



Fordypningsoppgave

VAE727 Aldring og eldreomsorg

Personsentrert omsorg og livshistoriearbeid til personer med demens / Person centred care and life story work for people with dementia

Karoline Aase Myhre

Totalt antall sider inkludert forsiden: 50

Molde, 20.05.16



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 <u>betrakte som fusk</u> 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 plagiattrollert 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: Ragnhild Sættem

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: 20.05.2016

Antall ord: 9910

Forord

*Do not ask me to remember,
don't try to make me understand.
Let me rest and know you're with me,
kiss my cheek and hold my hand.*

*I'm confused beyond your concept,
i'm sad and sick and lost.
All i know is that i need you,
to be with me at all cost.*

*Do not lose your patience with me,
do not scold or curse or cry.
I can't help the way i'm acting,
i can't be different though i try.*

*Just remember that i need you,
that the best of me is gone.
Please don't fail to stand beside me,
love me `til my life is gone.*

- Owen Darnell

Sammendrag:

Bakgrunn: God demensomsorg innebærer å møte den enkelte hvor hun eller han er, og iverksette individuelle tilrettelagte tjenester basert på innsikt i den enkeltes livsfortelling. Mange personer som blir rammet av demens, opplever tap av identitet, og kan miste fotfeste i sin tilstedeværelse. Kjennskap til brukerens livshistorie er derfor avgjørende for å bekrefte deres identitet (Rokstad 2014). Personsentrert omsorg er en individuell tilnærming som anerkjenner menneskets absolutte verdi, sett ut ifra brukerens perspektiv, samt tilrettelegge for et støttende sosialt miljø som dekker personens psykologiske behov (Brooker 2013).

Hensikt: Oppgavens hensikt var å belyse bruk av livshistoriearbeid, og for å undersøke om det kan være med på å fremme personsentrert omsorg til personer med demens.

Metode: Oppgaven er et systematisk litteraturstudium basert på åtte forskningsartikler, syv kvalitative og én kvantitativ.

Resultat: Mine funn indikerer på at kjennskap og bruk av livshistoriearbeid fremmer personsentrert omsorg til personer med demens. Flere av forskningsartiklene trekker frem samhandling, kommunikasjon, kunnskap og erfaringer som viktige komponenter for å kunne implementere dette i praksis. Samtidig kunne man se utfordringer for å iverksette livshistoriearbeid og personsentrert omsorg på en god måte.

Konklusjon: Resultatene tyder på bruk av livshistoriearbeid til personer med demens er et viktig redskap som kan være med på å fremme personsentrert omsorg. Imidlertid så man utfordringer for å implementere tilnærmingene i praksis. Manglende kunnskap, holdninger og forforståelser blant personale, samt tid kan være faktorer som påvirker implementeringen.

Nøkkelord: bruker, demens, sykehjem, livshistoriearbeid, personsentrert omsorg.

Abstract:

Background: Good dementia care involves meeting the individuals where he or she is, and implement individual personalized services based on their life history. Many people with dementia, experiencing loss of identity, and could lose footing in their presence. Knowledge of their life story is therefore essential to confirm their identity (Rokstad 2014). Person Centered Care is an individual approach that recognize humans absolute value, see the persons needs from their own perspective, as well as establish a supportive social environment that covers the person's psychological needs (Brooker 2013).

Aim: The purpose of this literature study was to highlight the importance using life story work, and to examine whether it can help to promote person centred care for people with dementia.

Method: The survey is a systematic literature study, based on eight research articles. Seven qualitative and one quantitative.

Result: My findings indicate that knowledge and use of life story work promotes person centered care for people with dementia. Several research articles highlights that interaction, communication, knowledge and experience are important components in order to implement this in practice. Meanwhile, it indicates that there are challenges to implement life story work and person-centered care in a good way.

Conclusion: The results indicate the use of life story work for people with dementia is an important tool that can help to promote person centered care. However, there are challenges to implement this in a good way. Lack of knowledge, attitudes and pre-understandings among staff, and time may be factors affecting the implementation.

Key words: client, dementia, nursing home, life story work, person-centred care.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Hensikt.....	2
1.2 Problemstilling.....	2
2.0 Teoretisk rammeverk	2
2.1 Vitenskapsteoretisk ståsted – med hermeneutikken som utgangspunkt.....	2
2.2 Å leve med demens	3
2.3 Personsentrert omsorg	3
2.4 Livshistoriearbeid.....	4
2.4.1 Mellommenneskelige relasjoner	5
2.5 Demensomsorg på sykehjem.....	6
3.0 Metodebeskrivelse	7
3.1 Litteratursøk	7
3.2 Databasesøk.....	8
3.3 Kildekritikk	8
3.4 Kvalitetsvurdering.....	9
3.5 Etisk vurdering	9
3.6 Inklusjon og eksklusjonskriterier	10
3.6.1 Inklusjonskriterier	10
3.6.2 Eksklusjonskriterier.....	10
3.7 Analyse.....	11
4.0 Resultat	12
4.1 Kommunikasjon og samhandling.....	12
4.2 Livshistorie og identitet.....	13
4.3 utfordringer ved implementering av ny praksis	14
5.0 Diskusjon	15
5.1 Metodediskusjon	15
5.1.1 Databasesøk.....	15
5.1.2 Kildekritikk	15
5.1.3 Kvalitetsvurdering.....	16
5.1.4 Etisk vurdering	16
5.2 Resultatdiskusjon	17
5.2.1 Livshistoriearbeid som nøkkel til god kommunikasjon og samhandling mellom personale og personer med demens	17
5.2.2 Kjennskap og bruk av livshistorie for å styrke og bevare brukerens identitet – se personen bak pasienten	20
5.2.3 utfordringer ved implementering av personsentrert omsorg og livshistoriearbeid i praksis	24
6.0 Konklusjon	28
6.1 Forslag til videre forskning	28
7.0 Litteraturliste	30

1.0 Innledning

God demensomsorg innebærer å møte den enkelte hvor hun eller han er, og iverksette individuelle tilrettelagte tjenester basert på innsikt i den enkeltes livshistorie og sykdomshistorie. Vi må bruke deres kunnskap, erfaringer, samt ressurser på en individuell og personrettet måte. Personsentrert omsorg har som mål å gjøre pleiemiljøet og omsorgen til brukerne mer personlig og forstå atferd og psykiske symptomer ut fra brukerens perspektiv. Mange personer som blir rammet av demens, opplever tap av identitet, og kan miste fotfeste i sin tilstedeværelse og situasjon. Kjennskap til brukerens livshistorie er derfor avgjørende for å bekrefte deres identitet (Rokstad 2014).

Jeg jobber som sykepleier på skjermet enhet for personer med demens i sykehjem. Her opplever jeg ofte at det kan være vanskelig å forstå brukernes atferd og opptreden. De kan være urolige og engstelige, som kan vise seg ved verbal og fysisk utagering. Mange personer som er rammet av demens har atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer som angst, depresjon, apati, vrangforestillinger og agitasjon. Dette er trolig de mest belastende symptomene som oppleves ved demens, og kan ha stor betydning for den enkeltes livskvalitet og sykdomsforløp (Helsedirektoratet 2015).

I min yrkespraksis anvender vi kunnskap om brukernes egen fortid for å kunne bli bedre kjent med dem, og trygge dem gjennom en ellers kaotisk hverdag. På bakgrunn av dette kan det tenkes at bruk av livshistoriearbeid hos personer med demens, vil hjelpe personale til å jobbe mer personsentrert og individuelt opp mot brukerne. Personsentrert omsorg blir brukt i mange sammenhenger som kurs, opplæring, i stillingsbeskrivelser og retningslinjer innenfor helsesektoren. Man kan imidlertid oppleve at begrepet blir udefinert innen demensomsorgen, man vet ikke hva det innebærer og det kan være vanskelig å forklare. Demenssykdom kan medbringe konsekvenser og usikkerhet for fremtiden, som igjen kan påvirke selvfølelsen og selvbildet. Som sykepleier er det min oppgave å tilrettelegge, støtte og vise forståelse for menneskene som er rammet av en slik livsendring. Men selv om livet med demens innebærer utfordringer på ulike plan, viser personer med demens imponerende mestringsferdigheter i sitt hverdagsliv (Rokstad 2014).

1.1 Hensikt

Oppgavens hensikt var å belyse bruk av livshistoriearbeid, og undersøke om det kan være med på å fremme personsentrert omsorg til personer med demens.

1.2 Problemstilling

På hvilke måter kan sykepleier fremme personsentrert omsorg gjennom livshistoriearbeid til personer med demens på sykehjem?

2.0 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet presenterer jeg det teoretiske rammeverket. Målet er å gi en teoretisk bakgrunn for bruk av livshistoriearbeid og viktigheten av personsentrert omsorg til personer med demens. Jeg har valgt å benytte flere forskjellige teoretikere og teoretiske innfallsvinkler i denne fremstillingen. Selv om jeg benytter meg av flere teoretikere, vil Anne Marie Mork Rokstad være sentral. Hun er utdannet sykepleier, ansatt som post.doc. ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, og er førsteamanuensis ved Høgskolen i Molde. Hennes kompetanseområder er blant annet personsentrert omsorg, miljøbehandling og Dementia Care Mapping.

2.1 Vitenskapsteoretisk ståsted – med hermeneutikken som utgangspunkt

Vitenskapsteori er overordnet forklart teorier om teoriene, vitenskapsteori er med på å påvirke utarbeidelsen av fagteori og forskning. Forholdet mellom fagteorier og vitenskapsteorier er gjensidig, de utvikler hverandre og vår kliniske praksis bidrar til utvikling innen begge felt (Thornquist 2012).

Hermeneutikken tar for seg tanker og spørsmål knytt til forståelse og fortolkning. Disse tankene dreier seg om hvordan vi som mennesker forstår og gir verden mening.

Hermeneutikken omhandler også det som er beskrevet som fortolkningslære, hvordan vi møter verden med en forforståelse. Hermeneutikken mener at vi som mennesker er i- verden, og møter den med forforståelse og fordom. Dette betyr at vi er bevisste og tenkende subjekt med bakgrunnskunnskap som vi møter fenomener med (Thornquist, 2012). Vår forforståelse er ikke absolutt eller statisk, det er en kontinuerlig prosess som utvikler seg i møte med andre. Hermeneutikken viderefører disse tankene til begrepet den

hermeneutiske spiral. Dette begrepet danner kjernen i teorien, og handler forenklet sagt om hvordan vi forstår delene ut fra helheten og helheten ut fra delene. Spiralen går fra subjektet ut til gjenstanden og tilbake til subjektet, og gir en forutsetning om at mennesket aldri kan begynne en erkjennelse med ren fornuft (ibid).

2.2 Å leve med demens

Demens er en samlebetegnelse for en langsiktig klinisk tilstand som forverres over tid. Den karakteriseres ved en gradvis forverring av kognitiv og praktisk svikt, samt økende forekomst av nevropsykiatriske symptomer. Dette inkluderer redusert hukommelse, orienteringsevne og språk. Økende problem med å løse dagligdagse aktiviteter er noe som kan vanskeliggjøre muligheten for et selvstendig liv. For de nevropsykiatriske symptomene kan depresjon, angst, vrangforestillinger og hallusinasjoner, samt atferdsforandringer som agitasjon og apati forekomme (Rokstad 2014). For personer med demens blir hverdagen en evig kamp for å mestre tilværelsen. Uansett hvilken type demens man blir diagnostisert med, innebærer det mange endringer og utfordringer i livet. Opplevelsen av å bli rammet av demens er forskjellig fra person til person, og vil ha ulike forløp. Men i mange tilfeller er enkeltes erfaringer i større eller mindre grad like. Hverdagen blir en evig kamp for å mestre dagligdagse aktiviteter og ha kontroll over egen situasjon (Rokstad 2008).

God pleie og omsorg må baseres på en velfungerende relasjon mellom pleieren, pasienten og pårørende, samt at pleien og behandlingen har et godt og relevant innhold. Måten man betrakter personer med demens på, får konsekvenser for hvordan man relaterer seg til dem. Holdninger og måten en kommuniserer på, vil påvirke relasjonen. For å forstå hvordan en person med demens opplever sin situasjon, innebærer det å være villig til å lete etter mening bak vedkommende sin egen atferd (Rokstad 2014).

2.3 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg blir brukt på forskjellige måter da man tolker begrepet ulikt. Det er ikke enkelt å sette en konkret definisjon, eller en lett måte å forstå begrepet på. I følge Brooker (2013) kan personsentrert omsorg forklares som individuell omsorg eller et kommunikasjonsmiddel. Den skal bevare synet på personer med demenssykdom som

unike individer og underbygge deres personverd gjennom hele sykdomsforløpet. Personverd kan defineres som den status eller verdi som tildeles av andre i mellommenneskelige forhold, som innebærer respekt, tillit og gjenkjenning. Personsentrert omsorg ses som et verdigrunnlag med individuell tilnærming hvor vi ser behovet ut ifra brukerens perspektiv, og vektlegger behovet for et støttende sosialt miljø (Rokstad 2014).

Det er fire elementer som omfatter personsentrert omsorg. De kan eksistere uavhengig av hverandre, men når man kombinerer dem sammen, vil det skape en sterk kultur med personsentrert tilnærming til den omsorgen vi gir til våre brukere. Vi samler de fire elementene og kaller dem for VIPS – modellen. Det var professor Tom Kitwood som først brukte «personsentrert» i sammenheng med demensomsorgen. Han la vekt på kommunikasjon og relasjon mellom pleiere, brukere og pårørende. VIPS – modellen forklarer hva personsentrert omsorg innebærer (Brooker 2013).

V- et verdigrunnlag som anerkjenner menneskets absolutte verdi, uavhengig av alder eller kognitiv funksjon.

I- en individuell tilnærming som vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske.

P- evnen til å forstå verden, sett i fra personens perspektiv.

S- etablering av et støttende sosialt miljø som dekker personens psykologiske behov (ibid, 9).

Det krever en bevisst holdning i all samhandling med personer med demens. Kitwoods innfallsvinkel preger en tilnærming av relasjonsbygging, samarbeid og helhetstenkning rundt brukerens behov. Det er imidlertid utfordringer innenfor de moderne helse – og omsorgstjenestene når man skal jobbe personsentrert. Økende vektlegging av måloppnåelse, budsjettbalanse, organisasjonskultur og pleiekultur er utfordrende i en slik sammenheng (Rokstad 2014).

2.4 Livshistoriearbeid

Livshistoriearbeid gir oss en unik mulighet å høre eller lese om menneskers beretninger både om livets innhold og kontekst, samt refleksjoner over sitt liv. Ordet reminisens er et

begrep som vi stadig støter på i litteraturen om bruk av livshistorier. Reminisens er å erindre tidligere opplevelser og erfaringer. Det kan gjelde alt fra enkeltepisoder til livsfaser og hele livshistorien (Fossland og Thorsen 2010). I kraft av det livet vi har levd og de menneskene som har påvirket oss, har vi alle utviklet et omfattende og komplisert nett av holdninger og oppfatninger. Jo mer vi vet om den enkelte bruker, om bakgrunn, mestringsmåter og evner, kan vi forutse eventuelle relasjoner og reaksjoner i forhold til ulike situasjoner. Både i fortid og nåtid (Heap 2012). Å inkludere pårørende i denne prosessen er viktig for å bygge gode relasjoner som kan være med på å bedre helsepersonellens relasjon til den demensrammede. En familie sitt levde liv gjennom mange år gjør at pårørende har unik kunnskap om deres nærmeste sin historie, ønsker, behov, personlighet og verdier. Viktige ressurser kan gå tapt om helsepersonell ikke inkluderer pårørende (Jakobsen og Homelien 2011).

Livshistorier gir oss en unik mulighet til å bli kjent med menneskers beretninger og refleksjoner over eget liv. De forteller om hva som har vært viktig for dem, hva de har strevd for å oppnå, og verdier som har vært rettesnorer i livsløpet. Livshistorier viser også hvordan mennesker fremstiller sin identitet, hvordan de oppfatter seg selv, og hva som gir dem verdighet og selvaktelse. Men dette varierer over tid. Kritikere retter oppmerksomheten på at de som forteller en livshistorie, kan utelate bestemte deler av den eller fordreie sin historie. De hevder at det som fortelles, bare gir et bilde av hvem intervjupersonen ønsker å fremstå som. Hukommelse og erindring vil påvirke fortellerens beretninger om fortiden. Historiene om fortiden vil preges av nåtiden, og kan derfor endre seg etter hvert som tiden går (Fossland og Thorsen 2010). Sykdom og funksjonsnedsettelse, brå eller gradvis forandrer, berører både kropp og sinn. Oppgaven kan være hvordan en skal skape mening i en kaotisk hverdag hvor sykdom berører menneskets eksistens i mange dimensjoner (ibid).

2.4.1 Mellommenneskelige relasjoner

Joyce Travelbee var en sykepleieteoretiker som så mennesket som et unikt individ, likt, men også ulikt fra andre. Mennesket er hele livet et individ i vekst, utvikling og endring. Travelbee la vekt på betydningen av at man som sykepleier må erkjenne, akseptere, og ha med sine erfaringer i møte med brukere. Kjenne seg selv, forstå den andres opplevelse, og

forstå hva som skjer i samspill med andre. Dette er en forutsetning for at man skal kunne akseptere andre mennesker (Travelbee 1999).

Kommunikasjon er en helt sentral prosess i alt vårt samvær, og er avgjørende for å kunne samhandle med andre. Dette er en gjensidig prosess. Evne til samvær og samhandling er imidlertid like vesentlig for at vi skal kunne oppnå og vedlikeholde relasjoner. Dette gir oss blant annet bekreftelse på at vi er av verdi og betydning for andre mennesker. Arbeid med livshistorier, refleksjon og samtale med andre om opplevelser i ens liv, kan åpne for økt bevissthet og kontakt med ressurser og gode livserfaringer i seg selv (Heap 2012).

2.5 Demensomsorg på sykehjem

Å legge til rette for at personer med demens kan ha et godt liv, handler om den enkeltes mulighet til å bli møtt med forståelse og respekt. Ifølge Demensplan 2020 skal det bli lettere å snakke åpent om hva sykdommen kan føre til, og hvilke tilrettelegginger som må til for at det blir mulig å opprettholde et aktivt og selvstendig liv lengst mulig. Planen trekker også frem at mange personer med demens har vansker med å tale sin egen sak. Muligheten for å gi uttrykk for meninger og ønsker, overses ofte i en tidlig fase av sykdommen. Det er viktig at den enkeltes selvrespekt og verdighet blir ivaretatt. Opplevelse av kontroll i eget liv ses på som en viktig faktor for å bevare egne preferanser og verdier (Helse – og omsorgsdepartementet 2015).

Pleiekultur er et fellesskap som omhandler faglige og personlige normer og verdier. For å utvikle en personsentrert pleiekultur, bør det vektlegges flere faktorer: kjennskap om praktisering av personsentrerte verdier og holdninger, utvikle en visjon på personsentrerte verdier, involvere alle berørte parter, ha en plan for praksisutviklingsprosessen og gjennomføre den. Å utvikle en personsentrert pleiekultur er ikke bare et spørsmål om økonomi og ressurser, men like mye om personalets og lederens holdninger til personer med demens. Prioriteringer som gjøres bør baseres på personsentrert omsorg som verdigrunnlag. For eksempel ved å ta utgangspunkt i hver enkelt brukers behov for tiltak, og evaluere hvorvidt tiltakene øker brukerens velvære og trivsel (Rokstad 2014).

3.0 Metodebeskrivelse

Metode er et redskap i møte med noe vi vil se nærmere på og undersøke. Metode er en fremgangsmåte som forteller oss hvordan vi bør arbeide for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Man velger en bestemt metode fordi den vil gi oss gode data, og belyse valgt problemstilling på en god måte (Dalland 2012). Oppgaven er et systematisk litteraturstudium som bygger på relevant litteratur og forskning for å belyse min problemstilling. I et litteraturstudium skal man ikke fremstille ny kunnskap, men få frem hvilken kunnskap som finnes om valgt tema fra før, og anvende den. Litteraturen som er brukt er kunnskap oppgaven er bygget på, og som problemstillingen skal drøftes i forhold til. Det er derfor viktig å vise tydelig *hvorfor* en bestemt type litteratur er valgt, og *hvordan* utvalget er gjort. Kildegrunlaget skal være godt begrunnet og beskrevet (Dalland 2012).

3.1 Litteratursøk

I arbeidet med fordypningsoppgaven er det blitt foretatt systematisk søk etter litteratur og relevant forskning flere ganger. Det ble gjort søk i forkant og under skriveprosessen, da spesielt i utarbeidelsen av kapittel 2 og 4 – det teoretiske rammeverket og relevant forskning. Besvarelsen skal ta utgangspunktet i minst 8 vitenskapelige artikler. De skulle være kvalitetsvurdert etter godkjente skjema, og blant annet vurdere om etisk hensyn er ivaretatt.

For å kunne gjøre et godt søk må man ta utgangspunkt i et klart formulert spørsmål som viser hva slags forskning en ønsker å finne. Ved hjelp av PICO – skjema kunne jeg konkretisere hvilke pasienter og tiltak jeg var interessert i (vedlegg 1). PICO er en forkortelse for Patient – Intervensjon – Comparison og Outcome (Kirkehei og Ormstad 2013). Bokstav C, ble ikke inkludert i søket da jeg ikke skal sammenligne personsentrert omsorg med noen andre tiltak. Operatorene AND og OR ble brukt for å kombinere søkeordene i en samlet søkestrategi. OR ble brukt mellom synonymene for å utvide søket, og AND ble brukt for å presisere og begrense. Jeg avgrenset søkene ved bruk av engelske og norske søkeord. Mine funn representerer artikler bare på engelsk. For å avgrense søkene ytterligere ble det valgt artikler som er publisert etter år 2010. Artikkene bør ikke være eldre enn 5 år, ifølge høyskolen i Molde sine retningslinjer for skriftlig arbeid. Men jeg søkte også på artikler som var publisert fra år 2008. Dette for å ikke overse gode og relevante artikler for besvarelsen. Alle artikkene er fagfellevurdert.

Jeg har fulgt retningslinjer for oppgavens struktur ved å legge ved diverse skjema for en best mulig oversikt over mitt arbeid. Vedlegg 1 presenterer PICO- skjemaet. Vedlegg 2 viser til litteratursøk ved bruk av søkeord, database, antall treff, leste abstrakt og inkluderte artikler. Vedlegg 3 presenterer inkluderte artikler i en systematisk oversiktstabell.

3.2 Databasesøk

Å søke i databaser var en vesentlig faktor når jeg skrev bacheloroppgaven min på sykepleiestudiet i Ålesund. Dette er begynt å bli mange år siden, så undervisningen vi fikk senere i denne utdannelsen har hjulpet meg til å lettere kombinere mine søk. De viktigste søkemotorene og databasene som ble brukt i litteratursøket med tilgang fra høyskolen i Molde sin hjemmeside var: Ovid, Oria og Pubmed. Søkeordene som ble brukt er: demen*, Alzheimer*, sykehjem*, care unit, nursing home*, person – centered care, patient – centred care, personsentrert omsorg, livshistorie*, life histor*, life stor* reminisens/reminiscence og memory. Disse blir presentert i PICO-skjemaet, se vedlegg 1.

De forskningsartiklene som ble funnet ved databasesøk, ble gjennomgått ved å lese tittelen og sammendraget til artiklene. Var de relevante for besvarelsen, skrev jeg dem ut i fulltekst for å analysere artikkelen, og forsikre meg om at de kunne brukes opp mot problemstilling. Det var noen artikler jeg ikke hadde tilgang på, de bestilte jeg gjennom Oria, og fikk dem tilsendt på biblioteket. For å søke etter fagbøker og andre besvarelser som kunne omhandle personsentrert omsorg og livshistoriearbeid, brukte jeg Bibsys. Det ble utført søk etter litteratur i referanselister, fra for eksempel Helse – og omsorgsdepartementet (2015). Fordypningsoppgaven bygger også på relevant litteratur som har vært pensum gjennom hele studie, samt andre bøker og litteratur som har vært av interesse. Søk etter litteratur har vært en kontinuerlig prosess.

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode som fastslår om en kilde er sann. Det betyr å karakterisere og vurdere de kilder som benyttes. Kildekritikken skal vise om man er i stand til å forholde seg kritisk til det materiale som blir brukt i besvarelsen, og hvilke kriterier en har for utvelgelse av litteratur (Dalland 2012). Pensumlitteraturen som oppgaven bygger på er utvalgt av fagkyndige og kritisk vurdert i forkant av studiet. Den selvalgte litteraturen er

funnet fra referanselister fra tidligere besvarelser, høyskolens bibliotek, samt litteratur som jeg brukte i bachelorutdannelsen ved høyskolen i Ålesund. Det har vært tilstrebet å bruke primærkilder. Rapporter, lover og forskningsartikler er hentet fra anerkjente databaser, og tidsskriftene er kvalitetsbedømt.

3.4 Kvalitetsvurdering

For å kvalitets vurdere artiklene som er brukt i oppgaven, hentet jeg et kvalitetsvurderingsskjema fra «kunnskapssenteret» sine nettsider (Folkehelseinstituttet 2016). Skjemaet er et hjelpemiddel for å kritisk vurdere kvaliteten på kvalitative forskningsartikler hvor forhold begrunnes ut ifra resultatene. For kvantitative artikler brukte jeg «sjekklister for tverrsnittstudier» (Nordtvedt et.al 2012). Jeg brukte skjemaene og fylte dem ut til hver enkelt artikkel for å være sikker på at de var av god kvalitet. Videre brukte jeg «database for statistikk om høyere utdanning» hos NSD (Norsk senter for forskningsdata 2016) for å stadfeste at artiklene er publisert i godkjente tidsskrifter. Alle artiklene som er brukt i litteraturstudiet er godkjent fra vitenskapelige publiseringskanaler, og er fagfellevurdert.

3.5 Etisk vurdering

Personer med demens betraktes som en sårbar gruppe i en forskningsetisk sammenheng. Grunnet deres kognitive svikt, har de tidligere blitt neglisjert i stor grad som forskningsdeltakere. Selvbestemt samtykke anses å være den største utfordringen innen forskning på demensrammede (Hellstrøm et.al 2007). Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) understreker at et forbud mot å inkludere personer med demens i forskning vil bidra til å gjøre dem mer sårbare, og svekke deres egenverd. Hvis forskningen blir utført på en etisk forsvarlig og hensiktsmessig måte, kan dette bidra til å øke følelsen av mestring og selvfølelse (ibid).

Gjennom hele litteraturstudien ble etiske aspekter kontinuerlig evaluert. I analyse av forskningsartiklene inngikk vurdering om etiske hensyn var ivaretatt. Selv om artiklene er fagfellevurdert (peer review) og er publisert velrenommerte tidsskrifter, er det viktig å kunne vurdere gyldigheten, den metodiske kvaliteten, resultatene og overførbarheten (Nortvedt et.al 2012). Jeg hadde som krav at alle artiklene skulle være etisk vurdert, eller

godkjent fra etiske komiteer. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), vurderer om forskningsprosjekter er etisk forsvarlig gjennomført. All helsefaglig og medisinsk forskning som involverer mennesker, skal søkes om forhåndsgodkjenning fra REK (Forsberg og Wengstrøm 2008). 7 av artiklene som er brukt i besvarelsen, er godkjent av etiske komiteer i sine respektive land. Den siste sier ikke noe om etisk komite, men er godkjent hos Norsk senter for forskningsdata (NSD). NSD arkiverer og formidler data til forskningsmiljøer som registrerer tidsskrifter som autoriserte publiseringskanaler. Alle tidsskriftene som artiklene er hentet fra, er godkjent av NSD.

3.6 Inklusjon og eksklusjonskriterier

På grunn av oppgavens omfang er det nødvendig med noen avgrensninger i forhold til valgt tema og problemstilling.

3.6.1 Inklusjonskriterier

- Oppgaven omhandler personer med demens som bor på sykehjem. En forskningsartikkel omhandler personer som bor hjemme.
- Alle typer demenssykdom er inkludert i søkene.
- Artiklene skal være skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk.
- Alder og kjønn er ikke spesifisert da det ikke ekskluderer dem for bruk av personsentrert omsorg og livshistoriearbeid.
- Forskningsartiklene skal ikke være eldre enn 5 år, men på bakgrunn av en studie publisert i 2009, valgte jeg å utvide årstall fra 2008, da denne artikkelen var relevant for problemstillingen. Men primært søkt ble gjort fra år 2010 – 2015.
- Både kvalitativ og kvantitativ forskning er inkludert i litteratursøket.

3.6.2 Eksklusjonskriterier

Når jeg søkte på artikler hadde jeg ikke kriterier for hvilke land artiklene skulle være forsket eller publisert i. Jeg fant artikler som var gjennomført i Australia og Singapore, men ekskluderte disse på bakgrunn av relevans for besvarelsen, samt språket var for vanskelig skrevet for at jeg skulle forstå forskningen deres. Jeg konsentrert meg da på søk

etter artikler som var publisert i Europa og U.S.A på bakgrunn av hvordan artiklene var formulert. Ekskluderte brukere som var innlagt på sykehus.

3.7 Analyse

For å stadfeste at artiklene kunne brukes sammen og skape temaer for besvarelsen, ble David Evans analysemetode brukt. Artikkelen «systematic reviews of interpretive research» (Evans 2002) ble brukt i analysen. Han deler modellen inn i 4 trinn. Trinn 1 består av innsamling av artikler, trinn 2 er å identifisere nøkkelfunn i hver enkelt artikkel, trinn 3 samler funn og setter dem sammen til tema, hvor trinn 4 samler felles funn og beskriver resultat av analysen. Jeg vil presentere hvordan analysen ble utført nærmere i kapittel 5.1 – *metodediskusjon*.

4.0 Resultat

Under databasesøk var min hensikt å finne artikler som belyste problemstillingen: på hvilke måter kan sykepleier fremme personsentrert omsorg gjennom livshistoriearbeid til personer med demens på sykehjem?

I mine funn kommer det frem flere faktorer som er betydningsfulle for hvordan dette kan gjennomføres. Jeg fant ulike erfaringer ved å implementere en personsentrert tilnærming og bruk av livshistoriearbeid for personer med demens. Jeg har valgt å presentere funnene i tre ulike tema, som belyser hvordan bruk av livshistoriearbeid kan være med på å fremme en personsentrert tilnærming i praksis.

Artiklene er nummerert i vedlegg 3, og jeg setter dem inn i et skjema for å skape en bedre oversikt over de valgte temaene.

Kommunikasjon og samhandling	Artikkel 1, 3, 5 og 6
Livshistorie og identitet	Artikkel 2, 4, 5 og 7
Utfordringer ved implementering av ny praksis	Artikkel 4, 7 og 8

4.1 Kommunikasjon og samhandling

Cooney et.al (2014), Russell og Timmons (2009), Savundranayagam (2014) og Sjøgren et.al (2012) har sett på bruk av livshistoriearbeid, og hvordan dette har innvirkning på personer med demens på sykehjem. Russell og Timmons (2009) og Cooney et.al (2014) fant at personer med demens ofte blir sett på som en sosial ekskludert og isolert gruppe. Dette på bakgrunn av deres kognitive svikt, hvor språkforståelse og kommunikasjon kan være en utfordring. Artiklene nevnt ovenfor indikerer også at personer med demens har behov for meningsfulle og sosiale interaksjoner med andre til tross for kognitiv svekkelse og kommunikasjonsevner. Livshistoriearbeid og erindring kan hjelpe personer med demens til å samhandle med andre, øke muligheten for sosialisering, og låse opp personens bevarte minner.

Sjøgren et.al (2012) underbygger dette i sin studie hvor kjennskap til brukernes behov, preferanser og livshistorie kan være med på å skape god samhandling og kommunikasjon mellom helsepersonell og brukere, samt å jobbe for en personsentrert tilnærming.

Forskningen påpeker at personer med demens som bodde på institusjoner som arbeidet personsentrert, hadde en signifikant høyere grad av livskvalitet, høyere evner innenfor aktiviteter i dagliglivet (ADL) og bedre relasjon med personale. I motsetning kan man i artikkelen til Savundranayagam (2014) få innblikk i en arbeidshverdag hvor personale ikke oppfattet eller anvendte personsentrerte tilnærminger i dagligdagse gjøremål som for eksempel i et morgenstell. Sosialt samvær og samtaler på sykehjem ble karakterisert som oppgaveorientert, og en plikt for personale. Samtalene og relasjonene mellom personale og brukerne ble korte og fragmenterte.

4.2 Livshistorie og identitet

Karlsson et.al (2014), McKeown et.al (2010), Cooney et.al (2014) og Drageset et.al (2015) identifiserer kjennskap og bruk av livshistorie som et viktig verktøy for å skape en personsentrert tilnærming til brukerne. Karlsson et.al (2014) og McKeown et.al (2010) gir et innblikk på hvilke perspektiver som er essensielle for å opprettholde brukerens identitet og syn på livet. I studien til Karlsson et.al (2014) klarte deltakerne å fortelle historier som fremtoner deres fortid positivt. Identiteten tok selv form fra en historie med scener, karakter og temaer. For å opprettholde personverd og identitet ble livshistoriearbeid løftet frem som en betydningsfull del av arbeidsdagen for å se personen bak demenssykdommen (McKeown et.al 2010).

Cooney et.al (2014) påpeker imidlertid at tilnærmingen må være av betydning for den enkelte bruker. Man må presentere tema som de gjenkjenner og har tilhørighet til for å kunne bevare ens identitet, selvtillit og velvære. Studien utpeker ulike tilnærminger som en spontan eller planlagt aktivitet, en-til-en relasjon eller i grupper. Også materielle ting som fotografier eller musikk de har tilhørighet til, stimulere minner og bidra til mulighet for mestring. Samtidig trekker Drageset et.al (2015) frem at livshistoriearbeid kan være med på å minne brukerne på hva de har tapt, og ikke mestrer som følge av demenssykdom. Det som var kjent og trygt for brukerne, kan nå være ukjent og distansert. Studien påpeker at personer som må flytte hjemme ifra og på sykehjem på grunn av demenssykdommens hinder, kan påvirke brukerens identitet. De står i faresonen for å måtte leve som fremmed i en ny tilværelse.

4.3 utfordringer ved implementering av ny praksis

Personsentrert tilnærming er et alternativ til de tradisjonelle oppgavebaserte arbeidsmåtene som kan skape passivitet, og en omsorg som ikke ser personen bak sykdommen.

McKeown et.al (2010), Drageset et.al (2015) og Argyle (2012) viser at personsentrert omsorg og livshistoriearbeid skaper muligheter for samhandling, forståelse for deres situasjon, og ser brukerne som unike enkeltindivid. I artikkelen til McKeown et.al (2010) indikerer de at bruk av livshistoriearbeid til personer med demens kan forbedre den personsentrerte tilnærmingen på flere plan innen demensomsorgen. Mange jobber personsentrert uten å vite det, eller at kunnskap rundt temaet ikke er godt nok undervist om. Samme studie påpeker utfordringer man møter for å implementere dette i praksis, hvor pleiernes egne verdier og holdninger står sterkt på en arbeidsplass hvor en innbakt pleiekultur har pågått over lengre tid.

Argyle (2012) sin studie viser at helsepersonell har en viss kontroll over brukere hvor de blir institusjonalisert ved organisatorisk styring og oppgavefokuset tilnærming. Samtidig vektlegges evaluering av personsentrert tilnærming hvor brukerne har vansker med å uttrykke egne behov, verdier og preferanser. Tiltak for evaluering vises i artikkelen å være best egnet for Dementia Care Mapping (DCM), hvor samspillet mellom brukerne og personalet blir observert. Drageset et.al (2015) påpeker at faglig vurdering og kompetanse om personsentrert omsorg og livshistorie må settes i fokus på systemnivå. Undervisning og tid, samt ressurser til å gjennomføre dokumentasjon på brukerne, var en sentral faktor for å kunne jobbe personsentrert, og bedre omsorgen til brukerne. Man må anerkjenne betydningen og viktigheten av metodene for ledelsen og resten av personale.

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Da jeg startet med arbeidet på oppgaven, hadde jeg klart for meg hva jeg ville skrive om. Personsentrert omsorg er et begrep som blir mer aktualisert og fokusert på i demensomsorgen. Jeg har gjort mange positive erfaringer i min yrkespraksis basert på bruk av livshistoriearbeid. Prosessen med denne oppgaven startet med å søke etter artikler som kunne belyse hvilke måter sykepleier kan fremme personsentrert omsorg ved bruk av livshistoriearbeid.

5.1.1 Databasesøk

Når jeg startet å søke på forskning var undervisning i databasesøk et viktig hjelpemiddel. Det var mange år siden jeg hadde søkt på forskning, og metodene for søk i databaser utvikler seg kontinuerlig. Jeg startet å søke i de ulike søkemotorene som var aktuelle, men flere av dem ble for avansert og uoversiktlig. De søkemotorene som var best egnet for mitt bruk var Oria, Ovid og Pubmed. Jeg kom over flere artikler som var relevant for problemstillingen, men hadde ikke inklusjonskriteriene som var valgt. Jeg stilte meg kritisk til alle mine søk for å finne de artiklene som kunne belyse min problemstilling på best mulig måte. Jeg valgte å inkludere en artikkel som baserer seg på personer med demens som bor hjemme på grunn av relevans for besvarelsen. Jeg var noe usikker på om jeg skulle inkludere denne ettersom oppgaven skal ta for seg personer som bor på institusjon. Om det hadde vært flere artikler i besvarelsen som inkluderer hjemmeboende, ville nok resultatene blitt noe annerledes. Med denne artikkelen ville jeg også belyse at livshistoriearbeid kan anvendes for hjemmeboende, å kunne fremme en personsentrert tilnærming. I slutten av søkeprosessen var det vanskelig å finne nye artikler om temaet. Jeg valgte å legge til andre søkeord som henger sammen med temaet som «identity» og «implementation».

5.1.2 Kildekritikk

Det har vært tilstrebet å bruke primærkilder fra pensumlitteratur. Jeg synes det var greit ettersom personsentrert omsorg og livshistoriearbeid har vært nokså gjennomgående temaer i videreutdanningen. Men søk og bruk av stortingsmeldinger og lover var noe mer

utfordrende da jeg ikke ønsket at de skulle være for gamle. Jeg inkluderte en stortingsmelding som ny teori i resultatdiskusjonen, men bestemte meg for å inkludere en ti år nyere melding som poengterer det samme. Dette for å vise hvor viktig det er med kontinuerlig kompetanseheving for å møte de samfunnsmessige utfordringene vi står overfor.

5.1.3 Kvalitetsvurdering

Det ble foretatt flere søk i forkant og under skriveprosessen siden jeg hadde bestemt meg for tematikken til oppgaven. På bakgrunn av dette hadde jeg god tid til å finne artikler som var relevant for min besvarelse. Det var en lang og krevende prosess, både i henhold til søk og analyse av artiklene. De tre temaene som ble presentert ovenfor baseres på David Evans analysemetode (Evans 2002). Artiklene ble lest gjennom flere ganger, og nøkkelfunn ble identifisert ved hjelp av et selvkomponert skjema og fargekoder som jeg tegnet opp for å skape en best mulig oversikt. Skjemaet var inndelt på bakgrunn av problemstillingen som omhandler personsentrert omsorg og livshistoriearbeid. Jeg mente at dette var den beste måten for meg å holde en rød tråd gjennom utvelgingen. Med dette forarbeidet kunne jeg presentere de ulike temaene, men de ble kontinuerlig endret på i utarbeidelsen av resultatdelen. Gjennom arbeidet med nøkkelfunn i artiklene hadde jeg også blitt bevisst på endring av temaene, for å kunne svare på problemstillingen.

5.1.4 Etisk vurdering

For å vurdere om artiklene var utført på en etisk og hensiktsmessig måte, så jeg i den tredje artikkelen at en egen overskrift for etisk vurdering var presentert. På bakgrunn av dette kunne jeg lettere se i hver artikkel om de hadde blitt godkjent av etiske komiteer i sine respektive land. En av artiklene sier ikke noe om etisk komite, så jeg stilte meg kritisk til om denne kunne brukes. Med informasjon fra undervisning, søkte jeg i Norsk senter for forskningsdata (NSD). Den tilsa at tidsskriftet artikkelen var publisert i er en autorisert publiseringskanal. Jeg valgte derfor å inkludere artikkelen og dens funn.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Livshistoriearbeid som nøkkel til god kommunikasjon og samhandling mellom personale og personer med demens

Personer som blir rammet av demenssykdom opplever mange endringer og utfordringer i hverdagen. Det vil være gode, og mindre gode dager. Redusert hukommelse, orienteringsevne og språk karakteriseres ved en gradvis forverret demenssykdom, i tillegg til nevropsykiatriske symptomer som angst, agitasjon, vrangforestillinger og apati (Rokstad 2014). Å leve med demens innebærer en lang vandring basert på tap av ferdigheter, økt sosial sårbarhet og stadige forandringer i hverdagen. Selv om personer med demens opplever gradvis tap av tilværelsen, er det mulig å ha et godt liv med demens. Dette baserer seg på at det gode liv er å få sine ønsker og behov tilfredsstilt. Det forutsetter at omsorgspersonene kjenner sine brukere, anerkjenner dem som enkelt individ, og fremfor alt er i stand til å kommunisere med dem.

Språkproblemer og mangel på hukommelse vil kunne påvirke måten å kommunisere med personer med demens. Det kan i noen tilfeller tenkes at helsepersonell har en oppfatning og en holdning om at kommunikasjon med demensrammede ofte er ensidig og nytteløst på grunn av kognitiv svikt og forståelse (Savundranayagam 2014). Basert på egne erfaringer fra klinisk praksis har en slik tankegang skapt, i noen tilfeller, en barriere for å bli kjent med brukerne og dermed vanskeligjort en personsentrert tilnærming. Personalets evne og kunnskap om kommunikasjon og samhandling er vesentlig for å kunne oppnå og vedlikeholde en god relasjon med brukerne. Russell og Timmons (2009) sin studie påpeker at sykepleiere kan utvikle et syn på brukerne hvor de ser på dem som objekter med en sykdom, og ikke som individuelle mennesker med egne historier, verdier og behov. På bakgrunn av dette kan brukernes personverd og iboende verdier bli svekket. Det krever derfor en bevisst holdning i all samhandling og kommunikasjon med personer med demens (Rokstad 2014). Å anvende Brookers (2013) forståelse om begrepet personsentrert omsorg kan påvirke vår måte å samhandle, bygge relasjoner og bevare synet på personer med demens. Vi kan bli mer bevisst på å se personen som et unikt menneske, anerkjenne dets absolutte verdi, ha evne til å forstå verden ut ifra ens perspektiv, samt etablere et støttende sosialt miljø som dekker personens psykologiske behov.

Kommunikasjon er en viktig prosess i vårt nærvær med personer med demens, som er helt avgjørende for utfallet av våre møter med hverandre. Det gir oss en bekreftelse på at vi er av verdi og betydning for andre mennesker (Heap 2012). I mellommenneskelige forhold ønsker vi ofte å oppnå noe mer enn det å formidle meninger og informasjon til hverandre. Vi handler ut ifra bestemte verdier som vi ønsker å fremme i samhandling med andre mennesker. Verdier som trygghet, selvtillit og evne til mestring. God kommunikasjon vil da si det samme som å forholde seg slik at disse verdiene blir ivaretatt (Travelbee 1999). Tidligere, men også i dagens samfunn, snakkes det om «de demente» som om de er sin sykdom. Stigmatisering og nedverdiggende holdninger truer en allerede usikker fremtid, og anerkjennelse om menneskets absolutte verdi. Som sykepleiere kjenner vi til de yrkesetiske retningslinjene hvor vi skal møte hvert enkelt individ med respekt og verdighet. Til tross for kognitiv svekkelse og kommunikasjonsevner, har personer med demens behov for å bli møtt som et selvstendig menneske, med meningsfulle sosiale interaksjoner og gode relasjoner med andre (Cooney et.al 2014). I praksis kan det tenkes at det kan skape større sannsynlighet for at de sosiale interaksjonene vil bli forbedret og vellykket, om vi har fokus på personen og dens verdi, ikke sykdommen. Det vil imidlertid innebære et stort ansvar på oss som helsepersonell - å kommunisere på en måte som fremmer personverd, trivsel og respekt for brukerne.

Å bruke personsentrerte kommunikasjonsstrategier i samtaler med personer med demens, øker mulighetene for meningsfulle sosiale interaksjoner, i motsetning til samvær og samtaler som en plikt og pålagt oppgave (Savundranayagam 2014). Livshistoriearbeid gir oss en unik mulighet til å høre om menneskers beretninger, både om livets innhold og kontekst og refleksjoner over eget liv. Beretningene baserer seg på egne opplevelser og erfaringer som bidrar til å fortolke tilværelsen, skape sammenheng og mening (Fossland og Thorsen 2010). Å kunne fortelle sin subjektive historie kan oppleves som meningsfylt, og bidra til at brukeren føler seg sett, ivaretatt og inkludert i fellesskapet. Livshistoriearbeid kan brukes i all samhandling med våre brukere. Å utføre rutinebaserte arbeidsoppgaver trenger ikke å være ensidig. Både stell, daglig samvær, aktiviteter og måltider kan være arenaer for gode samtaler og erindring dersom vi er bevisst på å innlemme livshistoriearbeid i praksis. Det forutsetter at helsepersonell har kunnskap og forståelse, for hvor viktig det er å kommunisere på en måte som er individuelt tilrettelagt den enkelte. Personer med demens har like stort behov for stimuli og kontakt med andre for å holde ved like sine evner til å kommunisere.

For personer med demens er hverdagen en evig kamp for å mestre tilværelsen. Det innebærer endringer og utfordringer hvor deres egen kontroll over livet blir vanskeligere å håndtere (Rokstad 2008). Men jo mer vi vet om våre brukere, til større sannsynlighet er det for at vi tar beslutninger for brukernes egne ønsker og behov. Livshistorie kan brukes som en nøkkel til å bli bedre kjent med brukerne, forstå deres atferd og bedre vår måte å kommunisere med dem på. Studien til Cooney et.al (2014) gir oss et innblikk i hvordan samhandling med personer med demens gjennom reminisens, hjalp personale til å se hvem brukeren var gjennom deres minner og historier. De så dem på en annen, uventet måte, som gjorde at personale behandlet dem mer som unike individer i samhandling. Som sykepleier ser jeg at det er en forutsetning at vi etablerer en tilknytning til den demensrammede, og formidler at han/hun blir forstått og ikke er alene. Vi skal hjelpe hver enkelt bruker, familie og samfunnet til å mestre sykdommen, og om nødvendig finne mening i disse erfaringene. Samtidig som studien nevnt ovenfor påpeker bruk av reminisens og erindring for å jobbe personsentrert, trekker de også frem at det er avgjørende med en støttende organisasjonskultur for å kunne opprettholde erindring på lengre sikt (ibid). I arbeidet med å implementere livshistoriearbeid på egen arbeidsplass, opplever jeg at mye av ansvaret blir lagt på sykepleierne. Ledelsen holder seg i bakgrunnen da de har mange andre oppgaver å forholde seg til. Det tenker jeg er greit, men det forutsetter at ledelsen legger til rette for gode rammebetingelser, oppfølging og engasjement for at en skal lykkes.

Med utgangspunkt i egne erfaringer fra klinisk praksis har jeg opplevd at en bruker mislikte sterkt å stille seg. Han ble ofte fysisk utagerende og det måtte være flere personale tilstede for å gjennomføre stellet. Denne mannen hadde jobbet på en fabrikk som bygget båter i Ålesund når han var yrkesaktiv. Basert på kunnskap om hans historie snakket vi om arbeidet og kollegaene, dette dro oppmerksomheten bort fra det pågående stellet. Fokuset ble på hans egen historie, og hvor hverdagen på jobb hadde stor betydning for han. På bakgrunn av gode kommunikasjonsferdigheter hos personale og kunnskap om hans livshistorie, kunne stellet gjennomføres ved hjelp av 1 pleier og tilfeller av utagering reduserte seg drastisk. Etablere en god relasjon, inkludere, og tolke brukerens atferd som potensiell meningsfull kommunikasjon, innebærer å ha evne til varme, tålmodighet, kunnskap, empati og et positivt menneskesyn. Man må kjenne seg selv, forstå den andres opplevelse og forstå hva som skjer i samspillet med den andre (Travelbee 1999).

Sjøgren et.al (2012) underbygger dette i sin studie hvor kjennskap til brukerens livshistorie, og bruk av personsentrert tilnærming kan være med på å skape gode relasjoner mellom helsepersonell og brukere. Studien påpekte også at tilnærmingen gav brukerne mulighet til å mestre ulike oppgaver lengre. Dette tenker jeg er viktig i en hverdag hvor tap av funksjoner og ferdigheter preger personer med demens. Vi må støtte dem og tilrettelegge aktiviteter og oppgaver som fremmer mulighet for mestring, samhandling og bevare deres identitet. Jeg tror imidlertid at livshistoriearbeid må jobbes mer konstruktiv med da vi har en tendens til å generalisere våre brukeres behov og ønsker. Vi samler dem ofte i felles «bå» hvor vi ikke tar hensyn til deres personlige interesser og behov for å kommunisere med andre. Basert på funn i artiklene nevnt ovenfor og gjennomgått litteratur, ser jeg at fokuset bør være på bruk av livshistoriearbeid for å skape gode relasjoner og samhandling med våre brukere. På denne måte kan personsentrert omsorg fremmes på egen arbeidsplass.

5.2.2 Kjennskap og bruk av livshistorie for å styrke og bevare brukerens identitet – se personen bak pasienten

Alle mennesker har en bakgrunn, en livshistorie og en livsstil som også innebærer ønsker om fremtiden. Når vi ønsker å bli kjent med andre mennesker, inviterer vi dem til å fortelle om seg selv. Gjennom slike fortellinger skaper vi helhet, sammenheng, mening og struktur, både for den som hører på men også for den som forteller (Fossland og Thorsen 2010). For å kunne gi individuell og adekvat hjelp er det avgjørende at vi tar hensyn til den demensrammedes egen beskrivelse av det å leve med demens for å bevare brukerens identitet. Det kan innebære en risiko og sårbarhet for brukerne å tre ut fra komfortsonen som gir dem trygghet og forståelse. De har kanskje en tanke om at de stadig skal leve opp til noe, eller noen.

En bruker jeg møtte for noen år siden, ble fremstilt av personale som «en sint og gal mann». Personale hadde en forforståelse som tilsa at denne mannen var «farlig» og utilnærmelig. Den hermeneutiske spiral handler om å forstå delene ut fra helheten og helheten ut fra delene (Thornquist 2012). Gjennom livshistoriearbeid fikk vi informasjon om at mannen hadde en traumatisk barndom og oppvekst med en alkoholisert far. Brukeren hadde gått i sin fars forspor og var nå rammet av alkoholdemens. Vi var ukjent med enkeltdelene fra hans fortid som resulterte i beskrevne holdninger som personale

hadde. Etter hvert fikk vi kjennskap til nye deler av bruker sin fortid, og ny forståelse for hans historie gav mer mening for hans atferd. Sett i lys av tanker fra hermeneutikken kan man se hvordan den hermeneutiske spiral er med på å fremme sykepleierens bevisstgjøring av personsentrert omsorg og livshistoriearbeid, samt bevare brukerens identitet.

Erfaringer jeg har tatt med fra praksis er at den kognitive svikten brukerne opplever, resulterer i at de trekker seg tilbake fra kontakt med venner, aktiviteter og andre gjøremål de tidligere mestret. Dette kan true deres selvbilde og identitet når kognitiv svikt og hukommelse preger tilværelsen. Basert på det vi vet om deres verdier og egen beskrivelse av å leve med demens, kan vi tilrettelegge og skape trygghet for hva de fortsatt mestrer, samt eliminere bort det de ikke klarer. Det forutsetter at helsepersonell har kjennskap til livshistoriene og bruker dem aktivt i arbeidet. Erik H. Eriksons utviklingsmodell antyder at alle mennesker skal gjennom 8 ulike stadier i livet, fra fødsel til alderdom og død. Hvert trinn er forbundet med iboende konflikter som personen må møte og løse for å fortsette utviklingen. I Eriksons siste fase «alderdom» går kjernekonflikten mellom integritet kontra fortvilelse og forakt. Uten å gå dypere inn i begrepene, handler den siste fasen om å se livet i en større sammenheng og akseptere at det ble slik, eller det motsatte hvor en opplever en fortvilelse over valg man har gjort feil (Heap 2012).

Livshistoriearbeid kan brukes på flere måter hvor formålet er forskjellig. Det kan gi brukerne mulighet til å bearbeide tidligere konflikter, sorg og tap, samt tilgivelse for andre og seg selv. For eksempel kan tap av ferdigheter fra jobbsammenheng eller misforhold mellom familiemedlemmer, bearbeides sammen med helsepersonell basert på kunnskap om ens livshistorie og verdier. Forskning som ble gjort av Karlsson et. al (2014) gir oss innblikk i hvor viktig det er å hjelpe personer som blir rammet av demens til å opprettholde deres positive perspektiv på livet. Demenssykdom kan utgjøre en trussel mot personverdet og ens identitet. Utviklingen av sykdommen kan gradvis påvirke personens evne til å opprettholde kontakten, og synet på seg selv. I studien viste bruk av livshistorie seg å være en positiv metode for å gi brukere mulighet til å forsones seg med livet som var, som samsvarer med Eriksons utviklingsmodell. Å kunne fortelle om sitt liv for å identifisere seg selv, og beholde egen identitet så lenge som mulig var viktig for brukerne i studien. Samtidig trekker studien frem at de negative hendelsene i livet var lukket inn, hvor brukerne fokuserte på meningsfulle og stolte øyeblikk (ibid).

Vi kan i praksis se at historier kan endre seg hvor fortelleren utelukker bestemte deler eller fordreier historien. Hukommelse og erindring vil påvirke fortellerens beretninger om fortiden (Fosslund og Thorsen 2010). Jeg tenker at dette ikke er ment som kritikk til brukere som gjør det. Det bare gir et bilde av hvem intervjupersonen ønsker å fremstå som, de endrer oppfatninger og fortolkning av egen historie, selv om man er rammet av demens. Utvalget av hendelser, historier og sammenhengen brukerne presenterer seg i, kan i seg selv være et uttrykk for personens fortolkning av sitt liv. Historiene om fortiden vil preges av nåtiden, og kan derfor endre seg etter hvert som tiden går (ibid). Jeg mener vi ikke skal se etter sannhet i livshistoriene, men vise forståelse og gi brukerne en personlig opplevelse av å kunne fortelle sin historie ut fra egne livserfaringer. På denne måten vil vi jobbe personsentrert og individuelt opp mot våre brukere.

Omsorgens filosofi handler om forståelse, empati og tillit. Det er vesentlig at omsorgsgeren forstår de som skal motta omsorg, samt deres pårørende. Det kan tenkes at mange personer som blir rammet av demens, føler en sårbarhet og utrygghet ovenfor menneskene rundt seg. Det kan være en stor utfordring for familie og venner å ta hensyn til denne utryggheten, samt klare å skape en opplevelse av tillit og samhørighet til personen med demens. En families levde liv gjennom mange år gjør at pårørende har unik kunnskap om brukers historie, ønsker, behov, personlighet og verdier (Jakobsen og Homelien 2011). Det kan tenkes at de fleste pårørende ønsker å ta aktiv del i omsorgen til deres nærmeste. Rollen som tilskuer kan for mange bli meningsløs. Betingelsene til pårørende viser ulike behov for hjelp og støtte, både ut ifra et personlig plan, et familieståsted, men også i henhold til hvilken fase i sykdomsforløpet deres nærmeste er. Forskning viser imidlertid at det kan være vanskelig å samle informasjon om brukernes livshistorie hvor pårørende ikke ønsker å dele fortiden med andre. For mange kan det ha oppstått situasjoner og hendelser som kan være vanskelig og belastende å fortelle om. Noe som hører fortiden til. Det er da essensielt at personale informerer dem om at de velger selv hva de vil fortelle, men at noen historier kan være til hjelp i samhandling med brukerne. Å bruke livshistorien deres kan være med på å styrke deres selvbilde og bekrefte hvem de har vært, samt skape en bedre relasjon mellom bruker, pleier og pårørende (Drageset et.al 2015).

Hva er det som ikke skal nevnes for personen med demens, som kan være med på å skape uheldige situasjoner og svekke deres identitet og selvbilde? Studien til Drageset et.al (2015) påpeker at kunnskap om utvikling av sykdommen og forståelse for hvordan deres

livshistorie skal brukes, omhandler å fokusere på verdier av personlig karakter og trå frem med respekt og ydmykhet for å kunne bevare deres identitet. «Min livshistorie» er et skjema utarbeidet av Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse, hvor pårørende kan kartlegge ulike interesser og fakta om brukernes liv. I jobbsammenheng har jeg imidlertid opplevd at pårørende ikke ser på livshistorie som nødvendig, og tar seg ikke tid til å fylle ut skjemaet. Veiledning og informasjon om viktigheten av dette skjemaet er avgjørende i arbeidet mot en mer personsentrert tilnærming. Som tidligere nevnt vil pårørendes kunnskap og forhold i henhold til deres nærmeste, kunne ha betydning for vår samhandling med personen som er rammet av demens. Vi viser da innsikt og forståelse for deres situasjon, og kan skape tillit og trygghet til både bruker og pårørende. Dette kan også være med på å styrke forholdet mellom bruker og pårørende, og gjenvinne kontrollen etter omveltingene som har skjedd i deres liv (Jakobsen og Homelien 2011). Pårørendearbeid er viktig, samtidig som vi skal lytte til brukerne og være varsom for deres reaksjoner. Noen brukere har ikke pårørende som kan beskrives som ressurs, men kanskje snarere en belastning. Personsentrert tilnærming og livshistoriearbeid må ha fokus på dette aspektet også. På denne måten kan vi som sykepleiere fremme en helhetlig personsentrert omsorg ved bruk av livshistoriearbeid.

Studien til McKeown et.al (2010) indikerer at livshistoriearbeid har potensiale for å påvirke personale til å jobbe personsentrert opp mot sine brukere. Å se og forstå personen bak sykdommen i sammenheng mellom fortid og nåtid, var av stor betydning i funnene. Dette samsvarer med Tom Kitwood sin tankegang om hvordan personsentrert omsorg skal gjøre det mulig for den enkelte å opprettholde sin selvstendighet, identitet, og bruke sine ressurser så lang det er mulig (Rokstad 2014). Som sykepleier må vi respektere den identitet brukerne har på et hvert tidspunkt i forløpet av demenssykdommen. Imidlertid opplever jeg at helsepersonell overser, eller glemmer at våre brukere fortsatt har mange ressurser, og mestrer ulike oppgaver selv om de har en langt kommet demenssykdom. Det kan dreie seg om bevisste eller ubevisste oppfatninger og holdninger vi har, men vi retter ikke oppmerksomheten mot det. Hermeneutikken tar for seg spørsmål og tanker knytt til forståelse og fortolkning. Fortolkning legger til grunn for måten vi ser verden på, og vår forforståelse gir oss et bestemt perspektiv som vi ikke kan fri oss helt fra (Thornquist 2012). Vi fratrar brukerne muligheten til å opprettholde sin selvstendighet og potensiale for mestring med vår forforståelse for situasjonen, for eksempel i stellesituasjoner. Jeg mener vi jobber for oppgavefokuset, hvor tid blir prioritert fremfor å fremme brukerens egne

ressurser. Studien til Cooney et.al (2014) underbygger mine erfaringer hvor tid var en viktig faktor som hadde innvirkning for en positiv opplevelse med brukerne. Kjennskap til brukernes livshistorie hjalp personale i studien til å støtte personer med demens i involveringen av egen omsorg. Målet med vårt arbeid innenfor demensomsorgen er at brukerne skal ha det så bra som mulig ut fra deres situasjon. Det forutsetter at helsepersonell er bevisst på å se brukerne som enkelt individer og etter mine erfaringer, jobbe med livshistoriearbeid for å fremme en personsentrert tilnærming i praksis. Vi må ikke se på det som en ekstra oppgave, men en normal og verdifull del av omsorgen vi gir til våre brukere.

5.2.3 utfordringer ved implementering av personsentrert omsorg og livshistoriearbeid i praksis

De samfunnsmessige utfordringene innenfor demensomsorgen i Norge er store. Mange kommuner har et godt tilbud til personer med demens som bor på institusjon, men det kan virke som om tilbudet til de som bor hjemme er for dårlig (Ekeland og Heggen 2007). Uten å gå videre inn på dette, tenker jeg at det er viktig å nevne at ulike instanser må samarbeide for å klare å fange opp personer med demenssykdom tidligere. Tidlig diagnostisering, utredning og behandlingstiltak vil kunne hjelpe mange demensrammede å mestre hverdagen bedre, og dermed klare å bo hjemme lengst mulig.

Demensplan 2020 (Helse – og omsorgsdepartementet 2015) skal legge til rette for økt brukerinnflytelse og brukerinvolvering. Det skal tas utgangspunkt i den enkeltes interesser, behov, vaner og ønsker for å kunne fokusere på deres ressurser. Brukers selvrespekt og verdighet må ivaretas for at de skal oppleve mestring og trygghet, også når de kommer på sykehjem. Kjennskap til livshistorie, kulturelle bakgrunn og personlighet er derfor viktig på et tidlig stadium for å kunne møte brukerne med en personsentrert tilnærming (McKeown et.al 2010). Sett fra et sykepleiefaglig perspektiv med de erfaringskunnskapene jeg har fra praksis så må dette arbeidet gjøres med respekt og verdighet, nettopp fordi hver enkelt bruker eier sin egen historie. Vi må se behovene ut ifra brukerens eget perspektiv, og ta hensyn til hvordan verden oppleves for den enkelte, uavhengig om de bort hjemme eller på sykehjem. Tilhørighet og hjelp til å holde fast på identitet og egenverd, kan øke opplevelse av meningsfylte dager og oppgaver i trå med egne livsverdier.

En viktig forutsetning for å kunne gi personer med demens et kvalitativt godt tilbud, er kompetanseutvikling for personale som møter brukerne i ulike faser i sykdomsforløpet. Dette innebærer å legge til rette for tilegning av fagkunnskap om demens, samt mulighet til å erverve praktiske ferdigheter og erfaringer i samhandling med brukerne. Ansvar for faglig oppdatering og utvikling av ferdigheter ligger både hos den enkelte pleier, men også hos den ansvarlige for virksomheten (Rokstad 2014). I St.meld nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening – framtidens omsorgsutfordringer*, var behovet for kompetanse en av de viktigste strategiene for å sikre kvaliteten på tjenestetilbudene. Erfaringer fra egen klinisk praksis og pågående videreutdanning innen aldring og eldreomsorg, viser at kompetanseheving fortsatt er et dagsaktuelt tema som også vil gjøre seg gjeldende i fremtiden. For at vi skal kunne yte god og helhetlig helsehjelp overfor våre brukere er det viktig at vi ser på både de store samfunnsmessige endringene, og hvordan dette påvirker vår brukergruppe. Kompetanseheving er nødvendig for at vi skal kunne møte brukerne med en personsentrert tilnærming som kan være med på å bedre vår omsorg til dem. Dette ser vi også i St.meld. 26 (2014-2015), *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*, nærmere 10 år etter tidligere nevnt stortingsmelding, hvor regjeringen fastslår viktigheten av kontinuerlig kompetanseheving. Det utarbeides samtidig en handlingsplan for rekruttering, kompetanseheving og fagutvikling i omsorgstjenestene, Kompetanseløft 2020. Målet er å bidra til en faglig sterk helse- og omsorgstjeneste, og sikre at sektoren har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Dette underbygger mine tanker om at kompetanseheving er nødvendig for å kunne nyttiggjøre oss av livshistoriearbeid, som igjen kan bidra til at sykepleier fremmer personsentrert omsorg i praksis.

Som sykepleier ser jeg flere utfordringer i implementeringen av livshistoriearbeid i praksis for å kunne fremme en personsentrert tilnærming. Oppgaver og ansvarsområder fordelt fra ledelsen, krever at de med sykepleieutdanning trekkes ut fra avdelingen. På sykehjem er man ofte fastlåst til rutiner basert på «for liten tid», «for mye å gjøre» og lav bemanning. Vårt arbeid blir derfor oppgavefokuseret. Det er et lederansvar å tilrettelegge for at vi skal kunne implementere nye tilnærminger, utvikle rutiner og arbeidsmetoder som kan bedre vårt tjenestetilbud. Jeg ser imidlertid utfordringer med at dette blir gjennomført på en god måte. Disse tankene baserer jeg på en økende vektlegging av budsjettbalanse, måloppnåelse og innbakte pleiekulturer innenfor de moderne helse- og omsorgstjenestene (Rokstad 2014).

Når det skal igangsettes opplæringstiltak er det viktig å basere seg på erfaringer fra brukerne selv, og pårørende. Det er viktig med informasjon som fokuserer på mer enn det medisinske perspektivet (Ekeland og Heggen 2007). Opplæring og informasjon om konsekvenser og utviklingen av sykdommen, samt kommunikasjon kan være med på å bevisstgjøre hvordan man skal møte personer med demens. Personsentrert omsorg og riktig bruk av livshistoriearbeid ses som en essensiell del av pleiekulturen for å bedre samhandling og relasjonsbygging mellom brukerne og personale. Samtidig kan man i studiene til McKeown et.al (2010) og Drageset et.al (2015) se at verdier og holdninger som mange helsepersonell besitter, kan være utfordrende for en bedret demensomsorg. Negative holdninger kan ligge nedarvet i oss blant annet gjennom vår kultur. Personale må komme bort fra en ensidig vektlegging av hva personer med demens ikke klarer, og i større grad vektlegge opplevelsesaspektet og iboende ressurser som den enkelte fremdeles har.

Helsepersonell må endre sine holdninger slik at man ikke inntar en posisjon som bedrevitere, men i større grad bestreber seg på å hente frem brukernes egne ønsker, behov og livshistorie. Det må skapes en felles kultur hvor personalgruppen deler de samme verdier og normer for å jobbe mot en personsentrert tilnærming. Tid og systematisk innsats er nødvendig for å fremme både faglig kompetanse, betydningen av nye tilnærminger og metoder, samt å endre en innbakt pleiekultur (McKeown et. al 2010; Drageset et. al 2015). Det er et lederansvar å tilrettelegge for endring, men hver enkelt medarbeider må selv være bevisst på sine holdninger, sine handlinger i miljøet og vilje til å videreutvikle sin kompetanse. I situasjoner med ressursmangel på arbeidsplassen, rutinepreget arbeid og dårlig tid, er det spesielt viktig for sykepleiere å være våkne og reflekterte over egen praksis.

Etikk er viktig for utøvelse av god sykepleie, da den kan bidra til økt faglig bevissthet og ivaretagelse av moralske handlinger i en hektisk hverdag. Etikken bidrar til bevisstgjøring av verdier og prinsipper som er viktig i klinisk utøvelse (Nortvedt 2012). Som sykepleier tenker jeg at det er en forutsetning at man ser det som sin oppgave å ta godt vare på brukerne, er motivert for å yte god omsorg for dem og være bevisst på å handle ut ifra pasientens beste. Vi må skape innsikt i brukerens personlig opplevelse og subjektive sider ved å være rammet av demens. Med utgangspunkt i lest litteratur kan man sammen med erfaringer, refleksjon, empati og godt klinisk skjønn møte etiske utfordringer på en god måte (ibid).

Basert på egne tanker fra praksis ser jeg at vi i mange situasjoner undervurderer brukernes mestringsevne og ressurser. Utenfor sykehjemmet jeg jobber på har vi en sansehage som personale holder ved like. Tidligere har dagnadsarbeidet med sansehagen blitt organisert bare for personale og pårørende. For noen år siden var der to kvinnelige beboere som gikk tur alene i hagen. Når personale kom ut stod de to kvinnene og luket ugress. Det var tydelig noe de hadde gjort tidligere og fremdeles mestret. Etter dette ble beboerne, som ønsket det og hadde interesse, inkludert i hagearbeidet og jeg ble selv overrasket over hvor mye enkelte klarte å gjennomføre. Etter dette har jeg blitt mer bevisst på å ikke synse og tro at de ikke klarer å delta i aktiviteter som strekker seg utover det vi har på avdelingen. Gode holdninger, kunnskap og en personsentrert tilnærming ovenfor brukerne, kan bidra til å skape trivsel og samhørighet for at brukerne skal kunne ha et godt liv med sin sykdom (Rokstad 2014). Det kreves imidlertid en bevisstgjøring i personalgruppen, og kanskje en endring av kulturen på arbeidsplassen. Å implementere en «ny» tilnærming kan både være tidkrevende og skape splittings i arbeidsmiljøet. Jeg hevder imidlertid at endringer og ny kunnskap er nødvendig for å kunne yte best mulig helsetjeneste.

Det er utarbeidet flere modeller som kan brukes for å implementere og kvalitetssikre en «ny» tilnærming. VIPS- praksismodell er en metode for å evaluere og arbeide med forbedring av demensomsorgen, samt innføre og yte personsentrert omsorg i praksis (Rokstad 2014). Den baserer seg på Tom Kitwood sin tankegang, hvor enkeltsituasjoner blir analysert. Forutsetninger for å implementere personsentrert omsorg i praksis ses å være kunnskap, tid, støtte og en kultur for å prøve ut nye metoder. Argyle (2012) viser til Dementia Care Mapping (DCM) som et hjelpemiddel for å evaluere den personsentrerte tilnærmingen. Den viser oss hvordan samspillet mellom pleier og bruker fungerer, og om det er potensiale for å fremme velvære hos brukerne i hverdagen. Fra egne erfaringer med DCM, kan man se om livshistoriearbeid er tilrettelagt for den enkelte og hvordan han eller hun responderer på det. Vi kan på bakgrunn av dette fremme personsentrert omsorg når livshistoriearbeidet blir jobbet konstruktivt med.

6.0 Konklusjon

Personsentrert omsorg ses som et verdigrunnlag hvor anerkjennelse av menneskets absolutte verdi med en individuell tilnærming, vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske. Den viser evnen til å forstå verden ut fra brukerens perspektiv, og etablerer et støttende sosialt miljø som dekker brukerens psykologiske behov (Brooker 2013).

Hensikten med litteraturstudien var å belyse bruk av livshistoriearbeid, og undersøke om det kan være med på å fremme personsentrert omsorg til personer med demens. Jeg fant at bruk av livshistoriearbeid er et godt redskap for å kunne bedre vår samhandling og kommunikasjon til personer som er rammet av demens. Det forutsetter at helsepersonell kjenner sine brukere, har kunnskap om kommunikasjonsferdigheter, og er i stand til å etablere en tilknytning til den demensrammede. Funnene bekrefter at alle mennesker er unike og eier sin egen historie. Vi må individualisere vår tilnærming til den enkelte bruker, hvor kjennskap til deres livshistorie gir oss større mulighet for å fremme personsentrert omsorg, møte deres behov og verdier, samt bevare brukernes identitet.

Jeg fant imidlertid også antydninger til at implementering av livshistoriearbeid og personsentrert omsorg i praksis kunne by på ulike utfordringer. Blant annet kan negative holdninger ligge nedarvet i oss gjennom vår kultur. Helsepersonellens egne verdier og holdninger står sterkt på en arbeidsplass hvor en innbakt pleiekultur har pågått over lengre tid (McKeown et.al 2010). Vi som jobber med disse utfordringene må komme bort fra en ensidig vektlegging av hva personer med demens ikke klarer, og i større grad vektlegge opplevelsesaspektet og iboende ressurser de fremdeles har. Sammen kan vi skape en felles kultur hvor personalgruppen deler de samme verdier og normer for å jobbe mot en personsentrert tilnærming med fokus på den enkeltes livshistorie. Kompetanseheving er avgjørende for at vi skal kunne nyttiggjøre oss av livshistoriearbeid, og dermed møte brukerne med en personsentrert tilnærming som kan være med på å bedre vår omsorg til dem.

6.1 Forslag til videre forskning

Personsentrert omsorg er et område det vokser frem forskning på kontinuerlig, samtidig er det viktig å aktualisere behovet for videre forskning for å videreutvikle retningen, og gi best mulig omsorg til våre brukere. Vi ser et fokus på hvilke retningslinjer og fremgangsmåter vi skal nytte i vår kliniske praksis i Demensplan 2020. Jeg tenker det vil

da være aktuelt å forske på implementeringen av dette om noen år. Hvilke effekter vil personsentrert omsorg gi i demensomsorgen, og hvilke utfordringer har implementeringen gitt?

7.0 Litteraturliste

- Argyle, Elaine. 2012. «Person centred dementia care: problems and possibilities». *Working with Older People*, 2012, Vol.16(2), p.69-77. Tilgjengelig fra: <http://search.proquest.com/docview/1019287547?OpenUrlRefId=info:xri/sid:primo&accountid=40814>. (Lest 10.02.16)
- Brooker, Dawn. 2013. *Personsentrert demensomsorg – veien til bedre tjenester*. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
- Cooney, Adeline ; Hunter, Andrew ; Murphy, Kathy ; Casey, Dympna ; Devane, Declan ; Smyth, Siobhan ; Dempsey, Laura ; Murphy, Edel ; Jordan, Fionnuala ; O' Shea, Eamon. 2014. «‘Seeing me through my memories’: a grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in long-term care». *Journal of Clinical Nursing*, 2014, Vol.23(23-24), pp.3564-3574. Tilgjengelig fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12645/epdf>. (Lest 20.01.16)
- Dalland, O. 2012. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Drageset, Ingrid, Hans Kjetil Normann og Ingunn Elstad. 2015. «Identity-supportive nursing of patients with dementia in nursing homes». *Nordisk Sygeplejeforskning*. 2015(03), pp.296-310. Tilgjengelig fra: https://www.idunn.no/nsf/2015/03/identity-supportive_nursing_ofpatients_with_dementia_innu (Lest 10.02.16)
- Ekeland, Tor-Johan og Kåre Heggen. 2007. *Mestring og myndiggjering – reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Evans, David. 2002. «Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data». *Australian Journal of Advanced Nursing*, 2002, vol 20, nr 2.

- Folkehelseinstituttet. 2016. *Sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning*.
<http://www.kunnskapscenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler> (hentet den 26.01.2016)
- Forsberg, Cristina og Yvonne Wengstrøm. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier*.
Stockholm: Forfatterna och Bokförlaget natur kultur.
- Fossland, Trine og Kirsten Thorsen. 2010. *Livshistorier i teori og praksis*. Bergen: .
Fagbokforlaget Vigmstad og Bjørke AS
- Heap, Ken. 2012. *Samtalen i eldreomsorgen – kommunikasjon – minner – kriser – sorg*.
Oslo: Kommuneforlaget AS
- Hellstrøm, Ingrid, Mike Nolan, Lennart Nordenfelt og Ulla Lundh. 2007. Ethical and
methodological issues in interviewing persons with dementia. *Nursing Ethics* 14.5
(Sep 2007): 608-19. DOI: 10.1177/0969733007080206. (hentet den 02.03.16)
- Helse -og omsorgsdepartementet. 2005-2006. *Mestring, muligheter og mening – framtidens
omsorgsutfordringer*. Mld. St. 25 (2005-2006) Oslo: Helse -og
omsorgsdepartementet
- Helse – og omsorgsdepartementet. 2014-2015. *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet
og helhet*. Mld. St. 26 (2014-2015). Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet
- Helse – og omsorgsdepartementet. 2015 *Demensplan 2020 – et mer demensvennlig
samfunn*. https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf (lest 19.01.2016)
- Helsedirektoratet. 2015. *Personsentrert omsorg og miljøbehandling ved demens*.
<https://helsedirektoratet.no/demens/personsentrert-omsorg-og-miljobehandling-ved-demens> (lest 19.11.15)
- [Jakobsen, Rita og Siri Homelien. 2011. *Pårørende til personer med demens – om å forstå, involvere og støtte*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS](#)

Karlsson, Eva; Savenstedt, Stefan; Axelsson, Karin; Zingmark, Karin. 2014.

«Stories about life narrated by people with Alzheimer's disease.» *Journal of Advanced Nursing*. 70(12):2791-9, 2014 Dec. Tilgjengelig fra DOI:

<http://dx.doi.org/10.1111/jan.12...>

Kirkehei, Ingvild og Sari Susanna Ormstad. 2013. Litteratursøk. *Norsk Epidemiologi* 2013; 23 (2): 141-145. <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/litteratursok> (lest 25.11.15)

Malterud, Kirsti. 2011. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget

McKeown, Jane; Clarke, Amanda; Ingleton, Christine; Ryan, Tony; Repper, Julie. 2010. «The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care.» *International Journal of Older People Nursing*. 5(2):148-58, 2010

Jun. Tilgjengelig fra DOI:

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1748...>

Norsk senter for forskningsdata. 2016. *Database for statistikk om høyere utdanning – publiseringskanaler*. <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (lest den 26.01.2016)

Nortvedt, Per. 2012. *Omtanke – en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb kunnskapsbasert – en arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS

Rokstad, Anne Marie Mork. 2014. *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget

Rokstad, Anne Marie Mork. 2008. «Forståelse som grunnlag for samhandling». I *Personer med demens – møte og samhandling*, red. Anne Marie Mork Rokstad og Kari Lislerud Smebye, 60-82. Oslo: Akribe AS

[Russell, C;](#) [Timmons, S.](#) 2009. Life story work and nursing home residents with dementia.» BNI, Vol. 13 No. 4,28-32, April 2009. Tilgjengelig fra: <http://search.proquest.com/docview/764383673?accountid=40814> (lest 07.11.15)

Savundranayagam, Marie Y. 2014. «Missed opportunities for person-centered communication: implications for staff-resident interactions in long-term care.» *International Psychogeriatrics*. 26(4):645-55, 2014 Apr. Tilgjengelig fra DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S10416...>

[Sjögren K,](#) [Lindkvist M,](#) [Sandman PO,](#) [Zingmark K,](#) [Edvardsson D.](#) 2012. «Person-centredness and its association with resident well-being in dementia care units.» *Journal of advanced nursing*. 2013 Oct;69(10):2196-205. Tilgjengelig fra DOI: 10.1111/jan.12085

Thornquist, Eline. 2012. *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget

Travelbee, Joyce. 1999. Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo: Universitetsforlaget AS

Wyller, Torgeir Bruun. 2012. *Geriatrici – en medisinsk lærebok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Vedlegg 1: PICO – skjema

Deler tabellen i norske og engelske ord med trunkeringstegn (*).

P	I	O
Demens*	Personsentrert omsorg	Livshistorie*
Alzheimer*		Reminisens
Sykehjem		
Dementia	Person –centred care	Life stor*
Alzheimer*	Patient – centred care	Life histor*
Nursing home*		Reminiscence
Care unit		Memory*

Vedlegg 2:

Oversiktstabell for litteratursøk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
Person-centred care AND nursing home AND life stor*	21.10.15	Ovid	2	0	0	0
Person-centred care AND dementia AND nursing home	21.10.15	Pubmed	75	6	2	0
Personsentrert omsorg AND livshistorie AND demens	21.10.15	SveMed+	0	0	0	0
Person-centred care AND life histor*	21.10.15	SveMed+	0	0	0	0
Person –centred care OR Patient -centred care AND Dementia AND Life histor*	21.10.15	Ovid	2	1	1	1

Person-centred care AND nursing home AND life stor* OR reminiscence	21.10.15	Ovid	0	0	0	0
Dementia AND life stor* AND nursing home	21.10.15	Science Direct	3774	0	0	0
Dementia AND person-centred care AND life stor*	21.10.15	Science Direct	4800	0	0	0
Demens* AND sykehjem AND personsentret omsorg	07.11.15	Oria	19	0	0	0
Person-centred care OR patient-centred care AND dementia AND life stor*	07.11.15	Ovid	4	3	3	2
Patient-centred care AND reminiscence AND nursing home	07.11.15	Pubmed	0	0	0	0
Person-Centred Care AND Nursing home* AND Dementia AND life stor*	07.11.15	Oria	4	2	1	1
Demens AND Sykehjem AND AND livshistorie	07.11.15	Oria	4	0	0	0
Dementia AND life histor* OR life stor* AND nursing home	16.12.15	Pubmed	40	9	3	0

Alzheimer* AND reminiscence AND nursing home	16.12.15	Pubmed	16	4	0	0
Alzheimer AND care units AND life stor*	16.12.15	Pubmed	0	0	0	0
Reminiscence AND Dementia AND Memory	20.01.16	Oria	94	14	5	1
Dementia AND life histor*	20.01.16	PubMed	38	6	1	0
Person- centred care AND dementia AND care units	20.01.16	PubMed	17	5	3	1
Dementia AND nursing home AND Person-centred care AND life histor*	20.01.16	Oria	8	2	1	0
Dementia AND life histor* OR life stor* AND care units	20.01.16	Oria	2275	0	0	0
Alzheimer* AND nursing home AND identity	10.02.16	Ovid	6	0	0	0
Dementia AND nursing home AND identity	10.02.16	Ovid	26	4	3	0
Person – centred dementia care AND dementia AND nursing home AND implementation	10.02.16	Oria	11	3	2	1

Person-centred care AND dementia AND nursing home AND organisation	10.02.16	Oria	13	0	0	0
Dementia AND Person-centred care AND Identity	10.02.16	Oria	18	4	2	1

Vedlegg 3:

Inkluderte forskningsartikler

Artikkel 1:

Dato	21.10.15
Forfatter(e)	Savundranayagam, Marie Y.
År	2014
Land publisert	Storbritannia
Tidsskrift	International Psychogeriatrics
Tittel	Missed opportunities for person-centered communication: implications for staff-resident interactions in long-term care.
Hensikt	Formålet med denne studien var å undersøke hvilken grad kommunikasjonen til de ansatte var person-sentrert, og i hvilken grad ansatte mister muligheter til å kommunisere med brukere på en person-sentrert måte.
Metode/ Instrument	Kvalitativ metode Samtaler mellom personal og brukere ble tatt opp på lydbånd under rutineoppgaver på et sykehjem over en 12 – måneders periode.
Deltakere	13 ansatte på et sykehjem deltok i studien. Alle brukerne som var inkludert i studien hadde Alzheimer sykdom. 35% av brukerne hadde MMS –score mellom 12-18. Resterende 65% av brukerne hadde MMS – score mellom 0-11.
Frafall	Ingen frafall
Hovedfunn	Funn avdekket en felles kommunikasjonssekvens der ytringer kodet som personsentrert ble fulgt av ytringer kodet som tapte muligheter.

	Denne sekvensen tyder på at den positive virkningen av personsentrert kommunikasjon, kan bli svekket når slik kommunikasjon er etterfulgt av tapte muligheter. Data viser også at tapte muligheter aktualiserer behovet for opplæring av personalet.
Kvalitet	Artikkelen er publisert i godkjent tidsskrift etter NSD
Etisk vurdert	Ja
Database	Ovid
Artikkel 2:	
Dato	07.11.15
Forfatter(e)	Eva Karlsson, Stefan Såvenstedt, Karin Axelsson & Karin Zingmark
År	2014
Land publisert	Sverige
Tidsskrift	Journal of Advanced Nursing.
Tittel	Stories about life narrated by people with Alzheimer's disease
Hensikt	Hensikten med studien var å utforske hvordan mennesker med Alzheimers sykdom presentere sin livshistorie.
Metode	Kvalitativ metode
Instrument	Individuelle narrative intervju mellom september 2010 – mars 2011.
Deltakere	9 deltakere med Alzheimers sykdom, 5 kvinner og 4 menn i alder mellom 60-81 og en MMS –score mellom 19-25.
Frafall	Ingen
Hovedfunn	Tilfredshet, sammenheng, selvtillit og personlig vekst ble identifisert som sentrale dimensjoner i deltakernes livshistorier og vist som tråder gjennom hele livet. Fra barndommen og til voksenlivet. Alle deltakerne uttrykte en generell tilfredshet med livet, og samhørighet var relatert til deres relasjon med betydelige personer, samt å bli inkludert i lokalsamfunnet. Selvtillit ble uttrykt som en sterk faktor hvor egen evne, og en generell nysgjerrighet gjennom hele livet som en vedvarende søken etter personlig vekst.
Kvalitet	Artikkelen er publisert i godkjent tidsskrift etter NSD
Etisk vurdert	Ja
Database	Ovid

Artikkel 3:

Dato	07.11.15
Forfatter(e)	Russell, Catherine; Timmons, Stephen
År	2009
Land publisert	Storbritannia
Tidsskrift	Nursing Older People
Tittel	Life story work and nursing home residents with dementia
Hensikt	Lytte til historiene til sykehjemsbeboere med demens for å få innsikt i deres forståelse av seg selv.
Metode	En narrativ forskningsmetodikk ble brukt med kvalitativ tilnærming.
Instrument	Ustrukturerte intervju på 45 min intervall. Ingen faste spørsmål.
Deltakere	5 deltagere over 65 år med mild til moderat demensdiagnose
Frafall	0
Hovedfunn	Ved rekonstruksjon av fortellingene til intervjupersonene, var det mulig å få et innblikk i ulike aspekter av deres liv, som ellers ville vært vanskelig å forstå. Historiene viser hvordan mennesker med diagnosen demens forblir enkeltpersoner, selv om vansker med forståelse og kommunikasjon kan noen ganger skjule dette faktum.
Kvalitet	Artikkelen er publisert i godkjent tidsskrift etter NSD
Etisk vurdert	Ja
Database	Oria

Artikkel 4:

Dato	07.11.15
Forfatter(e)	Jane McKeown, Amanda Clarke, Christine Igleton, Tony Ryan og Julie Repper
År	2010
Land publisert	Storbritannia
Tidsskrift	International Journal of Older People Nursing
Tittel	The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care

Hensikt	Hensikten var å undersøke hvordan livshistoriearbeid ble forstått og brukt i praksis, hvordan det oppleves av brukerne, hvordan det påvirker vår måte å jobbe på, og utfallet av vår omsorg.
Metode Instrument	Kvalitativ metode Det var en multippel case studie med en konstruktivistisk tilnærming. Semi-strukturerte intervjuer, observasjoner og samtaler var brukt.
Deltagere Frafall	4 brukeres livshistorie var i fokus i studien, hvor det forgikk 21 intervjuer med sykepleiere, annet helsepersonell og pårørende i den sammenheng. 0
Hovedfunn	Ved bruk av livshistoriearbeid for personer med demens, i sammenheng med pårørende og helsepersonell, vil det ha potensial til å forbedre flere aspekter innenfor personsentrert omsorg. Bli kjent med personen bak sykdommen, bruke det som en positiv aktivitet, samt gi bruker mulighet til å bli hørt og sett.
Kvalitet	Artikkelen er publisert i godkjent tidsskrift etter NSD
Etisk vurdert	Ja
Database	Ovid
Artikkel 5:	
Dato Forfatter(e) År Land publisert Tidsskrift	20.01.16 Adeline Cooney, Andrew Hunter, Kathy Murphy, Dympna Casey, Devlan Devane, Siobhan Smyth, Laura Dempsey, Edel Murphy, Fionnula Jordan og Eamin O`Shea 2014 Ireland Journal of Clinical Nursing
Tittel	«Seeing me through my memories`:a grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in long-term care
Hensikt	Formålet med studien var å forstå deltakernes oppfatning av reminisens, dens innvirkning på deres liv, samt deres opplevelse av omsorg i trå med erindringsarbeid.
Metode Instrument	Kvalitativ studie Dybdeintervju gjennomført av samme forsker.

Deltakere	38 deltakere. 11 personer med demens, 5 pårørende, 9 sykepleiere, 10 assistenter og 3 avdelingssykepleiere.
Frafall	0
Hovedfunn	Reminisens gav personale mulighet til å bli bedre kjent med beboerne på nye måter, hvor de kunne se personen bak sykdommen. Samhandling og kommunikasjon var betydelig bedre mellom ansatte og beboere både under og etter bruk av erindringsarbeid. De så på hverandre som unike enkelt individer, både personale og beboerne.
Kvalitet	Artikkelen er publisert i godkjent tidsskrift etter NSD
Etisk vurdert	Ja
Database	Oria

Artikkel 6:

Dato	20.01.16
Forfatter(e)	Karin Sjøgren, Marie Lindkvist, Per-Olof Sandman, Karin Zingmark og David Edvardsson
År	2012
Land publisert	Sverige
Tidsskrift	Journal of Advanced Nursing
Tittel	Person-centredness and its association with resident well-being in dementia care units
Hensikt	Studien ville utforske forholdet mellom personsentrert omsorg og evnen til å utføre dagliglivets aktiviteter, livskvalitet, smertenivå, depressive symptomer og agitert atferd hos personer med demens på sykehjem.
Metode	Kvantitativ metode
Instrument	Det ble brukt et tverrsnitt studie hvor flere modeller ble tatt i bruk for å evaluere de ulike temaene i studien.
Deltakere	1169 ansatte i sykehjem og 1261 personer med demens i 151 sykehjem i hele Sverige.
Frafall	0
Hovedfunn	Beboere som bodde i enheter med høyre nivå av personsentrert omsorg, ble vurdert ut ifra funn til å ha høyere gra av livskvalitet og

	evne til å utføre ADL-aktiviteter som spise, drikke og toalettbesøk. Ingen signifikante funn i forhold til personsentrert omsorg og de andre temaene, men understreket at dette måtte forsket videre på.
Kvalitet	Artikkelen er publisert i godkjent tidsskrift etter NSD
Etisk vurdert	Ja
Database	PubMed

Artikkel 7:

Dato	10.02.2016
Forfatter(e)	Ingrid Drageset, Hans Ketil Normann og Ingunn Elstad
År	2015
Land publisert	Norge
Tidsskrift	Nordisk Sygeplejeforskning – Idunn
Tittel	Identity – supportive nursing of patients with dementia in nursing homes
Hensikt	Innenfor sykepleie er opprettholdelse av identitet og kontinuitet store utfordringer da spesielt i demensomsorgen. Artikkelen tar sikte på å utforske hvordan helsepersonell kan støtte og opprettholde brukernes følelse av kontinuitet og identitet. Også videre hvordan dette kan gjøres ved å ha kjennskap til brukerens livshistorie.
Metode	Kvalitativ metode
Instrument	Intervju, både individuelle, grupper på to, og fokusgrupper.
Deltakere	14 personale, både sykepleiere og hjelpepleiere, samt ledere. Alle kvinner.
Frafall	Ingen
Hovedfunn	Pasientenes identitet kan styrkes ved hjelp av flere tiltak som fremmer følelse av tilhørighet på sykehjemmet. Livshistoriearbeid kan være med på å opprettholde deres selvbylde og hvem de var/er, samt en måte å jobbe ut ifra en personsentrert tilnærming som kan skape trygghet og velvære for pasientene.
Kvalitet	Artikkelen er publisert i godkjent tidsskrift etter NSD
Etisk vurdert	Ja
Database	Oria

Artikkel 8:

Dato	10.02.16
Forfatter(e)	Elaine Argyle
År	2012
Land publisert	Storbritannia
Tidsskrift	Working with older people
Tittel	Person centred dementia care: problems and possibilities
Hensikt	Hensikten med denne studien var å vurdere hvordan den personsentrerte tilnærmingen hadde effekt på sykehjemsbeboere, og se på forbedringspotensial, samt ulike faktorer som kan danne barrierer ved bruk av Dementia Care Mapping (DCM).
Metode	Kvalitativ observasjonsstudie
Instrument	Dementia Care Mapping – observasjon over en tidsperiode på 6 timer
Deltakere	5 kvinner mellom 77-92 år.
Frafall	0
Hovedfunn	I studien kommer det frem at denne avdelingen jobbet personsentrert opp mot sine brukere. Dette vises ved data fra DMC – kartleggingen hvor humør og engasjement målingene var overveldende positive. Det vises at personale hadde kjennskap til beboernes behov og interesser som resulterte i gode relasjoner og samhandling mellom personale og beboerne. Men også at personer med demens er en sårbar gruppe hvor mange ikke klarer å uttrykke seg verbalt for sine ønsker og behov. Mange jobber oppgavefokuset og det er ikke tilrettelagt for en personsentrert tilnærming med tanke på organisatorisk styring, rullering av personal, og vår «makt» over brukerne.
Kvalitet	Artikkelen er publisert i godkjent tidsskrift etter NSD
Etisk vurdert	Kan ikke se at denne artikkelen er vurdert av en etisk komite
Database	Oria