



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	28-02-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	28-04-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKHB3001 1 PRO1 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	487
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7479
----------------------	------

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:	36
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven 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

Personsentrert omsorg ved demens
Person-centred care in dementia

Kandidatnummer: 487

Bachelorutdanning i sykepleie
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap
Innleveringsdato: 28.04.2022
Antall ord: 7479

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

Bakgrunn: Per 2020 lever det omlag 101 000 personer med demens i Norge. Trolig vil dette tallet øke drastisk de neste årene. På bakgrunn av det økende antallet personer med demens i Norge, må det også legges til rette for gode rutiner på hvordan en skal håndtere omsorgen og behandlingen til denne pasientgruppen.

Problemstilling: Hvilke faktorer bidrar til personsentrert omsorg ved bruk av dementia care mapping?

Hensikt: Å øke kunnskapen rundt faktorer som bidrar til personsentrert omsorg i avdelinger for personer med demens på sykehjem.

Metode: Litteraturstudie basert på fire forskningsartikler og annen relevant pensum og litteratur.

Funn: Implementering av personsentrert omsorg er sentralt i arbeidet med personer med demens. Holdninger, samhandling med andre, kunnskaper og erfaringer, samt organisatoriske forutsetninger og ledelse er alle faktorer som er med på å påvirke implementeringen. Artikkene setter fokus på hvilke betydning disse faktorene har for implementeringen av personsentrert omsorg.

Konklusjon: Forholdet mellom pasient og ansatt, holdninger og kunnskaper blant helsepersonell, samt ledelse og arbeidsmiljø er faktorer som har betydning for implementeringen av personsentrert omsorg i praksis.

Nøkkelord: *demens, personsentrert omsorg, sykehjem, dementia care mapping,*

Abstract

Background: Per 2020, there were approximately 101 000 people living with dementia in Norway and as time continues, this number is likely to increase. As the prevalence of dementia is increasing in Norway, routines for handling the care and treatment of this group of patients must be facilitated.

Research question: Which factors contribute to person-centred care when using dementia care mapping?

Aim: To increase knowledge about factors that contribute person-centred care in departments for people with dementia in nursing homes.

Method: Literature study based on four research articles and other relevant syllabus and literature.

Findings: The implementation of person-centred care is central in the work with people with dementia. Attitudes, interaction with others, knowledge, and experience, as well as organizational prerequisites and management are all factors that affect the implementation. The articles focus on the significance of these factors for the implementation of person-centred care.

Conclusion: The relationship between patient and employee, attitudes, and knowledge among health professionals, as well as management and working environment are factors that are important for the implementation of person-centred care in practice.

Keywords: *dementia, person-centred care, nursing home, dementia care mapping*

Innholdsfortegnelse

1.0 INTRODUKSJON	5
1.1 VALG AV TEMA	5
1.2 TEORETISK GRUNNLAG	6
1.2.1 Demens.....	6
1.2.2 Personsentret omsorg	7
1.2.3 Dementia Care Mapping som kartleggingsverktøy	8
1.3 LOVVERK	9
1.3.1 Nasjonalfaglige retningslinjer for demens.....	9
1.3.2 Forskrift om en verdig eldreomsorg	9
1.3.3 Pasient- og brukerrettighetsloven	9
1.3.4 NSF yrkesetiske retningslinjer	9
1.4 HENSIKT	10
1.5 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	10
2.0 METODE	11
2.1 DEFINISJON	11
2.2 LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	11
2.3 LITTERATURSØK OG VALG AV FORSKNING	12
2.3.1 Inklusjons – og eksklusjonskriterier	12
2.3.2 Søkehistorikk over valgte forskningsartikler	13
2.4 ETISKE VURDERINGER.....	14
2.5 KILDEKRITIKK	15
3.0 RESULTATER OG FUNN	16
3.1 ARTIKKEL NR. 1:	16
<i>THE ROLE OF LEADERSHIP IN THE IMPLEMENTATION OF PERSON-CENTRED CARE USING DEMENTIA CARE MAPPING: A STUDY IN THREE NURSING HOMES (ROKSTAD ET AL., 2015).</i>	16
3.2 ARTIKKEL NR. 2:	17
<i>CARE STAFF TRAINING BASED ON PERSON-CENTERED CARE AND DEMENTIA CARE MAPPING, AND ITS EFFECTS ON THE QUALITY OF LIFE OF NURSING HOME RESIDENTS WITH DEMENTIA (YASUDA & SAKAKIBARA, 2017).</i>	17
3.3 ARTIKKEL NR. 3:	18
<i>STAFF-RESIDENT INTERACTIONS IN LONG-TERM CARE FOR PEOPLE WITH DEMENTIA: THE ROLE OF MEETING PSYCHOLOGICAL NEEDS IN ACHIEVING RESIDENTS' WELL- BEING (WILLEMSE ET AL., 2015).</i>	18
3.4 ARTIKKEL NR. 4:	19
<i>IMPLEMENTING DEMENTIA CARE MAPPING TO DEVELOP PERSON-CENTRED CARE: RESULTS OF A PROCESS EVALUATION WITHIN THE LEBEN-QD II TRIAL (QUASDORF ET AL., 2016).</i>	19
3.5 HOVEDFUNN	20
4.0 DISKUSJON	21
4.1 FORHOLDET MELLOM PASIENT OG ANSATT	21
4.2 HELSEPERSONELL SINE HOLDNINGER OG KOMPETANSE	23
4.3 LEDELSE OG ARBEIDSMILJØ	25
5.0 OPPSUMMERING OG IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS	29
6.0 REFERANSELISTE	31
7.0 VEDLEGG	35
7.1 VEDLEGG 1: SJEKKLISTE FOR KVALITATIV STUDIE: ROKSTAD ET AL., 2015.	35

1.0 Introduksjon

1.1 Valg av tema

Demens er en stor utfordring i dagens samfunn. Den demografiske utviklingen vil gi en vesentlig økning av personer over 80 år, som også vil bety en økning i antallet eldre som får demens diagnose (Wettergreen et al., 2019; Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 25.) Per 2020 lever det omlag 101 000 personer med demens i Norge, og i følge Folkehelseinstituttet er det en forventet dobling av antallet personer med demens innen 2050 (Folkehelseinstituttet, 2021). I takt med det stadig økende antallet eldre, må det også legges gode rutiner på hvordan en skal håndtere omsorgen og behandlingen til personene med demens.

Det står nemlig nedfelt i demensplan for 2025 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 25-26) at den økende andelen av eldre personer vil føre til konsekvenser for flere områder i samfunnet og vil kreve nye løsninger. Denne utviklingen vil føre til en økende mangel på helsepersonell, noe som gjør at det stilles ekstra krav til ledelse, planlegging, organisering og styring av tjenestene i tiden fremover. Det handler nemlig om å utnytte potensialet av tilgjengelige ressurser for å løse problemet. I årene fremover må det fokuseres på innovasjoner for å løse problemet og det vil bli et større krav til samhandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s.25-26). På bakgrunn av det økende antallet eldre i Norge er det også nødvendig at det etableres rutiner for personsentrert omsorg og behandling til personer med demens i virksomheter som tilbyr helse – og omsorgstjenester. Nasjonalfaglige retningslinjer for demens skal sikre dette. Rutinene skal ta utgangspunkt i opplæring og kompetanseutvikling av ansatte, systematisk evaluering og kvalitetsforbedring av tjenestene, samt tydelig ledelse og støtte av ansatte i utøvelse av personsentrert omsorg (Helsedirektoratet, 2020).

Tidligere forskning viser at effekten av personsentrert behandling har positiv påvirkning på pasientresultatene. Det fremkommer også at personsentrerte tilnærminger kan bidra til pasientsikkerhet (Rossiter et al., 2020, s.19). I lancetrapporten fra 2017 blir også personsentrert omsorg synliggjort. I rapporten står det at det skal foreligge en individuelt tilpasset demensomsorg, som omfatter medisinsk, sosial og støttende pleie (Livingston et al., 2017, s.2673). Tidligere

demensplan for 2020, styrker også viktigheten av personsentrert omsorg. Den skulle blant annet sikre pasientens selvbestemmelse, involvering og deltakelse i sitt eget liv. I tillegg skulle forskning, kunnskaper og kompetanse bli prioritert ved arbeid med personer med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s.21-23). I artikkelen til Halek et al., (2013, s.8) fremkommer det også at bruk av dementia care mapping i institusjoner har stor innflytelse på beboere og ansatte, samt avdelingen og ledelsen. Samspeillet mellom de ulike nivåene i organisasjonen har stor betydning for effektene av dementia care mapping. Både motiverte ansatte og ledere, kan være med på å påvirke livskvaliteten til beboerne. Oppgaven min handler derfor om personsentrert omsorg til personer med demens på sykehjem.

Jeg ønsker å skrive om personsentrert omsorg, fordi jeg har gode erfaringer fra en praksisperiode på en demensavdeling. Jeg ble inspirert over hvordan hele avdelingen var oppdatert på hvordan en skulle ha en personsentrert tilnærming. Avdelingen ble jevnlig undervist i relevante temaer av spesialisthelsetjenesten. Dette var med på å øke kunnskapen i avdelingen, i tillegg til at de fikk gode tips i forhold til personsentrert omsorg.

1.2 Teoretisk grunnlag

I dette avsnittet vil jeg presentere teori som belyser min problemstilling. Jeg vil ta for meg temaene demens, personsentrert omsorg og dementia care mapping som kartleggingsverktøy.

1.2.1 Demens

Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand eller et syndrom som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer. Demens karakteriseres ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt. Tilstanden kan altså ikke kureres og forverrer seg ofte over tid. Kognitiv svikt omfatter redusert hukommelse, orienteringsevne, språk, evne til problemløsning og abstraksjonsevnen. Endret sosial atferd og redusert praktisk svikt er også vanlig. Ved praktisk svikt vil personen få sviktende evner til å gjøre dagligdagse aktiviteter på en tilfredsstillende måte sammenlignet med hvordan det har vært tidligere. Dette gjør det vanskelig for et selvstendig liv. Nevropsykiatriske symptomer kan også forekomme. Nevropsykiatriske symptomer kan være depresjon,

angst, psykotiske symptomer som for eksempel vrangforestillinger og hallusinasjoner, også atferdsforandringer som agitasjon og apati kan oppstå (Rokstad, 2019, s.10-11; Engedal & Haugen, 2018, s.18).

Å leve med demens oppleves veldig ulikt fra person til person, men blir av mange beskrevet som en følelse av en stor påkjenning som resulterer i usikkerhet og angst. Mange beskriver også forvirring og frykt for den gradvise forverringen av svikt som kan forekomme med tiden. Usikkerheten kan påvirke selvfølelsen og selvbildet deres (Rokstad, 2019, s.11). Personer med demens ønsker å bli sett, hørt og behandlet som vanlige personer. I møte med personer med demens er det viktig å ta utgangspunkt i de opplevelsene som personen selv har av sin situasjon og sykdom. En personsentrert tilnærming er derfor viktig i møte med personer med demens (Engedal & Haugen, 2018, s.49-50).

1.2.2 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg en tilnæringsmåte i behandling og omsorg for personer med demens. Det var Tom Kitwood, en britisk sosialpsykolog, som først beskrev behovet om en personsentrert demensomsorg (Rokstad & Røsvik, 2018, s.302). Han var opptatt av at personsentrert omsorg skulle sørge for å bekrefte personens opplevelse av personverd (Rokstad & Røsvik, 2018, s.300). Personsentrert omsorg har som mål at personen først og fremst skal oppleve å bli møtt som en unik person (Rokstad & Røsvik, 2018, s.304). Det vil si å behandle personer som enkeltindivider, respektere deres rettigheter som personer, bygge gjensidig tillit og forståelse, og utvikle positive forhold mellom personene (McCance & McCormack, 2021, s.25). Det skal legges til rette for at personen kan bruke ressursene sine, samt at de skal få mulighet til å holde på sin identitet, oppleve tilhørighet, få støtte, og oppleve at dagene inneholder meningsfulle aktiviteter og beskjeftigelse (Rokstad & Røsvik, 2018, s.300). Personsentrert omsorg har stor betydning for forebygging og behandling av atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s.64).

For å realisere personsentrert omsorg i praksis må det legges vekt på noen visse prinsipper. Dette innebærer styrking av omgivelsene i sykehjemmet. Det vil si at en legger til rette for en demensvennlig omsorgskultur. Det er også viktig med

muligheter for sosial stimulering og givende relasjoner, slik som interaksjoner med ansatte og pårørende. Kontinuitet i omsorgen er også et viktig prinsipp for realiseringen. Dette kan gjøres ved at det er færre pleiere som har ansvar for å følge opp pasienten, noe som også gjerne er med på å bedre og fremme et godt forhold til den ansatte. Det er også sentralt at lederoppgaver i større grad blir delegert til pleiere som utøver selve omsorgen, samt at en tar i bruk en bemanningsmodell som tillater implementering av personsentrert omsorg og som fremmer pleiernes myndigheter. Til slutt må en også fokusere på en individualisert og humanistisk omsorgsfilosofi for å kunne virkeliggjøre personsentrert omsorg i sykehjem (Kirkevold, 2015, s.108).

1.2.3 Dementia Care Mapping som kartleggingsverktøy

Dementia care mapping er et kartleggingsverktøy som kan brukes for utvikling av en personsentrert omsorgspraksis og kultur (Rokstad, 2019, s.86).

Kartleggingsverktøyet er opprinnelig utviklet av Tom Kitwood og Kathleen Bredin tidlig på 1990-tallet, og bygger på Tom Kitwoods omsorgsfilosofi.

Kartleggingsverktøyet har opp gjennom årene blitt revidert og videreutviklet gjennom et bredt internasjonalt samarbeid (Rokstad & Røsvik, 2018, s.312; Rokstad, 2019, s.86). Dementia care mapping brukes som en metode for å observere pasientens grad av velvære og aktivitet, samt graden av personsentrert praksis i samhandling mellom personalet og pasienten (Rokstad, 2019, s.86-87, sitert i Kitwood, 1999).

Gjennomføring av dementia care mapping tar utgangspunkt i fem ulike punkter; briefing, observasjon, analyse, tilbakemelding og utarbeidelse av tiltak (Barbosa et al., 2017, s. 1610). Det gjøres systematiske observasjoner av pasientens atferd, humør og engasjement i miljøet. Observasjonene gjøres av personal som er sertifisert til å bruke metoden etter de har gjennomført et kurs. Resultatene diskuteres og det blir satt i gang tiltak basert på observasjonene som ble gjort (Rokstad & Røsvik, 2018, s.305; Rokstad, 2019, s.87).

1.3 Lovverk

I dette avsnittet vil jeg ta med lover, forskrifter og retningslinjer knyttet til personer med demens på sykehjem.

1.3.1 Nasjonalfaglige retningslinjer for demens

Nasjonalfaglige retningslinjer for demens er en retningslinje som har som hensikt å sikre en nasjonal standard for utredning, behandling og oppfølging av personer med demens (Helsedirektoratet, u.å.). Den tar for seg ulike lovverk som gjelder for pasientgruppen, krav til kompetanse i arbeid med personer med demens, personsentrert omsorg og behandling ved demens (Helsedirektoratet, 2020). Dette er punkter i den nasjonalfaglige retningslinjen for demens som er relevant for min oppgave.

1.3.2 Forskrift om en verdig eldreomsorg

I forskrift om en verdig eldreomsorg (2010, §2) står det at de kommunale pleie – og omsorgstjenestene skal legge til rette for en eldreomsorg som sikrer den enkelte tjenestemottaker et verdig og så langt som mulig meningsfylt liv i samsvar med sine individuelle behov.

1.3.3 Pasient- og brukerrettighetsloven

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §1) skal sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse – og omsorgstjenesten. Videre står det at den skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker av helse – og omsorgstjenesten, samt bidra til å fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd.

1.3.4 NSF yrkesetiske retningslinjer

I NSF yrkesetiske retningslinjer står det at all sykepleie skal være respekt for den enkeltes liv og verdighet, samt at sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (Norsk sykepleierforbund, u.å.).

1.4 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å øke kunnskapen rundt viktigheten av å bruke personsentrert omsorg i avdelinger for personer med demens, samt at dementia care mapping som kartleggingsverktøy kan være et godt hjelpemiddel for å lykkes. Det er derfor sentralt å sette fokus på hvilke faktorer som bidrar til personsentrert omsorg i en avdeling for personer med demens på sykehjem.

1.5 Presentasjon av problemstilling

Ut i fra begrunnelse for valg av tema, teoridel, samt hensikt har jeg kommet fram til følgende problemstilling for min oppgave:

Hvilke faktorer bidrar til personsentrert omsorg ved bruk av dementia care mapping?

2.0 Metode

I dette kapittelet vil jeg først presentere definisjon av metode, etterfulgt av en definisjon av litteraturstudie som metode. Til slutt vil jeg presentere mine litteratursøk, samt etiske vurderinger og kildekritikk.

2.1 Definisjon

Tranøy (1986, s.127) forklarer metode som en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller for å etterprøve påstander som har et krav om å være pålitelige. Han forklarer dette som: «å være vitenskapelig er å være metodisk» (Tranøy, 1986, s.126). Dalland (2020, s.42) påpeker i tillegg at metode er et redskap for å møte noe vi ønsker å undersøke. Metoden skal hjelpe oss til å samle inn dataen en trenger til undersøkelsen.

2.2 Litteraturstudie som metode

Oppgaven er en litteraturstudie basert på litteratur fra forskningsartikler, selvvalgt pensum og egne erfaringer fra praksis. En litteraturstudie er en studie som bruker ulik kunnskap og systematiserer denne kunnskapen fra skriftlige kilder ved å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom kunnskapen og til slutt sammenfatte litteraturen til en helhetlig tekst (Thiedemann, 2019, s.77). Jeg har valgt å inkludere artikler som både bruker kvalitativ og kvantitativ metode, samt en artikkel med mixed- method.

Kvalitative metoder tar utgangspunkt i personers meninger og opplevelser (Dalland, 2020, s.54). Kjennetegnet for kvalitative studier er dybdekunnskap. Det vil si at en får mye kunnskaper og opplysninger fra et lite antall undersøkelser. En kvalitativ metode er derfor sentral når en skal finne meningssammenhenger. Innsamling av data til kvalitative studier foregår gjennom intervjuer, observasjoner, feltarbeid eller dokumentanalyser (Thiedemann, 2019, s.76).

Kvantitative metoder tar utgangspunkt i å gi data i form av målbare enheter. Det vil si informasjon som kan tallfestes og regnes med (Dalland, 2020, s.54). I motsetning til kvalitative studier vil kvantitative studier ha en større bredde, og en vil få et lite antall opplysninger fra mange undersøkelser. Kvantitative studier er sentrale for å finne objektive data for å få kvalifiserte oversikter, fordelinger, frekvenser, årsak- virknings-

forhold, samt for å teste ut hypoteser og teorier, finne ut hvordan flere forhold virker sammen, og for å gjennomføre sammenligninger og finne eksakte mønstre (Thiedemann, 2019, s.76).

2.3 Litteratursøk og valg av forskning

Forskningen og litteraturen jeg har valgt å inkludere i studien er med på å belyse det aktuelle temaet i oppgaven, samt svare på problemstillingen. Jeg har søkt i to helsefaglige databaser, Medline og CINAHL, for å finne relevante forskningsartikler til problemstillingen min. Jeg har brukt søkeordene: dementia, dementia care mapping og patient-centered care som hovedsøkeord, samt residents with dementia og screening tools for å få et bredere treff i databasene. I tillegg har jeg supplert med søkeordene: leadership, health personnel, implementation, quality of life, well-being og nursing home for å få ulike vinklinger på temaet. Dette er relevante søkeord for min oppgave, fordi de retter seg mot ulike aspekter som er knyttet til demensomsorgen og personsentrert omsorg.

2.3.1 Inklusjons – og eksklusjonskriterier

Artiklene jeg velger å bruke i min oppgave må handle om personer med demens på sykehjem. Jeg vil derfor ekskludere hjemmeboende personer med demens, og personer med demens som bor på andre avdelinger enn dem som er tilrettelagt for personer med demens. Begge kjønn blir inkludert i søkene mine. Forskningsartiklene må være fagfellevurdert. Jeg vil inkludere engelskspråklige og norske forskningsartikler, men utelukke alle andre forskningsartikler med språk utenom disse. Jeg vil også inkludere forskning mellom 2012 og 2022, men ekskludere forskning som er publisert før 2012.

2.3.2 Søkehistorikk over valgte forskningsartikler

Database/dato for søk	Spesifikasjoner i databasen	Søkeord	Resultater	Inkludert
MEDLINE 8/3	Haket av for årstall mellom 2012 og 2022, både kvinner og menn, engelskspråklig	«Dementia» AND «dementia care mapping» AND «leadership» AND «patient-centered care»	3	1 The role of leadership in the implementation of person-centred care using Dementia Care Mapping: a study in three nursing homes. (Rokstad et al., 2015).
MEDLINE 15/3	Haket av for årstall mellom 2012-2022, både kvinner og menn, engelskspråklig	«Dementia» OR «residents with dementia» AND «patient centered care» AND «dementia care mapping» OR «screening tools» AND «health personnel»	10	1 Care staff training based on person-centered care and dementia care mapping, and its effects on the quality of life of nursing home residents with dementia (Yasuda & Sakakibara, 2017).
CINAHL 22/3	Haket av for årstall mellom 2012-2022, «peer reviewed», både kvinner og menn, engelskspråklig	«Patient centered care» AND «Dementia» AND «Quality of life» OR «well being» AND «Dementia Care Mapping» OR «Screening tools» AND «nursing homes	8	1 Staff–resident interactions in long-term care for people with dementia: the role of meeting psychological needs in achieving residents' wellbeing (Willemse et al., 2015).

CINAHL 24/3	Haket av for årstall mellom 2012 og 2022 , «peer reviewed», engelskspråkelig, både mann og kvinne,	«Dementia» AND «Implementation» AND «dementia care mapping» AND «patient centered care» AND «nursing homes»	6	1 Implementing Dementia Care Mapping to develop person-centred care: results of a process evaluation within the Leben-QD II trial (Quasdorf et al., 2016).
----------------	--	--	---	--

2.4 Ethiske vurderinger

Dalland (2020, s.168) forklarer forskningsetikk som et område i etikken der en må kunne vurdere forskningen opp mot samfunnets normer og verdier. Vurdering av forskningen omfatter en vurdering av alt fra planlegging, valg av problemstilling, valg av metode, samt hvordan resultatene brukes og rapporteres. Forskningsetikk handler også om at en skal ivareta personene som deltar i forskningen. Det vil si at en ivaretar deltakernes personvern, og at disse ikke blir utsatt for unødvendige belastninger under forskningsprosjektet (Dalland, 2020, s.168). Tre av fire forskningsartikler som jeg har valgt ut til min studie er blitt godkjent av forskningsetiske komiteer, mens den siste forskningsartikkelen, Willemse et.al (2015), ble gjennomført uten en formell vurderingsprosedyre av komiteen på bakgrunn av at studien undersøker en vanlig daglig praksis i sykehjem for personer med demens. Alle de fire inkluderte forskningsartiklene har et eget avsnitt med etiske vurderinger. Det ble i samtlige studier innhentet samtykke fra deltakerne i studien. I noen av forskningsartiklene ble det spesielt fokusert på å innhente samtykke i forhold til observasjoner som ble foretatt i det offentlige rom, mens i andre forskningsartikler ble det fokusert på at observasjonene av pasientene ble avsluttet om beboeren ble påvirket. Observasjonene som ble gjort ble også anonymisert, og beboerne fikk lov å godkjenne det som ble skrevet før det ble publisert.

Litteraturen i min studie bygger på andre forskeres og forfatteres kunnskaper og synspunkter. Årsaken til dette er at det er en litteraturstudie. Når en bruker andres

arbeid er en derfor nødt til å referere til deres arbeid. I følge Trygstad og Dalland (Dalland, 2020, s.161) skal en alltid henvisne til kildene en bruker når en skriver, og disse skal alltid fremkomme både i litteraturhenvisningen og litteraturlisten. Jeg har altså brukt andre sin forskning, men bruker den relevante informasjonen i deres forskning for å belyse min problemstilling.

2.5 Kildekritikk

Kildekritikk blir definert av Trygstad og Dalland (Dalland, 2020, s.143) som en metode som brukes for å finne ut om kildene er gyldige, altså hvor troverdige og faglige kildene er. Hensikten med kildekritikk er at leser skal få et innblikk i refleksjonene som skriver har gjort seg angående relevans og gyldighet av litteraturen som skal belyse problemstillingen i studien (Dalland, 2020, s.152). I følge Trygstad og Dalland (Dalland, 2020, s.143) deles kildekritikk inn i to sider. Den første siden omhandler det å finne frem til litteraturen, altså litteratursøking, mens den andre siden handler om å gjøre rede for og vurdere den litteraturen en har funnet. Ved kildekritikk må en også sjekke om opphavet til kilden er troverdig, etterfulgt av en beskrivelse av hvilke type kilde det er snakk om, og om kildenes relevans til problemstillingen.

I min oppgave har jeg vært bevisst på å bruke vitenskapelige databaser, slik som CINAHL og Medline, i søkene mine. Jeg har også brukt forskningsartikler som er fagfellevurdert. Samtlige av forskningsartiklene er skrevet av land som har likt helsevesen som Norge, noe som styrker påstandene og teorien som blir brukt i studien. Artiklene jeg har brukt er kvalitetsvurdert ved hjelp av helsebiblioteket sine sjekklister. Viser til vedlegg 1 for eksempel på vurdering av kvalitativ forskning.

På bakgrunn av at de valgte forskningsartiklene i studien min er skrevet på engelsk, kan det forekomme misforståelser av innholdet som er skrevet i artiklene. Det kan også forekomme sekundærkilder i oppgaven min, fordi det har vært vanskelig å finne primærkilder til alle kildene jeg har brukt.

3.0 Resultater og funn

Ut i fra litteratursøkene mine har jeg kommet frem til fire aktuelle forskningsartikler som jeg skal presentere resultatene til i dette avsnittet. Jeg har valgt å presentere resultatene til forskningsartiklene hver for seg. Årsaken til dette er at problemstillingen tar utgangspunkt i ulike faktorer som bidrar til personsentrert omsorg, og det vil derfor være forskjellige resultater i de valgte forskningsartiklene, for å kunne belyse ulike synsvinkler.

3.1 Artikkel nr. 1:

The role of leadership in the implementation of person-centred care using Dementia Care Mapping: a study in three nursing homes (Rokstad et al., 2015).

Hensikt: Undersøke lederskapets rolle i implementering av personsentrert omsorg i sykehjem ved bruk av dementia care mapping som kartleggingsverktøy. Artikkelen ønsker å finne ut hvordan lederne forberedte og støttet omsorgspersonalet under utviklingsprosessen og hvilke opplevelse personalet hadde ved å ta del i denne prosessen.

Metode: Kvalitativ studie som bruker fokus-gruppe intervjuer for å besvare problemstillingen. Dementia care mapping ble brukt som metode for implementering av personsentrert omsorg over en tolv måneders periode. Dementia care mapping ble brukt i tre ulike sykehjem. 18 ansatte og syv ledere deltok i fokus-gruppe intervjuene.

Resultat: Det ble oppdaget forskjeller ved ledelsen i de tre ulike sykehjemmene. De to hovedtemaene, støtte fra ledere og erfaring ved bruk av dementia care mapping for å implementere personsentrert omsorg, ble brukt for å besvare problemstillingen. Det ble oppdaget forskjeller på mellom organiseringen og ledelsesformene ved implementeringen av personsentrert omsorg. Disse forskjellene ser ut til å kunne spille en rolle for implementeringen av personsentrert omsorg i demensomsorgen, selv om metoden (dementia care mapping) som ble brukt i implementeringsprosessen var den samme. Det var forskjeller i hvor mye tilstede lederne var i avdelingen. Resultatet viser at ledere som tar aktiv del i utøvelse av

sykepleie og var rollemodeller for personalet, var positivt for implementeringen av personsentrert omsorg. Implementeringen av personsentret omsorg hadde i de tre ulike sykehjemmene skapt motivasjon, engasjement, samt økt bevissthet og refleksjoner rundt praksisen.

Konklusjon: Ledere har en sentral rolle i å utforme en klar og tydelig visjon, være støttende til omsorgspersonalet og ta en aktiv del i omsorgen som blir utført i praksis.

3.2 Artikkel nr. 2:

Care staff training based on person-centered care and dementia care mapping, and its effects on the quality of life of nursing home residents with dementia (Yasuda & Sakakibara, 2017).

Hensikt: å vurdere effekten av opplæring av omsorgspersonell basert på personsentrert omsorg og dementia care mapping på livskvaliteten til beboere med demens på sykehjem.

Metode: en intervensjonsstudie som bruker kvantitativ metode. Det ble gjennomført opplæring av omsorgspersonell basert på personsentrert omsorg og dementia care mapping. 40 omsorgspersonell ved et geriatrisk sykehjem deltok. Effektene av opplæringen ble etterpå evaluert ved hjelp av dementia care mapping, for å kunne vurdere endringer i statusen til beboere med demens både før og etter intervensjonen. Effekten av opplæringen ble evaluert med dementia care mapping målinger av 40 beboere med demens tre ganger i løpet av studiet, med et intervall på en måned.

Resultat: studien fant ut at livskvaliteten hos personene med demens målt med dementia care mapping ikke hadde noen forskjell mellom første og andre runde før opplæringen av personalet. Imidlertid økte disse verdiene fra første og andre runde til tredje runde etter intervensjonen, der over 50% av beboerne hadde økt livskvalitet etter opplæring av personalet. Det viste også en betydelig økning i kategorien «interaksjoner med andre» i tredje runde sammenlignet med første, der halvparten av beboerne med demens hadde bedre interaksjoner med andre.

Konklusjon: funnene viser at pedagogisk intervensjons- og demensopplæring basert på personsentrert omsorg og dementia care mapping bidrar til økt kvalitet på omsorg til personer med demens, samt styrking av deres livskvalitet gjennom bedre samhandling med personer med demens.

3.3 Artikkel nr. 3:

Staff–resident interactions in long-term care for people with dementia: the role of meeting psychological needs in achieving residents' well-being (Willemse et al., 2015).

Hensikt: å finne ut i hvilke grad interaksjonene mellom beboere og ansatte undergraver eller fremmer beboerens psykologiske behov, og hvordan slike interaksjoner er assosiert med beboerens livskvalitet.

Metode: artikkelen bruker kvantitativ metode. Det gjennomføres observasjoner ved hjelp av kartleggingsverktøyet «dementia care mapping» i avdelingen for å svare på problemstillingen. Data om interaksjonene mellom beboer og ansatt ble samlet inn fra 51 brukere på ni ulike langtidssykehjem som brukte dementia care mapping som kartleggingsverktøy. Dementia care mapping ble brukt til å gjøre observasjoner hvert 5. min, av interaksjonene mellom beboer og ansatte. De observerte interaksjoner som enten fremmet eller undergravet beboerens psykologiske behov. Observatøren scoret beboerens humør og engasjement i avdelingen etter en seks-poeng skala, der -5 er veldig negativt og +5 er veldig positivt, mens +1 er nøytralt.

Resultat: Det ble funnet totalt 76 faktorer som fremmet og 33 faktorer som undergravet beboernes psykologiske behov i studien. Komfort og beskjeftigelse var de faktorene som i størst grad fremmet de psykologiske behovene, mens også behovet for identitet, tilknytning og inkludering var med på å øke beboernes velvære. Beboernes velvære ble oftest redusert etter faktorer som undergravet behovet for komfort.

Konklusjon: fremme interaksjoner som skaper tilknytning, identitet og inkludering, og som ikke undergraver personens behov for komfort kan være viktig for å oppnå velvære. Fremkommer at det er viktig med opplæring i personsentrert omsorg.

3.4 Artikkel nr. 4:

Implementing Dementia Care Mapping to develop person-centred care: results of a process evaluation within the Leben-QD II trial (Quasdorf et al., 2016).

Hensikt: var å evaluere implementeringen av dementia care mapping i sykehjem. Studien ønsker å finne ut om det var implementeringsuksess på de avdelingene der dementia care mapping ble implementert, hvilke faktorer som fremmer og hindrer implementeringen av dementia care mapping og hvilke spesifikke faktorer som kan påvirke implementeringen av dementia care mapping, sammenlignet med implementering av en vanlig måling av livskvalitet. Studien undersøker altså effekten av dementia care mapping sammenlignet med en vanlig måling av livskvaliteten til personer med demens.

Metode: det er blitt brukt et mixed-method design for å vurdere suksessen av implementering av dementia care mapping og påvirkningsfaktorer ved implementeringen. Mixed- method er en metode som bruker både kvantitativ og kvalitativ metode i studien. Studien er en del av en årsak-virkningsstudie. Denne metoden er brukt for å oppnå en dybdeforståelse av dementia care mapping implementeringen fordi denne prosessen er påvirket av flere faktorer i helsevesenet. Metoden foretar samtidige innsamlinger og analyse av kvalitative og kvantitative data, samt sammenligning av disse resultatene for å kunne oppnå en helhetlig tolkning av resultatene. Fra 2011- 2013 deltok ni ulike sykehjem i studien, der de enten implementerte dementia care mapping eller QUALIDEM, som er et verktøy for å kartlegge livskvaliteten hos personer med demens. Dataene ble analysert hver for seg og deretter slått sammen for å vise implementeringsprosessen på en omfattende måte. Det ble gjennomført intervjuer av sykepleiere, samt innsamling av ulike dokumenter som hadde tilknytning til implementeringsprosessen.

Resultat: nødvendige organisatoriske forutsetninger for implementeringen av dementia care mapping, tar utgangspunkt i et velfungerende nettverk, en demensvennlig kultur og fleksible organisasjonsstrukturer. Personalet sine holdninger til dementia care mapping gjorde også implementeringen lettere. Nøyaktig planlegging og gjennomføring, samt rekruttering av personer som kjempet for implementeringen av dementia care mapping virket positivt på implementeringen. Kvalifiserte og erfarne koordinatorene var også betydningsfullt for implementeringsprosessen.

Konklusjon: faktorene for implementering av dementia care mapping er enkle å realisere, mens det er mer utfordrende å endre omsorgspraksis rettet mot personsentrert omsorg. Analyse av dagens tilstand er sentralt og nødvendig for å klare å utvikle en individualisert implementeringsstrategi i avdelingen. Det er sentralt å støtte personalet til å bruke resultater fra dementia care mapping- kartleggingen i praksis.

3.5 Hovedfunn

Hovedfunnene i de fire overnevnte artiklene er at implementering av personsentrert omsorg er sentralt i arbeidet med personer med demens. Artiklene tar i bruk dementia care mapping som metode for å kunne drive en personsentrert omsorg i avdelingene. Forskningsartiklene setter også lys på hvilke betydning kompetanse og kunnskaper, forholdet mellom pasient og ansatt, holdninger til helsepersonell, arbeidsmiljøet og ledelsen har på implementeringen av personsentrert omsorg. Det viser seg at samtlige overnevnte punkter har stor betydning for om personsentrert omsorg er en del av omsorgspraksisen i avdelinger for personer med demens på sykehjem. Ut i fra de fire valgte forskningsartiklene kan en sammenfatte artiklene i tre ulike temaer som også skal brukes som tema i drøftingsdelen.

Disse tre temaene er: forholdet mellom pasient og ansatt, helsepersonell sine holdninger og kompetanse, samt ledelse og arbeidsmiljø.

4.0 Diskusjon

I dette kapitlet skal jeg drøfte resultatene i de fire valgte artiklene opp mot relevant litteratur, for å kunne finne svar på problemstillingen: hvilke faktorer bidrar til personsentrert omsorg ved hjelp av dementia care mapping? Ut i fra de fire valgte forskningsartiklene har jeg som sagt kommet frem til tre tema som er aktuelle for å svare på problemstillingen. Disse tre temaene er:

- Forholdet mellom pasient og ansatt
- Helsepersonell sine holdninger og kompetanse
- Ledelse og arbeidsmiljø

4.1 Forholdet mellom pasient og ansatt

Funnene i artikkelen til Willemse et al., (2015, s.449) understreker viktigheten av en personsentrert samhandling mellom ansatt og beboer i omsorgen for personer med demens. Artikkelen til Yasuda & Sakakibara (2017, s.996) styrker dette ved at det fremkommer at interaksjoner med andre er viktig for å øke livskvaliteten til personer med demens ytterligere. Gode interaksjoner med andre er bygget på god kommunikasjon. En god og åpen kommunikasjon mellom ansatt og beboer er en sentral forutsetning for å lykkes med personsentrert omsorg. Kommunikasjon er altså essensen i samhandling med andre personer. Imidlertid kan dette være vanskelig da pasientene kan ha ulike forutsetninger for kommunikasjon. Dette krever derfor gode kommunikasjonsferdigheter og evne til dialog med beboerne, enten det er verbal eller nonverbal kommunikasjon (Kirkevold, 2015, s.108). Samtidig kan samhandlingen også bli vanskelig hvis pasienten ikke har et ønske om en god samhandling med de ansatte. Imidlertid er dette regulert under pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3), der det står at pasientene har rett til å medvirke i sin egen hverdag. Det vil si at pasientene har rett til å bestemme over sitt eget liv, og at valgene deres skal respekteres. Samtidig kan en relasjon til et lite antall ansatte være et godt tiltak for personer med demens, fordi det skaper en tettere relasjon til de ansatte. Mange eldre foretrekker nemlig å etablere en relasjon til et få antall ansatte. Dette skaper kontinuitet, trygghet, tillitt og forutsigbarhet, samt at beboerne får en person de kan bli kjent med og som kjenner til deres historie (Rokstad, 2015, s.108; Meld. St. 15. (2017- 2018), s.26). I artikkelen til Willemse et al., (2015, s.445) fremkommer dette også ved at samhandling gjennom en-til-en kontakt kan være med

på å fremme beboernes psykologiske behov, og dermed også påvirke deres trivsel. På bakgrunn av dette kan en si at samhandlingen mellom pasient og ansatt er viktig og må bygge på likeverd, samarbeid og gjensidig avhengighet. Det forutsetter derfor en anerkjennende relasjon mellom disse, for å lykkes (Kirkevold, 2015, s.108). Forholdet mellom sykepleieren og beboerne ser derfor ut til å ha en stor betydning for omsorgsresultatene (Willemse et al., 2015, s.445).

I artikkelen til Rokstad et al., (2015, s.16) trekkes det også frem at det å ha kjennskaper til pasienten er svært viktig for å kunne arbeide personsentrert. Dette innebærer kunnskaper om personens historie, ønsker og behov. Det er også viktig å vite om de ulike kommunikasjonsformene, slik som reminisens og validering. Reminisens forklares som en metode som brukes for å gjenkalle minner, altså hente frem noe som skaper gode følelser, mens validering forklares som en metode der pleieren anerkjenner følelsene til beboere, for eksempel gjennom å bekrefte overfor pasienten at det for eksempel er greit å være trist, redd og engstelig (Sakariassen, 2018). Det er i tillegg viktig at en prioriterer trivsel fremfor rutiner og omsorgsoppgaver, samt at en tilpasser miljøet og aktiviteter som fremmer en personsentrert hverdag. Det er viktig å bruke tid på å bli kjent med pasienten og lytte til personen (Rokstad, 2019, s.44). Imidlertid fremkommer det i flere studier at helsepersonell ikke har tilstrekkelige kunnskaper og forståelse av betydningen av at sykepleien og behandlingen til personene med demens tar utgangspunkt i den enkeltes oppfatning, verdier, mål og ønsker (Kirkevold, 2015, s.107). Dette kan knyttes til mangel på informasjon om hvorvidt dette er viktig i arbeid med personer med demens. Dette blir også styrket gjennom reformen «leve hele livet» der det står at det er mangler av kunnskaper om den enkeltes beboers behov og preferanser (Meld. St. 15 (2017-2018), s.146). Kjennskap til pasienten og pasientens livsfortellinger kan brukes til å tilpasse pleien og yte mer individrettede tjenester (Meld. St. 15 (2017-2018), s.147).

I artikkelen til Willemse et al., (2015, s.445) står det at personsentrerte interaksjoner som fremmer psykologiske behov i større grad er relatert til en bedre livskvalitet hos beboerne. Undervisning og opplæring har også betydning for samhandlingen mellom de ansatte og beboerne med demens. I artikkelen til Yasuda & Sakakibara (2017, s.996) fant de ut at opplæring gjør det mulig for omsorgspersonalet å gjennomgå

deres daglige samhandling med beboere med demens. For å endre omsorgspersonalets atferd og forbedre livskvaliteten til beboere med demens var opplæring en sentral faktor. Yasuda & Sakakibara (2017, s.995) forklarer nemlig at interaksjonen med andre ble bedret etter opplæring av personalet. På den andre siden må en også skape en endring av helsepersonalets holdninger relatert til demensomsorgen, for å kunne lykkes med undervisning og opplæring av ansatte. De ansatte må være åpen for å tilegne seg nye kunnskaper om fagfeltet. De må altså være åpen for en kulturendring i avdelingen, samt at det må legges til rette for kompetanseutvikling og utdanning, slik at en kan fremme positive interaksjoner mellom beboer og ansatte (Kirkevold, 2015, s.109).

4.2 Helsepersonell sine holdninger og kompetanse

Sykepleiers holdninger til dementia care mapping og dets underliggende verdier og normer har stor betydning for om implementeringsprosessen av personsentrert omsorg blir vellykket (Qusadorf, 2016, s.762). Personalet ved avdelingene der bruk av dementia care mapping var vellykket så ut til å ha en mer positiv holdning til dementia care mapping og personsentrert omsorg, og de fleste ansatte kunne kritisk reflektere over dets verdi (Quasdorf et al., 2016, s.759). Rokstad et al., (2015, s.20) fant også ut at både ledere og ansatte hadde blitt mer motivert og var mer fokusert på å ta i bruk individualisert og personsentrert omsorg. Samtidig var det noen avdelinger som fikk en mer negativ holdning til dementia care mapping, fordi de ansatte følte seg kontrollert (Quasdorf et al., 2016, s.760). En mulig årsak til dette kan være at de ikke var motivert for implementeringen, og ønsket i større grad å drive etter gamle vaner og var ikke åpen for nye tiltak. Quasdorf et al., (2016, s.761) viser nemlig til at de vellykkede sykehjemmene var de som var motiverte for implementeringen av personsentrert omsorg.

Å verdsette personer med demens handler om å anerkjenne det unike hos personen, prøve å forstå verden fra perspektivet til personen med demens og fremme et støttende sosialt miljø. Dette kan gjøres ved å bruke en individuell tilnærming, slik som personsentrert omsorg (Rokstad et al., 2015, s.16). På den andre siden blir demens ofte sett på som noe negativt, og ofte gjenspeiler dette i våre verdier og holdninger til sykdommen. Det handler i utgangspunktet om hvordan samfunnet ser på sykdommen (Hveem, 2017). På bakgrunn av dette er det derfor et stort behov for

å øke kunnskapen om demens blant befolkningen. Bekjempelse av stigma er viktig for at personer med demens ikke skal føle seg utenfor samfunnet. Det er svært viktig at personer med demens møtes med forståelse og respekt fra andre mennesker (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s.27). Imidlertid kan gode holdninger hos ansatte være med på å skape engasjement og motivasjon. Det finnes nemlig en sammenheng mellom sykepleiere som engasjerer seg for pasientgruppen og arbeidsoppgavene, og kvaliteten på omsorgen som blir gitt til pasientene.

Sykepleiere som er engasjert for pasientgruppen og arbeidsoppgavene en finner på en avdeling for personer med demens, kan gjøre en stor forskjell ved å inspirere kollegaer og gjøre arbeidsmiljøet attraktivt. Dette har nemlig stor betydning for omsorgen som blir gitt til pasientene (Rokstad et al., 2015, s.17). I NSF yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, u.å.) står det at sykepleieren skal respektere den enkelte menneskets liv og verdighet. Sykepleien skal fokusere på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. Det står videre at sykepleiere skal ivareta pasientens verdighet og integritet, samt gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Dette reflekterer gode holdninger.

I artikkelen til Quasdorf et al., (2016, s.762) fremkommer det at opplæring av personalet om generell demensomsorg kan være et nødvendig tiltak for å arbeide personsentrert. Dette fremkommer også i artikkelen til Willemse et al., (2015, s.451), der det står at det er et stort behov for spesifikk personsentret demensopplæring for personalet som arbeider med eldre mennesker. Imidlertid fremkommer det i artikkelen til Rokstad et al., (2015, s.23) og Quasdorf et al., (2016, s.760) at deltakerne i studiene manglet kunnskaper om hvordan de skulle behandle personer med demens og om kartleggingsverktøyet dementia care mapping. I nasjonalfaglige retningslinjer for demens er det nedfelt et krav om kompetanse for virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester til personer med demens. Virksomhetene skal sørge for at de ansatte har den opplæringen eller videreutdanningen som kreves for arbeid med pasientgruppen, slik at en kan arbeide faglig forsvarlig. Dette innebærer blant annet kompetanse om de ulike demenssykdommene og personsentrert omsorg (Helsedirektoratet, 2020). Det er derfor svært sentralt at personalet får den rette opplæringen i arbeid med personer med demens.

I artikkelen til Yasuda & Sakakibara (2017, s.996) kommer det frem at pedagogisk intervensjons- og demensopplæring basert på personsentrert omsorg og dementia care mapping bidrar til økt kvalitet på omsorg til personer med demens. Opplæring i personsentrert omsorg og dementia care mapping kan også bidra til styrking av deres livskvalitet gjennom en bedre samhandling med personer med demens. Quasdorf et al. (2016, s.761) sier at hvis en skal få en suksessfull implementering må en ha personal med riktig kompetanse på den rette tiden. På den andre siden kreves det også at sykepleierne har noen sentrale ferdigheter for å kunne arbeide personsentrert. De må være oppmerksomme og kunne gjennomføre kontinuerlige observasjoner og/eller samtaler for å finne ut hvordan den enkelte har det og hva personen trenger, samt tilrettelegge tiltak ut i fra pasientens behov og ønsker. Det krever altså gode observasjons- og kommunikasjonsevner, samt tilstrekkelig tid og tålmodighet for å kunne arbeide personsentrert (Kirkevold, 2015, s.109).

4.3 Ledelse og arbeidsmiljø

I artikkelen til Rokstad et al., (2015, s.24) kommer det frem at ledere har en sentral rolle i å utforme en klar og faglig visjon for å oppnå implementering av personsentrert omsorg ved bruk av dementia care mapping. Et godt lederskap, stabil ledelse, sterkt teamarbeid og effektive kommunikasjonskanaler er sentralt for å kunne realisere personsentrert omsorg i avdelingene (Kirkevold, 2015, s.108). På den andre siden har også sykepleierne som arbeider i avdelingen en stor betydning for implementeringen av personsentrert omsorg. Hvis ikke sykepleierne viderefører implementeringen til praksis, vil implementeringen av personsentrert omsorg stoppe før den har nådd avdelingene. Det er derfor svært viktig at lederne gir større ansvar og myndighet som er delegert til dem som praktiserer omsorgen (Kirkevold, 2015, s.108). Et større ansvar og myndighet til de som utøver omsorgen, gjør det også lettere å tilpasse omsorgen direkte mot individuelle behov. Det står nemlig nedfelt i forskrift for en verdig eldreomsorg (2010, §2), at en skal sikre et meningsfullt liv i samsvar med individuelle behov, slik som personsentrert omsorg tar hensyn til. Samtidig fremkommer det også at et godt lederskap spiller en stor rolle for sykepleiers forståelse av pasientens behov og verdier (Rokstad et al., 2015, s.16). Det vil si derfor si at et godt lederskap og et sterkt teamarbeid, og samarbeidet mellom disse to er sentrale faktorer for å kunne arbeide personsentrert (Kirkevold, 2015, s.108).

Rokstad et al., (2015, s.24) skriver at lederne kontinuerlig må være støttende overfor omsorgspersonalet og at de tar en aktiv del i praksisen som foregår i avdelingen. Dette for å kunne observere om det trengs å gjøre endringer. Det fremkommer også i artikkelen til Quasdorf & Bartholomeyczik (2019, s.1988, sitert i Chenoweth et al., 2015) at lederes støtte både overfor personalet men også overfor implementeringen av personsentrert omsorg, samt tilgjengelighet under prosessen er faktorer som fremmer gjennomføringen av implementeringen. Imidlertid ble det i artikkelen til Quasdorf et al., (2016, s.758) rapportert om store personalutskiftninger, inkludert utskiftninger av ledere. Dette kan gjøre det vanskelig å følge opp arbeidet i praksis. På bakgrunn av de store utskiftningene er det derfor viktig å motivere personalet til å bli værende i jobben sin. Ledere som fremmer sine faglige og etiske standarder, samt kommuniserer åpent og handler i samsvar med deres verdier, påvirker personalets engasjement, motivasjon og forpliktelser (Rokstad et al., 2015, s.22). Samtidig kan det også være en mulighet å fremme beslutningstaking sideveis i avdelingen, slik at det letter presset på lederne (Rokstad et al., 2015, s.16). Personalet vil da føle seg mer bemyndiget og får en større tillitt til å ta sine egne beslutninger i den daglige omsorgspraksisen (Rokstad et al., 2015, s.23). På den andre siden var det viktigste i følge Quasdorf et al., (2016, s.761) at de ansatte og lederne støttet implementeringen. Personer som kjempet for implementeringen av dementia care mapping og personsentrert omsorg var også i større grad i stand til å overvinne hindringer som oppstod i forhold til implementeringen, for eksempel slik som store utskiftninger av ansatte.

Organisasjonsstrukturen i avdelingen har også betydning for implementeringen av personsentrert omsorg. I artikkelen til Quasdorf et al., (2016, s.762) fremkommer det ved at organisasjonsstrukturen må være fleksibel nok til å kunne klare å gjennomføre implementeringen. Reorganisering av organisasjonsstrukturen kan være nødvendig for å kunne drive personsentrert. Quasdorf et al., (2016, s.762) understreker at dementia care mapping kun kan fremme personsentrert omsorg i avdelinger som er forberedt på en personsentrert omsorgspraksis og som har en generell forståelse av at personsentrert omsorg er nødvendig før implementering. Samtidig kan det være vanskelig å endre på organisasjonsstrukturen da denne ofte er styrt av praktiske, materielle og organisatoriske forhold som har gitte rammer (Kirkevold, 2015, s.109).

Det er ledernes ansvar å tilrettelegge for at utøvelsen av sykepleie er personsentrert. Imidlertid er bemanningssituasjonen og organiseringen av avdelingen en faktor som i hovedsak bestemmer om implementeringen blir vellykket (Kirkevold, 2015, s.110). På den andre siden vil en god ledelse aksepterer nye innovasjoner for å oppnå vellykket endring og en positiv omsorgskultur i avdelingen (Rokstad et al., 2015, s.16). Ledelsen må investere i kompetanseutvikling og utdanning (Kirkevold, 2015, s.108). Ved å styrke lederskapet kan det være mulig å oppnå og opprettholde forbedringer som er viktig for å fremme en bedre livskvalitet for personer med demens (Rokstad et al., 2015, s.16).

I artikkelen til Quasdorf et al., (2016, s.759) fremkommer det at vellykkede avdelinger for personer med demens hadde et mer demens vennlig fysisk miljø og mer fleksible organisasjonsstrukturer. Avdelingene med en demensvennlig kultur hadde også en større tendens til å vise en mer vellykket implementering av personsentrert omsorg (Quasdorf et al., 2016, s.759). Demensvennlige strukturelle egenskaper gjorde det generelt sett lettere å implementere personsentrert omsorg. Samtidig er det viktig å ta hensyn til at personer med demens må få leve og fungere under et så vanlig miljø og vanlige betingelser som mulig. Det vil si at en tar utgangspunkt i normaliseringsprinsippet, som vil si at en har fokus på at bomiljøet er mest mulig likt slik en har det hjemme hos seg (Engedal & Haugen, 2018, s.328). I reformen «leve hele livet» fremkommer det imidlertid at det skal tilrettelegges for aldersvennlig samfunn i Norge, som er et inkluderende og tilgjengelig miljø som skal fremme aktiv aldring. Dette skal gjøre det tryggere for personer med demens (Meld. St. 15 (2017-2018), s.70).

Arbeidsmiljøet i avdelingene har også en betydning for implementeringen av personsentrert omsorg. I følge Quasdorf et al., (2016, s.758) har avdelinger med et godt og stabilt team større sjanser for vellykket implementering enn andre avdelinger. Vellykkede avdelinger hadde en tendens til å ha stabile, velfungerende nettverk og åpne kommunikasjonsstrukturer. Quasdorf et al., (2016, s.762) skriver også at det er noen visse forutsetninger for å kunne realisere implementeringen av personsentrert omsorg. Dette inkluderer den organisatoriske konteksten, med stabile og velfungerende team, med åpne kommunikasjonsstrukturer og flate hierarkier. Det vil si en arbeidsplass med godt samarbeid, både mellom de ansatte, men også mellom

de ansatte og lederne, samt en arbeidsplass der de ansatte blir inkludert i beslutningene. Likevel ble det rapportert om flere avdelinger som hadde flere utfordringer med implementeringen. Her ble det rapportert om konflikter og misforståelser innad i avdelingene (Quasdorf et al., 2016, s.758- 759). Imidlertid uttrykte avdelinger som implementerte personsentrert omsorg i større grad arbeidstilfredshet, og opplevde seg selv i bedre stand til å yte god individualisert omsorg til pasientene sine. De opplevde også mindre stress, utbrenthet og misnøye. Dette hadde også positiv virkning på pasienten (Kirkevold, 2015, s.108). I følge Rokstad et al., (2015, s.24) hadde flere sykehjem oppnådd en bevissthet rundt personsentrert omsorg og økt refleksjon blant omsorgspersonalet etter bruken av dementia care mapping.

5.0 Oppsummering og implikasjoner for praksis

Det finnes altså flere faktorer som påvirker personsentrert omsorg i avdelinger for personer med demens på sykehjem. Sykehjemmene må fokusere på faktorer som kan være med på å fremme personsentrert omsorg i avdelingene, da dette vil lette implementeringen av personsentret omsorg. Personsentrert omsorg er svært viktig i arbeidet med personer med demens. Personsentrert omsorg tar hensyn til beboers individuelle behov, opplevelser, verdier og ønsker. Personsentrert omsorg blir også i større og større grad anbefalt som den fortrukne tilnæringsmåten i arbeidet med personer med demens (Rokstad & Røsvik, 2018, s.300). Å utvikle personsentrert omsorg i praksis er først og fremst et spørsmål om personalets og ledernes holdninger til personer med demens, samt hvorvidt prioriteringene er basert på personsentrert omsorg som verdigrunnlag. Økonomi og ressurser har også en betydning for implementeringen av personsentret omsorg i praksis (Rokstad, 2019, s.80).

Ut i fra funnene i artiklene har god samhandling mellom pasient og ansatt en stor betydning for implementeringen av personsentrert omsorg. Forutsetninger for god samhandling mellom beboer og ansatt er at de ansatte kjenner godt til pasienten og deres behov, samt at det legges til rette for undervisning og opplæring om viktigheten av et godt og tillitsfullt forhold mellom beboeren og den ansatte. Holdninger til personsentret omsorg og demens har store betydninger for om implementeringsprosessen blir vellykket. Det kommer også frem at ledere har en sentral rolle i implementeringsprosessen. De må ta aktiv del i praksisen, samt være støttende og motiverende overfor sine ansatte. Ledelsen må kunne være åpen for innovasjoner, være fleksibel med tanke på organisasjonsstruktur, samt være med på å fremme viktigheten av en demensvennlig avdeling. Et godt arbeidsmiljø i avdelingen har også stor betydning for implementeringsprosessen. Et godt arbeidsmiljø skaper gode holdninger og motivasjon hos de ansatte og lederne. Dementia care mapping som kartleggingsverktøy har stor betydning for observasjoner over den nåværende situasjonen i avdelingene, slik at det er lettere å utarbeide målrettede og individuelle tiltak. For å konkludere, har forholdet mellom beboer og ansatt, holdninger og kompetanse blant helsepersonell, samt ledelse og

arbeidsmiljø betydning for implementeringen av personsentrert omsorg i praksis. Dette er faktorer som kan være med på å bidra til personsentrert omsorg.

Det anbefales at sykehjem for personer med demens fokuserer på faktorene som påvirker implementeringen av personsentrert omsorg. Det er nemlig funnet ut i oppgaven at personsentrert omsorg har en betydning for omsorgsresultatene hos pasientene. Hvis en fokuserer på de faktorene som påvirker personsentrert omsorg i praksis, vil en i større grad kunne tilrettelegge sykepleien ut i fra den enkeltes opplevelser, verdier, ønsker og behov (Rokstad, 2015, s.108). Denne studien har betydning for praksis, fordi den tar for seg hvordan en skal opptre som helsepersonell og leder for å kunne lykkes med implementeringen av personsentrert omsorg. Den har også betydning for praksis fordi den fremmer betydningen og viktigheten av å bruke personsentrert omsorg i sykehjem til personer med demens, i tillegg til at den setter lys rundt mulige årsaker til at implementeringen ikke er vellykket på noen sykehjem. Da kan derfor tenkes at det blir lettere å se på hvilke områder i avdelingen, der en er nødt til å foreta endringer, for å kunne lykkes med personsentrert omsorg. Ut i fra funnene i de ulike artiklene som er brukt i oppgaven er det nødt til å forskes mer på hvordan en kan realisere personsentrert omsorg i praksis. Det er nemlig vanskelig å endre omsorgspraksis rettet mot personsentrert omsorg (Quasdorf et al., 2016, s.763). Det må altså forskes mer på hva som er virksomme faktorer i praksisutviklingen (Rokstad, 2019, s.80).

6.0 Referanseliste

- Barbosa, A., Lord, K., Blighe, A., & Mountain, G. (2017). Dementia Care Mapping in longterm care settings: a systematic review of the evidence. *International psychogeriatrics* 29(10), 1609-1618.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal.
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2018). Demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (red.), *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (s.14-28). Forlaget aldring og helse
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2018). Å leve med en demenssykdom. I K. Engedal & P. K. Haugen (red.), *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (s.48-58). Forlaget aldring og helse
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2018). Miljøtiltak. I K. Engedal & P. K. Haugen (red.), *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (s.315-331). Forlaget aldring og helse
- Folkehelseinstituttet. (2021, 23.februar). *Demens*. Fhi.no.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/?term=&h=1>
- Halek, M., Ditcher, M. N., Quasdorf, T., Riesner, C., & Bartholomeyczik, S. (2013). The effects of dementia care mapping on nursing home residents quality of life and staff attitudes: design of the quasi-experimental study Leben-QD II. *BMC Geriatrics* 13(53), 1-10.
doi:10.1186/1471-2318-13-53
- Helsedirektoratet. (u.å). *Hva er nasjonalfaglige retningslinjer*. Helsebiblioteket.no.
<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/bildediagnostikk/metode-og-kunnskapsgrunnlag/nasjonale-faglige-retningslinjer>

Helsedirektoratet. (2020, 3.januar). *Demens: nasjonalfaglig retningslinje*.

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

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Demensplan 2025*. Regjeringen.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>

Hveem, P. (2017, 21.september). *Hvordan endre synet på demens*. Aldring og helse.

https://www.aldringoghelse.no/hvordan-endre-synet-pa-demens/?doing_wp_cron=1649770562.0986518859863281250000

Kirkevold, M. (2015). Personsentret og individualisert sykepleie. I M. Kirkevold., K.

Brodtkorb, K., & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (s. 106-121). Gyldendal

Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Larson, E. B., Ritchie, K., Rocwood, K., Sampson, E. L., (...) Mukadam, N. (2017). *Dementia prevention, intervention, and care*. The Lancet Commissions.

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)

McCance, T., & McCormack, B. (2021). The person-centred Practice Framework. I B.

McCormack., T. McCance., C. Bulley., D. Brown., A. McMillan., S. Martin (red.), *Fundamentals of person-centred healthcare practice* (s.23-32). Wiley Blackwell

Meld. St. 15. (2017- 2018). *Leve hele livet: en kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>

Norsk sykepleier forbund. (u.å). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF.no.

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

- Pasient – og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_1
- Quasdorf, T., & Bartholomeyczik, S. (2019). Influence of leadership on implementing Dementia Care Mapping: A multiple case study. *Dementia* 18(6), 1976-1993. DOI: 10.1177/1471301217734477
- Quasdorf, T., Riesner, C., Ditcher, M. N., Dortmund, O., Bartholomeyczik, S., & Halek, M. (2016). Implementing Dementia Care Mapping to develop person-centred care: results of a process evaluation within the Leben-QD II trial. *Journal of clinical nursing*, 26, 751-765. doi: 10.1111/jocn.13522
- Rossiter, C., Levett-Jones, T., & Pich, J. (2020). The impact of person-centred care on patient safety: An umbrella review of systematic reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 109, 1-20. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103658>
- Rokstad, A. M. M. (2019). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Universitetsforlaget
- Rokstad, A. M. M., & Røsvik, J. (2018). Personsentrert omsorg. I K. Engedal., & P. K. Haugen (red.), *Demens- sykdommer, diagnostikk og behandling* (s.300-314). Forlaget aldring og helse
- Rokstad, A. M. M., Vatne, S., Engedal, K., & Sælbæk G. (2015). The role of leadership in implementation of person-centred care using dementia care mapping: a study in three nursing homes. *Journal of Nursing Management*, 23, 15-26. DOI: 10.1111/jonm.12072

- Thiedemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter, den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget
- Sakariassen, C. B. (2018, 05. april). *Pleieren er den beste medisinen*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/forskning/2018/02/pleieren-er-den-beste-medisinen>
- Tranøy, K. E. (1986). *Vitenskapen- samfunnsmakt og livsform*. Universitetsforlaget
- Verdighetsgarantien. (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg* (FOR-2010-11-12-1426). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>
- Yasuda, M., & Sakakibara, H. (2017). Care staff training based on person-centered care and dementia care mapping, and its effects on the quality of life of nursing home residents with dementia. *Aging & mental health*, 21(9), 991-996. DOI: 10.1080/13607863.2016.1191056
- Wettergreen, J., Ekorud, T., & Abrahamsen, D. (2019, 17.september). *Eldrebølgen legger press på flere omsorgstjenester i kommunen*. SSB. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldrebolgen-legger-press-pa-flere-omsorgstjenester-i-kommunen>
- Willemse, B. M., Downs, M., Arnold, L., Smit., D., de Lange, J., & Pot., A. M. (2015). Staff – resident interactions in long-term care for people with dementia: the role of meeting psychological needs in achieving resident`s well-being. *Aging & mental health*, 19(5), 444-452. DOI: 10.1080/13607863.2014.944088

7.0 Vedlegg

7.1 Vedlegg 1: sjekkliste for kvalitativ studie: Rokstad et al., 2015.

Del A: Innledende vurdering

Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

- Forskerne ønsket å undersøke hvilke rolle ledelsen hadde i implementeringen av personsentrert omsorg i sykehjem ved bruk av dementia care mapping som kartleggingsverktøy
- De ønsket å finne svar på dette fordi ledelsen er viktig for implementering i praksis, samt at det fantes begrensede kunnskaper om positivt lederskap styrker en personsentrert omsorgskultur.
- Problemstillingen er relevant til min oppgave, fordi den fokuserer på ledernes rolle ved personsentrert omsorg.

Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

- Kvalitativ metode er en hensiktsmessig metode til å svare på problemstillingen. Studien har som mål å beskrive ledere og ansattes erfaringer og opplevelser i implementeringsprosessen.

Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

- Studien bruker fokus-gruppe intervjuer med kvalitativt design for å svare på problemstillingen. Det finnes ikke begrunnelse på hvorfor forfatterne har valgt kvalitativ metode, men hensikten med studien er å finne ut hvordan lederne forberedte og støttet personalet i implementeringsprosessen. Opplevelser og erfaringer er derfor sentralt å sette fokus på, og derfor er kvalitativ metode hensiktsmessig.

Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

- Det er blitt valgt ut 18 ansatte og syv ledere på tre ulike sykehjem til fokus-gruppe intervjuene. Omsorgspersonalet som deltok i fokus-gruppe intervjuene bestod av erfarne sykepleiere, mens ledelsen bestod av både avdelingsledere og fagansvarlige sykepleiere.
- Trente DCM-brukere som jobber som veiledere ved avdelinger for geriatri og psykiatri kontaktet og spurte sykehjemmene om de ønsket å delta i forskningsprosjektet.
- Det er ikke begrunnet hvorfor akkurat disse deltakerne ble valgt.
- Mesteparten av de deltakerne var kvinner.

Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

- Observasjonene ble samlet inn i det offentlige rom i avdelingene på sykehjemmet.
- Det kommer klart frem hvilke metode som er brukt for å samle inn data. Det er valgt fokus-gruppe intervjuer for å svare på problemstillingen. Intervjuene ble gjennomført etter 2. DCM observasjon etter det var gått seks måneder, og intervjuene ble gjentatt etter implementeringen. Det ble gjennomført seks ulike fokusgruppeintervjuer. Det er ikke begrunnet hvorfor fokusgruppeintervjuer er valgt som metode, men et slik intervju skaper mulighet for at personene kan komme med egne meninger og innspill, noe som er relevant for studien. På det ene sykehjemmet var det bare en ansvarlig leder. Hun ble derfor intervjuet individuelt.
- Det ble brukt semistrukturert intervjuguide i studien.
- Det ble tatt lydopptak av intervjuene. De ble også transkribert og kryssjekket ved å lytte til lydopptakene.

Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

- Det er ikke gjort rede for bakgrunnsforhold i denne forskningsartikkelen.

Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

- Siden studien bare inkluderte tre ulike sykehjem, kunne det hende at deltakerne ble gjenkjent når studien ble publisert, og at de følte seg fornærmet eller flau. Deltakerne fikk derfor lov til å godkjenne eller distansere seg fra det som ble sagt i intervjuene. De har prøvd å forhindre at noen skulle bli gjenkjent i studien.
- Studien er godkjent av en etisk komité. Den er godkjent av the Regional Ethics Committee for medical research (REK-east) og the Norwegian Data Inspectorate (NSD)

Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

- Det er gjort rede for hvilke type analyse som er brukt i studien. Det er blitt brukt en kvalitativ innholdsanalyse med en konvensjonell tilnærming for å analysere intervjuene. Analysen er ikke basert på et teoretisk rammeverk.
- Det er gjort rede for hvordan analysen av dataene ble gjennomført. Hvert intervju ble først analysert hver for seg. Teksten ble så sortert etter hva den inneholdt, og lest flere ganger for å få en helhet. Teksten ble så organisert og satt i en matrise som skulle gjøre det mulig å sammenligne de tre ulike sykehjemmene. Analysen ble foretatt på gruppenivå. Det ble ikke tatt hensyn til samhandlingen mellom personene i de ulike fokusgruppeintervjuene.
- Det finnes en klar sammenheng mellom det forskerne har samlet inn av data gjennom fokusgruppeintervjuene, og de temaene som forskerne tar utgangspunkt i studien.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – **Nei** – **Uklart**

Del B: Hva er resultatene?

Er funnene klart presentert?

Ja – **Nei** – **Uklart**

Kommentar:

- De har fokusert på sine egne funn i forskningsartikkelen. De har imidlertid tatt med andre kilder for å drøfte funnene.
- Forskerne har diskutert både for og i mot funnene i studien, og sine egne argumenter.
- De har gjennomført analyse av funnene flere ganger ved å høre på lydopptak.
- Funnene i studien er diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen. Studien drøfter funnene ved å ta i bruk de ulike lederroller som blir brukt på sykehjemmene.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Kommentar:

- Resultatene kan være til hjelp i praksis fordi de belyser viktigheten av et velfungerende ledelse i avdelingen. Ledelsen har stor betydning for implementeringen av personsentrert omsorg. God ledelse skaper også bevissthet rundt tematikken, motivasjon og engasjement blant de ansatte. Forskningsartikkelen belyser også viktigheten ved at ledelsen er tilstede for sine ansatte, og deltar i praksis.
- Studien oppgir at det er et behov for mer forskning rundt effekten lederskapet ved et av sykehjemmene, for å utvikle personsentrert omsorg i avdelingen. Studien oppgir også at det trengs mer forskning rundt påvirkning fra forskjellige typer ledere.