøker som er funnet i pensumlisten, selvvalgt litteratur samt nasjonale lover og retningslinjer.

Før jeg startet å søke etter forskningsartikler utarbeidet jeg et PICO- skjema (Se vedlegg 1- PICO skjema). Ved å bruke et PICO- skjema kunne jeg klargjøre hvem eller hva problemstillingen min handler om, hvilke tiltak som skal undersøkes og hvilke utfall jeg var interessert i.

P = Pasient/pasientgruppe/problem/diagnose

I = intervensjon – tiltak som skal iverksettes

C = sammenligning – eventuell sammenligning med et annet tiltak

O = utfall – det du vil ha ny kunnskap om (Thidemann, 2015, s. 86).

Da jeg startet arbeidet med å utarbeide et PICO skjema, måtte jeg tenke over hva det var jeg ønsket å finne ut. Min oppgave handler om personsentrert og identitetsbevarende omsorg for mennesker med demens. Jeg fant ut at bokstavene P, I og O passet for min studie. C (Comparison) tok jeg vekk da jeg ikke kommer til å sammenligne ulike tiltak. Ved å bruke PIO skjemaet definerte jeg gode søkeord i søkeprosessen i de utvalgte databasene (Se vedlegg 2- søkematrise).

For å finne aktuelle forskningsartikler til oppgaven, har jeg tatt i bruk ulike databaser.

SveMed + er en skandinavisk database med referanser til fag og forskningsartikler i nordiske tidsskrifter. Cinahl dekker sykepleie, og inneholder blant annet forskningsartikler og bøker. Pubmed er en internasjonal database med tidsskrifter fra blant annet medisin, sykepleie og helsestell. Svemed +, Cinahl og Pubmed er alle databaser for helsefag (Thidemann, 2015, s. 85). Dette er databaser jeg ser på som troverdig da de anbefales av høyskolen. Jeg valgte å ikke søke spesifikt etter nyere forskningsartikler, på grunn av at eldre forskning kan også være relevant. Men forskningen jeg endte opp med er ikke eldre enn ti år. For mer informasjon om den enkelte studie/forskningsartikkel se litteratormatrise (Vedlegg 3). Jeg endte opp med seks studier som brukes i oppgaven. Resultatene fra de inkluderte artiklene vil redegjøres for og drøftes senere i oppgaven. De inkluderte artiklene er godkjent og faglig vurdert.

2.2 Kildekritikk

Med kildekritikk menes å både vurdere og å karakterisere den litteraturen man har funnet. Hensikten med kildekritikk er at den som leser oppgaven skal få ta del i refleksjonene du har gjort deg, og hvilken relevans litteraturen har for å belyse problemstillingen (Dalland, 2017, s. 152). I oppgaven bruker jeg litteratur som jeg ser på som valide og som er relevante for å svare på min problemstilling. Validitet står for relevans og gyldighet (Dalland, 2017, s. 40). Jeg har brukt både primær og sekundærkilder i oppgaven. I sekundærkilder har en forfatter tolket noe av en annen forfatter. Når man bruker sekundærkilder så må en være klar over at feiltolkninger av primærforfatter kan oppstå.

For å analysere forskningen valgte jeg å følge IMRaD-strukturen. IMRaD-strukturen er en anerkjent disponering av tekst i vitenskapelige artikler. IMRaD står for *introduksjon, method, results and discussion* (Thidemann, 2015, ss. 30- 31). Jeg vurderte artiklene ved å svare på følgende spørsmål knyttet til min problemstilling: Hva sier artiklene om identitetsbevarende omsorg og om livshistorie? Sier artikkelen noe om betydningen av kunnskap om livshistorien? Hva sier artiklene om personsentrert omsorg og kommunikasjon? Forteller artiklene noe om beboerens synspunkter og perspektiver? Er artiklene rettet mot personer med demens? Videre vurderte jeg artiklene ut ifra år og hvem forfatterne er. Seks artikler ble inkludert i oppgaven. Jeg har brukt artikler som både er kvalitative og kvantitative studier, samt fagutviklingsprosjekt og feltarbeid. Flere av artiklene jeg har brukt i oppgaven er basert på intervjuer. Dette betyr at forskningens resultat består av meninger og erfaringer til dem som er intervjuet. Dette bør tas til etterretning. Et eksempel på dette er studien til

Berit Seiger Cronfalk, Astrid Nordberg og Britt- Marie Ternestedt (2017) hvor hensikten med studien var å få en forståelse for hvordan personer med demenssykdommer opplevde den endrede livssituasjonen etter å ha flyttet på sykehjem. En negativ side ved denne studien er at intervjuene er av pårørende og ikke av beboerne ved sykehjemmet. Jeg valgte allikevel å inkludere denne artikkelen med i oppgaven for å trekke inn pårørende som et verktøy.

To av artiklene er på norsk og fire av dem på engelsk. Å velge engelske artikler kan gi språk utfordringer i forhold til tolkning av teksten. Dette kan ha ført til misforståelser.

Jeg har brukt kildehenvisninger i teksten hvor jeg viser hvilke bøker og hvilke artikler jeg har hentet informasjon fra. På denne måten gjør jeg det mulig for andre lesere å finne fram til samme informasjon (Dalland, 2017, s. 168).

Jeg har brukt søkeordene og ulike kombinasjoner av søkeordene demens, individuell tilpasset omsorg, kommunikasjon, mestring, sykehjem, livshistorie, kunnskap, dementia, communication, care, knowledge, elderly, nursing home, lifestory, life story books og individual care (Se vedlegg 2- søkematrise). Ved å bruke andre søkeord ville jeg nok ha fått andre treff, noe som ville ha påvirket innholdet i oppgaven.

Artiklene jeg har funnet ligger som vedlegg i slutten av oppgaven, hvor jeg viser en litteraturmatrikse over utvalgte artikler. I hovedsak handler artiklene om redskaper i forhold til identitetsbevarende omsorg, hvordan kjennskap til beboernes livshistorie kan brukes i omsorgen og hvordan relasjoner skapes, samt perspektiver fra helsepersonell, pårørende og beboere.

2.3 Etiske overveielser

Etiske overveielser handler om å følge regler og å tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet medfører (Dalland, 2017, ss. 235- 236). I forskningsartiklene jeg har valgt å bruke er informantene anonymisert. Når datamaterialet er anonymt er det ikke mulig å knytte enkeltpersonene til opplysningen (Dalland, 2017, s. 239). Det har også kommet fram i artiklene at informantene har fått informasjon om studiet, men om alle beboere har forstått hva de har vært med på er uklart. Forskingen jeg har brukt i oppgaven er publisert i Høgskolens godkjente databaser. I henhold til retningslinjene for bacheloroppgave skriving ved Høgskolen på Vestlandet har jeg fulgt APA6th som referansestil. Ved å bruke APA så har de opprinnelige forfatterne fått anerkjennelse for egen litteratur som jeg har brukt i oppgaven.

3.0 Teoridel

3.1 Personer med demenssykdom

Demens er en felles betegnelse på en tilstand som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer (Engedal & Haugen, 2009, s. 17). Ved demens oppstår det skader i områdene som kalles tinnlinglappene, talamus, hippocampus og den tredje ventrikkel. Dette er områder som er viktig for å kunne huske, lære og bearbeide informasjon. Sykdommen utvikler seg individuelt, hos noen oppstår endringene raskt, mens hos andre utvikler sykdommen over 10-20 år. Sykdomsutviklingen består av tre faser: Mild, moderat og alvorlig grad av demens. Mild grad virker inn på evnen til å klare seg i dagliglivet, ved moderat grad kan man ikke klare seg uten hjelp av andre, og ved alvorlig grad trenger man kontinuerlig tilsyn og pleie. Ved diagnostisering av demenssykdom i Norge brukes det internasjonale klassifikasjonssystemet ICD- 10 (Rokstad & Smebye, 2017, s. 29).

I dag finnes det ingen behandling for demens. Behandling med tilgjengelige antidemenslegemidler gir kun forbigående bedring eller stabilisering av symptomer. Behandlingen må tilpasses den enkelte, og tiltak uten legemidler blir foretrukket (Bondevik & Nygaard, 2012, s. 302). De viktigste behandlingsformene er rettet mot å bevare personens evner og funksjonsnivå (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2016, s. 420).

Ved demens opplever man at minnene forsvinner gradvis. De ferskeste minnene blir først borte, så etter hvert de eldre minnene. Vi kan si at personer med demens lever i øyeblikket, her og nå. Det er ofte de minnene som har hatt størst betydning i livet som er lettest å huske, både gode og vonde minner. Noen minner setter seg i kroppen for alltid. De vonde minnene kan ofte bli mer levende, på grunn av at det psykologiske forsvaret rettet mot disse minnene er blitt svakere. Dette er vanlig hos personer som har opplevd dramatiske hendelser som krig og overgrep, men også hos personer som har hatt bekymringer (Øvereng, 2017, s. 14). Minner som leder til sorg trenger ikke å bety noe negativt. Det kan være godt å få muligheten til å gråte og kjenne på sorg. Det viktigste er å få dele disse minnene og følelsene med en annen (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2014, s. 430).

3.1.0 Demens og Kommunikasjon

Ordet kommunikasjon er på latinsk *comunicare*, og betyr å gjøre noe felles. Kommunikasjon handler om de prosessene vi mennesker påvirker hverandre gjennom. Kommunikasjon angår

minst to parter, og begge parter står foran en utfordring når de skal skape en felles forståelse for det som blir sagt (Rokstad & Smebye, 2017, s. 89). Det er vanlig å skille mellom verbal kommunikasjon og nonverbal kommunikasjon. Verbal- kommunikasjon foregår ved bruk av ord. Vår tolkning av ord handler om vår forståelse av ordet i den sammenhengen det brukes. For å redusere faren for misforståelser må hver enkelt ta ansvar for sin del av kommunikasjonen. Hvis den som snakker uttrykker seg klart og tilpasser språket etter mottakerens evne, kan mottakeren få en mulighet for å forstå det som blir sagt. Dette er viktig i kommunikasjon med personer med demens, hvor evnen til å forstå og oppfatte blir redusert. Ved nonverbal kommunikasjon brukes kroppsspråket vårt. Det kan være kroppsbevegelser, berøring, ansikts- uttrykk og tonen i stemmen. Alle har behov for å kunne uttrykke seg, og dette behovet blir ikke mindre selv om man utvikler demens.

Ved alle demenstilstander foreligger det kognitiv svikt, som innebærer nedsatt oppmerksomhet, nedsatt evne til å lære og svikt i hukommelsen. I boken ” *Personer med demens. Møte og samhandling* ” kan man lese om en undersøkelse laget av Powell (2000) om språklige og kommunikasjonsmessige forandringer. Her har pårørende og pleiere referert til de vanligste forandringene. Undersøkelsen viser blant annet at beboerne gjentar samme spørsmål, forteller samme historie om igjen, har vansker med kommunikasjon når flere er til stede, mister fokus i samtalen, snakker ofte om gamledager og sier ting som ikke er sanne (Rokstad & Smebye, 2017, s. 95).

Språket påvirkes også av demenssykdom, hvor evnen til å oppfatte og forstå det som blir sagt blir svekket. Personer med demens får også vanskeligheter med å uttrykke seg (Solheim, 2015, ss. 20- 25).

Ettersom demens er et samlebegrep for mange sykdommer er det viktig å få fram at de ulike demenssykdommene gir ulike variasjoner når det gjelder språkproblemer. Samlet kaller vi de språklige problemene for afasi (Rokstad & Smebye, 2017, s. 94). Afasi består av tre hovedgrupper: Motorisk afasi, sensorisk afasi og anomisk afasi. Ved motorisk afasi har man svikt i ord- produksjonen og man har vansker med å snakke i hele setninger. Talen er sen og usikker. Ved sensorisk afasi prater man gjerne flytende men setningene som blir sagt er gjerne uten mening. Ord blir byttet om hverandre og evnen til å forstå andres tale er sterkt redusert. Ved anomisk afasi er talen flytende men det brukes mange omskrivninger og man leter etter ordene (Engedal & Haugen, 2009, s. 40).

3.1.1 Kommunikasjonsprinsipper

Sykepleier og annet helsepersonell skal forholde seg til personen med demens slik han eller hun forholder seg til ethvert annet menneske, altså med respekt, empati og ærlighet. Det finnes ulike kommunikasjonsprinsipper som man som helsepersonell kan benytte seg av, som for eksempel realitetsorientering, validering og reminisens. Med realitetsorientering menes å møte personen med demens der han eller hun er, i forhold til tid og sted, og føre personen tilbake til nåtiden. Validering handler om å respektere og akseptere personen slik personen er med sin virkelighetsoppfattelse og sine følelser. Validering er en kommunikasjonsform som styrker identiteten, selvrespekt og verdighet (Solheim, 2015, ss. 207- 208). Reminisens handler om erindringsarbeid, altså å arbeide ut ifra minner. Minnearbeid tar utgangspunkt i evnen til å hente fram personlige og meningsfulle hendelser fra tidligere i livet. Det brukes for å styrke identitetsfølelsen og opplevelsen av kontinuitet i livshistorien (Øvereng, 2017, s. 19). Reminisens kommer jeg tilbake til senere i oppgaven.

3.2 Identitet, personlighet og selvbilde

Identitet, personlighet og selvbilde er begreper som hører sammen. Det handler om det som er unikt for en person, og hvem man føler seg som. Det handler også om hvem man er i kraft av omgivelsenes bekreftelse og i hvilken sammenheng man befinner seg i. Hva skjer så når man får en demensdiagnose? Hverdagen blir forandret og man befinner seg i ukjent miljø. Når mennesker med demens glemmer, blir identiteten truet (Øvereng, 2017, s. 12). Personer med demens får problemer med å utføre oppgaver som de tidligere har klart. De glemmer hvem de er og dette vil begrense mulighetene for å beholde sin identitet. Sykepleiere som arbeider med mennesker med demens kan hjelpe dem med å opprettholde identiteten ved å styrke deres opplevelse av seg selv og sin identitet.

Identitet defineres hos Tom Kitwood som å vite hvem man er, kognitivt og følelsesmessig. Kognitiv svikt innebære at man mister grep om sin egen identitet. Helsepersonell kan bidra til å ivareta den enkeltes opplevelse av identitet, blant annet ved bruk av og kjennskap til vedkommende sin livshistorie (Holm & Husebø, 2015, s. 145).

Personlighet kan beskrives som helheten av en persons karakteristisk måte å reagere på i tanker, følelser og ytre atferd. Personligheten er *meg*, og jeg har *hele meg selv* med gjennom hele livet, også ved utvikling av demenssykdom (Wogn- Henriksen, 2002, referert i Demensguiden 2015, s. 57).

Vårt selvbilde er et speilbilde av de forventningene og holdningene vi har opplevd og opplever fra våre omgivelser. Når personer utvikler demens kan selvbilde endres. Fra å være selvstendig og frisk, til å bli avhengig av andre. Å mislykkes i oppgaver man burde klare kan føles vondt, og det kan oppleves som å bli avkledd mentalt (Engedal & Haugen, 2009, ss. 58-59).

3.3 Personens livshistorie

Livshistorien er kilden til kunnskap om den enkelte beboer. Hvert enkelt menneske har sin egen livshistorie. Livshistorier og tilbakeblikk på livet (reminisens) er nødvendig kunnskap for helsepersonell som arbeider med personer med demens. Pleie og omsorg må tas utgangspunkt i det individuelle og i personens livserfaringer (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2016, ss. 69-70). Etter hvert som demenssykdommen utvikler seg, kan det bli vanskeligere å huske til sin egen fortid, og fortelle andre om livserfaringer som har formet ens identitet. Livshistorie kan være kilde til verdighet og glede, men kan også være en kilde til sorg. Familie og tidligere arbeid er for mange de viktigste temaene innenfor livshistorien, men reiser og hobbyer kan også være temaer som har fått en stor plass i livshistorien (Øvereng, 2017, s. 13).

3.4 Livskvalitet

Siden begynnelsen av 1990- tallet har livskvalitet i økende grad blitt et mål for pasientbehandlingen både nasjonalt og internasjonalt. WHO sin definisjon av livskvalitet lyder som følger: Livskvalitet er *”personers oppfatning av sin livssituasjon innenfor den kulturen og det verdisystemet de lever i, i relasjon til deres egne mål, forventninger, normer og interesser.”* Denne definisjonen retter oppmerksomheten mot viktigheten av personens egne oppfatninger av sin livssituasjon.

Psykologen Siri Næss mfl. har en annen definisjon av hva livskvalitet er:

” En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er positive, og lav i den grad at personens bevisste kognitive og affektive opplevelser er negative”.

Livskvalitet knyttes til enkeltmenneskers indre opplevelse og betegnes som psykisk velvære. Denne definisjonen er godt overførbar for sykepleien. Det å bidra til økt livskvalitet kan handle om å hjelpe mennesker til å søke positive opplevelser og gjøre gode erfaringer samt å tilrettelegge miljøet rundt beboerne slik at det gir muligheter for gode opplevelser (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011, ss. 57-59).

3.5 Joyce Travelbee

Som sykepleieteoretiker har jeg valgt å bruke Joyce Travelbee. Travelbee ble født i New Orleans i USA og bygget sin sykepleierteori på en interaksjonsprosess med fokus på relasjoner mellom sykepleier og beboer (Travelbee, 2001, s. 5).

Travelbees definisjon på sykepleie lyder som følge: «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (2001, s. 29).

Travelbee mener at man som sykepleier skal tenke på pasienten som en person og ikke som en pasient. For å bli kjent med personen må man møte dette individet, oppfatte, respondere og respektere det unike ved personen. For å gjøre dette må man sette personen i fokus og være mottakelig for det man sanser. Man må se hva som skjuler seg under merkelappen ”pasient”. Hvert menneske er forskjellig og reagerer på sin egen individuelle måte (Travelbee, 2001, ss. 140- 141). Den enkelte er enestående og uerstattelig, og ulik alle andre. Å bli kjent med beboeren som person er en forutsetning for å kunne planlegge og utføre sykepleie etter beboerens behov (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011, ss. 216- 221).

Travelbee var opptatt av å se på mennesket som et unikt individ. Vi er alle et individ i vekst, utvikling og endring (Travelbee, 2001, s. 5). En grunntanke hos Travelbee er at den profesjonelle sykepleieren har som oppgave å etablere et menneske-til-menneske-forhold til ”pasienten”. Kjennetegnet for dette forholdet er at man ser på hverandre som et unikt individ. Menneske-til-menneske-forholdet kommer ikke av seg selv, det bygges opp dag for dag (Travelbee, 2001, s. 171). Travelbee deler inn fasene i utviklingen av et menneske-til-menneske- forhold i fem deler: Det innledende møte, fremvekst av identiteter, empatifasen, sympati og medfølelse, og gjensidig forståelse og kontakt.

Den første oppfatningen dannes under det innledende møte. En trekker her slutninger på bakgrunn av tegn fra den andre, og ved verbal og nonverbal kommunikasjon. Hvis førsteinntrykket er godt er det trolig på grunn av at sykepleier oppfyller behovet for anerkjennelse som et unikt menneskelig individ. Sykepleierens oppgave er å respondere på alle hun har omsorg for, som menneskelige individer. Når sykepleier ser på den syke som et unikt individ går forholdet inn i en ny fase, hvor begges identiteter begynner å tre fram.

I neste fase, framvekst av identiteter, blir evnen til å verdsette den andre som et unikt menneskelig individ til, sammen med evnen til å etablere tilknytning til den andre. I denne fasen begynner sykepleieren og den syke å knytte seg til hverandre. Sykepleier begynner å forstå hvordan den andre føler, tenker og oppfatter situasjonen. Sykepleier sin oppgave er å bli bevisst på hvordan hun oppfatter vedkommende, og i hvilken grad hun er i stand til å se det unike ved menneske. Ved empatifasen blir evnen til å leve seg inn i eller ta del i den andre psykiske tilstand til. Å føle empati er å knytte seg til den andre og oppleve nærhet og en opplevelse av å forstå. Sympati og medfølelse handler om at man oppriktig føler at den andres plager angår en, og at man ønsker å hjelpe vedkommende. Ved å vise sympati og medfølelse vil den syke få tillit til sykepleieren, men tillit må opptjenes. Sykepleier må bevise at hun er til å stole på. I den siste fasen, gjensidig forståelse og kontakt, oppstår når sykepleieren og den syke har gått gjennom de fire første fasene, altså det innledende møte, framvekst av identiteter, empati og sympati og medfølelse. Det handler om måten sykepleier og ”pasient” oppfatter hverandre på og danner grunnlaget for et menneske- til- menneske- forhold. I forholdet som nå har oppstått mellom sykepleier og ”pasient” er kommunikasjon det viktigste redskapet en sykepleier har (Travelbee, 2001, ss. 186- 211).

3.6 Kitwoods teori om personsentrert omsorg

Tom Kitwood, professor i sosialpsykologi, har introdusert begrepet personsentrert omsorg i forhold til demens. Kitwoods ønske har vært å endre demensomsorgen fra ”fokus på sykdommen til fokus på personen” (Rokstad & Smebye, 2017, s. 70).

Han beskrev en teori for god demensomsorg, og presenterte en mer nyansert innfallsvinkel og forståelse av personen som blir rammet. Et grunnleggende mål i demensomsorgen er at personen med demens blir møtt som et individ, uansett alder, lidelse og skader. Å forholde seg til personer med demens krever at helsepersonalet har kunnskaper, er gode lyttere og interesserer seg for hvem personen med demens er (Solheim, 2015, ss. 54- 55).

Kitwood la frem fem grunnleggende psykologiske behov hos personer med demens. Det er behovet for identitet, trøst, tilknytning, inklusjon og beskjeftigelse. Disse behovene er nært bundet til hverandre. Behovsmønsteret vil være ulikt hos hver enkelt og vil variere ut ifra livshistorien og personligheten.

Kitwood definerer identitet som å vite hvem man er, både kognitivt og følelsesmessig. En kognitiv svikt kan føre til at man mister grepet om sin egen identitet. I følge Kitwood bør

helsepersonalet ha kjennskap til livshistorien og vise empati for å ivareta personens opplevelse av identitet.

Behovet for trøst innebærer både nærvær, føle seg trygg, samt lindring av sorg og smerter.

Personer med demens kan blant annet trenge trøst for hjemlengsel og for å bli forlatt. En måte å hjelpe personen med demens på kan være en- til- en kontakt og fysisk kontakt ved berøring.

Et annet behov er behovet for tilknytning. Personer med demens befinner seg ofte i

situasjoner som oppleves uforståelige, og kan ha et sterkt tilknytningsbehov. Ved at

helsepersonalet gir fysisk berøring til personen kan en møte dette behovet og gi en mulighet

for en tilknytning. Når det gjelder inklusjon, mener Kitwood at vår menneskelige natur er

sosial, og at dersom dette behovet ikke blir møtt, vil personen mest sannsynlig trekke seg

tilbake. Om helsepersonalet møter behovet for inklusjon kan personen få en opplevelse av å

være med i felleskapet. Behovet for beskjeftigelse handler om å delta i livsprosessen som

oppleves meningsfull for den enkelte. Det handler om å få muligheter til å ta i bruk egne

ressurser og evner. Dette behovet kan også være tilstede hos en person med demens. (Holm &

Husebø, 2015, ss. 143- 145).

4.0 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg belyse og drøfte oppgavens problemstilling, «*hvordan kan sykepleier tilrettelegge for personsentret og identitetsbevarende omsorg i møte med personer med demens?*», på bakgrunn av utvalgt litteratur og egne erfaringer.

Å utøve en personsentrert og identitetsbevarende omsorg for mennesker med demens kan være krevende og omfattende. Det stilles krav til helsepersonalet om kompetanse, kunnskap og bevissthet i forhold til hvordan egne holdninger påvirker kvaliteten på den omsorgen som gis (Solheim, 2015, s. 251). Det finnes ikke en oppskrift på hvordan man kan tilrettelegge for personsentrert og identitetsbevarende omsorg, men det finnes ulike verktøy for å forstå hvordan man kan møte personer med demens på en best mulig måte og hvilke holdninger hos helsepersonalet som må ligge til grunn.

4.1 Personsentrert og identitetsbevarende omsorg

Personsentrert omsorg innebærer at det må være et samarbeid mellom helsepersonell og den enkelte beboer som mottar hjelp. På grunn av at demenssykdom utvikler seg over tid, vil kunnskap om ulike omsorgstiltak være relevant. Ulike omsorgstiltak vil ha ulik effekt på de ulike stadiene i demensutviklingen. Det vil være viktig å individualisere omsorgstiltakene, slik at de er tilpasset den enkelte (Holm & Husebø, 2015, ss. 63- 65).

Kitwood (sitert i Rokstad & Smebye 2017, s.70) mener at vi må komme bort fra ensidig vektlegging av demenssykdommen og heller legge vekt på den enkelte sin opplevelse og håndtering av sykdommen. Han mener videre at demensbildet hos den enkelte beboer er et resultat av en interaksjon mellom personlighet, livshistorie, helse, nevropatologi og sosialpsykologi. Personligheten er et resultat av vår personlige utvikling samt de ressursene vi har. Livshistorien er våre livserfaringer. Helse handler om både somatisk og psykisk helse. Nevropatologi handler om endringer i hjernen som følge av sykdommen, og sosialpsykologi handler om relasjoner og omgivelsene rundt oss. For å møte mennesker med demens trenger vi en personsentrert omsorg. Dette innebærer å se hele mennesket, og å legge til rette for at den enkelte beboer skal kunne opprettholde sin selvstendighet så lenge som mulig. Vi må respektere den enkeltes identitet gjennom hele sykdomsforløpet.

Frykten for å miste sin egen identitet må være skremmende. Kitwood definerer identitet som å vite hvem man er både kognitivt og følelsesmessig. En kognitiv svikt, som demens, kan påvirke muligheten for å opprettholde identiteten som er skapt gjennom livet man har levd (Holm & Husebø, 2015, s. 145). En viktig oppgave for helsepersonell i arbeid med mennesker med demens er å opprettholde pasientens personlige identitet på tross av den sviktende mentale funksjonen. Bekledning, sminke og hvordan man ser ut på håret har mye å si for identitetsfølelsen. Dersom man alltid har gått i dress, skjorte og slips, og blir plutselig ikledd i joggebukse vil identitetsfølelsen bli svekket.

Øvereng mener at å finne fram til aktiviteter som er tilpasset hver enkelt person er viktig og kan være en god måte å styrke identiteten på (2017, s. 21). Personsentrert og identitetsbevarende omsorg handler om å se den enkelte. Hva ønsker den enkelte beboer? Den enkelte beboer må møtes med respekt, anerkjennelse og tillit. Dette er med på å styrke livskvaliteten. Når personer med demens deltar i aktiviteter som betyr noe kan egenverd og egne mening styrkes (Johansen, 2010). Man kan skape gode øyeblikk for den enkelte beboer.

4.2 Kjennskap til den enkeltes livshistorie

I arbeid med personer med demens er det viktig å kjenne til den enkeltes livshistorie. Dette gjør oss bedre i stand til å se hele mennesket. Dette fremheves av Anne Marie Mork Rokstad i heftet *Jeg er minnene mine*. For å møte personer med demens som unike individer må vi kjenne til deres livshistorie, bakgrunn og viktige verdier (Rokstad 2017, s.7). Dette er kjernen i personsentrert omsorg.

At en person har demens innebærer ikke at sykdommen er det eneste ved denne personen. Personligheten har fortsatt friske sider. Man kan bruke opplysninger fra fortiden som en bro til nåtiden ved å ha gode samtaler om episoder fra tidligere i livet (Solheim, 2015, s. 208). Eksempler på slike episoder kan være tidligere bosted, dyr, yrke, arbeidssted og familie. Rokstad og Smebye skriver at bakgrunnsopplysninger er nødvendig for at en skal kunne støtte opp om den enkelt beboers identitet og å kunne forstå å tolke beboernes utsagn (2017, s. 21). Dette beskriver også Jan Kåre Hummelvoll da han skriver at å ha kjennskap til beboernes tidligere karakter og livshistorie vil være til nytte for å kunne se menneske bak demenssykdommen (2014, s. 412).

Livshistorien kan komme fra beboeren selv, eller fra pårørende. Skjemaet for kartlegging av personopplysninger: *Min livshistorie*, utarbeidet av Nasjonal kompetansetjenester for aldring og helse er et bra redskap. Skjemaet er ment som en hjelp for personer som har fått en demensdiagnose, eller av andre grunner har problemer med hukommelsen. Den enkelte bør selv bestemme hva det skal opplyses om, og gi tillatelse til at helsepersonalet gjør seg kjent med opplysningene. Hensikten er at helsepersonalet får informasjon for å hjelpe personen til å opprettholde identitet, selvilde og at gode opplevelser fra livshistorien blir husket. Ved hjelp av opplysningene kan helsepersonalet tilrettelegge for en bedre hverdag med individuelt tilrettede aktiviteter og samtaler (Helsebiblioteket, 2012).

Pårørende er ofte de viktigste ressurspersonene til personer med demens. Det er pårørende som kjenner personen best, og når minner blir glemt kan pårørende hjelpe til å bringe minnene fram. Det blir viktig for sykepleier å informere pårørende om at kunnskap om livshistorien har betydning for helsepersonellet. På denne måten forteller sykepleier at personalet ønsker å bli kjent med personen, og at vedkommende ikke er bare en av mange på avdelingen. I følge Travelbee bør sykepleier gå inn for å bli kjent med pårørende. Hun bør snakke med dem og lytte til dem. Det vil bety mye for familien at sykepleieren viser at hun ønsker å forstå, og forstår, hvilke påkjenninger de gjennomgår (Travelbee, 2001, s. 259).

Personer med demens vil ofte befinne seg på andre steder i tid og rom, og forståelsen av hva som foregår kan være helt annerledes enn det helsepersonellet oppfatter. Hukommelsen er knyttet til tidligere hendelser i livet, og det er her innfallsporten til kommunikasjonen ligger. Det som skjer i nåtiden kan oppleves uforståelig og fremmed. Å hente opp minner fra fortiden

kan gi trygghet og bekreftelse på hvem man er. Slik informasjon om beboerens tidligere liv kan gi helsepersonellet muligheter for å oppnå kontakt (Engedal & Haugen, 2009, s. 295). Gjennom årene jeg har arbeidet på aldershjem har jeg selv oppdaget viktigheten av å ha kunnskap om den enkelte beboers livshistorie. Man kan på denne måten få en større forståelse av hvorfor beboerne handler og opptrer som de gjør. I samtaler med personer med demens har helsepersonalet kontroll over samtalen. Dersom man ikke kjenner til beboernes bakgrunn, blir det vanskelig å holde samtalen i gang, og forstå hva beboerne mener og ønsker. Når man kjenner til livshistorien til beboerne vil personens væremåte og interesser bli klarere og man ser ikke bare sykdommen (Engedal & Haugen, 2009, s. 302). Kjennskap til beboerne og deres livshistorie er et sentralt funn i litteraturen.

I artikkel til Cronfalk, Nordberg og Ternestedt (2017) viser funnene at selv om beboerne led av demens, ble det presisert at de forble de samme personene. Ifølge artikkelen er det rimelig å tro at gamle vaner, som for eksempel å lese aviser er verdifull i seg selv, selv om lesing og forståelse av innholdet ikke lenger er mulig. Forholdet mellom familie og beboer ble beskrevet som viktig i hverdagen. Gjennom familie kunne beboerne opprettholde forbindelser med tidligere hjem, nabolag og minner. Gamle og nære relasjoner var viktig for å få følelse av tilhørighet.

Det å ha informasjon om beboernes personlighet, væremåter, interesser og behov, er viktig for å tilrettelegge for personsentret og identitetsbevarende omsorg. Men har det bare positive sider?

Livet og interesser forandrer seg over tid. Interesser som tok stor del av livet før er gjerne ikke like interessant i dag. Studiet til Berendonk og Caine (2016) viser nettopp dette. Studien viser en skepsis fra helsepersonalets side. Helsepersonalet opplevde at flere av beboerne ikke fortalte reelle historier fra livet og pårørende måtte hjelpe til for å bekrefte eller avkrefte om det som ble sagt stemte. Helsepersonalet ønsket troverdige historier slik at omsorgen kunne planlegges deretter. Enkelte av helsepersonalet følte at å lage livshistoriebøker tok for mye tid og var for omfattende. En av helsepersonalet fortalte at hun var redd for at livshistoriebøker skulle hindre personalet i å oppdage nye sider ved beboerne. Hun mente at alle endrer seg over tid, og det som beboeren likte før, ifølge livshistorieboken er ikke nødvendigvis like viktig i dag. Andre mente at de måtte være åpne for endringer.

Berendonk og Caine understreker viktigheten ved å systematisk vurdere informasjon om livshistorien til beboeren, registrere denne informasjonen, diskutere dette med kollegaer og sette dette i sammenheng med det som er viktig for personen nå i dag. Funnene i denne

doktorgraden viser at helsepersonalet må utvide sin kunnskap om demens, og betydningen av livshistorien og identiteten til beboerne. Helsepersonalet trenger videre veiledning hvor de kan bruke informasjonen om livshistorien i praksis.

Funnene i artikkelen til Drageset, Normann og Elstad (2013) viser at det kreves tid og tålmodighet fra helsepersonellens side dersom pasienten glemmer, gjentar og har usammenhengende tale. Livshistorien kan bidra til å ivareta personens vaner, aktiviteter og interesser gjennom livsløpet. Beboernes fortellinger synliggjør hva som er viktig å videreføre i sykehjemmet, som kan bidra til opplevelse av kontinuitet og identitet. Å lytte aktivt til det personen formidler, kan blant annet gi innsikt i hvordan det erfarer å leve med demenssykdom.

4.3 Etablere et menneske- til- menneske-forhold

Menneske- til- menneske- forholdet er karakterisert av en viss måte å tenke, oppfatte, føle og handle på. Beboeren blir behandlet som et unikt menneske, og ikke som en sykdom eller et romnummer. Et kjennetegn på et menneske- til- menneske- forhold er at den enkelte beboer blir ivaretatt (Travelbee, 2001, s. 178).

Hvordan hver enkelt klarer å skape gode relasjoner med personen med demens, blir avgjørende for omsorgen til beboeren. I følge Travelbee vil all kontakt sykepleieren har med den hun har omsorg for, være et skritt på veien mot et menneske- til menneske- forhold. Dette gjelder spesielt hvis hun går bevisst inn for å lære den syke å kjenne, og å finne fram til og ivareta behovene til den enkelte (Travelbee, 2001, s. 171). God omsorg tar utgangspunkt i hvem personen er, og dette gir grunnlag for en god relasjon.

Hvilken betydning har det å etablere et menneske- til- menneske- forhold i demensomsorgen? Ved å anerkjenne den enkelte beboer som et unikt individ vil sykepleier fange opp hvordan beboeren tenker, føler og oppfatter situasjoner (Travelbee, 2001, s. 189). Et menneske- til- menneske- forhold vil skape tillit, trygghet og få den enkelte til å føle seg inkludert og verdifull. Det at beboerne føler trygghet blant helsepersonalet vil påvirke hverdagen. I arbeid med personer med demens har jeg erfart at trygghet er spesielt viktig for at beboerne skal ha det bra.

4.4 Kommunikasjon

Som sykepleier er evnen til å kommunisere og skape tillit et av våre viktigste arbeidsredskaper. Sykepleieren har ansvar for å legge til rette for god kommunikasjon (Fjørtoft, 2016, s. 179). Personer som rammes av demens utvikler økende intellektuell svikt, men ikke følelsesmessig svikt. Helsepersonell må kjenne til de forandringene demenssykdommen utløser og arbeide ut ifra det. Det er viktig at helsepersonellet stiller seg åpen og tilgjengelig for å fange opp de signalene beboerne gir. Hvordan man hjelper bør gis på bakgrunn av kjennskap til beboernes tidligere opplevelse av situasjonen. (Rokstad & Smebye, 2017, s. 67).

I møter mellom beboer og sykepleier foregår det en kommunikasjon, både under samtaler og i taushet. Beboeren kommuniserer gjennom ansiktsuttrykk, holdninger og atferd, og det samme gjør sykepleier overfor beboeren. Gjennom kommunikasjon blir sykepleier og beboer kjent med hverandre. Å bli kjent med hver enkelt som en person er en forutsetning for å kunne utføre god sykepleie (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011, s. 221). Her dukker det opp ulike utfordringer i arbeid med mennesker med demens. Det kan blant annet bli vanskelig å opprettholde kontaktforholdet mellom sykepleier og beboer på grunn av den kognitive svikten som demenssykdommen medfører, og det kan oppstå utfordringer når pasienten ikke klarer å huske helsepersonalet fra dag til dag.

Hvordan kommunikasjon med personer med demens skal foregå handler mye om pleiernes vurdering av her og nå situasjonen, og hvordan den enkelte beboer har det. Travelbee drar fram at for å skape relasjon er kommunikasjon et viktig redskap og på den måten kartlegge den sykes behov (Travelbee, 2001, s. 142). En tillitsfull relasjon kan være lettere å få til enkelte dager enn andre. Om man kommer inn til en beboer med demens om morgenen, og han spør når han skal begynne på arbeid i dag, er det vel gjerne greit å fortelle at i dag har du fri. Sykepleier opplever da at beboeren slapper av og ikke tenker mer på arbeid og plikter. Å ha kunnskaper om beboeren og en forståelse overfor denne samtalen på morgenen, vil være avgjørende for en god kommunikasjon. I andre situasjoner ville gjerne realitetsorientering vært et bedre valg, og fortelle beboeren at han er på sykehjem. Denne typen realitetsorientering kan være trygghetsskapende hos beboere som er desorientert.

Jeg har erfart at selv om man har kunnskaper om demens som sykdom, og hvordan man bør bruke kunnskap om kommunikasjonen som et redskap, vil kommunikasjonen variere fra dag til dag.

Enkelte dager vil kommunikasjon skape gode relasjoner som gjør at man får tillit, og man kommer fort i prat og får gjennomført daglige gjøremål som vask og stell. Andre dager får man ikke dette til. Man må da gjerne tenke annerledes.

Hvordan vi velger å kommunisere med forskjellige beboere vil være ulikt. Dette handler om at vi alle har forskjellige identiteter, livshistorier og behov. I kommunikasjon handler det om å ha forståelse av at vi alle er forskjellige individer. Det handler ikke bare om beboerens form den dagen, men også om hvor beboeren er i forløpet av sin demenssykdom. Personer med demens er enkeltindivider og sykdommen kan opptre ganske ulikt fra person til person, og kan med det ha ulike behov. En beboer med demens som stadig tar en tom kopp og dunker den i bordet kan bety at koppen er tom og at en ønsker påfyll av kaffe. En annen som gjør det samme kan ha en annen intensjon som for eksempel å få oppmerksomhet, gjerne at beboeren har vondt eller må på toalettet. Å ha en personsentrert tilnærming vil her være viktig.

4.4.1 Trening i kommunikasjon

Funnene i artikkelen til Eggenberger, Heimerl og Bennett (2013) viser at trening i kommunikasjon i demensomsorgen forbedrer kvaliteten på omsorgen. Trening i kommunikasjon øker bevisstheten for pleiernes forståelse av demens. Det danner en bedre forståelse av utfordringer som kan oppstå i hverdagen, og om de mulighetene kommunikasjon kan gi. Det ble påvist syv områder som påvirker kommunikasjonsferdighetene: verbale ferdigheter, nonverbale ferdigheter, oppførsel, egne erfaringer, holdninger, teoretisk kunnskap og bruk av verktøy.

I studien *livshistoriebøker til mennesker med demens* av Elfrink, Zuidema, Kunz og Westerhof (2018) ble det brukt tradisjonelle livshistoriebøker, digitale livshistoriebøker og livshistoriefilmer. Det ble brukt ulike materialer som fotografier, musikk, fortellinger, historier, sitater og nyhetsartikler. Ektefeller, pårørende og omsorgspersoner var med på å lage bøkene. Funnene viser at det ble en forbedring i forhold til kommunikasjon og samhandling mellom beboer og helsepersonell. Det ble også en forbedring av holdninger til personalet. Ingen negative effekter ble rapportert i studien.

Denne systematiske gjennomgangen bekrefter at bruk av livshistorie bøker for å støtte reminisens og person-sentrert omsorg er lovende.

4.4.2 Ta seg tid og lytte

I den daglige kommunikasjonen er det vanlig med et raskt tempo. Samtaler foregår ofte under måltider eller under ulike aktiviteter. Når kommunikasjonsevnen blir svekket er det viktig at man tilpasser innholdet i samtalen og tempoet, og sørger for at personen med demens har muligheter for å kunne konsentrere seg om det som blir sagt. Dette kan gjøres ved å sørge for ro i rommet ved å slå av tv og andre forstyrrelser, og lytte til beboeren og vente på svar (Øvereng, 2017, s. 23). Å ta seg god tid gjør en stor forskjell for den man kommuniserer med. Mange eldre vil ikke være til bry og unnskylder seg. Det vil da bli viktig å forklare beboeren at man har god tid og at man fremstår interessert.

Ved ordleting hos beboeren er det vesentlig å forstå hva beboeren prøver å fortelle. Det er viktig å være varsom, ikke styre samtalen, selv om dette gjerne kan bli fristende (Solheim, 2015, s. 209). Det blir her en utfordring for sykepleieren hvor man balanserer mellom å lede beboeren på rett vei og å overta samtalen. Øvereng (2017, s. 23) mener at ved å rette på beboeren kan man risikere at samtalen stopper opp. Den gode samtalen oppnås i rolige omgivelser, når man lytter til og kjenner beboeren. Man kan bruke dagliglivets situasjoner som for eksempel ved morgenstellet eller ved frokosten, hvor man kan starte samtaler omkring interesser, familie eller annet som er kjent fra beboerens livshistorie. Etter hvert som sykdommen utvikler seg vil beboerne få problemer med å sortere minnene. Man må ta tak i det som beboeren sier og gi det en plass i nåtiden (Solheim, 2015, s. 175).

Som helsepersonell bør man prøve å unngå å dominere samhandlingen, men heller lokke fram pasientens ønsker og behov (Rokstad & Smebye, 2017, s. 69). For å kunne kommunisere og møte mennesker med demens må man som helsepersonell jobbe med egne holdningene. Man må tenke over hvorfor man gjør som man gjør, og hvorfor vi kommuniserer som vi gjør. Hvilke behov har denne beboeren? Dersom sykepleier kun forholder seg til diagnosen demens, er det en fare for at beboeren sin identitet viskes ut. Dette kan prege videre samhandling.

Jeg har også gjort feil i samtaler med personer med en demensdiagnose, og valgt enkle løsninger for hvordan jeg har forholdt meg til beboere. Studiet i sykepleien har fått meg til å reflektere over hvordan jeg opptrer og kommuniserer med beboere. Det har også fått meg til å tenke gjennom hvordan jeg skal gå fram for å kunne samhandle på best mulig måte.

Helsepersonell må være villig til å reflektere og tenke over hva som kunne vært gjort annerledes. Hva er så refleksjon? Refleksjon er en mental prosess som handler om å tenke gjennom hendelser eller situasjon og konsekvenser av disse. Å reflektere betyr å ”vende tilbake til noe”. Man vender tilbake til tidligere erfaringer og situasjoner man har vært i og reflekterer over disse (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011, ss. 194- 195).

4.4.3 Reminisens- Å minnes livet

Å minnes historier fra fortiden kan tydeliggjøre hvem man er. Vi kan bruke reminisens for å bevisstgjøre beboerne om deres tidligere selvtillit og kompetanse. Det finnes mange ulike verktøy man kan bruke innenfor reminisens. Man kan blant annet bruke gjenstander, lukter, smaker og musikk (Rokstad & Smebye, 2017, ss. 103- 104). Et annet eksempel på verktøy er Memoria, som er en digital minnebok som formidler livshistorien. Dette har Elise Tinnan Gjeldseth og Marthe Tverbakk Tjærandsen skrevet om i heftet *Jeg er minnene mine*. Helsepersonellet kan bruke Memoria på nettbrettet. Pårørende oppretter og oppdaterer brukernes profil, og helsepersonellet kan enklere bli kjent med personene. På Memoria profilen kan man ha bilder fra oppveksten og bilder av familie og venner. Helsepersonellet kan på denne måten ha gode samtaler om det som skjer på bildene (Øvereng, 2017, ss. 27-28). Men her er det viktig å innse at ikke alle beboere på sykehjem ønsker å benytte seg av slik teknologi, samt at noen beboere kan bli forvirret.

Ved å bruke minnearbeid som verktøy vil dette oppleves meningsfylt for både beboerne og sykepleierne. Minnearbeid kan brukes for å bygge opp igjen identiteten, men sykepleieren må ønske å bruke minnearbeidet for å oppnå den kontakten hun ønsker med beboeren. En forutsetning for å bruke minnearbeid er at sykepleieren er en god lytter og har nok informasjon om pasientens livshistorie. Ved å bruke minnearbeid som redskap kan man styrke personenes bevissthet om egen livshistorie og gjøre identiteten tydeligere for helsepersonellet (Øvereng, 2017, s. 19). Jeg har selv sett hvordan dette skaper glede hos beboere, og hvordan tidligere minner gir dem en følelse av stolthet.

Men hvordan er det med vonde minner? Bør vi konsentrere oss om de gode minnene eller skal vi også inkludere de vonde? Ken Heap mener at minnearbeid har visse begrensninger når det gjelder personer med demenssykdom. Ved en kognitiv svikt vil personen blant annet miste evnen til å tolke, forstå og reflektere over minnene som dukker opp. Å tenke fortid og framtid blir vanskelig. Noen minner kan være vonde og fortrenge (Solheim, 2015, s. 174).

Reminisens blir beskrevet som et godt verktøy, men det forutsetter at helsepersonalet har evnen til å lytte, tar seg tid og har god kunnskap om personen.

4.5 VIPS- metode for en personsentrert omsorg i hverdagen

VIPS er en metode som løfter fram perspektivet til personen med demens og gir helsepersonellet mulighet til å lære hva personsentrert omsorg betyr i praksis (Aldring og helse, 2017). Metoden er en videreutvikling av Kitwoods teorier som ble utført av hans kollega Dawn Brooker, psykologspesialist og professor. VIPS bygger på fire elementer:

- V- Verdi: Anerkjennelse av menneskets absolutte verdi uavhengig av alder eller kognitiv funksjon.
- I- Individuell tilnærming: En individuell tilnærming som vektlegger det unike hos det enkelte menneske.
- P- Perspektiv: Evnen til å forstå verden sett fra personens perspektiv.
- S- Støtte: Støttende tilrettelegging av det psykososiale miljøet på en slik måte at den enkelte person med demens kan oppleve trivsel og velvære.

Det er utviklet et sett med spørsmål som belyser de fire elementene og som brukes som grunnlag for faglige diskusjoner og refleksjoner (Solheim, 2015, ss. 252- 253).

VIPS involverer alle helsepersonell, og dermed blir personsentrert omsorg innarbeidet i de daglige rutinene.

Personalet holder møter hvor en beboer er i fokus og det diskuteres behandling, pleie og omsorg (Solheim, 2015, s. 253). Primærkontakten er talsperson for beboeren og presenterer en situasjon som skal diskuteres ut fra beboerens perspektiv. Primærkontakten må på forhånd ha satt seg inn i situasjonen gjennom samtaler med beboeren og pårørende. Ut ifra fokusområde utarbeides det en tiltaksplan, hvor det enkelte tiltak er rettet mot å ivareta beboer og tilpasse pleien.

Hva er viktig for beboeren nå? Hvordan kan vi tilrettelegge tiltakene?

Hensikten med dette rammeverket er å øke refleksjonsnivået til personalet og fremme en kultur som preges av personsentrert omsorg (Solheim, 2015, ss. 252-253). Dette underbygges

også av fagutviklingsprosjektet til Guri Rosseland Rummelhoff, Kari Lislerud Smebye og Birgitte Tombre (2016), hvor VIPS ble introdusert på et sykehjem som metode for å fremme en personsentrert omsorg. Målene ved dette prosjektet var blant annet å styrke beboernes identitet, legge til rette for individuelle aktiviteter og øke kompetansen hos ansatte. Funnene i forskningen sier at VIPS er et godt verktøy for å yte personsentrert omsorg.

Fagmøtene som ble foretatt viser et større behov for oppdaterte bakgrunnsopplysninger for å kunne tilpasse tiltak til den enkelte beboer. Fagmøtene bidro til en større kompetanse og et større faglig engasjement, men funnene viste også at personsentrert omsorg utfordres av krav om effektiv budsjettbalanse. Med lite bemanning var det derfor nødvendig med prioriteringer og fleksibilitet i hverdagen for å klare å gjennomføre fagmøtene.

VIPS som metode kan regnes som et godt verktøy for å få personsentrert omsorg inn i daglige rutiner, likevel virker det som et omfattende arbeid som krever mye av helsepersonellet.

Hvordan fungerer denne metoden i praksis? Blir situasjonene som tas opp på møtene fulgt opp? Blir behovet for fagmøter nedprioritert når bemanningen er lav?

4.6 Hindringer til en personsentrert og identitetsbevarende omsorg

4.6.1 Holdninger

Omsorg er basert på holdninger, normer og verdier. God omsorg tar utgangspunkt i hvem personen er, og dette gir utgangspunkt for en god relasjonsetablering. En god relasjon er ofte nøkkelen for å lykkes til å skape en god omsorg. Demensomsorgen har endret seg over tid, og det kan settes spørsmålstegn ved om omsorgen har gått fra å være "personsentrert og identitetsbevarende" til å bli "oppgavefokuseret"? Travelbee undrer seg over hvorfor enkelte sykepleiere oppfatter beboere som arbeidsoppgaver. Har sykepleiere mistet evnen til å oppfatte hvert enkelt menneske som et unikt individ? (Travelbee, 2001, s. 65).

Dersom vi er for "oppgavefokuseret" hva blir da nedprioritert? Endringer i demensomsorgen må skje der hvor arbeidet foregår, altså på sykehjem.

Cronfalk, Nordberg og Ternestedt (2017) skriver at sykehjemets miljø og beboernes forhold til de ansatte er viktig for at beboerne skal føle seg akseptert. Det kreves omsorg fra de ansatte. Manglende forståelse fra helsepersonalet kan få en negativ innvirkning på beboernes selvrespekt og identitet. Helsepersonalet må reflektere over at egne holdninger kan påvirke relasjonen til beboerne. Man skal forholde seg til personen med demens slik man forholder

seg til ethvert annet menneske. Travelbee mener at man skal møte personen med respekt, ærlighet og empati. Den andre må oppfattes og behandles som et unikt individ, og ikke en sykdom eller en jobb som skal gjøres (Travelbee, 2001, s. 178).

Når en person utvikler demens, er det lett å tenke at personen mangler innsikt i sin egen situasjon, og at personen ikke lengre vet sitt eget beste. Dette kan føre til at den demensrammedes autonomi blir overkjørt. I alle faser av demenssykdommen kreves etisk bevissthet og refleksjoner hos sykepleier. Kunnskaper om pasientens tidligere verdier og normer er til hjelp når en må ta avgjørelser på beboerens vegne (Rokstad & Smebye, 2017, ss. 76- 78). Etikk er viktig for utøvelse av god sykepleie, fordi sykepleie er et moralsk og etisk yrke. Etikken skal bidra til en bevisstgjøring til å se beboernes behov, og bidra til refleksjoner over hva som er for beboernes beste (Nortvedt, 2016, s. 11). Jeg tenker at det er en forutsetning som sykepleier å ta godt vare på beboerne, og handle ut fra hva som er det beste for den enkelte.

I følge Pasient- og brukerrettighetsloven skal befolkningen ha lik tilgang på tjenester av god kvalitet. Loven skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd (Pasientogbrukerrettighetsloven, 2018). I de Yrkesetiske retningslinjene (2016) står det at som sykepleier har man et ansvar for å ivareta den enkelte personens verdighet, integritet og omsorg.

I demensomsorgen bør man ha en evne til å være til stede, være åpen og ha en fordomsfri holdning. Man bør være åpen for forandringer underveis i planlagte handlinger og lytte til beboeren. Man må være bevisst på maktbruk, og gi beboeren muligheter for å kunne utføre egne oppgaver selv, så lenge beboeren klarer dette (Rokstad & Smebye, 2017, ss. 72- 75). Når en person får diagnosen demens kan selvbilde forandres. Vi kan se på selvbilde som et speilbilde av de forventningene og holdningene vi har opplevd fra våre omgivelser. Fra å være frisk og selvstendig blir man avhengig av hjelp fra andre. Å mislykkes i oppgaver man tidligere har klart selv kan føles vondt (Engedal & Haugen, 2009, s. 59). Jeg har erfaringer med beboere som har glemt hvordan man bruker kniv og gaffel, og forstår ikke hvordan man fører maten opp til munnen. Andre beboere har feiloppfatninger om gjenstander, hvor enkelte finner på å skal drikke fra en vase eller av et lys. Når dette ikke går blir de forvirret og får gjerne kommentarer fra andre beboere eller helsepersonell. De får gjerne en opplevelse av å gjøre noe feil og blir fortvilet av dette. De føler at noe er galt som igjen skaper engstelse og

utrygghet. Hvordan kjennes det å være usikker på hvilken dag det er og hvilken årstid det er? Hvor er de små barna mine? Det å få en demens sykdom oppleves nok kaotisk og utrygt. Slike reaksjoner bør sykepleier kunne observere og sette dette inn i en sammenheng for å forstå beboeren bedre.

4.6.2 Tid og ressurser

Kari Martinsen mener at vi lever i en hastig tid og pleien utfordres. Hun mener videre at helsevesenet er styrt av økonomi og produksjon, og av et tids og dokumentasjonspress som gjør at pleien blir vanskelig (Fonn, 2019). Blir tidspress og ressurser faktorer som hindrer oss i å rette fokuset mot den enkelte? Mister vi evnen til å se den enkelte som et individ? Blir beboerne arbeidsoppgaver når vi ikke har tid til å se den enkelte?

En individrettet omsorg for personer med demens er tidkrevende. Dette vil ofte stå i konflikt med rammene for tidsbruk i sykehjem. Det er travle dager på sykehjem og sykepleiere har ikke alltid tid til å prioritere livshistoriearbeid. For å kunne gjøre en god individbasert omsorg for en person med demens kreves det ofte økt bemanning. Dette vil kunne gi begrensninger for en individbasert omsorg.

4.6.3 Kompetanse

Økende kvalitetspress i helsevesenet krever at sykepleiere i større grad utformer sykepleien med utgangspunktet i kliniske retningslinjer og standardiserte prosedyrer. Hensikten er å sikre at helsetjenesten er basert på best tilgjengelig kunnskap og at den enkelte person får best mulig hjelp uavhengig av hvem som er på vakt. Kari Martinsen (sitert i Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2014, 106) mener at dette er et viktig grunnlag. Men at det kan også føre til at tjenestene blir preget av rutiner hvis helsepersonalet mangler den nødvendige kompetansen og innsikt i den personsentrerte og individuelle omsorgen. Flere studier viser at helsepersonell mangler nok kunnskap om hva det innebærer at sykepleie og behandling tar utgangspunkt i den enkelte. For å få til en personsentrert og individuell omsorg i sykehjem trengs det blant annet et godt lederskap og et godt samarbeid blant helsepersonellet. Det må investeres i kurser og kompetanseutvikling (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2016, ss. 107- 109).

Norsk sykepleierforbund (2016) skriver i sine yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere om nødvendigheten av god sykepleie, og viktigheten av respekt for hvert enkelt menneske. Sykepleier og helsepersonalets rolle er sentral. De samhandler med og møter personer med demens gjennom hele dagen. Hvordan hver enkelt klarer å skape gode relasjoner med personen med demens, blir avgjørende for omsorgen til beboeren. Opplæring av personalet blir derfor et viktig tiltak i omsorgen for personer med demens.

5.0 Avsluttende kommentar

Etter å ha drøftet litteratur og forskningsartikler har jeg kommet fram til at kjennskap til beboernes livshistorie er viktig for å kunne yte individuell og personsentrert omsorg. Man må arbeide ut fra en individuell tilnærming, og se på beboerne som unike mennesker. Det første steget for en individuell omsorg er å finne ut hvem personen er og har vært. Hvilke interesser har beboeren hatt? Hvilket yrke? Det handler om å bevare identiteten til hver enkelt. Man må skape en god relasjon og en individuell tilnærming.

Ved å ta i bruk verktøyene livshistorie, reminisens, og VIPS, samtidig som man tenker over egne holdninger, viser engasjement og en personsentrert omsorg kan helsepersonell få mer innsikt og kunnskap om den enkelte beboer. Det er en forutsetning at disse verktøyene blir brukt, og at beboerne blir fulgt opp videre. Gjennom funn i artiklene har jeg også oppdaget at individuell og personsentrert omsorg, samt livshistoriearbeid kan by på ulike utfordringer. Blant annet handler dette om mangel på tid, mangel på kurs og negative holdninger fra helsepersonalet, samt nedprioritering fra ledelsen grunnet lav bemanning og manglende økonomi.

6.0 Litteraturliste

- Aldring og helse (2017) VIPS Praksismodell. Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/demens/personsentrert-omsorg/vips-praksismodell/>
- Aldringoghelse. (2017, August 31). *Aldring og helse, Nasjonal kompetansetjeneste*. Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/demens/personsentrert-omsorg/>
- Berendonk, C., & Caine, V. (2016, September 15). *Sage journals*. Hentet fra <https://journals-sagepub-com.galanga.hvl.no/doi/10.1177/1471301216669236>
- Bondevik, M., & Nygaard, H. A. (2012). *Tverrfaglig Geriatri* (3. Utgave. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Brataas, H. (2011). *Sykepleie- Pedagogisk praksis. Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*. 0130, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Cronfalk, B. S., Norberg, A., & Ternestedt, B.-M. (2018, Mars 1). *Wiley Online Library*. Hentet fra <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/scs.12442#accessDenialLayout>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Drageset, I., Normann, K., & Elstad, I. (2013). *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* . Hentet fra <https://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/2563/2410>
- Eggenberger, E., Heimerl, K., & Bennett, M. I. (2012, November 2). *Cambridge University Press*. Hentet fra <https://www-cambridge-org.galanga.hvl.no/core/journals/international-psychogeriatrics/article/communication-skills-training-in-dementia-care-a-systematic-review-of-effectiveness-training-content-and-didactic-methods-in-different-care-settings/D112B4A75092>
- Elfrink, T. R., Zuidema, S. U., Kunz, M., & Westerhof, G. J. (2018, July 2018). *Cambridge University Press*. Hentet fra https://www-cambridge-org.galanga.hvl.no/core/services/aop-cambridge-core/content/view/D1FC858652BD40FC5551356474AEC368/S1041610218000376a.pdf/life_story_books_for_people_with_dementia_a_systematic_review.pdf
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2009). *lærebok. DEMENS. Fakta og utfordringer* (5. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse .
- Fjørtoft, A. K. (2016). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.

- Folkehelseinstituttet. (2018, Mai 14). *Folkehelseinstituttet*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Fonn, Marit. (2019, Februar 19). *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2019/02/kari-martinsen-pleien-tar-den-tiden-den-tar>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2019, Mars 12). *Demensplan 2020*. Hentet fra Regjeringen.no: https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020_kortversjon.pdf
- Helsebiblioteket. (2012). *Helsebiblioteket*. Hentet fra Personopplysninger - Min livshistorie: [https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/alderspsykiatri/retningslinjer/pasientopplysningsskjema-eldre-med-hukommelsesproblemer\(1\)](https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/alderspsykiatri/retningslinjer/pasientopplysningsskjema-eldre-med-hukommelsesproblemer(1))
- Holm, M. s., & Husebø, S. (2015). *EN VERDIG ALDERDOM. omsorg ved livets slutt*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Hummelvoll, J. K. (2014). *HELT- IKKE STYKKEVIS OG DELT* (7. utg.). Oslo: Gyldensdal Norsk Forlag AS.
- Johansen, Håkon. (2010, Mars 11) *Norsk sykepleieforbund*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/335087/123639/Eldreomsorg-og-livskvalitet>
- Karlsen, J. B. (2003). *GODE FAGTEKSTER Essayskriving for begynnere*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (2016). *GERIATRISK SYKEPLEIE. god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E. A. (2011). *Grunnleggende sykepleie Bind 1. Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., Vol. 2011). 0130, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E. A. (2011). *Grunnleggende sykepleie Bind 3* (Vol. 2 utg). 0130, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- LOVDATA. (2019, Januar 30). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra LOVDATA: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Regjeringen. (2015, Desember 2). *Demensplan 2020*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117/>

- Rokstad, A. M., & Smebye, K. L. (2017). *PERSONER MED DEMENS. Møte og samhandling* (1. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Rummelhoff, G. R., Smebye, K. L., & Tombre, B. (2016, September 12). *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2016/08/vips-praksismodell>
- Solheim, K. V. (2015). *Demensguiden* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. 0105, Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (2001). *Mellomenneskelige forhold i sykepleien* (Vol. 7). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Yrkesetiskeretningslinjer. (2016). *Norsk sykepleieforbund*. Hentet fra Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Øvereng, A. (2017). *JEG ER MINNENE MINE- om idenitet, livshistorie og digital minnebok ved svikt i hukommelse og kommunikasjonsevne* (1. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

7.0 Vedlegg

7.1 Vedlegg 1. PIO- Skjema

Norsk		
Pasient/ populasjon / problem	Intervensjon	utfall
Demens	Livshistorie	omsorg
Individuell tilpasset omsorg	kunnskap	relasjoner
Kommunikasjon	omsorg	mestring
	sykehjem	

Engelsk		
Patient / population / problem	intervention	outcome
Dementia	Life story	care
Communication	knowledge	relationships
individual care	care	mastery
	Life story books	

7.2 Vedlegg 2- Søkematrise

Svemed +

Dato	Pico	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Relevante artikler	Inkluderte artikler
25.02.19	Demens and kommunikasjon	80	4	2	1	Personer med demenssykdom i sykehjem: Refleksjon over livet. (Drageset, Normann og Elstad, 2013).
25.02.19	Demens and mestring	28	1	1	1	They are still the same – family members' stories about their relatives with dementia disorders as residents in a nursing home. (Cronfalk, Nordberg og Ternstedt, 2017).
25.02.19	Dementia and kommunikation	17	0	0	0	
07.03.19	Demens and personsentret omsorg	6	0	0	0	
07.03.19	Dementia and individual care	5	1	1	1	Gir individuell omsorg (Guri Rosseland Rummelhoff, Kari Lislrud Smebye og Birgitte Tombre, 2016)

Cinahl

Dato	Pico	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Relevante artikler	Inkluderte artikler
25.02.19	Dementia, communication, elderly, nursing	38	1	1	1	Communication skills training in dementia care (Eggenberger, Heimerl og Bennett, 2013).
27.02.19	Dementia and lifestory	58	2	2	1	Life story work with persons with dementia in nursing homes: A Grounded Theory study of the perspectives of care staff (Charlotte Berendonk and Vera Caine, 2019).
27.02.19	Dementia, life story and communication	6	0	0	0	

Pubmed

Dato	Pico	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Relevante artikler	Inkluderte artikler
12.03. 19	Life story books	51	1	1	1	Life story books for people with dementia (Teuntje R. Elfrink, Sytse U. Zuidema, Miriam Kunz og Gerben J. Westerhof, 2018)

7.3 Vedlegg 3- Litteraturmatrise

Artikkel Forfatter/Tittel	Hensikt	Metode og datasamling	utvalg	Funn
<p>Artikkel 1: Personer med demenssykdom i sykehjem: Refleksjon over livet (Drageset, Normann og Elstad, 2013).</p>	<p>Hensikten med denne studien var å utvikle innsikt i hvordan en bedre kan bli kjent med den enkeltes identitet gjennom deres egen livshistorie.</p>	<p>Artikkelen baserer seg på intervju i en feltarbeidsperiode. Hun som foretok disse intervjuene var førsteforfatter av denne artikkelen og utdannet sykepleier.</p>	<p>I feltarbeidet deltok ti pasienter med moderat til alvorlig demenssykdom. Åtte av disse personene ble også intervjuet. Det ble også foretatt intervjuer av pårørende.</p>	<p>Funnene i artikkelen viser både at pasienter med demenssykdom kan fortelle fra livet sitt, og verdien av at de får gjøre det. Det kreves tid og tålmodighet fra pleiepersonalet dersom pasienten glemmer, gjentar og har usammenhengende tale. Livshistorien kan bidra til å ivareta personens vaner, aktiviteter og interesser gjennom livsløpet. Pasientenes fortellinger synliggjør hva som er viktig å videreføre i sykehjemmet, som kan bidra til opplevelse av kontinuitet og identitet. Familie og trygghet, natur, dyr, mat og klær var historier som gikk igjen. Å lytte aktivt til det personen formidler, kan blant annet gi innsikt i hvordan det erfarer å leve med demenssykdom</p>

<p>Artikkel 2: They are still the same- family members´ stories about their relatives with dementia disorders as residents in a nursing home (Cronfalk, Nordberg og Ternestedt, 2017).</p>	<p>Hensikten med denne studien var å få en forståelse for hvordan personer med demenssykdommer opplevde den endrede livssituasjonen etter å ha flyttet på sykehjem</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie, hvor det er foretatt intervjuer av familiemedlemmer.</p>	<p>Det ble foretatt ti intervjuer av familiemedlemmer</p>	<p>De viktigste funnene i studien var at pasientene i stor grad klarte å opprettholde sin personlighet til tross for sykdommen. De var i stand til å beholde sine vaner og sine interesser. Sykehjemmets miljø og pasientenes forhold til de ansatte var viktig for at de skulle føle seg akseptert. Det kreves omsorg av pleierne. Manglende forståelse fra personalet kan få en negativ innvirkning på pasientenes selvrespekt og identitet. Personalet må reflektere over egne holdninger og relasjoner.</p>
<p>Artikkel 3: Communication skills training in dementia care. (Eggenberger, Heimerl og Bennett, 2013).</p>	<p>Hensikten med denne studien var å vise til ulike eksisterende tiltak for å forbedre kommunikasjonen i demenspleien, som realitetsorientering, validering og reminisens</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>Denne forskningen inkluderte 831 personer med demens. De fleste studier ble gjennomført i USA, Storbritannia og Tyskland. Åtte studier tok plass i sykehjem.</p>	<p>Funnene i denne artikkelen er at trening i kommunikasjon i demensomsorgen forbedrer kvaliteten på sykehjemmene. Trening i kommunikasjon øker bevisstheten om pleiernes synspunkter om demens og bygger en forståelse av utfordringer som kan oppstå i hverdagen og om muligheter som kommunikasjon kan gi. Trening i kommunikasjon, som for eksempel ved rollespill blant ansatte kan bidra til å håndtere vanskelige situasjoner.</p>

<p>Artikkel 4:</p> <p>Life story work with persons with dementia in nursing homes (Charlotte Berendonk and Vera Caine, 2019).</p>	<p>Hensikten med denne doktorgrad studien var å undersøke omsorgspersonellets forståelser angående å arbeide med livshistorien i arbeidet med mennesker med demens.</p>	<p>Kvalitativ studie. Datainnsamling foregikk i tyske sykehjem over en 18-måneders periode</p>	<p>Trettiseks ansatte deltok på intervjuer og gruppediskusjoner om livshistorie arbeid.</p>	<p>Funnene i denne doktorgraden viser at pleiepersonalet må utvide sin kunnskap om demens, og betydningen av livshistorien og identiteten til pasientene. Pleiepersonalet trenger videre veiledning hvor de kan bruke informasjonen om livshistorien i praksis.</p>
<p>Artikkel 5:</p> <p>Gir individuell omsorg: (Guri Rosseland Rummelhoff, Kari Lislerud Smebye og Birgitte Tombre, 2016)</p>	<p>Hensikten med prosjektet var å styrke beboeres identitet og legge til rette for individuelt tilpassete aktiviteter, øke kompetansen hos ansatte på sykehjem gjennom fagmøter i bruk av VIPS-praksismodellen og å gi sykepleierstudenter erfaring med å nedtegne livsfortellinger som grunnlag for å kunne utøve personsentrert omsorg.</p>	<p>Denne studien er et fagutviklingsprosjekt der VIPS-praksismodellen ble introdusert på et sykehjem som en metode</p>	<p>Prosjektet foregikk ved tre sykehjem. I denne studien ble det gjennomført to fokusgruppeintervjuer – det første med fem ansatte som hadde deltatt på fagmøter, og det andre med fire sykepleiestudenter.</p>	<p>Funnene i dette prosjektet var at VIPS-praksismodellen er et godt verktøy for ansatte til å yte personsentrert omsorg og fremme brukermedvirkning. Pasientens perspektiv og deres livsfortellinger ble trukket fram.</p>

<p>Artikkel 6: Life story books for people with dementia: a systematic review (Teuntje R. Elfrink, Sytse U. Zuidema, Miriam Kunz og Gerben J. Westerhof, 2018)</p>	<p>Hensikten med studien var å evaluere effekten av ulike veier for å utvikle en livshistoriebok for personer med demens.</p>	<p>En systematisk gjennomgang av kvaliatantiv og kvanitative studier</p>	<p>Det ble gjort en gjennomgang av 14 studier, hvor det ble opprettet livshistoriebøkene i sykehjem med personer med varierende grad av demens, samt med deres uformelle og formelle omsorgspersoner.</p>	<p>Alle som deltok i arbeidet om å lage livshistoriebøker var positive til arbeidet som var gjort, og pårørende og deltakerne så verdien av bøkene. Det ble en forbedring i forhold til kommunikasjon og samhandling mellom pasient og helsepersonell. Det ble også en forbedring av holdninger til personalet. Ingen negative effekter ble rapportert. Denne systematiske gjennomgangen bekrefter at bruk av livshistorie bøker for å støtte reminisens og person-sentrert omsorg er lovende.</p>
--	---	--	---	--