



Fordypningsoppgave

VAE705 Aldring og eldreomsorg

Hvordan kan helsepersonell ivareta integriteten og verdigheten hos pasienter med demens på en sykehjem?

Kristin Gabriele Pettersen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 50

Molde, 18.05.12



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å betrakte som fusk og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 12

Veileder: Else Lykkeslet

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 15.05.2012

Antall ord: 9497

Om hjelpkunsten

Hvis det i sannhet skal lykkes å føre et menneske hen til et bestemt sted, må man først passe på å finne ham der hvor han er og begynne der.

Dette er hemmeligheten i all hjelpkunst. For å kunne hjelpe en annen, må jeg forstå mer enn ham, men dog først og fremst forstå det han forstår.

Når jeg ikke gjør det, så hjelper min merforståelse ham slett ikke. Vil jeg likevel gjøre min forståelse gjeldende, så er det fordi jeg er forfengelig og stolt, så jeg i stedet for å gavne ham egentlig vil beundres av ham.

Men all sann hjelpkunst begynner med en ydmykelse. Hjelperen må først og fremst ydmyke seg under den han vil hjelpe, og derved forstå at det å hjelpe ikke er å herske, men å tjene.

Dersom du ikke kan begynne således med et menneske at han kan finne en sann lindring i å tale med deg om sin lidelse, så kan du heller ikke hjelpe ham. Han lukker seg for deg, han lukker seg inne i sitt innerste – og prek du så for ham...

(Søren Kierkegaard 1859)

Sammendrag

Bakgrunn:

En regner med at det finnes rundt 66000 personer med demens i Norge i dag. Dersom forekomsten av demenssykdommer holder seg på dagens nivå, vil antall personer med demens være fordoblet til ca.135 000 innen 2040 (Demensplan 2015).

Hensikt:

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse viktigheten av å ivareta integriteten og verdigheten hos personer med demens på et somatisk sykehjem.

Metode:

Oppgaven er et systematisk litteraturstudium basert på elleve forskning artikler. Studiet bygger på ni kvalitative og to kvantitative.

Resultat:

Mine funn i dette systematiske litteraturstudiet viste seg at å ha kunnskap og holdninger hos helsepersonell, kjennskap til livshistorien og å ha en personorientert omsorg til personer med demens er viktig for å ivareta deres integritet og verdighet på et sykehjem.

Konklusjon

Resultatet viser hvor viktig det er å ha kunnskap og holdninger, kjennskap til livshistorie og å ha en personorientert tilnærming til personer med demens for å ivareta deres integritet og verdighet på et sykehjem.

Nøkkelord:

Demens, integritet, verdighet, personorientert omsorg, sykehjem.

Abstract**Background:**

One estimates that there are approximately 66000 people with dementia in Norway today. If the occurrence of dementia diseases remains at today's level, the number of people with dementia be doubled to approximately 135 000 in 2040 (dementia plan 2015).

Purpose:

The purpose of this literature study was to highlight the importance of safeguarding the integrity and dignity to people with dementia on a nursing home.

Method:

Literature study based on eleven research articles. The review builds upon nine qualitative and two quantitative.

Results:

My findings in this systematic literature study proved that having the knowledge and attitudes of healthcare professionals, knowledge of early life and having a personhood care to people with dementia is important in order to protect their integrity and dignity in a nursing home.

Conclusion:

The result shows how important it is to have the knowledge and attitudes, knowledge of the life story and having a personhood approach to people with dementia in order to protect their integrity and dignity in a nursing home.

Keywords:

Dementia, integrity, dignity, personhood care, nursing home.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 Innledning	1
1.1 Tema.....	1
1.2 Hensikt.....	2
1.3 Problemstilling.....	2
1.4 Avgrensing.....	2
2.0 Teoribakgrunn	3
2.1 Teori om demens.....	3
2.2 Integritet og verdighet.....	5
2.3 Personorientert omsorg.....	6
3.0 Metode	8
3.1 Datasamling.....	9
3.2 Inklusjonskriterier.....	10
3.3 Kvalitetsbedømming.....	10
3.4 Etsiske hensikt.....	11
3.5 Analyse.....	12
4.0 Resultat	12
4.1 Kunnskap og holdninger hos helsepersonell.....	13
4.2 Livshistorien hos personer med demens.....	14
4.3 Faktorer for å utvikle personorientert omsorg i praksis.....	15
5.0 Diskusjon	17
5.1 Viktigheten av å ha kunnskap og holdninger for å ivareta integriteten hos personer med demens.....	17
5.2 Livshistoriens betydning for integriteten og verdigheten hos personer med demens.....	20
5.3 Personorientert omsorgs betydning for integritet og verdighet hos personer med demens.....	23
6.0 Konklusjon	25
7.0 Litteraturliste	26
8.0 Vedlegg	
Vedlegg 1 Oversiktstabell over litteratursøk	
Vedlegg 2 Inkluderte forskningsartikler	
Vedlegg 3 Oversikt over forskningsartikler som svarer til ulike funn	

1.0 Innledning

I min fordypningsoppgave, i forbindelse med min videreutdanning i aldring og eldreomsorg ved høgskolen i Molde ønsker jeg å skrive om personer med demens. Å bidra til å ivareta integritet og verdighet på en god måte, står for meg som en veldig viktig oppgave.

1.1 Tema

En regner med at det finnes rundt 66000 personer med demens i Norge i dag. De aller fleste av disse er over 65 år, kun 2-3 % er yngre (Rokstad og Smebye, 2008). Demens er den hyppigste årsaken til innlegging i sykehjem (Engedal og Haugen 2006). En går ut ifra at det er nærmere 80 % av dem, som bor på et sykehjem som har demens sykdom (Demensplan 2015). Dette stemmer også på min arbeidsplass. Flesteparten av pasienten der, har en eller annen form for kognitiv svikt, fra mild til alvorlig grad. Sykdomsbildet ved demens varierer fra person til person. Dersom forekomsten av demenssykdommer holder seg på dagens nivå, vil antall personer med demens være fordoblet til ca.135 000 innen 2040 (Demensplan 2015).

Jeg er sykepleier og har jobbet, så langt, tretten år i helsesektoren. Gjennom disse åra har jeg følt på at vi ikke alltid tar de eldre på alvor. Det å høre på hva som blir sagt og sette seg inn i pasientens situasjon blir ikke alltid gjort. Vi legg altfor lett problem over på den vi skal hjelpe, og ser dessverre ikke at feilen like godt kan ligge hos oss selv. Men personalressursene er knappe og pasientene blir sykere og sykere. Dette fører til store utfordringer i hverdagen. Og slik situasjonen er per dags dato vil disse utfordringene ikke bli mindre i årene som kommer, derfor blir det viktig å finne gode måter å løse dette på. I stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) beskrives det i Demensplanen (2015) de utfordringer som framtidens kommunale omsorgstjenester får. Demensplanen (2015) angir både strategier og konkrete tiltak fram til 2015.

Som omsorgsgiver hos personer med demens har jeg observert mange skremmende situasjoner med henhold til helsepersonells tilnærming til personer med demens. Medisin - og sykdomsfokusering gjør at man lett kan glemme mennesket bak sykdommen. Siden eldre har økt risiko for å få bivirkninger, må medisinerings skjje med forsiktighet. Før en tyr til medikamentell behandling bør en ikke- medikamentell behandlingstiltak prøves først

(Engdal og Haugen, 2006). Gjennom videreutdanningen har jeg fått en bedre forståelse for de eldre jeg arbeider med, og spesielt eldre med demens. Det å få demens innebærer at hele livet blir annerledes. Hukommelsen svikter, humøret er ikke lenger det samme og mange fungerer sosialt og fysisk annerledes enn tidligere. Alt dette kan representere store utfordringer for integriteten og verdigheten til den som blir rammet. Jeg ser det er et stort behov for å få inn økt kunnskap om denne gruppen. Derfor ønsker jeg å skrive om eldre med demenssykdom, da jeg erfarer at de blir møtt med en liten forståelse. Temaet til min fordypningsoppgave blir pasienter med demens.

1.2 Hensikt.

Hensikten med dette systematiske litteraturstudiet var å belyse hvordan helsepersonell kan være med å ivareta integriteten og verdigheten hos personer med demens, på et sykehjem.

1.3 Problemstilling

Helsepersonell har stor makt og personer med demens er prisgitt den enkeltes pleiers kunnskap om demens. Å forstå personer med demens mener jeg er grunnleggende for helsepersonell, slik at de kan gjøre hverdagen til personer med demens bedre.

Dette er et veldig stort fagområde, og det er mange forutsetninger av tverrfaglig karakter som bør være tilstede for å oppnå at pasienter med demens får ivareta integriteten og verdigheten. På grunn av denne studiens størrelse har jeg valgt å begrense problemstillingen til noen områder, som jeg ser på som grunnleggende i veien mot dette målet. Problemstillingen min vil da bli:

Hvordan kan helsepersonell ivareta integriteten og verdigheten hos pasienter med demens på et sykehjem?

1.4 Avgrensning

Dette er ei oppgave, som avgrenses til å gjelde personer med demens, som bor på et sykehjem, hvor det ikke er skjermede enheter. I et sykehjem er det fysiske miljøet ikke tilrettelagt til personer med demens, på samme måte som en skjermet enhet er til personer med demens

På sykehjemmet, der jeg jobber, har vi pasienter med demens som har alle gradene av sykdommen demens, fra mild til alvorlig grad. Engdal og Haugen (2006) deler utvikling av demens i tre faser; mild grad, moderat grad og alvorlig grad. Jeg bruker betegnelsen

helsepersonell og med det mener jeg både sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Dette er fordi det er mange ulike personellgrupper, som er i kontakt med pasientene, som har en betydning for hvordan de har det.

I vår praktiske hverdag er det ikke vanlig å skille mellom diagnosene. Det er vanlig å bruke begrepet aldersdemens. I følge Kirkevold(2008) er det bare 55 % av sykehjemspasienter som er demensdiagnostisert. Aldersdemens er demenssykdommer, uansett årsak og type, som oppstår i høy alder, som er irreversible og progressiv (Engdal og Haugen 2006). Derfor kommer jeg ikke til å gå inn på de ulike demenstypene, men oppgaven blir rettet mot alle typer demens. Sykdomsbildet ved demens opptrer svært individuelt.

Måtene som helsepersonell kan ivareta integriteten og verdigheten på, som jeg kommer frem til i denne studien, kan omhandle alle fasene av sykdommen demens.

2.0 Teoribakgrunn

2.1 Teori om demens

Personer med demens er en mer korrekt uttryksform enn «demente». Forandringen i betegnelsen handler om at en ønsker økt fokus på personer med demens, framfor fokus på sykdom, symptomer og funksjonssvikt. (Rokstad og Smebye 2008).

Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som kjennetegnes ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte og endret sosial atferd. Redusert hukommelse må alltid være tilstede for at begrepet demens kan brukes, og svikten i evnene til å klare dagliglivets aktiviteter må relateres til hukommelsesreduksjonen. For å bruke begrepet demens må det videre kunne påvises eller antas at det foreligger en organisk sykdom i hjernen som er årsak til tilstanden. Det finnes mange definisjoner på demens, og også mange ulike typer av demens. Begrepet aldersdemens er mye brukt i Norge og sykdommen har opp gjennom tidene hatt mange navn knyttet til seg «senil» og «åreforkalket» er noe av betegnelse som har blitt brukt.

I dagens samfunn har folk generelt mer kunnskap, men fortsatt råder det en del uvitenhet og forvirring om hva demens egentlig er. Sykdommen demens har vært et forsømt tema

innen medisin og sykepleie. Men i de siste tjue årene har det skjedd en positiv utvikling hvor interessen og forskningen på dette område har tatt seg betraktelig opp, både nasjonalt og internasjonalt(Engdal og Haugen 2006). Engdal og Haugen (2006) definerer demens på denne måten:

«En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverre seg ofte over tid». (Engedal og Haugen 2006 s.20).

Det er mange forskjellige sykdommer som kan gi demens. De deles inn i tre hovedgrupper: degenerative hjernesykdommer, vaskulær demens og sekundær demens. Degenerative hjerne-sykdommer kan for eksempel være Alzheimer sykdom, Huntingtons Chorea og Parkinsons sykdom. Vaskulær demens kan komme av småkarsykdom eller hjerneinfarkt og sekundær demens kan oppstå etter for eksempel alkoholmisbruk, hjernesvulst eller endokrine sykdom-mer. Det finnes en del tilstander som gir demenslignende symptomer, som kan være vanskelig å skille fra demenssykdom. Dette gjelder spesielt depresjon, delirium og mild kognitiv svikt (Rokstad 2008).

Sykdomsforløpet ved demens varierer fra person til person. Utviklingen kan løpe over 10 – 20 år men hos noen går forløpet raskt. Som nevnt før ut så deles sykdomsutviklingen in i tre fa-ser: mild, moderat og alvorlig grad av demens. Ved fase 1, mild grad merkes endringer som får innvirkninger på dagliglivet, men når omgivelsene er kjente og faste rutiner følges kan personer med demens greie seg godt uten hjelp. Ved fase 2, moderat grad vil stadig flere gjøremål bli vanskeligere og pasienter med demens vil ha behov for veiledning og konkret hjelp for å klare dagliglivets aktiviteter. Ved fase 3, alvorlig grad er pasientene med demens preget av betydelig handlingssvikt og hjelpeløshet, og kan ikke greie seg alene. Kontinuerlig tilsyn og omsorg blir nødvendig.(Engdal og Haugen 2006). I følge Engdal og Haugen (2006) deles symptomer ved demens inn i kognitive, atferdsmessige og motoriske symptomer. Man må tenke på at det er store individuelle forskjeller på hva slags sykdom som gir sykdommen demens og i hvilken fase av sykdomsforløpet den enkelte pasient befinner seg i. De forskjellige symptomene vil derfor opptre i ulik grad hos de enkelte mennesket.

Kognitive symptomer kan være svekket oppmerksomhet, svekket læringsevne og hukommelse, svekket språkevne med ordleting og reduser taleflyt, apraksi med konstruksjon, ideasjon ell handlingssvikt og ideomotorisk, agnosi, svekket forståelse av handling i rom og svekkede intellektuelle evner.

Atferdsmessige symptomer kan være depresjon og tilbaketrekking, angst – panikkangst og katastrofereaksjoner, vrangforestillinger og illusjoner, hallusinasjoner, personlighetsendring, rastløshet med motorisk uro og vandring, apati og interesseløshet, Irritabilitet og aggressivitet, repeterende handlinger – roping, hamstring og forandret døgnrytme.

Motoriske symptomer kan være muskelstivhet, styringsproblemer, balansesvikt og inkontinens. Dette er vanligvis symptomer som kommer seint i forløpet i sykdommen demens, men det kommer an på hvilken type demens. (Engdal og Haugen 2006).

Demens er en progredierende sykdom, det vil si at den som rammes vil fungere dårligere og dårligere og til slutt bli helt avhengig av hjelp. Det finnes i dag ingen behandling som kan kurere sykdommen men forskning på medisiner som kan stagnere sykdomsutviklingen, i hvert fall for en stund, er under stadig utvikling.

«Aldersdemente mennesker er ikke bare passive ofre for sin sykdom. De er også aktører i sitt eget liv som selvsagt også reagerer på tilpasser seg sykdommen på sin individuelle måte» (Wogn-Henriksen 1997, 18).

2.2 Integritet og verdighet

Integritet er et begrep som omhandler det å gjøre hel eller helhet, uskadd het og ukrenkelighet. Det er et begrep som sier noe om personens fysiske og psykiske grense og at disse skal respekteres. Integritet er vendt mot fellesskapet der personen « står for noe» (Slettebø 2008).

Det jeg legger i ordene integritet og verdighet er viktigheten av å bevare sin identitet, selvfølelse, egenverd og ha en god hverdag. Disse begrepene ligger som en rød tråd i studien. En god livskvalitet er nødvendig for å kunne leve et meningsfullt liv i et fruktbart samspill med andre. Å gi den aldersdemente en mulighet til å bearbeide og akseptere sin nye livssituasjon og bevare ‘’ sitt gamle jeg’’ ved blant annet ved å legge forholdene til rette, er en av flere hovedoppgaver til helsepersonell rundt personer med demens. Jeg mener integriteten og verdigheten henger sammen med opplevelsen av å ha et godt liv, hvordan personer med demens opplever seg selv i alle livets situasjoner. Følelsen av og

ikke å strekke til, ikke bestemme over eget liv og smerten over og oppleve negative holdninger fra andre er framtrødende hos mange. For å øke den aldersdementes opplevelse av verdighet trengs det ikke alltid all verdens økonomiske eller personalmessige resurser. Det er ikke materielle og døde ting som gir livet dypere mening. Som Rickard Palmer sier.

‘Det krever en stor lytter for å høre hva som faktisk sies, en enda større for å høre hva som ikke sies, men som kommer til uttrykk i talen.’ (Eide & Eide 2010).

Integritet er knyttet tett opp til menneskelig verdighet. En persons integritet kan forstås som et helt og verdifullt menneske. Som helsepersonell til personer med demens er det viktig å vise respekt og ivareta personens verdighet. En må vise forståelse for den trusselen som sykdommens utvikling er i forhold til personens integritet. Integritet er et begrep som er sentralt både for hvordan vi forstår mennesket og dets verdighet, ulikhet og sårbarhet og som egen-skaper som helsepersonell bør ha (Slettebø 2008).

En viktig utfordring for helsepersonell er å yte pleie, omsorg og behandling på en måte som ivaretar hver enkelt pasients integritet og verdighet. Sykepleiere er forpliktet i forhold til yrkesetiske retningslinjer, samt ulike lover som regulerer helsetjenesten (Kirkevold 2008).

Jakobsen (2007) sier å ha sykdommen demens utfordrer vesentlige egenskaper med det og være et menneske, som verdighet, integritet og det å ha en plass i det sosiale felleskapet. Å ha et bevist forhold til seg selv som menneske, det å oppleve seg selv som en person med integritet og verdighet krever tilhørighet, bekreftelse og aksept fra de omgivelsene som omgir en. Evnen til å klare seg selv og foreta egne valg blir etter hvert vanskelig for personer med demens. De er utsatt for at pårørende og helsepersonell tar over valg og påfølgende handlinger, slik at personen heller ikke får gjøre de valg og handlinger vedkommende behersker selv. En kan si at verdighet er å slippe å gjøre det en lengre ikke mestrer, men det er viktig for å opprettholde verdighet, at personer med demens får gjøre det vedkommende fremdeles mestrer. Som for eksempel valg av klær, påkledning, matstell osv. Dette blir mange ganger gjort av helsepersonell for å spare tid (Jakobsen 2007).

2.3 Personorientert omsorg

I de siste årene har det i faglitteraturen vært en økende erkjennelse av at en i møte med personer med demens må ta utgangspunkt i personens følelser og reaksjoner på å bli

mentalt redusert. En av disse er Tom Kitwood (1999) han har introdusert begrepet personsentrering i forhold til demens. Hans teori om personfokuset omsorg, bør ligge i bunn for å yte best mulig omsorg til personer med demens, med tanke på å ivareta deres integritet og verdighet. Tom Kitwood (1999) setter personen med demens i sentrum og vil med dette fremheve de menneskene som bli rammet, at deres eksistens er enestående.

Han sier at verdighet kan være å få slippe å gjøre det man ikke lenger mestrer. Kitwood (1999) mener at når personen med demens ikke lenger er i stand til å ivareta sin egen identitet, må den opprettholdes av helsepersonell. Dette må gjøres med empati og innlevelse slik at vi forholder oss til hvert enkelt menneske som enestående og unik. Mange personer med demens er helt avhengig av helsepersonells bekreftende handlinger for å bevare egen verdighet og integritet. Det finnes ulike syn og holdninger til personer med demens, hvor det blir lagt stor vekt på selve sykdommen (Rokstad og Smebye 2008). Kitwood (1999) mener at de som blir rammet av sykdommen demens skal bli tiltalt som **Person-med-demens**, ikke person-med-Demens. Han mener vi må fullverdig anerkjenne de menneskene som får sykdommen demens, vi bør forandre våre referanserammer.

Kitwood (1999) kritiserte samfunnet for å degradere og diskriminere et unikt menneske til et tilfelle av en eller annen kategori på grunn av bortfall av kognitive ferdigheter, i stedet for å anerkjenne vedkommende som et fullverdig individ (Rokstad og Smebye 2008). Selv med alvorlig demens har personligheten fortsatt friske sider, og evnen til å gjenkjenne følelser og å være sosial er fortsatt tilstede (Rokstad og Smebye 2008). Kitwood (1999) sier at Personer med demens har et altomfattende behov for kjærlighet, de utstråler ofte en utilslørt og nesten barnslig lengsel etter kjærlighet. Med dette menes det blant annet et behov for en sjenerøs og betingelsesløs anerkjennelse. Kitwood (1999) deler inn behovene i fem områder, som over-lapper og møtes i et sentralt behov for kjærlighet: trøst, tilknytning, inkludering, beskjefligelse og å føle at man har en identitet (Kitwood 1999). De samme behovene kan en nok se hos de fleste mennesker, men de er mer åpenbare behov hos personer med demens (Kitwood 1999). Behovet for trøst hos en person med demens vil sannsynligvis være stort når personen opplever følelsen av tap (Kitwood 1999). Tilknytting kan være en slags trygghetsfølelse, en motvekt til uvisshet, og det kan ifølge Kitwood (1999) være vanskelig å leve uten denne følelsen uansett alder og fungering. Det er grunn til å tro at behovet for tilknytning vedvarer for Personer med demens, og behovet kan for De være like stort som i barndommen. Å være del av en

gruppe, være inkludert, er essensielt for å overleve. Behovet for inkludering kan komme til uttrykk hos en person med demens gjennom oppmerksomhetsøkende adferd, protester og sammenbrudd. Å være beskjeftiget betyr å være involvert i livsprosessen på en måte som har personlig betydning og som utfordrer personens evner og krefter. Det motsatte ville være en tilstand av kjedsomhet, apati og nytteløshet (Kitwood 1999).

Kitwood (1999) mener det stilles store krav til helsepersonell for å møte behovene til en person med demens. Det viktigste som kreves er evnen til å være tilstede, gi full oppmerksomhet og å være til disposisjon. En utfordring er å løsrive seg fra fokuset på « å handle», for å konsentrere seg mer om «å være». Tilstedeværelse vil forsterke forhold og et hvert jeg- du- møte (Rokstad og Smebye 2008).

Filosofen Martin Buber sier at alt virkelig liv er møte (Eide et. al 2009). Han hadde relasjon og dialog, som to sentrale stikkord i sitt filosofiske arbeid.: Jeg - det relasjon og Jeg - du relasjon. Jeg – det relasjonen er den vanlige, dagligdagse samhandlingen mot tingene rundt oss. Det kan også være mennesker. Vi ser de på avstand. I Jeg – du relasjonen møtes menneskene i det Buber kaller et møte (Eide et al.2009). Som helsepersonell til Personer med demens vil en det- tilnærming innebære at helsepersonell vet best og handler på vegne av den som mottar hjelp. Oppmerksomheten blir rettet mot sykdom, funksjonssvikt og begrensninger. Dette fører til at personer med demens, som er et unikt menneske med friske sider og ressurser, blir oversett og blir behandlet, som en ting. Som igjen kan medføre at vedkommende mister sin integritet og verdighet. Men velger helsepersonell en tilnærming etter Jeg- du modellen, vil det skapes en dialog mellom partene, hvor helsepersonells evner å se inn i den andres verden og forsøke å forstå hvordan den arter seg. Ved å se mer enn sykdommen, vil selv personen tre tydelig frem (Rokstad og Smebye 2009).

Det kreves også at helsepersonell må være åpen og fordomsfri og forsøke å leve seg inn i situasjonen til den andre slik at en kan møte det som er spesielt for den enkelte pasient (Rokstad og Smebye 2009).

3.0 Metode

Denne oppgaven er bygd på en litteraturstudie, det vil si at jeg kommer til å studere utgitt litteratur omkring emnet og finne minimum åtte forskningsartikler, som skal være med å belyse min hensikt og problemstilling. Det ble brukt Goodmans protokoll, de syv steg beskrevet av Willman, Stoltz og Bahtesvani (2006). Stegene er som følger: presisere

problemstilling, presisere studiens inklusjons- og eksklusjonskriterier, formulere plan for litteratursøking, gjennom-føre litteratursøking og samle de studier som møter inklusjonskriterier, tolke bevisene fra de individuelle studiene, sammenfatte bevisene og formulere anbefalinger basert på bevisets kvalitet. Jeg har søkt i diverse databaser, Swemed+, Ovid Medline(R), ProQvest Nursing og Idun. Søkeordene som har blitt brukt var demens, integritet, verdighet, sykehjem, personorientert omsorg, dementia, integrity, dignity, personhood care og nursing home. For å belyse min hensikt og problemstilling ble det lagt ned mye arbeid for å finne de nødvendige søkeordene på engelsk, som kvalifiserte til treff. I de skandinaviske databasene gjorde jeg søk med norske søkeord og endte da stort sett opp med treff på fagartikler i norske og skandinaviske tidsskrifter. Men ved å benytte engelske søkeord istedenfor, viste det seg at søket favnet internasjonale forskningsartikler i tillegg til de skandinaviske fagartiklene. Søkestrategi og ulike kombinasjoner framkommer i oversiktstabell over litteratursøk (Vedlegg1).

I følge Forsberg og Wengström (2008) innebær en litteraturstudie og systematisk å søke etter, granske og kritiske bedømme litteratur som er relevante for studiens formål. Jeg har valgt å bruke høgskolen i Molde sine retningslinjer for min fordypningsoppgave, fordi jeg da sikrer at oppgaven oppfyller de kravene høgskolen setter. Dalland (2007) beskriver metodedelen i en litteraturstudie slik:

”Når man skriver en litterær oppgave basert på eksisterende kunnskap, må det gjøres rede for hvordan man har kommet frem til den litteraturen man har valgt å bruke. Dette tilsvarer metodedelen i en undersøkelse” (Dalland 2007, 267).

3.1 Datasamling

I begynnelsen av august 2011 startet jeg med å lese bakgrunns litteratur, både skjønnlitteratur og faglig litteratur. Dette selvfølgelig for å tilegne meg den teoretiske basiskunnskap som var nødvendig for å innhente relevant datamateriale. Retningslinjer for hovedoppgaven sier at litteraturstudien skal basere seg på minimum 8 originale forskningsartikler.

I forbindelse med arbeidet med fordypningsoppgaven utarbeidet jeg en prosjektplan som ble innlevert i september 2011, for å bli godkjent. Prosjektplanen inneholdt en begrunnelse av tema og hensikt. En kort teoribakgrunn ble redegjort for om kunnskap fantes fra før på temaområdet, sentrale begreper og teorier ble knyttet til studiens problemstilling. Som et

ledd i datainnsamlingen ble det foretatt litteratursøk som skulle redegjøres for metodekapittelet. I tillegg måtte jeg lage en framdriftsplan, den skulle inneholde en målsetting knyttet til tidspunkt for når jeg skulle bli ferdig med for eksempel innhenting av litteratur, datasamling, diskusjon etc.

Før jeg kunne begynne å søke etter aktuelle artikler, måtte jeg utarbeide gode søkeord i PICO-skjema for å få presise og relevante treff, i de ulike databasene. Men jeg fant ut at dette skjemaet var uhensiktsmessig for min hensikt og problemstilling. I tillegg trengte jeg å få forståelse for hva visse data uttrykk betydde. For eksempel: Booleske operatører, limits etc.

Booleske operatører betyr, i følge Forsberg og Wengström (2008): OR instruerer databasen til å ta med artikler som har enten det ene eller det andre søkeordet. AND instruerer databasen om å ta med artikler som har både det ene og det andre søkeordet. Men for å kunne kombinere søkene med OR og AND måtte jeg velge Advanced Search (avansert søk). Brukte også Search History for å få en bedre oversikt. Etter å ha prøvd både OR og AND ble det til at jeg kun brukte AND.

Limits betyr grenser. Kan variere i forskjellige databaser, mulige avgrensninger er fulltekst, språk og år. Da jeg søkte la jeg in grense på årstall (2007-current), språk (norsk, engelsk, danske og svensk) og i fulltekst.

Medical Subject Headings (MeSH), er et emneordsystem i Ovid. Dette ble gjort for å få opp ord som stod i sammenheng med søkeordene.

3.2 Inklusjonskriterier

- Norske, engelske og amerikanske artikler
- Artikler fra 2006 til 2011. Men de fleste artiklene er fra 2011.
- Forskningsartiklene må være godkjente, ta etiske hensyn og ha høy kvalitet.

3.3 Kvalitetsbedømming

Da jeg søkte i databasene satt jeg igjen med 24 forskningsartikler til kvalitetsbedømming. Etter å ha lest gjennom alle artiklene på nytt med fokus på metode og resultat, ble 13 av artiklene ekskludert, fordi de ikke var relevante til min hensikt og problemstilling. Dermed satt jeg igjen med 11 relevante forskningsartikler som belyste tema, hensikt og

problemstilling. Forskningsartiklene ble kvalitetsbedømt ved hjelp av Goodmans protokoll, beskrevet av Willman, Stoltz og Bahtsvani (2006) sine sjekklister for kvalitetsbedømming av kvalitative og kvantitative artikler.

Med hjelp av Willman, Stoltz og Bahtsvani (2006) sine anbefalinger ble det regnet ut hvor mange prosent av kriteriene i sjekklister som var oppfylt. Ut i fra dette ble kvalitets grad 1: 80-100 %, kvalitets grad 2: 70-79 % og kvalitets grad 3: 60-69 %. Med henhold til dette hadde jeg nå 11 forskningsartikler med kvalitets grad 1. Utkomme ble 2 kvantitative og 9 kvalitative forskningsartikler. 6 av artiklene er skrevet på norsk og kommer fra Norge. De 5 andre er skrevet på engelsk og kommer fra USA og Storbritannia. 6 artikler er fra 2011, 1 artikkel er fra 2010, 1 artikkel er fra 2009, 2 artikler fra 2007 og 1 artikkel er fra 2006. Har ført opp kvalitetsbedømmingen av artiklene inn i en oversiktstabell (Vedlegg 2). Forsberg og Wengström (2008) ble også brukt for å supplere kvalitetsbedømmingen.

For å sikre at artiklene var vitenskapelige artikler, gikk jeg inn på Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (2012) sitt register, over autoriserte vitenskapelige publiseringskanaler. Tidsskriftet de ble publisert i, søktes opp og viste seg at de var godkjente som vitenskapelige publiseringskanaler med rutiner for fagfellevurdering.

3.4 Etiske hensyn.

Artiklene som jeg har brukt, er godkjente av etiske komité. Noen av artiklene var skrevet på engelsk, noe jeg er klar over at kan ha medført feiltolkninger. Dette på grunn av at jeg kan ha oversatt ukorrekt, fra engelsk til norsk.

Forsberg og Wengström (2008) skriv at når man gjør en systematisk litteraturstudie, så bør man tenke på etiske hensyn. Retningslinjer fra etiske komité som sier at fusk og uredelighet ikke får forekomme innom forskning. Fusk og uredelighet defineres på følgende måte.

‘Med fusk och ohederlighet inom forskningen avses avsiktligförvrängning av forskningsprocessengenomfabricering av data, stöld eller plagiat av data, förvrängning av forsknings-processen, eller genomohederlighet mot anslagsgivare. (Forsberg, Wengström 2008.77)

Forsberg og Wengström (2008) sier også:

- En må velge studier som har fått godkjenning fra etiske komité eller der grundige etiske vurderinger har blitt gjort.
- Gjøre rede for alle inkluderte artikler som inngår i litteraturstudien og arkivere disse på ett sikkert sted i 10 år.
- Presentere alle resultat som både støtter og ikke støtter hypotesen. Det er uetisk å presentere de artikler som kun støtter forskerens egen hensikt.

3.5 Analyse.

Analysen beskriver hvordan artiklene blir systematisk bearbeidet. Det er viktig å få oversikt over materialet, og finne en struktur for en systematisk og kritisk vurdering. Hensikten og problemstillingen skal være en rød tråd igjennom hele analysen.

I følge Forsberg og Wengström(2008) er det et krav at analysen presenteres slik at det er mulig og følge granskningsprosessen. Resultatene skal presenteres i en logisk rekkefølge slik at leseren lett kan forstå og følge med forfatterens tankegang.

Jeg startet med å lese sammendraget til alle artiklene, for å se etter om de var gode nok til å belyse mitt tema, hensikt og problemstilling. Deretter ble artiklene nummererte fra 1-12. Hvor en av artiklene ble ekskludert da den ikke svarte på min hensikt og problemstilling. Etter dette leste jeg igjen igjennom artiklene og streka under funn som belyste min hensikt og problemstilling med forskjellig fargekoder.

4.0 Resultat.

Hensikten med dette systematiske litteraturstudiet var å belyse viktigheten av å ivareta integriteten og verdigheten hos personer med demens, på et sykehjem. Problemstillingen min vil da bli:

Hvordan kan helsepersonell ivareta integriteten og verdigheten hos personer med demens på et sykehjem?

Forsberg og Wengström (2008) sier at resultat skal bearbeides, analyseres og samlet data. Resultatet skal presenteres nøyaktig på en logisk måte.

Ut i fra mine funn fra forskningsartiklene har jeg kommet fram til tre temaer, som skal være med å belyse min hensikt og problemstilling:

- Kunnskap og holdninger hos helsepersonell
- Livshistorien hos personer med demens
- Faktorer for å utvikle personorientert omsorg i praksis.

4.1 Kunnskap og holdninger hos helsepersonell.

I mange forskningsartikler (Jakobsen, Granbo 2011, Egan et. al 2007, Kada et. al 2009, Rognstad, Nåden 2011 og Rasin, Kauz 2007) understrekes det at behovet for mer utdanning av helsepersonell er nødvendig. For økt kunnskap hos helsepersonell kan hjelpe til å ivareta integriteten og verdigheten til personer med demens. I tillegg kommer det fram viktigheten av holdningsendring til pasienter med demens.

Jakobsen, Granbo (2011) fant ut at de ansatte trenger mer kompetansehevende tiltak innenfor sykdommen demens. Det nevnes i artikkelen nødvendigheten av kurs, hospitering, ekskursjoner med mer. Den belyser også viktigheten av tverrfaglig samarbeid med for eksempel ergoterapeuter, fysioterapeut etc., for dette vil bidra til ny nødvendig kunnskap. Nasjonale føringer og forskning viser at for å opprettholde fysisk, sosial og mental funksjon, kreves det en bredere faglig tilnærming.

Artikkelen til Jakobsen, Granbo (2011) belyser også viktigheten av holdningsendring, det er viktigere med holdnings endring enn tilførsel av flere resurser. I artikkelen til Kada et. al (2009) kom det fram at høyere utdanningsnivå innen helsefag bidrar til mer positive holdninger til personer med demens. Det sies også at behovet for mer utdanning av helsepersonalet er nødvendig, men at utdanning, alder og arbeidserfaring har betydning. Personer med høy utdanning ga mer personorientert omsorg en de med lavere utdanning. I tillegg blir det slått fast at de fleste av helsepersonell ikke er sykepleiere eller har høyere utdanning.

I Rognstad, Nåden (2011) kommer det frem at helsepersonell er positive til utdanning og kompetanseheving, og de ser behovet for det. Helsepersonell etterspurte selv kompetanse for å gjennomføre eget arbeid og viser respekt for pasienten. Kunnskapen de spør etter innebærer betydningen av omsorgen og varsomheten i tilnærmingen til pasienten.

Personalet etterspør også kunnskap om ontologisk makt – en måte å være på.

Videre kommer det fram at personale krever en holdningsendring for å kunne balansere mellom behovet for å gjennomføre eget arbeid og å vise respekt for pasienten. Artikkelen

framhever at personale med spesialkompetanse skulle kunne være veiledningsressurs for personale i utøvelse omsorg til pasientene for å kunne opprettholde pasientenes verdighet.

Rasin, Kautz (2007) fastslår i sin artikkel at personalet må ha en bred kunnskap for å ivareta pasientens behov av autonomi, respekt, verdighet og deres selvfølelse. Dette støttes også av Egan et. al (2007). Artikkelen viser til økt kunnskap som forbedrer kvaliteten på pleien og personalet forteller at deres holdning til pasientene forandres. Helsepersonell ser pasienten bak sykdommen. Dette førte igjen til økt livskvalitet hos pasientene.

Dette slås også fast i forskningen til Surr (2006) at behovet for mer kunnskap hos helsepersonell er nødvendig. Hun fant ut at helsepersonalet må bli mer bevisstgjort i forhold til pasientenes livskvalitet slik at pasientene med demens får hjelp til å ivareta sin identitet.

4.2 Livshistorien hos personer med demens

Flere forskningsartikler (Tretteteig, Thorsen 2011, Rasin, Kautz 2007, Egan et.al 2007, Surr 2006 og Kadjian et. al 2010) slås det fast viktigheten av å kjenne til pasienten sin livshistorie, for å ivareta pasientenes integritet og verdighet. I tillegg understrekes det viktigheten av å ha et godt samarbeid mellom helsepersonell og pårørende/verge.

Tretteteig, Thorsen (2011) har i sin forskning funnet ut at et godt samarbeid mellom helsepersonell og pårørende er viktig med henhold til å kjenne til livshistorien til personer med demens. Den viser hvordan tidligere livserfaringer kan ha betydning for livskvaliteten hos personer med demens. Studien viser mange muligheter for å oppleve livskvalitet under demenssykdomsforløpet, når omsorgen tar hensyn til den enkeltes erfaringer, vaner og behov med forbindelser til fortiden. Livshistorisk kunnskap er med å ivareta integriteten og verdigheten hos personer med demens.

Viktigheten av å kjenne til pasientens livshistorie støttes av Rasin, Kautz (2007). Det kom fram at personalet kunne se en sammenheng mellom pasientenes livshistorie og livskvalitet. Personalet innhentet seg kunnskap om pasientens fortid for å kunne bedre pasientenes hverdag. Egan et.al (2007) viser også til at personalet som har innhentet seg informasjon om pasienten livshistorie viser mer empati og har en bedre innsikt til å skape en god hverdag til pasienter med demens. Dette kan hjelpe personalet i utviklingen av individuell omsorg. Et problem som ofte oppstår hos pasienter med demens er at de ikke kan gjøre rede for seg. Egan et. al (2007) belyser også viktigheten av å ha et godt

samarbeid mellom helsepersonell og familiemedlemmer hos pasienter med en demenssykdom, slik at de kan innhente pasientens livshistorie.

For å kunne og støtte opp identitet og hjelp til å ivareta verdighet må helsepersonell vite noe om pasienter med demens hva de har gjort gjennom livet (Surr 2006). Hun sier også å bevare identiteten er et komplekst samspill mellom ulike biologiske og sosiale faktorer, og det inkluderer samspille med andre mennesker. Sosiale kontekster og det å bli gitt muligheten til å fortelle sin historie er viktig for å bevare sin identitet. Surr (2006) har også funnet ut at de rollene som personer med demens har lettest for å identifisere seg med er familierollen. Med det å være forelder, ektefeller, besteforelder, sønn eller datter. Hun skriver at tidligere yrke også er en rolle som mange identifiserer seg med, samt at hobbyer eller fritidsaktiviteter som har vart viktige innslag i et tidligere liv, fortsatt betyr mye for hvordan de ser på seg sei etter at de har fått sykdommen demens. I tillegg sier hun at personalet i institusjon og andre pasienter er viktige faktorer for at personer med demens skal beholde sin selvfølelse og identitet. Surr (2006) peker videre på at kvaliteten på slike mellommenneskelige forhold er helt essensiell for å ivareta integriteten og verdigheten hos Personer med demens. Hun har også i sin forskning funnet ut at å føle verdighet handler om og fortsatt være noen. Det handler om å bli sett, bekreftet, respektert og følelsesmessig berørt. Kadjian et. al (2010) understreker også viktigheten av å ha god kontakt med personer som står nær eller har god kjennskap til en med sykdommen demens. Forskningen viser at en må stå sammen, pårørende/verge og helsepersonell slik at man kan komme fram til de beste løsninger til personer med demens, så at de kan få et verdig liv.

4.3 Faktorer for å utvikle personorientert omsorg i praksis.

Flere artikler omhandlet personorientert omsorg (Rokstad, Vatne 2011, Jøranson, Hauge 2011 og Hansen, Ytrehus 2011). De fant ut i sine forskninger hvor viktig det er med bevisstgjøring hos helsepersonell for å utøve en personorientert omsorg til pasienter med demens.

I forskningsartiklene til Rokstad, Vatne (2011) og Jøranson, Hauge (2011) understreker de viktigheten av at personalet blir bevisstgjort for å forbedre kvaliteten til omsorgen til personer med demens. Forskningen til Rokstad, Vatne (2011) slås det fast at når personale brukte Dementia Care Mapping (DCM) så økte bevisstheten om personalets atferd i møte og samhandling med pasientene. DCM er et observasjons- og evalueringsverktøy utviklet for å forbedre kvaliteten på omsorgen til personer med

demens. Det blir brukt standardiserte observasjoner av pasientens grad av velvære, trivsel og deres atferd, samt samhandlings situasjoner mellom pasientene og helsepersonell. Observasjonene blir meldt tilbake til personalgruppen og danner grunnlaget for individuelle behandlingsplaner og tiltak for pasienter med demens.

En av personale fremhevet at økt trygghet i personalgruppen kom pasienten til gode: «Det blir jo bedre for pasienten når vi blir tryggere. Når vi blir mer sikre på at det er riktig det vi gjør, så blir det jo bedre for dem». En annen ga et eksempel på hvordan DCM-prosessen hadde ført til at hun følte seg sikrere på hvordan hun skulle prioritere bruk av egen tid på bakgrunn av økt bevissthet om å tone seg inn på pasienten sitt tempo og rytme: «Jeg er blitt mer bevist på rytmen til pasienten, og hvis jeg skal oppnå noe så må jeg følge den. Jeg kan ikke forvente at pasienten skal følge meg».

Dette støttes i Jøranson, Haugen (2011) sin studie. De beskriver at økt bevisstgjøring hos personalet, hvordan de utøvde sin daglige omsorg hos pasienter med demens påvirket pasientens opplevelser. Det å bruke DCM forsterket pasientfokus. En av personale uttrykte det slik. «Jeg er helt overbevist om at det gjør noe med min måte å være sammen med pasientene med på. Jeg har blitt enda tryggere i min rolle og ser kanskje enda mer det individuelle i hver pasient».

I studien til Hansen, Ytrehus (2011) bruker personalet Marte Meo (MM)- metoden, hvor film blir gjort til veiledningsverktøy. Marte – Meo er en kommunikasjonsbasert og løsnings orientert metode, hvor samspillet mellom pasient og pleier blir filmet. Det som ligg til grunn for metoden er at alle mennesker har potensial til å inngå i et samspill. Hovedintensjonen med metoden er blant annet å gjøre helsepersonell oppmerksom på pasientens behov, slik at helsepersonell blir i bedre stand til å yte personorientert omsorg. Forskingen viser at metoden gir omsorgspersonell opplevelsen av å være bedre i stand til å yte personsentrert omsorg til pasienter med demens.

Den viste også at helsepersonell fikk økt oppmerksomhet på signaler fra pasientene og deres egen framtoning overfor pasienten. Det kom fram i artikkelen at veiledningen førte til økt trygghet og fellesskapsfølelse bland personalet.

Noen av personalet sa det slik: «MM fører til at vi lærer noe av hverandre under veiledningen og henter ideer. Vi står mer sammen slik at vi kan se pasienten bedre».

5.0 Diskusjon.

I resultatdiskusjonen kommer jeg til å drøfte mine funn opp i mot min problemstilling, teoribakgrunn og relevant forskning, samt egne kliniske erfaring fra praksis. I tillegg blir mine funn drøftet oppimot mulige konsekvenser for min yrkesfunksjon i praksis.

5.1 Viktigheten av å ha kunnskap og holdning for å ivareta integriteten og verdigheten hos Personer med demens.

I stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) er det slått fast at det er en manglende kunnskap om sykdommen demens både blant fagfolk og i samfunnet forøvrig. Det kreves høy faglig kompetanse av personalet for at pasientene skal bli hjulpet på en etisk og kyndig måte (Helse- og omsorgsdepartementet 2007).

I følge Johnsen og Smebye (2008) skal omsorg holde et høyt faglig nivå. Kompetansen innenfor demensomsorgen innebærer kunnskap. Helsepersonell bør se personen bak diagnosen. Kunnskap fører også til at man har en større ballast i møte med personer med demens. Som igjen fører til at helsepersonell kan gjøre hverdagen bedre hos personer med demens. Dersom helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap ser de kanskje flere måter å ivareta integriteten og verdigheten hos pasienter med demens. Dette støttes av Rokstad og Smebye (2008), som sier at personer med sykdommen demens vil kunnskap og vilje til å oppfatte, tolke og forstå verbale og kroppslige uttrykk ha en stor betydning for og ivaretagelse av integriteten og verdigheten hos personer med demens. Hun mener at det kreves kunnskap om den enkeltes personlighet, vaner og livshistorie, og kunnskap om kroppens uttrykk og demenssykdommens kommunikasjons evner. Dette stemmer også godt overens i mine funn (Jakobsen, Granbo 2011, Egan et. al 2007, Kada et. al 2009, Rognstad, Nåden 2011 og Rasin, Kauz 2007). I disse studiene fokuseres viktigheten av å øke helsepersonells kunnskapsnivå om sykdommen demens. Som igjen fører til at helsepersonell får en mer positiv holdning til personer med demens.

Kada et. al (2007) som har utført sin studie i Norge sier at helsepersonell som jobber med den daglige omsorgen for personer med demens finnes det et varierende utdanningsnivå. Det er alt fra sykepleiere med etterutdanning, til hjelpepleiere og pleieassistenter uten utdanning, og de slår fast at kompetanseheving er nødvendig.

Dette gjenspeiler seg også fra min arbeidshverdag spesielt på kvelds tid og helger. Det er ofte kun en sykepleier på jobb som har hovedansvaret for alle avdelingene. Mens

hjelpepleiere og pleieassistenter utgjør resten av bemanningen. Dette fører til at på slike vakter har de som har lavest kompetanse mest pasient kontakt. Derfor bør de som har høyere utdanning ta ansvar for og bringe sin kunnskap om sykdommen demens videre til sine arbeidskolleger som ikke har en fagutdanning eller mangler erfaring. Når vi vet at så mange av våre kolleger ikke har en fagutdanning, eller mangler erfaring i det å stille kritiske spørsmål ved egne handlinger, er det heller ikke lett for dem å vite når de har tråkket over en grense. Hvis man er i trygge rammer får mulighet å snakke om vanskelige tema og stille spørsmål er jeg overbevist om at alle faglært eller ufaglært vil lære mye om hvordan en skal tilnærme seg personer med demens slik de får ivaretatt sin integritet og verdighet.

Dette blir understreket i studien til Rognstad, Nåden (2011). Personalet med spesialkompetanse skulle kunne være veiledningsressurs i utøvelse av omsorg til pasientene med demens. I tillegg etterlyser personalet, fra sykepleier til pleieassistent, kompetanse. Personalet mente at samarbeid mellom sykepleier til pleieassistenter er nødvendig for å utføre forsvarlig pleie overfor pasienter med demens. Det er like viktig at alle som jobber med personer med demens får økt sin kompetanse og kunnskap.

Kunnskapsutvikling i praksis forutsetter refleksjon over de handlinger vi gjør i møte med pasienter med demens (Rokstad 2008). Gjennom refleksjon over en situasjon kan det hjelpe helsepersonell til å få økt forståelse og kompetanse. Forfatterne sier at helsepersonell må ha kompetanse for å utøve omsorg og i tillegg mener de at helsepersonell må ha en positiv holdning i møte med mennesker med demens. Dette oppleves i praksis. Alt for mye fokusering på medisinerer istedenfor å finne ut hvorfor pasienten er som han er. Kari Martinsen (2005) sier også dette. Hun mener at holdninger har noe å si for måten pasienten blir møtt på og hvordan han eller henne blir forstått. Hvis helsepersonell har nedlatende holdninger ovenfor en person med demens, og ser på personen som en kategori eller diagnose, får det konsekvenser på ivaretagelse av integriteten og verdigheten. Hun understreker også at uten fagkunnskap vil omtanken for pasientene bli til sentimental omsorg. Fagkunnskap bør derfor være en bevisst del av helsepersonells arbeid og i tillegg til viljen og ønsket om pasientens beste (Martinsen 2003).

I følge Karoliussen og Smebye (1997) sies det at bevisstgjøring og endring av holdninger kan skje på ulike måter. En god måte å arbeide på er gruppearbeid, på avdelingsmøter og i fagdiskusjoner blant medarbeidere. Ny kunnskap kan endre både følelser og handlinger, og undervisning og opplysningsarbeid er en måte å bearbeide holdninger på.

Forskningen viser at det er grunn til å tro at kompetansen blant de som jobber med personer med demens ikke er god nok. Den belyser også at det er mange som ikke har noen form for utdanning innen helsefag. Studiene viser at skal vi greie å møte personer med demens på en verdig måte til alle døgnets tider, slik at de får ivareta sin integritet og verdighet må helsepersonell ha god nok kompetanse

Faglitteratur (Rokstad, Smebye 2008, Engdal, Haugen 2006 og Wogn-Henriksen 1997) understreker også viktigheten av å ha kunnskap om sykdommen demens. Den negative holdningen til personer med demens har bedret seg etter hvert som helsepersonell har fått mer kunnskap om hva demens er. I studien til Kada et. al (2009) blir dette belyst. Den viste i stor grad positiv holdninger til personer med demens. De faktorer som hadde innvirkning på dette var blant annet grad av utdanning og arbeidserfaring. Spesialutdannede sykepleiere viste mer omsorg og positive holdninger enn de med lavere utdanning.

Til tross for høyt arbeidspress og knapphet på ressurser mener jeg at vi ikke kan gjemme oss bak dette. For det rettfærdiggjør ikke at vi utfører handlinger som preges av negative holdninger. Som for eksempel, det å snakke med respekt til pasientene og banke på døra før en går inn på rommet, har ikke noe med tid eller personal mangel å gjøre. Det handler om vår kunnskap og våre holdninger til personer med demens. En bevisst refleksjon over egen holdning til personer med demens bør være påkrevd.

Jeg mener helsepersonell må ha en grunnleggende kunnskap for å se mennesket bak diagnosen. «I dag har herr Olsen vært helt forferdelig, han har hengt i snora og jeg er så sliten av ham...». Dette er utsagn som uheldigvis forekommer og som sier noe om våre holdninger til personer med demens. Ved å se mennesket og ved å bruke tid og ha interesse for, kan vi greie å forstå personer med demens på en bedre måte og dermed kunne hjelpe personen best mulig. Jeg vil med dette gjenta en setning av Søren Kierkegaard (1858) fra diktet «Hjelpekunst» som jeg mener er veldig beskrivende hvordan helsepersonell skal være overfor personer med demens.

«for i sandhet at kunne hjelpe en anden må jeg forstå mer end han – men dog vel først og fremmest forstå det, han forstår. Når jeg ikke gør det, så hjælper min merforståen ham slet ikke...» (Søren Kierkegaard 1858).

5.2 Livshistoriens betydning for integriteten og verdigheten hos Personer med demens

En definisjon på livshistorier er folks tilbakeblikk på egen livsløype (Fossland og Thorsen 2010). Å kjenne til personens bakgrunn, oppvekstsvilkår, betydningsfulle personer i deres liv, skole og yrkesbakgrunn, hobbyer og verdier i livet er viktig. Ved å kjenne til dette kan helsepersonell forstå den enkelte pasient med demens bedre. Ved å se personen med demens som et helt og verdifullt menneske viser helsepersonell respekt og bidrar til å ivareta personens integritet og verdighet (Thorsen 2010).

Ett menneske liv er ikke autonomt, men sammenvevd med andres liv. Gjennom livsløpet inngår den enkelte i ulike sosiale nettverk. Familier og venner er sentrale for selvpoppfatningen, for utveksling og nærhet, omsorg og støtte og for menneskers ansvar over for hverandre. Livshistorien kan helsepersonell få kjennskap til ved å ha en samtale med pårørende og personen med demens. Å fortelle sin historie er et forsøk på å skape en oversikt og sammenheng i livet (Fossland og Thorsen 2010).

Mine funn (Tretteteig, Thorsen 2011, Rasin, Kautz 2007, Egan et.al 2007, Surr 2006 og Kadjian et. al 2010) belyser også viktigheten av å ha kjennskap til livshistorien til personer med demens, slik at pasienter med demens sin integritet og verdighet blir ivaretatt.

I studien til Rasin, Kautz (2007) understøttes viktigheten av å ha kjennskap til personer med demens sin livshistorie. Slik at verdigheten og integriteten blir ivaretatt hos personer med demens. Noen av funnene som kom fram i deres studie var at helsepersonell som kjente til livshistoriene til pasientene med demens, bedre kunne forutse og hindre vanskelige situasjoner.

Et ord som stadig går igjen i min sykehjems hverdag er mangel på tid. Konsekvensen av dette er at viktig informasjon om en persons livshistorie ikke blir innhentet. Dette kan føre til at pasienter med demens ikke får ivaretatt sin integritet og verdighet.

Når en person med demens kommer i kontakt med oss er det viktig at det fra første stund blir lagt vekt på en god relasjon med personer med demens og deres pårørende. Ved å sette

av tid til samtale mener jeg at det legges et godt grunnlag for videre samarbeid. Et enkelt tiltak kan være innkomstsamtale ved innflytning på sykehjem, eller et hjemmebesøk før pasienten kommer inn til institusjon.

Dette mener jeg kan legge grunnlaget for en bedre omsorg og ivaretagelse av integriteten og verdigheten for pasienter med demens.

Et av filosofen Martin Bubers mest berømte utsagn er «alt virkelige liv er at mødes» (Eide et. al 2009). Møtet «jeg-du» relasjon, vil skape ett godt grunnlag for videre samarbeid. Ved å møte personer med demens med respekt og interesse for å forstå deres verden, er helsepersonell med på å ivareta pasienter med demens sin integritet og verdighet. I en travel hverdag med nedbemanning av personell kan det være vanskelig å ha fokus på dette. De blir ofte til at helsepersonell ser pasienter med demens i en «jeg-det» relasjon. Ved å ha kjennskap til livshistorien kan personer med demens fremstå som mer spennende ved at vi ser på pasienten med demens på nytt, gjennom det livet som er levd. Helsepersonell ser mer enn sykdommen demens og vi kan se behovet til pasienter med demens bedre og forutse vanskelige situasjoner som kan oppstå slik at vi kan ivareta deres integritet og verdighet (Rokstad og Smebye 2008).

I følge Kitwood (1999) kan identitetsfølelsen med sykdommen demens med tiden svekkes, derfor understreker han betydningen av å innhente en livshistorie hos personer med demens. For når identiteten svekkes er viten om en person med demens sin livshistorie essensiell, slik at helsepersonell kan bidra med å ivareta integriteten og verdigheten hos dem. Han mener også at å se personstatus i relasjon, er essensielt hvis vi skal forstå personer med demens. Selv når pasientene med demens ikke klarer å ivareta seg selv, så skal det være en «jeg-Du-form» i møtet. Kitwood (1999) mener dette ikke skjer i praksis, han mener at mange pasienter blir underkastet en diagnose eller en pleieplan uten at noe møte av typen «jeg-Du» finner sted. Han sier at alle mennesker er ulike, og forskjeller kan være: kultur, kjønn, temperament, livsstil, smak, hobbyer og verdier etc. ikke minst personlig livshistorie som har satt sitt preg på personer med demens (Kitwood 1999). Dette føler jeg stemmer godt overens med min erfaring. I min hverdag på jobb blir fokuset ofte lagt på diagnose og behandling og dette overskygger mennesket bak diagnosen. Vi skaper oss et bilde av pasientene ut i fra diagnosen. Når personer med demens får en kognitiv svikt og oppfører seg litt vanskelig forklarer vi det ut i fra diagnosen. Vi er snar på å bruke en medikamentell behandling for å dempe symptomene. Ved å bruke livshistorien til en pasient med demens, blir deres integritet og verdighet ivaretatt.

Jeg mener å innhente livshistorie kan være et godt tiltak. Helsepersonell kan be pårørende fylle ut ulike skjemaer sammen, hvor helsepersonell spør for eksempel etter familie, oppvekst, ungdomstid, arbeid, hobbyer, religiøs tilknytning, hverdagslige vaner.

Helsepersonell må prøve å få innblikk i pasientens levde liv, slik at de får ivaretatt sin integritet og verdighet. Helsepersonell kan da spille videre på de opplysningene som kommer frem, så vi får vite mer om livshistorien etter hver samtale. Ved å bruke et slikt hjelpemiddel blir helsepersonell bedre kjent med pasienten og gjør det lettere å forstå pasienten med sykdommen demens. Når for eksempel navn blir nevnt eller pasientene med demens er urolige, så kan helsepersonell bruke deres livshistorie. Dette vil føre til at pasienter med demens får en bedre tilværelse.

Dette stemmer overens med det Engdahl og Haugen (2006) mener, som sier det er viktig å forstå den subjektive verden til personer med demens, og ta hensyn til at det er mennesker som har levd et langt og innholdsrikt liv. Vi må fokusere på personer med demens slik de er. Dette understøttes av psykologen Wogn-Henriksen (1997), hun sier at hvis helsepersonell skal forstå personer som utvikler demens, må man forstå at de takler og utvikler sykdommen ulikt. Derfor bør helsepersonell være oppmerksomme på dette og de bør tilrettelegge miljøet og den mellommenneskelige kontakten rundt personer med demens som igjen fører til ivaretagelse av integriteten og verdigheten (Wogn-Henriksen 1997).

Jeg er klar over at helsepersonell kan møte livshistorier som er vonde, og hvor personer med demens eller pårørende ikke ønsker å prate om dette. Jeg vil si at å ha kjennskap til livshistorien er viktig uansett om den er basert på gode eller dårlige minner. Vonde livshistorier kan kanskje ikke brukes til å opprettholde integriteten og verdigheten hos personer med demens, men den vonde delen av livshistorien er like viktig til å forstå personer med demens best mulig. I følge Fosslund og Thorsen (2010), kan helsepersonell hjelpe personer med demens bedre med å komme igjennom de følelsesmessige relasjonene, ved å vite den vonde livshistorien. Jeg mener det å bli bedre kjent med personer med demens, på godt og vondt, gjør at helsepersonell kan være bedre støttespillere i hverdagen slik at personer med demens får ivaretatt sin integritet og verdighet.

Som dikteren Yeats uttrykte det: «*Jeg er alt jeg noengang har vært*» (Karoliussen og Smebye 1997). Dette mener jeg er med på å belyse viktigheten av å kjenne til bakgrunnen hos personer med demens.

5.3 Personorientert omsorgs betydning for integriteten og verdigheten hos personer med demens.

Som jeg har nevnt tidligere, så har Tom Kitwood (1999) vært nyskapende i synet på demens og har gjennom årrekker jobbet mot en ny kultur i demens omsorgen. Han tok i bruk det engelske uttrykket, personhood, som referer til selve personbegrepet, til det å være en person, å ha en individualitet, en personlig identitet og integritet (Kitwood 1999). Det å være en person mener Kitwood (1999) er å ha en status eller en rang som tildeles et menneske av andre i en kontekst av gjensidig forhold og sosial væren. Han mener at person orienter omsorg er individrettet hvor det blant annet blir fokusert på hva personene kan gjøre framfor å fokusere på tapte evner. Ved en personfokusert omsorg kan vi gi trøst, tilknytning og få personen med demens til å føle seg verdsatt. Generelt innebærer personorientert omsorg at helsepersonell ser hele mennesket (Kitwood 1999).

Funnene mine (Rokstad, Vatne 2011, Jøranson, Hauge 2011 og Hansen, Ytre-hus 2011), belyser også viktigheten av at når helsepersonell utøver en personorientert omsorg til personer med demens, fører dette til at integriteten og verdigheten til personer med demens blir ivaretatt. Forskjellige verktøy som Dementia Care Mapping (DCM), Marte Meo (MM), viser seg og være nyttige metoder for helsepersonell til bevisstgjøring. Helsepersonell fikk styrket sin refleksjonsevne i forhold til egen omsorgspraksis etter en gjennomgang av en Dementia Care Mapping og Marte Meo- kartlegging. I artiklene ble det også framhevet at evnen til refleksjon ble styrket gjennom refleksjon i grupper. Dette hjelper helsepersonell til å se mennesket bak demenssykdommen, slik at personer med demens får ivaretatt sin integritet og verdighet. Med henhold til Dementia Care Mapping så bygger den på Tom Kitwoods prinsipper om personorientert omsorg.

I ei av praksisukene var jeg på en skjermet enhet for pasienter med demens. Der la de vekt på å bruke verktøyet Dementia Care Mapping. Personalet opplevde at metoden bidro til å skape bevisstgjøring, engasjement og refleksjon rundt behandlingstiltak. Dette førte til at personalet så mennesket bak sykdommen demens. Noen av pasientene ble mye roligere samt bruken av antipsykotika ble redusert.

Ut ifra min praksiserfaring mener jeg at Marte Meo er et genialt redskap for å utvikle personorientert omsorg. For når helsepersonell har ulike måter å møte pasienter på, som kan bidra til å øke pasientens forvirring, er det bra å ha et slikt verktøy. Hvor

løsningsmåten blir synliggjort, dermed blir det enklere for helsepersonell å ha samme tilnærming til pasienter med demens. I tillegg mener jeg at helsepersonell bør reflektere over eget handlingsmønster i møte med pasienter med demens. Og at alle helsepersonell bør involveres i felles refleksjon og undervisning slik at personer med demens får ivaretatt sin integritet og verdighet.

Rokstad (2008) peker på at **VIPS** også er et viktig verktøy, hun mener at dette er en konkretisering av personorientert omsorg, et rammeverk. VIPS står for **verdsetting** av mennesker, **individuell** behandling av mennesker med demens, **perspektiv** på omsorgen og **støttende** sosialpsykologisk miljø. Hun mener blant annet at alle mennesker har sin absolutte verdi uavhengig av alder og kognitiv evne og at personorientert omsorg er med på å ivareta integriteten og verdigheten hos personer med demens.

Ved å bruke slike verktøy mener jeg at det fører til en personorientert omsorg. Dette fører til at helsepersonell ser pasientene bak demenssykdommen og at man i mindre grad har fokus på selve sykdommen samt at arbeidet blir enklere. Dette blir også understreket i artikkelen til Jøranson, Haugen (2011) hvor personalet uttrykte at de hadde bra rytme i sitt arbeidsfellesskap, som en form for «fin flyt», fordi arbeidet gikk lett unna og de forstår selv små hint fra hverandre og de så hvor viktig det er å se hver enkelt av pasientene som unik. De fikk et bedre samarbeid og en personorientert omsorg som førte til at integriteten og verdigheten til personer med demens ble ivaretatt. I tillegg blir pasientrettighetene styrket.

Pasientrettighetsloven, kapittel 4A i sykeheim, fokuserer på personorientert omsorg, ved å vektlegge at helsepersonell skal ivareta pasientens trygghet, verdighet og integritet. I studien til Jøranson, Haugen (2011) ble det også belyst at de av personale som ikke var med i DCM-prosjektet ikke fikk den samme personlige dybdekunnskapen om personsentrert omsorg. De hadde mer fokus på sykdommen til pasienten enn å se mennesket bak sykdommen. I tillegg kom det fram i studiet at de så på DCM verktøyet, som ekstraarbeid og sløsing av tid. Som nevnt tidligere i oppgaven så er dårlig tid og mangel på personal resurser noe som går igjen i helsesektoren. Av egen erfaring kan jeg si at tidspresset og arbeidsoppgavene er varierende. Men ved litt tilrettelegging som for eksempel ved rapport bør det være kun hensiktsmessig rapport og ingen «utenom prating». Dette førte til at vi fikk tid til blant annet å ta refleksjoner som igjen førte til

bevisstgjøringer hos personale som igjen førte til en personorientert omsorg til pasienter med demens.

Jeg mener at å ta vare på pasienter med demens ved å bruke en personfokusert omsorg vil jeg påstå at det skapes mer ro på institusjonene. Dette fører til bedre tid til hver enkelt pasient.

Personer med demens er likeverdige medlemmer av menneskeheten og dette bør komme til uttrykk i praksis. Omsorg vil si å bevare og utvikle den enkeltes personlighet, å tilrettelegge for trygghet i miljøet, samt møte grunnleggende behov og å gi fysisk omsorg. For å kunne gi et godt tilbud til personer med demens på alle nivåer, er det nødvendig å skape en omsorgskultur hvor disse faktorene er rådende (Rokstad 2008).

6.0 Konklusjon.

Hvordan kan helsepersonell ivareta integriteten og verdigheten hos personer med demens er det store spørsmålet i min oppgave. Jeg mener å ha kommet fram til flere faktorer som bør ligge til grunn for at personer med demens skal få ivaretatt sin integritet og verdighet på et sykehjem. Sentralt for helsepersonell mener jeg at all samhandling med personer med demens kreves at vi møter pasienten der de er, på deres premisser. Kunnskap og holdninger, kjennskap til livshistorie og å ha en personorientert tilnærming som fokus i omsorgen, må ligge i bunn for å yte best mulig omsorg til. utfordringer for helsepersonell på sykehjemmene blir å utføre dette til pasientene med demens. For dette innebærer en helhetlig tilnærming, preget av å se hele pasienten, ikke bare diagnosen. Helsepersonell må verdsette og akseptere personer med demens for den de har vært og for den de er nå. I tillegg kreves det mot av oss helsepersonell til å kjempe for et tilrettelagt og personorientert omsorgsmiljø. Selv om det har skjedd en kompetanseheving blant helsepersonell med henhold til personer med demens de siste åra, mener jeg likevel det blir store utfordringer i tidene framover både i forhold til kunnskap og personalressurser. Så hvis målene i Demensplanen(2015) skal lykkes må både kunnskap og bemanningen styrkes.

Med henhold til videre forskning, så hadde det vært interessant å undersøke hvorfor kommunene ikke får nok økonomisk støtte til å utbedre demensomsorgen, når myndighetene selv poengterer de store utfordringene helsesektoren møter i framtiden. Eller får kommunene nok økonomisk støtte, men at det blir brukt til noe annet? Kanskje den økonomiske støtten fra staten til kommunene, som skal gå til helsesektoren, skulle ha vært øremerket?

6.0 Litteraturliste

Bondevik, Margareth og Nygaard, A. Harald. 1999. *Tverrfaglig geriatri, En innføring*. Nygaard, A Harald (red). Bergen: Fagbokforlaget

Brønstad, Agnes og Ingvild Skjetne. 2009. *God helse 1*. 3 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Daatland, Svein Olav og Per Erik Solem. 2005. *Aldring og samfunn, en innføring i sosialgerontologi*. 2 utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AB.

Dalland, Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 3.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Eide, Botnen, Solveig. Hans Herlof Grelland. Aslaug Kristiansen. Hans Inge Sævereid og Dag G Aasland. 2009. *En bok om samarbeidets etikk. Fordi vi er mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.

*Egan, Mary Y. Sally Munroe, Camille Hubert. Trish Rossiter. Annie Gauthier. Margaret Eisner. Nicole Fulford. Marilyn Neilson. Bonnie Daros og Carmen Rodrigue. 2007. Caring for residents with dementia and impact of life history knowledge. *Journal of Gerontological Nursing*. 33(2):24-30.

Eide, Hilde og Tom Eide. 2010. *Kommunikasjon i relasjoner, samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Engdal, Knut og Per Kristian Haugen. 2006. *Lærebokdemens, Fakta og utfordringer*. 4. utg. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.

Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2008. *Att göresystematiska litteraturstudier*. 2 utg. Falun: Bokförlaget Natur och Kultur.

Fossland, Trine og Kristen Thorsen. 2010. *Livshistorier i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

*Hansen Anette og Siri Ytrehus. 2011 Hvordan påvirker Marte Meo-veiledning personalets opplevelse av egen mestring i demensomsorgen? *Sykepleien Forskning* 6(1):36-44.

Helse- og omsorgsdepartementet 2007. Demensplan 2015. «Den gode dagen».

Omsorgsplan 2015. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/Demensplan2015.pdf (lest 02.11.2011).

Jacobsen, Dag Ingvar 2010. *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* 2. utg. Kristiansand: Høy-skoleforlaget.

*Jakobsen, Klara og Randi Granebo. 2011. Større faglig bredde som bidrag til mer aktiv omsorg for sykehjemsbeboere. *Sykepleien Forskning* 6(2):144-150.

*Jøranson, Nina og Solveig Haugen. 2011. Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling. *Sykepleien Forskning* 6(4):376-382.

*Kada, Sundaran, Harald A. Nygaard, Bickol N. Mukesh and John T. Geitung. 2009. Staff attitudes towards institutionalized dementia residents. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 18, s 2383 – 2392.

*Kadjian, Lauris C. Laura A Shinkunas. Mercedes Bern-Klug og Susan K Schultz. 2010. Dementia, Goals of Care, and Personhood: A Study of Surrogate Decision Makers' Beliefs and Values. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. 27 (6):387-397.

Karoliussen, Mette og Kari Lislud Smebye. 1997. *Eldre, aldring og sykepleie*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Kirkevold, Marit. Kari Brodtkorb. Anette Ranhoff Høyen. Herdis Maria Siegert og Anne Langdalen. 2008. *Geriatrisk sykepleie. God omsorg for den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Kierkegaard, S (1859) *En ligefrem* meddelelse.

http://home.online.no/~steinny/Kap6/innhold_kap_6.htm (lest 20.11.2011)

Kitwood, Tom. 1999. *En revurdering av demens. Personen kommer i første rekke*. 1 utg. København. Munksgaard Danmark.

Lillevold, Kristin Fragell 2007 *Husker du?* Sykepleien nr. 11, s. 67-69.

Martinsen, Kari. 2005. *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe AS.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2012. Tema: *Sjekkliste for kvalitativ og kvantitativ forskning*. <http://www.kunnskapssenteret.no/> (lest 15.12.2011).

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.2012. Publiseringskanaler. <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/?search=advanced> (lest 17.12.2011 og 24.04.2012).

Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinart. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

*Rasin, Joyce og Kautz, Donald D. 2007. Knowing the resident with dementia: Perspectives of caregivers in assisted living facilities. *Journal of Gerontological Nursing*. Vol. 33(9):30-36.

*Rognstad, May-Karin og Dagfinn Nåden. 2011. utfordringer og kompetanse i demensomsorgen – Pleiers perspektiv. *Nordisk Sygeplejeforskning* nr. 2:143-153.

Rokstad, Anne Marie Mork og Kari Lislerud Smebye. 2008. *Personer med demens. Møte og samhandling*. 1 utg. Utgave. Oslo: Akribe AS.

*Rokstad, Anne Marie Mork og Solfrid Vatne. 2011. Dementia Care Mapping - en mulighet for refleksjon og utvikling. *Sykepleien Forskning* 6(1):28-34.

Slettebø, Åshild. 2009 *Sykepleie og etikk*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Smebye, Kari Lislerud. 2008. *Å møte personer med demens I: Personer med demens*. Rokstad, Anne Marie Mork; Smebye, Kari Lislerud (red). Oslo: Akribe, s: 13-26.

*Surr, Claire Alice. 2006. Preservation of self in people with dementia living in residential care: A sociobiographical approach. *Social science & Medicine*. Vol.62(7):1720-1730.

*Tretteteig, Signe og Kristen Thorsen. 2011. Livskvalitet for personer med demenssykdom – sett i et livsløpsperspektiv – En narrativ tilnærming basert på pårørendes fortellinger. *Nordisk Tidsskrift Helseforskning* nr. 2: 39-61.

Willman, Ania, Peter, Stoltz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbasert omvårdnad – En bro mellom forskning og klinisk virksomhet*. Sverige: Lund Studentlitteratur.

Wogn - Henriksen, Kjersti (1997). *Siden blir det vel verre...? Nærbilder av mennesker med alders demens*. Sem: Info- banken

8.0 Vedlegg

Vedlegg 1

Oversiktstabell over litteratursøk

Dato	Søkeord	Database	Antall treff	Leste abstracts	Dubletter	Leste artikler	Inkluderte artikler
20.11.11	Demens And Integritet Verdighet Sykeheim Personsentrert omsorg Dementia, Integrity, Dignity, Personhood Care Nursing home	SweMed	311	50	0	10	5
12.02.12	Demens And Integritet Verdighet Sykeheim Personsentrert omsorg Dementia, Integrity, Dignity, Personhood Care nursing home	ProQvest	18	12	0	9	0
23.03.12	Demens And Integritet Verdighet Sykeheim Personsentrert omsorg Dementia, Integrity, Dignity, Personhood Care nursing home	Ovid Medliner®	31	10	0	3	4
23.03.12	Demens And Integritet	Idun	10	5	0	2	2

	Verdighet Sykeheim Personsentret omsorg Dementia, Integrity, Dignity, Personhood Care nursing home						
--	---	--	--	--	--	--	--

Artikkel nr. 1

Forfattere År Land Tidsskrift	May-Karin Rognstad og Dagfinn Nåden 2011 Norge Nordisk Sykeplejeforskning nr2: 143-153
Tittel	Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen – Pleieres perspektiv
Hensikt	Beskrive personalets opplevelse av arbeidssituasjonene i møte med pasienter med demenssykdom og utagerende atferd, og å belyse personalets behov for kompetanseheving for at pasientens verdighet som menneske skulle kunne ivaretas.
Metode Instrument	Kvalitativ Intervjuer
Deltakere Frafall	Helsepersonell
Hovedfunn	Høy faglig kompetanse av personale, for at pasientene skall bli hjulpet på en etisk og kyndig måte.
Kvalitet	100 % Kvalitets grad 1
Etiske vurderinger	Ja
Database	Idunn database

Artikkel nr. 2

Forfattere	Sundaran Kada, Harald A Nygaard, Bickol N Mukesh og John T Geitung
År	2009
Land	USA
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing Vol. 18; s 2383 – 2392.
Tittel	Staff attitudes towardes Institutionalized dementia residents
Hensikt	Å utforske holdninger og helsefaglige utdanningsnivå hos personell som har omsorgen for personer med demens i institusjon.
Metode	Kvantitativ
Instrument	Spørreskjema
Deltakere	14 Sykeheim
Frafall	3
Hovedfunn	At høyere utdanningsnivå hos helsepersonell bidrar til mer positive holdninger til personer med demens.
Kvalitet	87 % Kvalitets grad 1
Etisk vurdering	Ja
Database	SweMed+

Artikkel nr. 3

Forfattere År Land Tidsskrift	Klara Jakobsen og Randi Granebo 2011 Norge Sykepleien Forsking 6(2):144-150.
Tittel	Større faglig bredde som bidrar til mer aktiv omsorg for sykehjemsbeboere
Hensikt	Å utvikle kunnskap om hvordan større faglig bredde, med medvirkning av ergoterapi og fysioterapi, kan bidra til mer aktiv omsorg for personer med demens og andre sykehjemsbeboere.
Metode Instrument	Kvalitativ Intervju
Deltakere Frafall	2 Sykehjem
Hovedfunn	En krever kompetanse hevende tiltak. For å bidra til mer aktiv omsorg hos personer med demens og andre sykehjemsbeboere.
Kvalitet	92 % Kvalitets grad 1
Etiske Vurderinger	Ja
Database	SweMed +

Artikkel nr. 4

Forfattere År Land Tidsskrift	Claire Alice Surr 2006 Bradford UK Social Science & Medicine Vol.62(7):1720-1730.
Tittel	Preservation of self in people with dementia living in residential care: A socio-biographical approach
Hensikt	Å utforske viktigheten av å ha en sosiobiografisk teori om selvet hos personer med demens i institusjon
Metode Instrument	Kvalitativ Intervjuer
Deltakere Frafall	14
Hovedfunn	Viktigheten om å innhente informasjon om pasienten livshistorie og viktigheten å ha et godt forhold til familien, andre pasienter og helsepersonell for å bevare verdigheten.
Kvalitet	95 % Kvalitets grad 1
Etiske Vurderinger	Ja
Database	Ovid Medleline®

Artikkel nr. 5

Forfattere	Signe Tretteteig og Kirsten Thorsen
År	2011
Land	Norsk
Tidsskrift	Nordisk Tidsskrift for Helseforskning nr.2: 39-61
Tittel	Livskvalitet for personer med demenssykdom – sett i et livsløpsperspektiv – En narrativ tilnærming basert på pårørendes fortellinger.
Hensikt	Er å undersøke om hva som gir god livskvalitet for personer med demenssykdom, og hva som innvirker på muligheter til å oppleve livskvalitet sett i et individuelt livsløpsperspektiv. Kontekst for opplevelse av livskvalitet i personenes hjem og i en bemannet omsorgsbolig, som er til rette lagt til personer med demens.
Metode Instrument	Kvalitative Intervjuer
Deltakere Frafall	6
Hovedfunn	Personalet bør anvende livshistorien hos personer med demens, slik at de kan få et verdig liv
Kvalitet	100 % Kvalitets grad 1
Etiske Vurderinger	Ja
Database	Idunn database

Artikkel nr. 6

Forfattere	Lauris C Kadjian, Laura A Shinkunas, Mercedes Bern-Klug og Susan K Schultz
År	2010
Land	USA
Tidsskrift	American Journal of Hospice & Palliative Medicine 27 (6):387-397
Tittel	Dementia, Goals of care, and Personhood: A Study of Surrogate Decision Makers' Beliefs and Values
Hensikt	Er å undersøke viktigheten av samarbeid mellom verge/pårørende og helsepersonell
Metode Instrument	Kvantitativ Intervju
Deltakere Frafall	20
Hovedfunn	Viktighet om samarbeid mellom pårørende og helsepersonell. Som kan føre til at pasientens integritet og verdighet blir ivaretatt.
Kvalitet	83 % Kvalitets grad 1
Etiske Vurderinger	Ja
Database	Ovid Medline®

Artikkel nr. 7

Forfattere	Joyce Rasin og Donald D. Kautz
År	2007
Land	USA
Tidsskrift	Journal of gerontological Nursing 33(9), 30-36
Tittel	Perspectives of Assisted Living Facility Caregivers
Hensikt	Er å undersøke hvilke typer kunnskap som brukes hos helsepersonell som har omsorg for eldre med demens.
Metode Instrument	Kvalitativ
Deltakere Frafall	23 helsepersonell fra 5 institusjoner
Hovedfunn	Viktigheten av at helsepersonell har bred kunnskap om pasientens behov.
Kvalitet	92 % Kvalitets grad 1
Etiske Vurdering	Ja
Database	Ovid Medline®

Artikkel nr. 8

Forfattere	Egan, Mary Y. Munroe, Sally. Hubert, Camille. Rossiter, Trish. Gauthier, Annie. Eisner, Margaret. Fulford, Nicole. Neilson, Merilyn. Daros og Bonnie. Rodrigue, Carmen.
År	2007
Land	USA
Tidsskrift	Journal of gerontological nursing, 33(2):24-30
Tittel	Caring for residents with dementia and impact of life history knowledge
Hensikt	Å undersøke om økt kunnskap med henhold til pasientens livshistorie har betydning for å redusere en problematisk oppførsel hos pasienter med demens.
Metode Instrument	Kvalitativ Intervju
Deltakere Frafall	4
Hovedfunn	Viktigheten om å kunne livshistorien til en person med demens. I tillegg utøvde personalet økt empati for de pasienter de har fått økt kunnskap om.
Kvalitet	92 % Kvalitets grad 1
Etisk Vurdering	Ja
Database	Ovid Medline®

Artikkel nr. 9

Forfattere	Anne Marie Mork Rokstad og Solfrid Vatne
År	2011
Land	Norge
Tidsskrift	Sykepleien Forsking 6(1):28-34
Tittel	Dementia Care Mapping – en mulighet for refleksjon og utvikling
Hensikt	Å innhente kunnskap om de ansattes erfaringer med refleksjonsprosesser som ble igangsatt på bakgrunn av DCM og hvilken betydning dette hadde for utvikling av praksis
Metode Instrument	Kvalitativ Intervju
Deltakere Frafall	1 Sykeheim
Hovedfunn	DCM – prosessen har økt helsepersonalets bevissthet til personer med demens. Og dette fører igjen til en positiv endret tilnærming til pasientgruppen
Kvalitet	96 % Kvalitet grad 1
Etisk Vurdering	Ja
Database	SweMed+

Artikkel nr. 10

Forfattere	Nina Jøranson og Solveig Hauge
År	2011
Land	Norge
Tidsskrift	Sykepleien Forskning 4(6):376-382
Tittel	Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling
Hensikt	Å utforske og beskrive personalerfaringer i sykehjemsavdelingen halvannet år etter at kartleggingsverktøyet Dementia Care Mapping (DCM) ble anvendt på en av to mulige personalgrupper i en sykehjemsavdeling i Norge.
Metode Instrument	Kvalitativ Intervju
Deltakere Frafall	10 deltakere
Hovedfunn	Økt bevisstgjøring hos personale som igjen førte til at pasienter med demens blir sett.
Kvalitet	100 % Kvalitets grad 1
Etisk Vurdering	Ja
Database	SweMed+

Artikkel nr. 11

Forfattere	Anette Hansen og Siri Ytrehus
År	2011
Land	Norge
Tidsskrift	Sykepleien Forskning 6(1):36-44
Tittel	Hvordan påvirker Marte Meo veiledning personalets opplevelse av egen mestring i demensomsorgen?
Hensikt	Å undersøke hvilken betydning Marte Meo har hatt for personalets opplevelse av mestring i vanskelige stellesituasjoner og hvordan personalet har vurdert verdien av metoden.
Metode Instrument	Kvalitativ Intervjuer
Deltakere Frafall	2 Sykeheim
Hovedfunn	Personalet ble mer bevisst på sin være måte hos personer med demens, som i sin tur førte til at pasienten ble ivaretatt på en positiv måte – personorientert omsorg.
Kvalitet	98 % Kvalitets grad 1
Etiske Vurderinger	Ja
Database	SweMed+

Oversikt over forskningsartikler som svarer til ulike funn

Nummer bak funnene er tilsvarende artikkelnummer i vedlegg 2

- Kunnskap og holdninger hos helsepersonell: 1*, 2*, 3*, 7* og 8*
- Livshistorien hos personer med demens: 5*, 6*, 7* og 8*
- Faktorer for å utvikle personorientert omsorg i praksis: 9*, 10* og 11*