



# HiMoldeMaster

**Master i helse- og sosialfag,  
Kliniske hjelperelasjoner overfor sårbare  
grupper**

**Dementia Care Mapping - en mulig metode for utvikling av  
demensomsorg i sykehjem?**

**Anne Marie Mork Rokstad**

**Molde Årstad**



**Høgskolen i Molde**

# Studentoppgave til Mastergrad

**Tittel på norsk: Dementia Care Mapping - en mulig metode for utvikling av demensomsorg i sykehjem?**

**Tittel på engelsk: Dementia Care Mapping - a possible method to develop dementia care in nursing homes?**

**Forfatter(e): Anne Marie Mork Rokstad**

**Fagkode/studiepoeng: 30**

**Årstall: 2008**

**Veileder: Solfrid Vatne**

## Fullmakt til elektronisk publisering av masteroppgave

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven, det betyr blant annet en enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Jfr.Åndsverkl. §2).  
Alle oppgaver som fyller kriteriene for registrering i BIBSYS Brage vil likevel bli registrert der, men gjort tilgjengelig elektronisk bare med forfatter(ne)s godkjenning.  
Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt, vil ikke bli publisert elektronisk.

**Jeg/vi gir herved HiM en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for publisering på internett:**

ja nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**  
(båndleggingsavtale må fylles ut)

ja nei

**Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?**

ja nei

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**  
(inneholder taushetsbelagt informasjon, (Jfr. Offl. §5a/Fvl. §13))

ja nei

**Dato:**

**Masteroppgave i helse- og sosialfag,  
Kliniske hjelperelasjoner overfor sårbare grupper  
Høgskolen i Molde**

**Deltid: 2006 - 2008**

***Dementia Care Mapping - en mulig  
metode for utvikling av demensomsorg  
i sykehjem?***

**Mastergradstudent: Anne Marie Mork Rokstad**

**Veileder: Solfrid Vatne**

**Innlevering 2.mai 2008**

*Til min kjære storesøster Kari (1956 – 2003)*  
*Det beste forbilde som sykepleier og menneske.*

## SAMMENDRAG

### **Dementia Care Mapping – en mulig metode for utvikling av demensomsorg i sykehjem?**

*Bakgrunn og hensikt:* Dementia Care Mapping (DCM) ble utviklet i Storbritannia på 1990-tallet og brukes som verktøy for evaluering og utvikling av demensomsorg i en rekke land. Mitt ønske var å introdusere denne metoden i et norsk sykehjem. Norske myndigheter satser målrettet på utvikling av demensomsorgen gjennom Demensplan 2015. I denne planen vektlegges blant annet utvikling av miljøbehandling til personer med demens. Målet med studien var å innhente informasjon om hvordan DCM kunne virke inn på utviklingen av demensomsorgen i en sykehjemsenhet med særlig fokus på hvordan personalet dro nytte av metoden i sitt praktiske arbeid.

*Design og metode:* Studien har et beskrivende design med tre metodiske tilnærminger fordelt på to faser av datainnsamling. Bakgrunnsdata er innhentet ved DCM-kartlegging av 6 beboere i enheten over 2 dager à 6 timer. Kartleggingen ble etterfulgt av tilbakemelding til personalet og gjentatt på samme måte etter tre måneder. Hovedfunn er samlet inn ved to fokusgruppeintervjuer med de 4 i personalgruppen som var direkte involvert under kartlegging og tilbakemelding. Intervjuene ble foretatt i etterkant av de to kartleggingsrundene. Avdelingssykepleier ble intervjuet avslutningsvis. I analyse av intervjudataene ble innledningsvis det totale materiale gjennomgått for å få et helhetsinntrykk og identifisere hovedtema i tekstmateriale. Deretter ble teksten kodet i meningsbærende enheter knyttet til disse temaene og sammenholdt med bakgrunnsdata fra DCM-kartleggingen.

*Resultater:* Oppgaven levers som to artikler med en innledende utdypning av litteratursøk, teoretisk referanseramme og metode. Innledningen inneholder også en samlet drøfting av hovedfunnene i studien. Presentasjon av bakgrunnsdata fra DCM-kartleggingen i artikkel 1, viser at pasientenes grad av trivsel/velvære økte fra første til andre kartlegging. En så også redusert forekomst av sosialt tilbaketrukket atferd hos pasientene ved andre kartlegging. I artikkel 1 beskrives personalets opplevelse av endring i egen atferd i samhandling med pasientene basert på øket bevisstgjøring etter tilbakemelding. I artikkel 2 beskrives de refleksjoner som DCM-prosessen satte i gang hos personalet i form av økt bevisstgjøring, selvrefleksjon og refleksjon i fellesskap. De beskriver at tilbakemeldingene ga viktig bekreftelse på eget arbeid som ga opplevelse av verdi og anerkjennelse. Eksempler på god omsorgspraksis som ble trukket frem, ga økt trygghet for valg av tilnærming i utfordrende

situasjoner og økt sensitivitet for pasientens subjektive ståsted. Som konsekvens av dette, ble behovet for felles arenaer for refleksjoner i personalgruppen, avdekt.

Nøkkelord: evaluering av demensomsorg, sykehjem, miljøbehandling, refleksjoner, personalutvikling

## SUMMARY

### **Dementia Care Mapping – a possible method to develop dementia care in nursing homes?**

*Background and aim:* Dementia Care Mapping (DCM) was developed in UK in the early 1990s and is used as a method to evaluate and develop dementia care in several countries. My wish was to introduce this method in a Norwegian nursing home. The Norwegian government has an aim to develop dementia care in Dementia plan 2015. In this plan milieu therapy to persons with dementia is pointed out as area for development. The aim of the study was to gather information on how DCM influenced the development of dementia care in a nursing home unit, especially focusing how nursing staff experienced the usefulness of the method in their practical work.

*Design and Method:* The study has a descriptive design with three methodological approaches in two phases of data gatherings. Background data is gathered in dementia care mappings of 6 residents in the unit in 2 days à 6 hours. The mapping was followed up by feedback to the staff and repeated after 3 months. The main findings are gathered in two focus group interviews of the 4 staff members that were directly involved in the mapping and feedback process. The leader of the unit was interviewed in the end. Initially in the data analysis the total data material was read to gain an overview and identify main themes in the text material. Then the text was coded in units of meaning based on these main themes and compared with background data from the mappings.

*Results:* This study is presented as two articles accompanied by an introduction presenting the seeking of literature, theoretical frame and method. The introduction also presents a discussion of the main findings in the study. The presentation of background data from the mapping in article 1 shows that well-being increased in the group of residents from the first to the second mapping. It also shows decrease in social withdrawing in the group of patients. Article 1 describes the staff's experience of change in their own behaviour meeting the patients, based on increased consciousness after feedback. Article 2 describes the reflections initiated in the nursing staff by the DCM process. They describe increase in consciousness, self-reflection and shared reflections with other members of the staff. They describe how feedback confirmed their work and gave an experience of worth and acknowledge. Examples

of good care practice pointed out in the feedback session, gave more security in choosing actions in challenging situations and increased sensitivity on patients needs. As a consequence, the need of time and areas for the staff to share reflections was revealed.

Key words: dementia care mapping, nursing homes, milieu therapy, reflections, staff development.



# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1.0 INNLEDNING</b>	<b>s. 1</b>
1.1 Valg av tema	s. 1
1.1.1 Hva er demens?	s. 1
1.1.2 Hva er Dementia Care Mapping (DCM)?	s. 2
1.2 Bakgrunn for valg av tema	s. 2
1.2.1 Betydningen av studien	s. 3
1.3 Utforming av problemstilling	s. 4
1.4 Oppgavens oppbygning	s. 4
<b>2.0 TIDLIGERE FORSKNING</b>	<b>s. 5</b>
2.1 Litteratusøk	s. 5
2.2 Gjennomgang av tidligere forskning	s. 5
<b>3.0 TEORETISK REFERANSERAMME</b>	<b>s. 9</b>
3.1 Humanistisk psykologi og personsentrert terapi	s. 9
3.2 Personsentrert demensomsorg	s. 11
3.3 Utvikling av praksiskunnskap	s. 13
<b>4.0 DESIGN OG METODE</b>	<b>s. 17</b>
4.1 Design	s. 17
4.2 Utvalg og utvalgsprosess	s. 17
4.3 Datasamling	s. 18
4.3.1 DCM-kartlegging med tilbakemelding – bakgrunnsdata	s. 18
4.3.2 Fokusgruppeintervju – hovedfunn	s. 20
4.3.3 Intervju med avdelingssykepleier	s. 20
4.4 Forskerrollen	s. 21
4.4.1 Rollen som DCM-kartlegger	s. 21
4.4.2 Rollen som tilbakemelder etter DCM-kartleggingene	s. 22
4.4.3 Forberedelser og gjennomføring av intervjuer	s. 22
4.5 Analyse og tolking av data	s. 22
4.6 Ethiske vurderinger	s. 23

4.6.1 Nødvendige godkjenninger	s. 23
4.6.2 Forskningsetiske krav	s. 24
<b>5.0 FUNN</b>	<b>s. 25</b>
5.1 Konsekvenser av DCM-kartleggingen for pasienttilbudet slik det fremkommer i bakgrunnsdata	s. 25
5.1.1 Endring i grad av trivsel i pasientgruppen	s. 25
5.1.2 Endring i atferd i pasientgruppen	s. 25
5.1.3 Endring hos enkeltpasient	s. 25
5.2 Personalets opplevelse av endring knyttet til DCM metoden	s. 26
5.2.1 Avklaring om bruk av dukke	s. 26
5.2.2 Plassering av pasientene ved måltider og aktivisering	s. 26
5.2.3 Endring i bruk av spørsmål	s. 26
5.3 Refleksjoner som igangsettes i personalgruppen relatert til DCM metoden	s. 27
5.3.1 Type refleksjoner	s. 27
5.3.2 Innhold i refleksjonene	s. 27
5.3.3 Konsekvenser for praksis	s. 27
<b>6.0 DISKUSJON</b>	<b>s. 29</b>
6.1 DCM metodens potensial for forbedring av demensomsorg	s. 29
6.1.1 Bruk av tid og ressurser	s. 29
6.1.2 Refleksjoner på grunnlag av subjektive beskrivelser eller observasjoner	s. 29
6.2 Utvikling av kompetente praktikere	s. 30
6.2.1 Mulighet for utvikling av sensibilitet og refleksjon	s. 30
6.2.2 Utvikling av ”eksperten” i demensomsorg	s. 31
6.2.3 DCM metodens innvirkning på utvikling av praksiskunnskap i demensomsorgen	s. 32
6.3 Funnenes relevans og overførbarhet	s. 33
6.4 Implikasjoner for klinisk praksis	s. 34
6.5 Implikasjoner for videre forskning	s. 34
<b>7.0 KONKLUSJON</b>	<b>s. 35</b>

**8.0 REFERANSER**

**s. 36**

**ARTIKLER I – II**

**VEDLEGG**

## 1.0 INNLEDNING

### 1.1 Valg av tema

I denne studien har jeg valgt å introdusere Dementia Care Mapping (DCM) som metode i en norsk sykehjemsenhet. Jeg har kalt oppgaven: ”Dementia Care Mapping – en mulig metode for utvikling av demensomsorg i sykehjem?”. Jeg bruker det engelske begrepet Dementia Care Mapping som forkortes DCM, da det så langt ikke foreligger en norsk oversettelse av metoden. I den danske oversettelsen brukes betegnelsen Evaluering av demensomsorg (Bradford Dementia Group, 1997). Som tittelen på oppgaven indikerer ønsket jeg å se på DCM metodens potensial til å bidra til utvikling av omsorgen for personer med demens i en sykehjemsenhet. Personalet i enheten var målgruppe for studien, da jeg ønsket å fange opp deres erfaringer med bruken av DCM gjennom fokusgruppeintervjuer.

#### 1.1.1 Hva er demens?

Demens er en samlebetegnelse på en ervervet og langvarig tilstand som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som ofte forverres over tid. Den viktigste betingelsen for å kalle en slik tilstand for demens er at både hukommelse og tankeevne er nedsatt i en slik grad at det innebærer en betydelig svikt i forhold til det tidligere kognitive funksjonsnivå (SBU, 2006). Demens kjennetegnes ved kronisk og irreversibel kognitiv svikt som virker inn på evnen til å utføre daglige gjøremål og gir endring i sosial atferd (Engedal og Haugen, 2005). I følge det internasjonale klassifikasjonssystemet ICD-10 må følgende kriterier være oppfylt for å kalle en tilstand for demens:

- I
  - 1. Svekket hukommelse, især for nyere informasjon
  - 2. Svikt i andre kognitive funksjoner (dømmekraft, planlegging, tenkning, abstraksjon)
    - Mild: Virker inn på evnen til å klare seg i dagliglivet
    - Moderat: Kan ikke klare seg uten hjelp fra andre
    - Alvorlig: Kontinuerlig tilsyn og pleie er nødvendig
- II Klar bevissthet
- III Svikt av emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd. Minst ett av følgende:
  - 1. Emosjonell labilitet
  - 2. Irritabilitet
  - 3. Apati
  - 4. Unyansert sosial atferd

IV Tilstanden må ha en varighet på minst seks måneder

(ICD-10, 2000)

### **1.1.2 Hva er Dementia Care Mapping (DCM)?**

DCM er et observasjonsverktøy som er utviklet på bakgrunn av feltstudier på britiske sykehjem (Kitwood og Bredin, 1994). Det har vært brukt og videreutviklet i løpet av de siste årene og foreligger nå i sin 8. versjon. Metodens grunnlegger professor Tom Kitwood, beskrev metoden som et seriøst forsøk på å innta perspektivet til personen med demens ved å bruke en kombinasjon av empati og observasjonsferdighet (Kitwood, 1999). Metodikken går i korthet ut på at en observatør kartlegger opp til seks pasienter med demens kontinuerlig over et gitt antall timer. Anbefalt tid er seks timer. Kartleggingen finner sted i fellesarealer i sykehjem, på dagsenter eller i andre settinger for personer med demens. Hvert femte minutt (tidsrammer) registreres to koder på hver pasient. Atferdskategorikode (se vedlegg 1) velges ut fra 24 alternativer og gir en beskrivelse av den atferd eller aktivitet pasienten viser i løpet av det aktuelle femminutters intervall. I tillegg registreres hvilken grad av trivsel/velvære pasienten synes å befinne seg i. Denne graderingen baseres på en skala med seks nivåer der tre av nivåene indikerer positive tegn til trivsel, mens tre nivåer indikerer mistrivsel i ulik gradering (se figur 4.2). I tillegg gjøres nedtegnelser av positive og negative hendelser som kan observeres i samhandlingen mellom pasient og personale. Hensikten med denne kartleggingen er å få en systematisk oversikt over pasientgruppen og den enkelte pasients grad av trivsel og atferd. Data fra kartleggingen systematiseres og meldes tilbake til personalgruppen. På bakgrunn av funnene i kartleggingen utarbeides det tiltaksplaner for forbedring av omsorg til enkeltpasienter og/eller for hele gruppen. Utviklingen følges videre med ny kartlegging for evaluering og danner igjen grunnlag for videre utvikling av pasienttilbudet.

## **1.2 Bakgrunn for valg av tema**

Mitt valg av tema baserer seg på vel tjue års erfaring fra arbeid som psykiatrisk sykepleier i forhold til personer med demens knyttet til en alderspsykiatrisk enhet. I dette arbeidet har jeg særlig de senere årene hatt hyppig kontakt med sykehjemsavdelinger og personale i sykehjem. Min rolle har vært rådgiving og veiledning knyttet til utredning og tilrettelegging av behandling inkludert miljøterapi til personer med demens. I 2001 ble jeg introdusert for DCM som utviklingsverktøy i demensomsorgen gjennom et basiskurs i regi av universitetet i

Bradford. Senere tok jeg et påbygningskurs. Gjennom denne opplæringen fikk jeg innsikt og interesse for metoden og har senere brukt den i kartlegging av pasienter med demens innlagt i alderspsykiatrisk utredningsenhet. Erfaringene har gitt den personlige inspirasjon som jeg ønsket å bygge på i min masterstudie.

### **1.2.1 Betydningen av studien**

I dag regner en med at det finnes rundt 67.000 personer med demens i Norge hvorav omkring halvparten bor i institusjon, i hovedsak i sykehjem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). En studie fra norske sykehjem tyder på at 70-80 prosent av beboerne har en kognitiv svikt forenelig med demenssykdom (Selbæk, Kirkevold og Engedal, 2007). Utvikling av tilbudet til personer med demens i sykehjem er et nasjonalt satsingsområde beskrevet i Stortingsmelding 25 (2005-2006) "Mestring, muligheter og mening om fremtidas omsorgsutfordringer":  
*"Demens er den lidelsen som fører til flest år med alvorlig funksjonstap på slutten av livet og krever mest ressurser av den kommunale omsorgstjenesten..."* Og videre: *"I et slikt perspektiv bør demens settes øverst på omsorgstjenestens prioriteringsliste både i forhold til forskning og behandling"* (St.meld. nr. 25, s.13). Demensplan 2015, "Den gode dagen" er en oppfølging av Stortingsmelding 25 og omhandler demensomsorgen spesielt. Her skisseres blant annet satsing på utvikling av miljøbehandling gjennom et treårig utviklingsprogram:  
*"Programmet skal sette søkelys på fysiske og psykososiale rammebetingelser, relasjoner og samspill, kommunikasjon og miljøterapeutiske metoder. Videre skal programmet utvikle gode modeller for miljøterapeutiske tiltak og vurdere effekt og nytteverdi av ulike miljøtiltak* (Demensplan 2015, s.16). I Sosial- og helsedepartementets handlingsplan: "Glemsk, men ikke glemt", nevnes utprøving av DCM som en av satsingene innefor det treårige utviklingsprogrammet innen miljøbehandling (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). DCM er så langt prøvd ut i en rekke land som eksempelvis USA, Australia, Tyskland, Sveits, Japan, Danmark foruten Storbritannia, der metoden ble utviklet tidlig på 1990 tallet. Erfaringer med bruk av DCM i Norge vil derfor være nyttig da det så langt ikke er gjort systematiske utprøvinger i vårt land.

I følge en nordisk oppsummering av forskningslitteratur om miljøbehandling til personer med demens foretatt av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), vil: *"God pleie og omsorg baseres på en velfungerende relasjon mellom pleieren og pasienten og på at pleien og behandlingen har et godt og relevant innhold"* (SBU 2006, s 15). Utfordringen blir å finne redskap og metoder som kan bidra til å stimulere og utvikle den gode relasjonen som danner

grunnlaget for kvalitet i demensomsorgen. Bruk av DCM i andre land har gitt indikasjoner på at metoden kan være nyttig i et systematisk utviklingsarbeid for å bedre kvaliteten i omsorgen for personer med demens.

### **1.3 Utforming av problemstilling**

Min drivkraft for å realisere dette prosjektet er et ønske om å innhente mer kunnskap om hvordan gode prosesser for utvikling av tilbudet til personer med demens kan igangsettes og videreutvikles i en sykehjemsavdeling. Målet med studien var å innhente informasjon om hvordan DCM kunne virke inn på demensomsorgen, med særlig fokus på hvordan personalet dro nytte av metoden i sitt daglige praktiske arbeid. På bakgrunn av dette ble to forskningsspørsmål utformet:

- Hvilke konsekvenser får DCM- kartleggingen for pasienttilbudet i enheten, slik det fremkommer i bakgrunnsdata og gjennom personalets vurdering av metoden?
- Hvilke refleksjoner settes i gang i personalgruppen på bakgrunn av DCM- metoden og hvilke konsekvenser får dette for praksis?

### **1.4 Oppgavens oppbygning**

I kapittel 2 presenteres tidligere forskning knyttet til Dementia Care Mapping, og i kapittel 3 omhandles det teorigrunnlaget som jeg har lagt til grunn for studien. Hovedvinklingene i teorikapitlet er humanistisk psykologi og personsentrert terapi som ligger til grunn for Tom Kitwoods utforming av personsentret demensomsorg. Dette er verdigrunnlaget for DCM metoden. Videre omhandlers teorier rundt utvikling av praksiskunnskap med særlig vekt på refleksjonens betydning for utvikling av denne type kunnskap. Kapittel 4 beskriver studiens design og metoder. Her utdypes metodebeskrivelsen utover det artiklene har gitt rom for. I kapittel 5 presenteres hovedfunn. Disse er nærmere beskrevet i to vedlagte artikler. I kapittel 6 diskuteres funnene, deres relevans og implikasjoner for klinisk praksis.

## **2.0 TIDLIGERE FORSKNING**

Som bakgrunn for oppgaven har jeg gjort litteratursøk i forhold til Dementia Care Mapping og personsentrert omsorg. Jeg har gått gjennom tidligere forskning knyttet til bruk av DCM og pensumlitteratur fra masterstudiet. Slik har jeg funnet teoretiske innfallsvinkler til den kliniske hjelperelasjonen og utvikling av praksiskunnskap hos hjelperen.

### **2.1 Litteratursøk**

Jeg gikk inn med søkeordene ”dementia and care and mapping” i OVID, Medline 1996 – 2007 (41treff), CINAHL 1982-2007 (51 treff), EMBASE 1988-2007 (39treff), Psyc INFO 1985-2007 (58treff) og Proquest 1992-2007 (23treff). Jeg bestilte artikler som beskrev forskningsprosjekter med bruk av DCM og oversiktsartikler med analyser av DCM i bruk. I tillegg gikk jeg inn på databasen til Bradford Dementia Group ved Universitetet i Bradford. Denne gruppen har oversikt over pågående forskning samt referanseliste over publiserte artikler om metoden. Der fant jeg referansen på fire bøker som er gjennomgått (Innes, 2003, Innes, Archibald og Murphy. 2004, Innes og McCabe 2007, Brooker 2007 ).

For å få oversikt over DCM-metodens utbredelse i Norden gjorde jeg søk i SVEMED+. Der fikk jeg null treff på ”dementia and care and mapping” men bruk av ordene ”dementia and care” ga 201 treff. Av disse var 7 artikler interessante for nærmere gjennomgang.

### **2.2 Gjennomgang av tidligere forskning**

Mange av de studiene som er publisert rundt bruk av DCM er mindre enkeltstudier. Det foreligger imidlertid flere oversiktsartikler og en større studie over tre år med viktige oppsummeringer. Denne studien ble foretatt i Storbritannia (Brooker, Foster, Banner, Payne og Jackson, 1998) og inkluderte 324 pasienter fordelt på to daghospital, en rehabiliteringsenhet, en utredningsenhet og fire langtidsenheter. I løpet av de tre årene prosjektet pågikk så en klar kvalitetsforbedring i enhetene. Forekomst av negative samhandlingssituasjoner mellom personale og pasientene gikk ned. En så redusert forekomst av passivitet, tilbaketrekking og søvn på dagtid og øket forekomst av sosial interaksjon og positive aktiviteter. Personalet var i noen grad engstelige for tilbakemelingene etter kartleggingene i første runde, men dette avtok ved tredje gjennomgang. Ved siste kartlegging mente hele personalgruppen at resultatene av DCM kartleggingen var nyttig for dem i deres arbeid for å forbedre omsorgen til pasientene.



I en litteraturgjennomgang med fokus på metodiske spørsmål knyttet til DCM konkluderte Beavis, Simpson og Graham at metoden er ressurs og tidkrevende og videre studier knyttet til validitet er nødvendig (Beavis, Simpson, Graham, 2002). Kontrollerte studier der DCM kartleggingen komplimenteres med andre resultatmål som eksempelvis endringer i depressive symptomer og utfordrende atferd, er nødvendig for å vurdere DCMs sensitivitet som mål for trivsel. Mer effektive måter å bruke DCM på bør utredes samt DCMs innvirkning på personalet og derigjennom kvaliteten på den omsorgen som gis til personer med demens.

En studie blant 43 pasienter i en sykehjemsavdeling vurderte pasientens aktivitetsnivå og tegn til trivsel sett i forhold til grad av demens (Chung, 2004). Hun så på pasientenes grad av demens kategorisert etter klinisk demensvurdering og fant at gruppen med lett demens deltok mer i terapeutiske aktiviteter og daglige gjøremål enn pasienter med moderat og alvorlig demens. Pasienter med alvorlig demens var mer passive, hadde mindre sosiale interaksjonen og mer negativ atferd enn de andre to gruppene. De hadde også lavere skår på trivsel.

Den bredeste gjennomgangen av tidligere forskning fant jeg i Brookers oversiktsartikkel som baseres på 34 artikler publisert i tidsrommet 1993 til mars 2005 (Brooker, 2005). Hun inkluderte artikler som fokuserte på effekten av DCM eller studier der DCM ble brukt som målmetode i evaluering eller forskning. Noen av hovedspørsmålene som blir reist i oversiktsartikkelen er (1) *Måler DCM kvaliteten på omsorgen og/eller livskvalitet?* Det er holdepunkter for at DCM kan si noe om kvaliteten på omsorgen. Som mål på livskvalitet finner en sammenfallende informasjon mellom mål i DCM og livskvalitetsskåring gjort av hjelpere. I intervju med pasienter fant en høyere skåring på opplevd livskvalitet hos pasientene enn hva DCM skåringene fanget opp. (2) *Kan ulike kartleggere bruke DCM metoden på en pålitelig måte?* Mange studier viste gode resultat på interater reliabilitetstester. Hva gjelder test- retest studier finnes bare en. Den viser akseptable resultat, men gjentatte studier er nødvendig. (3) *Viser DCM representativ reliabilitet hos alle grupper med demens?* Det synes som høy grad av hjelpeavhengighet hos pasienten faller sammen med lavere skår på trivselsparametrene. Dette kan skyldes dårligere omsorgstilbud til gruppen med lavere funksjonsnivå. Funnene i en av studiene kunne tyde på dette, da det viste seg at forskjellene mellom de hjelpeavhengige pasientene som i utgangspunktet kom dårligere ut på trivselsskåringen, og andre pasienter ble utlignet etter gjentatte DCM- kartlegginger som ledd i et systematisk forbedringsarbeid. (4) *Endrer DCM*

*omsorgspraksis?* DCM er blitt brukt som redskap for praksisforbedring i mange sammenhenger. Et av problemene knyttet til denne forskningen er at mange studier bruker funnene fra DCM- kartleggingen som det eneste målet på forbedring. Med andre ord er DCM blitt brukt både som intervensjon og som resultatmål. Det er derfor stort behov for studier som bruker andre metoder for å måle resultatet av DCM brukt som redskap for å utvikle god omsorg for personer med demens. (5) *Er DCM et anvendelig redskap for forskning?* DCM ble ikke i utgangspunktet utviklet som et forskningsverktøy, og studier av metodens validitet og reliabilitet er i en startfase. Mye tyder på at metoden er anvendelig som før og etter evaluering av intervensjoner i en pasientgruppe. I tilknytning til kvalitativ forskning kan DCM- kartlegging utfylle de data som er innhentet gjennom intervjuer og gruppeintervjuer. DCM kan ikke fungere som fullstendig kartlegging av pasientenes atferd på grunn av de kodingsreglene som gjelder. Brooker konkluderer i sin oversiktsartikkel med at de gjennomgåtte studiene viser evidens for at DCM har en rolle i den praksisutvikling og forskning som har som målsetning å bedre omsorgen for personer med demens. En av metodens fordeler er at den er standardisert, kvalitetskontrollert, internasjonal, følsom for å fange opp endringer, tverrfaglig og har en voksende forskningsbase.

På bakgrunn av min gjennomgang av tidligere forskning rundt Dementia Care Mapping, har jeg kommet til følgende oppsummering:

- DCM synes å være en godt utprøvd og veldokumentert metode for kvalitetsforbedring i pasientbehandlingen når gjentatte kartlegginger legges inn som ledd i et systematisk utviklingsarbeid.
- Personalet har behov for tilvenning i bruken av DCM, da direkte tilbakemelding på egen atferd i møtet med pasientene kan være truende. Engstelsen for dette synes å avta betydelig når kartleggingene gjentas flere ganger,
- Undersøkelser som har innhentet informasjon om personalets egen opplevelse av nytteverdi av metoden er lovende i forhold til målsetning om å utvikle en bedre pasientomsorg.
- Pasientene som blir observert synes å ha god toleranse for metoden.
- Det er rettet kritikk mot tidsbruken og den anbefalte lengden på observasjonene på seks timer.
- DCM er ikke noe direkte mål på pasientenes livskvalitet etter de brukte definisjoner. Kartlegging av trivsel hos personer med moderat til alvorlig demens vil trolig være et

viktig supplement for å ha en formening om denne pasientgruppens livskvalitet tatt i betraktning at deres evne til egenrapportering vil være begrenset ved økende grad av mental svikt.

- Når effekten av DCM som metode for kvalitetsforbedring skal evalueres må andre resultatmål enn gjentatte DCM- kartlegginger brukes.

### 3.0 TEORETISK REFERANSERAMME

I gjennomgang av litteratur har jeg tatt utgangspunkt i det verdigrunnlag DCM metoden bygger på samt teori knyttet til utvikling av praksiskunnskap.

#### 3.1 Humanistisk psykologi og personsentrert terapi

Den humanistiske psykologien som vokste fram på 1960 og 70 tallet, utviklet seg som en motreaksjon mot psykoanalysen og behaviorismen og har etter hvert fått en sterk posisjon. Det subjektive opplevelsesaspektet vektlegges, nåtid er hovedfokus i terapien og likevekt i behandlingsrelasjonen tilstrebes som terapeutisk grunnholdning heller enn teknikk. Den humanistiske psykologien vektlegger menneskets skaperkraft, det unike i hvert enkelt menneske, og menneskets egne utsagn veier tyngre enn ”objektive” observasjoner. I relasjonen skal terapeuten være søkende og spørrende heller enn konstaterende. Troen på menneskets iboende endringskraft er basis (Raskin og Rogers, 2004).

En av de sentrale aktørene innen humanistisk psykologi er den amerikanske psykologen Carl R. Rogers (1902-1987). Han utviklet tenkningen rundt personsentrert terapi basert på holistisk tenkning og synet på mennesket som rasjonelt og bevisst seg selv og andre. Personsentrert terapi er basert på et fenomenologisk menneskesyn (Raskin og Rogers, 2004). Hovedmotivet er selvaktualisering gjennom å finne mening. Dette forutsetter vilje og evne til å gjøre valg. Uten mulighet eller evne til å gjøre valg kommer stagnasjon og angst. Mennesket har et vekstpotensial som frigjøres ved terapeutisk ekthet, innlevelse, omsorg og ubetinget positiv forståelse av den andre. Selvet dannes gradvis av våre persepsjoner og er vår innfallsvinkel til verden. For å forstå verden bruker vi oss selv som referansepunkt. Når vi ikke forstår verden ut fra oss selv, blir vi truet. Terapien har derfor som mål å utvikle det aksepterende selv (Goldstein, 1934/1959). Personsentrert terapi baserer seg på tillit. Tillit til menneskets innebygde kapasitet for vekst og utvikling, viser seg gjennom terapeutenes respekt for de unike erfaringene hver enkelt klient har ved å unngå å gripe forstyrrende inn i vedkommendes utforskning og søken etter forståelse av seg selv. Terapeuten har en ikke-dirigerende holdning i samtalen (Raskin, 1948, Rogers, 1951).

Terapeutiske grunnholdninger i personsentrert terapi er empati, ubetinget positiv forståelse og ekthet/ kongruens. *Empati* er en aktiv, vedvarende, her og nå prosess. Å forstå den andre er et krevende følelsesanliggende. En må forstå den andres indre referanseramme, og som hjelper

kan en ikke innta en observasjonsposisjon. En må spørre heller enn å konstatere og godta korrigeringer fra pasienten. En *ubetinget positiv forståelse* forutsetter en varm, aksepterende og ikke invaderende kommunikasjon. En må tillate negative følelser å komme til uttrykk og ha tro på pasientens evne til innsikt. At den positive forståelsen skal være ubetinget, innebærer at en ikke setter begrensninger eller legger inn føringer for tema eller uttrykksmåte. *Ekthet og kongruens* innebærer at relasjonen mellom terapeut og pasient er likeverdig. Dette anses som en viktig vekstfremmende holdning. Det legges opp til at terapeuten kan være åpen om egne følelser som kommer i løpet av samtalen (Rogers, 1957).

Mitt anliggende i denne sammenheng er å vurdere hvordan humanistisk psykologi og personsentrert terapi får konsekvenser for mitt arbeid rettet mot den kliniske hjelperelasjon i min studie. Jeg finner det ikke problematisk å forhold meg til det menneskesyn som er basis for personsentrert terapi. Min tro på menneskets skaperkraft og mulighet for endring er grunnleggende. Når personsentrert terapi likevel ikke er en selvfølgelighet i den omsorgspraksis jeg kjenner, kan en undre seg over hva som er årsakene til dette. Profesjonelle hjelpere føler seg trolig ofte trygge i en "ekspertrolle" der en kan flyte på teoretisk kunnskap samt prosedyrer og rutiner for de handlingene som skal utføres. Søken etter en empatisk forståelse av den andre er krevende rent følelsesmessig, det krever tid, sensibilitet og tilstedeværelse. Det er ikke mulig å flyte på empatisk rutine eller bestemme seg for å opptre empatisk. Kravet om empatisk innlevelse kan være problematisk da dette er en tilnærming som ikke er enkel å utvikle gjennom opplæring eller trening. Noen ganger oppleves empatisk forståelse med pasienten som et slags "lykketreff". Andre ganger møter en mennesker som kan synes å ha en grunnleggende empatisk holdning til andre i sin åpenhet og tilgjengelighet for den andres følelsesmessige ståsted. Noen vil derfor mene at den personsentrerte terapien krever "superterapeuter" som har andre menneskelige forutsetninger enn de fleste. Personsentrert terapi legger vekt på likeverdighet i den kliniske hjelperelasjonen. I forhold til personer med alvorlig kognitiv svikt opplever vi at pasient og hjelper ikke har likt utgangspunkt for å bygge en relasjon, særlig når pasienten har betydelig verbal språksvikt. Hjelperen må derfor ta et større ansvar for å skape relasjonen. Dette er likevel ikke til hinder for at en alltid møter pasienten med åpenhet for det budskap vedkommende ytrer gjennom mimikk, atferd, kroppsholdning og ord. Jeg finner det særlig utfordrende å være bevisst på pasientens vekstpotensial når vedkommende har en progredierende sykdom som gir stadig større grad av global funksjonssvikt. Gjennom respekt for vedkommendes erfaringer og kritisk åpenhet for at miljøet kan legge unødvendige restriksjoner på pasientens mulighet for

vekst, selv med en demenssykdom, har jeg håp om at demensomsorgen skal kunne bidra til stor trivsel og velvære for personer med demens. Å tilstrebe utvikling av de tre grunnholdningene empati, ubetinget positiv forståelse og likeverd i demensomsorgen er således utfordrende men ikke umulig.

### **3.2 Personsentrert demensomsorg**

Personsentrert demensomsorg har direkte referanse til Carl R. Rogers arbeid. Den britiske sosialpsykologen Tom Kitwood brakte inn betegnelsen "person-sentrert" i demensomsorgen. Han ønsket å utvikle ideer og arbeidsformer som setter pasientens livserfaringer i fokus ved hjelp av relasjonsbygging og kommunikasjon (Kitwood, 1999). Som viktig supplement i utviklingen av personsentrert omsorg for personer med demens er Steven Sabats arbeid rundt det sosiale miljøets innvirkning på demensrammede (Sabat, 1994). Da ideene om personsentrert omsorg for personer med demens ble utviklet på 1980 og 90 tallet var ideene relativt radikale.

Hjørnesteinene i Kitwoods arbeid innen demensomsorgen er i følge Brooker (2007) beskrivelsene av: (1) *Viktigheten av å bevare synet på pasienten med demens som en unik person (personhood)*. Begrepet "personhood" har ikke noen dekkende norsk betegnelse. I den danske oversettelsen brukes betegnelsen "å være en person". Han definerer og bruker begrepet i betydningen: "den rang eller status som tildeles et menneske av andre, i en kontekst av innbyrdes forhold og sosial væren. Det innebærer gjenkjennelse, respekt og tillit." (Kitwood, 1999). (2) *En utvidet modell for å beskrive demens*. Det primære målet for demensomsorg er å bevare den enkeltes status som person. I den utvidede modellen for å beskrive hva demens innebærer, forklares tilstanden som en kombinasjon av nevrobiologiske forandringer + livserfaring + personlighet + helse + sosialpsykologi. Alle disse innfallsvinklene må brukes for å forstå hva demens innebærer. (3) *Den destruktive sosialpsykologi*. Pasientens personstatus undergraves når behov oversees, atferd ignoreres, og pasienten avskjæres fra meningsfull menneskelig kontakt. Dette beskrives i engelsk språkversjon som "malign sosialpsykolog". Jeg velger å bruke den norske betegnelsen destruktiv sosialpsykologi. Roten til den destruktive sosialpsykologien ligger i våre sosiale verdier som verdsetter ungdom og intellektuell kapasitet høyt. Personer med demens kan synes både ignorert og diskriminert i samfunnet. I pleiekulturen manifesterer manglende verdier og devaluering av personer med kognitiv svikt seg som destruktiv sosialpsykologi i

form av blant annet ignorering, latterliggjøring, umyndiggjøring, trusler, avbrytelser, tvangsbruk, stigmatisering og neglisjering. (4) *Viktigheten av å ta pasientens perspektiv.* Viktigheten av å forsøke å innta pasientens perspektiv understrekes. I DCM- kartleggingen legges det opp til direkte observasjon av pasientene over flere timer. Det var gjennom timelange observasjoner i sykehjemsavdelinger at Kitwood selv utviklet sin forståelse av hva demens innebærer. (5) *Behovet for å utvikle en ny pleiekultur i demensomsorgen.* Endring av syn på demens fra ensidig fokus på sviktende kognisjon og ferdigheter til sterkere vektlegging av pasientens muligheter, egne opplevelser, livserfaringer og individualitet er nødvendig for å utvikle en personsentrert omsorg.

Elementene i personsentrert demensomsorg er videreutviklet og konkretisert av den britiske psykologen Dawn Brooker (2007) og innebærer:

- Verdsetting av mennesket med demens og de som har omsorg for vedkommende. Menneskets absolutte verdi uavhengig av alder og kognitiv kapasitet understrekes.
- Individuell tilnærming som ser verdien i den enkeltes unike historie og personlighet. Slik tilnærming har avgjørende innvirkning på mestring av demens.
- Å se verden fra pasientens perspektiv.
- Tilrettelegging av sosiale omgivelser som støtter opp om pasientens grunnleggende psykologiske behov.

Kitwood og hans medarbeidere har gitt et viktig bidrag til å tilpasse tenkningen i personsentrert terapi til omsorgen for personer med demens spesielt beboere på sykehjem. Særlig viktig er hans påpekning av hvordan pasientenes omgivelser setter begrensninger på deres selvtutfoldelse og trivsel gjennom et snevert syn på hva demens innebærer, og med det en devaluerende tilnærming til de mennesker som rammes. Hans visjon om behovet for en ny kultur i demensomsorgen har vært til inspirasjon for mange. Hans ønske om å utvikle en ny pleiekultur er imidlertid blitt kritisert for å være for optimistisk og basert på retorikk heller enn realisme (Baldwin og Capstick, 2007). Som sykepleier i demensomsorgen siden tidlig på 1980- tallet kjenner jeg igjen de faktorene som beskrives i den destruktive sosialpsykologi og

den ensidige fokuseringen på pasientens svikt heller enn på mangfoldet av muligheter i det som pasienten fortsatt mestrer. Den store utfordringen er å skape nødvendige endringer både i holdning og ferdighet hos den enkelte pleier men ikke minst i den rådende pleiekultur. I en kompleks praksis vil en kunne se sider av hva Kitwood beskriver som gamle pleiekulturen, samtidig med at personalet bestreber seg på å utvikle en personsentrert forståelse og nærme seg pasienter med demens som unike personer.

### **3.3 Utvikling av praksiskunnskap**

DCM tar sikte på å bedre behandling og omsorg til personer med demens gjennom en kartlegging av praksis med påfølgende tilbakemelding og gjennomgang med personalet. Hensikten er å legge grunnlag for en utvidet forståelse av hva som skjer i samhandlingen mellom personalet og pasientene.

Som sykepleier har jeg sett på Patricia Benners teorier om utvikling av viten i sykepleie. I følge Benner (1995) utvikles ekspertise når klinikeren prøver ut og tester antakelser, hypoteser og faglig fundamenterte forventninger gjennom sitt praktiske arbeid. Erfaringer oppstår når forutinntatte meninger og forventninger utfordres, bekreftes eller avkreftes i en konkret situasjon. Å bygge opp et repertoar av erfaringer er således en forutsetning for ekspertise. Klinisk viten opparbeides således over tid.

Brødrene Stuart og Hubert Dreyfus (1980) utviklet en modell for tilegnelse av ferdigheter ved at praktikeren passerer de fem ferdighetsnivåene novice, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og ekspert. Disse nivåene avspeiler endringer i tre aspekter av kvalifisert praksis. For det første foregår det en bevegelse bort fra avhengighet av abstrakte prinsipper til større grad av anvendelse av egen konkret erfaring. For det andre skjer en endring fra å vurdere en situasjon som sammensatt av deler til å bli et hele hvor visse deler er relevant, og for det tredje skjer en overgang fra utenforstående iakttaker til deltakende og senere engasjert aktør.

*Utviklingen gjennom de fem ferdighetsnivåene består i (Dreyfus 1982):*

Som *novice* har aktøren overhode ingen erfaring med situasjonen som skal mestres.

Vedkommende mottar undervisning om situasjonens objektive forhold, prinsipper og regler.

Som *avansert nybegynner* kan aktøren prestere en tilnærmedesvis akseptabel innsats ut fra allmenne regler. Noen av situasjonens aspekter mestres på bakgrunn av tidligere erfaringer,



men den avanserte nybegynneren kan vanskelig prioritere hva som er mest avgjørende. En må konsentrere seg om å huske regler, og prestasjonen er middelmådig. Som *kompetente praktiker* etter to til tre år, vil aktøren i større grad styres av langsiktige mål eller planer som en har et bevisst forhold til. Som *kyndige* vil aktøren oppfatte situasjonen som en helhet snarere enn aspekter. Handlingen styres av forhold som gir seg selv på grunn av lang erfaring. *Eksperten* vil ikke ha behov for analytisk refleksjon. Stor erfaringsbakgrunn og dyp helhetsforståelse av situasjonen fører til intuitive grep og handlinger.

Disse nivåene er relativt lett å kjenne igjen i praktisk sykepleie. Kritikken mot Dreyfus har imidlertid særlig vært rettet mot påstanden om at eksperten handler intuitivt og uten refleksjon som om handlingen er en naturlig forlengelse av kroppen. Dette synet deles av Benner som henviser til Dreyfus med beskrivelsene av de fem ferdighetsnivåene.

Hvilken rolle spiller så refleksjon i utviklingen av ”eksperten”? Refleksjon kommer av det latinske ordet ”reflectere” som betyr å bøye. I filosofien betyr det ”å feste tanken på noe”. Resultatet av refleksjon er en klarere forståelse av hvilken situasjon man er i som menneske. Ifølge Nordtvedt og Grimen (2004) krever refleksjon artikulering, formulering, reformulering, det å se en sak fra flere sider, og tilgang til forskjellige perspektiver. De beskriver videre to hovedtrekk ved helsefaglig praksis og kunnskapsutøvelse. Helsearbeideren må på den ene side ha evnen til sensibilitet som innebærer forståelse av den sykes opplevde situasjon og i tillegg evnen til refleksjon over og anvendelse av terapeutisk kompetanse, teknologi og faglig kunnskap i den interpersonlige situasjon. Dette utdyper de ved å karakterisere sensibilitet som kunnskapen om pasientens subjektive situasjon innhentet gjennom empati og følelsesmessig mottakelighet. Sensibilitet er ofte situasjonsbestemt, umiddelbar og vanskelig å artikulere i språk. Refleksjon er derimot vurderende, bedømmende og språklig artikulerbar, ikke alltid situasjonsbestemt men har ofte et praktisk og instrumentelt handlingsaspekt.

Ifølge Donald A. Schön (1987) utvikles ekspertise gjennom refleksjon-i-handling. Hans teorier baserer seg på studier av hvordan eksperter tenker og handler i praksis, hvordan tenkning og handling utvikles og hvordan dette påvirker vår forståelse av læring og utdanning. Han bruker begrepet ekspertise om de former for kompetanse som praktikere noen ganger utviser i unike, usikre og konfliktfylte praksissituasjoner. Schön bruker betegnelsene *viten-i-handling*, *refleksjon-over-handling* og *refleksjon-i-handling*. *Viten-i-handling* refererer til de former for ”know-how” som vises gjennom intelligente handlinger, det vil si spontane,

kvalifiserte handlinger som vi ikke er i stand til å forklare med ord. Kunnskapen ligger i selve handlingen. Behovet for refleksjon dukker opp når de velkjente rutinen fører til et uventet resultat. En ser saken på en ny måte og føler behov for å korrigere. Refleksjon kan foregå på to måter. Som *refleksjon-over-handling* i ro og mak i etterkant av handlingen eller som *refleksjon-i-handling* som innebærer at en tenker over hva en gjør mens en gjør det. Vi går inn i praksissituasjonene med *viten-i-handling* som innebærer spontane, rutinepregede reaksjoner, strategier, forståelse av fenomener og innfallsvinkler til å skissere en oppgave som er tilpasset situasjonen. Så kan det skje at en rutinesituasjon gir et overraskende, uventet resultat positivt eller negativt som ikke passer inn i våre kategorier for *viten-i-handling*. Overraskelsen tiltrekker seg vår oppmerksomhet og fører til refleksjon i handlingsforløpet i noen grad bevisst, men ikke nødvendigvis manifestert språklig i form av spørsmål som ”Hva er dette?” Refleksjon-i-handling har ifølge Schön en kritisk funksjon i forhold til vår *viten-i-handling*. Vi tenker kritisk om den tenkningen som førte oss inn i den overraskende situasjonen, og vi rekonstruerer i prosessen våre handlingsstrategier, forståelse av fenomenet eller måten vi oppfatter problemet på. Refleksjon gir mulighet for å eksperimentere på stedet. Vi tenker ut og prøver nye handlinger med henblikk på å observere fenomener, etterprøve vår forsøksvise forståelse av dem eller bekrefte de trekk vi har tenkt ut for å gjøre det bedre. En trent praktiker justerer sine handlinger i forhold til variasjoner i fenomenene og anvender et bredt spekter av oppfatninger i sin skritt-for-skritt tilnærming til situasjonen (Schön 1987).

Jeg finner Schöns teorier om *viten-i-handling* og *refleksjon-i-handling* spennende. I DCM brukes muligheten for *refleksjon-over-handling* systematisk ved at personalgruppen inviteres til dialog og refleksjon rundt de observasjoner som kartleggeren har gjort. I profesjonell yrkesutøvelse vil praktikerens stå i et spenningsfelt mellom lærte teorier og innprentede prosedyrer og rutiner på den ene siden, og de mangfoldige utfordringene en møter ansikt til ansikt med pasienten som kanskje krever justeringer og tilpasninger i forhold til de innlærte og opplistede handlemåtene. Jeg er uenig i Dreyfus og Bener sin påstand om at eksperten ikke behøver å reflektere over egne handlinger i sin yrkesutøvelse. Dette fordi den virkelighet som møter en hjelper i samhandling med eksempelvis personer med demens, ofte vil være så sammensatt og varierende at refleksjon i og over handlinger alltid vil være nødvendig. Dette er da også det syn som Schön forfekter slik jeg tolker det.

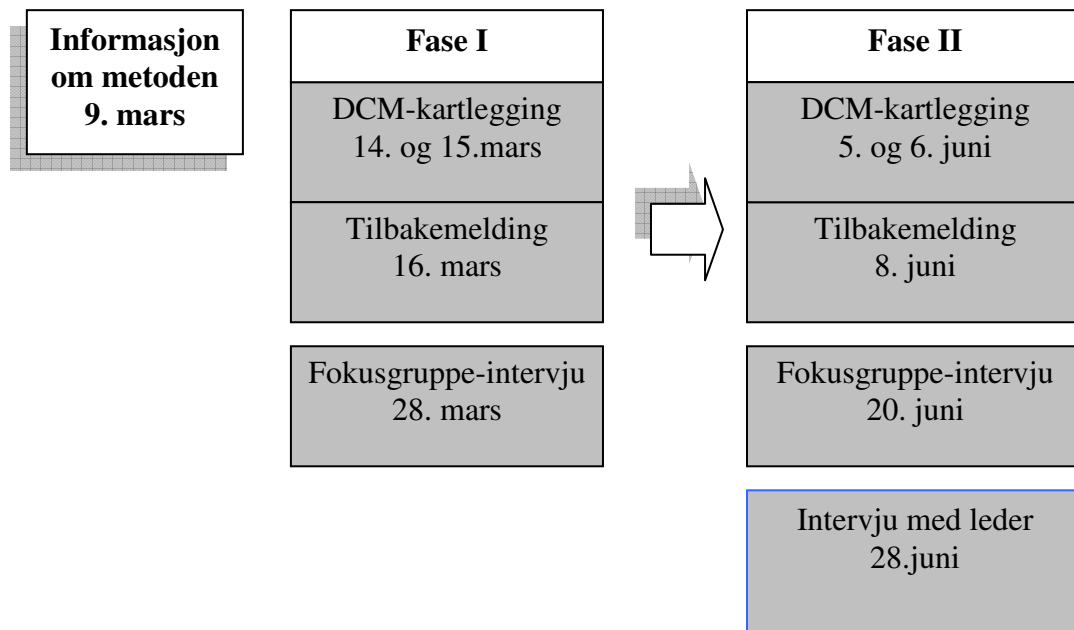
Denne gjennomgangen av relevant teori knyttet til min masteroppgave har gitt meg følgende antakelse å jobbe videre med:

- Personsentrert innfallsvinkel i terapi og demensomsorg er viktig, men krevende former for tilnærming til de pasientene vi møter i kliniske hjelperelasjoner.
- For å bidra til utvikling av reflekterte praktikere som kan ta denne utfordringen er det avgjørende å se det spenningsfelt som praksis utøves i – nemlig i en stadig veksling mellom situasjoner vi kan mestre gjennom viten-i-handling og de som krever refleksjon-i-handling. Fremstillingen av nødvendigheten av sensitivitet og refleksjon i utøvelsen av helsefaglig praksis er interessant.
- I studien ønsket jeg å få innblikk i hvordan Dementia Care Mapping kan bidra til en mer personsentrert demensomsorg gjennom å legge til rette for refleksjon-over-handling i personalgruppen.

## 4.0 DESIGN OG METODE

### 4.1 Design

Studien har et beskrivende design med tre metodiske tilnærminger fordelt på to faser av datainnsamling slik det er illustrert i figur 4.1. Studiens metoder for datainnsamling beskrives nærmere i kapittel 4.3.



**Figur 4.1** Studiens design og metoder

### 4.2 Utvalg og utvalgsprosess

Studien er gjennomført på en sykehjemsenhet med sju beboere i en middels stor by på vestlandet. Enheten ble valgt på bakgrunn av henvendelse fra leder for sykehjemmet som ønsket samarbeid og hjelp til fagutvikling knyttet til tilbudet for personer med demens. Etter innledende møte med orientering om Dementia Care Mapping til sykehjemmets ledelse og noen representanter for personalgruppen, ble en enige om å sette i gang studien.

Studiens primære målgruppe er personale som arbeider nært med personer med demens i sykehjem. Utvalget besto av de i personalgruppen på den valgte enheten som deltok aktivt ved å være på jobb på DCM- kartleggingsdagene og var til stede under påfølgende møte med tilbakemelding. Avdelingssykepleier identifiserte aktuelle deltakere ut fra turnusplan, og disse ble forespurt om å delta. Det ble ikke stilt krav til utdanning, praksiserfaring eller stillingsstørrelse, men jeg ytret ønske om at deltakerne skulle ha fast ansettelse. Ønsket var at

utvalget skulle være sammensatt tilnærmet likt en vanlig personalgruppe i sykehjem. Gruppen besto av fire ansatte hvorav en sykepleier og tre hjelpepleiere. Disse viste seg alle å ha lang fartstid og bred erfaring innen pleie og omsorg samt demensomsorg i sykehjem. En var i videreutdanning i eldreomsorg. Etter første fokusgruppeintervju kom det frem informasjon som gjorde det naturlig å intervju avdelingssykepleier. Vedkommende ble derfor inkludert som informant i fase to.

Utvelgelse av pasienter som skulle kartlegges med DCM ble gjort av avdelingssykepleier. Det var sju beboere i enheten, hvorav seks ble inkludert i studien. Den som ikke deltok, oppholdt seg store deler av dagene på sitt eget rom. DCM kartlegging foretas ikke på pasientenes rom og det var derfor en naturlig grunn til at denne pasienten ikke var inkludert. Pasientene ble henvist for DCM kartlegging til alderspsykiatrisk poliklinikk der jeg var ansatt.

### **4.3 Datasamling**

Datasamlingen ble foretatt i to faser (illustrert i figur 4.1) med snaut tre måneders mellomrom og besto av direkte observasjon av pasientene ved bruk av DCM kartleggingsverktøyet og påfølgende tilbakemelding til personalgruppen. Dette utgjør bakgrunnsdata i studien. Videre ble det gjort fokusgruppeintervjuer av personalgruppen i fase en og to, samt intervju med avdelingssykepleier i fase to. Dette er hovedfunnene i studien.

#### **4.3.1 DCM- kartlegging med tilbakemelding – bakgrunnsdata**

DCM- kartleggingen er en standardisert metode for direkte observasjon av pasientgruppen og samhandlingen mellom pasientene og personalet. Kartleggingen foregikk i enhetens stue over to påfølgende dager à seks timer på formiddags- og ettermiddagsvakt i fase en og gjentatt på samme måte i fase to. Det ble gjort nedtegnelser av pasientenes (1) atferd og (2) grad av trivsel/velvære i tidsrammer på hvert femte minutt, samt (3) observasjoner av samhandling mellom pasientene og personalet (Bradford Dementia Group, 1997).

(1) Atferden som blir kodet er definert i metodebok og omfatter 24 alternative atferdskategorier (se vedlegg 1).

(2) Observasjoner av trivsel/velvære ble skåret inn etter skala med tre positive og tre negative skårer som vist i figur 4.2.

+ 5	Enestående trivsel – høy grad av engasjement, selvtutfoldelse og sosial interaksjon
+ 3	Betydelige tegn til trivsel – i engasjement, interaksjon eller initiering av sosial kontakt
+ 1	Forholder seg adekvat til aktuelle situasjon – noe kontakt med andre, ingen tegn til mistriivsel observeres
- 1	Svak grad av mistriivsel synlig – eksempelvis kjedsomhet, rastløshet eller frustrasjon
- 3	Betydelig mistriivsel – eksempelvis tristhet, angst, vedvarende sinne, alvorligere grad av tilbaketrekning eller apati
- 5	Ekstrem grad av apati, tilbaketrekking, raseri, sorg eller desperasjon

**Figur 4.2. Oversikt over positive og negative trivselsskårer**

(3) Samhandlingen beskrives som positive og negative hendelser. Positive hendelser er definert som eksempler på personsentrert omsorg i praksis. Det innebærer at en noterer seg hendelser der personalet yter omsorg som synes å understøtte pasientens identitet gjennom individuell tilnærming, evne til å ta pasientens perspektiv og tilrettelegge sosiale omgivelser slik at de støttet opp under pasientens grunnleggende behov for trøst, inkludering, beskjefligelse, tilhørighet og identitet. Negative hendelser skal observeres og beskrives ut fra 17 indikatorer (se vedlegg 2) for destruktiv sosialpsykologi (Kitwood, 1999).

DCM- observasjonene resulterer i kvantitative data i form av koder for trivsel og atferd, og kvalitative beskrivelser av positive og negative hendelser.

Ved tilbakemelding til personalet ga en oversikt over skåringen på atferdskategorier og trivselsskårer for den enkelt pasient samt for pasientgruppen som helhet. Tilbakemeldingen av tallmaterialet illustreres med stolpediagram som eksemplifisert i artikkel en og forklares med utfyllende kommentarer. De positive episodene som er observert vies betydelig plass i tilbakemeldingen da de representerer gode eksempler og muligheter for forbedring av miljøbehandlingen. Kartleggingen ledsages av en oppmuntring til å utarbeide tiltaksplaner for forbedring av omsorgen for enkeltpasienter og/ eller hele pasientgruppen i enheten. Tilbakemeldingen kan således oppfattes som en intervensjon som kan føre til endring av

praksis. Utviklingen følges med ny kartlegging for evaluering i fase to som igjen danner grunnlag for videre utvikling av pasienttilbudet.

#### **4.3.2 Fokusgruppeintervju - hovedfunn**

Hovedfunnene i studien baserer seg på kvalitative fokusgruppeintervjuer med personalgruppen i etterkant av DCM- kartleggingene. For å få innsikt i om og eventuelt på hvilken måte DCM prosessen har påvirket personalgruppen i deres praktiske arbeid, syntes fokusgruppeintervju å være en hensiktsmessig metode. Målet med det kvalitative forskningsintervju er å innhente beskrivelser av de intervjuedes livsverden med tanke på å kunne fortolke de beskrevne fenomener. En baserer seg på innhenting av kunnskap gjennom den mellommenneskelige interaksjon (Kvale, 1997). Jeg ønsket å få åpne nyanserte beskrivelser av de temaene jeg ønsket å belyse. I intervjuene fokuserte jeg på tema etter en veiledende intervjuguider (se vedlegg 3 og 4). Dette for å ha en viss styring på samtalen uten at den ble for stramt strukturert. Hensikten med å bruke fokusgruppeintervjuer fremfor intervjuer av personalet enkeltvis, var å få frem gruppedynamikken. Fokusgruppeintervju kan karakteriseres som et gruppeintervju der en særlig legger vekt på interaksjonen mellom deltakerne i gruppen (Freeman, 2006). Målet er å bringe frem viten ved å dra veksler på gruppens dynamikk. Deltakerne oppfordres til å stille spørsmål ved hverandres innspill, lokke frem avklaringer og utforske huller i synspunktene til hverandre (Kreuger, 1994). I en sykehjemsavdeling utføres mye av arbeidet som teamarbeid der dynamikken i gruppen virker inn på den enkeltes refleksjoner og handlinger. Jeg ønsket å få innblikk i hvordan denne dynamikken kom til uttrykk når de tema jeg ønsket å belyse, ble brakt inn i gruppen.

Intervjuene ble forberedt ved at jeg satte opp aktuelle tema i intervjuguide i forkant og parallelt med DCM- kartleggingene. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd.

#### **4.3.2 Intervju med avdelingssykepleier**

På bakgrunn av tema som kom opp i fokusgruppeintervjuene knyttet til enhetens struktur fant jeg det hensiktsmessig å avslutningsvis gjøre et kvalitativt intervju med avdelingssykepleier på enheten. Dette ble gjennomført med utgangspunkt i en veiledende intervjuguide som jeg satte opp etter at fokusgruppeintervjuene var gjennomført (se vedlegg 5). Dette intervjuet ble også tatt opp på lydbånd.

#### **4.4 Forskerrollen**

Under gjennomføringen av denne studien hadde jeg flere roller. Under DCM- kartleggingen var jeg observatør i miljøet. I etterkant av de strukturerte observasjonssekvensene hadde jeg en form for veilederfunksjon og endelig hadde jeg en klarere forskerrolle under gjennomføringen av intervjuene med påfølgende analyse og tolking av data. Jeg ble i utgangspunktet invitert til sykehjemmet av institusjonens ledelse for å bidra i en fagutviklingsprosess, og prosjektet hadde således forankring i ledelsen helt fra starten. Jeg kjente ingen av de ansatte eller pasientene på forhånd, men de fleste hadde vært til stede på kurs der jeg har undervist. Derfor var jeg ikke et fremmed ansikt for personalet. I en så praksisnær studie innser jeg at det er umulig ikke å virke inn på forskningsprosjektet. Kvaliteten på det materiale jeg samler inn vil være avhengig av det forhold jeg evner å etablere til deltakerne. På den ene siden må jeg etablere trygghet for å kunne komme nært inn på deltakerne og få tilgang til den ønskede informasjon. På den andre side må jeg evne å være kritisk til det materiale jeg samler inn og måten det er samlet inn på. Faren ligger både i å bli for nær slik at jeg aksepterer det som formidles uten å stille kritiske spørsmål og for distansert slik at deltakerne føler seg utnyttet.

##### **4.4.1 Rollen som DCM- kartlegger**

I rollen som DCM- kartlegger kom jeg direkte inn og observerte pasientene og personalets samhandling med beboerne i enheten. På forhånd antok jeg at de ville føle seg noe beklemmt ved å bli observert på denne måten selv om DCM- kartlegging primært er en kartlegging av pasientene. Det kunne også skje at de forholdt seg annerledes til pasienten de dagene observasjonene pågikk enn det de ellers gjør. Tilstedeværelse av en observatør vil ha innvirkning på det som skjer i miljøet. Dette omtales som Hawthorne-effekten (Roethlisberger og Dickson, 1939). På bakgrunn av denne forforståelsen snakket jeg med personalet om dette på forhånd, spurte om deres tanker rundt det å være i miljøet under observasjonen samt oppfordret dem til å opptre så naturlig som mulig. For å trygge pasientene, ble de i forkant informert om at jeg skulle komme av personalet. De dagene jeg var der som observatør, gikk jeg rundt og hilste på alle pasientene i stua med en kort orientering om min rolle. Jeg plasserte meg deretter et sted i stua der jeg hadde oversikt over det som skjedde samtidig som min tilstedeværelse var mest mulig diskret. Jeg forholdt meg stort sett rolig under hele observasjonsperioden, hadde enkle ark til notater, henvendte meg ikke til noen under veis men responderte verbalt og nonverbalt med nikk og smil hvis noen av pasientene eller personalet henvendte seg til meg.



#### **4.4.2 Rollen som tilbakemelder etter DCM- kartleggingene**

Å melde tilbake etter kartleggingen krever forberedelse og bearbeiding av data som er innsamlet. Gjennom utdanning til DCM- bruker blir en spesielt trent til denne rollen. Det er utarbeidet retningslinjer for god praksis knyttet til feedback. Den skal foregå med empati, bygge på verdiene i personsentrert omsorg men også med styrke og mot til å reise vanskelige eller utfordrende spørsmål til diskusjon i personalgruppen (Brooker og Surr, 2007).

Stressnivået og spenningen i personalgruppen kan være høyt og dette må det tas hensyn til. For å forberede personalgruppen på prosessen, hadde jeg i forkant av fase en, informasjonsmøte der jeg blant annet gikk gjennom hva som ville bli kartlagt og hvilke områder tilbakemeldingen ville omhandle. Jeg satte av tid til personalets spørsmål og kommentarer under tilbakemeldingene og noterte meg i ettertid hvilke tema de var opptatt av.

#### **4.4.3 Forberedelser og gjennomføring av intervjuer**

I et kvalitativt intervju vil forskeren være direkte involvert i de data som hentes inn. Forskeren kan ikke betraktes som en nøytral part, men er en medprodusent gjennom utvelgelsen av de spørsmål som stilles, måten de stilles på og hvordan de følges opp i samtalen. En kan si at data blir frembrakt i situasjonen, ikke innsamlet (Thorsen, 1998). Et viktig spørsmål blir om jeg som forsker i for stor grad styrer samtalen og om informantene har formidlet det de trodde jeg ønsket å høre, heller enn sine egne opplevelser og vurderinger. Jeg forsøkte å være bevisst på å stille åpne spørsmål for at ikke selve spørsmålsstillingen skulle legge føringer hvilke svar jeg forventet å få. Kvalitative intervjuer avhenger av intervjuerens kompetanse og erfaring (Appleton, 1995). Jeg har ikke tidligere innhentet denne typen data gjennom intervjuer. Jeg har imidlertid lang erfaring med å innhente kliniske data gjennom samtaler med pasienter, pårørende og helsepersonell og følte meg således relativt trygg i forkant av selve intervjusituasjonen. Etter første intervju lyttet jeg til lydbåndopptaket og prøvde å være kritisk til min egen kommunikasjon og hvorvidt jeg la opplagte føringer i samtalen. Dette for at jeg kunne korrigere meg til neste intervju.

#### **4.5 Analyse og tolking av data**

Det vil alltid være ulike muligheter for tolking av materialet i en kvalitativ analyse (Malterud, 2003). Analyseprosessen startet allerede under selve DCM- kartleggingene og tilbakemeldingssekvensene da jeg valgte ut og noterte positive hendelser, gjorde notater for utforming av intervjuguide og under intervjuene der jeg stilte oppfølgingsspørsmål for å

utdype personalets utsagn. Analyse av hovedfunnene ble basert på Kvaales (1997) seks analysetrinn der jeg anvendte trinn 1 – 4. De tre første trinnene skjer i selve intervjusituasjonen. Personalet beskriver sin livsverden (1), de oppdager selv nye ting under intervjuet (2) og intervjuer kondenserer og fortolker gjennom løpende tolking av valg av spørsmål for oppflaring (3). Etter intervjuene ble materiale transkribert fra lydbånd til tekst. I den videre analyseprosessen ble teksten fortolket gjennom strukturering og meningsanalyse (4). Etter den første gjennomgangen der en lyttet til lydbåndopptakene og leste teksten sammenhengende, dannet jeg meg et helhetsbilde. Dataene ble videre strukturert i hovedtema knyttet til de to forskningsspørsmålene som igjen ble brutt ned til koder. I forhold til første forskningsspørsmål: Hvilke konsekvenser får DCM- kartleggingen for pasienttilbudet i enheten, slik det fremkommer i bakgrunnsdata om pasientgruppen og gjennom personalets vurderinger av bruk av metoden? brukte en kodene: endring i forhold til enkeltpasient, endring i forhold til pasientgruppe, endret tilnærming og endret struktur i avdelingen. Knyttet til forskningsspørsmål to: Hvilke refleksjoner settes i gang i personalgruppen på bakgrunn av DCM- kartleggingen og hvilke konsekvenser får dette for praksis?, anvendte en kodene: (1) uttrykk for refleksjon over egen praksis, (2) type refleksjoner med underkodene, bevisstgjøring, selvrefleksjon og refleksjon i fellesskap, (3) refleksjonenes innhold med underkodene, opplevelse av bekreftelse, positiv vinkling og øket trygghet og (4) arenaer for refleksjon.

## **4.6 Etiske vurderinger**

### **4.6.1 Nødvendige godkjenninger**

Studien ble forelagt Regional etisk komité for medisinsk forskning (REK) med beskrivelse av prosjektet i en e-post og forespørsel om ordinær søknad til REK var påkrevet. Det ble gjort klart at pasientdata kun skulle anvendes som bakgrunnsdata. Det ble gitt tilbakemelding om at prosjektet ble ansett som en type kvalitetssikring og evaluering som falt utenom komiteens mandat (se vedlegg 6). På grunn av at det skulle gjøres lydbåndopptak ble prosjektet meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) som kvitterte for mottatt melding (se vedlegg 7). Det ble sendt skriftlig forespørsel til sykehjemmets ledelse (se vedlegg 8), og sykehjemsleder ga skriftlig tillatelse til at studien ble gjennomført (se vedlegg 9).

#### **4.6.2. Forskningsetiske krav**

Sentrale forskningsetiske føringer er krav om informert samtykke, konfidensialitet og vurdering av risiko og belastning for deltakerne i prosjektet. Informert samtykke innebærer at deltakerne informeres om studiens mål og gjennomføring, så vel som risiko og fordeler ved å delta. Det innebærer at en sikrer seg deltakernes frivillige deltakelse, herunder gjør kjent vedkommendes rett til når som helst å trekke seg fra undersøkelsen (Kvale, 1997).

Informantene i denne studien ble informert på innledende informasjonsmøte, gitt skriftlig orientering (se vedlegg 10) og signerte på samtykkeerklæring (se vedlegg 11). Både personale som er sitert og pasienter som er beskrevet i studien er gitt fiktive navn og deres historier er aidentifisert for å sikre deres anonymitet. Vurdering av belastninger for pasienter og personale ved å delta i prosjektet, ble gjort fortløpende. Jeg var spesielt oppmerksom på tegn som tydet på at pasientene var ubekvemme ved min tilstedeværelse i enheten og om personalet kom opp i situasjoner der de følte seg beklemt ved å bli observert eller intervjuet. Jeg kunne ikke se tegn til uro hos pasientene, og personalet mente at pasienten følte seg tryggere ved min tilstedeværelse. En av informantene ga uttrykk for et visst ubehag ved å føle seg observert, men hun var klar på at hun likevel ønsket å delta.

## **5.0 FUNN**

Funnene presenteres med bakgrunn i studiens to forskningsspørsmål (se kapittel 1.3).

### **5.1 Konsekvenser av DCM- kartleggingen for pasienttilbudet slik det fremkommer i bakgrunnsdata.**

De data som ble samlet inn gjennom DCM- kartleggingen representerer bakgrunnsdata i studien og ble presentert både på individnivå for hver enkelt pasient og på gruppenivå under tilbakemeldingen til personalet kort tid etter de to kartleggingsperiodene. Funnene er nærmere beskrevet i artikkel 1. De seka pasientene som ble inkludert i DCM- kartleggingen var alle kvinner i alderen 81 til 91 år. De hadde en moderat til alvorlig grad av demens.

#### **5.1.1 Endring i grad av trivsel i pasientgruppen**

Ved kartlegging av trivsel gjennom skåring ut fra alternativene vist i figur 4.2 på side 17, fant en at pasientene ved første kartlegging hadde en gjennomsnittsskår på + 1,5. Denne skåren økte til + 1,8 ved andre kartlegging etter tre måneder. Den prosentvise tiden pasientene befant seg i skår minus 1 (svak grad av mistrivsel synlig), endret seg fra ti til tre prosent, mens andelen av tiden de befant seg i + 3 (betydelig tegn til trivsel) økte fra 31 til 40 prosent. Den gjentatte kartleggingen med DCM viste altså øket grad av trivsel i pasientgruppen ved andre kartlegging.

#### **5.1.2 Endring i atferd i pasientgruppen**

Hva gjelder atferdskartlegging var det kun mindre endringer på de fleste atferdskategoriene (se vedlegg 1) fra første til andre kartlegging. En så imidlertid at tidsbruken til måltider (kategori F) økte fra 24 til 27 prosent. Tiden da pasientene ble registrert som sosialt uinvolverte/ tilbaketrukket (kategori C), ble redusert fra sju til en prosent.

#### **5.1.3 Endring hos enkeltpasient**

Flere av pasientene viste endringer både i trivsel og atferd fra første til andre kartlegging. Hos en av pasientene så en endring fra første til andre dag i første kartleggingsperiode ved at hennes trivselsskår økte fra + 0,2 til + 1,3. Første dag befant hun seg i minus 3 og minus 1 i vel 40 prosent av tiden, mens hun andre dag var i +1 i 58 prosent og + 3 i 28 prosent av tiden (se figur 5 i artikkel 1). Ved analyse av data fra de to vaktene fant en at forskjellen på de trolig hadde sammenheng med at hun andre dag hadde en dukke hos seg store deler av tiden. Denne dukken pratet hun med, strøk på den og bar den rundt i rommet. Ved initiativ til kontakt fra

andre var hun mer våken og tilgjengelig enn første dag da hun satt mye og stirret tomt ut i luften, døde og responderte dårlig på kontakt fra personalet. Denne tendensen til øket trivsel var ytterligere forsterket ved andre kartlegging.

## **5.2 Personalets opplevelse av endringer knyttet til DCM metoden.**

Personalets opplevelse av endring kommer frem i fokusgruppeintervjuene og er nærmere beskrevet i artikkel 1. Et av hovedfunnene er at personalet diskuterer situasjoner de er blitt oppmerksomme på etter tilbakemeldingene basert på DCM- kartleggingene både i forhold til enkeltpasienter og knyttet til organiseringen av tilbudet for gruppen som helhet.

### **5.2.1 Avklaring om bruk av dukke til pasient.**

Personalet ble oppmerksomme på øket trivsel og våkenhet hos pasienten ved at hun hadde dukken hos seg. I forkant hadde spørsmålet om bruk av dukke til en eldre dame vært gjenstand for motstridene følelser for flere og representert et faglig og etisk dilemma. Ville bruk av dukke representere barnliggjøring av pasienten? På bakgrunn av tilbakemeldingen, fikk de trygghet for å bruke dukken på en bevisst måte basert på diskusjon i gruppen og informasjon fra DCM- kartleggingen.

### **5.2.2 Plassering av pasientene ved måltider og aktivisering.**

Første kartlegging viste høyere grad av trivsel og samhandling under måltidene ved langbordet enn ved måltider servert i sofagruppe og stoler ellers i stua. På bakgrunn av denne tilbakemeldingen, forsøkte personalet seg fram med mer bruk av langbordet både til flere måltider men også til felles aktiviteter som sang, bretteing av kluter og handklær og samtaler. Ved andre fokusgruppeintervju ga de uttrykk for positive erfaringer med denne omleggingen, noe som også kom frem i DCM- kartleggingen i form av øket trivsel under aktivisering av pasientgruppa.

### **5.2.3 Endring i bruk av spørsmål**

Ved tilbakemelding etter første DCM- kartlegging ble personalet gjort oppmerksom på en tendens til å stille mange, fortløpende spørsmål til pasientene under samhandling. Pasientene reagerte ofte på dette med flakkende blikk, manglende svar og brudd i samhandlingen med personalet. Ved neste kartlegging var denne tendensen til løpende spørsmål til pasientene så å si fraværende. Personalet ga uttrykk for at dette var resultat av en bevisst endring av egen atferd basert på felles diskusjoner i gruppen.

### **5.3 Refleksjoner som igangsettes i personalgruppen relatert til DCM metoden.**

Personalet gir uttrykk for at DCM prosessen satte i gang refleksjoner på flere nivå og dette er nærmere beskrevet i artikkel 2.

#### **5.3.1 Type refleksjoner**

De første spontane refleksjonene var uttrykk for aha opplevelse knyttet til tilbakemeldingen etter kartlegging. Videre kom utsagn om økt bevisstgjøring i forhold til egen og andres samhandling med pasientene. De karakteriserte denne bevisstgjøringen som viktig for å kunne endre egen praksisutøvelse. Behov for selvrefleksjon i form av å tenke gjennom og grunne på ting, kom til uttrykk. Det samme gjaldt ønske om å kunne reflektere over hendelser i fellesskap, få innputt fra andre og diskutere handlingsalternativer i vanskelige praksissituasjoner for slik å utvide eget perspektiv.

#### **5.3.2 Innhold i refleksjonene**

Informantene ga uttrykk for behov for bekreftelse i sitt daglige praktiske arbeid, og feedback knyttet til DCM ga denne bekreftelsen som ble ledsaget av opplevelsen av verdsetting og anerkjennelse. Viktigheten av tilbakemelding for at en skal oppleve arbeidet som meningsfylt, understrekes. Nyttan av positiv vinkling på tilbakemeldingene fremheves. Dette for at en skal føle seg bekreftet og oppleve økt trygghet i det videre arbeidet. Flere ga uttrykk for usikkerhet i forhold til egne valg knyttet til sin praksisutøvelse, og hevdet at konkret tilbakemelding ga økt trygghet som igjen kom pasientene til gode. Prioritering av bruk av egen tid, bevissthet om å tone seg inn på pasientens tempo og opptrening av sensibilitet i forhold til pasientens subjektive ståsted, er eksempler fra personalets side på hvordan refleksjoner i tilknytning til DCM prosessen har virket inn på deres praksis slik de selv opplever det. DCM har ført til et mer aktivt og bevisst forhold til disse sidene ved utvikling av relasjon og samhandling med pasientene.

#### **5.3.3 Konsekvenser for praksis**

Det ble fra informantene gitt samstemt uttrykk for behov for tid og møteplasser for å dele refleksjoner knyttet til DCM prosessen og i det løpende arbeidet. Dette for å kunne etablere felles forståelse for hvordan de skal bruke den informasjonen som er fremkommet gjennom kartleggingen, videre. Mangel på avsatt tid syntes å være et hinder for dette og

avdelingssykepleier bekreftet at dette er en utfordring innenfor den nåværende struktur i avdelingen.

Flere ga uttrykk for at tilgang til kunnskap gjennom utdanning, kurs og undervisning ikke nødvendigvis fører til endret praksis. Igjen ble mangel på møteplasser for felles refleksjoner og diskusjoner om konsekvenser for praksis, beskrevet som et vesentlig hinder.

## **6.0 DISKUSJON**

Jeg vil her gjøre en avsluttende og samlet drøfting av hovedfunnene i studien opp mot teoretisk referanseramme og tidligere forskning.

### **6.1 DCM metodens potensial for forbedring av demensomsorgen**

Denne første studien om bruk av DCM i Norge viser at det skjer en endring i positiv retning for pasientene slik det går frem av data fra kartleggingen og slik personalet opplever det og gir uttrykk for i fokusgruppeintervjuene. Dette er i tråd med tidligere forskning blant annet oppsummert i Brookers (2005) oversiktsartikkel med gjennomgang av internasjonale studier publisert i perioden 1993 til 2005. DCM-prosessen med kartlegging på pasientnivå over flere timer, analyse av funn med påfølgende tilbakemelding til personalet og mulighet for felles refleksjon i personalgruppen har et potensial for å bidra til utvikling og forbedring av omsorgen til personer med demens. Metoden legger til rette for en arena for læring og utvikling basert på de systematiske observasjonene av pasientene og samhandlingen mellom personalet og pasientene. Kartleggingen synes å oppnå intensjonen, som er å speile praksis ut fra pasientenes ståsted, noe som kan medføre endring av praksis.

#### **6.1.1 Bruk av tid og ressurser**

Mye av kritikken mot DCM-metoden går på at den er ressurskrevende og at kartleggingen går over lang tid. For hver kartlegging i denne undersøkelsen brukte jeg 12 timer til observasjoner, 2,5 timer til analyse av funn og forberedelser av tilbakemelding og 1,5 time til tilbakemelding. Dette tilsvarer 16 timer for kartleggeren og halvannen time for personalet. Samme tidsbruk ble gjentatt etter 12 uker. Observasjonstiden ved bruk av DCM- metoden blir ofte begrenset til en dag slik at tidsbruken kan kortes ned til 10 timer for kartlegger uten at det går på bekostning av metodens intensjoner. Når en skal vurdere ressursbruk og potensial ved denne metoden må en kunne sammenligne med andre verktøy for utvikling av praksis. Det mest nærliggende er veiledning i grupper med sykepleiefaglig veileder eller felles undervisning til personalgruppen. Dette krever også bruk av tid og ressurser. Når en vurderer bruk av tid, må dette ses opp mot hva en får igjen for ressursbruken.

#### **6.1.2 Refleksjoner på grunnlag av subjektive beskrivelser eller observasjoner**

I tradisjonell sykepleiefaglig veiledning bygger refleksjonene i gruppen i hovedsak på et utgangspunkt der personalet presenterer sine subjektive problemstillinger fra praksis som så



gjøres til gjenstand for felles refleksjoner med forslag til utprøving i praksis. Temaene som bringes frem er avhengig av hva personalet velger ut som grunnlag for refleksjon. Gjennom DCM- metoden bringes observasjoner med utgangspunkt i pasientens ståsted, inn i gruppen for slik å gjøres tilgjengelig for diskusjon. Dette skal sikre det personsentrerte utgangspunktet som bygger på Carl R. Rogers (1951) prinsipper for personsentret terapi basert på empati, ubetinget positiv forståelse og ekthet/kongruens, samt Tom Kitwoods (1999) verdigrunnlag om personsentrert demensomsorg. Observasjoner brakt inn fra en utenforstående kartlegger skal sikre at nye perspektiver bringes inn som kan utfordre personalets tenkning og gi dem mulighet til å løsrive seg fra vaner og oppfatninger som er tatt for gitt, slik Habermas (1984) understreker viktigheten av. Dette avhenger av at DCM- kartleggeren har den nødvendige distanse til praksisfeltet, men likevel er såpass kjent med de faglige utfordringene og de rammebetingelsene som er personalgruppens utgangspunkt, at det etableres et gunstig klima for samarbeid og utvikling. Det vil si at DCM-metoden basert på ekstern observasjon, kan medføre endring i tatt-forgitt-forhold, hvor sykepleiefaglig veiledning kommer tilkort. Dette stemmer overens med Vatnes (2003) avhandling, der forskerens observasjoner skapte aha-opplevelser hos ansatte om egen praksis. For å få til en positiv utvikling, må prosessen være forankret i enhetens ledelse (Riesner 2005).

## **6.2 Utvikling av den kompetente praktiker**

En av forutsetningene for god demensomsorg er muligheten for å utvikle gode praktiske ferdigheter hos personalet. I nasjonale føringer i Demensplan 2015 "Den gode dagen" (Sosial og helsedepartementet, 2007) og overordnet strategi for kvalitetsforbedring "...og bedre skal det bli" (Sosial- og helsedirektoratet, 2005) understrekes behovet for utvikling av kompetanse for å møte pasientenes behov i den løpende samhandlingen. På bakgrunn av gjennomgang av forskningslitteratur om pleie og omsorg til personer med demens, vektlegges at god demensomsorg må baseres på en velfungerende relasjon mellom pleieren og pasienten (SBU, 2006). Utvikling av relasjonskompetanse henger nøye sammen med evnen til refleksjon.

### **6.2.1 Mulighet for utvikling av sensitivitet og refleksjon**

I følge informantene i denne studien la DCM- kartleggingene og tilbakemeldingene i etterkant, et grunnlag for bevisstgjøring, selvrefleksjon og refleksjon i fellesskap. Kartleggeren bringer inn informasjon som speiler klinikernes praksis. Nyttene av tilbakemelding om de positive hendelsene som bli observert i samspillet mellom personalet og pasientene, ble fremhevet. I de positive hendelsene som velges ut og beskrives basert på

verdigrunnet om personsentrert omsorg, ligger mye kunnskap om sensitivitet, slik Nordtvedt og Grimen (2004) beskriver det. Sensitivitet er evnen til å fange opp kunnskap om pasientens subjektive situasjon gjennom empati og følelsesmessig tilgjengelighet. Gjennom illustrasjonen av positive hendelser gjøres eksempler på sensitivitet tilgjengelig for refleksjon, som er en vurderende, bedømmende og artikulerbar gjennomgang av eksemplet og mulighet for overføring til tilsvarende situasjoner. På denne måten avdekker DCM- kartleggingens beskrivelser av positive hendelser, en slags taus kunnskap som ligger i personalets handlinger. De blir illustrasjoner på riktige valg når de løftes fram og tydeliggjøres, noe som skaper trygghet hos praktikere til å befeste tidligere handlinger. I DCM metoden ligger også at negative episoder som tegn på destruktiv sosialpsykologi, skal beskrives. Dette vil på samme måte ofte være taus kunnskap som illustrerer destruktive valg i samhandlingen med pasientene. Bevissthet om uheldige valg i praksisutøvelsen er også nødvendig for å skape kultur for forbedring.

### **6.2.2 Utvikling av ”eksperten” i demensomsorg**

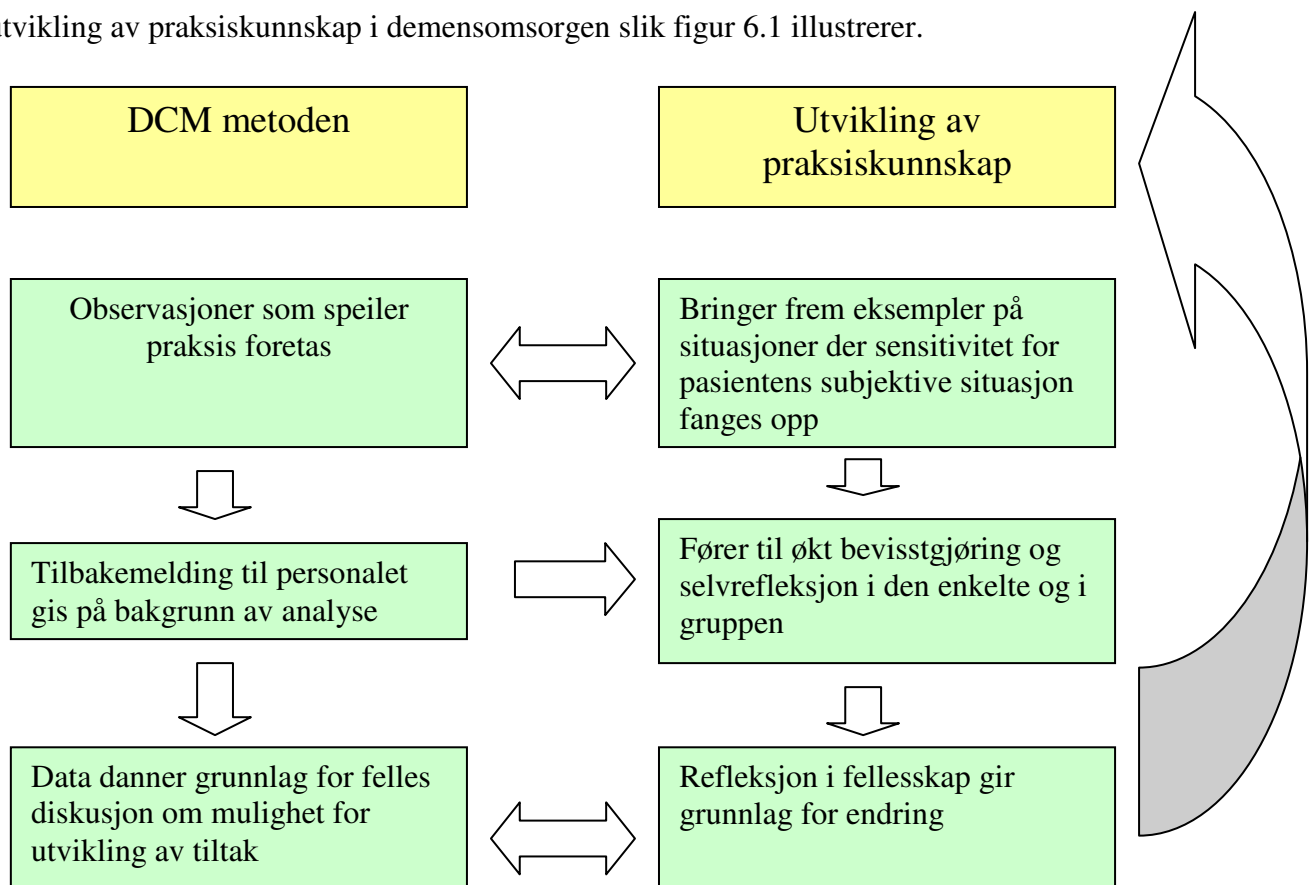
Sykepleierteoretikeren Benner (1995) beskriver utviklingen av eksperten i sykepleie gjennom fem stadier basert på Dreufusbrødrenes (1980) studier av utvikling av eksperter innen teknologiske fag. På veien fra novise til ekspert i sykepleie utvikles ferdighetene gjennom undervisning, erfaring og utprøving. Jo nærmere sykepleieren kommer ekspertnivået, jo større vekt legges på at ferdigheter er innlært og handlingene basert på intuisjon. I følge denne teorien vil eksperten ikke ha behov for analytisk refleksjon i utøvelsen av sin praksis fordi deres erfaringsbakgrunn og helhetsforståelse fører til intuitive grep i de situasjoner en kommer opp i. Dette stemmer ikke med utsagnene til informantene i denne studien. Personalet som deltok hadde alle lang erfaring som helsearbeidere innen demensomsorg. Det er særlig interessant å se at de med lengst fartstid og den med høyest kompetanse i form av sykepleieutdanning og påbegynt videreutdanning, spesielt understreket behovet for så vel selvrefleksjon i handlingssituasjoner slik Schön (1983) beskriver, som muligheten for å reflektere sammen med andre.

Demensomsorg er en kompleks praksis som krever et løpende samspill med sårbare mennesker. All samhandling må bygge på en relasjon som oppleves trygg for pasienten. Flere observasjoner fra DCM- kartleggingen illustrerte hvor skjørt grunnlaget for samhandling er. En rekke spørsmål etter hverandre (beskrevet i artikkel 1), fører til flakkende blikk og brudd i kontakten. Forsøket på å nærme seg en pasient som har mistet oversikten over situasjonen og opptrer forvirret under kveldsmåltidet (beskrevet i artikkel 2), oppleves krevende og fører til

opplevelse av vingling mellom handlingsalternativer hos personalet i situasjonen. Denne pasientgruppen med moderat til alvorlig demens har på grunn av kognitiv svikt, store problemer med å ha oversikt over sine omgivelser og mestre hverdagens utfordringer, på grunn av oppmerksomhetsvansker, problemer med tolkning av hendelser i miljøet og utfordringer knyttet til kommunikasjon. Eksperten i demensomsorgen må derfor til en hver tid være sensitive for pasientenes subjektive opplevelse. En av informantene beskrev blant annet at hun måtte tone seg inn i forhold til pasientens ståsted og tempo. Utviklingen av en slik form for sensitivitet er basert på en kontinuerlig evne til selvrefleksjon, evne til å undre seg og viljen og muligheten til å dele sine refleksjoner med andre. Dette danner grunnlaget for utvikling av god praksiskunnskap. Jeg vil reise spørsmålet om det er evnen til sensitivitet og refleksjon basert på et bredt erfaringsgrunnlag som kjennetegner eksperten.

### 6.2.3 DCM metoden innvirkning på utvikling av praksiskunnskap i demensomsorgen

Med bakgrunn i funnene i denne studien kan DCM- metoden ha potensial til å bidra til utvikling av praksiskunnskap i demensomsorgen slik figur 6.1 illustrerer.



**Figur 6.1 DCM metodens potensial for å bidra til utvikling av praksiskunnskap i demensomsorgen**

DCM- kartleggingen bringer inn observasjoner som speiler personalets praksis. Særlig setter beskrivelsene av positive episoder fokus på sensitivitet hos personalet. Dette er episoder der pasientens grunnleggende behov for trøst, inklusjon, beskjefligelse, identitet og tilknytning fanges opp og møtes av personalet. Ved tilbakemelding og beskrivelse av disse hendelsene gir informantene uttrykk for at dette fører til bevisstgjøring og selvrefleksjon som igjen bringes inn som refleksjoner i fellesskap med de andre i personalgruppen. I dialog med DCM-kartleggeren kommer en frem til områder for forbedring som prøves ut i praksis. Ved gjentatte DCM-kartlegginger, vil dette skape en spiral hvor omsorgen kan utvikles til et stadig høyere nivå av praksiskunnskap.

### **6.3 Funnenes relevans og overførbarhet**

Funnene i denne studien bygger på et begrenset materiale i og med at den baserer seg på en sykehjemsenhet og en gruppe personale som var delaktig i prosessen med DCM- kartlegging og tilbakemelding. De kan således ikke overføres og antas som gjeldende ved andre tilsvarende enheter. At DCM- metoden er relevant som verktøy for å utvikle demensomsorgen også i norske sykehjem, må en likevel kunne anta basert på resultater fra internasjonal forskning. Måling av effekten av DCM- prosessen er i mange studier gjort ved hjelp av gjentatte DCM- kartlegginger, noe som må antas å være en svakhet. Dette er også delvis tilfelle i denne studien, da de bakgrunnsdata som er presentert for illustrering av endring i pasientgruppen, er funn der en sammenligner data fra første og andre kartlegging. I tillegg bygger denne studiens hovedfunn på informasjon om personalets opplevelse av endringer innhentet i fokusgruppeintervjuer. I gjennomgang av tidligere forskning har en ikke funnet publikasjoner der tilsvarende data om personalets vurderinger er hentet inn. Dette er etterlyst ved tidligere gjennomgang av forskningsartikler (Beavis, Simpson og Graham, 2002).

Jeg vurderer det som en svakhet ved studien at jeg både ivaretok rollen som DCM- kartlegger der jeg gjorde observasjoner i miljøet og ga tilbakemelding til personalet om de funn som ble gjort, og rollen som forsker da jeg i etterkant foretok fokusgruppeintervjuer. Jeg ville ha foretrukket at en annen kunne ha gjennomført kartlegging og tilbakemelding slik at forskerrollen ble klarere definert og avgrenset til å studere de ansattes opplevelser og endringer i praksis. Dette var imidlertid ikke praktisk mulig da tilgangen på godkjente DCM- brukere i Norge på tidspunktet for gjennomføring var svært begrenset.

#### **6.4 Implikasjoner for klinisk praksis**

DCM- metodens utbredelse internasjonalt og bred tilgang på internasjonal forskning sammenholdt med denne første studien med utprøving av metoden i Norge, tyder på at metoden kan være et nyttig redskap for utvikling av demensomsorg. Den må da brukes systematisk og gjentatt for slik å kunne bidra til utvikling av praksiskunnskap hos det personale som skal yte omsorgen. For å implementere metoden i Norge må det satses på utdanning av DCM- kartleggere her i landet. Det første grunnkurset er avholdt og flere planlegges. DCM er omtalt som en mulig metode for utvikling av omsorgen for personer med demens i Sosial- og helsedepartementets handlingsplan knyttet til Demensplan 2015 kalt "Glemsk, men ikke glemt" (2007). For å sikre tilgang til kvalifiserte DCM- kartleggere, vil det være hensiktsmessig å etablere nettverk av kartleggere etter modell fra Storbritannia, der en har regionale nettverk med kompetente DCM- brukere som tilbyr institusjonen å bistå med DCM. Kartleggerne må ha tilstrekkelig kjennskap til praksis inne demensomsorgen, slik at de kan skape kultur for refleksjon og utvikling basert på institusjonens og personalets utgangspunkt og rammebetingelser.

Informantene i denne studien illustrerer behovet for at det gis mulighet til refleksjon i det løpende arbeidet i pleietjenesten. Dette krever en organisering og en struktur som sikrer utvikling av praksiskunnskap gjennom sensitivitet for pasientens subjektive ståsted som er en grunnleggende forutsetning for personsentrert omsorg, og arenaer for felles refleksjon i personalgruppen. Tid må defineres og settes av for dette.

#### **6.5 Implikasjoner for videre forskning**

Det er nødvendig med større studier der flere institusjoner er involvert, og der det gjøres bredere datasamling om effekten av en systematisk DCM- prosess for pasientene og personalet enn hva rammene for denne studien tillot.

## **7.0 KONKLUSJON**

Studiens hensikt var å introdusere Dementia Care Mapping (DCM) som metode for utvikling av demensomsorgen i en norsk sykehjemsenheter. En ville se på konsekvensene for pasienttilbudet og få innblikk i hvilke konsekvenser en slik prosess fikk for utviklingen av personalets praksiskunnskap. Bakgrunnsdata fra de to DCM-kartleggingene tyder på at pasientene fikk øket grad av trivsel og ble mer sosialt involvert i løpet av de tre månedene fra første til andre kartlegging. Personalet ga tilbakemelding om av DCM-kartleggingen med påfølgende tilbakemelding, ga økt bevisstgjøring om egen atferd i møte med pasientene og at denne bevisstgjøringen førte til økt selvrefleksjon, refleksjon i fellesskap og endring av atferd i møte med pasientene. Evnen til sensitivitet og refleksjon syntes å bli stimulert av tilbakemelding fra en utenforstående observatør som spilte deres praksisutøvelse, med særlig vektlegging av positive eksempler på gode relasjoner og samhandling i miljøbehandlingen. Det synes å være grunnlag for en bredere utprøving av DCM metoden også i vårt land.

## 8.0 REFERANSER

Appelton, J.V.(1995). Analysing qualitative data: addressing issues of validity and reliability. *Journal of Advanced Nursing* 21, 20-25

Baldwin, C., Capstick, A. (2007). *Tom Kitwood on Dementia. A Reader and Critical Commentary*. Berkshire, England and New York, USA: Open University Press.

Beavis, D., Simpson, S., Graham, I. (2002). A literature review of dementia care mapping: methodological considerations and efficacy. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 9, 725-736

Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert*. Tano i samarbeid med Munksgård.

Bradford Dementia Group (1997). *Evaluering af demensomsorg. DCM-metoden (Dementia Care Mapping) 7.utgave* Oversatt og redigert av Daniæ, København

Brooker, D., Foster, N., Banner, A., Payne, M., Jackson, L. (1998). The efficacy of Dementia Care Mapping as an audit tool: report of a 3-year British NHS evaluation. *Aging and Mental Health*. 2 (1) 60-70

Brooker, D. (2005). Dementia Care Mapping: A Review of the Research Litteratur. *The Gerontologist*. 45 (1) 11-18

Brooker, D. (2007). *Person-centred dementia care – making service better*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Brooker, D.; Surr, C (2007). *Dementia Care Mapping: Principper og praksis*. Bradford og København: Bradford Dementia Group & Daniæ

Chung, J. (2004). Activity Participation and Well-being of People with Dementia in Long-Term-Care Settings. *OTJR*. 24 (1) 22- 31

Dreyfus, S. E. & Dreyfus, H. L. (1980). *A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition*. Unpublished report supported by the Air Force Office of Scientific Research (AFSO) University of California at Berkeley

Dreyfus, S.E. (1982). Formal models vs. human situational understanding: inherent limitations on the model of business experience. *Office; Technology and People* 1, 133-55

Engedal, K.; Haugen, P.K (2007). *Demens – fakta og utfordringer*. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.

Freeman, T.(2006). "Best practice" in focus group research: making sense of different views. *Journal of Advanced Nursing* 56 (5), 491-497

Goldstein, K. (1934/1959). *The organism: A holistic approach to biology derived from psychological data in man*. New York: American Book (originalutgave i 1934).

Habermas, J. (1984). *The theory of communicative action: reason and the realization of society* (T. McCarthy, Trans. Vol. 1). Boston: Beacon Press.

Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Demensplan 2015 "Den gode dagen"*. Delplan til omsorgsplan 2015. 1129B.

ICD-10 (2000). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Innes, A (2003). *Dementia Care Mapping - applications across cultures*. Baltimore, Maryland: Health Professions Press.

Innes, A.; McCabe, L. (2007). *Evaluation in Dementia Care*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Innes, A.; Archibald, C.; Murphy, C. (2004). *Dementia and Social Inclusion – marginalised groups and marginalised areas of dementia research, care and practice*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.



Kitwood, T. & Bredin, K. (1994). Charting the course of Quality care. *Journal of Dementia Care* 2 (3), 22-23.

Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens – personen kommer i første række*. Fredrikshavn: Dafolo Forlag.

Kreuger, R.A. (1994). *Focus Groups: a Practical Guide for Applied Research*. CA, USA: Sage, Thousand Oaks.

Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 2.utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Nordtvedt, P.; Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Raskin, N.J (1948). The development of nondirective therapy. *Journal of Consulting Psychology*. 12, 92-110.

Raskin, N.J & Rogers, C.R. (2004). Person-centered therapy. I R.J. Corsini & D. Wedding (red): *Current Psychotherapies (7th Edition)* (130-165) Belmont, Ca: Books/Cole.

Riesner, C (2005). *Die Entwicklung personzentrierter Pflege für Menschen mit Demenz im Rahmen eines Modellprojekts. Eine Evaluationsstudie ausgewählter Einrichtungen*. Institut für Pflegewissenschaft, Fakultät für Medizin, Private Universität Witten / Herdecke gGmbH.

Roethlisberger, F.J.; Dickson, W.J. (1939). *Management and the worker*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Houghton Mifflin, Boston.

Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.

Sabat, S. (1994). Excess disability and malignant social psychology: a case study in Alzheimer's disease. *Journal of Community and Applied Psychology* 4, 175 – 86.

SBU (Statens beredning for medicinsk utvärning) (2006). *Demenssykdommer – en systematisk litteraturoversikt*. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.

Schön, D. A.(1983). *The Reflective Practitioner, How Professionals think in Action*. New York: NY Basic books.

Schön, D. A. (1987). *Educating the Reflective Practitioner*. San Francisco: Jossey Bass. A. Wiley Imprint.

Selbæk, G., Kirkevold, Ø., Engedal, K. (2007). The prevalence of psychiatric and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22 (9): 843-849.

Sosial og helsedirektoratet (2005). ... og bedre skal det bli! *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial – og helsetjenesten*. Veileder IS – 1162.

Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Glemsk, men ikke glemt. Om dagens situasjon og fremtidas utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens*. Rapport IS-1486.

Stortingsmelding n. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening. Fremtidas omsorgsutfordringer*.

Thorsen, K. (1998). *Kjønn, livsløp og alderdom. En studie av livshistorie, selvbilder og modernitet*. Bergen: Fagbokforlaget.

## Artikkel 1.

# **Dementia Care Mapping – en mulig metode for utvikling av demensomsorg i sykehjem**

Anne Marie Mork Rokstad

## **ABSTRACT**

**Dementia Care Mapping – a possible method for developing dementia care in nursing homes**

**This article describes a study using Dementia Care Mapping (DCM) in a Norwegian nursing home. In this descriptive study, background data was collected by the DCM method and main findings by focus group interviews with the nursing staff.**

**Results: The staff reported that the feedback based on the DCM method gave a higher consciousness in their work, and that this resulted in change in their own behaviour meeting the patients. This was also documented by the DCM data which showed a higher degree in wellbeing in the group of patients at the three months follow up mapping.**

**Conclusion: DCM may be a useful method to develop dementia care by giving the staff feedback and the possibility to reflect on practise**

## **Key words:**

**English: dementia care mapping, nursing home, milieu therapy, staff training**

**Norwegian: evaluering av demensomsorg, sykehjem, miljøbehandling, personalutvikling**

## **INTRODUKSJON**

Denne artikkelen er den første av to, basert på en studie som ble gjennomført i forbindelse med mastergradsstudium i helse- og sosialfag ved Høgskolen i Molde. Dementia Care Mapping (DCM) ble introdusert som en metode i en sykehjemsenhet med sikte på å utvikle relasjonell kunnskap i miljøterapi innen demensomsorgen.

Utvikling av tilbudet til personer med demens i sykehjem er et nasjonalt satsingsområde (Stortingsmelding 25, 2005-2006). Her presenteres demens som ”den lidelsen som fører til flest år med alvorlig funksjonstap på slutten av livet og krever mest ressurser av den kommunale omsorgstjenesten”. I Demensplan 2015 ”Den gode dagen”, som omhandler

demensomsorgen spesielt, skisseres blant annet satsing på utvikling av miljøterapi og miljøbehandling gjennom et treårig utviklingsprogram:

Programmet skal sette søkelys på fysiske og psykososiale rammebetingelser, relasjon og samspill, kommunikasjon og miljøterapeutiske metoder. Videre skal programmet utvikle gode modeller for miljøterapeutiske tiltak og videre effekt og nytteverdi av ulike miljøtiltak (s.16).

Utvikling av kompetanse i demensomsorgen er et felt hvor det brukes mye ressurser til opplæring og veiledning. For å øke kvaliteten, er kunnskap viktig. Jeg vil her spesielt framheve den konkrete kunnskapen i møtet mellom den enkelte hjelper og pasienten, og om praktiske ferdigheter tilpasset behandlingen til den enkelte bruker. Utvikling av relasjonell praksiskunnskap blir vesentlig. I lys av myndighetenes satsing på utvikling av demensomsorg i de kommende årene vil erfaringer fra bruk av DCM i Norge være nyttig for å vurdere hvorvidt en slik metode kan bidra til å nå målet om mer systematisk kunnskap rundt relasjon, samspill og kommunikasjon.

## **Dementia Care Mapping**

DCM et observasjons- og evalueringsverktøy som er utviklet på bakgrunn av feltstudier på britiske sykehjem (Kitwood og Bredin, 1992). Metoden tar sikte på å bedre behandling og omsorg til personer med demens gjennom en kartlegging av praksis med påfølgende tilbakemelding og gjennomgang sammen med personalet. Metodens grunnlegger professor Tom Kitwood (1999) beskrev den som ” et seriøst forsøk på å innta perspektivet til personen med demens ved å bruke en kombinasjon av empati og observasjonsferdighet”. Dette er en metode som er tatt i bruk i demensomsorgen i en rekke land. Metodikken er evaluert og revidert flere ganger, og det foreligger nå en metodebok i versjon 8 (University of Bradford & Daniæ, 2007).

DCM bygger på prinsippene om personsentrert omsorg (Brooker, 2007). Hensikten med denne type kartlegg er å få en systematisk oversikt over pasientgruppen og den enkelte pasients grad av trivsel og atferd, og gjennom dette en utvidet forståelse av hva som skjer i samhandlingen mellom personalet og pasientene. Bruken av metoden krever sertifisering gjennom tre dagers standardisert kurs med eksamen.

## **TIDELIGERE FORSKNING**

Mange av de publiserte studiene om DCM er mindre enkeltstudier, men det foreligger også flere oversiktsartikler. En større studie i Storbritannia (Brooker, Foster, Banner, Payne, Jackson, 1998), inkluderte 324 pasienter fra daghospital, rehabiliteringsenhet, utredningsenhet og langtidsenheter. I løpet av prosjektets tre år, fant forskerne kvalitetsforbedringer som reduksjon av negative samhandlingssituasjoner mellom personale og pasientene, mindre forekomst av passivitet, tilbaketrekking og søvn på dagtid hos pasientene, og økt forekomst av sosial interaksjon og positive aktiviteter. Riesners studie (2005) som var en evaluering av fire ulike organisasjoner i Tyskland som brukte DCM, fant at personalgruppen var i stand til å implementere resultatene når ledelsen støttet prosjektet, og når kommunikasjonen mellom ledelsen og personalgruppen var god. Dårlig implementering var assosiert med ingen direkte kontakt mellom ledelse og personale, høy forekomst av utbrenthet og depressive symptomer i personalgruppen og høy turn over.

Brokkers oversiktsartikkel (2005) gir en bred gjennomgang av effekten av DCM, samt bruk av DCM som målemetode i evaluering og forskning. Konklusjonen er at de gjennomgåtte studiene gir evidens for at DCM har en rolle i praksisutvikling og forskning, hvor målsetningen er å bedre omsorgen for personer med demens. Metodens fordeler er at den er standardisert, kvalitetskontrollert, internasjonal og følsom med hensyn til å fange opp endringer. Beavis, Simpson og Graham (2002) konkluderer med at metoden er ressurs- og tidkrevende og at en bør utrede mer effektive måter å bruke DCM på, samt DCMs innvirkning på personalet og kvaliteten på den omsorgen som gis til personer med demens.

## **TEORETISK REFERANSERAMME**

Dementia Care Mapping bygger på Kitwoods beskrivelser av personsentret demensomsorg (Kitwood, 1999). I sitt arbeid ønsket Kitwood å utvikle ideer og arbeidsformer som setter pasientenes livserfaringer i fokus ved hjelp av relasjonsbygging og kommunikasjon. Følgende hjørnesteiner for arbeidet er beskrevet av Brooker (2007):

- Det grunnleggende er å bevare synet på personen med demens som en unik person. I den danske oversettelsen brukes betegnelsen ”å være en person”, som defineres som ”den rang eller status som tildeles et menneske av andre, i en kontekst av innbyrdes forhold og sosial væren. Det innebærer gjenkjennelse, respekt og tillit” (Kitwood 1999).

- Den destruktive sosialpsykologien undergraver pasientens personstatus ved at grunnleggende behov oversees, atferd ignoreres, og pasienten avskjæres fra meningsfull menneskelig kontakt.
- Viktigheten av å ta pasientens perspektiv understrekes. I DCM- kartleggingen observeres pasienten direkte over flere timer.
- På denne bakgrunn understrekes behovet for å utvikle en ny pleiekultur i demensomsorgen med endring av synet på demens fra ensidig fokus på sviktende kognisjon og ferdigheter, til sterkere vektlegging av pasientens muligheter, egne opplevelser, livserfaringer og individualitet.

DCM- kartleggingen med påfølgende tilbakemelding til personalgruppen i fellesskap, gir et grunnlag og en arena for refleksjon over enkeltpasienter og pasientgruppen i enheten.

Målet med dette konkrete prosjektet var nettopp å innhente informasjon om hvordan DCM-metoden kunne virke inn på demensomsorgen, med særlig fokus på hvordan personalet dro nytte av metoden i sitt daglige praktiske arbeid. På bakgrunn av dette ble det utformet to problemstillinger:

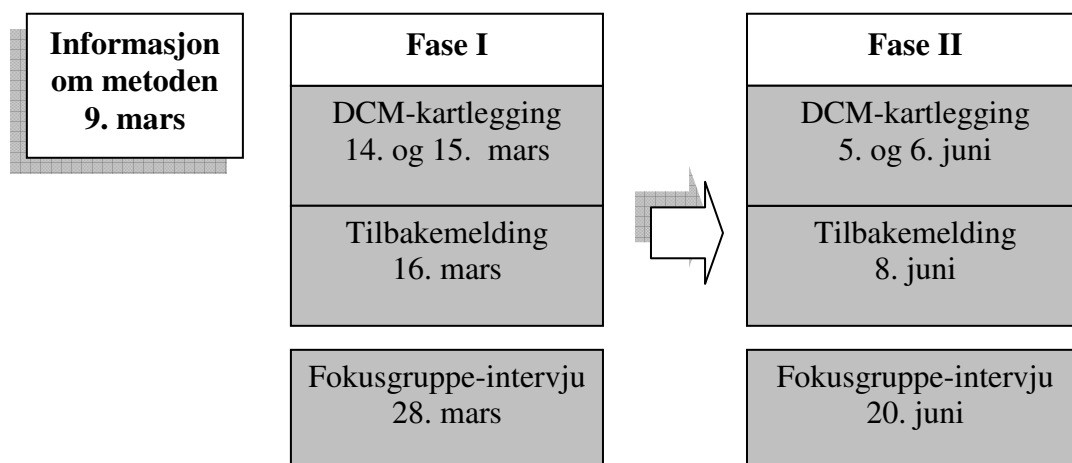
- Hvilke konsekvenser får DCM- kartleggingen for pasienttilbudet i enheten, slik det fremkommer i bakgrunnsdata om pasientgruppen og gjennom personalets vurderinger av bruk av metoden?
- Hvilke refleksjoner settes i gang i personalgruppen på bakgrunn av DCM-metoden og hvilke konsekvenser får dette for praksis?

## **DESIGN OG METODE**

Studien forgikk ved et sykehjem i en middels stor by på vestlandet. Den kom i stand ved at leder for et sykehjem ønsket bistand til fagutvikling relatert til tilbudet for mennesker med demens i sin egen institusjon. På bakgrunn av informasjon om metoden og prosjektet, uttrykte ansatte at de ønsket å delta i studien.

Utvalget bestod av personer i personalgruppen som deltok aktivt under DCM- kartleggingen og tilbakemeldingen etterpå. Det ble ikke satt krav til utdannelse eller praksiserfaring, da en ønsket at utvalget skulle være sammensatt lik en vanlig personalgruppe i sykehjem. Gruppen besto av fire ansatte hvorav en sykepleier og tre hjelpepleiere.

En valgte et deskriptivt design for studien med tre metodiske tilnærminger fordelt på to faser av datainnsamling, slik det er vist i Figur 1. Figuren viser en oversikt av prosessen i prosjektet med studiens ulike datasamlingsmetoder, som utdypes nedenfor.



**Figur 1. Studiens design og metoder**

## Metoder

### *DCM-kartlegging med tilbakemelding - Bakgrunnsdata*

DCM- kartlegging er en direkte observasjon av pasientgruppen og samhandlingen mellom pasientene og personale. Kartleggingen foregikk i sin helhet på enhetens stue. Som observatør kartla jeg til sammen seks personer med demens, kontinuerlig over seks timer fordelt på en dagvakt og en kveldsvakt og gjorde nedtegnelser av pasientenes (1) atferd og (2) grad av trivsel i tidsrammer på hvert femte minutt, samt (3) observasjon av samhandling mellom pasient og personalet (Bradford Dementia Group, 1997).

(1) Atferden som ble observert er definert i en metodebok og omfatter 24 alternative atferdskategorikoder.

(2) Trivselsobservasjoner ble skåret direkte inn på en skala, som har tre positive og tre negative skårer. Disse er fremstilt i boksen nedenfor.

+ 5	Enestående trivsel – høy grad av engasjement, selvtutfoldelse og sosial interaksjon
+ 3	Betydelige tegn til trivsel – i engasjement, interaksjon eller initiering av sosial kontakt
+ 1	Forholder seg adekvat til aktuelle situasjon – noe kontakt med andre, ingen tegn til mistriivsel observeres
- 1	Svak grad av mistriivsel synlig – eksempelvis kjedsomhet, rastløshet eller frustrasjon
- 3	Betydelig mistriivsel – eksempelvis tristhet, angst, vedvarende sinne, alvorligere grad av tilbaketrekning eller apati
- 5	Ekstrem grad av apati, tilbaketrekking, raseri, sorg eller desperasjon

**Figur 2. Oversikt over positive og negative trivselsskårer**

(3) Samhandlingen beskrives som negative og positive hendelser. Negative hendelser ble observert og beskrevet på bakgrunn av 17 indikatorer for destruktiv sosialpsykologi (Kitwood, 1999), som innebærer at pasientens personstatus undergraves ved at behov blir oversett, atferd ignoreres eller pasienten avskjæres fra meningsfull menneskelig kontakt. I tillegg ble det gjort regelmessige nedtegnelser av positive hendelser i relasjonen mellom pasient og pleier. Positive hendelser er eksempler på personsentrert omsorg i praksis. Det vil si omsorg som bidrar til å understøtte pasientens opplevelse av verdi som menneske gjennom individuell tilnærming, evne til å ta pasientens perspektiv og tilrettelegge de sosiale omgivelsene slik at de støtter opp om pasientens grunnleggende psykologiske behov for trøst, inkludering, beskjeftigelse, tilhørighet og identitet (Kitwood, 1999).

DCM- observasjonene resulterte i kvantitative data, som koding av atferd og trivsel, og kvalitative beskrivelser av samhandlingssituasjoner. I denne studien representerer dette bakgrunnsdata for å bidra til å besvare problemstilling en.

Ved tilbakemelding ga en oversikt over trivselsskåren til gruppen og prosentvis fordelingen av tid i de enkelte skåringsområdene, samt den enkelte pasients trivselsskår. De ble presentert med fokus på positive muligheter for forbedring av miljøbehandlingen. Tilbakemeldingene kan ved dette oppfattes som en intervensjon som kan føre til endring av de profesjonelles handlinger i praksis. Kartleggingen gir muligheter til å utarbeide tiltaksplaner



for forbedring av omsorg til enkeltpasienter og/eller for hele gruppen i posten og følges videre med ny kartlegging for evaluering.

### *Fokusgruppeintervju*

Hovedfunnene i studien baserer seg på to fokusgruppeintervju med personalgruppen i etterkant av DCM-kartleggingene med påfølgende tilbakemeldinger. For å fange opp om og eventuelt hvordan innføring av DCM har påvirket personalgruppen, synes fokusgruppeintervju, der flere av personalet intervjues sammen, å være hensiktsmessig. Fokusgruppeintervju er gruppeintervju som legger særlig vekt på interaksjoner mellom deltakerne i gruppen (Freeman, 2006). Målet er å bringe frem viten ved å dra vekslers på dynamikken i gruppen. I en sykehjemsavdeling utføres mye av arbeidet som teamarbeid der dynamikken i gruppen virker inn på den enkeltes refleksjoner og handlinger. En ønsket å få innblikk i hvordan denne dynamikken kom til uttrykk når de tema som skulle belyses, blir brakt på bane i gruppen. Aktuelle tema for intervjuene ble identifisert parallelt med DCM-kartleggingen, og ble tema i intervjuguiden. Eksempler på spørsmål i fokusgruppeintervjuene var i 1.intervju:

- Hva sitter dere igjen med etter første runde med Dementia Care Mapping?
- Hvordan har dere diskutert resultatene som kom frem under kartleggingen?
- Har DCM kartleggingen fått konsekvenser for pasientgruppen? Gi eksempler

I 2.intervju ble blant annet følgende spørsmål stilt:

- Hva er den umiddelbare tilbakemeldingen dere vil gi meg etter 2. runde med DCM?
- Har det skjedd noe mellom de to kartleggingsperiodene?
- I hvilken grad har DCM hatt konsekvenser for måten dere møter pasientene på?

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd.

### **Analyse**

I analysen av hovedfunnene i studien har en tatt utgangspunkt i Kvaales (2005) seks mulige analysetrinn og benyttet trinnene 1 til 4. Analyse i kvalitativ forskning starter allerede ved innsamling av data, hvor en gjør seg refleksjoner og danner seg oppfatninger. Disse virker inn på de spørsmål som ble stilt i neste intervju og det ”blikk” som brukes i observasjonene. De tre første trinnene i Kvaales analysemodell skjer i selve intervjusituasjonen. Personene

beskriver sin livsverden (trinn 1), de oppdaterer selv nye ting (trinn 2) og intervjuer kondenserer og fortolker (trinn 3) gjennom løpende tolking og spørsmål for oppklaring. Båndopptakene fra fokusgruppeintervjuene ble transkribert fra tale til tekst. I den videre analyseprosessen ble teksten fortolket gjennom strukturering og meningsanalyse (trinn 4). Etter den første gjennomgangen, der en lyttet til lydbåndopptakene og leste de transkriberte intervjuene i sammenheng, dannet en seg et helhetsbilde av dataene. Jeg strukturerte videre dataene i hovedtema, som ble brutt ned i koder. I forhold til det første forskningsspørsmålet som omhandles i denne artikkelen ble kodene: endring i forhold til enkeltpasient, endring i forhold til pasientgruppen, endret tilnærming og endring av struktur i avdelingen.

De kvantitative dataene i DCM-kartleggingen ble analysert ved at atferdskategorier og trivselsverdier ble lagt inn i et exelbasert program som er utarbeidet spesifikt for denne metoden. Analysen gir en oversikt over gjennomsnitts trivselsskår hos den enkelte pasient og gruppen som helhet, samt prosentvis fordeling av tidsrammer i de ulike trivselsskårene og atferdskategoriene på individ og gruppenivå illustrert i søylediagram.

Personalets utsagn i forhold til de utvalgte kodene ble sammenlignet med bakgrunnsdata fra DCM kartleggingen, og de tema som personalet berører i intervjuene samanalyseres med aktuelle bakgrunnsdata.

## **Etiske overveielser**

Studien ble forelagt REK gjennom en beskrivelse av hvordan prosjektet skulle gjennomføres, og at pasientdata ville bli presentert som bakgrunnsdata i studien. Vi fikk tilbakemelding om at prosjektet ble ansett som en type kvalitetssikring og evaluering som falt utenfor komiteens mandat. Studien ble meldt til NSD.

Informasjon om DCM som mulig metode, ble møtt på en positiv måte både av leder og representanter for personalet. De ble informert om prosjektets hensikt, at det var frivillig og delta, at opplysninger ville bli konfidensielt behandlet, anonymiteten sikret, og at de når som helst kunne trekke seg. De ga uttrykk for at de ønsket å delta i studien slik den ble presentert, og ga informert, skriftlig samtykke til dette.

## **FUNN**

Vi vil innledningsvis presentere bakgrunnsdata om pasientene fra DCM-kartleggingen, både på gruppe og individnivå. Disse er også eksempler på hvilken form for tilbakemelding personalgruppen fikk etter observasjonsdagene i avdelingen. Vi vil gi eksempler på endringer

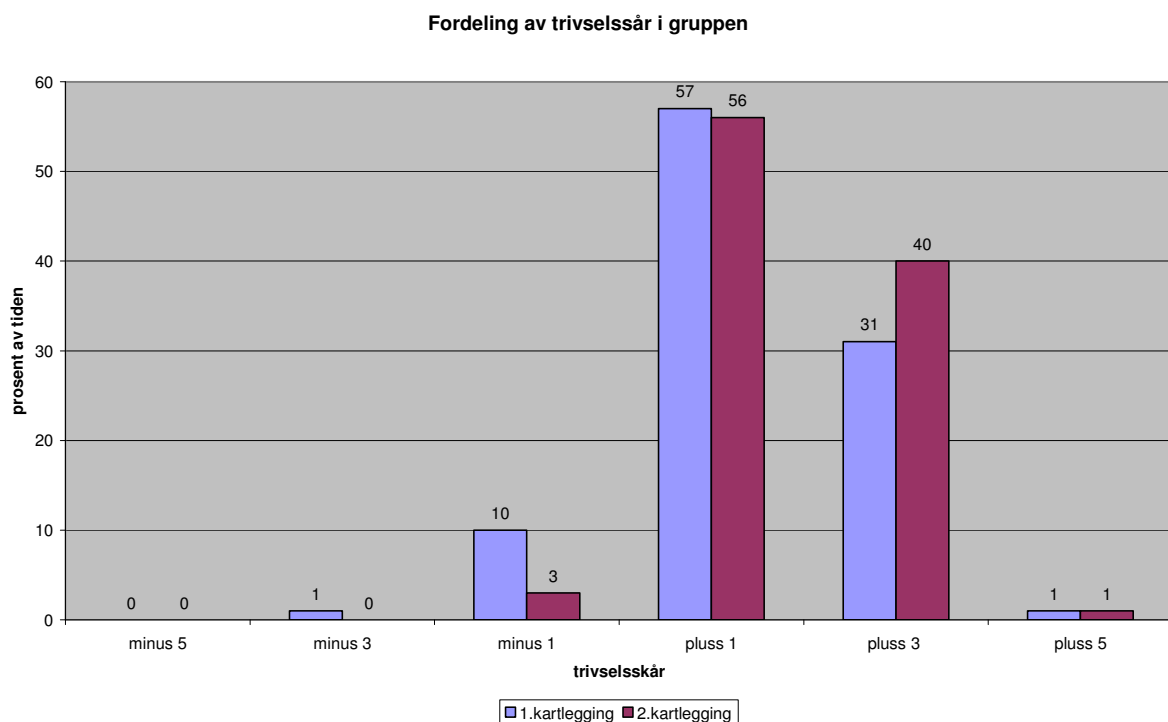
i prosessen fra første til andre kartleggingsfase. Deretter presenteres personalets tilbakemeldinger fra fokusgruppeintervjuene om opplevde endringer parallelt med DCM prosessen.

## Bakgrunnsdata

Pasientgruppen bestod av seks kvinner i alderen 81 til 91. De har moderat til alvorlig demenslidelse.

### Gruppenivå

*Trivselsdata.* Vi fant at den gjennomsnittelige trivselskåren i pasientgruppen økte fra + 1.5 ved første kartlegging til + 1.8 i fase II (se figur 2). Figur 3 viser hvordan trivselskåren fordelte seg for hele gruppen ved første og andre kartlegging.

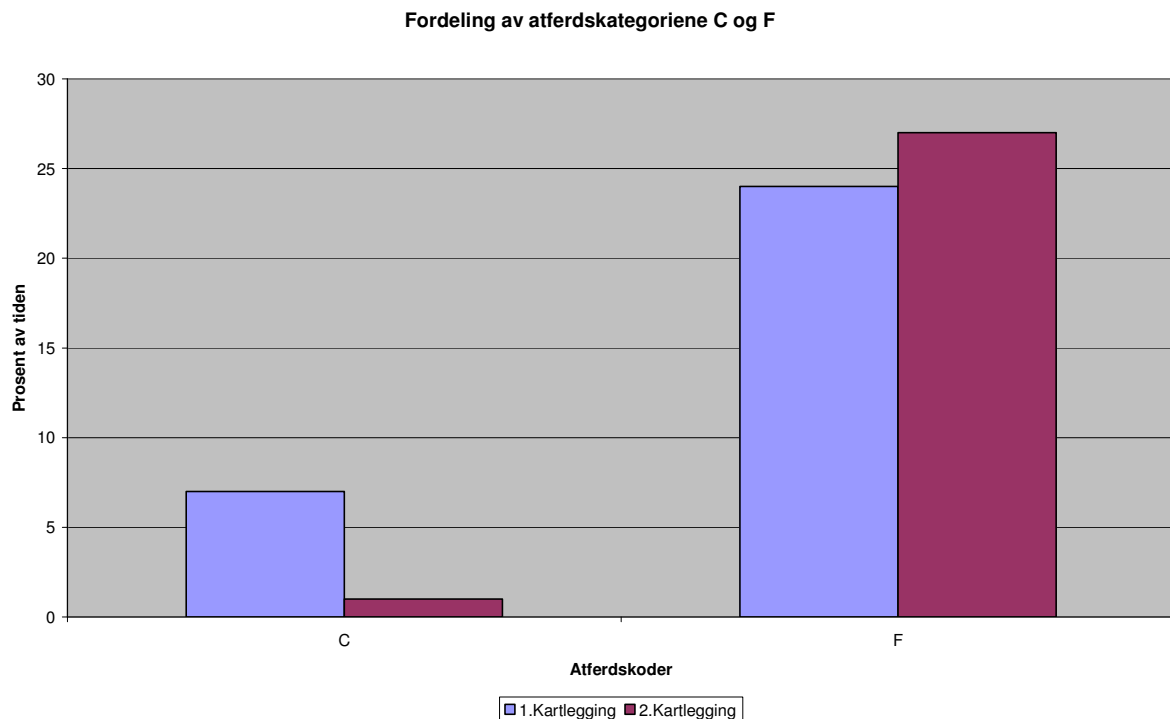


**Figur 3. Fordeling av trivsel i pasientgruppen ved 1. og 2. kartlegging, presentert som søylediagram.**

Andelen av tiden der pasientene skåret + 3 (betydelige tegn til trivsel) økte fra 31 til 40 prosent mens andel av tid med skåre – 1 (svak grad av mistrivsel synlig) ble redusert fra 10 til 3 prosent.

*Atferdskategorier.* Vi velger i figur 4 å vise fordelingen av to sentrale atferdskategorier

ved første og andre kartlegging, som en illustrasjon på endring av atferd i pasientgruppen.

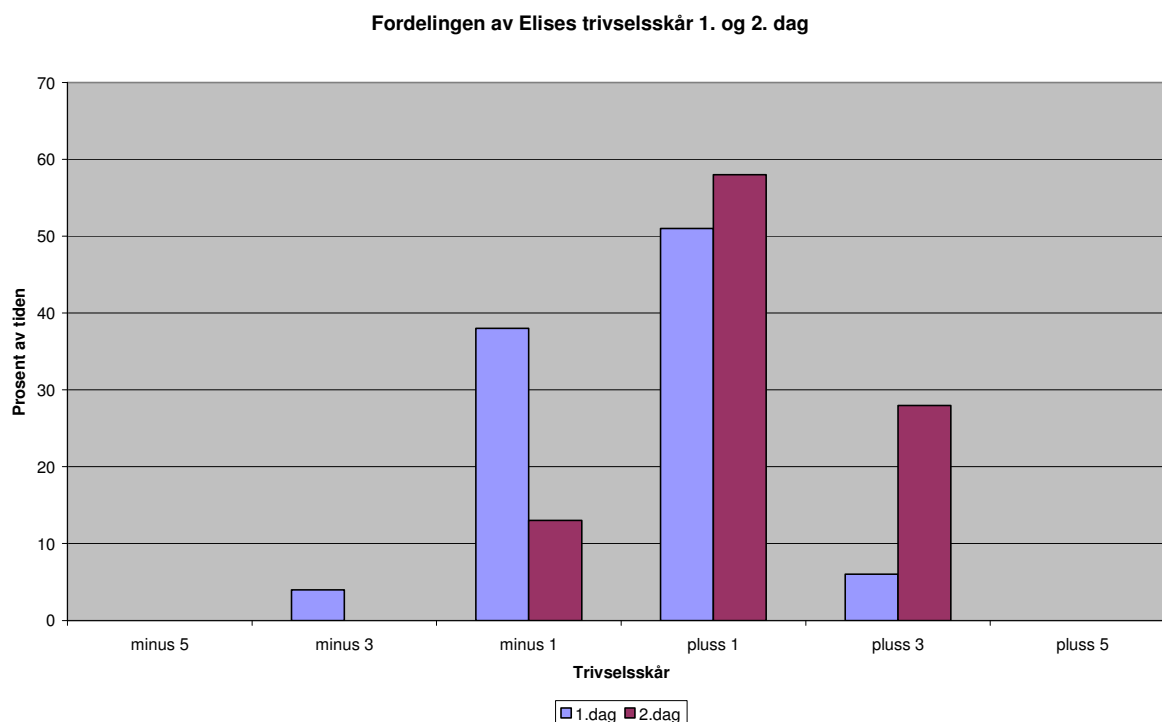


**Figur 4: Fordeling av atferdskategorikodene C (sosialt uinvolvert / tilbaketrukket) og F (spiser og drikker) ved 1. og 2. kartlegging, presentert som søylediagram**

Figuren viser at Kategori C: sosialt uinvolvert /tilbaketrukket, ble redusert fra sju til en prosent. Kategori F: spiser eller drikker, økte fra 24 til 27 prosent.

### *Individuelt nivå*

*Trivselsdata.* Funnene gir også informasjon om hver enkelt pasient. Vi vil illustrere dette gjennom Elise, 81 år. Hos henne fant vi en forskjell i trivselskåren fra første dag, hvor gjennomsnittskåren var + 0,2, mens hun på andre dag under første kartleggingsperiode, hadde en gjennomsnittsskår på + 1,3. Fordeling av trivselskårene på de to vaktene illustreres i figur 5.



**Figur 5. Fordeling av Elises trivselskår 1. og 2. dag av første kartlegging, Presentert som søylediagram**

Ved analyse av de kvalitative observasjoner av samhandling, fant vi at forskjellen registrert på de to vaktene, kan relateres til at Elise på dag to har tilgang til en dukke som hennes datter har kjøpt til henne. Når hun ikke har dukken, sitter hun mye i en stol, stirrer tomt foran seg og er lite sosialt involvert i gruppen. Påfølgende dag har hun dukken mye hos seg. En ser da at hun forholder seg aktivt til den, klapper henne, betrakter henne og prater med henne. Hun er mer våken og delaktig under måltider og mer tilgjengelig for kontakt fra personalet når de henvender seg til henne. De oppnår raskt blikkontakt og respons i form av smil og verbale utsagn. Disse observasjonene ble meldt tilbake i personalgruppen.

Vi fant videre at kartleggingen i fase II, tre måneder senere, ytterligere bekrefter denne tendensen. Elise har da tilgang til dukken på begge vaktene, men den legges til side under måltidene. Hun har en samlet trivselskår på + 1.5 de to vaktene. Hun er våken og tilgjengelig for kontakt med personalet, har stor glede av sang, måltidene og dukka. Et eksempel på en positiv hendelse er presentert nedenfor. Den viser hvordan dukka også skaper glede i hele pasientgruppen under avslutningen av kveldsmåltidet.

**Positiv hendelse:**

Kari tar opp dukken til Elise etter kveldsmaten. Elise smiler stort. En medpasient som sitter på andre siden av bordet sier titt, titt til dukken og personalet begynner på barnereglene om fingrene og tærne. Pasienten kommer inn etter tur og fyller ut de hullene i reglene som Kari har. Med dette vitaliseres hele gruppen rundt bordet på en naturlig måte.

Positive hendelser som illustrert her blir nedtegnet gjennom hele observasjonsperioden og meldes muntlig og skriftlig tilbake til personalet. Det blir ikke registrert negative hendelser som tegn på destruktiv sosialpsykologi under noen av kartleggingsdagene.

**Fokusgruppeintervjuene**

Intervjuene hadde fokus på personalets opplevelser av bruken av DCM-kartleggingen. Et hovedfunn er at personalet diskuterer situasjoner de har blitt oppmerksomme på gjennom tilbakemeldingene etter DCM-kartleggingene, i forhold til enkeltpasienter, men også organisering av arbeidet mot gruppen som helhet. De gir uttrykk for endring i egen tilnærming til pasientene, og behovet for strukturelle endringer diskuteres. Jeg vil videre i presentasjonen gi eksempler på dette med utgangspunkt i bakgrunnsdataene ovenfor.

*Refleksjoner rundt Elise med dukken*

Personalet ga uttrykk for at kartleggingen og tilbakemeldingen gjorde dem oppmerksom på økning i Elises trivsel som fulgte med å ha dukken hos seg. Flere ga uttrykk for at bruken av dukken hadde skapt motstridene følelser og vært et faglig og etisk dilemma. Spørsmålet var om det å gi en 81 år gammel kvinne en dukke, innebar en barnliggjøring av henne. Personalet hadde sett at Elise hadde kosa seg med dukka, men de var usikre på andres reaksjoner. Kartleggingen som synliggjorde effekten av dukka på pasientens våkenhet og trivsel, ga personalet et svar de både ble lettet og glad for. Dette skapte større trygghet i personalgruppen for å bruke dukken som et tiltak. Det ga dem også en type kunnskap som kunne anvendes om tilsvarende situasjoner hos andre pasienter.

Eva: Jeg tenkte på det etterpå, den forskjellen du så på Elise den dagen hun hadde dukka i forhold til da hun ikke hadde dukka. Vi har snakka mye om det. Er det rett at en gammel dame går med dukke?

I andre intervju ga personalet uttrykk for at avklaringene som DCM-kartleggingen har gitt i forhold til bruken av Elises dukke hadde vært nyttig.

Anita: Ja jeg må jo bare si det at før du satt der, var vi ikke helt trygge på det med dukke og hvor bra det var – om det var barnliggjøring eller... Så det var jo litt ambivalente følelser i forbindelse med det – men det er jo borte. Vi føler oss trygge og synes det er kjempekjekt å se at pasienten er bare glad for den.

Det var tydelig at Elises forhold til dukken hadde skapt diskusjon og usikkerhet i personalgruppen, uten at dette hadde ført til enighet som personalet følte seg beroliget ved. Uttrykk som gikk igjen i intervjuene var at de opplevde en bevisstgjøring om et spørsmål som hadde vært et tilbakevendende dilemma i omsorgen til Elise.

### *Refleksjon om hva som skaper positive måltider og samvær*

Det ble under første kartlegging observert at personalet serverte ettermiddagskaffe mens pasientene satt spredt i en sofa og på stoler plassert rundt omkring. I etterkant av kaffeserveringen ble pasienten invitert til å være med på sang og senere å legge sammen håndduker og kluter. En så at samtalen og kontakten mellom pasientene var dårligere ved en slik spredt plasseringen, enn den var under andre måltider som ble arrangert rundt et langbord i den andre enden av stua. Rundt langbordet hadde pasientene mer kommunikasjon seg i mellom, og personalet evnet også i større grad å holde hele gruppens oppmerksomhet knyttet til et felles samtaletema. Trivselsskåren var høyere under måltidet ved langbordet. Dette ble meldt tilbake til personalgruppen.

Tilbakemeldingen etter første kartlegging satte i gang en prosess der personalgruppen ønsket å teste ut hvordan pasientene kunne veksle mellom å bli plassert i stoler og sofaen rundt i stuen, og en strengere samling rundt det høye langbordet. Diskusjonen gikk på hva de ulike plasseringen ga av muligheter for sosial kontakt, inntak av mat, felles aktiviteter som sang og brette av handklær. Behovet for å røre på seg og skifte sittestilling var også fremme i diskusjonen. Det ble fremmet forslag om å utvide bruken av spisebordet. Ved neste kartlegging så en at spisebordet ble brukt til felles samling også ut over måltidene. Måltidene ble forlenget ved at de satt lenger i fellesskapet. Enkelte pasienter starter å spise igjen etter at de hadde sittet rolig og betraktet de andre en stund. Jeg fant at tiden som ble brukt til spising og drikking (atferdskategori F) økte fra 24 til 27 prosent av tiden fra første til andre kartlegging. Følgende sitat viser personalets refleksjon:

Anita: Jeg synes det er en god erfaring å bruke langbordet mer, for eksempel når en skal brette handduker. Før du var der første gangen så brukte vi sofagruppen mye til det, men jeg har helt sluttet med det fordi jeg

ser at det fungerer mye bedre for de som sitter og bretter handklær men også for de som ikke bretter, fordi de kan sitte der å være i fellesskapet og da fungerer det så mye bedre der rundt langbordet.

Diskusjonen om bruk av spisebordet kontra sofagruppen og stolene til felles måltider og aktiviteter pågikk fortsatt. Flere av de ansatte hadde prøvd ut hvordan ulik form for plassering virker inn på pasientgruppen.

### *Endring i bruk av spørsmål*

En generell tilbakemelding som ble gitt til personalet etter første kartlegging, var at de stilte mange spørsmål til pasientene. Spørsmålene kom gjerne fortløpende i en samhandlingssituasjon, og uten at pasienten fikk tid til å svare på det ene før det neste ble stilt. En observerte at pasientene ofte reagerte med flakkende blikk, handlingsrekken ble avbrutt og samhandlingen mellom personalet og pasienten stoppet opp. Denne tilbakemeldingen til personalet ble kommentert slik i første intervju:

Liv: Det er mange ting som jeg har tenkt på i ettertid, særlig det med spørsmål, som du gjorde oss oppmerksom på. Jeg vet jeg er snar å stille spørsmål - det er veldig fort gjort. Det er greit når du blir bevisstgjort, for da kan du prøve å gjøre noe med det.

Etter andre kartlegging ble temaet på nytt brakt opp i fokusgruppeintervjuet, og det var tydelig at det nå hadde skjedd en endring i personalgruppen:

Anita: Jeg merker det veldig på meg selv at jeg stiller mindre spørsmål. Jeg har prøvd å tenke på det tidligere også, men jeg merker det etter den første gangen du satt der at jeg stiller spørsmål, ikke nødvendigvis spørsmål som krever svar, som de må tenke gjennom, men veldig mye omsorgsspørsmål som; ”Har du det bra? Er du trøtt, er du sulten, har du lyst på det? Det har jeg i alle fall skjerpert meg mye på.

Personalet ga her uttrykk for at de hadde endret egen atferd i forhold til det å stille løpende spørsmål til pasientene. Flere sa at de hadde observert pasientenes reaksjon på denne typen spørsmål, for eksempel hos vikarer som brukte spørsmålsformen som en naturlig måte å kommunisere med pasientene på. Observasjonen av at løpende spørsmål skapte utrygghet hos pasienter med svekket kognitiv funksjon, ble delt av flere, og dette forsterket deres bestrebelser på å endre atferd. Flere i personalgruppen fortalte at de bevisst hadde endret sin måte å kommunisere med pasientene på, fra mange spørsmål til oftere å konstatere.



## **DRØFTING**

Studien viste at det i løpet av en relativt kort periode på 3 måneder skjedde endringer hos personalet, basert på DCM-kartleggingene, som også fikk følger for hele enheten. Disse er knyttet til flere forhold som jeg vil utdype videre.

### **Betydningen av perspektivskifte**

Kitwoods motivasjon for å utvikle DCM-metoden var at den skulle bidra til at personalet tok pasientens perspektiv, ved bruk av en kombinasjon av empati og observasjonsferdighet.

Denne studien har vist at det at pasientene observeres fortløpende over relativt lang tid, synes å gi et grunnlag for synliggjøring av den enkelte pasient, noe som ikke nødvendigvis fanges opp i den løpende samhandlingen med pasientene. I DCM-kartleggingen observeres pasientene mens personalet går til og fra. Når observasjonene meldes tilbake til personalgruppen, kan dette gi en bredere forståelse og erkjennelse av pasientens grunnleggende behov, som ellers ville være vanskelige å fange opp. Dette blir illustrert gjennom eksemplet om Elise med dukken. Uten dukken var hun sosialt tilbaketrukket, nærmest apatisk, mens tilgang til dukken ga henne stimulering og utløste vitalitet og engasjement. Personalet hadde før kartleggingen opplevd dette som et dilemma, og hadde diskutert bruk av dukken på prinsipielt etisk og faglig grunnlag, men uten å komme til en avklaring på dilemmaet. Tilbakemeldingen om Elises ulike nivå av trivsel og vitalitet slik den ble observert, ga en avklaring som skapte en økt bevissthet, men også ny kunnskap hos personalet som kan anvendes i flere situasjoner. Denne kunnskapen ble belyst ut fra Elises perspektiv, og ikke personalets synspunkt på hva som er rett og galt. Dette kan oppfattes som utvikling av det vi innledningsvis kalte praksiskunnskap, som ikke nødvendigvis er basert på teori.

### **Betydningen av observasjoners varighet**

Viktigheten av at observasjonen strekker seg over flere timer blir synlig i for eksempel spørsmålet om organisering av måltider og tilrettelegging for felles aktiviteter. Uten den fortløpende observasjonen over flere timer, ville ikke personalet fått anledning til å se sammenhengen mellom tilrettelegging for aktiviteter spredt i sofa og stoler, og en fastere organisering ved langbordet. Beavis, Smipsom og Graham (2002) fastslår i sin studie at DCM- metoden er ressurs- og tidkrevende og konkluderer med at mer effektive måter å bruke DCM på bør utredes. Spørsmålet en i så fall kan stille er om muligheten for å få frem

pasientens perspektiv i en prosess, blir svekket. Dette vil for eksempel kunne gå på akkord med metodens verdigrunnlag fundert på personsentret demensomsorg.

Tidligere studier (Brooker, Foster, Banner, Payne, Jackson 1998) viser positive resultater av at DCM- metoden går inn i et mer kontinuerlig utviklingsarbeid. At observasjoner og tilbakemeldinger ble gjentatt også i denne studien, mener jeg var viktig for at personalgruppen kunne se konsekvensene av sine endrede tiltak og atferd slik de selv beskrev den, og slik resultatet av observasjonene viste.

### **Endring i pleiekultur - involvering av hele enheten**

Kitwood understreket behovet for å utvikle en ny pleiekultur i demensomsorgen med endring av syn fra ensidig fokus på pasientens svikt til sterkere vektlegging av pasientens muligheter, opplevelser og livserfaringer. Å leve med demenssykdom innebærer å leve med endret funksjon i forhold til nevrobiologiske forandringer, men tilstanden er like mye preget av vedkommendes personlighet, livserfaringer, helse og de sosialpsykologiske faktorene i omgivelsene. Det å utvikle en ny pleiekultur innebærer at hele staben må involveres over tid. Dette stiller krav til tilrettelegging for felles refleksjon og utvikling av et felles verdigrunnlag. Brooker, Foster, Banner, Payne og Jackson (1998) viste i sin studie som gikk over tre år at personalet opplevde stor nytte av DCM-metoden i sitt daglige arbeid. Riesen (2005) fant i sin studie at nytten av DCM i høy grad avhenger av stabilitet i personalgruppen, ledelsens engasjement og åpen kommunikasjon mellom ledelse og personale. DCM er således ingen garanti for utvikling av god demensomsorg. Dens innvirkning vil være avhengig av faktorer som organisasjonens utgangspunkt, opplevd nytte av DCM, tilrettelegging for oppfølging av de tema som belyses i kartleggingen og strukturell tilrettelegging for oppfølging. Kitwoods ønske om å utvikle en ny pleiekultur som verdsetter den enkelte pasient som unike personer gjennom personsentrert omsorg, er blitt kritisert for å være for optimistisk og basert på en retorikk heller enn realisme (Baldwin, Capstick 2007). I en kompleks praksis vil en kunne se sider av den gamle pleiekulturen med destruktiv sosialpsykologi, samtidig som personalet vil bestrebe seg på å utvikle en personsentret forståelse og tilnærming til pasientene i sitt daglige arbeid, slik personalet her ga uttrykk for. Endring av pleiekultur vil ta tid og krever langsiktig, målrettet arbeid som inkluderer hele enheten. Systematisk og gjentatt bruk av DCM-metoden kan bidra til at så skjer hvis det parallelt tilrettelegges for samordning og refleksjon i personalgruppen under aktivt engasjement fra enhetens ledelse.

## **Betingelser for kunnskapsutvikling i en kompleks praksis**

Denne studien gir et lite innblikk i en praksis som krever kunnskap i bred forstand hos personalet. I demensomsorg vil kompetanse innebære kunnskap-i-handling slik Molander (1996) beskriver den praktiske kunnskapstradisjon. Kjennetegn ved den praktiske kunnskapstradisjon er deltakelse og dialog med andre mennesker. Det er levende kunnskap som utvikles i samhandling og som er forankret i levende tradisjoner. Utvikling av kunnskap i praksis forutsetter refleksjon over de handlinger som utføres i møtet med pasienten. Dette vil en komme nærmere inn på i artikkel to som omhandler muligheter for å utvikle praksiskunnskaper gjennom refleksjon ved hjelp av Dementia Care Mapping slik det kom frem i denne studien.

## **Metodekritikk**

Beavis, Simpson og Graham (2002) etterlyste studier som ga informasjon om DCMs innvirkning på personalet. Denne studien har et lite utvalg, er bare knyttet til en enhet og funnene kan ikke generaliseres. Den gir likevel noe innblikk i hvordan denne DCM-prosessen virket inn på en gruppe personale og deres daglige møte med pasienter med demens. De kunne være ønskelig at DCM-kartlegging og tilbakemelding ble utført av en annen person enn den som intervjuet personalet i etterkant. Personalet kunne føle seg forpliktet til å gi positive tilbakemeldinger på prosessen når kartlegger og intervjuer er en og samme person.

## **Konklusjon**

Personalet ga tilbakemeldinger om at DCM kartleggingen var et nyttig hjelpemiddel for å øke sin bevissthet og refleksjoner i forhold til å møte pasientene som enkeltindivider og for å bedre kunne tilrettelegge miljøet for gruppen samlet. De fortalte at øket bevissthet hadde endret atferd, skapt økt trygghet i faglige dilemmaer og trang til å utforske nye tiltak.

## **Referanser**

- Baldwin, C., Capstick, A. (2007). *Tom Kitwood on Dementia. A Reader and Critical Commentary*. Berkshire, England and New York, USA: Open University Press.
- Beavis, D., Simpson, S., Graham, I. (2002). A literature review of dementia care mapping: methodological considerations and efficacy. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 725-736.

- Bradford Dementia Group (1997). *Evaluering af demensomsorg. DCM-metoden (Dementia Care Mapping)* København: 7. udgave. Oversatt og redigert av Daniaë.
- Brooker, D., Foster, N., Banner, A., Payne, M., Jackson, L. (1998). The efficacy of Dementia Care Mapping as an audit tool: report of a 3-year British NHS evaluation. *Aging and Mental Health*, 2(1), 60-70.
- Brooker, D. (2005). Dementia Care Mapping: A Review of the Research Litteratur. *The Gerontologis*, 45(1), 11-18.
- Brooker, D. (2007). *Person-centred dementia care – making service better*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Freeman, T. (2006). "Best practice" in focus group reasearch: making sense of different view. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 491-497.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Demensplan 2015 "Den gode dagen"*.
- Kitwood, T., Bredin, K. (1992). A new approach to the evaluation of dementia care. *Journal of Advances in Health and Nursing Care*, 1(5), 41-60.
- Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens – personen kommer i første række*. Fredrikshavn: Dafolo Forlag.
- Kvale, S. (2005). *Interview. En introduksjon til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling*. Gøteborg: Bokförlaget Daidalos AB
- Raskin, N.J., Rogers, C.R. (2004). Person-centred therapy. I R.J. Corsini & D. Wedding (red): *Current Psychotherapies (7th Edition)* (130-165) Belmont, California: Books/Cole.
- Riesner, C (2005). *Die Entwicklung personzentrierter Pflege für Menschen mit Demenz im Rahmen eines Modellprojekts. Eine Evaluationsstudie ausgewählter Einrichtungen*. Institut für Pflegewissenschaft, Fakultät für Medizin, Private Universität Witten / Herdecke gGmbH.
- Roethlisberger, F.J., Dickson, W.J. (1939). *Management and the worker*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Stortingsmelding n. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening. Fremtidens omsorgsutfordringer*.
- University of Bradford & Daniaë (2007). *DCM 8 Manual*. Bradford, UK og Birkerød, Danmark.

## Artikkel 2.

### **Dementia care mapping – en mulighet for refleksjon og utvikling av praksis**

Anne Marie Mork Rokstad

#### **ABSTRACT**

##### **Dementia Care Mapping – a possibility for reflections and practise development**

**This article describes a study using Dementia Care Mapping (DCM) to develop practise in dementia care in a Norwegian nursing home. Focus group interviews were used to collect information about the staffs reflections initiated by the method.**

**Results: The staff reported that the feedback based on DCM helped them to reflect on their own practise and develop new strategies in meeting the patients. The feedback increased their consciousness, self-reflection and reflections in the group. They especially pointed out the positive examples that were described in the feedback-session as useful to get aware of the importance to be sensitive to the patients needs.**

**Conclusion: DCM may be a useful method in developing dementia care by initiating consciousness and reflections in the nursing staff on their own practise. This depends on the possibility to create meeting points for the staff to cheer reflections and the dementia care mapper's capacity to give constructive feedback.**

#### **Key words:**

**English: dementia care mapping, nursing home, reflections on practise, staff training**

**Norwegian: evaluering av demensomsorg, sykehjem, refleksjoner knyttet til praksiskunnskap**

#### **INTRODUKSJON.**

Denne artikkelen er den andre av to basert på en studie som ble gjennomført i forbindelse med mastergradstudium i helse- og sosialfag ved Høgskolen i Molde. I studien ble Dementia Care Mapping (DCM) introdusert som metode i en sykehjemsenhet med sikte på å utvikle relasjonell kunnskap i miljøbehandling til personer med demens. I første artikkel beskrives DCM-metoden og de endringer en observerte gjennom innhenting av bakgrunnsdata fra DCM-kartleggingen, og personalets opplevelser av endring knyttet til utprøvingen av DCM (Rokstad, 2008). Data ble innhentet i fokusgruppeintervjuer med personalet, hvor det ble tydelig at DCM-metoden igangsatte refleksjoner hos personalet knyttet til utøvelse av egen

praksis. I denne artikkelen ser en nærmere på hvordan disse refleksjonene kom til uttrykk, og hvordan refleksjoner over egen praksis kan ha betydning for utvikling av praksiskunnskap og møte med den enkelte pasient.

Sentrale helsemyndigheter har i sin nasjonale strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ”.. og bedre skal det bli” (Sosial- og helsedirektoratet 2005) pekt på at faglige avveininger og beslutninger må bygge på relevant, pålitelig og oppdatert kunnskap:

Kunnskap skapes gjennom forskning, utdanning og den erfaring som utøveren får gjennom veiledning, refleksjon i kollegiale fellesskap og i samspillet med brukerne, pasientene og deres pårørende (s 21).

Erfaringsbasert kunnskap i et arbeidsfellesskap kan utvikles gjennom erfaringsutveksling, veiledning og refleksjon. I praktisk utøvelse av pleie og omsorg må en kontinuerlig ta stilling til egen praksis og eventuelt endre den (Smebye 2008). Gjennom DCM får personalet direkte tilbakemelding om pasientenes grad av trivsel, deres atferd og beskrivelser av positiv og negativ samhandlingen. Dette gir et felles utgangspunkt for diskusjon og refleksjon basert på DCM-kartleggerens tilbakemelding.

## **TIDLIGERE FORSKNING**

Vi finner lite forskning om utvikling av praksiskunnskap i demensomsorgen. En systematisk litteraturoversikt over tilgjengelig forskning foretatt av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) i Sverige i samarbeid med kompetansemiljøer i de andre nordiske land viser at:

God pleie og omsorg baseres på en velfungerende relasjon mellom pleieren og pasienten og på at pleien og behandlingen har et godt og relevant innhold (s 15).

Pleie og omsorg til personer med demens er en kompleks praksis der to pleiere som iverksetter samme tiltak kan oppleve at den ene lykkes mens den andre mislykkes. Deres holdninger og ulike måter å kommunisere med pasienten på, påvirker relasjonen. Når pleier får innsikt i hvilke muligheter som finnes for å bedre omsorgen i sitt kontinuerlige arbeid, kan effekten bli permanent bedret i den betydning at pleierne behandler pasientene annerledes (SBU 2006).

Tidligere studier har vist at DCM kan være en nyttig metode for å utvikle demensomsorgen. En har kunnet dokumentere høyere grad av trivsel hos pasientene i sykehjem og dagsenter etter 30 måneders oppfølging (Barnett, 1995) og reduksjon i tilfeller av destruktiv sosialpsykologi i miljøet gjennom systematisk bruk av metoden (Lintern, Woods og Phair, 2000). Personalet blir tryggere i forhold til det å bli utsatt for observasjon og direkte tilbakemelding etter flere runder med DCM (Brooker, Foster, Banner, Payne og Jackson, 1998). Studier som utdyper DCM innvirkning på personalet etterlyses (Beavis, Simpson og Graham, 2002).

I en studie der en gjennom aksjonsforskning hadde som mål å utvikle anerkjennende kommunikasjon i møte med unge pasienter i et psykiatrisk sykehus, beskriver personalet nytten av å utvikle evnen til selvrefleksjon i refleksjonsgrupper for videre å kunne utforske nye måter å møte pasienten på (Vatne og Hoem, 2008).

## **TEORETISK REFERANSERAMME**

Schibbye (2002) beskriver selvrefleksjon som en spesifikk menneskelig kvalitet i det vi er i stand til å relatere oss til oss selv ved å observere oss selv fra utsiden. Gjennom refleksjon er vi i stand til å ha tanker om våre tanker og være klar over våre følelser. Nordtvedt og Grimen (2004) gjør et interessant skille mellom begrepene sensibilitet og refleksjon i utøvelsen av helsefagene. De beskriver sensitivitet som kunnskapen om pasientens subjektive situasjon gjennom empati og følelsesmessig mottakelighet. Sensibilitet er ofte situasjonsbestemt, umiddelbar og vanskelig å artikulere i språk. Refleksjon er vurderende, bedømmende, språklig artikulerbar, ikke alltid situasjonsbestemt og har gjerne et praktisk og instrumentelt handlingsaspekt. Helsefaglig praksis utøves i spenningsfeltet mellom sensibilitet og refleksjon. Refleksjon, fordi behandling, rehabilitering og pleie krever fagkunnskap og begrunnelse. Sensibilitet fordi helsefaglig praksis også forutsetter forståelsen av pasientens subjektivitet, det vil si hans eller hennes egenopplevelse av sykdom og helseproblemer. Ifølge Skjervheim (1996) starter refleksjonen når tanken når bevisstheten. Refleksjon og fortolkning krever således en aktiv bevissthet. Refleksjon skaper ikke seg selv kontinuerlig, men blir selv vekket av noe som er utenfor en selv, noe den selv ikke har skapt.

Sykepleieteoretikeren Benner (1995) hevder at det å bygge opp et repertoar av erfaringer, er en forutsetning for en ekspert. Klinisk viten opparbeides derfor over tid. Men ifølge Benner, reflekterer ikke eksperten. Schön's poeng (1987) er at ekspertise utvikles gjennom refleksjon-i-handling. Han bruker begrepet ekspertise om de former for kompetanse som praktikere noen ganger utviser i unike, usikre og konfliktfylte praksissituasjoner. Schön

bruker betegnelsene *viten-i-handling*, *refleksjon-over-handling* og *refleksjon-i-handling*. *Viten-i-handling* refererer til de former for know-how som vises gjennom intelligente handlinger, det vil si spontane, kvalifiserte handlinger som vi ikke er i stand til å forklare med ord. Kunnskapen ligger i selve handlingen. Behovet for refleksjon dukker opp når de velkjente rutinene fører til overraskelser og et uventet resultat. En ser saken på en ny måte og føler behov for å korrigere. Refleksjon kan foregå på to måter. Som *refleksjon-over-handling* i ro og mak i etterkant av handlingen eller som *refleksjon-i-handling* som innebærer at en tenker over hva en gjør mens en gjør det. Når uventede ting skjer, vekkes vår oppmerksomhet og fører til refleksjon under handlingsforløpet i noen grad bevisst, men ikke nødvendigvis manifestert språklig i form av spørsmål som "Hva er dette?" Refleksjon-i-handling har i følge Schön en kritisk funksjon i forhold til vår *viten-i-handling*. Vi tenker kritisk om den tenkningen som førte oss inn i den overraskende situasjonen, og vi rekonstruerer i prosessen våre handlingsstrategier, forståelse av fenomenet eller måten vi oppfatter problemet på. Refleksjon gir mulighet til å eksperimentere på stedet (Schön, 1987).

I denne studien ble DCM metoden; kartlegging med tilbakemelding, anvendt med tanke på å skape endringer i demensomsorgen på et sykehjem. Målet var å innhente informasjon om hvordan personalet dro nytte av metoden i sitt praktiske arbeid. Problemstillingen som er aktuell for denne artikkelen er:

- Hvilke refleksjoner settes i gang i personalgruppen på bakgrunn av DCM-metoden og hvilke konsekvenser får dette for praksis?

## **METODISKE BETRAKTNINGER**

I sin teori om aksjonsforskning hevder Argyris, Putnam og Smith (1985) at refleksjon er nøkkelen til å utvikle godt fungerende praktikere. Dette på grunn av at praktikere generelt synes å være forankret i en praksisutøvelse som ikke fremmer nylæring. Refleksjoner om praksisutøverens teorier i bruk kan gi vedvarende læring og anvendelse av nye teorier i praksis. Bakgrunnen er at organiserte mulighet for refleksjon tillater praktikere å utforske nye handlingsalternativ i et støttende og engasjert fellesskap. Handlingene revurderes og korrigeres gjennom en prosess med selvobservasjon og refleksjon hos den enkelte, samt i felles refleksjon med kolleger i praksis. Systematisk bruk av DCM- metoden over tid kan sammenlignes med aksjonsforskning. DCM kartleggingen er en omfattende og systematisk evaluering der tilbakemeldingen etter kartlegging legges frem for personalet og danner grunnlag for refleksjon i fellesskap. På bakgrunn av denne gjennomgangen, foretas korrigerende av tilnærming til pasientene og tiltak utarbeides i en handlingsplan. Ved ny



kartlegging evalueres disse tiltakene og danner igjen grunnlag for nye tilpassninger. På denne måten deltar personalet aktivt i en kontinuerlig utvikling av egen praksis basert på systematisk innhenting av data og refleksjon over egen praksis.

## **Design og metode**

Studien foregikk i en sykehjemsenhets på bakgrunn av sykehjemsledelsens ønske om bistand til fagutvikling i en enhet for personer med demens. DCM ble introdusert som metode for evaluering og utvikling av miljøbehandlingen. Studien har en deskriptiv design med metodiske tilnæringer som er nærmere beskrevet i artikkel 1 (Rokstad, 2008). Det ble foretatt to DCM-kartlegginger av seks pasienter i enheten med tre måneders mellomrom med påfølgende tilbakemelding til personalet. Utvalget besto av personale som var direkte involvert i DCM-kartleggingen og var sammensatt av en sykepleier og tre hjelpepleiere.

## **Metoder**

### *Fokusgruppeintervju*

Funn som presenteres i denne artikkelen bygger på to fokusgruppeintervjuer med personalgruppen i etterkant av første og andre DCM-kartlegging. Ved gjennomgang av notater fra tilbakemeldingene etter første DCM-kartlegging og informasjonen som ble innhentet i første fokusgruppeintervju, la en opp til å ville utdype personalets synspunkter på hvordan DCM igangsatte refleksjoner over egen praksis. I utforming av spørsmålene tok en utgangspunkt i Schöns teori om refleksjon. Eksempel på spørsmål som ble stilt var:

- I hvilken grad mener dere DCM har hatt konsekvenser for måten dere møter pasientene på?
- Hva legger dere i å reflektere over handlinger?
- Hvordan kan refleksjon i handling og refleksjon over handling påvirke utviklingen av praksiskunnskap?

### *Lederintervju*

Avdelingssykepleier ble intervjuet i etterkant på bakgrunn av spørsmål som kom frem i forhold til konsekvenser for tilrettelegging og struktur i posten:

- Hvordan har du fra din posisjon opplevd prosessen med de to DCM-kartleggingene?
- Hvordan er resultatene fra kartleggingene blitt brukt i etterkant?

- Hvilke fora finnes for å dele den type kunnskap som kommer frem på bakgrunn av disse kartleggingene?

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd.

## **Analyse**

I analysen av data fra fokusgruppeintervjuene har vi tatt utgangspunkt i Kvaales (2005) seks mulige analysetrinn og benyttet trinnene 1 til 4. Dette er nærmere beskrevet i artikkel en (Rokstad, 2008). Teksten fra de transkriberte intervjuene ble kodet. På bakgrunn av analysen av data basert på forskningsspørsmålet i denne artikkelen utviklet en kodene: (1) uttrykk for refleksjon over egen praksis, (2) type refleksjoner med underkodene, bevisstgjøring, selvrefleksjon og refleksjon i fellesskap, (3) refleksjonenes innhold med underkodene, opplevelse av bekreftelse, positiv vinkling og øket trygghet og (4) arenaer for refleksjon.

I forhold til koden opplevelse av positiv vinkling, ble utsagnene til personalet samanalysert med aktuelle bakgrunnsdata i form av positive hendelse som ble gitt som tilbakemelding til personalgruppen etter DCM-kartleggingene. Vi sammenlignet også refleksjonene som kom til uttrykk i (a) tilbakemeldingene etter DCM-kartleggingene i form av spontane refleksjoner, (b) første fokusintervju og (c) andre fokusintervju i form av systematiske refleksjoner initiert av spørsmål fra intervjuer.

## **FUNN**

Presentasjonen av data er basert på funn fra fokusgruppeintervjuene og lederintervjuet. Vi presenterer personalets tilbakemeldinger om DCM-metodens innvirkning på deres tanker rundt relasjonen til pasientene i den praktiske utøvelsen av sitt arbeid.

### **Uttrykk for refleksjon hos ansatte**

Funnene viste at alle hadde tanker om i hvilken grad DCM-prosessen hadde igangsatt refleksjoner hos dem, for eksempel sa alle at prosessen hadde gitt økt bevissthet om egen atferd i møte med pasientene. Personalet kom allerede ved tilbakemelding etter første DCM-kartlegging med spontane refleksjoner på de data som ble presentert. De ga uttrykk for aha-opplevelser som senere ble utdypet i fokusgruppeintervjuene.

### **Type refleksjoner**

#### *Bevisstgjøring*

Flere trekker frem hvordan tilbakemeldingen øker bevisstheten om hvordan de samhandler med pasientene. Liv beskriver det slik:

Det er så greit når du blir bevisstgjort for da kan du i alle fall prøve å gjøre noe med det.

### *Selvrefleksjon*

Det ble gitt uttrykk for ulike syn i personalgruppen i forhold til på hvilken måte DCM-prosessen medvirket til økt refleksjon hos den enkelte. Anita gir uttrykk for at selvrefleksjon er viktig for henne:

Jeg reflekterer mye for meg selv – det er jeg faktisk ganske avhengig av føler jeg.

Intervjuer: Kan du beskrive hva som skjer når du reflekterer for deg selv?

Anita: Jeg tenker over ting – grunner på ting. Tenker over – det er så vanskelig å forklare når jeg ikke har en spesiell episode.

### *Refleksjon i fellesskap*

Selv om Kari også benytter selvrefleksjon, understreker hun behovet for refleksjon i fellesskap for å utvide perspektivet:

Jeg har hatt en bevisstgjøring i meg selv, men vi har fått reflektert alt for lite – for meg foregår refleksjon mellom to personer. Man kan selvfølgelig reflektere med seg selv, men jeg synes ikke det blir det samme som å dele med andre for da får en ikke den tilbakemeldingen utenfra som jeg føler jeg må ha for å korrigere meg. Hvis jeg skal korrigere meg selv, da er det ikke sikkert det blir reelt. I refleksjon så må en i alle fall være to personer.

Kari setter ord på at indre refleksjon alene kan gi begrenset utbytte i forhold til endring. Videre gir hun et eksempel på en praksissituasjon hvor hun reflekterer på egen hånd under samhandling med pasienten Norun, men likevel føler behov for å dele opplevelsen med andre for å utvikle sin praksis videre.

På kveldsvakta opplevde Norun tydeligvis at hun skulle være vertinne, og det var mye forvirring og uro. Da sto jeg midt oppe i det. Hva gjør jeg nå? Jeg måtte ta stilling. Da vinglet jeg hit og dit – det var veldig vanskelig, men jeg vil ikke si at jeg reflekterte – jeg var bare ute etter å finne ut hva som var best der og da. Jeg greide ikke å bestemme meg og samtidig greide jeg ikke å roe henne, så jeg måtte hele tiden ta stilling til hva gjør jeg? Etterpå så har jeg gjerne ønsket å reflektere med noen og da kunne jeg ha fått informasjon om hvordan dette virket utenfra. Jeg vet bare hva som foregikk inni meg og hvordan jeg

observerte situasjonen. For å få til en refleksjon så er jeg avhengig av innputt og hvordan andre oppfatter det ved at de har sett situasjonen eller jeg forteller historien, slik at de får komme til å vite mine tanker en annen vei – det tenker jeg på som en slags erfaringsutveksling.

I denne situasjonen beskriver Kari en dilemmasituasjon, hvor selvrefleksjon medførte ”vingling” hit og dit, altså at det var vanskelig å bestemme seg for hva som ville være best å gjøre. Refleksjon med noen utenfor situasjonen, en type erfaringsutveksling kunne ha gitt viktige input.

### **Eksempler på innhold i personalets refleksjoner**

Videre presenteres eksempler på innholdet i de refleksjoner som personalet gir uttrykk for i tilknytning til tilbakemeldingene som ble gitt.

#### *Opplevelse av bekreftelse*

Kari forklarer hvordan tilbakemelding virker inn på henne i det daglige arbeidet.

...vi er opptatt av å bekrefte pasientene, men vi må også bli bekreftet. Hvis vi tas på alvor, tar vi også pasientene på alvor. Feedback er utrolig viktig for at arbeidet skal være meningsfylt.

Kari gir her uttrykk for et behov for å bli sett og anerkjent som utøver av en komplisert praksis. Å verdsette pasientene krever at en selv blir verdsatt. Hun gir uttrykk for at det å bli hørt og sett som personale er vesentlig for hvordan hun opptrer i forhold til pasientene.

#### *Opplevelsen av positiv vinkling*

Liv trekker i intervju 1 frem nytten av positiv vinkling på tilbakemeldingene. Positive episoder ble meldt tilbake til personalgruppen både muntlig og skriftlig. En slik hendelse er følgende samtale mellom Liv og pasienten Solveig. Dette er ett av eksemplene som ble meldt tilbake til personalgruppen.

Positiv hendelse:

Solveig har lenge sittet med et lidende uttrykk i ansiktet. Liv spør om hun er trøtt. Solveig spør da bryskt om det er noe galt i det. Liv kommenterer ikke videre, men finner et notat i avisen som handler om musikk. Hun dreier samtalen inn på Solveigs datter og hennes musikk lærer. Solveig livner til og blir ivrig. De snakker lenge om Solveigs interesser.

Liv sener Solveigs lidende uttrykk men blir bryskt avvist når hun prøver å gå inn på dette. Hun velger deretter en innfallsvinkel som medvirker til at minner vekkes og at Solveigs identitet bekreftes. Solveigs trivsel og engasjement øker tydelig i løpet av de 25 minuttene denne hendelsen pågår.

Liv beskriver hvordan denne type tilbakemeldinger virker inn på henne:

På meg virker den positive tilbakemeldingen slik at jeg kanskje går litt i meg selv.

Intervjuer: Hvordan går du i deg selv?

Liv: Jeg bekrefter det på en måte, jeg kan jo føle meg usikker på måten jeg går frem på og da tenker jeg på hva du har sagt og hva vi har vært gjennom og føler meg tryggere på det.

### *Økt trygghet for valg og prioriteringer*

Flere av informantene har altså uttrykt at de er usikre på egen valg, og at tilbakemelding gir en trygghet til å gå videre. Eva fremhever at økt trygghet i personalgruppen kommer pasientene til gode: ”Det blir jo bedre for pasientene når vi blir tryggere. Når vi blir mer sikre på at det er riktig det vi gjør, så blir det jo bedre for dem”. Kari gir et eksempel på hvordan DCM- prosessen har gitt henne økt trygghet. Hun forteller at hun føler seg sikrere på hvordan hun prioriterer bruk av egen tid på bakgrunn av øket bevissthet om å tone seg inn på pasientens tempo og rytme.

Jeg er blitt mer bevisst på rytmen til pasienten, og at hvis jeg skal oppnå noe så må jeg følge den. Jeg kan ikke forvente at pasienten skal følge meg. Jeg har jo tenkt på det før også, men har blitt mye mer bevisst det nå, og jeg tar meg mer tid til det.

Det gis her uttrykk for at det har skjedd en bevisstgjøring i forhold til samhandlingen med pasientene som omhandler økt sensibilitet i situasjonen. Hun har tenkt på dette tidligere, men har nå et mer aktivt forhold til dette, og hun forsøker å endre egen atferd i møtet med pasienten.

### **Behov for arenaer for refleksjon – konsekvenser for struktur.**

Personalet kommer i intervjuene gjentatte ganger inn på behovet for avsatt tid til å dele tilbakemeldingene og reflektere over dette sammen, for slik å få en felles forståelse av hvordan de skal bruke informasjonen i sitt videre arbeid. Mangelen på avsatt tid til felles diskusjoner synes å være det største hinderet for dette. Noen av personalet må alltid være

sammen med pasientene. De i personalgruppen som ikke var direkte med i DCM-prosessen, ble lite involvert. Det var avsatt tid for at hele personalgruppen kunne samles en gang hver 6.uke.

Anita: Det å finne tid til å snakke om det for hele personalet tror jeg hadde vært litt viktig – at det kan bli litt forståelse da. De andre er for lite involvert rett og slett.

Flere av personalgruppen henviser til at de tidligere har gått på kurs og lært om demenssykdommer og tilnærming til personer med demens. De er imidlertid enige om at kursing og opplæring ikke nødvendigvis fører til endret atferd i møtet med pasientene, noe ordvekslingen i intervju nr. 2 illustrerer:

Anita: Det viktigste er å greie å bruke det en har lært

Eva: .. å kunne formidle det til andre...

Kari: .. og å kunne diskutere og reflektere videre....

Ansatte føler altså ansvar for å videreformidle kunnskap til de andre, men synes dette er vanskelig når det ikke er satt i system. Dersom praksis skal endres, må flere få den samme innsikt. Leder er klar over denne utfordringen men mener det er vanskelig å finne tidsmessig rom for å samle personalgruppen oftere enn hver 6. uke slik ressursituasjonen er.

Avdelingssykepleier: Ja – vi har prøvd å få til noe ukentlig, men det er så vanskelig å få samlet oss – vi må være ute (hos pasienten) og følge med. Jeg ser nå i ettertid at vi burde fått til flere felles samlinger i forhold til denne spesielle prosessen. Jeg ser likevel at de andre lærer av de som var direkte involvert. De blir modeller.

Mangel på avsatt tid til felles møteplasser synes å være en utfordring.

## **DRØFTING**

Studien viser at DCM-kartleggingene satte i gang både spontane og systematiske refleksjoner i personalgruppen. I starten beskrev de refleksjonene som en form for økt bevissthet, som dannet grunnlag for diskusjoner seg i mellom. Det vil si bevisstgjøring av forhold ved praksis som ga grunnlag for videre refleksjon i fellesskap med andre. I prosessen beskrev de hvordan de brukte refleksjoner direkte i vurderingen av egne og andres samhandling med pasientene. Behovet for avsatt tid til felles refleksjon ble understreket.

## **Selvrefleksjon nødvendig, men begrenset virkning på endring**

For personer i dette studiet førte tilbakemeldingen blant annet til at de gikk i seg selv og bekreftet overfor seg selv at de hadde valgt en tilnærming som ga et positivt utbytte for pasienten.

### *Økt sensitivitet og trygghet i samhandlingen*

Tilbakemeldingen speilet positive interaksjon med pasienten gjennom beskrivelse av positive hendelser. Hendelsene som ble trukket fram var ofte eksempler på situasjoner der personalet brukte sin sensibilitet for å fange pasientens ståsted slik Nordtvedt og Grimen (2004) beskriver det, og handlet ut fra dette. Dette satte i gang refleksjoner over egne handlinger i situasjonen. De gir beskrivelser av at denne prosessen endret opplevelsen fra usikkerhet til økt trygghet på egne ferdigheter. Kari's eksempel om behovet for å tilpasse seg pasientens tempo illustrerer i praksis hvordan helsefagutøveren må ha evnen til sensitivitet og refleksjon i utøvelsen av faget. Hun er blitt bevisst på pasientens tempo og rytme gjennom refleksjon, men i den enkelte samhandlingssituasjon må hun bruke sin sensibilitet for nettopp å fange opp pasientens subjektive situasjon. Kari beskriver en endring i egen bevissthet i forhold til måten hun møter pasientene og deres behov på. DCM-prosessen har gitt henne trygghet gjennom at samhandlingssituasjoner og eksempler på hendelser der sensibilitet for pasientens behov er blitt løftet frem for felles refleksjon og gjort til et felles erfaringsgrunnlag for personalgruppen. I følge SBU rapporten (2006) er det pleierens innsikt i muligheter for forbedring som danner grunnlag for en permanent effekt i betydningen av at pleieren behandler pasientens annerledes. Denne innsikten kan stimuleres på ulikt vis. I følge Skjervheim (1996) vekkes refleksjonen av noe utenfor en selv.

### *Ulik oppfatning av refleksjon*

Personalgruppen representert ved Kari og Anita har i utgangspunktet ulike syn på hvorvidt refleksjon er avhengig av at erfaringer deles i etterkant av en situasjon eller om refleksjon også foregår i en selv og under samhandling ved pasient slik Schön (1987) beskriver som henholdsvis refleksjon-over-handling og refleksjon-i-handling. Han vektlegger nødvendigheten av refleksjon-i-handling for utvikling av ekspertise i utøvelse av praksis. Behovet for refleksjon-i-handling dukker opp når velkjente rutiner fører til uventede resultat. Dette beskriver Kari i samhandlingssituasjonen med Norun under kveldsmaten. Hun prøver ut nye tilnærminger underveis i samhandlingen. Hun omtaler ikke selv dette som refleksjon, men

som vingling i et forsøk på nødvendig tilpassning og utprøving av alternativer i den løpende kontakten

Noen av informantene beskriver at de aktivt reflekterer over egne handlingsvalg og grunner over dette. De har imidlertid vanskelig for beskrive dette med ord uten å ha en konkret situasjon å ta utgangspunkt i. De er bevisste på behovet for å reflektere over egen atferd i samhandling med pasienter og også i andre sammenhenger. Kari setter ord på behovet for refleksjon i etterkant av en situasjon med innputt fra andre. Dette beskriver Schön som refleksjon-over-handling der en i ro og mak revurderer situasjonen og egne handlinger i etterkant. Både Molander (1996) og Habermas (1984) er kritisk til Schöns teori om refleksjon i handling. Molander mener refleksjon må skje som refleksjon over handling ved at en tar et skritt tilbake og tenker over hva en gjør for å få perspektiv og overblikk. Habermas understreker behovet for å reflektere over ulike handlingsalternativer i diskurs med andre for å løserive seg fra vaner og oppfatninger en tar for gitt, slik noen i personalgruppen sier. Han mener dialog med seg selv har begrenset verdi med hensyn til å endre perspektiv og praksis. Refleksjon synes å kreve tid, rom og distanse til situasjonen (Vatne, 2003). Informantene i studien bekrefter dette da de gir uttrykk for at systematiske observasjoner og tilbakemelding fra en utenforstående med mulighet til felles diskusjon i etterkant, har initiert andre innfallsvinkler til deres praksis og ført til endringer.

### **Forutsetninger for refleksjon som skaper utvikling.**

Personalet trekker frem flere forhold ved det å få tilbakemelding på bakgrunn av DCM-kartleggingen. De får en samlet og systematisk respons på egen praksis som skaper en arena for diskusjon rundt den praksis de i felleskap er en del av. At denne tilbakemeldingen er omfattende, basert på detaljerte observasjoner og kommer fra en person utenfor egen institusjon vektlegges som viktig. At prosessen gir anerkjennelse og bekreftelse understrekes.

#### *Balansert erfaren og positiv bekreftelse utenfra*

For å oppleve mestring og anerkjennelse er vi alle avhengige av bekrefting fra våre omgivelser. Konkret tilbakemelding på utøvelse av praksis er sjelden satt i system i demensomsorgen, til tross for at viktigheten av tilbakemelding fremheves. Generell tilbakemelding og ros vil være positivt. Kitwood la opp til at positive hendelser og tendenser i samhandling mellom pasient og personale skulle vektlegges og forsterkes i utviklingen av DCM. Han beskrev fem grunnleggende psykologiske behov hos personer med demens, behovene for trøst, beskjefthet, inklusjon, tilhørighet og identitet (1999). Disse



grunnleggende behovene er like aktuelle for de som skal utøve demensomsorgen. Gjennom utdanning til DCM- kartlegger, trenes en i å bruke disse prinsippene også i møte med personalgruppen.

En tilbakemelding der personalet får direkte respons på egen praksis gjennom kartlegging og beskrivelse av pasientenes trivsel og atferd samt beskrevne eksempler på positive samhandlingssituasjoner gjennom DCM, gir en direkte respons på deres utøvelse av omsorg som denne personalgruppen verdsetter høyt. De gir uttrykk for å være svært åpne og takknemlige for tilbakemeldingen, men dette er ikke alltid tilfelle. I følge Müller-Hergl (2004) som har arbeidet systematisk med implementering av DCM i Tyskland eksisterer det i de fleste institusjoner en motstand mot tilbakemelding og den læring som dette innebærer, som er sterkere enn viljen og evnen til endring. DCM-kartleggerens rolle og fremgangsmåte blir da avgjørende. Hos en kartlegger som er rekruttert fra innsiden kan frykten for å utfordre kollegene og skape konflikt bli så stor at resultatet blir en uinteressant og vag tilbakemelding som ikke gir grunnlag for endring. Rekrutteres kartleggeren fra utsiden som i denne studien, vil vedkommende vite lite om beboerne, personalgruppen og institusjonen. Utenforstående kartlegger kan i følge Müller-Hergl bli oppfattet som ”eksperter” som aldri vil forstå begrensningene som ligger i mangel på ressurser, kompetanse eller utviklingsmuligheter. DCM-kartleggeren må derfor ballansere sin rolle. Vedkommende bør trolig helst være utenforstående men ikke ”ekspert” i forstand bedreviter.

#### *Utfordrende undring – forstå begrensninger*

Kartleggeren må kunne utfordre personalgruppen men samtidig forstå begrensningene som ligger i institusjonens rammebetingelser, være erfaren innen demensomsorg og rotfestet i troen på at endring alltid er mulig. Denne rollen krever i mindre grad vektlegging av visjoner og ideologier, men derimot evne til sammen med personalgruppen å utvikle demensomsorgen skritt for skritt basert på refleksjon og ønske om utvikling.

I tillegg til observasjoner og tilbakemeldinger om positive hendelser, krever DCM-metoden også at observerte episoder av destruktiv sosialpsykologi beskrives. På denne institusjonen ble ikke eksempler på destruktiv samhandling mellom personalet og pasientene observert. Om så var tilfelle, ville utfordringen til DCM-kartleggeren være å presentere disse hendelsene på en slik måte at det kunne medvirke til en positiv utvikling i miljøet uten at noen følte seg uthengt og stemplet som dårlige omsorgsgivere. Jeg er usiker på om DCM vil ha samme potensial for positiv utvikling i et pleiemiljø der forekomst av destruktiv samhandling gjør seg mer gjeldene. Dette vil sannsynligvis avhenge av måten dette gjøres på.

Forutsetningene for positiv utvikling i en kompleks praksis som demensomsorg er sammensatt, og DCM vil ikke alene være svaret på denne utfordringen. Personalgruppen i denne studien understreker imidlertid samlet at DCM har gitt øket trygghet i deres praksisutøvelse.

### *Arenaer for refleksjon*

For at DCM-metoden og dens verdigrunnlag skal bli en implementert del av en avdelings utviklingsarbeid, kreves strukturelle tilpassninger slik at den kunnskap og de erfaringer som utvikles, blir gjort felles for hele personalgruppen. Tid for felles refleksjon må avsettes, og DCM-kartleggingen gjentas regelmessig minimum en gang i året for at metoden skal bli en motor i et varig utviklingsarbeid.

### **Refleksjon som grunnlag for utvikling av praksiskunnskap.**

Kunnskap formidlet som undervisning, gir som personalgruppen beskriver et utgangspunkt, men må videreføres for å bli en del av den utøvende praksis. Utfordringen er å omdanne faktakunnskap om eksempelvis demens, kommunikasjon og miljøbehandling slik den presenteres under undervisning, til anvendt kunnskap i praksis ikke bare for den enkelte, men for hele personalgruppen. Molander (1996) beskriver den praktiske kunnskap som kunnskap-i-handling. Kjennetegn ved praksiskunnskap er deltakelse og dialog med andre mennesker, levende og dynamisk kunnskap som utvikles i samhandling.

I demensomsorgen som på andre områder i helsevesenet, er det krav om at praksis skal være kunnskapsbasert. Helsemyndighetene har gjennom nasjonal strategi for kvalitetsforbedring (Sosial- og helsedirektoratet 2005), pekt på at faglige avveininger og beslutninger må bygge på relevant, pålitelig og oppdatert kunnskap. Ifølge Nortvedt, Jamtvedt, Graverholdt og Reinart (2007) bygger kunnskapsbasert praksis på forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, brukerkunnskap og brukervedvirkning. Den forskningsbaserte kunnskapen gjøres tilgjengelig for personale gjennom utdanning, kursing og faglitteratur. Dette sammenholdes med de erfaringer de gjør seg i den daglige samhandlingen med pasientene. I et arbeidsfellesskap kan erfaringsutveksling, veiledning og refleksjon være kilder til læring, stillingstagen i forhold til egen praksis og endring. Brukerkunnskap og brukervedvirkning kan sikres på ulikt vis gjennom den løpende kontakt med pasient og pårørende. I DCM-metoden gjør en forsøk på å beskrive pasientenes situasjon gjennom løpende kartlegging. Dette bidrar til videreutvikling av kunnskapsbasert praksis.

Forutsetningen for at dette skal skje er imidlertid som informanter understreker, at det gis mulighet for diskusjon og refleksjon.

## **KONKLUSJON**

God praksisutøvelse forutsetter evne til selvrefleksjon hos personalet i form av tanker om egne tanker og bevissthet om egen følelser. I intervjuene uttrykker personalet gjentatte ganger at DCM-prosessen har øket deres bevissthet, og at dette igjen har endret deres tilnærming til pasientgruppen. Refleksjon starter når tanken når bevisstheten, og bevisstgjøring er således en forutsetning for refleksjon både over egen atferd i praksis og for felles refleksjon i personalgruppen. Men selvrefleksjon oppleves som en begrenset form for refleksjon. Verbalisering av erfaringskunnskap gjennom refleksjon med andre synes å være en forutsetning for endring av vaner og utvikling av praksis. DCM-metoden og kartleggers tilbakemelding kan bidra til dette, men dette forutsetter at kartlegger evner å bidra til et konstruktivt utgangspunkt for endring. DCM gir et grunnlag for verbalisering av et felles erfaringsgrunnlag. Det forutsettes imidlertid at avdelingens struktur for tidsbruk og etablering av møteplasser for personalet tilrettelegges slik at det gis mulighet for refleksjon i fellesskap. Dette er avgjørende for at DCM-prosessen skal kunne bidra til varig utvikling og endring av praksis.

## **Referanser:**

Argyris, C., Putnam, R., Smith, D.M. (1985). *Action Science*. San Francisco: Jossey-Bass.

Barnett, E. (1995). A window of insight into quality of care. *Journal of Dementia Care*, 3 (4), 23-26.

Beavis, D., Simpson, S., Graham, I. (2002). A literature review of dementia care mapping: methodological considerations and efficacy. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 725-736.

Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert*. Oslo: Tano i samarbeid med Munksgård.

Brooker, D., Foster, N., Banner, A., Payne, M., Jackson, L. (1998). The efficacy of Dementia Care Mapping as an audit tool: report of a 3-year British NHS evaluation. *Aging and Mental Health*, 2 (1), 60-70.

Habermas, J. (1984). *The theory of communicative action: reason and the realization of society* (T. McCarthy, Trans. Vol. 1). Boston: Beacon Press

- Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens – personen kommer i første række*. Fredrikshavn: Dafolo Forlag.
- Lintern, T., Woods, R., Phair, L. (2000). Training is not enough to change care practice. *Journal of Dementia Care*, 8 (2), 15-17.
- Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling*. Gøteborg: Bokförlaget Daidalos AB
- Müller-Hergl, C. (2004). The role of the “trusted stranger” in DCM feedback. *Journal of Dementia Care*. March/April 18-19.
- Nordtvedt, P., Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholdt, B., Reinart, L.M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleieforbund
- Rokstad, A.M.M. (2008). Dementia Care Mapping – en mulig metode for utvikling av demensomsorg i sykehjem? In progress
- Schibbye, A.L. (2002). *A dialectic understanding of relations in psychotherapy with individuals, couples and families*. Oslo: University Press.
- Schön, D. A. (1987). *Educating the Reflective Practitioner*. San Francisco: Jossey Bass. A. Wiley Imprint.
- Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug
- Sosial og helsedirektoratet (2005). *... og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial – og helsetjenesten*. Veileder IS – 1162.
- Smebye, K. L. (2008). Å møte personer med demens. I Smebye, K. L., Rokstad, A.M.M. (red). *Personer med demens – møte og samhandling*. Oslo: Akribe
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2006). *Demenssykdommer. En systematisk litteraturoversikt*. Norsk utgave. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Vatne, S. (2003). *Korrigere og anerkjenne. Sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost*. Universitetet i Oslo
- Vatne, S., Hoem, E. (2008). Acknowledging communication: a milieu-therapeutic approach in mental health care. *Journal of Advanced Nursing* 61 (6), 690-698.

## VEDLEGG:

- Vedlegg 1. Atferdskategorikoder
- Vedlegg 2. Indikatorer for destruktiv sosialpsykologi (negative hendelser)
- Vedlegg 3. Intervjuguide 1. fokusgruppeintervju
- Vedlegg 4. Intervjuguide 2. fokusgruppeintervju
- Vedlegg 5. Intervjuguide for intervju med leder
- Vedlegg 6. Korrespondanse med leder for REK pr. e-post
- Vedlegg 7. Kvittering for melding til NSD (foreligger i papirversjon)
- Vedlegg 8. Skriftlig forespørsel om gjennomføring av studien på aktuelle sykehjem  
(foreligger i papirversjon)
- Vedlegg 9. Svar på forespørsel om tillatelse (foreligger i papirversjon)
- Vedlegg 10. Forespørsel til ansatte om å delta i studien
- Vedlegg 11. Samtykkeerklæring

## **Vedlegg 1.**

### **Atferdskategorikoder.**

- A Interaksjon med andre, verbalt eller på annen måte (uten at annen aktivitet foregår samtidig)
- B Sosialt involvert men passivt
- C Sosialt uinvolvert, tilbaketrukket
- D Upåaktet uro
- E Engasjert i ekspressiv eller kreativ aktivitet
- F Spiser eller drikker
- G Deltar i spill
- H Deltar i handarbeid
- I Aktivitet som fordrer bruk av intellektuell kapasitet
- J Deltar i fysisk aktivitet
- K Uavhengig vandring, står eller kjører rullestol
- L Deltar i arbeidslignende aktivitet
- M Engasjert i media
- N Sover eller døser
- O Uavhengig utøvelse av egenomsorg
- P Mottar praktisk, fysisk eller personlig omsorg
- R Deltar i religiøs aktivitet
- S Aktivitet som innebærer uttrykk for seksualitet
- T Sansestimulering
- U Kommuniserer uten å få respons
- W Repeterende selvstimulering
- X Episoder knyttet til ekskresjon
- Y Snakker med seg selv eller imaginære personer
- Z Atferd som ikke passer inn i noen av de eksisterende kategoriene

## **Vedlegg 2.**

### **Indikatorer på destruktiv sosialpsykologi (negative hendelser)**

- Forrederi
- Umyndiggjøring
- Barnliggjøring
- Trusler
- Stempling
- Stigmatisering
- Forsering av tempo
- Underkjennelse
- Forvisning
- Objektivisering
- Ignorering
- Tvang
- Neglisjering
- Anklage
- Avbrytelse
- Latterliggjøring
- Nedvurdering

## Vedlegg 3

### INTERVJUGUIDE 1. FOKUSGRUPPEINTERVJU 28.03.07

#### Brifing:

**Definere situasjonen**  
**Målet med intervjuet**  
**Bruk av båndopptaker**  
**Er det spørsmål?**

- Hva sitter dere igjen med etter første runde med Dementia Care Mapping?
- Hvordan opplevde dere selve kartleggingen?
- Hvordan opplevde dere tilbakemeldingen? Muntlig og skriftlig
- Hvordan reagerte dere på tilbakemeldingen? Tanker og følelser
- Hvordan har dere diskutert resultatene som kom frem under kartleggingen?
- Hvordan er resten av personalgruppen blitt involvert?
- Har DCM kartleggingen får konsekvenser for pasientgruppen? Gi eksempler
- I hvilken grad mener dere DCM er en egnet metode for å endre omsorgspraksis?
- Hvis en ønsker å endre omsorgspraksis, hva tror dere må til?
- Hva skal til for at hver enkelt av oss skal endre vår atferd i forhold til pasientene?

Oppsummering av hovedpunkt

Jeg har ikke flere spørsmål – noe dere vil tilføye

#### Debrifing:

**Hvordan var det?**



## Vedlegg 4

### INTERVJUGUIDE 2. FOKUSGRUPPEINTERVJU 20.06.07

#### Brifing:

**Definere situasjonen**  
**Målet med intervjuet**  
**Bruk av lydbåndopptaker**  
**Er det spørsmål?**

- Hva er den umiddelbare tilbakemeldingen dere vil gi meg etter 2. runde med DCM?
- Hvordan opplevde dere kartleggingen nå?
- Hvordan opplevde dere tilbakemeldingen denne gangen? Muntlig, skriftlig
- Hva har skjedd mellom de to kartleggingsperiodene?
  - Områder for endring?
  - Diskusjoner om aktuelle tema?
  - Involvering av resten av personalet?
- I hvilken grad har DCM hatt konsekvenser for måten dere møter pasientene på?
- Hva legger dere i å reflektere over handlinger?
- Refleksjon – i – handling innebærer at tenker over hva en gjør mens en handler i situasjoner der uventede ting skjer. Kan dere gi eksempler på dette fra egen praksis?
- Hvordan kan refleksjon i handling og refleksjon over handling påvirker utviklingen av praksiskunnskap?
- Hvordan bør den prosessen dere har vært med på følges opp?

Oppsummering av hovedpunkt

Er det noe dere vil føye til?

#### Debrifing:

**Hvordan var dette?**

## Vedlegg 5

### INTERVJUGUIDE FOR INTERVJU MED LEDER FOR ENHETEN 28.06.07

#### Brifing:

**Definere situasjonen**  
**Målet med intervjuet**  
**Bruk av lydbånd**  
**Spørsmål?**

- Hvordan har du fra din posisjon opplevd prosessen med de to DCM kartleggingene?
  - forberedelser
  - gjennomføring
  - tilbakemelding
  - tiden mellom kartleggingene
- Hvordan har du opplevd din rolle som leder i dette?
- Hvordan er resultatene fra kartleggingene blitt brukt i etterkant?
- Hvordan er resten av personalgruppen blitt involvert?
- Hva kan resultatene av denne typen kartlegging brukes til?
- Hvilke fora finnes for å dele den type kunnskap som kommer frem på bakgrunn av disse kartleggingene?
- Hvilke rammebetingelser er viktige for utvikling i enheten?
- Hvordan har DCM kartleggingene virket inn på enheten?
- Hvilke forhold er viktig å ta hensyn til hvis DCM skal prøves ut på andre enheter?
- Hvordan vil DCM prosessen bli fulgt opp videre?

Oppsummering av hovedpunkt  
Er det noe du vil føye til?

#### Debrifing:

**Hvordan var dette?**

## Vedlegg 6

### Korrespondanse med leder for REK pr. e-post

Fra: Arild Hals [mailto:arild.hals@ntnu.no]  
Sendt: 2. februar 2007 13:50  
Til: Anne Marie M Rokstad  
Kopi: Arne Sandvik; Jacob Chr Holen  
Emne: Re: Forespørsel om behovet for å søke godkjenning av REK i forbindelse med mastergradsprosjekt

Anne Marie Rokstad,

Vi har sett på dette og konkluderer med at det i all hovedsak er en type kvalitetssikring og evaluering som faller utenfor komiteens mandat, og som derfor ikke må legges fram for komiteen.

Mvh  
Arild Hals

Anne Marie Mork Rokstad wrote:

> Hei!  
>  
> Viser til telefonsamtale med deg tidligere i dag med anbefaling om å  
> presentere min studie på e-post. Studien er et ledd i masterstudie i  
> helse- og sosialfag - kliniske hjelperelasjoner til sårbare grupper  
> ved høgskolen i Molde. Dr. polit og førsteamanuensis Solfrid Vatne er  
> min veileder og jeg har også søkt råd hos professor Knut Engedal på  
> Ullevål sykehus i forhold til prosjektplanen. Min forespørsel til dere  
> gjøres i samråd med dem.  
>  
> Masterstudiet er på deltid, og i min kliniske virksomhet arbeider jeg  
> som psykiatrisk sykepleier ved alderspsykiatrisk poliklinikk ved Helse  
> Nordmøre og Romsdal. I denne jobben har jeg hyppig ambulans kontakt  
> med sykehjem i forbindelse med alderspsykiatriske problemstillinger.  
> Jeg har konsultasjoner som behandler i forhold til pasienter men gir  
> også i stor grad veiledning og råd til personalet i forhold til  
> oppfølging av pasientene. Et av sykehjemmene i nedslagsområdet  
> henvendte seg til meg med forespørsel om jeg kunne gå inn med en mer  
> strukturert og gjensidig forpliktende veiledning for på denne måten å  
> kunne videreutvikle kvaliteten på deres omsorg til pasienter med  
> demens. Dette sa jeg meg villig til og foreslo at dette kunne skje ved  
> bruk av Dementia Care Mapping metoden. Jeg luftet samtidig muligheten  
> for å kunne systematisere erfaringene fra en slik oppfølging og gjøre  
> dette til mitt masterprosjekt. Institusjonsledelsen og personalgruppen  
> stilte seg umiddelbart positiv til dette. Som metode for å samle data  
> om personalets opplevelser og erfaringer i denne prosessen, vil jeg  
> bruke fokusgruppeintervjuer med personalet. Disse vil bli gjennomført  
> parallelt med DCM prosessen. Fokusgruppeintervjuene blir tatt opp på  
> lydbånd, transkribert og slettet etter at prosjektet er ferdig.  
> Lydbåndopptakene blir regnet som råmateriale og aidentifiseres ved  
> transkribering. Verken kommune, sykehjem eller identitet til personale  
> vil komme frem i de artiklene som planlegges utarbeidet på bakgrunn av  
> studien.

>  
> Den veiledningsmetodikken jeg vil bruke i sykehjemmet kalles Dementia  
> Care Mapping (DCM) eller Evaluering av demensomsorg som betegnelsen er  
> i den danske oversettelsen. Denne evaluering og utviklingsmetodikken  
> er utviklet og grundig utprøvd i Storbritannia. Den inneholder en  
> observasjons/kartleggingsdel og en tilbakemeldingsdel som har form av  
> veiledning til personalgruppen. Som bruker av DCM metoden må jeg være  
> sertifisert gjennom kursing og avlagt eksamen. Jeg har gjennomført  
> kurs på grunnleggende og videregående nivå er således sertifisert til  
> å bruke metode. Jeg har skaffet meg praktisk erfaring med metoden i  
> alderspsykiatrisk døgnenhet og i en sykehjemsavdeling der jeg  
> gjennomførte en interraterreliabilitetstest sammen med annen  
> sertifisert DCM bruker. Observasjonsdelen i DCM metoden innebærer at  
> jeg sitter som observatør i sykehjemsavdelingens fellesarealer og  
> kartlegger pasientenes aktivitet/atferd og tegn til trivsel/eventuelt  
> mistrivsel ved hjelp av koding med bokstaver og tall hvert femte  
> minutt i en periode på seks til tolv timer. Disse observasjonene  
> systematiseres og presenteres til personalgruppen som oversikter over  
> pasientenes atferd/aktivitet og grad av trivsel i løpet av  
> observasjonsperioden. Denne presentasjonen kan gjøres på  
> enkeltpasienter og på pasientgruppen samlet. Presentasjonen danner  
> grunnlag for diskusjon og refleksjon i personalgruppen rundt  
> pasientens behandlingstilbud. Det er et mål at diskusjonen medfører  
> etablering av tiltaksplaner for utvikling av en forbedret  
> pasientomsorg gjennom oppsett av tiltak. Dette kan skje på  
> enkeltpasientnivå eller i forhold til den samlede pasientgruppen. Det  
> er personalet sammen med veileder som velger ut tiltak på bakgrunn av  
> data fra observasjonene. Veileder søker å bidra til at tiltakene har  
> utgangspunkt i en personsentret omsorg. Tiltaksplanen evalueres ved ny  
> DCM kartlegging etter 12 uker. De data jeg samler inn om pasientene på  
> denne måten vil bli oppbevart i pasientens journal. Jeg vil ikke bruke  
> data fra DCM kartleggingen på annen måte enn som anonymiserte  
> bakgrunnsdata for å beskrive den pasientgruppen veiledningen ble  
> utført i forhold til. Jeg ønsker også å innhente bakgrunnsdata om  
> pasientenes grad av demens og funksjonsnivå fra journal for å gi en  
> oversikt over hvilken pasientgruppe DCM metoden er brukt i forhold  
> til. De pasienter som blir inkludert i DCM veiledningen, vil bli  
> henvist til poliklinikken for slik klinisk bistand. Etter at DCM  
> kartleggingen er gjennomført og min kliniske bistand til  
> pasientbehandlingen er avsluttet, vil jeg ikke gå tilbake til  
> pasientjournalen med mindre pasienten har behov for videre klinisk  
> oppfølging fra min side. Dette vil i tilfelle ikke trekkes inn i studien.  
>  
> Jeg anser ikke pasientene som informanter i denne studien. Min hensikt  
> med masterstudien er å innhente opplysninger om bruken av DCM i en  
> norsk sykehjemsavdeling slik personalet opplever det. Personalet vil  
> bli nærmere informert om studiens mål og metoder og bedt om å gi  
> skriftlig samtykke til deltakelse. Studien vil bli meldt til NSD.  
>  
> Mitt spørsmål er videre om det må søkes REK om gjennomføring av  
> studien slik den her er skissert. Håper på snarlig svar. Hvis noe er  
> ukart er jeg glad for å kunne bistå med oppklaringer.  
>  
> Vennlig hilsen  
>  
> Anne Marie Mork Rokstad  
>  
> Bregnelia 17  
>  
> 6429 Molde  
>

## **Vedlegg 10**

### **Forespørsel til ansatte om å delta i en vitenskapelig undersøkelse**

#### **Dementia Care Mapping – en mulig metode for utvikling av demensomsorg i sykehjem?**

##### **Bakgrunn**

Det sykehjemmet som du arbeider ved ønsker å prøve ut en metode for forbedring av pasientomsorgen. I den anledning tok NN kontakt med meg med forespørsel om jeg ville gjennomføre en studie der en prøver ut en kartleggings- og veiledningsmetode for demensomsorg som på engelsk kalles Dementia Care Mapping. Metoden brukes i mange land, men dette er første systematiske utprøving i Norge. Vi ønsker å samle kunnskap om hvordan metoden kan brukes her i landet. For å få dette til er jeg avhengig av at personalet på avdelingen er villig til å delta. I tillegg til målet om å utvikle behandlingstilbudet på denne avdelingen, kan kunnskapen også komme andre institusjoner til gode ved at erfaringene gjøres kjent.

##### **Etisk faglig vurdering**

Prosjektet er meldt inn til Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Sykehjemmets ledelse har gitt meg tillatelse til å gå i gang med denne studien. Det er avdelingssykepleier for avdelingen som kontakter deg på mine vegne for å spørre deg om du vil delta. Prosjektet vil ikke medføre noen risiko eller ubehag.

##### **Fremgangsmåte**

For å få kunnskap om hvordan personalet opplever Dementia Care Mapping (DCM), vil de som sier seg villig til det, bli bedt om å delta i fokusgruppeintervju der jeg ber om at dere deler erfaringer om hvordan utprøvingen av DCM har vært. Intervjuene blir tatt opp på lydbånd.

##### **Databehandling / taushetsplikt**

I henhold til lovverket har jeg som helsepersonell taushetsplikt. Opplysningene som samler inn i denne studien og det som senere blir publisert, skal ikke kunne relateres til deg som person. Lydbåndopptakene blir slettet ved prosjektslutt i juni 2008.

##### **Frivillighet**

Det er frivillig å delta. Jeg vil understreke at selv om du sier ja, så har du mulighet på ett hvert tidspunkt å trekke deg fra videre deltakelse. Vedlagt følger et skriv som du eventuelt kan gi ditt skriftlige samtykke på. Dette vil du få en kopi av. Dersom du sier deg villig til å være med i undersøkelsen, vil du bli nærmere orientert om når den skal gjennomføres.

Resultatene fra prosjektet vil bli presentert i norsk/nordisk tidsskrift

Spørsmål kan rettes til masterstudent Anne Marie Mork Rokstad telefon 99509819 eller veileder Solfrid Vatne telefon 71214026

Med vennlig hilsen

Anne Marie Mork Rokstad – sykepleier og mastergradstudent

## **Vedlegg 11**

### **Studien: Utprøving av metoden Evaluering av demensomsorg (Dementia care mapping) i sykehjem**

#### **Samtykkeerklæring**

Jeg sier meg med dette villig til å delta i gruppeintervju der mine opplevelser og refleksjoner knyttet til pasientbehandling og bruk av Dementia Care Mapping som metode, er tema. Jeg har lest informasjonsskrivet og hatt anledning til å stille spørsmål til avdelingssykepleier og/eller masterstudent.

Jeg er sikret at de opplysninger som kommer frem om meg ikke kan spores tilbake til meg som person gjennom det som skrives i tilknytning til prosjektet. Jeg er informert om at min deltakelse er frivillig og at jeg når som helst og uten begrunnelse kan trekke meg fra prosjektet dersom jeg selv ønsker det.

Dato:.....