



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	12-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-05-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2020 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 396

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 11858

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har registrert

oppgavetittelen på

norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 112

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Verdighet i demensomsorgen

Dignity in care for residents with
dementia

396

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse-og sosialvitenskap

22.05.2020

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, § 12-1.*

SAMMENDRAG

Tittel: Verdighet i demensomsorgen.

Bakgrunn: Det er forventet en økning antall eldre i tiden fremover, og ved høy alder øker risikoen for demens. På norske sykehjem har 80 % av pasientene en demensdiagnose. Et stort hjelpebehov, avmakt og funksjonstap gjør verdigheten til sykehjemsbeboere med demens sårbar og står i fare for å bli krenket. Sykepleiere har derfor en viktig rolle for å bevare beboerne sin verdighet og forhindre at den blir krenket.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere bidra til å bevare verdigheten til sykehjemsbeboere med demens?

Hensikt: Oppgavens hensikt er å utforske og beskrive hvordan sykepleiere kan bidra til å bevare verdigheten til beboere med demens som bor på sykehjem.

Metode: Oppgaven er et litteraturstudium som bygger på et systematisk litteratursøk i ulike databaser. Det er gjennomført kildekritikk og analyse av resultatene som deretter blir diskutert i en drøftingsdel.

Funn: Fellesnevneren i forskningen på området er viktigheten av å opprettholde identiteten til sykehjemsbeboeren. De må bli sett på som likeverdige og bli tatt på alvor. De må ikke defineres av sykdommen, og helsearbeiderne må se personen bak pasienten. En forutsetning for dette er at helsearbeideren har gode holdninger og verdier i møte med sykehjemsbeboeren. De må være åpen for samspill og relasjonsbygging, og være interessert i å lytte til beboeren. Det å ha kjennskap til den enkeltes livshistorie er et godt verktøy for å bidra til å opprettholde dens identitet. Beboeren må inkluderes i egen hverdag og dens meninger må bli hørt.

Konklusjon: I tråd med prinsippene innenfor Katie Erikssons omsorgsteori og personsentrert omsorg må sykepleieren ha fokus på identitetsbevaring i møte med verdighetsbegrepet. Sykepleiere kan bidra med flere ulike tiltak, og det viktigste er å ta beboeren på alvor, inkludere dem i egen hverdag og se på dem som likeverdige. De må ikke la beboeren defineres av sykdommen, men invitere dem inn i et fellesskap hvor det ikke er rom for krenkelse, men for vekst og det å bli møtt på deres premisser, behov og ønsker.

Nøkkelord: Demens, sykehjem, verdighet, personsentrert omsorg.

ABSTRACT

Title: Dignity in care for residents with dementia.

Background: In the years ahead it is expected to see an increase amount of elderly people, and at an high age the risk of getting dementia enhances. In norwegian nursing homes 80 % of the residents suffer from dementia. Residents at nursings homes are in a position where their dignity is vunerable due to cognitive impairment and need of help. Nurses play a significant part in dignitypreserving-care.

Issue: How nurses can contribute to preserve the dignity of a person living with dementia in nursing homes?

Aim: The aim of this study is to explore and discribe how nurses can contribute to preserve the dignity of residents with dementia living in nursing homes.

Method: The study is based on a systematic litteraturesearch in various databases. The results have been critical apraised and analysed, and then discussed.

Findings: The common denominator of the research is to maintain the identity of the residents living in nursing homes. The residents need to be seen av equal human beeings and to be taken seriously. The nurses need to see the residents for who they are and not let them be defined by their diagnosis. To do this the nurses need to have high standard of values in interaction with the residents. They need to be aware of the importance of building good relations and to let the residents be heard. Knowing the persons lifestory is a good way to maintain their dignity through identity. It is important that the residents take part in their own daily life.

Conclusion: Due to Katie Erikssons theory of care and person-centred care the nurses need to focus on maintaining the residents identity, preserving dignity. The most important intervention is to see them as equal human beeing and include them in their daily life. The nurses should not let the residents be defined by their diagnoses, but let them take part in an enviroment were there is room for growth, and be allowed to express their feelings and needs.

Keyword: Dementia, nursing homes, dignity, personcentred-care.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
ABSTRACT	3
1.0 INNLEDNING	5
1.1 INTRODUKSJON.....	5
1.2 PROBLEMSTILLING	5
1.3 PRESISERING OG AVGRENSNINGER I OPPGAVEN.....	4
1.4 STRUKTUR AV OPPGAVEN	4
2.0 METODE	4
2.1 INNLEDENDE LITTERATURSØK	4
2.2 SYSTEMATISK LITTERATURSØK	5
2.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	5
2.3 METODEKRITIKK	6
2.3.1 Kildekritikk	7
2.4 ETISKE OVERVEIELSER	7
3.0 TEORI	7
3.1 VERDIGHET	7
3.1.1 Den absolutte – og relative verdighet.....	8
3.1.2 Den karitative omsorgsteori	8
3.2 HVA ER DEMENS?	9
3.3 PERSONSENTRERT OMSORG VED DEMENS	10
3.4 SYKEHJEM	11
3.5 YRKESETISKE RETNINGSLINJER	12
4.0 RESULTAT	12
4.1 Å BLI SETT, HØRT OG TATT PÅ ALVOR.....	12
4.2 BEKREFTELSE OG TILHØRIGHET	13
4.3 IDENTITET KNYTTET TIL LIVSHISTORIE	14
4.4 RELASJONER OG SAMSPILL.....	15
4.5 KRITISK VURDERING AV DE INKLUDERTE ARTIKLENE	15
5.0 DISKUSJON	17
5.1 HVORDAN KAN SYKEPLEIERE BIDRA TIL Å BEVARE VERDIGHETEN TIL SYKEHJEMSBEBOERE MED DEMENS?	17
5.1.1 Å ta enkeltmennesket på alvor	17
5.1.2 Verdighetsbevarende arbeid gjennom relasjonsbygging og samspill.....	18
5.1.3 Bekreftelse av enkeltindividet – motvirke tap av identitet.....	20
5.1.4 Å inkludere beboeren i egen hverdag	21
5.2 METODEDISKUSJON.....	24
6.0 KONKLUSJON	25
7.0 REFERANSER	26
TABELL 1: PICO	29
VEDLEGG 1: SØKEHISTORIKK	30
VEDLEGG 2: LITTERATURMATRISE	33

Oppgaven er på 9350 ord uten sammendrag, referanseliste og vedlegg.

1.0 INNLEDNING

1.1 Introduksjon

I årene framover vil det bli en merkbar økning i antall eldre over 80 år i samfunnet vårt. I 2018 var det 164 000 flere nordmenn i aldergruppen 60-79 år sammenlignet med 2008 (Statistisk sentralbyrå [SSB], 2019). Det er en vesentlig forskjell. De fleste eldre vil være i kontakt med helsevesenet i løpet av alderdommen. Det vil derfor være svært viktig at helsevesenet er godt rustet til å møte de eldre på en fin og verdig måte. I dag er det over 77 000 mennesker som har fått sykdommen demens, og fordi risikoen for demens øker sammen med alderen, vil antallet dobles fram mot 2040 (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2019). Mange eldre med demens har et stort hjelpebehov for at de skal være trygg, og rundt 80% av alle som bor på sykehjem har en demensdiagnose (Folkehelseinstituttet [FHI], 2018). Når vi tar utgangspunkt i disse tallene, kan vi tenke at å ta vare på pasienter med demens er, og vil i lang tid fremover, være en sentral oppgave i sykepleiernes hverdag. Personer med demens som bor på sykehjem er sårbar når det kommer til verdighet grunnet funksjonstap, avmakt og et stort hjelpebehov. De er avhengig av at helsearbeiderne de er omgitt med ivaretar dem på en god måte og ivaretar deres rettigheter når de selv ikke kan hevde seg. Når man får en demensdiagnose kan mange føle at identiteten deres forsvinner og livet kan føles utrygt og kaotisk. Man er borte fra familien, bor sammen med andre mennesker og får ikke være i hjemmet sitt som man kjenner. I tillegg må man innrette seg etter institusjonens rutiner og får ikke den samme friheten som man er vant med gjennom livet. Disse komponentene gjør dem sårbar og utsatt for å få verdigheten sin truet. Jeg synes det er viktig med økt fokus på verdighet og jeg tror det ofte kan bli glemt i en hektisk hverdagen innenfor institusjonens rammer. Jeg har valgt å fordype meg i dette emnet fordi jeg mener at sykepleiere har en stor betydning i arbeidet med å bevare verdigheten til personer med demens som bor på sykehjem. Sykepleiernes kunnskap om hvilke faktorer som bevarer og truer verdigheten til en sykehjemsbeboer med demens kan bidra til å gi de en best mulig hverdag og opplevelse av verdighet.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere bidra til å bevare verdigheten til sykehjemsbeboere med demens?

1.3 Presisering og avgrensninger i oppgaven

For å bevare menneskets verdighet må man se på mennesket som en helhet. Det vil si å ha fokus på det fysiske, psykiske, sosiale og åndelig/kulturelle. Grunnet omfang blir det naturlig å avgrense oppgaven og jeg ønsker å ha fokus på hvilke tiltak sykepleiere kan gjøre for å bidra til å bevare verdigheten til sykehjemsbeboere med demens. For å belyse problemstillingen har benyttet seg personsentrert omsorg og Katie Erikssons omsorgsteori som verdigrunnlag.

1.4 Struktur av oppgaven

Oppgaven starter med en beskrivelse av metodedel og hvilke fremgangsmåte som er brukt for å belyse problemstillingen. Strukturen jeg har benyttet i arbeidsprosessen, gjenspeiles i oppgavens oppsett. Dermed starter oppgaven med metodedel, deretter teori, resultat og diskusjon.

2.0 METODE

Metode er den systematiske fremgangsmåten som benyttes for å samle inn informasjon og kunnskap for å kunne belyse en problemstilling. Metodedelen i oppgaven skal være presist formulert, beskrive fremgangsmåte og skal kunne etterprøves (Thidemann, 2019, s. 74).

I en litteraturstudie skal man systematisere kunnskap fra skriftlige kilder, gå kritisk igjennom den og til slutt sammenfatte det hele. Man benytter seg av sekundærdata, altså data samlet inn av andre (Thidemann, 2019, s. 77).

2.1 Innledende litteratursøk

Litteraturstudien ble innledet ved et oversiktssøk av det aktuelle temaet, og peile ut en retning fra den foreløpige problemstillingen. Det innledende litteratursøket besto av å se igjennom aktuell pensumlitteratur, søke i Google Scholar og ORIA som ga en oversikt over ulike faglitteratur og artikler som omhandlet det aktuelle tema. Helsedirektoratet, folkehelseinstituttet, regjeringen og lovdata har vært gode supplement for å innhente informasjon til teoridel, definisjoner og forskrifter. I tillegg er SSB brukt for å se på statistikk, og helsebiblioteket for sjekklister og MeSH-terminologi.

2.2 Systematisk litteratursøk

Et systematisk litteratursøk er planlagt, begrunnet, dokumentert og etterprøvd (Thidemann, 2019, s.82). Etter å ha tilegnet med en oversikt over temaet og peilet ut en retning for den foreløpige problemstillingen, startet planlegging av det systematiske litteratursøket og utarbeidelse av PICO for å gjøre problemstillingen presis og søkbar. PICO er et sentralt hjelpemiddel for å binde sammen problemstillingen og litteratursøk (Helsebiblioteket, 2016). Jeg brukte Helsebiblioteket sin MeSH ordbok for å finne parallellspråklige termer på engelsk slik at jeg fikk et mer presist søk etter litteratur i internasjonale databaser (Helsebiblioteket, u.å). Det ble utarbeidet en tabell med MeSH-terms og tekstord med utgangspunkt i PICO-skjema som ligger vedlagt oppgaven. Etter å ha undersøkt og gjort meg godt kjent med S-pyramiden valgte jeg ut hvilke databaser som var relevant å bruke i oppgaven. Jeg har i hovedsak brukt MEDLINE og Cinahl som er referansedatabaser som hovedsakelig registrerer opplysninger om artikler publisert i vitenskapelige tidsskrifter (Thidemann, 2019, s. 86). Første databasen jeg søkte i var Cochrane Library som inneholder systematiske oversikter av høy kvalitet, og som gir et innblikk i hvilke studier som er blitt utført innenfor det gitte emnet. I Cochrane Library fant jeg ikke systematiske oversikter av relevans til oppgaven. Deretter søkte jeg i Cinahl og MEDLINE.. I Cinahl fant jeg relevante forskningsartikler som jeg har inkludert i oppgaven, og funnene i MEDLINE var stort sett de samme som i Cinahl. Etter at jeg hadde lagt til de aktuelle avgrensningene startet jeg med å få en oversikt over funnene som hadde relevans og leste overskrifter og sammendrag. Når jeg kombinerte søkeordene ”dementia”, ”nursing homes”, ”dignity” var det sparsomt med funn, og det ble forsøkt å kombinere to og to av søkeordene. Det ga resultater som jeg vurderte at hadde en overføringsverdi til min problemstilling til tross for at artiklene ikke inneholdt alle de tre søkeordene i PICO-skjema. De artiklene jeg vurderte som aktuelle for min oppgave leste jeg grundig igjennom med en reflektert og kildekritisk tilnærming. Se vedlegg for detaljert søkehistorikk.

2.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier er med på å avgrense søket og mengden litteratur (Thidemann, 2019, s. 83). Studier på engelsk og skandinaviske språk ble inkludert i søket. I starten fant jeg bare studier av relevans for oppgaven gjort av skandinaviske forfattere. Det ble derfor brukt tid på å finne internasjonale studier som støttet opp under den nordiske forskningen. Den inkluderte pasientgruppen var pasienter med demens som bor på sykehjem, og inkluderte alle aldergrupper og kjønn. Søket mitt ekskluderte pasienter med demens som er

hjemmeboende, selv med hjelp fra helsevesenet. Det var i utgangspunktet ønskelig med studier gjort de siste fem årene. Det ble i løpet av søkeprosessen endret til femten år da det var ønskelig å se nærmere på studier gjort tidligere og det ikke umiddelbart var funn av relevans når avgrensningen var på fem år. Fagfellevurderte artikler har vært av størst interesse, men jeg har også sett på publiserte artikler som ikke har vært fagfellevurdert, men endte opp med å ikke inkludere de i oppgaven grunnet relevans. I Cochrane Library ble det ikke lagt til noen avgrensninger ved søket, fordi jeg var interessert i å se hvilke systematiske oversikter som var gjort innenfor feltet. I Cinahl og MEDLINE ble det lagt til avgrensning på publiserings år, fra 2005-2020. I Cinahl ble det også lagt til avgrensning slik at alle funn var fagfellevurdert. Det ble lest mange sammendrag og artikler i løpet av søkeprosessen som inneholdt emneordene og tekstordenen i tabellen, men som ble ekskludert. Mange av artiklene handlet da om verdighet i det palliative forløp som ikke var relevant for min oppgave.

2.3 Metodekritikk

I henhold til metode er det flere databaser som ikke ble benyttet i søket. Det ble vurdert hvilke databaser som hadde størst relevans for oppgaven, og det ga resultater. Det ble brukt både tekstord og emneord i de ulike databasene, og MeSH terminologi der det var aktuelt. Det var noe utfordringer knyttet til å omgjøre de norske tekstordene til engelsk og MeSH terms, og det ble derfor søkt med en kombinasjon av disse.

I litteraturstudien har jeg bare inkludert artikler av kvalitativ tilnærming da oppgaven omhandler et tema som ikke er målbart slik som ved kvantitativ metode. Ved kvalitativ metode har man fokus på den humanvitenskapelige og forstående kunnskapstradisjonen gjennom intervju, observasjon, feltarbeid og dokumentanalyse som metode for datasamling i de inkluderte artiklene. Metoden baserer seg på subjektive data og har blant annet som mål å få frem nyanser, tanker og meninger (Thidemann, 2019, s. 76).

Flere av de valgte forskningsartiklene er skrevet av de samme norske forfatterne. Det kan være en svakhet ved at det kan være noe gjentakelser fra tidligere oppgaver og oppgaven kan bære preg av den gitte forfatterens perspektiver. Det ble derfor også inkludert artikler av andre forfattere for å supplere med flere perspektiver og ulik forskning. Jeg hadde fokus på å finne studier utenfor Skandinavia for å få et mer internasjonalt perspektiv.

2.3.1 Kildekritikk

Det ble gjennomført en nøye vurdering av kildene og deres relevans for oppgaven. Det er brukt sjekklister fra helsebiblioteket tilpasset kvalitative studier som et hjelpemiddel i arbeidet med å kvalitetsvurdere forskningsartiklene (Helsebiblioteket, 2016). Det er forholdsvis forsøkt å bruke primærkilder, men er ved noen anledninger benyttet sekundærkilder.

2.4 Etiske overveielser

Det å inkludere pasienter med demens er for mange et etisk spørsmål grunnet kognitiv svekkelse hos pasienten. Det blir dermed svært viktig å ha fokus på informasjon og samtykke. Studiene som er gjort i de inkluderte artiklene er alle godkjent gjennom Regional komite for medisinsk forskningsetikk (REK) eller etisk komite i sitt land. Alle navn i studiene er fiktive og forfatterne beskriver detaljert hvordan deltakerne er plukket ut, det er gjort etiske overveielser og de har hatt fokus på samtykke. I forkant av studiene har de gitt tilstrekkelig med informasjon til alle de involverte både muntlig og skriftlig. Alle involverte ble informert om at datamateriale var konfidensielt og anonymt. Alle de involverte har gitt skriftlig samtykke på deltakelse i studiene, og de som ikke ønsket å delta kunne reservere seg. Pasienter som ikke har hatt mulighet til å samtykke selv, er pårørende inkludert, fått muntlig godkjenning eller hatt tett oppfølging av avdelingsleder. Situasjoner som har oppstått som følge av deltakende observasjon, for eksempel ved at forfatter har vært med i stellesituasjoner er det snakket med pasient og helsearbeiderne i forkant. De har hatt fokus på verbal-og non verbal kommunikasjon slik at hvis pasienten uttrykte at noe ikke var greit, skulle forfatteren trekke seg tilbake. Alle involverte parter fikk informasjon om at de kunne trekke seg når som helst, uten konsekvenser. Forfatterne hadde hele tiden navneskilt slik at pasientene skulle bli påminnet om hvorfor de var der.

3.0 TEORI

3.1 Verdighet

Forente Nasjoner (FN) ble opprettet som følge av første og andre verdenskrig. For å forsikre seg om at grusomhetene ikke skulle gjenta seg ble menneskerettighetserklæringen vedtatt i FNs generalforsamling i Paris 10. Desember 1948. ”Menneskerettighetene bygger på anerkjennelsen av at alle mennesker har en iboende verdighet og har like og uavhengelige rettigheter” (United nations, u.å). Menneskerettighetserklæringen slår fast det helt grunnleggende; ”Alle mennesker er født frie og med det samme menneskeverd og

menneskerettigheter. De er utstyrt med fornuft og samvittighet og bør handle mot hverandre i brorskapets ånd” (United Nations, u.å).

3.1.1 Den absolutte – og relative verdighet

Katie Eriksson er en finsk sykepleieteoretiker som har blitt en pioner innenfor nordisk omsorgsforskning. Hun har skrevet en rekke bøker og er mest kjent for å ha utviklet *den karitative omsorgsteori*. Eriksson omtaler den iboende verdigheten som stadfestes i FN-deklarasjonen som den absolutte verdigheten; den iboende verdighet alle har i kraft av å være menneske, som ikke kan krenkes, mistes eller fratras. Hun snakker også om den relative verdighet; som er foranderlig og påvirkes av ytre faktorer som relasjonelle og sosiokulturelle faktorer. Det er den relative verdigheten som står i fare for å krenkes (referert i Førland, Alvsvåg, Tranvåg, 2018, s. 201).

3.1.2 Den karitative omsorgsteori

Grunnlaget for den karitative omsorgsteorien menneskets absolutte verdighet; som gjør mennesker likeverdig og relative verdighet. Omsorgsteorien bygger på barmhjertighet, nestekjærlighet og et menneskesyn hvor hvert mennesket er et unikt individ. Hun har fokus på å fremme det gode og se mennesket lidelse og behov for omsorg. Omsorg mener Eriksson handler om å fremme opplevelsen av verdighet ved å legge til rette for at pasienten skal få realisere ønsker, behov og potensialer. Eriksson deler lidelse inn i tre former; livslidelse som inkluderer lidelse som man opplever igjennom livet. Sykdomslidelse; er lidelse som oppstår grunnet sykdom. Pleielidelse; er den mest vanlige formen for krenkelse av det lidende menneskets verdighet og det er en lidelse som i utgangspunktet ikke eksisterer, men påføres gjennom holdning og handling fra omsorgsyter. Ved pleielidelse omtaler Eriksson det som å bli møtt med ikke-omsorg gjennom å oppleve å bli avvist, glemt og straffet. Den karitative omsorgsteorien har fokus på å verne om verdigheten til pasienter som allerede lever med sykdomslidelse, og dermed forhindre pleielidelse. For å forhindre pleielidelse og krenkelse av den relative verdigheten vektlegges helsearbeidernes holdninger, verdigrunnlag og menneskesyn. Får å bevare menneskers relative verdighet må pasienten oppleve omsorg gjennom kjærlighet, anerkjennelse og bekreftelse på sitt eget menneskeverd. Pasienten må få muligheten til å omgås mennesker som som bidrar til opplevelse av håp, tilhørighet, mestring og mening gjennom å bli møtt med respekt, toleranse og interesse. Pasienten skal bli invitert inn i et felleskap med rom for lidelse, forsoning og hvile. Gjennom den karitative

omsorgsteori er det helsearbeidernes ansvar å tilrettelegge for at pasienten skal oppleve et slikt fellesskap som ikke har rom for krenkelse av verdighet (Førland et al., 2018, s. 200-202).

3.2 Hva er demens?

Demens er en paraplybetegnelse på sykdom som medfører kognitiv svikt og rammer flere av hjernens funksjoner. Demens er en progredierende sykdom som utvikler seg over tid, og kan gi varierende sykdomsforløp. Hos noen kan sykdomsforløpet være kort og intens, mens hos andre kan det strekke seg over lang tid. Demens kan ramme unge voksne, men er mest vanlig etter pensjonsalder (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 411-412). Det er ulike faktorer som avgjør hvem som blir rammet av sykdommen. Genetikk, økt utdanningsnivå, bedre levevaner som sunnere kosthold og røykeslutt – som igjen fører til mindre risiko for hjerte- og karsykdommer, bidrar til å redusere risikoen for demens. Flere kvinner enn menn får demensdiagnose, men det kan ha en sammenheng med at kvinner generelt sett lever lenger enn menn (FHI, 2018).

Det finnes tre ulike typer demens: primærgenerative sykdommer, vaskulær demens og sekundære demenssykdommer (Skovdahl & Berentsen, 2015, s.412). Symptomene kan variere ut ifra hvilke del av hjernen som er skadet, og dermed si noe om hvilke type demensdiagnose pasienten har. Det som er felles for de fleste med en demensdiagnose er at det rammer på en slik måte at det er utfordrende for pasienten å fungerer optimalt i hverdagen, og daglige gjøremål kan være svært vanskelig. Det første og ofte mest fremtredende symptomet på en demenssykdom er redusert hukommelse og læringsevne. Skader i hjernen kan påvirke oppmerksomheten og gjør det utfordrende for pasienten å holde fokus gjennom en samtale, lære nye ting eller for eksempel å lese en bok. Ofte er oppfattelsen av sanseintrykk svekket noe som gjør det utfordrende for personen å tolke sanseintrykk knyttet til hukommelsen og tidligere erfaringer. Pasienter med demens kan ofte ha utfordringer knyttet til abstrakt tenking og det å orientere seg. Det blir dermed utfordrende med årstall, klokkeslett og det kan ramme den geografiske orienteringssansen. Det er også vanlig med apraksi, som gjør at personen ikke klarer å utføre en motorisk handling på kommando, men klarer det i en spontan situasjon. Det er mange med en demensdiagnose som får adferdsforstyrrelser og psykiske symptomer (APSD). En studie viser at så mye som 70% av alle pasienter med demens i norske sykehjem har APSD. Det kan også arte seg som angst, depresjon, hallusinasjoner eller agitasjon. Noen personer med demens kan oppleve svekket dømmekraft, endret væremåte og ukritisk oppførsel (Skovdahl og Berentsen, 2015, s. 416-

418). Atferdsproblematikk kan skyldes sykdommen i hjernen, men kan også knyttes til redusert evne til å uttrykke seg, forstå eller kommunisere. Hos noen pasienter kan atferdsproblematikken skyldes at de opplever omgivelsene og livssituasjonen sin som kaotisk, stressende og kan være et uttrykk for følelsesmessig smerter ved at de føler seg truet eller krenket. Helsearbeidernes må dermed opptre rolig og trygg, og være oppmerksom på at deres verbale-og non verbale kommunikasjon må samsvare (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 424).

3.3 Personsentrert omsorg ved demens

Tom Kitwood er mannen bak filosofien personsentrert omsorg som har som hovedmål å bevare synet på personen som har demens, deres følelser, rettigheter og ønsker. Å se personen bak sykdommen og ikke bare utfordringene som følge av sykdommen. Personsentrert omsorg er verdigrunnlaget og omsorgsfilosofien innenfor demensomsorgen (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 408-409). Ved demens bygger personsentrert omsorg på noen grunnleggende sosialpsykologiske behov; identitet, sosial inkludering, tilknytning og bekreftelse, trøst og kjærlighet. For pasienter med en demensdiagnose kan det være utfordrende å huske hvor man kommer fra og hvem man er. Det er derfor viktig å gjennom omsorgen hjelpe pasienten med å bevare og opprettholde deres identitet gjennom å støtte opp om personens egenverd. Gode verktøy i møte med identitetsbevarende omsorg er å kjenne pasienten, deres livshistorie og benytte reminisens for å vekke minner hos pasienten (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 422, 430).

Regjeringen har utarbeidet en demensplan og nasjonal faglige retningslinjer i møte med demens. I kapittel fire i de nasjonale retningslinjene for demens står det: ”virksomheter skal etablere rutiner for personsentrert omsorg og behandling til personer med demens” (Helsedirektoratet, 2020). Det innebærer at personsentrert omsorg skal være en del av verdigrunnlaget i virksomheter som yter helsehjelp til personer med demens og prioriteringer og avgjørelser skal gjøres i tråd med dette. Ansatte som arbeider innenfor instanser som yter helsehjelp til personer med demens skal ha kunnskap og opplæring innenfor personsentrert omsorg og behandling. Personsentrert omsorg i praksis innebærer å gi mulighet for at personer med demens kan oppleve egenverdi, velvære og trivsel ved å underbygge personens opplevelse av personverd. Det vil si å bli respektert for deres iboende verdighet selv om deres refleksjoner og evne til å utfører daglige aktiviteter kan være svekket som følge av sykdommen (Helsedirektoratet, 2020).

3.4 Sykehjem

Et sykehjem er en del av kommunehelsetjenesten og er en helseinstitusjon med heldøgns opphold. Hos pasienter som bor på sykehjem er ofte evnen til å ivareta egen helse og sikkerhet svekket og de har et stort hjelpebehov. Når en person blir vurdert som kandidat for langtidsplass på sykehjem er fokuset på at tiltaket skal dekke pasienten sitt behov og være forsvarlig (Braut, G.S., 2018). 80% av pasientene som bor på sykehjem har en demensdiagnose og for å sette demens på dagsorden har regjeringen utarbeidet ”Demensplan 2020” som skal bidra til å løse demensutfordringer ved ulike tiltak og strategier. Et av målene til regjeringen er at personer med demens skal oppleve seg sett, ivaretatt og ha *tilrettelagte boforhold* (Regjeringen, 2015, s. 23). Institusjonelle helsetjenestetilbud som et sykehjem må også forholde seg til en rekke lovverk og retningslinjer som skal ivareta pasientene sine rettigheter og krav til forsvarlighet i kvaliteten av helsehjelpen de mottar. ”Forskrift om kvalitet i pleie og omsorg” (2003 §3) slår blant annet fast at at ”pasientene skal oppleve respekt, trygghet, selvstendighet og styring av eget liv samt mulighet til å ivareta egenomsorg”.

I forkant av en overflytning til institusjon kan pasientene ha et ulikt forløp; noen har bodd lenge hjemme med hjelp fra andre instanser/hjelpemidler som hjemmesykepleie, omsorgsteknologi og hjelp fra familie, mens andre kan ha hatt et mer akutt forløp hvor prosessen blir kortere. Mange pårørende opplever en stor omsorgsbelastning i forkant av en sykehjemsplass, og prosessen ved overflytning til institusjon kan oppleves krevende og vanskelig for alle parter. For familie/ektefeller kan det oppleves som et brudd på partnerskap, eller et brudd på et mål om å holde sammen livet ut (Skovdahl og Berentsen, 2015, s. 433). Å flytte til institusjon fra sitt eget hjem er en stor overgang og det kan være utfordrende å tilpasse seg det ukjente. For pasienter med demens som muligens allerede opplever livet sitt som kaotisk kan det være svært utfordrende å tilpasse seg det ukjente og akseptere at de ikke skal flytte tilbake igjen til hjemmet sitt. Det skal tilrettelegges slik at pasienten får ta med seg kjente ting fra hjemmet, men det er begrenset hva det er plass til. Pasientene må nå forholde seg til ukjente mennesker og tilpasse seg institusjonens rutiner. Mange kan føle på ensomhet og utrygghet knyttet til å flytte på institusjon og langtidsopphold kan undergrave en pasient sin identitet på flere områder; det kan skyldes at de er flyttet fra sitt kjente hjem, familien sin og ikke har den samme friheten som de hadde tidligere. Tap av identitet kan også være knyttet opp mot sykdom, kognitiv svikt og funksjonstap (Hauge, 2015, s. 269- 273).

3.5 Yrkesetiske retningslinjer

Hensikten med yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er å konkretiserer profesjonsetikken som er viktig i møte med pasienten, pårørende, kollegaer, arbeidsplass og samfunnet i praksis. Retningslinjene skaper etisk bevissthet rundt faget og fremmer moralsk praksis (NSF, 2011).

”Sykepleiens grunnlag” er noe av det etiske fundamentet i de yrkesetiske retningslinjene;

”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for

menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert” (NSF, 2011, s.7). Retningslinjene som ble

utarbeidet av Norsk sykepleierforbund ble første gang godkjent av landsstyret i 1983 og har

vært revidert en rekke ganger i ettertid; nyeste versjon kom i 2019. Retningslinjene bygger på

prinsippene i ICNs etiske regler og FNs menneskerettighetserklæring (NSF, 2011).

De yrkesetiske retningslinjene belyser en rekke komponenter som er viktig i utøvelsen av

sykepleie for å bevare sårbare pasienter sin verdighet. Det er viktig at sykepleieren har et godt

verdisett og gode holdninger i møte med pasienten. Det er essensielt for å utøve faglig

forsvarlig og verdighetsbevarende sykepleie til pasienten. ”Sykepleieren ivaretar den enkelte

pasientens verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp,

retten å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket” (NSF, 2019).

4.0 RESULTAT

I analyseprosessen har jeg slik som Thidemann nevner (2019, s. 93) hatt fokus på å arbeide på et beskrivende, analyserende og reflekterende nivå for å granske teksten. Teksten er lest igjennom flere ganger både deler av den og hele. Her presenteres hovedfunn fra de inkluderte artiklene samt kritisk vurdering. Litteratormatrise som inneholder tittel, forfattere, hensikt, metode og resultat er vedlagt oppgaven.

4.1 Å bli sett, hørt og tatt på alvor

I studien Heggstad, Nordtvedt & Slettebø (2013a) fant de ut at det var viktig for

sykehjemsbeboerne å bli sett og hørt. De ønsket å bli tatt på alvor og bli sett på som

likeverdig. De følte at helsearbeiderne ikke tok deres meninger og ønsker på alvor grunnet

sykdom. De ønsket bekreftelse på sin egen identitet som individuelle personer og ikke bli

definert av sykdommen. Det ble sammenlignet med å se på pasienten som et objekt.

Heggstad & Slettebø (2015) kom fem til at ved å se personen bak sykdommen, til tross for

kognitive utfordringer, gjør at et menneske blir tatt på alvor. Beboerne måtte anerkjennes som

eksperter i eget liv, bli sett på som en helhet og inkluderes angående hverdagslige ting i livet deres. Heggstad, Nordtvedt & Slettebø (2013b) sin studie viste at pårørende mente det samme og ønsket at helsearbeiderne ikke bare måtte se de fysiske aspektene ved personen, men også de psykologiske for å opprettholde verdighet. Heggstad & Slettebø, (2015), og McKeown, Clarke, Ingleton, Ryan & Repper, (2010), viser også til at arbeid med livshistorien kan bidra til at beboeren blir sett og tatt på alvor ved å se personen bak sykdommen og hvem de har vært.

4.2 Bekreftelse og tilhørighet

I studien til Heggstad et al. (2013a) knyttes verdighet opp mot følelsen av frihet, tilhørighet og bekreftelse. Flere av dem som måtte flytte til sykehjem følte på tap av identitet knyttet til hjemmet sitt som de flyttet fra. Hjemmet representerer en privat arena, men et sykehjem representerer det offentlige. Beboerne følte at de var innesperret og mislikte låste dører på avdelingene. De mistet mulighet til å gå ut når de selv ønsket og kunne ikke forsyne seg av mat og kaffe når de måtte ønske. Dette ga dem en følelse av frihetsberøvelse og det å være avhengig av andre. Ofte var personale opptatt og hadde ikke anledningen til å hjelpe med å for eksempel gå en tur. De måtte nå forholde seg til institusjonen rammer og rutiner.

Noen følte at de ble ”satt i bås” sammen med andre med samme sykdom, og følte de bodde blant fremmede. Dermed følte de tap av identitet og autonomi. I relasjon følte de ikke den samme tilhørigheten på sykehjemmet som de hadde gjort i det tidligere hjemmet og ute i samfunnet, og de var nå omgitt av profesjonelle omsorgsytere. Studien konkluderer med at hjemmet til personen forteller noe om livshistorien deres og hjemme omgis dem sosiale relasjoner hvor de føler deg fri, autonom og familie kan bekrefte deres identitet. Disse faktorene bidro til at de følte verdigheten deres ble truet på sykehjemmet. Heggstad et al. (2013a) foreslår tiltak som å ha det mer åpent, gi de muligheten til å involveres i egen hverdag, eventuelt bruk av omsorgsteknologi. I henhold til tilhørighet foreslår de at familie kan involveres mer, og ikke bare være gjester.

Høy et al. (2016) viser at for beboerne er det viktig å bli involvert i egen hverdag. Samtidig settes det fokus på at de ikke alltid er interessert i å være med på aktiviteter som de tidligere har likt, og ønsket ikke å bli presset til det. De ønsket å få bestemme selv og få støtte til å være den personen de er og ønsker å være.

4.3 Identitet knyttet til livshistorie

I Heggstad & Slettebø (2015) sin studie om bruk av livshistorie er fokuset på å kartlegge hva den enkelte beboer selv gjør for å bevare og fremme deres verdighet knyttet til identitet.

Gjennom deltakende observasjon fikk de inntrykk av at beboerne hadde behov for å fortelle historier fra livet sitt når de satt sammen med dem i fellesmiljø eller på rommet deres. De fortalte historier som hadde vært med på å forme deres identitet og som var viktig for dem. Å fortelle fra livshistorien skapte følelser av tilhørighet, selvtilitt og trygghet. For å oppnå det var de avhengig av at noen lyttet og tok dem på alvor. Studien konkluderte med at hvis helsearbeiderne satt seg ned å hørte på, lot de personen være aktiv i eget liv og bidrar til egen ivaretagelse av verdighet. Studien viste at beboerne brukte historiefortelling som et verktøy for å finne fotfeste i en ellers kaotisk verden med sykdom – og som en måte å bevare sin identitet og verdighet på. Både Heggstad & Slettebø (2015) og McKeown et al. (2010) kom frem til at når de delte fra livshistorien sin bidro det til at helsearbeiderne endret syn på dem; så dem som en person og ikke bare en pasient. Dermed så de personen bak sykdommen og bekreftet deres identitet; de så hvem de egentlig var og hadde vært. McKeown et al. (2010) så spesielt dette hos beboere med angst, uro og utfordrende adferd - det ble lettere for personale å forstå dem. De hadde ikke alltid vært slik, de hadde vært kjærlig og humorfylt.

Helsearbeiderne fikk en større forståelse for hvem de ga omsorg og ga et godt grunnlag for personsentrert omsorg. Studien bidro til at helsearbeiderne så en sammenheng mellom personens fortid og den de var nå, hvordan de var formet slik. McKeown et al. (2010) nevner også at ikke alle har bare gode minner fra livet, og at helsearbeiderne måtte ta dette med i betraktningen. Hun nevner det også som en svakhet med studien – beboeren kan ha en fortid som ikke gir gode minner og har ikke nytte av å fortelle fra livshistorien. Det kan også skje at noe blir utelatt og personen føler at livshistorien forenkles. Det viste seg gjennom studien at bilder fra fortiden trigget noe hos beboerne, og noen av dem som ikke pleide å snakke, kommuniserte korte ord. Flere lyste opp via ansiktsuttrykk, ønsket å bla selv i boken og de så en sammenheng mellom livshistoriearbeid og kroppsspråk. Gjennom studien viste det seg at helsearbeiderne var mest opptatt av det pasienten kommuniserte via verbal kommunikasjon, mens pårørende så en endring i pasienten sitt kroppsspråk. De var stolte av arbeidet med livshistorie-boken, ønsket å vise den frem og mottok interesse og anerkjennelse. Alle involverte parter synes prosessen med å lage boken hadde vært givende, og pårørende synes det var fint å bidra med å vise frem livet til beboeren (McKeown et al. 2010).

4.4 Relasjoner og samspill

I Heggstad et al. (2013b) sin studie som baserer seg på intervju med pårørende og deltakende observasjon kom de frem til at det er flere faktorer som spiller inn i verdighetsbevarende omsorg; holdninger, tid og ressurser hos helsearbeiderne. Ved lite tid og ressurser ble det fra helsearbeiderne et større fokus på det medisinske og fysiologiske, enn det psykologiske. Studien viste også at hvis helsearbeiderne ikke så på beboerne som individuelle personer, førte det til at de ikke var tilgjengelig for kommunikasjon og relasjon med dem. Pårørende var også opptatt av at helsearbeiderne skulle ha tid til å samtale og kommunisere med beboerne, spesielt hvis de var urolig eller preget av angst, men opplevde ofte at personale var opptatt. I tillegg hadde pårørende opplevd at verdigheten til beboerne ble krenket ved at personalet var mer opptatt av å utføre de fysiske arbeidsoppgavene når de skulle hjelpe pasienten, enn å kommunisere med de. Noen hadde også opplevd at helsearbeiderne snakket *om* personen og ikke *med* personen. De kom frem til at verdighet fremmes ved å gjennom handling og kommunikasjon bekrefte beboeren som en likeverdig person og ikke som et objekt. Heggstad et al. (2013b) har også fokus på viktigheten av samspill og deltakelse mellom beboer og helsearbeider. Det for at de skal bli sett og hørt, ivareta verdighet gjennom sosial relasjon og ikke bli en passiv mottaker av helsehjelp. Studien belyser viktigheten av at det må være balanse i forholdet mellom pasient og omsorgsyter hvor begge parter er likeverdige og deltar. Omsorgsyter må tilrettelegge omstendighetene slik at den enkelte kan føle på selvsikkerhet og autonomi. I Høy et al. (2016) sin studie kommer det frem at beboerens fysiske funksjonstap ikke nødvendigvis truet deres verdighet, men hvis helsearbeiderne ikke møtte dem på deres behov og ønsker, følte de seg oversett og krenket. Det var en trygghet for dem å vite at helsearbeiderne var tilgjengelig.

4.5 Kritisk vurdering av de inkluderte artiklene

Alle de inkluderte studiene i oppgaven er av kvalitativ metode. Heggstad et al. (2013a), Heggstad et al. (2013b) og Heggstad & Slettebø (2015) er av samme forfattere og er av lik tilnærming i henhold til metode. Studiene har en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming som bygger på forfatterens forkunnskaper og tidligere forskning. Første forfatter i studiene viser til forskning hun tidligere har gjennomført noe som kan gi studien en svakhet ved at hun har fokus på egne perspektiver. Jeg synes derimot ikke at hun virker inhabil og hun viser til anerkjent teori og resultater fra andre forfattere. Studiene er gjennomført på norske sykehjem noe som gir den en god overføringsverdi i Norge. Ved bruk av resultater fra studien i andre land kan den gi svakhet i møte med sosiokulturelle forskjeller. Studiene inkluderer to ulike

sykehjem og to ulike avdelinger; en spesial avdeling og en generell avdeling. Det gir en variasjon i resultatene fordi sykehjem kan være ulike og styrker studien. I intervjuene som ble gjennomført i Heggstad et al. (2013a) og Heggstad et al. (2013b) inkluderes bare 5 pasienter, noe som gjør at resultatene i mindre grad kan generaliseres. Forfatter har i forkant av intervjuene opparbeidet en relasjon til beboerne som kan bidra til at de er mer åpne i intervjuene og ønsker å kommuniserer også i uoffisielle samtaler som danner grunnlaget for noe av forskningen. Studien styrkes ved at det er brukt en kombinasjon av kvalitativ metode; deltakende observasjon, feltarbeid og intervju. Ved intervju har forfatterne brukt åpne spørsmål som gir rom for at deltakerne kan ytre det de føler. En svakhet ved studie er at beboerne, pårørende og helsearbeiderne vet at det gjennomføres en studie og det kan påvirke deres måte å fremstille ting på. De tre inkluderte artiklene av Heggstad et al. (2013a), Heggstad et al. (2013b) og Heggstad & Slettebø (2015) er gjennomført samtidig; det vil si at datasamlingen til artiklene er gjort i samme tidsrom på de samme sykehjemmene i Norge. Det kan gi studien en svakhet ved lite variasjon av pasienter i de ulike studiene. I Heggstad & Slettebø (2015), inkluderes i alt 15 pasienter i studien noe som gir den mangfold. Analysen i studien er narrativ noe som gjør at forfatterens egne oppfatninger kommer til uttrykk.

Heggstad et al. (2013b), som har fokus på pårørende kan en svakhet være at deres holdninger og syn på verdighet på sykehjem kan skinne igjennom. Det pårørende opplever som verdighetsbevarende er ikke sikkert er det samme som pasientene opplever. Pårørende kan være preget av samvittighet og kan i utgangspunktet ha holdninger om at et liv på sykehjem krenker verdigheten – det vil påvirke måten de opplever verdighet på i møte med deres nærmeste. Samtidig har forfatterne gjennom deltakende observasjon og feltarbeid opplevd noe av de samme tingene som pårørende har opplevd som krenkende i henhold til verdighet, noe som styrker resultatene i artikkelen.

McKeown et al. (2010) sin studie inkluderer fire pasienter som har arbeidet med å lage en bok om livshistorien sin. Helsearbeiderne på avdelingen og pårørende har vært bidragsyttere. Pårørende kan dermed påvirke noe av innholdet i boken, men jeg ser ikke på det som en svakhet ved studien. Studien inkluderer fire case-studier, noe som er sparsomt, men annen forskning støtter resultatene, slik som i Heggstad & Slettebø (2015). Første forfatter i McKeown et al. (2010) har selv jobbet på sykehjemmet før, noe som må tas med i betraktningen i den kritiske vurderingen.

Høy et al. (2016) inkluderer 15 pasienter på 7 ulike sykehjem i Skandinavia noe som gir resultatene god overføringsverdi til norske sykehjem. Det er også et bredt spekter av pasienter som gjør at resultatene til en viss grad kan generaliseres. Beboerne som var inkludert i studien hadde ikke en demensdiagnose, noe som er tatt med i beregningen i å vurdere hvilke studier som vektlegges.

5.0 DISKUSJON

Som helsearbeidere er man gjennom en rekke lovverk, forskrifter og retningslinjer pliktig til å bevare en pasients verdighet. Sykepleiere har en viktig rolle når det gjelder verdighetsbevarende arbeid – og kan derfor gjøre en forskjell. Fellesnevneren i forskningen på området, og som anvendes i oppgaven, er verdighet knyttet til identitet og viser at flere ulike tiltak kan bidra til å bevare sykehjemsbeboere sin identitet.

5.1 Hvordan kan sykepleiere bidra til å bevare verdigheten til sykehjemsbeboere med demens?

5.1.1 Å ta enkeltmennesket på alvor

Et av de viktigste tiltakene sykepleierne kan gjøre for å bevare verdigheten til sykehjemsbeboere med demens er å ta hver enkelt av dem på alvor. Å bli tatt på alvor innebærer å bli sett på som et individuelt og likeverdig menneske. En forutsetning for dette er å se personen bak sykdommen. De må bli sett, hørt og inkludert. I følge Heggstad et al. (2013a), var det flere som opplevde at meningene deres ikke ble tatt på alvor grunnet sykdom og symptomer. Helsearbeiderne må ikke bare se de fysiske aspektene ved mennesket, men anerkjenne dem som eksperter i eget liv. I Heggstad & Slettebø (2015), fant de ut at det å se personen bak sykdommen, til tross for kognitive utfordringer, gjør at et menneske blir tatt på alvor. Det er ikke sykdommen som skal definerer personen, men den man er tross sykdom og utfordringer som følge av sykdommen. Det er verdigrunnlaget personsentrert omsorg bygger på (Kirkevold et al., 2015, s. 408-409). For å unngå at beboerne blir definert av sykdommen må sykepleierne være oppmerksom på egne holdninger og verdier i møte med dem. I den karitative omsorgsteorien har Eriksson fokus på pleielidelse som påføres det allerede lidende menneske ved at helsearbeiderne har holdninger som ikke støtter og anerkjenner menneskeverdet. En del av Erikssons omsorgsteori omhandler det at hvert menneske er et unikt individ, og ved å ikke bli tatt på alvor og ikke bli sett på som et likeverdig menneske i

møte med sykepleieren, krenkes deres relative verdighet og de påføres pleielidelse. For å bevare verdigheten må den enkelte oppleve omsorg gjennom annerkjennelse og bekreftelse på sitt menneskeverd (Førland et al. 2018, s. 200-202). Verdighet må derfor være et sentralt tema i sykepleieyrket, både i utdanning, opplæring og arbeidshverdagen. Et solid sett med gode, reflekterte holdninger og verdier er helt nødvendig for å ivareta beboeren som en helhet og gi omsorg på alle plan; både fysisk, psykisk, sosialt og åndelig/kulturelt (NSF, 2019).

I de nasjonal faglige retningslinjene i møte med demens settes det fokus at personsentrert omsorg skal være en del av verdigrunnet i bedrifter som utøver helsehjelp og at alle ansatte som arbeider innenfor disse instansene skal ha tilstrekkelig med opplæring og kunnskap innenfor disse prinsippene (Regjeringen, 2015). Dermed har sykepleiere et stort ansvar i arbeidshverdagen på sykehjem for å utøve dette i praksis. I sykehjem jobber det ofte ansatte uten helsefaglig utdanning, og sykepleiere bør bidra med en økt bevisstgjøring rundt verdighetsbegrepet. Å arbeide ut i fra et personsentrert omsorgsperspektiv med fokus på verdighet er noe som gjelder alle ansatte innenfor helsesektoren – ikke bare sykepleierne. Med dette som grunnlag omtaler jeg i denne oppgaven omsorgsyterne som ”helsearbeiderne” og ikke bare sykepleierne.

5.1.2 Verdighetsbevarende arbeid gjennom relasjonsbygging og samspill

I studien til Heggstad et al. (2013b), som baserer seg på deltakende observasjon og intervjuer av pårørende, ble det satt fokus på samspill mellom beboer og helsearbeideren. Studien viser at hvis helsearbeiderne ikke ser på beboeren som en individuell person fører det til at de er lite tilgjengelig for kommunikasjon og relasjonsbygging. For å unngå dårlige holdninger hos helsearbeiderne er det viktig at alle er godt opplært i prinsippene innenfor personsentrert omsorg – det er nedfelt i nasjonal faglige retningslinjer for demens at alle ansatte skal ha opplæring i dette slik at de kan bidra til å verne om beboerne sin verdighet (Helsedirektoratet, 2019). Hvis helsearbeiderne ikke viser interesse og ha nedlatende holdninger til beboerne, som å snakke over hodet på dem, vil være det som Katie Eriksson kaller pleielidelse. Da krenkes den relative verdigheten til en pasient som allerede lider av sykdomslidelse gjennom helsearbeiderens holdninger (Førland, Alvsvåg, Tranvåg, 2018, s. 200-202).

I følge nasjonal faglige retningslinjer for demens skal står det at prioriteringene i instanser som yter helsehjelp skal være i tråd med personsentrert omsorg, som fokuserer på de psykososiale aspektene ved mennesket (Helsedirektoratet, 2019). I Heggstad et al. (2013b)

sin studie fant de ut at når helsearbeiderne er travelt opptatt av å dekke beboerens fysiologiske og medisinske behov, kan de psykososiale behovene satt til side og glemt. Hva det enkelte mennesket har behov for og ønsker i de ulike situasjonene må vurderes av sykepleierne i hvert enkelt tilfelle. Behovene varierer, og sykepleierne må finne en balanse hvor enkelt mennesket blir sett på som en helhet og blir møtt på de fysiske, psykiske, sosiale og åndelig/kulturelle nivåene.

Mangel på tid og ressurser kan være grobunn for dårlige holdninger og mangel på relasjonsbygging i demensomsorgen. Det kan føre til at helsearbeiderne utfører praktiske arbeidsoppgaver som stell og måltidsituasjon i hastverk, uten å ha fokus på kommunikasjon og inkludering av den enkelte. I en stellsituasjon er beboeren svært sårbar og det blir viktig å skape en trygg atmosfære. I Høy et al. (2016) sin studie fant de ut at de tap av fysiske funksjoner ved kroppen ikke nødvendigvis var ensbetydende med tap av verdighet, men hvis de ikke fikk hjelp når de hadde behov for det, følte de seg oversett og krenket. Det var også viktig for dem med diskresjon fra helsearbeiderne og bli møtt med respekt i situasjoner som potensielt sett kan true verdigheten deres. I følge den karitative omsorgsteorien skal helsearbeiderne legge til rette for opplevelsen av et fellesskap sammen med mennesker som bidrar til å fremme håp, *mestring* og mening. I et slikt fellesskap er det ikke rom for krenkelse (Førland et al., 2018, s. 200-202). Ved mangel på kommunikasjon fra helsearbeideren kan den enkelte føle at de ikke blir sett på som likeverdig og det kan resultere i et misforhold mellom partene. Slike situasjoner skaper dårlige forutsetninger for inkluderingen av beboeren, og i arbeidet med å opprettholde deres funksjoner gjennom hjelp til selvhjelp. Dette kan føre til at de føler seg som et objekt og at de ikke blir ivaretatt. Det kan også bidra til at de vegrer seg for å spørre etter hjelp ved senere anledninger. Beboeren må ikke gjøres til en passiv mottaker av helsehjelp, men til en aktiv deltaker i egen hverdag.

Studien til Heggestad et al. (2013b) viser at for å fremme verdighet må handling og kommunikasjon samsvare, på måter som bekrefter den enkelte som en individuell person og ikke som et objekt. Ved å anerkjenne og bekrefte dens identitet kan en lykkes i å møte den enkelte på deres premisser, å se personen bak sykdommen, og den enkeltes livshistorie. Det krever at helsearbeiderne har gode verdier, holdninger og tid til å tilrettelegge for godt samspill og relasjonsbygging. Flere med demens har atferdsproblematikk og det å ikke bli forstått og møtt på det man opplever, kan bidra til å skape følelser av frustrasjon og utrygghet hos beboeren. Det blir dermed svært viktig at helsearbeiderens opptrer trygg og rolig, og at

deres verbale og non-verbale kommunikasjon samsvarer (Kirkevold et al., 2015, s. 424). Enkelte med demens kan ha vansker med å uttrykke seg, og i slike situasjoner som utfordrer kommunikasjon og samspill er det å kjenne beboeren godt en viktig forutsetning. Det kan da være lettere å tolke hva de ønsker å formidle og unngå misforståelser. Hvis man vet hva som er viktig for en beboeren, har man gode forutsetninger for å vite hvilke behov og ønsker denne har i de ulike situasjonene. Det er også en fordel å ha en god relasjon som bygger på gjensidig respekt, anerkjennelse og tillit. Hos beboere som ikke kan uttrykke seg på en forståelig måte, kan pårørende være gode hjelpere i møte med kommunikasjon – gi tips, informasjon om den enkelte og hva som er viktig for han/henne. Det kan bidra til at beboeren føler seg sett, og opplever tilhørighet.

5.1.3 Bekreftelse av enkeltindividet – motvirke tap av identitet

Heggestad & Slettebø (2015) og McKeown et al. (2010) fant ut at for å kunne bidra til at den enkelte opplever verdighet knyttet til bekreftelse av identitet er det viktig å kjenne personen og kunne noe om deres liv. Mange er stolte av livshistorien sin og har behov for bekreftelse og anerkjennelse på dette. Å fortelle fra livshistorien sin er noe pasienter ofte gjør for å bevare sin egen verdighet og finne fotfeste i en kaotisk verden. Livshistorien er dermed et godt ”møtested” for både pasient og helsearbeideren. Det er noe kjent og trygt for pasienten. Dermed blir det å kjenne til hva som er viktig for den enkelte og hva som har vært med å forme deres identitet gjennom livet, et godt verktøy. I McKeown et al. (2010) kom det frem at gjennom kjennskap til beboeren sitt liv var det lettere å se sammenhenger mellom hvem de hadde vært før de ble syk, og hvem de var nå. I noen tilfeller stemmer det og man kan se en sammenheng. Men i mange tilfeller når en pasient har fått en demensdiagnose, kan deres oppførsel og væremåte endre seg som følge av sykdommen (Kirkevold et al., 2015, s. 416-418).

Å ha kjennskap til livet beboerens har levd gir et godt utgangspunkt for personsentrert omsorg, og kan gi en holdningsendring hos helsearbeiderne. Det kan bidra til at de ser personen bak sykdommen, anerkjenner og respekterer dem. Det kan da være lettere å se på dem som bidragsyttere i samfunnet og se forbi de kognitive utfordringene. Identitetsbevarende omsorg er et viktig grunnprinsipp innenfor personsentrert omsorg, og et godt verktøy er å ha kjennskap til livshistorie og bruk av reminisens (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 422, 430). Da inviteres beboeren inn i minner som trigges ved å snakke om deres livshistorie og ved å for eksempel se på fotografier slik som i McKeown et al. (2010). Det kan bringe frem både

gode og vonde minner, og helsearbeiderne må være forberedt på å bruke trøst og støtte. Helsearbeidere må dermed i møte med beboernes livshistorie være oppmerksom på at ikke alle har nytte av det. Noen kan sitte med minner om et vanskelig liv. Helsearbeiderne kan forsøke å fokusere på det som har vært positivt og fokuserer på det beboeren har lyst til å snakke om, av det gode og mindre gode i livet. Helsearbeiderne må være gode til å tolke verbal og non-verbal kommunikasjon og dermed kunne trekke seg tilbake hvis man opplever det som nødvendig. Det er viktig å være oppmerksom på at en svakhet ved bruk av livshistorie er at noe av historien kan bli utelatt, ikke satt fokus på og beboeren kan føle at dens historie blir forenklet. Det som helsearbeiderne anser som viktig i livshistorien, er ikke sikkert er det samme som den enkelte mener. McKeown et al. (2010) sin studie viste at pårørende var glad for å kunne bidra i arbeidet med livshistorien, og det var også en påminnelse for dem om deres kjære sin identitet. Pårørende kan være en god ressurs i å bli bedre kjent med beboeren, deres fortid og formidle hva de ser på som viktige elementer i livshistorien. Men helsearbeiderne må være oppmerksom på at ikke alle har pårørende.

For mange pasienter er hjelp fra helsearbeiderne helt essensielt og de fortjener at deres hjelpere er interessert i å bli bedre kjent med dem og deres liv. At helsearbeiderne har kjennskap til beboerne sitt liv kan gi dem en følelse av tilhørighet – at dem er rundt mennesker som kjenner og er interessert i dem som en likeverdige personer. Dette beskriver også Heggstad et al. (2013b). En forutsetning for at livshistorien skal være en ressurs i verdighetsbevarende omsorg er at helsearbeiderne lytter, og skaper et fellesskap med rom for den enkelte ved hjelp av å møte personen med interesse, respekt og toleranse slik som i den karitative omsorgsteorien (Førland et al., 2018, s. 200-202). Dermed lar man beboeren være aktiv i eget liv og tilrettelegger for at de selv kan bidra til å ivareta deres egen verdighet.

5.1.4 Å inkludere beboeren i egen hverdag

For å kunne gi personsentrert omsorg er det en god forutsetning å vite hva som er viktig for beboerne. Det er relevant å vite hvilke aktiviteter de liker, og har likt, slik at man kan tilrettelegge for en bedre livskvalitet. De fleste sykehjem har som rutine å samle data om sivilstand, hva de har jobbet med, nærmeste pårørende og ha en samtale om hva de liker/ikke liker. Det er viktig å være oppmerksom på de små detaljene som kan bety mye for den enkelte; det kan være at en liker å sove lenge om morgenen, er glad i en type musikk, eller ikke liker en spesiell type mat. For en som aldri har likt en type mat, er det unaturlig at de skal begynne å spise det når de flytter på sykehjem. Helsearbeiderne må respektere pasienten sine

vaner, være raus og tolerante. Det er viktig å være oppmerksom på at beboere som han vansker med å uttrykke seg ikke alltid kan formidle små detaljer selv. Dermed er datasamling i slike tilfeller svært viktig, og med sin kjennskap til beboeren kan de pårørende ofte være en god ressurs i datasamlingen. Datasamling er viktig for å tilrettelegge slik at beboeren ivaretar identiteten sin og opprettholder kjente rutiner når de flytter på sykehjem.

I studien til Heggstad et al. (2013a) som intervjuet beboere med demens som bor på sykehjem ble verdighet via identitet knyttet opp mot tilhørighet, frihet og bekreftelse. Hjemmet vårt forteller noe om vår identitet og sosiale relasjoner. Et hjem representerer det private, autonome og frie. Det motsatte er et sykehjem som representerer det offentlige og bærer preg av institusjonelle rammer. Et hjem er et sted man velger å være og hører til, mens et sykehjem er for mange ikke det (Heggstad et al., 2013a). Risikoen for demens øker med alderen, og de fleste har levd et langt liv før de flytter på sykehjem. Kanskje de har bodd flere steder, eller et sted hele livet. Noen kan ha overtatt barndomshjem eller bor der de har oppdratt sine egne barn. Uansett hjemmesituasjon er det en stor overgang å flytte til sykehjem. Beboerne er allerede i en svært sårbar situasjon ved at de har fått en demensdiagnose, og må erkjenne at de ikke lenger klarer å bo hjemme, og at sykehjemmet er deres nye hjem. Mange kan føle på utrygghet og ha vansker med å tilpasse seg den nye hverdagen, og det faktumet at de ikke skal hjem igjen for å bo. Å flytte fra det kjente hjemmet sitt innebærer for mange å flytte fra familie og nære relasjoner som kan bekrefte deres identitet og gir en følelse av fellesskap. Disse elementene kan undergrave en persons identitet (Hauge, 2015, s. 269- 273). Når de flytter på sykehjem bor dem plutselig blant fremmede og de som yter omsorg er profesjonelle. For pasienter med demens er deler av hjernen svekket og det kan være vanskelig for dem å ta situasjonen innover seg. Dermed kan ting føles kaotisk, det kan være utfordrende å forstå, og de kan klandre andre, ofte familiemedlemmer. Det er vanlig at demens rammer hukommelsen til pasienten og de kan potensielt sett glemme hvor de er, hver dag (Skovdahl og Berentsen, 2015, s. 416-418). Jeg har selv opplevd det i praksis – at beboere som har bodd i flere år på samme sykehjem, på samme rom, fortsatt lurer på hvor de er hver morgen. Det er en krevende situasjon for beboeren og det krever helsearbeidere med kompetanse innenfor verdighetsbevarende arbeid. Det er viktig at helsearbeiderne er oppmerksom på at en overflytning fra hjemmet til sykehjem kan være svært krevende, også for pårørende, å ha fokus på å inkludere og opprettholde en god relasjon mellom alle parter.

For mange beboere vil sykehjemmet alltid representere det offentlige og de vil ikke føle at det er hjemmet deres. Det er en rekke tiltak som kan utføres for å forsøke å skape tilhørighet hos pasienten. Det å inkludere familien i livet på sykehjemmet kan gjøre pasienten tryggere og kan skape en form for tilhørighet. Det å oppfordre til god relasjon og hyppig kontakt med pårørende kan bidra til at beboeren føler seg inkludert i livet, samfunnet og føler at de er viktig for noen (Høy et al., 2016). Hjemmet vårt og tingene våre forteller noe om livshistorien vår og hvem vi er. Det skal legges til rette for at beboerne skal få ta med seg kjente og personlige ting til sykehjemmet slik at overgangen blir lettere og det skal føles som et hjem for dem. Her er det individuelle retningslinjer på de ulike sykehjemmene, og noen steder begrenses det av plassmangel (Hauge, 2015, s. 269- 273). I Heggstad et al. (2013b) kom det frem at beboerne følte seg innesperret, mislikte låste dører og følte tap av frihet. Hjemme var de vant med å ha en stor grad av frihet, og kunne gjøre hva de ville. De var nå avhengig av hjelp fra personale for å ta seg en tur eller lage en kopp kaffe. Det ble også påpekt av helsearbeiderne ikke alltid var tilgjengelig for dette, og de måtte i stor grad forholde seg til institusjonens rutiner. Dette gjør at den enkelte kan føle på tap av autonomi og kan oppleve å bli satt i ”bås” med de andre. De opplever da i liten grad å inkluderes i egen hverdag og ha friheten til å ta valg. Det skaper en følelse av institusjonalisering og bidrar ikke til tilhørighet. For å forhindre dette kan helsearbeiderne tilrettelegge for at beboerne får en større frihet innenfor trygge rammer. I fordypningspraksis var jeg på et sykehjem som hadde en kaffestasjon til beboerne i avdelingen hvor de kunne forsyne seg med kaffe, laget av personale, når de ønsket. Det var en desinfeksjonsdispenser ved siden av med en lapp på som oppfordret til utførelse av håndhygiene før de forsynte seg.

I følge ”Forskrift om kvalitet og pleie – og omsorgstjenestene” (2003) skal det tilrettelegges slik at beboerne opplever selvstendighet og styring av eget liv samt mulighet til å ivareta egenomsorg. Beboerne trenger å være inkludert i egen hverdag i større grad, og kan oppfordres til å delta i hverdagslige aktiviteter. Jeg har opplevd i praksis at en beboer svært gjerne ønsket å selv servere familien sin kaffe og kake når de kom på besøk. Da følte hun at de var gjester hos henne og hun tok eierskap knyttet til sykehjemmet/rommet sitt. Hun var vant med å stelle i stand når familien skulle komme på besøk, og det å kunne fortsette med det etter hun flyttet på sykehjem bidro til å bevare identiteten hennes. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere blir det satt fokus på at sykepleierne skal ivareta pasientens rett til medbestemmelse (NSF, 2019). For noen beboere kan det å gjøre kjente aktiviteter og arbeid bidra til å føle seg nyttig og inkludert. Det er viktig å være oppmerksom på at det ikke gjelder for alle, og noen ønsker ikke å bli presset til å gjøre noe selvom de har hatt interesse for det

tidligere. I følge Høy et al. (2016) kan en slik situasjon føre til at beboeren sin verdighet blir krenket. I henhold til dette er det en viktig faktor at helsearbeiderne kjenner til i hvor stor grad den enkelte ønsker å inkluderes i slike oppgaver, og evnen til å tolke både verbal-og non verbal kommunikasjon blir essensiell.

5.2 Metodediskusjon

Det kom tydelig frem ved søkeprosessen at det er flest nordiske studier som utforsker demens, verdighet og beboere på sykehjem. Det var sparsomt med internasjonale studier som utover dette omhandlet temaet. Hovedvekten av internasjonale studier som ble identifisert i databasesøk med de aktuelle søkeordene, hadde fokus på verdighet i livets slutfase – palliasjon, noe som ikke var relevant for denne oppgavens avgrensede tema. Det var også flere nordiske forfattere som gikk igjen i artiklene som omhandlet verdighet. Noen av de inkluderte artiklene inneholdt ikke alle ordene i PICO-skjema, men ble vurdert som å ha overføringsverdi som kunne støtte opp under hovedfunn fra søkeprosessen. Jeg har vært oppmerksom på dette, og har vektlagt studiene som inneholdt alle elementene som var aktuell for å belyse problemstillingen.

Det er forsøkt å hovedsakelig bruke primærkilder for å få frem forfatterens eget budskap og for å unngå andres tolkning av litteratur som igjen kan føre til mistolkning. Grunnet Covid-19 pandemi har det i noen sammenhenger vært utfordrende å finne primærkilder da deler av samfunnet, slik som bibliotek, har vært nedstengt over en periode. Det er dermed brukt noen sekundærkilder som er vurdert som faglig kvalifiserte og troverdige kilder. En annen begrensning ved denne litteraturstudien er at jeg tidligere ikke har anvendt denne metode og at jeg har sparsomt med erfaring innenfor forskningsfeltet. Alle artiklene og sammendragene som er blitt lest gjennom prosessen har vært engelskspråklige. Det kan skape feiltolkninger når leser oversetter til norsk.

Det har vært en lærerik prosess å skrive et litteraturstudium, og benytte seg av den metodiske fremgangsmåten. Det å belyse problemstillingen ved å se sammenhengen mellom teori, forskning, egne erfaring og refleksjoner har vært nyttig. På grunnlag av dette trer jeg inn i arbeidslivet med solide holdninger, og et sterkt fokus på enkeltindividet gjennom verdighetsbevarende omsorg.

6.0 KONKLUSJON

Sykehjemsbeboere med demens er en sårbar gruppe og trenger at helsearbeiderne rundt dem har fokus på å bevare deres verdighet. Det gjøres ved å ta enkeltindividet på alvor og bekrefte deres identitet. De må bli sett, hørt og respekteres som et likeverdig menneske. En forutsetning for det er å ikke la sykdommen definere pasienten, men se personen bak. For å kunne benytte personsentrert omsorg er det helt sentralt at sykepleierne har gode holdninger og verdier i møte med den enkelte. Det har det siste tiåret vært økt fokus på demensomsorgen og verdighetsbegrepet, og gjennom lovverk, forskrifter og retningslinjer er sykepleierne pliktig til å ivareta en pasients verdighet.

Beboerne kan oppleve at det å flytte til og bo på sykehjem er krevende, og sykepleierne må bidra slik at de opprettholder identiteten sin, og føler tilhørighet. Det er en viktig forutsetning å kjenne beboeren godt og vise interesse for dem som individuelle mennesker. Fokus på det psykososiale og et godt samspill mellom den enkelte og helsearbeider er viktige elementer, og kan styrkes ved bruk av livshistorie. Sykepleierne må i tråd med den karitative omsorgsteori skape et fellesskap i møte med beboeren hvor det ikke er rom for krenkelse, men rom for å se hvert enkelt menneske, deres behov og ønsker. Det gjøres gjennom å være raus, tålmodig og tolerant. I verdighetsbevarende omsorg knyttet til identitet er det viktig at beboeren inkluderes i egen hverdag og ikke bli en passiv mottaker av helsehjelp.

Med en økende andel eldre i tiden fremover er det nødvendig med videre forskning som omhandler verdighet i møte med eldre og demens. Det er viktig at pasienter med demens blir inkludert i forskning slik at det blir satt fokus på deres behov. For at sykehjemsbeboere med demens skal få en best mulig hverdag er det helt essensielt å bevare deres identitet og verdighet.

7.0 REFERANSER

- Braut, G. S. (2018). Sykehjem. Store Norske leksikon (Red.), *Store Medisinske leksikon*. Hentet 27.april 2020 fra <https://sml.sn.no/sykehjem>
- Folkehelseinstituttet. (2019, 10. desember). Demens. Hentet 15. mars fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/#om-demens>
- Forskrift om kvalitet i pleie og omsorg. (2003). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (FOR-1997-02-27-358). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2003-06-27-792>
- Førland, O., Alvsvåg, H., Tranvåg, O. (2018). Perspektiver på omsorgsforskning. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3), 200-202. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-02>
- Hauge, S. (2015). Rammer og arenaer for geriatrisk sykepleie: Sykepleie i sykehjem. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 265-283). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Heggestad, A. K. T., Nordtvedt, P., Slettebø, Å. (2013a). 'Like a prison without bars': Dementia and experiences of dignity, *SAGE journals*, 20(8), 881-892. <https://doi.org/10.1177/0969733013484484>
- Heggestad, A. K. T., Nordtvedt, P., Slettebø, Å. (2013b). Dignity and care for people with dementia living in nursing homes. *SAGE journals*, 14(6), 825-841. <https://doi.org/10.1177/1471301213512840>
- Heggestad, A. K. T., Slettebø, Å. (2015). How individuals with dementia in nursing homes maintain their dignity through life storytelling – a case study". *Journal of Clinical Nursing*, 24(15-16), 2323-2330. <https://doi.org/10.1111/jocn.12837>
- Helsebiblioteket. (u.å). Termbasen MeSH på norsk og engelsk. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/sprakverktoy/sok-i-norske-mesh>

Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). PICO. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). Sjekklister. Hentet fra

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

Helsedirektoratet. (2017, 14. november). Symptomer på demens. Hentet 28. januar fra

<https://helsenorge.no/sykdom/hjerne-og-nerver/demens/demenssymptomer>

Helsedirektoratet. (03. januar 2020). Demens. *Nasjonal faglig retningslinje*. Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>

Høy, B., Lillestø, B., Slettebø, Å., Sæteren, B., Heggstad A. K. T., Caspari, S., . . . Nåden, D. (2016). Maintaining dignity in vulnerability: A qualitative study of the residents' perspective on dignity in nursing homes. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.011>

McKeown, J., Clarke, A., Ingleton, C., Ryan, T., Repper, J. (2010). The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. *International Journal of Older People Nursing*, 5(2), 148-158. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00219.x>

Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2019, 28. januar). Hva er demens? Hentet 28. januar fra

<https://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/>

Norsk sykepleier forbund_ (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra

<https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>

Norsk sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Regjeringen. (2015). Demensplan 2020. Hentet fra

https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020_kortversjon.pdf

Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2015). Den gamle pasientens helseproblemer: Kognitiv svikt og demens. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 408-437). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Statistisk sentralbyrå. (2019, 17. september). Eldrebølgen legger press på flere omsorgstjenester i kommunen. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldrebolgen-legger-press-pa-flere-omsorgstjenester-i-kommunen>

Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

United Nations. (u.å). Universal Declaration of Human Rights. Hentet fra <https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>

Tabell 1: PICO

	P- population	I-intervension	C-comparison	O-outcome
PICO	Pasienter med demens	Bor på sykehjem		Bevare verdighet Personsentrert omsorg
MeSH-terms	Dementia	Nursing homes		Respect
Tekstord	Dementia	Nursing homes		Human dignity, dignity Person-centred care

Vedlegg 1: Søkehistorikk

THE COCHRANE LIBRARY

Søkedato	Nr.	Søkeord og kombinasjoner	Avgrensninger	Resultat	Inkluderte systematiske oversikter
29.04.20	#1	MeSH descriptor: (Dementia)		5766	
	#2	MeSH descriptor (Nursing homes)		1309	
	#3	dignity		194	
	#4	#1 AND #2		372	
	#5	#1 AND #2 AND #3		1	0

CINAHL

Søkedato	Nr.	Søkeord og kombinasjoner	Avgrensninger	Antal treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
01/05/20	S1	(MH "dementia")		43,08 5			
	S2	(MH "nursing homes")		24,93 6			
	S3	S1 AND S2	Published date: 2005-2020 Peer reviewed	2,520			

	S4	(MH "human dignity" OR "dignity")	Published date: 2005-2020 Peer reviewed	5,163			
	S5	S3 AND S4	Published date: 2005-2020 Peer reviewed	37	8	3	2
03/05/20	S6	(MH "dementia") OR "dementia"		67,216			
	S7	(MH "Nursing homes" OR "nursing homes")		30,076			
	S8	S4 AND S6 AND S7	Published date: 2005-2020 Peer reviewed	61	5	2	1
	S9	S4 AND S6	Published date: 2005-2020 Peer reviewed	322	8	4	
06/05/20	S10	"person-centred care"		1,337			
	S11	S1 AND S2 AND S10	Published date; 2005 - 2020- Peer reviewed	65	5	1	1
	S12	S1 AND S2 AND S10 AND S4	Published date; 2005 -	3	2		

			2020- Peer reviewed				
14/05/20	S1 3	S4 AND S7	Published date; 2010 - 2020- Peer reviewed	177	2	1	1
	S1 4	S4 AND S6	Published date; 2010 - 2020- Peer reviewed	278	2	1	

MEDLINE

Søkedato	Nr.	Søkeord og kombinasjoner	Avgrensninger	Antal treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
03.05.20	1	Dementia/		50357			
	2	Nursing homes.mp. or Nursing Homes/		39660			
	3	1 and 2		3588			
	4	Dignity.mp. or Respect/		6966			
	5	3 and 4	Published date: 2005-current	32			
	6	1 and 4	Published date: 2005-current	117	5	2	

Vedlegg 2: Litteratormatrise

Forfattere	Tittel	Mål	Metode	Resultat
Anne Kari Tolo Heggstad, Per Nordtvedt og Åshild Slettebø. 2013 Publisert i: SAGE journals	'Like a prison without bars': Dementia and experiences of dignity.	Hensikten med studien var å kartlegge hva pasienter med demens som bor på sykehjem selv opplever at bevarer og truer deres verdighet.	Kvalitativ metode. Det er gjennomført deltakende observasjoner og intervju med fem pasienter ved to ulike sykehjem i Norge.	Studier viser at helsepersonell fokuserer for lite på personen bak sykdommen, deres meninger og identitet. Pasientene føler seg ikke møtt som individuelle mennesker, og blir ikke tatt på alvor. Studien viser at følelsen av tilhørighet, frihet og verdighet påvirkes av institusjonalisering og institusjonens rammer.
Anne Kari Tolo Heggstad, Per Nordtvedt og Åshild Slettebø. 2013 Publisert i: SAGE journals	Dignity and care for people with dementia living in nursing homes.	Å kartlegge hvordan pasienter med demens sin verdighet blir bevart eller krenket når de bor på et sykehjem sett fra pårørendes ståsted.	Det er benyttet kvalitativ metode. Forfatterne var deltakende observatører og gjennomførte intervju med pårørende av til sammen syv pasienter på to	Gjennom studien kommer det frem at pårørende av pasienter på sykehjemmet synes det er viktig at pasientene blir sett på som likeverdige personer og blir tatt på alvor.

			ulike sykehjem i Norge.	Forfattere kommer frem til at helsearbeiderne må være tilgjengelig for pasienten og bekrefte deres individuelle identitet. Helsearbeiderne må ha mer fokus på relasjonsbygging og samspill mellom pasient/pleier, enn fysiske arbeidsoppgaver som må utføres.
Anne Kari Tolo Heggstad og Åshild Slettebø 2015 Publisert i: Journal of Clinical Nursing	How individuals with dementia in nursing homes maintain their dignity through life storytelling – a case study”	En studie for å finne ut hvordan pasienter med demens som bor på sykehjem selv forsøker å bevare verdigheten og identiteten sin.	Det er benyttet kvalitativ metode. Forfatterne var deltakende observatører og gjennomførte intervjuer med fem pasienter som bor på to ulike sykehjem i Norge.	Gjennom studien ble det registrert at flere av pasientene med demens hadde behov for å fortelle fra livet de har lev. Å fortelle historier fra før de ble syk bidro til å bevare og styrke deres verdighet og identitet. Det kom også frem at å fortelle fra

				livshistorien sin ga pasientene en følelse av trygghet og tilhørighet i en ellers kaotisk verden med en demenssykdom.
Jane Mckeown, Amanda Clarke, Christine Ingleton, Tony Ryan, Julie Repper 2010 Publisert i: International Journal of Older People Nursing	The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care.	En studie om hvordan arbeid knyttet til livshistorie er forstått og utviklet i praksis og hvordan det påvirker omsorgen som blir gitt.	En kvalitativ studie som baserer seg på fire case-studier. Studien er gjennomført ved å observere og intervju. Studien innebærer arbeid med en bok om livshistorien. Forskeren har selv vært delaktig i implementering av bok om pasientens livshistorie.	Studien viser at å gjennom livshistorie kan pasienten opprettholde identitet sin, endre helsearbeiderne sitt syn på pasienten og det kan bidra til å styrke deres kommunikasjon, både verbal og non-verbalt. Pasientene var stolte av livshistorien sin, og det var givende for pårørende å delta.
Bente Høy, Britt Lillestø, Åshild slettebø, Berit Sæteren, Anne Kari	Maintaining dignity in vulnerability: A qualitative study of the	Hensikten med studien var å belyse hva pasienter opplever at de	En studie av kvalitativ metode basert på individuelle intervju.	Studien viser at opprettholdelse av verdighet er en pågående identitetsprosess

<p>Tolo Heggestad, Synnøve Caspari, Trygve Asgaard, Vibeke Lohne, Arne Rehnsfeldt, Maj-Britt Råholm, Lillemor Lindwall, Dagfinn Nåden.</p> <p>2016</p> <p>Publisert i: International Journal of Nursing Studies</p>	<p>residents' perspective on dignity in nursing homes.</p>	<p>selv og helsearbeiderne kan gjøre for å bevare deres verdighet.</p>	<p>Studien inkluderer 28 pasienter som bor på 7 ulike sykehjem i Skandinavia.</p>	<p>hos pasientene som baserer seg på muligheten til å bli involvert og bekreftet i samspill sosiale relasjoner, familie og sykepleierne.</p>
---	--	--	---	--