



# Bacheloroppgave

**VPL05 Vernepleie**

**Personsentrert omsorg for mennesker med demens;  
Hvordan forstå begrepet, og hvordan implementere  
det i praksis.**

**Person-centered dementia care; Understanding the  
concept, and how to implement it in practice.**

**Flemmen, Inger Lise**

**Totalt antall sider inkludert forside: 33**

**Molde, 27.05.15**



## 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"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Hogstad, Ingrid Johnsen

## 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: 27.05.15

**Antall ord: 9821**

## **Forord**

*Kan du se meg?*

*Jeg er mer enn det du ser*

*Kan du se bak det du ser?*

*Ser du gløden jeg en gang hadde?*

*All latteren og gleden som en gang var?*

*Alle minnene som nå er gjemt*

*De er der innerst inne*

*Syng til meg, nynn meg ei vise*

*Fortell meg en historie, med rolig og trygg stemme*

*Kanskje du da ser meg, fra mitt innerste indre*

*Et glimt av litt glød?*

*Syng meg ei rolig vise*

*Gi meg et øyeblikks håp og fred.*

**(Flemmen, Inger Lise 2014)**

<b>1.0</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Problemstilling .....	3
<b>2.0</b>	<b>Metode.....</b>	<b>3</b>
<b>3.0</b>	<b>Teori .....</b>	<b>4</b>
3.1	Hva er demens .....	4
3.1.1	Ulike demensformer.....	5
3.1.2	Diagnostisering .....	6
3.2	Tilpasset kommunikasjon.....	6
3.3	Personsentrert omsorg .....	7
3.3.1	Historisk rammeverk.....	7
3.3.2	Hva er en person.....	8
3.3.3	Omsorgsbegrepet.....	9
3.3.4	Medvirkning.....	9
3.3.5	God omsorg.....	10
3.3.6	Nøkkelementer i personsentrert omsorg .....	10
3.3.7	Individualitet i personsentrert omsorg .....	10
3.3.8	Metoder/tilnæringsmåter innen personsentrert omsorg .....	11
3.3.9	Studier .....	15
<b>4.0</b>	<b>Drøfting .....</b>	<b>17</b>
4.1	Innledning.....	17
4.2	Hvordan forstå begrepet personsentrert omsorg .....	17
4.2.1	Validering.....	18
4.2.2	Individualitet .....	19
4.2.3	Kommunikasjon .....	19
4.2.4	Diagnose.....	19
4.2.5	Subjekt-holdning .....	20
4.3	Hvordan implementere det i praksis .....	21
4.3.1	VIPS .....	21
4.3.2	DCM.....	21
4.3.3	Marte-Meo.....	22
4.3.4	Tilrettelegging .....	22
4.3.5	Lederskap .....	23
<b>5.0</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>24</b>
<b>6.0</b>	<b>Litteraturliste.....</b>	<b>26</b>

## 1.0 Innledning

*Vi har ingen fornemmelse av at tiden går, så vi lever i nuet, uten fortid eller fremtid. Alle kreftene våre går med til det som er her og nå, ikke da eller siden. Noen ganger gjør dette oss engstelige, fordi vi er urolige for fortiden eller fremtiden ettersom vi ikke «kjenner» at den eksisterer. Men det at vi lever i nuet, med en åndelig dybde og sammenflokede følelser snarere enn kognisjon, betyr at du kan kommunisere med oss på et dypere plan gjennom berøring, øyekontakt og smil (Byrden 2005:99, i Brooker 2013:51).*

Teksten over er et utdrag fra en person med langtkommen demens egen beretning om hvordan det er å leve med sykdommen. Tidligere hadde ikke mennesker med demens muligheten, eller fikk muligheten, til å gi pårørende og omsorgsgivere et innblikk i hvordan den selv så verden. Denne oppgaven er skrevet på bakgrunn av personsentrert omsorg for mennesker med demens. Jeg vil gå nærmere inn på hva demens er, tilnæringsmetoder i et historisk perspektiv, hva som ligger i begrepet personsentrert omsorg, samt se på hvordan dette kan implementeres, eller iverksettes, i praksis, og hvor viktig personsentrert omsorg som metode kan være. Personsentrert omsorg tenkes være et gjeldende begrep i arbeid med mennesker med demens. Selv synes jeg det er viktig å arbeide for å bedre demensomsorgen, og at denne metoden kan være godt egnet til det formålet. Det at vi i dag kan høre beretninger fra mennesker med demens om hvordan det er å leve med demens, selv i en alvorlig fase, kan kanskje føre til en mer personsentrert omsorg hvor vi setter oss inn i hvordan den enkelte har det for å gi den omsorg personen har behov for.

I 1859 skrev Søren Kierkegaard *En ligefræm meddelelse*. I teksten heter det; «At man, når det i sandhed skal lykkes en at føre et menneske hen til et bestemt sted, først og fremst må passe på at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er hemmeligheden ved al hjælpekunst» (Røkenes og Hanssen 2012). Senere har flere filosofer og vitenskapsteoretikere nevnt viktigheten av gode nære relasjoner og behovet for personsentrert tilnærming i omsorgsykker. Personsentrert omsorg i praksis handler om mer enn å være snill og velmenende. For å bevare personverdet til mennesker med demens kreves det en bevisst holdning for å etablere gode relasjoner, inkludere og redusere funksjonssvikt (Rokstad 2014).

Det er i dag rundt 70.000 i Norge som lider av en demenssykdom. Demens betegnes også som den nye folkesykdommen (Nasjonalforeningen 2015). 80% av sykehjemsbeboere har demens (Helse- og omsorgsdepartementet 2007). Vi blir stadig eldre, og i 2030 vil det i Norge være 1. million innbyggere over 67 år. Det antas at 100.000 vil være demente om 15 år. Får vi ikke nye måter å forebygge/behandle sykdommene vil det bli en enorm utfordring (Gjerstad m.fl. 2013).

10% av demensformene er reversible og kan derfor være av en årsak som kan fjernes, som for eksempel svulst. Resten er irreversible og selv om de kan behandles med medisin, er det ikke mulig per definisjon å endre en stabil demens (Ibid. 2013). Demens er dermed en kronisk sykdom, forverrer seg over tid, og kjennetegnes av svekket mental kapasitet som fører til svikt i tale, hukommelse og oppmerksomhet m.fl., som fører til at evnen til å leve selvstendig blir dårligere (Ulstein 2012).

I 2007 kom Demensplan 2015 «Den gode dagen». Den var en delplan til Omsorgsplan 2015. Bakgrunnen for planen var mangler i dagens omsorgstjenester for mennesker med demens, og den hadde tre satsningsområder; Dagaktivitetstilbud, bedre tilpasset botilbud og økt kunnskap og kompetanse. Målene med tiltakene i planen var å oppnå livskvalitet, trygghet, og mening i hverdagen til tross for en alvorlig demensdiagnose. (Helse – og omsorgsdepartementet 2007). Et underprosjekt for Demensplan 2015 er VIPS – rammeverk for personsentret omsorg, og Marte Meo – videobasert veiledning (Aldring og helse 2015). I følge Regjeringen (2014), vil det komme en ny demensplan som skal være til 2020. Denne planen vil ha fokus på å bedre tjenestetilbudet til mennesker med demens og deres pårørende, og skal også utvikles med innspill fra de dette berører mest.

I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), § 3-1 heter det at; «Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester». Dette gjelder valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder og det hetes også at; «medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. ... Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten».

Demens er et stort tema og måtte i forhold til denne oppgaven avgrenses. Valget om å bruke personsentrert omsorg avgrenset det til et bestemt tema innenfor demensomsorgen. Det vil stort sett dreie seg om personer på sykehjem i denne oppgaven. Likevel vil

personsentrert omsorg være viktig for alle mennesker om de så bor på institusjon eller hjemme.

Personsentrert omsorg viser seg å være et gjeldende begrep i demensomsorgen. Likevel ser det ut til at det høres mer flott ut enn hvordan det faktisk utføres ute i praksis. Derfor anser jeg det viktig å belyse hva dette handler om, hvordan vi kan bruke det, og hvorfor det er så viktig at vi har en slik tilnærming til mennesker med demens.

## **1.1 Problemstilling**

**Personsentrert omsorg for mennesker med demens; Hvordan forstå begrepet, og hvordan implementere det i praksis?**

## **2.0 Metode**

Dalland (2012) sier at metoden viser hvordan vi skal gå frem for å finne eller etterprøve kunnskap. Metoden i denne oppgaven er kvalitativ og kvantitativ. Kvalitative metoder lar seg ikke tallfeste, men fanger opp mening og opplevelser. Kvantitative data er tatt med for å få frem omfanget av demens i tall for å se på dagens situasjon og speile hvordan fremtiden vil se ut.

For å komme frem til svar på oppgaven ble det undersøkt i studiets pensum om demens, personsentrert omsorg, kommunikasjon og etikk, hvor det fantes mye relevant litteratur. Nye viktige forfattere kom frem ved å studere pensum og et søk i Bibsys viste vei til deres litteratur. Det ble også søkt i norske og engelske databaser etter artikler, studier og bøker. Av norske databaser er Bibsys og Google brukt, og funn av nye artikler har kommet etter å ha søkt etter forskningsprosjekt fremstilt i aviser. Av engelske databaser er Cochrane brukt. Norske søkeord var demen, personsentrert omsorg, livskvalitet, VIPS og DCM. Engelske søkeord ble demen, person-centered care og quality of life, VIPS og DCM. Forfattere fremstilt i bøker ble hentet frem for å gå rett til kilden. Dette ble utelatt med de eldste filosofene, og noen engelske bøker som ikke var tilgjengelig i skolens bibliotek. Mange av artiklene er oversatt til norsk for å forstå innholdet. Det er også brukt flere bøker samtidig



for å se hva forskjellige forfattere sier om samme begrep eller tema. Undertegnede var også på ulike kurs og foredrag om demens, og har knyttet kontakt med flere aktører innenfor demensomsorgen. Blant annet demensteam og veiledere innenfor de nevnte metodene som brukes til implementering av personsentrert omsorg for mennesker med demens.

I forhold til kildekritikk er det brukt flere forskjellige filosofer og teoretikere i oppgaven og deres syn i teoridelen, uten at det er forsøkt farge teorien med undertegnedes overbevisninger. I en annen type oppgave kunne det også vært krav om å bruke flere forskningsartikler, noe som ville gitt et mer nyansert bilde på hvordan personsentrert omsorg blir implementert i dagens omsorgsgivning. Studiene som er brukt i denne oppgaven vil stå som enkelttilfeller, og ikke vise den fulle og hele sannhet om hvordan bildet på personsentrert omsorg er ute i praksis.

## **3.0 Teori**

### **3.1 Hva er demens**

Dement kommer ifølge Gjerstad m.fl. (2013), fra latin og betyr å være ute av sinn. Hjernen vår blir ofte omtalt som *det egentlige menneske*. Alt vi gjør, ser hører oppfatter, styres av hjernen. De sier også at sykdommer eller skader i hjernen, kan gi tap av funksjoner og forårsake demens (Ibid. 2013). Heap (2012), sier at demens sykdommene omfatter grupper av organiske, progressive og uhelbredelige lidelser. Demens er «en ervervet hjerneorganisk sykdom, vanligvis hos en eldre person» (Ulstein 2012:295). Flesteparten av demensrammede lider av Alzheimer og/eller en kombinasjon av vaskulær demens (Ibid. 2012). Små forandringer kognitivt eller følelsesmessig kan være tidlige tegn på demenssykdommer, som utvikler seg gradvis og langsomt. Med andre ord progressivt. Lettere former for kognitiv og emosjonell svikt kan være vanskelig å skille fra normale aldersforandringer. Årsaker til demens kan deles opp i arv og geners betydning og alder. Aldring vil generelt gjøre hjernen mer sårbar for effekten av demenssykdommer, vaskulære endringer. For eksempel dårlig blodsirkulasjon til hjernen, og diabetes, insulinresistens og metabolsk sykdom. Sistnevnte har vist seg å være drivere for demensutvikling (Gjerstad m.fl. 2013).

### 3.1.1 Ulike demensformer

Det finnes flere ulike typer demens. Jeg vil her redegjøre for Alzheimers sykdom, frontotemporal demens, vaskulær demens og Lewy-legeme demens. De ulike demensformene krever ulike tilnærminger hvis man skal lykkes med å skape ro og trygghet slik at den som er rammet skal fungere best mulig i hverdagen (Myskja 2013).

Alzheimers sykdom kan ha et langsom sykdomsforløp på rundt 5-10 år og 50-60% vil ha denne formen for demens. Den starter med svekket hukommelse, utvikler seg til å omfatte språkproblemer, og senere vil orienteringssansen sviktes. Sykdommen kan også føre til forandringer emosjonelt og atferdsmessig (Ulstein 2012). I dag er det rundt 50.000 som lider av Alzheimers i Norge. Antallet vil antakelig øke siden vi i dag blir eldre enn før og den rammer i en senere livsfase (Gjerstad m.fl. 2013).

Frontotemporal demens gir tidlig endring i atferd, personlighet og utvikler seg forholdsvis raskt. Antall tilfeller med frontotemporal demens vil være 10%. Sykdommen kjennetegnes ved unormale forandringer i frontal- og temporallappene (Gjerstad m.fl. 2013). Den forekommer hyppigst hos personer som er 65 år eller yngre, og mange kan få andre diagnoser, før det blir påvist, grunnet at personene kan vise tegn på depresjon eller annen psykiatrisk sykdom (Ulstein 2012).

Vaskulær demens skyldes sykdom i hjernens blodkar, og risikofaktorer er hypertensjon, aterosklerose og hjerteflimmer (Ibid. 2012). Gjerstad m.fl. (2013), sier at det kan være vanskelig å vite hvor mange som har vaskulær demens siden den forekommer i høy alder og kan ha en sammenheng med Alzheimer. Likevel anslås det som den nest hyppigste årsaken til demens.

Lewy-legeme demens utgjør 15-20% av de som har demens og kan føre til økt forvirring og synshallusinasjoner. Personer med Lewy-legeme kan også utvikle parkinsonisme (Ulstein 2012). Lewy-legeme er sett som strukturer i nervecellene som først ble påvist under hjernebarken, senere oppdaget i andre deler av hjernen. Disse legemene består av en rekke forskjellige proteiner som vil utvikle seg unormalt (Aarsland 2002). Denne formen for demens kan vise seg ved kognitive og psykiske symptomer (Rokstad 2008).

### **3.1.2 Diagnostisering**

Gjerstad mfl. (2013), sier at nevropsykologiske undersøkelser i dag brukes for å undersøke omfanget og graden av en kognitiv svikt. Slike gjentatte undersøkelser kan vise progresjon ved for eksempel demens, igjennom å se på grad av selvhjulpenhet og omsorgsnivå.

Utredning av kognitive symptomer vil inneholde samtale, testinger av brukeren, samtale med pårørende, blodprøver og bilder av hjernen. Tidlig diagnostisering er viktig for å kunne gi god helsehjelp (Mykja 2013). Diagnostisering vil også være viktig for å utelukke eventuelt andre sykdommer. 43% av de over 70 år som mottar hjemmetjenester har demens. Bare 25% av de er faktisk utredet for en demensdiagnose (Lillesveen 2015). Som nevnt tidligere har 80% av sykehjemsbeboere demens (Helse- og omsorgsdepartementet 2007). 50% av disse er ifølge Lillesveen (2015), utredet. Tallene viser at flere har blitt antatt å hatt demens uten at det er gjort en skikkelig utredning av lege. Og selv om flesteparten på sykehjem har demens er bare 25% av alle institusjonsplasser tilrettelagt for personer med demens. Dette viser at flere bor på sykehjems plasser som ikke er tilrettelagt etter deres behov. I skjermede enheter er omtrent alle diagnostisert (Ibid. 2015). Resultater har også vist at det ved bruk av personsentrert omsorg har forekommet at sykehjemsbeboere har hatt mindre grader av agitasjon og ubehag (Rokstad 2014). Dette kan vise til viktigheten av diagnostisering kontra fokus på personsentrert omsorg for mennesker med demens. Det vil ifølge Gjerstad m.fl. (2013), ikke være riktig å gjennomføre omfattende undersøkelser i alle tilfeller, der personen allerede har en langt kommen demens med hukommelsestap, nedsatt orienteringsevne og annen kognitiv svikt der det ikke er mistanke om annen sykdom. Men for pårørende sin del kan det være viktig å gjøre noen undersøkelser for å kunne gi de god informasjon.

Mange vil beskrive det å ha en demensdiagnose som en stor påkjenning som følger av angst og usikkerhet. Den gradvise forverringen kan også føre til frykt og dette kan igjen påvirke selvbildet (Rokstad 2014). Wogn-Henriksen sier i Rokstad (2014), at diagnosen også setter ting på plass. Den beskrives som et vendepunkt som fører til klarhet og informasjon og muligheter for oppfølging av hjelpeapparat. I stedet for å se seg som et offer blir den demente en «aktør med fokus på handling, tilpasning og mestring» (Wogn-Henriksen i Rokstad 2014:14).

### **3.2 Tilpasset kommunikasjon**

Når konklusjonen om en demens diagnose ligger der er det ifølge Rokstad (2008), viktig å

gi tilpasset informasjon til pasient og pårørende. Fremgangsmåten vil være helt forskjellig om pasienten fra før har en mistanke om hva som kunne være galt, enn om pasienten ikke har det (Ibid. 2008). Pasienter kan også bli tryggere av å få informasjon. En *bærende relasjon*, som innehar tillitt, trygghet og kontakt som grunnsteiner er viktig for å utveksle informasjon og meninger. Omsorgsgivere bør være tydelige, for å forebygge kommunikasjonsvansker (Røkenes og Hanssen 2012).

Kommunikasjonen gir næring til relasjonen (Rokstad 2014). Kommunikasjon kan forstås som utveksling mellom to mennesker om hva de synes skjer i situasjonen. Vi kan dele hendelser slik vi oppfatter de, og vi kan ta del i den andres forståelse av deres verden (Lorentzen 2003). Som nevnt vil det være viktig å vite hvordan den dementes oppfatninger om hva som skjer er. Omsorgsgiveren bør verdsette den enkeltes perspektiv, ha empati og lytte til både verbale og nonverbale signaler. I forhold til en personsentret tilnærming i kommunikasjon kommer personen med demens i førsterekke, og demensen i andre. Likevel bør vi vite noe om hvordan demensen påvirker kommunikasjonen for personen. Kommunikasjon har mye å si for kvaliteten på våre relasjoner og utfordringer med dette kan medføre uro og frustrasjon (Rokstad 2014). Det vil være vanskelig å påvirke sine egne omgivelser, formidle og motta synspunkter fra andre om evnen til å kommunisere er redusert (Gundersen og Moynahan 2006). God kommunikasjon handler om å formidle budskap og ivareta andres verdier i samhandlingen (Røkenes og Hanssen 2012).

### **3.3 Personsentret omsorg**

#### **3.3.1 Historisk rammeverk**

Martin Buber studerte kontrasten mellom to forskjellige måter å relatere seg til andre; Jeg-Det og Jeg-Du (Kitwood 1999). Buber beskrev behovet for å ha et subjektivt forhold til brukeren, istedenfor en objektivisering (Rokstad 2014). I 1920-årene så den tyske filosofen Buber allerede behovet for personsentret tilnærming fra leger til pasienter. Han ønsket at pasienter skulle bli møtt som mennesker. Siden introduserte psykologen Carl Rogers og hans kollegaer behovet for en personsentret innfallsvinkel i den psykoterapeutiske relasjonen. (Rogers 1951, i Rokstad 2014). Den første til å introdusere personsentret tilnærming i demensomsorgen var Kitwood på 1980- og 90 tallet, og hans innfallsvinkel ble ansett som en kritikk av datidens omsorgsfilosofi (Kitwood 1999, i Rokstad 2014). Kitwood la det teoretiske rammeverket for personsentret omsorg i praksis. Han var også den første forfatter til å bruke begrepet personverd og laget også en utvidet modell for

demens som utfordret den vanlige oppfatningen på 1980- tallet. Han snakket om ondartet sosialpsykologi, hvor personverdet til de med demens ble undergravd. Han pekte på viktigheten av perspektivet til demente, og han beskrev den nye pleiekulturen, hvor omsorgsarbeid blir sett på som emosjonelt arbeid. Året før han døde omtalte han begrepet «personsentrert» i forhold til demensomsorg for å samle ideer og arbeidsmetoder med vekt på kommunikasjon og relasjon (Brooker 2013). Senere har det vært et større fokus på relasjonsbygging, helhetstenkning og samarbeid i omsorgsykker. De praktiske utfordringene ved å få til en slik personsentrert omsorg kan være krav om effektivitet, higen etter måloppnåelse, økende bruk av teknologi, og at organisasjonskulturen påvirker (Rokstad 2014).

Vatne (2006) kan understreke Bubers ord om de forskjellige måtene å relatere seg til andre. Hun sier det er viktig å etablere et subjekt-subjekt forhold for å bygge opp andres selvfølelse. Det motsatte vil være en subjekt-objekt relasjon der omsorgsgiveren omtaler og behandler brukeren mer som et objekt ved å for eksempel bruke objektiveringer som «Jeg synes du har vært flink nå, nå kan du få se TV». Ved å uttrykke seg slik kan det oppfattes på en styrende måte. Det kan også være et uttrykk for en ensidig relasjon ved at hjelperen her vurderer hva brukeren har behov for. En hovedsak i behandlingsrelasjonen synes å være hvordan en kan oppnå gjensidighet (Ibid. 2006). I sosialpsykologien anses mennesket for å være en person heller enn et objekt (Kitwood 1999).

Ved personsentrert omsorg kan miljøbehandlingen skreddersys for hver enkelt person (Helsedirektoratet 2015). Det kan også være ulike vinklinger i forhold til hva folk legger i dette. Noen vil knytte det til tiltakspakker eller metoder for demensarbeid mens andre vil beskrive det som fenomenologiske tilnærminger og innfallsvinkler i kommunikasjon (Rokstad 2014).

### **3.3.2 Hva er en person**

For å forstå begrepet personsentrert omsorg kan en filosofisk tankegang være nyttig. Hva er egentlig en person, ikke som enkeltmenneske, men som en representant for menneskeheten? (Ibid. 2014). I forhold til «å være en person» nevner Kitwood (1999), tre hovedtyper av diskurs; de transcendent, de etiske og de sosialpsykologiske. De transcendent diskursene appellerer til en sterk oppfattelse om at å være-i-seg-selv er hellig. De etiske diskursene har en grunnholdning om at enhver person har stor verdi. Vi har også en plikt til å behandle hverandre med respekt (Ibid.1999). Det vil nettopp derfor

være viktig innenfor demensomsorgen å respektere verdien som ligger i et menneske selv om de er svekket på grunn av en hjernesykdom (Rokstad 2014). Den sosialpolitiske diskursen har primære assosiasjoner til selvfølelse, og handler om individets plassering i det sosiale samfunnet med bestemte roller, integritet, kontinuitet og stabilitet i oppfattelsen av selvet. Videre sier Kitwood (1999), at det å være en person kan være en rang eller status som tildeles av andre mennesker. Det innebærer anerkjennelse, respekt og tillitt, og personstatusen og opplevelsen av det kan gi konsekvenser om det så er i positiv eller negativ betydning. Hver og en av oss er altså individer forskjellige fra hverandre. Noen dimensjoner i forskjell vil være kjønn, livstro, verdier og interesser. I tillegg til dette har alle sin egen livshistorie skapt på menneskets egne vei frem i livet (Ibid. 1999).

### **3.3.3 Omsorgsbegrepet**

Martinsen (2003), beskriver omsorg som måten vi forholder oss på til hverandre, og hvordan vi viser omtanke til andre mennesker. Videre sier hun at i relasjon med mennesker er omsorg vesentlig, og at vi anerkjenner den andre når vi prøver forstå han eller henne. Hun har tatt utgangspunkt i den tyske filosofen Martin Heidegger tenkning, som har omsorg som et sentralt begrep, og snakker også om en gjensidighet i omsorgsbegrepet. I følge Martinsen (2005), knytter vi ved omsorg bånd med hverandre, og hun mener også at tillitt er viktig. Hun snakker om tillitt som elementært i samtalene og holdningene vi har, og at vi utleverer oss selv og gir noe av oss til den andre. Vatne (2006:207), sier at i omsorgens kjerne ligger hjelper – pasient-relasjonen, og det kommuniseres med; «medmenneskelighet, respekt for menneskets egen verdi og et ønske om å hjelpe og forstå. Da terapi ikke kan finne sted uten respekt og tillitt, er omsorg et grunnlag for en terapeutisk funksjon». Hun sier også at om det gis omsorg ut ifra det omsorgsgiveren tror er hva mottakeren ønsker uten å ha utforsket dette, har vi en ensidig relasjon. Det blir omsorgsgiverens definisjon av både problemet og hjelpsomme handlinger (Ibid. 2006).

### **3.3.4 Medvirkning**

Har mennesker med demens mulighet for autonomi? Forskning viser gode grunner til å arbeide for medvirkning (Johnsen og Smebye 2008). «Pasientens kompetanse til å medvirke kan innebære evnen til å forstå informasjon, til å vurdere ulike alternativer med ulike konsekvenser og til å gjennomføre det som er bestemt» (McCormack 2001, i Johnsen og Smebye 2008:225). Det er diskutert om kompetansen er en stabil egenskap eller varierer med ulike situasjoner. Det er for eksempel store forskjeller mellom medvirkning

til salg av hus eller medvirkning til valg i dagliglivet (Slettebø 2004, i Johnsen og Smebye 2008).

### **3.3.5 God omsorg**

Mykja (2013), peker på at om man gir den demensrammede oppmerksomhet og nærvær, kan vi bremse funksjonsfallet mer enn vi tidligere har trodd var mulig. God omsorg og ivaretagelse kan ikke forhindre atferds avvik og psykiatriske symptomer. Tilpasset omsorg og yrkeskompetanse bør likevel være et krav for å minimalisere dette, spesielt med demenssykdommer med særlige behov, som for eksempel frontotemporal demens (Gjerstad 2013). Mykja (2013), sier også at forebyggende tiltak aldri er viktigere enn når en har blitt syk. Videre sier han at vi før hadde større tro på at det kun var medisiner som hjalp, i dag vet vi bedre.

### **3.3.6 Nøkkelementer i personsentrert omsorg**

Personsentrert omsorg kan deles i fire nøkkelementer; Det «å være i en relasjon, i en sosial sammenheng, i en kontekst og i seg selv» (McCormack og McCance 2010, i Rokstad 2014:25). Røkenes og Hanssen (2012), peker på to aspekter ved viktigheten av en god relasjon mellom bruker og omsorgsgiver. Det ene er at vi alle er sårbare. Selvfølelsen til bruker kan bli krenket i møte med en omsorgsgiver i tilfeller der bruker føler seg liten, dum og avvist. Det andre er at brukere selv fremhever relasjonen som det sentrale i forhold til omsorgsgivere. Væremåte, empati og anerkjennelse er viktig for at brukere skal oppleve møter med omsorgsgivere som gode (Ibid. 2012). Det fysiske og sosiale miljøet er også vesentlig for personsentrert omsorg. Og for at personen skal få være i seg selv må omsorgsgiver kjenne hans livsverdier og normer for at personen skal finne mening og mestring over egen situasjon (Rokstad 2014).

### **3.3.7 Individualitet i personsentrert omsorg**

Lillesveen (2015), peker på individualitet i personsentrert omsorg og nevner Gullmanns ord om at ingen livsfaser er så forskjellige som alderdommen. Dette handler om at alle har sin personlige væremåte eller stil, med sine erfaringer og vil kreve individuell behandling (Lillesveen, 2015). Begrepet personsentrert omsorg viser til vektlegging av individuell omsorg. Fokus på individuell omsorg retter seg mot hva pasienten har behov for. Han kan for eksempel ifølge individuell plan ha behov for hjelp til toalettbesøk. Men en kopp kaffe, kan han ikke lage seg, siden risikoen kan menes å være for stor. Personen blir her

identifisert som en pasient med inkontinensproblemer, og en aktivitet han har holdt på med hele livet, som å lage seg kaffe, blir ikke tatt hensyn til. Et fokus bare på individualisert omsorg kan føre til at personen med demens blir skjult bak sykdomsmerkelappen. Det er ikke mulig å gi personsentrert omsorg uten individuell tilnærming, men det er mulig å yte individuell tilnærming som ikke er personsentrert (Brooker 2013).

### **3.3.8 Metoder/tilnæringsmåter innen personsentrert omsorg**

Kitwood utviklet en utvidet modell for å forstå demens som en kombinasjon mellom svikt i hjernen, helse, livshistorie, personlighet og endring i sosiale relasjoner, og at alle disse påvirker hvordan den demente mestrer og lever med situasjonen;  $HS + H + L + P + S =$  Demens. (Kitwood 1999, i Rokstad 2014). Hazel May og Paul Edwards brukte ligningen  $Demens = NS + H + B + P + SP$  som et rammeverk i omsorgsplanlegging. NS = Nevrologisk svikt, H = Helse og fysisk tilstand, B = Bakgrunn – livshistorie, P = Personlighet og SP = Sosialpsykologi. (May og Edwards 2009 i Brooker 2013). Å finne en tilpasset måte å kompensere for sviktsymptomer mens en understøtter ressurser og intakte ferdigheter vil være et mål for omsorgsgivere (Rokstad 2014).

DCM – Dementia Care Mapping skriver Kitwood (1999), er en modell for å evaluere kvaliteten på omsorgen. Rokstad (2014:33), sier at det er en metode bestående av; «systematiske observasjoner av pasientenes velvære og atferd etterfulgt av tilbakemelding og refleksjon i personalgruppen». Hun sier også at denne modellen brukes for å kartlegge brukerens humør eller atferd/aktivitet, samtidig som omsorgspraksis observeres og beskrives, enten positive eller negative. «Systematisk og gjentatt bruk av DCM-observasjoner er ment å skulle gå inn i en utviklingsprosess med målsetning om en varig implementering av personsentrert omsorgspraksis» (Ibid. 2014:88).

«Kitwoods etterfølger i Bradford Dementia Group, Dawn Brooker (2013), introduserte VIPS-rammeverket for personsentrert omsorg og satte opp formelen på personsentrert omsorg som:  $Personsentrert\ omsorg = V + I + P + S$ » (Rokstad 2014:29). **V** betyr verdsetting av mennesker, **I** står for individuell tilnærming, **P** viser til brukerens perspektiv og **S** for et støttende sosialt miljø dekkende personens psykologiske behov. Verktøyets formål er å hjelpe omsorgsgivere til å vurdere hvor de gjør en god jobb, og hvor det er rom for forbedring. Det skal også kunne brukes på minst tre ulike måter/elementer som; å skape mer oppmerksomhet rundt personsentrert omsorg, dokumentere praksis, og forbedring av nøkkelementer igjennom tiltaksplanlegging. Hele omsorgsorganisasjonen må forplikte



seg til å arbeide på denne måten om personsentrert omsorg skal opprettholdes, og det kreves tydelig lederskap for at alle elementene skal fungere i praksis (Rokstad 2014). Å gi god personsentrert omsorg er ingen lett oppgave, spesielt ikke i et samfunn hvor dette ikke verdsettes. Det kan bli lettere ved at vi tydeliggjør hva vi gjør for at omsorgen skal være personsentrert. Formålet med VIPS-rammeverket er å hjelpe omsorgsgivere til å vurdere på hvilke områder de gjør det bra, og hvor det er rom for forbedring. Hver av de presenterte indikatorene (nøkkelementene) skal gi rom for refleksjon over egen praksis. Informasjonen kan brukes til å utarbeide tiltak for å heve kvaliteten (Brooker 2013).

Det første elementet i VIPS-rammeverket handler om å verdsette mennesker.

Nøkkelementer her er visjon, personalledelse, ledelsens forpliktelse og motto, opplæring og kompetanseheving hos personalet, omsorgsmiljø og kvalitetssikring. Verdsetting av mennesker begynner øverst i organisasjonen og visjonen eller formålserklæring kan vise til hvorvidt det arbeides for personsentrert omsorg. Ved personalledelse stilles det spørsmål om det finnes systemer som sikrer at personalet føler seg verdsatt av lederen. En følelse av å bli verdsatt hos de ansatte, kan føre til verdsettelse av de de arbeider med. I forhold til ledelsens forpliktelse og motto spørres det om ledelsens praksis bidrar til å dyktiggjøre ansatte som gir direkte omsorg. Føler de ansatte at deres ideer blir tatt godt imot, kan dette motivere de for å ta imot ideer fra brukere. Det å gi personsentrert omsorg over tid er ikke en enkel og overfladisk prosess, og det bør være en anerkjennelse i organisasjonen at opplæring og kompetanseheving hos personalet er nødvendig for å yte demensomsorg. Omsorgsmiljøet viser om det eksisterer et fysisk og sosialt miljø som er støttende og inkluderende for mennesker med kognitiv svikt. Dette viser hva organisasjonen aktivt gjør for å støtte personene. Kvalitetssikring kan vise til etablerte mekanismer som sikrer kvalitetsforbedring i forhold til kjennskap og ivaretagelse av brukerens behov og interesser. DCM kan her brukes som metode for å observere praksis (Ibid. 2013).

Det andre elementet er Individuell omsorg. Nøkkellindikatorer er Plan for hver person, Regelmessig evaluering, Personlige eiendeler, Individuelle preferanser, Livshistorie og Aktivitet og beskjeftigelse. Plan for hver person vil kreve at ressurser og sårbare sider identifiseres. Ett grunnlag for å øke trivsel ved tilpassede aktiviteter, eller å dempe humør- eller atferdsforstyrrelser er individuell vurdering og analyse. Regelmessig evaluering er viktig for å evaluere individuelle omsorgsplaner. Personlige eiendeler vil være en trygghet for mennesker med demens, ved at de kan bruke klær eller gjenstander til å kjenne seg igjen eller forbinde seg med noe fra tidligere i livet, ettersom mange kan huske fortiden.

Individuelle preferanser handler om at det vil være viktig å kjenne til preferanser og rutiner som demente har hatt i alle år. Tilgang på kjent mat, drikke, rutiner og musikk kan skape ro, trygghet og tillitt. Det kan også føre til at personen i mindre grad blir engstelig og ønsker seg «hjem». Livshistorien til den enkelte er det viktig å ha kjennskap til, og dette kan brukes for å styrke selvbildet og opprettholde identitet. Å vite bakgrunnen til en person blir avgjørende for å gi personsentrert omsorg. Aktivitet og beskjeftigelse som tar hensyn til beboernes behov og evner er viktig for en meningsfull hverdag (Ibid. 2013).

Det tredje elementet er Personens perspektiv. Nøkkellindikatorer er Kommunikasjon med brukeren, Empati og risikovurdering, Fysisk miljø, Fysisk helse, Utfordrende atferd som kommunikasjon og Talsperson. Det vil ikke være helt mulig å vite hvordan det er å være en annen person, men vi har fremgangsmåter for å se en sak fra en annens ståsted.

Kommunikasjon med brukerne er viktig for å vite hva personen ønsker. Bevissthet og strategier for å overvinne hindre som nedsatt evne til kommunikasjon på grunn av kognitiv svikt kan føre til lettere samspill. Språkevnen kan være svekket, men personen kan likevel merke den ikke-verbale atferden til omsorgsgiveren, og kan forstå at han eller hun bryr seg om hva personen tenker og føler. I forhold til empati og risikovurdering vil det være situasjoner der beslutninger må tas for personen med demens om han ikke er i stand til dette selv. Det vil da være viktig å kunne se på saken fra personens synsvinkel. Det fysiske miljø bør tilrettelegges slik at mennesker med demens lettere kan føle seg trygg. Fysisk helse må tas alvorlig, da dårlig fysisk helse har kraftig innvirkning på uførheten demenssykdommen gir. Utfordrende atferd kan være et tegn på smerte eller behov for høreapparat. Neste nøkkellindikator utfordrende atferd som kommunikasjon, sier oss at det er viktig å forstå dette fra perspektivet til personen med demens. Roping, selvskading, fluktatferd, seksuelt uakseptabel atferd og paranoid atferd er noen urovekkende typer atferd både for personen selv og de rundt. En personsentrert tilnærming blir å finne de bakenforliggende årsakene og hjelpe til for opplevelse av velvære og trivsel. Den siste indikatoren talsperson, viser til at det kan være nyttig at personen med demens har en verge, sosialarbeider, eller annen talsperson som kan tale hans sak om han ikke er i stand til å gjøre dette selv (Ibid. 2013).

Det fjerde og siste elementet i personsentrert omsorg er Sosialt miljø. Nøkkellindikatorer her er Inkludering, Respekt, Varme, Validering, Muliggjøring og Del av nærmiljøet. Nøkkelen til å beholde personverdet er et støttende og givende sosialt miljø. Observasjoner gjort med DCM viser at ignorering er en form for degradering av personverdet.

Omsorgsgiverne kan snakke over hodet på beboerne. Respekt er viktig for at personer med demens skal føle seg verdsatt og som en verdifull samfunnsborger. Varme, aksept og ubetinget positiv holdning hjelper mennesker til å føle seg mer trygge og tilfredse. Validering viser til å anerkjenne og støtte opp virkeligheten til en annen person ut ifra følelser og tilstand. Ved muliggjøring er vi oppmerksom på personens engasjement og gir støtte for deltakelse i kjente situasjoner. Istedenfor å mate, kle og vaske den som er dement, noe som vil være umyndiggjørende, kan en gi støtte for at personen skal greie mest mulig av egenomsorg. Del av nærmiljøet kan bidra til å bevare identitet og interesse for livet, dersom det bidrar til at personen har mulighet for å benytte seg av tilbud utenfor omsorgsinstitusjonen eller får regelmessig besøk utenifra (Ibid. 2013).

En studie fra norske sykehjem (Rokstad, Røsvik et. al., 2013, i Rokstad 2014), brukte DCM i en intervensjonsgruppe mens en annen intervensjonsgruppe fikk opplæring i VIPS. Utfordrende pasientsituasjoner ble diskutert og felles tiltak ble satt opp for å møte utfordringer. Dette ble så sammenlignet. De to intervensjonsgruppene innehadde 296 pasienter, så ble de sammenlignet med en kontrollgruppe på 150 pasienter etter ti måneder. Resultatene viste redusert uro, reduksjon i psykotiske symptomer og andre atferds-symptomer i begge gruppene sammenlignet med kontrollgruppen. Det vistest også at de som brukte VIPS praksismodellen viste reduksjon i depressive symptomer, og at DCM-gruppen viste tegn til bedre livskvalitet (Rokstad 2014).

Marte Meo-metoden ble utviklet av Maria Aarts som studerte kommunikasjonen mellom foreldre og barn (Aarts 2000, i Rokstad 2014). Terapeuter må sertifiseres til Marte-Meo-terapeuter for å gjennomføre veiledning. I Demensomsorgen kan metoden brukes til veiledning av personalgrupper eller for oppfølging av brukere med utfordringer (Rokstad 2014). Det blir generelt gjort opptak på 2-10 minutter fra dagligdagse aktiviteter som for eksempel måltid, og siden analyseres utfordrende atferd i samspill, brukerens funksjonsnivå og effekten av miljøarbeidet (Munch 2008). Hensikten med videopptakene er å analysere om kommunikasjonen er støttende og hensiktsmessig. Omsorgsgivere får økt bevissthet over egen kommunikasjon med brukere igjennom metoden. Formålet med veiledningen av omsorgspersonene er for å øke positiv interaksjon (Hyldmo m.fl. 2004).

Selv om vi har effektive program så er vi ikke garantert gode resultater. Det er avhengig av hvordan dette implementeres slik det var ment ut fra teori og handlingsmetoder utført av dyktige trenere (Gundersen og moynahan 2006).

### 3.3.9 Studier

Det ble i en kvalitativ studie samlet informasjon om hvordan omsorgsgivere anvendte personsentret omsorg i praksis. Fire hovedområder ble undersøkt: Fremme beslutningstaking, fremme et meningsfullt liv, fremme livsglede, og fremme personverd. Pasientene fikk ta valg og avgjørelser om stell, påkledning og ønsker ble tatt på alvor. Livsstil, døgnrytme, selvvalg på mat og drikke ble respektert. De ble involvert i daglige oppgaver og aktiviteter og deres interesser ble ivaretatt. I studien kom det også frem at personalet fant det meningsfullt for både de og pasientene å jobbe med en personsentrert holdning (Edvardsson et. al. 2013, i Rokstad 2014).

I en studie gjort av Terada m.fl. (2013), ble det sett på personsentrert omsorg og livskvalitet til mennesker med demens på sykehjem og sykehus. 216 mennesker med demens ble stilt lettfattede spørsmål av kjente omsorgsgivere. Det kom frem at omsorgsscoren var høyere på sykehjem enn sykehus, og de trekker frem daglige rutiner som noen mulige årsaker på dette. Omsorgsgivere ble også spurt om å rangere viktigheten av personsentrert omsorg, 142 svar ble registrert. Livskvalitet er i dag et etablert mål for mennesker med demens. Lite fokus på personsentrert omsorg kan vise seg å gi dårligere oppnåelse av livskvalitet, og studien konkluderer med at vi bør ha et større fokus på livskvalitet for mennesker med demens (Ibid. 2013).

Li og Porock (2014), sier at personsentrert omsorg er svært gjeldende i langtidsbehandling. Det er referert til som et kjernekonsept som skal vise til en mer humanistisk tankegang innenfor omsorg. De gjorde en rekke undersøkelser over studier, og fant 24 studier fra tre land som de sammenlignet i form av personsentrerte intervensjoner, målinger og beboernes fremgang. 15 av studiene var gjort over beboere uten særlig kognitiv svikt, 9 var over personer med demens. Det de fant var reduksjon i utfordrende atferd og psykotrope legemidler ved bruk av personsentrert tilnærming hos personene med demens. Likevel sier de at funnene deres viste at det var vanskelig å gjennomføre undersøkelser av personsentrert omsorg i langtidsbehandling. Kunnskap om personsentrert omsorg førte ikke alltid til god nok utførelse i praksis. De viste også til at det vil være viktig at personsentrert omsorg starter på organisatorisk og leder nivå, for å implementere det til beboerne. Til slutt sier de det vil være nødvendig med fremtidige objektive og subjektive studier som måler effekten av personsentret omsorg gjeldende beboernes søvn, stress og velvære.

Rokstad, Vatne, Engedal og Selbæk (2013), gjorde en studie der formålet var å undersøke viktigheten av lederskap i gjennomføring av personsentrert omsorg i sykehjem ved bruk av Dementia Care Mapping (DCM). De brukte DCM metoden i tre sykehjem som de kategoriserte som; Høyst profesjonelt, Markedsorientert, og Tradisjonelt. De ulike lederrollene som kom frem i studien viste seg å ha innvirkning på hvorvidt DCM førte til suksessfull implementering av personsentrert omsorg. I forhold til viktigheten av support fra ledere kom disse uttalelsene frem; Sykehjemmet kategorisert som høyst profesjonelt hadde en leder som var tilstede på avdelingen og som fungerte som en modell for de ansatte i omsorgspraksisen. De uttrykte de ble motivert av lederen. I det markedsorienterte sykehjemmet var lederne lite tilstede og ledet igjennom andre. De forsøkte motivere de ansatte men ble møtt av usikkerhet. De ansatte spurte etter kontinuerlig veiledning. I det tradisjonelle sykehjemmet ga lederen støtte ved spesielle behov på avdelingen. Lederen oppmuntret også de ansatte til å bruke deres ferdigheter og fortalte de hvilken god jobb de gjorde. De ansatte følte seg strukket til å gi god omsorg. De likte også godt deres leder men følte seg glemt på daglig basis. I forhold til erfaringer med bruk av DCM i personsentrert omsorg hadde ledere og ansatte følgende uttalelser; Ledere og ansatte på det høyst profesjonelle sykehjemmet hadde slått seg sammen for utviklingen i omsorgspraksisen igjennom DCM prosessen. Prosessen viste seg å inspirere både ledere og ansatte og fikk de ansatte til å fokusere på beboerne og hva de kunne gjøre i arbeidsgruppen for å få til individbasert omsorg. I det markedsorienterte sykehjemmet fant ledere og ansatte den første tilbakemeldingen på DCM observasjonene for interessante, men etter hvert sank interessen. Ansatte sa tilbakemeldingene fikk de til å reflektere over hvordan de skulle møte beboerne men de følte det manglet konkret handling etter diskusjonene de hadde. Det tradisjonelle sykehjemmet viste seg å øke ansattes bevissthet over egen praksis, og de fikk større fokus på etiske spørsmål. De ansatte sa også at de likte den konstruktive tilbakemeldingen de fikk, siden det ga de mulighet for forandring. Å bli observert av DCM observatørene og få tilbakemelding var nyttig.

De fleste vil i slutfasen av en demenssykdom være på institusjon. Det kan være vanskelig å vite hvordan de har det og at det kan bli vanskelig å skille atferd relatert til demens, eller smerte eller angst. Grundig kunnskap og etisk refleksjon vil være grunnleggende for at mennesker med demens skal beholde sin verdighet. Det vil ikke alltid være riktig å føre over pasienter til sykehus ved komplikasjoner, og at videre behandling bør drøftes nøye med pårørende og avgjøres av behandlingsansvarlig lege, da det ikke er sikkert at videre

behandling vil lindre smertene personen har (Ulstein 2012).

## **4.0 Drøfting**

### **4.1 Innledning**

Det sies det i dag er 70000 mennesker med demens i Norge. Antallet regnes å øke, noe som gjør demens til en mye omtalt «folkesykdom» og en stor utfordring for fremtiden (Nasjonalforeningen 2015). Dagens fokus og forskning på demens kan gjøre at vi blir mer rustet til å møte disse utfordringene. Demensplan 2015 har bidratt til flere dagtilbud til mennesker med demens. Flere frivillige gir av sin fritid for å bidra til aktivitet for og sammen med disse menneskene, og det arbeides etter hvordan det kan tilrettelegges for at den enkelte skal oppleve best mulig livskvalitet. Det vises til at personsentrert omsorg kan ha mye å si i forhold til menneskers opplevelse av livskvalitet. Likevel kan vi ha lang vei å gå for implementering og opprettholdelse av personsentrert omsorg. Har vi en stor jobb å gjøre i Demensplan 2020?

### **4.2 Hvordan forstå begrepet personsentrert omsorg**

Søren Kierkegaard sa i *En ligefræm medelelse* at en må finne ut hvor personen er og starte der (Røkenes og Hanssen 2012). Det tenkes dette er selve grunnlaget som ligger i begrepet personsentrert omsorg. Personsentrert omsorg for mennesker med demens kan handle om måter vi som omsorgsgivere forholder oss til de vi gir omsorg til. Brooker (2013), viser til at det handler om verdsetting, individualitet, personens perspektiv og hans sosiale miljø. Omsorg handler ifølge Martinsen om medmenneskelighet, anerkjennelse, respekt og tillitt. Videre ser vi at en subjektiv holdning overfor den demente kan føre til økt selvfølelse. Gode relasjoner og personverd er også begrep som går igjen i hva som ligger i personsentrert omsorg. Ved å ha en personsentrert tilnærming tenkes det vi får mulighet til å få innblikk i hvordan det er å ha demens. Slik kan vi kanskje finne ut av hva den enkelte har behov for, ved at vi også kjenner vedkommende og vet bakgrunnshistorien. Det trekker oss tilbake til Kierkegaards ord om å finne hvor personen er og hjelpe derifra.

Ved å definere hva en person er kan vi gå bak merkelappen til demenssykdommen og se helheten i hva og hvem denne personen er og har vært. Kitwood (1999) sier at det å være en person er noe som kan tildeles av andre. Jeg kan kanskje forme hvem personen jeg har

foran meg er, sett med mine øyne, i min virkelighet. Møter jeg personen med en negativ holdning, kanskje fordi jeg oppfatter at denne er lat, at han har en tendens til å lyve, eller andre negativt ladede ord, kan dette påvirke vår relasjon. Møtes han derimot med en nøytral holdning, eller en positiv holdning, kan relasjonen og samspillet bli annerledes.

Personsentrert omsorg er ifølge Brooker (2013) en måte å arbeide på, og nevner Kitwoods vektlegging av perspektivet til den demente. Selv forstås det også som en væremåte jeg som omsorgsgiver har overfor de jeg arbeider med. Og ved å se noe igjennom øynene til den demente kan en kanskje oppnå en felles forståelse og samtidig gi respekt og integritet. Selv om vi skal møte demente som personer med demens og ikke sette demensen først, vil det også være viktig å ha kunnskap om ulike tilnæringsmetoder og hvordan en kan kommunisere med mennesker med kognitiv svikt. Et bevisst kroppsspråk og en anerkjennende rolle vil hjelpe.

#### **4.2.1 Validering**

I noen tilfeller kan mennesker med demens oppleve hallusinasjoner og virkelighetsforstyrrelser. Det blir viktig for omsorgsgiver å forstå at det er demensen som ligger til grunn. Ikke alle vil i en slik fase ha godt av å bli realitetsorientert heller. I noen tilfeller kan det være nyttig å være med på det den demente gjør. Undertegnede har selv opplevd å møte en person som ble stående vel lenge å hamre på et bord.

Bakgrunnshistorien til denne mannen var at han hadde vært snekker. Det forekom ofte at han ble stående slik på ulike steder. Også i nattskjorte ute på avdelingen. Det ble forsøkt å spille med og han fikk hjelp til å banke ferdig. Da uten hammer, spiker eller noe som skulle snekres sammen. I hans verden var det nettopp dette som lå foran han. Etter å ha fått hjelp ble han ferdig og kunne gå inn på rommet sitt og ta på klær. Dette vil ifølge Brooker (2013), ligge under det fjerde elementet i personsentrert omsorg; sosialt miljø og validering. Mannen fikk støtte for den virkeligheten han oppfattet ut i fra hans følelser og tilstand. Han var opptatt av å gjøre ferdig det han holdt på med, så et forsøk på å iredesette han kunne ført til at han ble krenket og dermed mer urolig. Kanskje det kunne finnes enkle aktiviteter mannen kunne holde med på, for å være mer i aktivitet? Det er uvisst om han på det tidspunktet hadde forstått sammenhengen mellom å få en hammer og spiker i hendene og noe å banke på. En tur eller en prat om hvordan livet som snekker kunne vært nyttig.

### **4.2.2 Individualitet**

Det vil være viktig å møte personer som de menneskene de er. De har som regel levd et langt liv og har mange livserfaringer. De har hatt en barndom, gått på ulike skoler, hatt ulike oppdragelser, interesser, ulike gleder og sorger. De kommer fra små eller store familier, noen har vært eller er gift med en stor kjærlighet, andre har mistet sin store kjærlighet. Noen har kanskje vært ute og reist mye, eller bare sett fjordene og fjellene i nærmiljøet. De har tenkt ulike tanker, hatt ulik humor, likt ulike typer mat, og kanskje har de minner om hvor mye bedre alt var før i tiden. Noen husker kanskje krigen, andre vil huske små glimt fra hvordan de arbeidet ute i åkeren som barn. Alle har de ulike historier som har ført de til å være den personen de er i dag. Likevel har alle behov for å bli møtt med den samme respekt. Personsentrert omsorg handler altså om individualitet. I begrepet tenkes det også at det kan ligge brukermedvirkning. Ved at personen kommer i sentrum vil det kanskje bli personens ønsker og meninger som vil ligge til grunn for omsorgen. Personen kan få mulighet til medvirkning i sitt eget liv. Medvirkning som han eller hun av svekket helse ikke har hatt evne eller mulighet til å ta. Omsorgsgiver kan bistå personen med dette.

### **4.2.3 Kommunikasjon**

I forhold til personsentret omsorg og kommunikasjon med mennesker med demens kommer ifølge Rokstad (2014) personen i første rekke og demensen i andre. Noen demensrammede vil ha språkproblemer og redusert evne til å formidle og motta budskap. Da blir det viktig for helsearbeideren å kommunisere på det nivået som brukeren er på. Det å være tydelig, rolig og tålmodig i samspill med mennesker med demens har undertegnede selv sett effekt av i praksis. Her kan for eksempel Marte Meo være en egnet metode for å få et blikk på hvordan kommunikasjonen med personen med demens er. Alle har noe å formidle og det kan føles som et vanskelig puslespill som skal legges for å forstå helheten i budskapet. Tar man seg tid, kjenner personen en kommuniserer med, og har en anerkjennende rolle, kan det bli lettere.

### **4.2.4 Diagnose**

Det å kunne møte et menneske uten merkelapp kan kanskje gi et annet utfall enn om diagnosen kommer i første rekke? Selv om noen har en demensdiagnose er det ikke gitt hvordan personen er eller hvordan han ønsker at livet sitt skal være. Dermed kan det bli viktig å se personen før demensdiagnosen. Det vil på den andre siden også viktig å vite noe



om demensen i forhold til at vi kan si noe om hvordan relatere seg til mennesker med kognitiv svikt, i kriser eller redusert fremkommelighet. Ikke alle demente har mulighet for å gi uttrykk for ønsker. Viktigheten av en god relasjon mellom personen med demens og omsorgsgiver blir her gjeldende.

Når kun 50% av de 80% som sies å ha demens faktisk er diagnostisert (Lillesveen 2015), hvilke konsekvenser kan dette ha for den enkelte? Det kan være at personer kan ha blitt feildiagnostisert, og da uten utredning, for noe som kan skyldes en depresjon. I noen tilfeller kan kanskje en depresjon føre til kognitiv svikt. Behandles depresjonen kan personen få det bedre kognitivt og dermed bli friskere, eller i alle fall få tilpasset hjelp. Det viser seg også at det å få en diagnose kan være et vendepunkt hvor noen kan få mer kontroll over sitt eget liv og sin egen situasjon (Wong-Henriksen i Rokstad 2014). Kan en diagnose gi muligheter for medvirkning til en person som kan ha følt seg usikker for forvirret i forhold til hva som var galt? En diagnose kan også føre til rett hjelp og tilrettelegging, og Rokstad (2014), sier personsentrert omsorg kan føre til mindre grad av agitasjon og ubehag. Dette kan vise til viktigheten av diagnostisering kontra fokus på personsentrert omsorg for mennesker med demens. Om vi trekker dette inn mot personsentrert omsorg skal hjelpen som nevnt være individuelt rettet. Vi setter personen i sentrum og omsorgsgiver skal kunne handle ut ifra brukerens ønsker. Dermed kan personen selv få medvirkning i sitt eget liv. I VIPS-rammeverket skal ifølge Brooker (2013), også omsorgsmiljøet være støttende og inkluderende for mennesker med demens. Vet vi ikke eksakt hva diagnosen er, kan det hende vi bruker andre tilnæringsmetoder. For eksempel om vi tror en demens er en depresjon, kan dette føre til behandling for depresjon med medisiner og andre tiltak rettet inn mot depresjon. Men vi skal vel ikke tro, vi skal vel vite?

#### **4.2.5 Subjekt-holdning**

Personsentrert omsorg kan kanskje også føre til at omsorgsgiveren har fokus på hva personen selv ønsker, ikke hva omsorgsgiveren *tror* han ønsker. Det er nevnt at vi i slike tilfeller får en ensidig relasjon, noe det tenkes er det motsatte av ideologien til personsentrert omsorg. En subjekt - objekt relasjon kan ifølge Vatne (2006), føre til at omsorgsgiveren ser brukeren mer som et objekt enn en person. I slike tilfeller kan det kanskje forekomme episoder med overstyring som kunne vært unngått om omsorgsgiver hadde en subjekt – subjekt holdning i relasjonen til bruker. Det å kunne definere at det i de

fleste tilfeller vil være brukeren som har makten over sitt eget liv, kan kanskje balansere tankegangen om personsentrert omsorg til å gjelde ut ifra hva brukeren mener er det beste.

### **4.3 Hvordan implementere det i praksis**

Personsentrert omsorg anses som viktig i arbeid med mennesker med demens. Studier har vist at implementering kan redusere uro og øke livskvalitet. Og hvor viktig er ikke det i en livssituasjon som kan føre med seg angst, usikkerhet og fortvilelse? Det at hver og en blir tatt hånd om for den personen de er kan trygge og gi en bedre hverdag for mennesker med demens. En ideologi hvor mennesker blir møtt med verdighet kan gi glede og selvfølelse i livets siste fase. Det finnes flere ulike metoder for å implementere personsentrert omsorg i praksis. VIPS, DCM-metoden og Marte-Meo.

#### **4.3.1 VIPS**

Vi har sett at med VIPS-rammeverket skal omsorgsgivere få hjelp til å vurdere om de gjør en god jobb og hvordan praksis kan forbedres (Brooker 2013). Studiene viser ifølge Rokstad (2014), til at bruk av metodene kan redusere angst og uro, og føre til økt livskvalitet. Likevel virker dette som et omfattende arbeid som krever at hele avdelingen er med. Hva om det som eventuelt kommer frem ikke blir fulgt opp? Hvis det viste seg å være mye gjennomtrekk i en arbeidsgruppe, lite tverrfaglig arbeid og ellers lite fokus på samarbeid, kunne det tenkes være en årsak til hvordan en ikke fikk til personsentrert omsorg? Metodene kan i alle fall regnes som gode verktøy for å implementere personsentrert omsorg i arbeid med mennesker med demens. Det tenkes at VIPS metoden kan åpne for refleksjoner som kan være nyttig for å implementere personsentrert omsorg. Diskusjoner om hva som er best praksis, etiske spørsmål, og refleksjoner rundt hendelser kan kanskje gi økt bevissthet om å jobbe personsentrert. VIPS åpner også for spørsmål om de ansatte føler seg verdsatt, en kan få kompetanseheving, og en kan se hva som faktisk gjøres for å opprettholde personsentrert omsorg. Faste refleksjonsmøter tenkes det kan være nyttig som et verktøy for å opprettholde personsentrert omsorg for mennesker med demens.

#### **4.3.2 DCM**

DCM er også en metode som åpner for refleksjoner i arbeidsgrupper. Den skal ifølge Rokstad (2014), brukes til observasjoner av brukere, og både brukerens egen hverdag og hvordan omsorgspraksis er skal beskrives. Denne metoden viste seg i studiene å gi økt

livskvalitet (Ibid.2014). Det virker som om dette er en god metode for å implementere personsentrert omsorg i praksis. Hvordan langtidseffekten og oppfølgingen er kommer ikke frem her. Observasjoner kan brukes for å gi økt bevissthet rundt praksis og kanskje åpne for nye arbeidsmetoder. Det kan for eksempel vise seg ved måltider, hvordan personen med demens kan oppleve situasjonen og hvorvidt praksis er personsentrert.

### **4.3.3 Marte-Meo**

Marte-Meo brukes ifølge Rokstad (2014), til veiledning av omsorgsgivere. Denne metoden kan brukes til å ta videoopptak av en bestemt hendelse som for eksempel fører til utagering hos personer med demens. I forhold til implementering av personsentrert omsorg tenkes det denne metoden kan vise omsorgsgivere hvordan en kan arbeide personrettet for at brukeren skal bli møtt på den måten han har behov for. Det kan ses på hvordan samspillet kan forbedres for eksempel ved medisintaking. Personalet og personen som skal ha medisiner filmes. I noen tilfeller kan det tenkes at det i en slik situasjon ikke vil være lett for personen å ta den medisinen han eller hun blir tilbudt. Det kan være at personen blir utrygg på omsorgsgiver, hva han eller hun egentlig får, eller at personen kan oppleve hele situasjonen forvirrende. Et videoopptak kan gi omsorgsgivere mulighet for å se på hendelsen flere ganger etterpå. Det kan også gi refleksjoner rundt hva som kunne vært mulige tilnæringsmåter for å trygge personen. God kjennskap til personen kan også gi pekepinner på hvordan denne skal bli møtt i en slik situasjon. Denne metoden krever ifølge Rokstad (2014), sertifiserte terapeuter. Det forutsettes da at dette er tilgjengelig for evt. sykehjemmet. Dette tenkes også vil gå på tidsbruk både i forhold til filming, men også i etterkant når filmene skal analyseres. Det må da finnes tid og rom for å ta dette i etterkant. Et etisk dilemma ved slike videoopptak er at det må godkjennes for å kunne settes i verk. Hvordan få en dement til å samtykke til noe han kanskje ikke forstår konsekvens av? Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), sier at personen selv skal samtykke til helsehjelp. Videre sier den at om personen mangler samtykkekompetanse vil det være pårørende som medvirker til samtykke sammen med personen. Bruk av Marte-Meo vil da kreve samtykke fra personen selv eller nærmeste pårørende.

### **4.3.4 Tilrettelegging**

Til tross for at det er mange mennesker med demens og at mange av de bor på sykehjem, kommer det frem at bare 25% av sykehjemmene er tilrettelagt for de som skal bo der. Dette viser et høyt antall beboere som kanskje ikke opplever at individualiteten blir

ivaretatt. Hvis det viser seg at miljøet rundt mennesker med demens ikke er tilrettelagt for de, hvordan skal vi da få til implementering av personsentrert omsorg? Det kan kanskje vise seg ute i feltet ved det fysiske eller sosiale miljø. Ved at beboere med like forutsetninger bor på samme avdeling, kan kanskje kompetansen i avdelingen spisses inn til hvordan en skal gå frem og hvilke miljøtiltak som kan være gjeldende for den enkelte? Det kan også bli lettere og tilrettelegge det fysiske miljøet med skilt for merking av dører med mer, hindre unødvendig støy som kan føre til uro, og innrede slik at det blir lettere å bevege seg i avdelingen eller ut på en veranda om dette er tilgjengelig.

#### **4.3.5 Lederskap**

Personsentrert omsorg er også ifølge Brooker (2013), en arbeidsmetode som krever lederskap. Har et godt lederskap mye å si for om personsentrert omsorg skal implementeres i arbeid med mennesker med demens? Ifølge studiene som ble brukt til denne oppgaven viste det seg at de sykehjemmene hvor lederne var til stede og ga de ansatte anerkjennelse, førte til at de ansatte fikk mer motivasjon for å arbeide målrettet med fokus på personsentrert omsorg. Det vistest også at verdsettelse av de ansatte kunne gi ringvirkninger til at de ansatte verdsatte brukerne. Likevel konkluderer de fleste studiene med at det trengs flere undersøkelser for å komme frem til om personsentrert omsorg blir brukt ute i praksis. Dette kan tyde på at de fleste mener det høres nyttig ut, og vil bruke det der og da, men at det skorter på den daglige bruken av denne typen omsorg? Og i så fall hvorfor er det slik? Er det mangel på ressurser? Eller er det slik at det kan være vanskelig å få med en hel avdeling på dette? Det kan se ut som at dagens fokus på personsentrert omsorg ikke fører helt frem i dagens lys. Det tenkes at et godt feste i ledelsen kan føre til kompetanseheving i personalgruppen. Lederne kan implementere eller videreføre kunnskap og holdninger til de øvrige ansatte, som igjen kan bruke sin kunnskap som omsorgsgivere. Slik kan vi oppnå kvalitet på omsorgen ved at det blir et system over omsorgen som gis. Systematisk bruk kan også sikre oppfølging av metodene. I forhold til hvordan vi skal få til en varig implementering blir det kanskje viktig å få innarbeidet gode rutiner for personsentrert omsorg for mennesker med demens. Ved å gjøre det til en vane, sette det på dagsorden eller ha det som en grunnstein og filosofi for omsorgen som gis, kan personsentrert omsorg lettere. Alle i arbeidsgruppen må også være med. Det vil også være viktig med flere studier for å undersøke hvorvidt personsentrert omsorg fungerer for mennesker med demens.

## 5.0 Avslutning

### **Eg er her**

Ingen når inn til deg lengre.

Orda dine er borte,

Mimikken er borte,

Berre augo er levande.

Dei seier:

*Hallo der, sjå meg!*

*Eg er her enno.*

(Hunderi og Hunderi 2009:44)

Diktet er hentet fra boken *Vegen inn i skoddeheimen*. Den er en fortelling i dikt og bilder der et ektepar forteller deres opplevelse av å bli rammet av demens. Bildene malt av Anne Ree Hunderi beskriver hennes indre verden igjennom utviklingen av Alzheimers sykdom. Ektemannen Ola Hunderi har komponert dikt til hvert bilde (Ibid. 2009). Skildringen er både vakker og trist der en kan se hvordan bildene etter hvert som tiden går blir mer abstrakte og mørke. De gir oss et innblikk i hvordan det opplevdes for Anne å ha Alzheimer. Diktene er også en skildring på hvor sårt det opplevdes å være en pårørende som sakte mistet sin kone uten at han kunne gjøre noe.

Arbeidet med denne oppgaven har gjort at jeg har lest en rekke fagbøker, skjønnlitterære bøker og sett filmer. Det viser seg at personsentrert omsorg er et omfattende begrep, som kan være vanskelig å implementere godt nok i dagens omsorgsgivning. I perioder har jeg lest om personsentrert omsorg og ikke helt fått taket på det siden det er så stort. Det er også mye som skulle vært tatt med, men som måtte kuttes ut grunnet oppgavens størrelse. Å gå dypere inn på demens har heller ikke vært oppløftende, da det dessverre er slik at det går en vei når sykdommen er konstatert. Personsentrert omsorg er likevel noe som kan gi håp og som kan øke livskvalitet for mennesker med demens.

I begrepet har vi blant annet sett individualitet, verdsettelse, respekt, medmenneskelighet og personens perspektiv. Dette har belyst hvordan vi som omsorgsgivere kan arbeide personsentrert. Vi har også vært inne på historien og sett hvordan omsorgstankegangen har forandret seg til hvordan det i dag er for mennesker med demens. I dag kan mennesker

med demens fortelle mer om sin egen hverdag, og kan i større grad gis kontroll over sitt eget liv. Dette mener jeg handler mye om verdighet for den enkelte. Det at de kan fortelle, kan gi oss omsorgsgivere mulighet til å se igjennom deres øyne. Slik kan vi kanskje vite hva den enkelte kan ha behov for i forhold til smertelindring, aktiviteter eller hvordan personen ønsker bli behandlet. Diktet til Hunderi (2009), forteller oss at selv om ordene og mimikken til den demente er borte, er fremdeles mennesket der. Han eller hun har om ikke mer enn noen gang behov for omsorg og bli møtt for personen den er.

Mye er allerede gjort i demensomsorgen, og det tenkes at Demensplan 2020 kan være en av pådriverne for å få til mer av dette. Vi har også fått utviklet gode metoder for å implementere personsentrert omsorg inn i arbeid med mennesker med demens. VIPS, DCM og Marte-Meo er noen verktøy det er mulig å bruke. Godt lederskap viser seg også være en nøkkel for å få til varig implementering. Når lederne er tilstede og anerkjenner sine ansatte, ser det ut til at dette gir ringvirkninger ved at de ansatte anerkjenner brukerne. Demens er en stor utfordring og for fremtiden trengs det kompetanse og nye innfallsvinkler til hvordan demensomsorgen skal bli best mulig. Tilrettelegging vil være viktig. Hvorfor aksepterer vi i dag at bare 25% av sykehjemsplassene er tilrettelagt for mennesker med demens?

I løpet av dette året og de neste tenkes det det vil komme flere studier som kan belyse temaet på en annen måte, ved at personsentrert omsorg for mennesker med demens blir mer en vane i den daglige omsorgen enn det den er i skrivende stund. Denne oppgaven vil da føye seg i rekken av mange andre som et bakgrunnsmateriale for å gi personsentrert omsorg.

## 6.0 Litteraturliste

- Aarsland, Dag (2002). *Demens med Lewy-legemer*. Tidsskrift for Den norske Legeforening 2002; 122:525 – 9. Nr. 5 – 20. februar 2002. <http://tidsskriftet.no/article/497681> (Lest 20.05.15).
- Aldring og helse, Nasjonal kompetansetjeneste (2015). *Pågående prosjekter: Videreføring av utviklingsprogram for miljøbehandling*.  
<http://www.aldringoghelse.no/?PageID=731&ItemID=3647> (Lest: 11.05.15)
- Brooker, Dawn (2013). *Personsentrert demensomsorg*.  
Sandefjord: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
- Dalland, Olav (2012). *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg.  
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Gjerstad, Leif, Tormod Fladby, Stein Andersson (2013). *Demenssykdommer*.  
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Gundersen, Knut, luke moynahan (2006). *Nettverk og sosial kompetanse*.  
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Heap, Ken (2012). *Samtalen i eldreomsorgen*. 4. utg.  
Oslo: Kommuneforlaget AS
- Helsedirektoratet (2015). *Personsentrert omsorg og miljøbehandling ved demens*.  
<https://helsedirektoratet.no/demens/personsentrert-omsorg-og-miljobehandling-ved-demens> (Lest 05.05.15)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Demensplan/omsorgsplan 2015*.  
[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan\\_2015/Demensplan2015.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/Demensplan2015.pdf) (Lest: 08.05.15).
- Hunderi, Inger Anne Ree, Ola Hunderi (2009). *Vegen inn i skoddeheimen – The Road into the Land of Mist*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse
- Hyldmo, Ingrid, Inger Hilde Nordhus, Reidun Hafstad (2004). *Marte Meo: En Veiledningsmetode anvendt i demensomsorgen*.  
[http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=390314&a=3](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=390314&a=3) (Lest: 24.05.15). Oslo: Tidsskrift for Norsk Psykologforening.
- Johnsen, Lasse, Kari Lislerud Smebye (2008). *Bruk av tvang i eldreomsorgen*. I: Rokstad, Anne Marie Mork, Kari Lislerud Smebye (red.) (2008). *Personer med demens. Møte og samhandling*. s. 207-231 Oslo: Akribe AS

- Kitwood, Tom (1999). *En revurdering af demens*.  
København: Munksgaard Danmark
- Li, Junxin, Davina Porock (2014). *Resident outcomes of person-centered care in long-term care: A narrative review of interventional research*. United States: University at Buffalo School of Nursing, UB Institute for Person-Centered Care.  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748914000790> (Lest: 08.05.15)
- Lillesveen, Birger (2015). *Tvang VS omsorg – hårfin balanse?*  
Foredrag for videreutdanning i aldring og eldreomsorg, Høgskolen i Molde, 13.05.15.
- Lorentzen, Per (2003). *Fra tilskuer til deltaker*.  
Oslo: Universitetsforlaget
- Lov om pasient og brukerrettigheter. (Pasient- og brukerrettighetsloven) (1999).  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3) (Lest: 08.05.15)
- Martinsen, Kari (2003). *Omsorg sykepleie og medisin*. 2. Utg.  
Oslo: Universitetsforlaget
- Martinsen, Kari (2005). *Samtalen, skjønnhet og evidensen*.  
Oslo: Akribe as
- Mykja, Audun (2013). *Men hjertet mitt har ikke demens*.  
Litauen: Cappelen Damm AS
- Nasjonalforeningen for folkehelsen (2015). *Demens, om demens*.  
[http://www.nasjonalforeningen.no/no/Demens/Om\\_demens/](http://www.nasjonalforeningen.no/no/Demens/Om_demens/) (Lest: 08.05.15)  
Oslo: Nasjonalforeningen for folkehelsen.
- Regjeringen (2014). *Omsorgsplan 2015 og 2020*.  
<https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/omsorgsplan-2015-og-2020/id737786/> (Lest: 15.05.15)
- Rokstad, Anne Marie Mork (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*.  
Oslo: Universitetsforlaget
- Rokstad, Anne Marie Mork, Kari Lislerud Smebye (red.) (2008). *Personer med demens. Møte og samhandling*. Oslo: Akribe AS
- Rokstad, Anne Marie Mork, Solfrid Vatne, Knut Engedal, Geir Selbæk (2013). *The role of leadership in the implementation of person-centered care using Dementia Care*



*Mapping: a study in three nursing homes.*

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.12072/full> (Lest: 05.05.15).

Røkenes, Odd Harald, Per-Halvard Hanssen (2012). *Bære eller breste*. 3. utg.

Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Terada, Seishi, Etsuko Oshima, Osamu Yokota, Chikako Ikeda, Shigeto Nagao, Naoya

Takeda, Ken Sasaki, Yosuke Uchitomi (2013). Person-centered care and quality of life of patients with dementia in long-term care facilities.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016517811200460X> (Lest: 05.05.15). Elsevier B.V.

Ulstein, Ingunn (2012). Demens. I: Bondevik, Margareth, Harald A. Nygaard (red.)

(2012). *Tverrfaglig geriatri*. 3. Utg. s. 295-304

Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Vatne, Solfrid (2006) *Korrigere og anerkjenne*.

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag