

Mari Bjerknes  
Marte Brukveen  
Gro Anita Sanden

## Demensomsorg i hjemmesykepleien

"Jeg er fortsatt meg"

Bacheloroppgave i Sykepleie

Veileder: Bente Hamnes

Juni 2020



## SAMMENDRAG

Tittel:	Jeg er fortsatt meg	Dato:	28.05.2020
Deltaker(e)/	Marte Brukveen		
	Mari Bjerknes		
	Gro Anita Sanden		
Veileder(e):	Bente Hammes		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Demensomsorgen, holdninger og kompetanse, personsentrert omsorg		
Antall sider/ord: 44/9802	Antall vedlegg:		
<p><b>Innledning:</b> Mange eldre i Norge lever med demens og økt levealder resulterer i flere. Det er grunn til å tro at kompetanse og holdningsendring vil fremme forståelsen for demens og samtidig styrke et kollegialt samhold blant sykepleiere i hjemmesykepleien.</p> <p><b>Hensikt:</b> Hensikten med oppgaven er å finne måter en best kan møte pasienter med demens på gjennom kompetanseheving, holdningsendring og økt kunnskap.</p> <p><b>Metode:</b> Det er søkt i Medline(ovid) og SweMed+ med søkeord: Attitude, Quality of health care, Care mapping, educational status, dementia, person centered care og patient-centered care. Det ble brukt fem artikler til oppgaven.</p> <p><b>Resultat:</b> Gjennom personsentrert omsorg er det muligheter for å samhandle med pasienter som har demens på en måte som gir bedre kvalitet på pleien, mestringfølelse og mindre stresset arbeidshverdag. Bedre pleiekultur vil skape en holdningsendring til utfordrende arbeid. Kompetanse man bærer med seg har en sammenheng med holdningen du har i møte med pasienter og kollegaer. Økt kunnskap gir økt kvalitet på pleien.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Ved kompetanseheving vil pasienter med demens få et behandlingstilbud med fokus på personsentrert omsorg. Når sykepleier innehar rett kunnskap, nok kompetanse og gode holdninger, vil møtet med pasienter med demens gi trygghet, kvalitet og stabilitet.</p>			

## ABSTRACT

Title:	Jeg er fortsatt meg	Dato:	28.05.2020
Participants:	Marte Brukveen		
	Mari Bjerknes		
	Gro Anita Sanden		
Supervisor(s):	Bente Hamnes		
Keywords:	Demensomsorgen, holdninger og kompetanse, personsentrert omsorg		
(3-5 stk)			
Number of pages/words:	44/9802	Number of appendix:	
<p><b>Introduction:</b> Many elderly in Norway live with dementia and increased lifespan results in more cases like this. There is reason to believe competence and attitude change will improve the understanding of dementia and at the same time strengthen professional unity among nurses in home care.</p> <p><b>Aim:</b> The purpose of this thesis is to find the best ways to interact with patients with dementia through enhanced competence, attitude change and increased knowledge.</p> <p><b>Method:</b> Searches in Medline (Ovid) and SweMed+ with keywords: Attitude, Quality of health care, Care mapping, educational status, dementia, person centered care and patient-centered care. Five articles were used for the thesis.</p> <p><b>Results:</b> Person-centered care gives opportunities for interaction with patients with dementia in a way that improves the quality of nursing, sense of achievement and a less stressful workday. Improved nursing culture will create an attitude change towards challenging work. The competence one has is connected to their attitude towards patients, coworkers and their type of work. Increased knowledge improves the quality of nursing.</p> <p><b>Conclusion:</b> With enhanced competence, patients with dementia will get treatment with focus on person-centered care. When the nurse has the right knowledge, enough competence and good attitudes, the interaction with these patients will give a sense of safety, quality and stability.</p>			

*“For i sandhet at kunne hjelpe en anden,*

*må man kunne forstå mer enn ham,*

*men dog først og fremst forstå det han forstår”*

-Sitert av Søren Kirkegård, publisert i Samlede Verk, 13, 1859

Gjengitt i Granum, Opsahl og Solvoll, s. 41, (2018)

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	6
1.1 Begrunnelse for valg av tema .....	6
1.2 Sykepleiefaglig relevans .....	6
1.3 Oppgavens innhold .....	7
<b>2.0 Bakgrunn</b> .....	7
2.1 Demens .....	7
2.2 Holdninger .....	9
2.3 Kompetanse.....	10
2.4 Personsentrert omsorg.....	11
2.4.1 Tom Kitwood.....	11
2.5 Lovverk.....	12
2.5.1 Brukermedvirkning .....	13
2.6 Dementia Care Mapping (DCM) .....	13
2.7 Marte Meo (MM) .....	14
2.8 Faglig forsvarlighet.....	14
<b>3.0 Studiens hensikt og problemstilling</b> .....	15
3.1 Avgrensninger.....	15
<b>4.0 Metode</b> .....	16
4.1 Litteraturstudie som metode .....	16
4.2 Søkestrategi.....	16
4.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	18
4.4 Søkehistorikk .....	19
4.5 Presentasjon av funn/resultater .....	20
4.6 Kildekritikk.....	25
4.7 Forskningsetiske overveielser.....	25
<b>5.0 Resultatpresentasjon/analyse av funn</b> .....	26
5.1 Hovedfunn.....	26
5.2 Analyse og utdyping av funn .....	28
5.3 Holdningsendring gjennom bevisstgjøring.....	28
5.4 Læring gjør mester .....	29
5.5 Pasienten i fokus .....	31

<b>6.0 Drøfting</b> .....	32
6.1 Holdningsendring gjennom bevisstgjøring .....	32
6.2 Læring gjør mester .....	34
6.3 Pasienten i fokus .....	36
6.4 Metodediskusjon .....	38
<b>7.0 Konklusjon</b> .....	39
8.0 Litteraturliste.....	40

## 1.0 Innledning

Her presenteres begrunnelse for valg av tema, hvilken sykepleiefaglig relevans som ligger i grunn for valg av tema, og hva oppgaven inneholder.

### 1.1 Begrunnelse for valg av tema

I denne oppgaven belyses temaene holdning og kompetanse innen arbeidet med pasienter med demens. Tanken bak studien er at det innen demensomsorg er viktig med en spisskompetanse for at sykepleier skal ha rett holdning i møte med pasienter, og at det er grunn til å tro at kompetanse vil fremme forståelsen for demenssykdom og være med på å styrke et kollegialt samhold og profesjonalitet. Dette vil komme pasienten til gode som vil oppleve trygghet og omsorg.

Det antas at det finnes rundt 80 000 nordmenn med demens. Tallet vil stige med 10 000 hvert år og økt levealder vil resultere i flere. I 2050 antas det at 160 000 har demens (aldring og helse, 2020). Sykepleiere i hjemmesykepleien vil i fremtiden møte flere pasienter med begynnende demens som vil ha behov for rett kompetanse og holdning hos sykepleieren for et best mulig behandlingstilbud.

Aldersgruppen 67-79 år vil vokse i årene fremover, hjemmesykepleie tilbudet vil bli utfordret. 80 år og oppover vil forbli stabilt neste 10-15 år, unntatt de over 90 år. Økning blant de eldste vil kreve utbygging av heldøgns tjenestetilbud (Morgendagens omsorg (Meld.st. nr. 29 (2012-2013))).

### 1.2 Sykepleiefaglig relevans

Demensplan 2020 omhandler et mer demensvennlig samfunn. Den er utarbeidet av pasienter med demenssykdom, deres pårørende, organisasjoner og departement. Den omhandler holdninger, helsetjenester, aktiviteter og arbeidsliv. Planen fokuserer på tiltak som settes inn mens de er hjemmeboende, til støtte og avlastning for pårørende. Under kapittel 4.2 *Kunnskap og kompetanse* står det om behovet for økt kunnskap om demens. Gjeldende både ute i samfunnet og i tjenesteapparatet. Folkeopplysningen har redusert stigma og myter om demens, og kunnskap gir trygghet (demensplan, 2020). Mange opplever fordommer i møtet med samfunnet, det blir en



ytterligere belastning. Demens svekker mulighetene for å hevde sine interesser og behov, sårbarhet oppstår og trenger gode systemer for å ivareta rettigheter (Demensplan 2020).

Demensplanen refererer til Gautun og Bratt (2014) som hevder at en tredjedel av avtalte årsverker består av personell uten helsefaglig utdanning. Det er stor sannsynlighet at pasienter med demens og deres pårørende vil møte mange uten formell utdanning, spesielt på kveld, natt og helg. Da er et opplæringsverktøy i ABC-opplæringen laget for disse vikarene “Dette må jeg kunne”. ABC opplæringen er for faste ansatte i kommunal sektor. Et ledd i kompetanseøkning innen demensomsorgen. I dialogmøter har det vært viktig å kunne leve hjemme lengst mulig. For å klare dette trakk de frem kontinuitet i hjemmetjenesten, aktivitetstilbud og avlastning, samt velferdstilbud som hjelpemidler og gode tiltak (Demensplan, 2020).

### 1.3 Oppgavens innhold

Studiens bakgrunn vil i hovedsak inneholde tre hovedtema; holdning, kompetanse og personsentrert omsorg. Undertema som lovverk, brukermedvirkning, demensplan 2020, Tom Kitwood og fagligforsvarlighet styrker hovedtemaene. Fem artikler blir presentert systematisk og analysert hver for seg, men også på tvers for å finne likheter/ulikheter. Funnene tas med videre i drøftingen og konkluderes til slutt.

## 2.0 Bakgrunn

Her presenteres relevant teori for oppgaven innenfor demens, med temaene holdning og kompetanse. Fagstoffet er hentet fra aktuell litteratur og studier.

### 2.1 Demens

Demens er en fellesbetegnelse på en langvarig og klinisk tilstand som forverres over tid.

Tilstanden er kronisk kognitiv svikt, og en sviktende evne til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte, samt endret sosial atferd (Engedal og Haugen, 2018).

De siste årene har det skjedd store endringer i hvordan personer som har fått en demensdiagnose blir betraktet. I dag sier vi “personer med demens” istedenfor “de demente”. Dette er fordi det er

personer vi snakker om og fordi demensdiagnosen ikke er deres eneste kjennetegn. Kjernen i det å være et menneske avhenger ikke av evnen til å resonnere eller til å tenke. Opplevelsen og å relatere seg til andre er vesentlige aspekter. Med dette som utgangspunkt menes det at møte mellom personer med demens og helsepersonell kan være meningsfulle, men også utfordrende (Rokstad og Smebye, 2020).

Et møte krever to personer eller mer, og oppfattelsen av den andre er helt avgjørende for hvordan møtet blir. Filosofen Buber har skissert to alternative tilnærminger, *Jeg – Du tilnærming*. Det innebærer at en ser den andre som et subjekt og preges av gjensidig respekt. På andre siden har vi, *Jeg – Det tilnærmingen* der vi ser den andre som et objekt og personen blir nærmest behandlet som en ting (Rokstad og Smebye, 2020).

*Jeg – Du tilnærming* i demensomsorgen bygger på et humanetisk menneskesyn, som forutsetter at vi opplever at personen fortsatt er der selv om sykdommen utvikler seg. Det legges vekt på gjenværende ressurser og friske sider, som evnen til å vise og gjenkjenne følelser og til å henvende seg til andre mennesker (Rokstad og Smebye, 2020).

Mead, Sabat, Harrè og Kitwood sier at selvet er der selv om det er delvis skjult. Andres reaksjoner på personer med en demensdiagnose, kan fremme eller hemme dem i å fremstå som den de er. Å bli møtt med personsentrert omsorg og en positiv holdning bygger opp identiteten og selvfølelsen. Motsatt kan det å bli møtt med negative holdninger ha en nedbrytende effekt. Sykdommer som fører til demens, er blant de som opptrer oftest i alderdommen. Det er ikke noe som tyder på at demenssykdommen opptrer hyppigere nå enn tidligere. Demens er en sykdom som utvikler seg veldig individuelt. Hos noen går forløpet raskt mens hos andre kan det løpe over 10-20 år (Rokstad og Smeby, 2020).

Sykdomsutviklingen kan deles inn i tre hovedfaser og graderes fra mild, til moderat grad og alvorlig grad av demens (Rokstad og Smeby, 2020). Her er det valgt å fokusere på mild og moderat grad av sykdomsutviklingen da det er de hjemmeboende som er i fokuset i litteraturstudien. Når en person er kommet så langt i sykdomsforløpet at du rangeres til alvorlig grad av demens, er det nødvendig med sykehjemsplass.

Ved en mild grad av demens kan pasienten merke endringer som får innvirkninger på aktiviteter i dagliglivet og sosialfunksjonsevne. De fleste kan greie seg godt når omgivelsene er kjent og faste rutiner følges. Når pasienten går over i en fase med moderat grad av demens vil stadig flere

gjøremål bli vanskelige, og behovet for veiledning og konkret hjelp til dagliglivets aktiviteter øker (Rokstad og Smeby, 2020).

## 2.2 Holdninger

Holdning er en innstilling, mening eller en oppfatning som en person har, og som gjerne sitter dypere enn en mening. En mening kan lett endres, men det henger som regel sammen med de holdningene vi har (Nasjonal digital læringsarena, 2020).

Holdningen til demensomsorg trenger å fornyes i alles bevissthet. Det innebærer faglig ledelse og medarbeidere som daglig møter og samhandler med pasienter med demens. Det krever høy grad av kreativitet, ferdigheter og innsikt. Denne felles forståelsen er nødvendig i en personalgruppe og er utgangspunktet for videre arbeid (Rokstad og Smeby, 2020).

Som profesjonell yrkesutøver kan du ikke alltid handle i tråd med eller gi uttrykk for dine egne holdninger. Du er forpliktet til å handle i tråd med de yrkesetiske retningslinjene som gjelder for ditt yrke. En fagarbeider i helse-, sosial- og oppvekstsektoren må derfor kunne skille mellom egne holdninger og de normene og reglene som gjelder (Nasjonal digital læringsarena, 2020).

Holdningene våre utvikles i samspill med omgivelsene og påvirkes av de erfaringene vi gjør. Holdninger kan være et resultat av opplevelser, kunnskap eller erfaringer. Vi kan endre holdningene våre gjennom bevisstgjøring (Nasjonal digital læringsarena, 2020).

Det er fire holdninger som skal ligge i bunnen av enhver relasjon med personer med demens, og det er at:

1. “Alle mennesker fortjener respekt, uansett alder og kognitiv status.
2. Alle mennesker har rett til å få bekreftet sitt liv ved å søke til fortiden.
3. Alle mennesker har rett til å få uttrykt egne følelser.
4. Mennesket kan forandre seg gjennom ekte relasjoner” (Solheim, s. 209, 2015).

## 2.3 Kompetanse

Begrepet kompetanse er omfattende og kan defineres på flere ulike måter. Når man bruker kompetansebegrepet tenker man ofte på kunnskap, men kompetanse dekker mye mer (arbinn, 2020).

Kompetanse kan defineres som evnen til å mestre eller å løse oppgaver i konkrete situasjoner. Kompetanse inkluderer ferdigheter, holdninger, en persons kunnskap og hvordan disse brukes i samspill (arbinn, 2020).

Kartlegging av pasienter med demens er viktig. Ved å lage en “grunnmur” av kjennskap til pasientene man står ovenfor, kan man opprette tiltak for å forebygge, behandle og ivareta individet. Hver pasient er viktig og betyr noe. Man må innhente informasjon om pasienten for å skreddersy dagsprogrammer som tar hensyn til livsstil, personlighet, mestring, sosiale interesser, nåværende og tidligere funksjonsnivå. (Solheim, 2015).

Det er hovedsakelig to komponenter i kartleggingsarbeidet: selve atferden og utløsende årsaker. Arbeidet bør igangsettes umiddelbart ved atferdsendringer (Solheim, 2015).

Eksempel på trinn i Solheims kartleggingsverktøy og vesentlig for denne studien er:

- “identifisering og erkjennning av utfordring
- holdningsendring blant pleiepersonell, personen med demens er i en katastrofereaksjon og ikke bare “er vanskelig.”
- Innsamling av data= kartlegging og analyser” (Solheim, s. 325-326, 2015).

Vel så viktig som å fokusere på perioder med atferdsendring og “dårlige” perioder, er det å fokusere på “gode perioder” der atferdsendring er fraværende. Det er da mestringspotensialet viser seg fra alle parter. Helsepersonellet kan da fokusere mer på det som fungerer, kontra det som ikke fungerer (Solheim, 2015).

Det viktigste i forhold til denne studien er ifølge Solheim (2015) å ha kunnskap om demens- og demensrelaterte temaer, kunnskap om kommunikasjon, forstå egen måte å behandle demenspasienter på, strebe etter et personsentrert omsorgsmiljø og legge til rette for etisk refleksjon og veiledning på arbeidsplassen. Samtidig bør sykepleier inneha nok selvinnsikt til å forstå personen med demens.

## 2.4 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg er en omsorgsfilosofi som omhandler å ta hensyn til hvordan en persons opplevelse av situasjonen og verden rundt. Omsorgen tilrettelegges slik at personens perspektiv på situasjonen blir ivaretatt. Grunnleggende psykologiske behov, vaner og personlighet preger hvordan en person opplever situasjonen (aldring og helse, 2020).

Hos personer med demens er opplevelsen preget av demenssymptomene. Utfordringene i personsentrert omsorg er at personen med demens ofte har problemer med å uttrykke sine ønsker og si noe om hvordan demenssymptomene gjør hverdagen vanskelig (aldring og helse, 2020).

Omsorg er et begrep som ikke er lett å definere, men ifølge Kari Martinsen er omsorg først og fremst et mål der man skal finne en måte å forholde seg til andre mennesker på (Martinsen, 2003).

I en pasient/pleierrelasjon er personsentrert omsorg viktig da pasienten har bestemmelsesrett over eget liv, rett på å bli respektert, ekskludere forutinntatte holdninger fra pleier ovenfor pasienten, og støtte oppunder følelsen av likeverd hos den enkelte. For å forstå pasienten, er det en stor fordel å kjenne til pasientens livshistorie og bakgrunn (McCormack og McCane, 2010).

### 2.4.1 Tom Kitwood

Rokstad (2015) skriver i et bokutdrag om blant annet Tom Kitwood og hans personsentrerte omsorgsteori. Kitwood brukte det engelske ordet “personhood” eller på norsk personverd som per definisjon betyr den verdi eller status som tildeles et menneske av andre i sosiale relasjoner og mellommenneskelige forhold, og som innebærer respekt, gjenkjennelse og tillit. Kitwood ønsket å ta et oppgjør med samfunnets tendens til å devaluere det unike mennesket når kognitive ferdigheter faller bort.

Terkelsen, Petersen og Kristensen (2020) nevner også i sin studie, Kitwood og hans teori. Han kritiserte medisinsk behandling av demens og så på det som en snever og mangelfull metode i møte med demenspasienter. Kitwood påpekte viktigheten av å se enkeltmennesket fremfor sykdommen. Han ønsket å styrke personligheten til den enkelte som en pågående prosess påvirket av sosiale forhold og samspillet dem imellom. På bakgrunn av dette har det vært stor

vekst av personsentrert omsorg i praksis de siste årene, ifølge forfatterne av denne studien. Skovdahl, Kihlgren og Kihlgren i Terkelsen, Petersen og Kristensen (2020) hevder at reflektert resonnering og økt kunnskap og kompetanse kan redusere risikoen for at helsepersonell blir faststående i vante rutiner og dårlige holdninger i sitt daglige arbeide.

## 2.5 Lovverk

Det stilles krav til tjenester som ytes av helsepersonell, men også krav til tjenester som ytes til personer med demens. Det er laget en nasjonal faglig retningslinje om demens som omfatter grunnprinsippene forsvarlig tjenesteyting, vern av personsensitive opplysninger, samtykke for å yte helsetjenester, brukermedvirkning og kommunikasjon tilpasset mottakerens forutsetninger som modenhet, språk og alder (Helsedirektoratet, 2019).

I avsnittene under vises det til sentrale lover og forskrifter som ligger til grunn for de krav som stilles helse- og omsorgstjenestene:

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 vektlegger at pasienter og brukere har rett til medvirkning og informasjon. I forhold til samtykkekompetanse hos personer med en demensdiagnose beskrevet i kap. 4, faller denne dermed bort, helt eller delvis, hvis pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket innebærer (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Videre beskrives det i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 i forhold til forsvarlighet av tjenestetilbudet, at pasient eller brukere skal gis et helhetlig tilbud og et verdig tilbud. Helsepersonell skal utføre sine plikter med loven i hånd og leder skal sikre at det er tilstrekkelig med fagkompetanse på arbeidsplassen (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Helsepersonell er underlagt taushetsplikt og dokumentasjonsplikt, jf. Helsepersonelloven § 21, 22, 39 og 40. De skal hindre at opplysninger om pasienten spres, får adgang eller kjennskap til opplysninger de ikke skal ha kjennskap til. Personer ute av stand til å gi sitt samtykke som f. eks personer med demens, kan nærmeste pårørende gis samtykke etter første ledd (Helsepersonelloven, 1999).

I helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven er det gitt bestemmelser i forhold til taushetspliktreglene som gir forbud og påbud for når helsepersonell kan gi opplysninger videre til andre. Innenfor disse rammene har de også en viss frihet til å velge om de vil gi opplysninger. “Dersom vektige grunner taler for...”, jf § 24 første ledd i helsepersonelloven eller “forholdene tilsier det”, jf pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3, skal og kan opplysninger gis. Om opplysninger som i utgangspunktet er taushetsbelagt skal eller bør gis videre, beror altså på en etisk vurdering (Molven, 2015).

### 2.5.1 Brukermedvirkning

Pasient og bruker skal være tilstrekkelig informert om eget liv og helse. De skal involveres i tilbudet fra helsetjenesten og bør involveres allerede fra diagnosetidspunktet med god informasjon og pasientopplæring. Empowerment eller myndiggjøring er et begrep som beskriver hvordan pasienter i en avmaktssituasjon, vil få tilbake makten og styrken til å medvirke i eget liv (Heggstad og Knutstad, 2016).

Sørly (2017) hevder at det er lite oppmerksomhet mot brukermedvirkning innenfor demensomsorg i Norge og at Norge ligger etter Storbritannia på dette punktet. Pårørende har store deler av ansvaret ovenfor pasienten i hjemmet over lengre tid. Etter hvert som behovet for hjelp melder seg og man søker sykehjemsplass, er pasienten ofte så syk at det har gått for langt. Forfatteren nevner videre at innkallelse til inntakssamtale sjelden skjer på pasienten sine premisser og at de da ikke får mulighet til å medvirke ved en sykehjems plassering. Forfatteren peker også på et krav om holdningsendring i fagfeltet hvor pasientene ikke føler seg ekskludert, men inkludert. Individuell brukermedvirkning blir; sett på som utfordrende for pasienter med demens.

### 2.6 Dementia Care Mapping (DCM)

DCM utviklet av professor Tom Kitwood og Bradford Dementia Group ved Universitetet i Bradford, England. En metode for å forbedre omsorgs- og livskvalitet for personer med demens. DCM er teorien om personsentrert omsorg der fem grunnleggende psykologiske behov som

inkludering, tilknytning, trøst, identitet og beskjeftigelse legges vekt på. Bestående av observasjoner av aktivitet/adferd og trivsel/velværegrad hos personer med demens. Individuelt tilpassede tiltak for behandling og pleie blir planlagt med utgangspunkt i observasjonene. Det er tilpasset hjemmebasert tjeneste, dagtilbud og sykehjem (aldring og helse, 2020).

## 2.7 Marte Meo (MM)

MM er en veiledning i kommunikasjon med personer med demensdiagnose. Det å kunne forstå hva personer med demens ønsker å formidle eller fortelle er en viktig del i personsentrert omsorg. MM-veiledning er en måte å implementere en slik tilnærming på. Veiledningen er kommunikasjon- og relasjonsorientert og baseres på videofilming i samspill med analyse og tilbakemeldinger. Denne kommunikasjonsmetoden eller veiledningen kan bli tatt i bruk i de sammenhenger der kommunikasjon og samhandling kan være problematisk (Rokstad og Smebye, 2020).

Videofilming er utgangspunktet for å analysere utfordrende atferd, behov og funksjonsnivå hos personer med demens. Den brukes for å vurdere effekten av personsentrert omsorg og behandling som blir gitt til pasienten. På denne måten kan de bli kjent med personene og hva som er viktig for akkurat dem (Rokstad og Smebye, 2020).

## 2.8 Faglig forsvarlighet

Forsvarlighet er en etisk, faglig og rettslig norm om hvordan den enkelte burde utføre sitt arbeid. Hovedhensynet bak kravet om forsvarlighet er å beskytte pasienten mot handlinger som ikke er i tråd med en norm for fagligforsvarlighet. Like viktig er det å beskytte pasienten mot at helsepersonell unnlater å handle i tråd med samme forsvarlighetsnorm (Norsk Sykepleierforbund, 2020).

I kravet til fagligforsvarlighet ligger ikke det optimale eller perfekte, der alt som er mulig å gjøre for den enkelte pasient må forsøkes og alle tilgjengelige ressurser må tas i bruk. Et slikt krav vil



kunne gå på bekostning av andre pasienter og representerer ressursløsning i form av tid og penger. Forsvarlighetskravet bygger derimot på hva som bør forventes i den aktuelle situasjonen på bakgrunn av helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon (Norsk Sykepleierforbund, 2020).

Kravet til forsvarlighet avhenger av helsepersonellens kvalifikasjoner. Kravet til hver enkelt sykepleier om forsvarlig praksis i konkrete situasjoner, varierer med sykepleiernes formål og real kompetanse. Det som forventes vil derfor avhenge av utdanning og erfaring over grunnutdanning. Helsepersonell må holde seg faglig oppdatert for å kunne utføre faglig forsvarlig helsehjelp (Norsk Sykepleierforbund, 2020).

### 3.0 Studiens hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å belyse tema demensomsorg og utfordringer som kan oppstå i pleien av hjemmeboende pasienter med demens. Erfaring tilsier at sykepleiers kunnskap rundt demensdiagnose er varierende, og at helsepersonell som jobber i demensomsorgen har for liten kompetanse innen området.

Formålet med oppgaven er å få økt kunnskap om sykepleiers rolle i møte med pasienter med demens, og hvilke holdninger og kunnskap som er viktig for å kunne skape gode relasjoner med pasienten. Kompetanseheving, holdningsendring og personsentrert omsorg vil være hovedfokuset.

Problemstillingen blir derfor: **Hvordan kan sykepleiers holdning og kompetanse bidra til at hjemmeboende pasienter med demens får et faglig forsvarlig behandlingstilbud?**

Bakgrunn for valg av tema baseres på egne erfaringer fra praksis og arbeidsliv. Fokuset og målgruppen for oppgaven er sykepleiers rolle når det gjelder å skape gode relasjoner i et demensvennlig miljø ved å skape trygghet, opplevelsen av holdningsendringer til pasienter med demens, og hvordan dette på best mulig måte kan løses.

### 3.1 Avgrensninger

For å avgrense problemstillingen og konkretisere vil fokuset i oppgaven være på hjemmeboende

pasienter med demens som mottar hjelp fra hjemmesykepleien. Oppgaven er avgrenset til pasienter over 65 år. Det er ikke satt fokus på pårørende på grunn av oppgavens omfang.

## 4.0 Metode

Her presenteres litteraturstudie som metode, søkestrategi, inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkehistorikk, presentasjon av funn/resultat, kildekritikk og forskningsetiske overveielser.

### 4.1 Litteraturstudie som metode

\_En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere betyr å samle inn litteratur og gå kritisk gjennom den for å til slutt sammenfatte det. En har en systematisk tilnærming i hele prosessen. Hensikten er å gi leseren en god forståelse av kunnskapen på det området problemstillingen etterspør og hvordan en har kommet frem til denne kunnskapen. Innen forskning benyttes både kvalitative og kvantitative studier (Thidemann, 2017).

\_Hensikten med kvalitative studier er å få kunnskap om menneskelige egenskaper, som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Man kan utforske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet. En kvalitativ studie handler derfor ofte om å finne meningssammenhenger, og innsamlingen av data foregår ved: intervju, observasjon, feltarbeid og dokumentanalyse (Thidemann, 2017).

\_Kvantitative data er målbare enheter, tall, såkalte harde og objektive data og det vil si eksakt faktakunnskap. Tallene gir mulighet for nøyaktige regneoperasjoner som kan brukes til statistiske beregninger og ofte formidles i form av tabeller.

Når en bruker kvantitativ metode, samles data inn ved: spørreskjemaer med faste svaralternativer, systematisk og strukturert observasjon og eksperiment (Thidemann, 2017).

### 4.2 Søkestrategi

Funnene av vitenskapelige artikler til oppgaven er gjort ved strukturerte søk i databasene Medline (Ovid) og SweMed+. Disse databasene er anbefalt fra NTNU. Målet for søket var å finne et godt utvalg av relevante artikler som kan svare på oppgavens problemstilling. I tillegg til søk i databaser er det gjort frie søk etter fagfelleverderte artikler samt fagartikler på

sykepleien.no for å belyse viktigheten av oppgavens tema. Her ble det funnet tre artikler med relevans for oppgaven. Disse artiklene ble hentet opp igjen i databasen SweMed+ med søkeordene “Person centered care”, “Attitude” og “Dementia”. Dette for å få en søkehistorikk av artiklene.

Søkeprosessen startet med å bruke databasen Medline (Ovid) og det ble gjort flere søk uten funn for oppgavens tema. Bruk av strukturerte søkestrategier, PICO skjema og konkrete søkeord i forhold til oppgavens problemstilling gav artikkeltreff med relevans for oppgaven. Aktuelle søkeord kombinert med AND ga en begrensning i antall treff. Søkehistorikken ble dokumentert slik at den kunne settes opp i tabell.

Utvelgelsesprosessen startet med å se etter interessante artikkeloverskrifter, og videre lese abstractet for å finne ut om det er relevans knyttet til oppgavens tema. Videre ble det sett etter om artikkelen hadde IMRaD.

For å vurdere kvaliteten på artiklene ble det tatt utgangspunkt i følgende punkt;

- Er informasjonen relevant for min problemstilling?
- Hvilket tidsskrift er artikkelen publisert i?
- Er det et tidsskrift med fagfelleevaluering?
- Er innholdet i artikkelen av nyere dato?
- Anerkjente forfattere, fagfolk eller forskjere innen feltet?
- Hvem er artikkelen skrevet for? (Thidemann, 2017).

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
Pasientgruppe/ problem/diagnose	Intervensjon/tiltak/behandling	Eventuell sammenligning med andre tiltak	Resultat/effekt(det vi ønsker mer kunnskap om)
Hjemmeboende pasienter med demens diagnose over 65.år.	Holdning Kompetanse/Kunnskap Personsentrert omsorg		Hvordan øke kompetanse og holdningsendring hos pleiepersonell som jobber med pasienter med demens.

### 4.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Nedenfor er det satt opp en tabell med inklusjons- og eksklusjonskriterier som er utgangspunktet for hvilke artikler som skal være med i oppgaven eller ikke.

**Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Inklusjons kriterier	Eksklusjons kriterier
Artiklene skal omhandle pasienter med demens sykdom.	Artikler uten pasienter med demens sykdom
Sykepleiefaglig relevans	
Pasienter over 65 år	Pasienter under 65 år
Pasienter i eget hjem eller på omsorgsbolig, institusjon om ikke annet finnes	
Kvalitative og kvantitative studier	
Fokus på pasient eller sykepleie fokus	Fokus på andre yrkesgrupper
Vestlige og ikke eldre enn 10 år	Ikke-vestlige og eldre enn 10 år
Artikkel i fulltekst	

#### 4.4 Søkeshistorikk

**Tabell 2 Søkematrise**

Søkeord	MEDLINE (Ovid)	SweMed+
1. Dementia	128478	569
2. Care mapping. Mp.	101	
3. Patient-centered care	18909	
4. Quality of Health Care	5515277	
5. Attitude	449468	5318
6. Educational status	39704	
7. Person centered care		493
8. 1 AND 2 AND 3	34	
9. 1 AND 4 AND 5 AND 6	53	
10. 1 AND 7		17
11. 1 AND 5		54
12. 1 AND 7		17

Artikkel nr.13 fra søk 8,

Artikkel nr. 2 fra søk 9,

Artikkel nr. 12 fra søk 10,

Artikkel nr. 5 fra søk 11,

Artikkel nr. 13 fra søk 12.

## 4.5 Presentasjon av funn/resultater

**Tabell 3.** The role of leadership in the implementation of person-centred care using Dementia Care Mapping: a study in three nursing homes

<b>Land og år</b>	Norge, 2013
<b>Forfattere og Tidsskrift</b>	Rokstad A. M. M, Vatne S, Engedal. K og Selbæk. G Journal of nursing management.
<b>Hensikt</b>	Undersøke leders rolle i implementering av Person Centered Care (PCC) ved bruk av demensomsorgskartlegging (DCM)
<b>Metode</b>	Studien har et kvalitativt beskrivende design. Fokusgruppe intervjuer er benyttet der atten ansatte og syv ledere deltok.
<b>Resultat/ Konklusjon</b>	Studien ga nyttig informasjon om påvirkning fra ledelse på implementering av personsentrert omsorg ved bruk av DCM. Lederne har en sentral rolle i å utarbeide en klar og gjennomgående yrkesvisjon.
<b>Egne Kommentarer</b>	Belyse viktigheten av kunnskap- og kompetanseheving, finne artikkel fra leders perspektiv, godt lederskap spiller en nøkkelrolle i implementering av ny struktur på arbeidsplassen.

**Tabell 4.** Dementia care and service systems – a mapping system tested in nine Swedish municipalities

<b>Land og år</b>	Sverige, 2018
<b>Forfatter og Tidsskrift</b>	Lethin C, Giertz L, Vingare E og Rahm Hallberg I. BMC Health Services Research.
<b>Hensikt</b>	Avgjørende at omsorgskjeden tilpasses behovene til personer med demens og deres uformelle omsorgspersoner gjennom sykdomsforløpet. Fra nylig diagnostisert og livet ut. Testing og utvikling av kartleggingssystemet kan være nyttig for å vurdere omsorgsaktivitetene på lokalt nivå, inkludert strukturen i helsevesenet og sosiale tjenestesystemer. Undersøke utdannings grad i de forskjellige aktivitetene.
<b>Metode</b>	En kvantitativ tverrsnitts studie med 1087 deltaker deltok i testingen av verktøyet. Ni kommuner i Sverige var med.
<b>Resultat/ Konklusjon</b>	Kartleggingssystemet ble funnet pålitelig med mindre tilpasninger hovedsakelig når det gjelder aktiviteter. Fagpersoners utdanningsnivå var høyere når det gjaldt screening, diagnostiske prosedyrer og behandling. Dess mer pleietrengende pasientene ble, jo lavere utdannet var pleiepersonalet.
<b>Egne kommentarer</b>	Denne studien ble valgt fordi den kartlegger hele sykdomsforløpet og da spesielt mens pasienten fortsatt er hjemmeboende. Den understreker viktigheten av kompetanse innen demensomsorgen for å få et best mulig tilbud til den enkelte pasienten. Demens spesifikk, individualisert pleie og tjenester.

**Tabell 5.** Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling

<b>Land og år</b>	Norge, 2011, Oppdatert 2019
<b>Forfattere og Tidsskrift</b>	Hauge, S. og Jøranson, N. Sykepleien.no
<b>Hensikt</b>	Utforske og beskrive personalerfaringer i sykehjemsavdeling ett og et halvt år etter at kartleggingsverktøyet (DCM) ble utprøvd på en av to mulige personalgrupper. Studien beskriver langtidserfaringer både for den personalgruppen som deltok, og for den gruppen som ikke deltok i prosjektet.
<b>Metode</b>	Kvalitativ studie. Fokusgruppeintervju ble benyttet som datainnsamlingsmetode. To fokusgrupper med til sammen ni deltakere fra samme avdeling. I tillegg ble avdelingsleder intervjuet individuelt.
<b>Resultater/ Konklusjon</b>	Tilbakemeldinger fra DCM-kartleggingen ga prosjektgruppa et betydningsfullt læringsløft om utviklet praksiskunnskapen. Prosjektdeltakerne utviklet en sterk gruppekultur ved å oppfattes som endringsvillige og faglig dyktige. Fordi kun en av de to personalgruppene i avdelingen erfarte DCM-verktøyet, ser det ut til å ha utviklet seg en sprikende pleiekultur med et skjevt styrkeforhold mellom avdelingenes to personalgrupper.  En sterk, balansert gruppekulturutvikling kan styrke pleiepersonalets fagutvikling, dersom DCM tilbakemelding brukes som konkret og nyttig evaluering av miljøbehandlingen. En god fagutvikling bør inkludere alle ansatte i en avdeling for å innføre og vedlikeholde en personsentrert omsorgskultur.
<b>Egne kommentarer</b>	Artikkelen omhandler testing av kartleggingsverktøyet DCM på en sykehjemsavdeling, men DCM kan også anvendes på andre personalgrupper i omsorgssektoren som for eksempel ansatte i hjemmesykepleien. Artikkelens fokus er DCM som verktøy til kompetanseløft, holdningsendringer og fagutvikling til pleiere som yter omsorg til personer med demens.



**Tabell 6.** Hvordan kan vi gi bedre pleie til pasienter med demens?

<b>Land og år</b>	Norge, 2018, Oppdatert 2020
<b>Forfattere og tidsskrift</b>	Opsahl, G. Solvoll, B.A og Granum, V. Sykepleien.no
<b>Hensikt</b>	Utforske og drøfte fagkompetansen som pleiepersonell i sykehjem må ha i møte med pasienter med demens, og hvordan slik kompetanse kan utvikles i praksis. Det er reflektert over en pasientsituasjon fra virkeligheten.
<b>Metode</b>	Kvalitativ studie. Metodisk er denne artikkelen blitt til ved arbeid med internasjonale og nordiske fag- og forskningsartikler. Det er diskutert og reflektert over egne erfaringer og interesser for sykepleiefaglig kompetanse overfor pasienter med demens. Kritisk refleksjon over en erfaring blir gjort for å erverve ny kunnskap og få en dypere innsikt.
<b>Resultat/ Konklusjon</b>	Sentralt er kompetanse kjennskap til pasienten, evne til relasjonskompetanse, empati og samarbeidskompetanse. Sykepleiefaglig og medisinsk kompetanse er grunnleggende for å forstå pasienten. For å utvikle kompetansen kan ulike former for internundervisning og kollegaveiledning anvendes.
<b>Egne kommentarer</b>	Oppgaven er basert på hjemmeboende pasienter med demens, mens artikkelen som er blitt valgt omhandler fagkompetansen til pleiepersonell på sykehjem. Artikkelen ansees likevel som relevant da fagkompetansen blant pleiepersonell på institusjon og fagkompetansen blant pleiepersonell i hjemmesykepleien ansees som like viktig.

**Tabell 7.** Hvordan påvirker Marte meo- veiledning personalets opplevelse av egenmestring i demensomsorgen?

<b>Land og år</b>	Norge, 2011, Oppdatert 2019
<b>Forfatter og Tidsskrift</b>	Hansen, A og Ytrehus, S Sykepleien.no
<b>Hensikt</b>	Studien undersøker hvilken betydning MM har hatt for personalets opplevelse av mestring i vanskelige stellesituasjoner og hvordan personalet har vurdert verdien av metoden.
<b>Metode</b>	Det er benyttet kvalitativ design med fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode. Et titalls ansatte fordelt på to ulike sykehjem deltok i studien.
<b>Resultat/ Konklusjon</b>	MM kan ha positiv innvirkning på personalets mestringsfølelse. Informantene opplevde at metoden kunne redusere opplevelsen av stress i vanskelige stellesituasjoner. Å se seg selv på film sammen med kolleger og få positive tilbakemeldinger økte tryggheten og samarbeidet blant personalet. Filmveiledning opplevdes som et tydelig og sterkt medium som førte til økt refleksjon og bevisstgjøring. Imidlertid ser vi at MM kan ha ulik betydning for ulike arbeidssteder.
<b>Egne kommentarer</b>	MM kan være en nyttig metode ved særskilte samspillsutfordringer.

## 4.6 Kildekritikk

Artiklene er gjennomgått strukturert for å vurdere styrker og svakheter. Artikler og faglitteratur er av nyere dato og funnene anses som relevante i dag. Artikler som er valgt er studiens primærkilder. Det vil si direkte beskrivelser av enkeltstudier innenfor et forskningsfelt og hvor ny kunnskap presenteres. Forfatterne har benyttet en strukturert framgangsmåte og artiklene følger IMRaD-struktur. Her vises det til hensikten med studien, hvilken metode som er benyttet og hvordan de har kommet fram til resultatet. IMRaD-struktur skal kunne sees allerede i sammendraget.

Artiklene som er benyttet i denne oppgaven er i hovedsak kvalitative med unntak av den svenske studien, det vil si å få frem kunnskap om menneskelige egenskaper og tilnæringsmåten som benyttes er ofte gjennom datainnsamling og intervju. Ulempen med denne type forskning er at svaret man får er subjektivt og ikke ensbetydende (Thiedemann, 2017).

Det var litt usikkerhet rundt artikkelen til Opsahl, Solvoll og Granum (2018), men den ble brukt fordi den baseres på andre vitenskapelige artikler. Den er publisert i tidsskriftet Geriatrisk Sykepleie og innehar IMRaD struktur, fagfelleevaluering og relevans for oppgaven. Alle artiklene er nordiske og har et vestlig syn på temaene som beskrives.

I denne litteraturstudien er det en del begrensninger i bruk av kilder. Dette grunnet covid-19 situasjonen og begrenset tilgang til litteratur og stengte bibliotek. Bakgrunns litteraturen som er valgt er hentet fra anerkjente forfattere og pålitelige kilder. Forfatterne av studien opplevde også begrensninger i utvalg av artikler som var tilgjengelige i fulltekst i databasen Medline(Ovid).

## 4.7 Forskningsetiske overveielser

Personer med demensdiagnose er en sårbar gruppe i forskningsetisk sammenheng. Disse personene har tidligere blitt neglisjerte som deltakere i forskning, grunnet kognitiv svikt som medfølger sykdommen. Det fører til negativ holdning til deres samtykkekompetanse å anta at personer med demens ikke kan delta i forskning. Samtidig ekskluderer dette de involverte til muligheten for å delta i videre forskning som de selv kan dra nytte av. Forskning som omfatter personer med demensdiagnose, er viktig slik at deres stemme blir hørt (Sykepleien, 2012).

Tre av fem artikler er godkjent av etisk komite, hvor hver av artiklene har et avsnitt som sier noe om dette. I artikkelen til Opsahl, Solvoll og Granum (2018) er det ikke noe informasjon om forskningsetiske overveielser. Artikkelen ble likevel inkludert fordi den reflekterer over en pasientsituasjon fra virkeligheten, og fordi den er publisert i Geriatrisk Sykepleie som er et anerkjent tidsskrift gradert til nivå en (publiseringskanaler, 2020). Lethin *et.al* (2018) sin artikkel inneholder ikke informasjon om forskningsetiske overveielser. Den ble likevel inkludert fordi innholdet er relevant for oppgaven og er publisert i BMC Health Service Research som er et anerkjent tidsskrift og er gradert til nivå to.

## 5.0 Resultatpresentasjon/analyse av funn

Systematisk presentasjon av artikkelfunn og essensen av studiene.

### 5.1 Hovedfunn

Rokstad`s studie (2013) mener at godt lederskap spiller en nøkkelrolle i å utvikle forståelse av pasienters behov og verdier. Samt aksept av nye innovasjoner for å oppnå positiv omsorgskultur og vellykket forandring. For at sykepleier skal bli motivert til god prestasjon trengs faktorer som ressurstilgjengelighet, arbeidsforhold, individuell sykepleier egenskap og lederstilen. I tillegg bør ledere være villige til å hjelpe til på golvet og ha klare mål og visjoner for å opprettholde høy kvalitet i omsorgen. Det påstås sammenheng mellom empowerment på arbeidsplassen og positivt engasjement i arbeidsoppgaven, det vil inspirere kolleger og endre arbeidsinnstilling.

Transformasjonsledelse er den som foretrekkes.

Lethin`s studie (2018) mener det er mangel på kunnskap om hvordan man best strukturerer helsevesenet og sosiale tjenestesystemer, kalt omsorgsaktiviteter. Hjemmeboende med demens blir ofte tatt vare på av uformelle omsorgspersoner. Kartlegging av 5 stadier innen demens: Diagnosestadiet, tidlig stadiet, mellomtrinn, sent stadiet og livets slutt. Det blir og undersøkt hvor mange omsorgsaktiviteter som finnes og om de faktisk blir brukt, og hvorfor de eventuelt ikke

blir brukt. Det kommer frem at utdanningsnivået på profesjonell hjelp er høyere ved screening og diagnostisering, nivået blir lavere jo mer hjelpetrengende pasientene blir. Det vises til at demensdiagnosen har individuelle behov gjennom alle stadier, da også individuelle tilbud og oppfølging. Det er savnet sammenhengende omsorgskjede i demensomsorgen på lik linje som ved kreftomsorg. Det presiseres viktigheten av relevant utdanning og kompetanse, men det kommer også frem usikkerhet om det har innvirkning på kvaliteten på pleien, dette trengs det mer forskning på. For de som mottar hjelp er det viktigst å vite hvem man skal henvende seg til og hvem som er ansvarlig for de forskjellige omsorgsaktivitetene.

Hauge og Jøranson (2011) vil kvalitetsforbedre demensomsorgen gjennom å bruke Kitwood sin DCM for å utvikle personsentrert omsorg. Fokus på forbedringsområder i enkeltindividet, og i holdning og handlinger i miljøbehandlingen. Hensikten er å utforske og beskrive påvirkningen av avdelingens pleiekultur. Ønsket er å bli mer relasjonell. Personlig mestring, utvikling av mentale modeller, felles visjoner og gruppeprosesser og en overordnet forståelse av helheten er vesentlig for å få en varig endring i en organisasjon. Samlet stolthet og trygghet med sterkere samhold etter prosjektslutt var personalets uttrykk. Implementeringen oppfattes som mest vellykket i veldrevne avdelinger med god bemanning. En avdeling ble ikke med på prosjektet, og det ble utviklet et skjevt forhold mellom arbeidsgrupper. DCM syntes å være et effektivt hjelpemiddel ved utvikling av pleiekultur.

Opsahl, Solvoll og Granum (2018) hevder at kunnskap, eller mangel på kunnskap påvirker den daglige sykepleien som blir gitt til mennesker med demens. Det er en lederoppgave å tilrettelegge med internundervisning og veiledning for å møte de krevende sykepleiefaglige utfordringene de står overfor. De sier at kompetansen utvikles gjennom personlig erfaring og utvikling, og at det er vanskelig å lese seg til gjennom faglitteratur. Det er nødvendig for ledere å ha systematiske og planmessig gjennomføring av kompetanseutvikling. Kompetanseheving kan utvikles ved å jobbe sammen i to eller trespann ved å dele kunnskap og erfaringer med hverandre. Samarbeid med pårørende kan spille en nøkkelrolle ved å få vite mer om pasienten og dens liv før demensdiagnosen. Kompetanse til å håndtere krevende situasjoner er ikke bare enkeltpleiers ansvar. Det påhviler kollegiet å utvide kunnskaper og ferdigheter knyttet til

pasienter med demens. Evne til refleksjon kan trenes i kollegafellesskap, der flere kan bidra til å granske å kaste lys over erfaringer. Gjennom veiledning kan det utvikles tenkning og holdning. Veiledning bevisstgjør etiske perspektiver i forhold til pasientomsorgen, utvikler en felles kunnskap, forståelse og holdning til pasienten.

Hansen og Ytrehus (2019) hevder gjennom sin studie ved bruk av MM-veiledning og videofilming for å analysere utfordrende atferd, behov og funksjonsnivå hos personer med demens. Denne måten å veilede på førte til holdningsendring blant personalet som jobber med personer med demens.

MM- veiledning brukes forebyggende ved at personalet reflekterer sammen og øker sin kunnskap om pasienten og egne reaksjoner. Dette på tross av ulik fagbakgrunn. Veiledning kombinert med mer tid og økte ressurser bør kombineres, ifølge forfatteren. I utgangspunktet ønsket ingen å bli filmet, men denne holdningen endret seg underveis fordi veileder vektla det positive mer enn det negative som dermed førte til økt trygghet i gruppen.

## 5.2 Analyse og utdyping av funn

Analyse: Å analysere en tekst er å granske hva teksten forteller, og du tolker teksten for å forsøke å forstå den. Analyse og tolkning kobles sammen i tekstlesingen. Når du leser kritisk og reflektert, gransker du materialet ditt for å forstå. Det er nødvendig å lese teksten flere ganger. Du leser teksten både i sin helhet og i deler for å få tak i detaljene, for å få en god forståelse av innholdet (Thidemann, s.92, 2017).

## 5.3 Holdningsendring gjennom bevisstgjøring

Opsahl, Solvoll og Granum (2018) hevder at pleierens holdning til medbestemmelse blir utfordret i demensomsorgen. For at en pasient skal ha autonomi og kunne bestemme selv, må vedkommende være samtykkekompetent. Det er ikke alltid at det kommer frem i hvilken grad av demens pasienten lider av. Her spiller holdningene til pleiepersonell en nøkkelrolle da det ikke er kognisjon som spiller så stor rolle, men følelsene pasienten har inni seg som teller. Rokstad sin

studie (2013) peker på at godt lederskap er viktig for implementeringen av god sykepleiepraksis med personsentrert omsorg som fokus. Ledere bør ifølge Rokstad, være aktive rollemodeller med gode holdninger og ha fastsatt en klar visjon for sine ansatte hvor alle føler seg inkludert og likestilt. Hansen og Ytrehus (2011) vektlegger også leder sin rolle i å samhandle på en positiv måte med sine ansatte. Deltakerne i denne studien var i utgangspunktet negative til å bli filmet, men når de etterpå fikk se seg selv på film og utelukkende fikk positive tilbakemeldinger fra leder, endret holdningene seg. Dette førte til trygghet innad i gruppa. Jøranson og Hauge (2011) skriver i sin artikkel at egen væremåte kan påvirke kvaliteten på demensomsorgen. Pleiekulturen måles, positivt eller negativt gjennom observasjoner av personalet. Fokuset er å forbedre egne holdninger og handlinger.

Felles for artiklene er at holdningsskapende arbeid skapes i team. Det starter ofte i ledelsen og forplanter seg nedover i stigen. Dette vil skape god pleiekultur.

#### 5.4 Læring gjør mester

Hansen og Ytrehus (2019) vektlegger viktigheten av kompetanseheving og veiledning i sin artikkel. De understreker at å jobbe innen demensomsorgen kan være belastende, spesielt med hensyn til situasjoner som ansatte opplever ikke å mestre. Personalet reagerer både følelsesmessig og atferdsmessig ulikt og takler derfor ulike hendelser forskjellig. Det er derfor viktig å ivareta personalet og sørge for at de har tilstrekkelig med kunnskap og forståelse for pasientens behov. MM- veiledning kan være en verdifull veiledningsmetode til helsepersonell som jobber innen demensomsorgen. Får å få en optimal kompetanseutvikling, må metoden kombineres med veiledning, kunnskapsoppbygging om sykdommen, pasientens behov, holdningsarbeid og kunnskap om hva som er nødvendig kvalitet i omsorgen. Hauge og Jøranson (2019) trekker frem i sin artikkel at utøvelsen av demensomsorg utfordrer pleiernes relasjonelle kompetanse og stiller store krav til deres kunnskaper om demens og kunnskap om hvordan egen væremåte påvirker kvaliteten på pleien. DCM som kartleggingsverktøy har som hensikt og kvalitets forbedre demensomsorgen gjennom å utvikle mer personsentrert omsorg. DCM tydeliggjorde viktigheten for den enkelte med positive tilbakemeldinger, deres dyktighet og

faglig forståelse. Konklusjonen blant de ansatte som hadde deltatt i DCM synes å ha gitt et positivt og langvarig læringsløft. Dette kommer også frem i Rokstad *et.al* (2013) sin studie. Målet med studien var å undersøke leders rolle i implementeringen av PCC ved bruk av DCM. Tidligere forskning viser at sykepleiers lederstil med fokus på mennesker og relasjoner er assosiert med forbedret arbeidsglede for sykepleiere og økte nivåer på sykepleieutøvelsen. Kane Urrabazo (2006) er nevnt, og har konkludert med at ledere må sette på plass støttesystemer som gir personalet muligheten til å styrke seg selv. Empowerment er nevnt som en bidragsyter til hver pleiers følelse av verdi og stimulerer sykepleiere til å nå en høyere standard.

I Opsahl, Solvoll og Granum (2018) drøftes fagkompetanse helsepersonell må ha i møte med pasienter med demens og hvordan slik kompetanse utvikles i praksis. Forskrifter, lover og faglige retningslinjer blir nevnt, og hva som forventes ut ifra helsepersonellens kvalifikasjoner. Det kommer frem at ufaglærte kan utøve pleie- og omsorgsoppgaver, dette uten godkjent kompetanse, men under veiledning. Det understrekes at det er nødvendig med systematisk og planmessig gjennomføring av kompetanseutvikling, og at kompetanseheving ikke bare er nødvendig på individnivå, men også på kollegialt nivå. Kompetanse til å håndtere krevende situasjoner og utvidet kunnskap og ferdigheter knyttet til personer med demens er en forutsetning.

I Lethin *et. al* (2018) sin studie kommer det frem at utdanningsnivå på pleiepersonale er forskjellig i de kommunene som ble kartlagt. Dette kunne ha påvirkning på evnen til å yte omsorg av høy kvalitet. Fagpersonene med lavest utdanningsnivå var de som var involvert i den daglige omsorgen for personer med demens. Det kommer frem at den aldrende befolkningen øker, og dermed vil også kravene til langsiktige tjenester øke. For å øke kvaliteten på omsorgen som blir gitt er det nødvendig med økt kompetanse. Det er viktig at fagpersoner som tilbyr helsehjelp og sosiale tjenester til personer med demens og deres uformelle omsorgspersoner har relevant utdanning og kunnskap, slik at de kan tilby demensspesifikk, individualisert pleie og tjenester.

Felles for alle artiklene er at økt kunnskap og kompetanse innen feltet er nødvendig både på ledernivå, kollegialt nivå og individnivå. Dette skaper en økt forståelse om pasienten og deres sykdom, samt bidrar til at personalet føler seg styrket og dermed tryggere i møte med disse



pasientene. Kartleggingsverktøy for å øke kompetansen er hensiktsmessig, samt veiledning og kunnskapsdeling kolleger imellom.

## 5.5 Pasienten i fokus

Hauge og Jøranson (2011) sin studie mener DCM er en læringsprosess som påvirker hver enkelt ansatt på en personlig og dyptgripende måte. Deres studie ønsker å se om DCM-prosjektet har påvirket avdelingens pleiekultur. Pleiekulturen er et faglig felleskap der personlige og faglige verdier og normer smelter sammen. DCM-verktøyet ønsker en mer relasjonell pleiekultur. Endring i pleiekultur tar lang tid og er svært krevende. Et suksesskriterium er at ansatte forstår hensikten med endret arbeidsmåte. Artikkelfunnene tar for seg både pasienten sitt ståsted og hvordan man implementerer ny kunnskap inn i en avdeling (Rokstad, 2013). I Hansen og Ytrehus (2011) sin studie gjeldende MM beskrives personalets mestringsfølelse i å kunne takle krevende stellesituasjoner ved å bli veiledet, og det blir fokusert på både pasientene og personalets ressurser for å nå målet. Resultatet med både DCM og MM er at pasientene får god kvalitet på pleien og at personalet vil oppleve mindre stress, mindre utbrenthet og mer mestring.

Opsahl, Solvoll og Granum (2018) skriver i sin artikkel at de kan danne en person sentrert omsorgsgruppe ved å samarbeide med pårørende. Bilder kan skaffes for å bli kjent med livet før pasienten ble syk. De beskriver hvordan de kan arbeide målbevisst med pasienten, i tospann eller triader. Der de får primæransvar for en gruppe pasienter vil de etter hvert besitte en spesiell kunnskap om sine pasienter som kan deles med resten av avdelingen.

Rokstad sin studie (2013) sier mer om hvordan DCM best kan implementeres i en avdeling, det gjelder all ny kunnskap. Dette krever godt lederskap som beskrives som en nøkkelrolle i å utvikle sykepleiers forståelse av pasienters behov, samt aksept for nye innovasjoner for å oppnå vellykket forandring og en positiv omsorgskultur. Transformasjonsledelse som har fokus på mennesker og relasjoner er assosiert med forbedret arbeidsglede, ledere og personale løfter hverandre til høyere nivåer av moral og motivasjon. Behovet for å kommunisere mål og visjoner har blitt påpekt som avgjørende for å opprettholde god kvalitet på omsorgen. Opsahl, Solvoll og Granum (2018) sier og at det er en lederoppgave å tilrettelegge for internundervisning og veiledning for å møte krevende sykepleiefaglige utfordringer.

Lethin (2018) sin studie er basert på et kartleggingssystem som går ut på å forbedre helse- og sosialtjenestene for pasienter med demens. Det er velkjent at personer med demens og deres omsorgspersoner har individuelle behov i alle stadier av demenssykdommen. Det tolkes som personsentrert omsorg når pasienter er i fokus og hensikten er et bedre tilbud fra diagnosestadiet til livets slutt. Lethin mener det er viktig at fagpersoner som tilbyr helsehjelp og tjenester til personer med demens og deres pårørende har relevant kunnskap og utdanning, så de kan tilby demensspesifikk, individualisert pleie og tjenester. For å få økt kvaliteten på omsorgen er det antydnet at flere tar spesialutdanning. Det var lite spesialisert personell innen demensomsorgen i de ni kommunene i Sverige som studien springer ut fra.

Fellesnevneren i alle artikler er at fokus på personsentrert omsorg er det beste for både pasienter og personalet, verktøyet de har behov for i det daglige møtet med pasientene kan læres og at resultatet er bedre kvalitet i pleien om de velger den ene eller andre metoden.

## **6.0 Drøfting**

I denne delen av oppgaven drøftes funn i valgte artikler opp mot relevant litteratur funnet tidligere i oppgaven, i tillegg til annen relevant faglitteratur og egen praksis. Dette drøftes opp mot oppgavens problemstilling: Hvordan kan sykepleiers holdning og kompetanse bidra til at hjemmeboende pasienter med demens får et fagligforsvarlig behandlingstilbud?

### **6.1 Holdningsendring gjennom bevisstgjøring**

Som beskrevet i bakgrunnen utvikles holdningene våre i samarbeid med omgivelsene rundt oss og påvirkes av det som erfares. Holdninger kan være et resultat av opplevelser, kunnskap eller erfaringer. Holdningsendring skjer gjennom bevisstgjøring (nasjonal digital læringsarena, 2020).

Burons studie (20) i Granum, Opsahl og Solvoll (2018) viser at holdningsutviklende arbeid som for eksempel å plassere bilder av nær familie og informasjon om pasienten inne på rommet, hadde god effekt på økt kunnskap og holdningsendring blant personalet med da som et resultat i

å skape gode relasjoner ovenfor pasientene. Erfaring fra praksis tilsier at dette med å kjenne pasienten man er hos, er vel så viktig ute i hjemmesykepleien som inne på institusjon. Man vet aldri helt hva man kommer til som sykepleier i hjemmesykepleien og mange vegrer seg for å reise ut til såkalte “vanskelige pasienter.” Dette underbygges videre i Solheim (2015) sitt kartleggingsarbeid som sier noe om at holdningsendring blant pleiepersonell er vesentlig for at personen med demens ikke skal oppfattes som “vanskelig,” men faktisk er i en katastrofereaksjon. Hun mener man burde fokusere på gode perioder uten atferdsproblemer og det som fungerer heller enn det som ikke fungerer.

Granum, Opsahl og Solvoll (2018) hevder videre at kollegaveiledning blant personale har til hensikt å bevisstgjøre hvordan de forholder seg ovenfor pasienten. Ved å veilede hverandre vil de utvikle tanker og holdninger for å bedre forstå pasienten.

Terkelsen, Petersen og Kristensen (2020) nevner Kitwood og hans teori i sin studie. Kitwood påpeker hvor viktig det er å se menneske bak sykdommen. Han fokuserte på samspeillet mellom personlighet og sosiale forhold, og ønsket å styrke dette. Sørly (2017) nevner også dette i sin brukermedvirkning i demensomsorgen og hevder at holdningsendring skal til blant personalet for å få pasienten til å føle seg inkludert, og ikke ekskludert.

Erfaring fra sykepleierstudiet tilsier at gode holdninger ikke kommer av seg selv, men er noe som ofte adapteres gjennom holdninger til ledere. Dette underbygges i Rokstad *et al.* (2013) sin studie som viser at ledere er aktive rollemodeller, med klare visjoner for å inkludere alle i profesjonen. En leder bør ifølge forfatterne, være positiv å utvise gode holdninger ovenfor sine ansatte i møte med personer med demens. Dette er grunnleggende tankegang i personsentrert omsorg for å bedre forstå pasienter med demens og støttes av Martinsen (2003) sin definisjon av omsorg som er beskrevet i bakgrunnen. Erfaring tilsier at sykepleiere er ledere og utgjør en viktig rolle i holdningsskapende arbeid og positivt engasjement, uavhengig om det er i hjemmesykepleien eller inne på institusjon.

Jøranson og Hauge (2011) nevner Kitwood i sin studie om hvordan DCM påvirker pleiekulturen i en sykehjemsavdeling. Personalets positive eller negative omsorgspraksis ble observert som en temperaturmåling av pleiekulturen i avdelingen. Kitwoods tankegang om personsentrert omsorg underbygges da det i denne studien var fokus på forbedringsområder for den enkelte pasient, og i holdninger og handlinger i miljøet blant sykepleiere.

Funn viser at trygge, sterke og endringsvillige grupper, står sterkere sammen i en felles forståelse om å være dyktige i sitt fagfelt. Gjennom veiledning og refleksjon, mener Granum, Opsahl og Solvoll (2018) at personalet vil stå sterkere når pasientatferd er utfordrende. Holdningsendring er derfor avgjørende. Ifølge Mead, Sabat, Harre og Kitwood i Rokstad og Smeby (2020) vil det å bli møtt med personsentrert omsorg og en positiv holdning, bygge opp identiteten og selvfølelsen til pasienten. Motsatt kan det derimot ha en nedbrytende effekt.

For å oppsummere punkt 6.1, *holdningsendring gjennom bevisstgjøring*, er samarbeid og samhandling mellom leder, sykepleier og andre ansatte vesentlig i møte med personer med demens for å fremme gode holdninger. De må ha en felles forståelse for hverandre som personalgruppe (Rokstad og Smeby, 2020) Helsepersonell er forpliktet til å handle i tråd med yrkesetiske retningslinjer og må derfor skille mellom egne holdninger og normer og regler som gjelder (Nasjonal digital læringsarena, 2020).

## 6.2 Læring gjør mester

Kunnskap gir trygghet (demensplan 2020). Som nevnt innledningsvis i oppgaven vil Demensplan 2020 ha fokus på tiltak som iverksettes allerede mens pasienten er hjemmeboende. Hauge og Jøranson (2011) hevder at å utøve demensomsorg utfordrer pleierens kompetanse og stiller store krav til deres kunnskaper om demens. Et godt eksempel på dette belyses i Opsahl, Solvoll og Granum (2018) sin studie som tar for seg en opplevd situasjon der pleierens kompetanse utfordres. Her er faglige retningslinjer, lover og forskrifter nevnt. Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, som kan forventes ut ifra helsepersonellens kvalifikasjoner. Dette er også nevnt i bakgrunnen på denne oppgaven under punkt 2.8 Faglig forsvarlighet. Kravet til faglig forsvarlighet er avhengig av helsepersonellens kvalifikasjoner. Det som forventes vil derfor avhenge av utdanning og erfaring. Det er derfor en plikt for helsepersonell å være faglig oppdatert for å kunne utføre forsvarlig helsehjelp (Norsk Sykepleierforbund, 2020). Forsvarlighet av tjenestetilbudet blir også nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Helsepersonell skal utføre sine plikter med loven i hånd og at det er tilstrekkelig med fagkompetanse til å sikre tjenestene som utføres på arbeidsplassen (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Kompetansebegrepet defineres i bakgrunnen som evnen til å mestre eller å løse oppgaver i konkrete situasjoner. Kompetansebegrepet inkluderer ferdigheter, holdninger, kunnskap og hvordan disse brukes i samspill (arbinn, 2020). Hjemmeboende pasienter vil oppleve å møte flere pleiere uten formell utdanning i hjemmesykepleien. Som tidligere nevnt i oppgaven finnes opplæringsverktøyet ABC- opplæringen “Dette må jeg kunne” som er et nyttig verktøy for ufaglærte, dette som et ledd i kompetansehevingen (Demensplan, 2020). Lethin’s studie (2019) bekrefter at hjemmeboende med demens ofte blir tatt vare på av uformelle omsorgspersoner. Det kommer også frem at utdanningsnivået på helsepersonell som yter helsehjelp blir lavere desto mer hjelpetrengende pasienten blir.

Det kan stilles spørsmålstegn ved hvem sitt ansvar det er å ha rett folk på rett plass i helse og omsorgstjenesten. Opsahl, Solvoll og Granum (2018) sin artikkel gir svar på det. Det er leders ansvar å tilse at pleiepersonale har eller er forpliktet til å utvikle kompetanse til å møte de sykepleiefaglige utfordringene de står overfor ved å tilrettelegge med internundervisning og veiledning. Rokstad *et. al* (2013) underbygger viktigheten av en god lederstruktur for kompetanseutvikling i sin studie. Studien bygger på innhold fra et lederperspektiv og sier noe om viktigheten av gode ledere og deres sentrale rolle i å utarbeide en klar og gjennomgående yrkesvisjon, en kontinuerlig støtte for omsorgspersonalet og å ta del i omsorgspraksisen som forbilder. Det kommer klart frem i artikkelen at gode ledere burde være villige til å hjelpe til på golvet og ha klare mål og visjoner for å opprettholde høy kvalitet i omsorgen.

Kartlegging av pasienter med demens er viktig (Solheim, 2015). Flere av studiene viser til teorier, modeller og kartleggingsverktøy for å forbedre kvaliteten på pleien og samhandlingen med personer med demens. DCM og MM- veiledning er eksempel på to kartleggingsverktøy som viser å ha en positiv effekt på pleiekulturen i personalgruppen til helsepersonell som yter omsorg til pasienter med demens (Hauge og Jøranson, 2011). DCM er teorien om personsentrert omsorg og baseres på observasjoner av aktivitet/atferd og trivsel/velvære hos personer med demens (aldring og helse, 2020). DCM kartlegging som læringsprosess synes å ha gitt et positivt og langvarig læringsløft for de ansatte som deltok. Det ble også presisert i studien at en god fagutvikling burde inkludere alle ansatte i en avdeling om det er ønskelig å innføre og vedlikeholde endringer i en pleiekultur (Hauge og Jøranson, 2011). Rokstad, Vatne, Engedal og Selbæk (2013) underbygger Hauge og Jøranson (2011) sin påstand om at god fagutvikling burde

inkludere alle, også ledere. Transformasjonsledelse er ledelsesstrukturen som foretrekkes, de er gode rollemodeller som motiverer og inspirerer sine ansatte til god fagutvikling og en positiv omsorgskultur. Sykepleieteoretikeren Kari Martinsen er kjent for sine omsorgsteorier. Hun definerer omsorgsbegrepet som å hjelpe de svake og hvordan vi er avhengige av andre (Martinsen, 2003).

MM er en veiledning i kommunikasjon med personer med demens som har videofilming som utgangspunkt for å analysere utfordrende atferd, behov og funksjonsnivå (Rokstad og Smebye, 2020). I Hansen og Ytrehus (2019) sin artikkel vektlegges viktigheten av kompetanseheving og veiledning av personalet. MM-veiledning og DCM kartlegging bygger oppunder hverandre og har samme mål og visjon om å ivareta personalet og sørge for at de har tilstrekkelig kunnskap om og forståelse for pasientens behov. Resultatet etter denne veiledningen gav gode resultater og en bedre forståelse for hendelsesforløpet til diagnosen. Det presiseres at MM er en verdifull veiledningsmetode, men vil ikke dekke alle veiledning- og kompetanseutviklingsbehov.

MM – veiledning og DCM er to verktøy som er skrevet mye om i artikkelfunnene. Opsahl, Solvoll og Granum (2018) drøfter en annen metode til fagutvikling, her med størst fokus på de ufaglærte. Denne metoden utføres ved å organisere personalet i tospann eller triader. De arbeider sammen der den som har helsefaglig utdanning får ansvar for å veilede sin ufaglærte kollega eller en kollega med lavere fagkompetanse. De følger opp en gruppe pasienter over tid, samarbeider med pårørende og triaden eller tospannet får dermed en spesiell kunnskap om sine pasienter som videre kan deles med de andre kollegene. Lethin's studie (2018) viser til at personer med demens krever individuelle behov gjennom alle stadier i demensutviklingen, og da også individuelle tilbud og oppfølging. Ved å bruke Opsahl, Solvoll og Granum (2018) sin metode for fagutvikling kan man over tid bli godt kjent med pasienten og dermed er det enklere for personalet å organisere eller tilpasse individuelle tilbud for pasienten slik Lethin (2018) presiserer i sin studie.

### 6.3 Pasienten i fokus

I lys av problemstillingen som søker at hjemmeboende med demens skal få et faglig forsvarlig behandlingstilbud er artikkelsøk gjort deretter. Søk som omhandler demens og

kompetanseheving/holdning resulterer i et verktøy som baserer seg på personsentrert omsorg, å se forbi diagnosen, se mennesket. Lethins studie bygger på et kartleggingsverktøy som undersøker i hvilke stadiet av demenssykdommen de befinner seg. Dette for å kunne finne det rette tilbudet, eller omsorgsaktiviteten som Lethin kaller det. Dette vil også hjelpe kommunen i å kartlegge at det vil bli behov for tilbud i sykdommens senere fase (Lethin *et.al*, 2018). Når vi møter pasienter med demens ute i hjemmesykepleien vil de være i en tidlig fase av sykdommen. Demensplan 2020 underbygger det samme behovet under punktet Aktivitet, mestring og avlastning. Den sier at en sentral del av tjenestetilbudet er aktivitetstilbud. Det skal tilpasses den enkeltes behov (Demensplan, 2020). Lethin hevder viktigheten av at helsepersonell innen demensomsorgen har relevant kunnskap og utdanning for å tilby demensspesifikk, individualisert pleie og tjenester. Tolkes her som personsentrert.

Som nevnt i bakgrunnen er Professor Tom Kitwood grunnlegger av DCM. I studien til Hauge og Jøranson ser man på DCM- prosjekt i sykehjem og personalerfaringene etter anvendt verktøy. Pleiekulturen, et faglig felleskap hvor faglige og personlige verdier og normer sammen, ble mer relasjonell. Det anses som viktig at personalet forstår hensikten med endret arbeidsmåte (Hauge og Jøranson, 2011). Sett i sammenheng med Rokstad sin studie om leder sitt ansvar for å få implementert DCM i sykehjemsavdeling utfyller studiene hverandre. Det er vel så viktig å finne kunnskap om hvordan man best implementerer ny viten inn i en avdeling som å finne kunnskap om hvordan personalet håndterte dette.

Hansen og Ytrehus sin studie om MM er et annet verktøy som er verdt å vite om eller bruke for at personalet skulle oppleve økt mestring i møtet med adferdsproblemer og manglende samhandling med pasientene i demensomsorgen. Resultatet mestring, mindre stress, mer frigitt tid, kommer alle til gode. Metoden må kombineres med veiledning og kunnskap om sykdommen, holdningsarbeid og pasientens behov samt kunnskap om hva som er nødvendig kvalitet i omsorgen (Hansen og Ytrehus, 2011). Om personsentrert omsorg ligger i bunn i møtet med pasienter med demens, uavhengig hvilket stadiet av sykdommen, vil man forhåpentligvis tenke som Kitwood, personverd har fortsatt en verdi om det kognitive faller bort. Det vil da være naturlig å sette brukermedvirkning høyt, der de involveres i tilbudet fra helsetjenesten med god informasjon og pasientopplæring (Heggstad og Knutstad, 2016). Dette vektlegges også i

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 pasienter og brukere har rett til medvirkning og informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven ,1999).

Opsahl, Solvoll og Granum (2020) inneholdt en interessant tilnærming til kompetanseutvikling. Ved å organisere personalet i tospann eller triader hvor en med mer helsefaglig utdanning, veileder en med mindre erfaring og kunnskap. De kan etter hvert danne en personsentrert omsorgsgruppe rundt pasienten, hvor de kan bli kjent med livet før sykdommen inntreffer og nåtidens situasjon. De vil etter hvert inneha en helt spesiell kunnskap som kan deles med andre.

## 6.4 Metodediskusjon

I denne litteraturstudien vil det kunne finnes begrensninger. Forfatterne av oppgaven har liten kompetanse og erfaring på litteraturstudie som metode. Dermed kan relevant litteratur og artikler i artikkelsøk i utvelgelsesprosessen ha blitt oversett. I tillegg er to av fem artikler engelske og dermed kan viktig informasjon, tema eller funn ha blitt oversett eller uteblitt i oversettelsen.

Det blir ikke nevnt hvilke behandlingstilbud pasientene kan få eller har rett på, når fokuset er kompetanseheving/holdning. Artikkelfunn er basert på pasienter på institusjon, grunnet få funn som omhandler hjemmeboende. Grunnen kan være at studiene ble laget for noen år tilbake og at det er lettere å kartlegge og utføre undersøkelser inne på en institusjon der pasientene var fulgt opp døgnet rundt. Slik fremtiden ser ut vil flere hjemmeboende med demens ha behov for slike studier, for at sykepleier på best mulig måte kan møte disse pasientene. Forfatterne av denne litteraturstudien mener at artiklene har en overføringsverdi, der sykepleiere i hjemmesykepleien vil møte pasienter med demens. Metoden som er brukt virker nyttig for å bli mer bevisst på hvor viktig temaene er i møte med pasienter og i møte med kollegaer. Refleksjon blir en viktig oppgave. Styrken i oppgaven er metoder og verktøy for bruk i praksis. Ved at det bare er to kartleggingsmetoder som beskrives kan det samtidig bli en svakhet når det ikke er flere metoder å sammenligne med. Hovedsaken er at det finnes flere måter å jobbe på når det gjelder kompetanseøkning og holdningsskapende arbeid. Det kommer ikke frem i denne litteraturstudien, men det vil være opp til forfatterne av studiet å finne frem til sine viktigste



temaer og resultatet avhenger av hvilke artikler som blir funnet. Det er sannsynligvis en mengde svar på gitt problemstilling.

## **7.0 Konklusjon**

Hensikten med oppgaven var å finne svar hvor viktig det er at sykepleier i hjemmesykepleien innehar rett kunnskap, nok kompetanse og gode holdninger i møte med pasienter med demens, i en tidlig fase av sykdommen. Funn viser at det fokuseres på personsentrert omsorg i demensomsorgen. Gjennom ulike kartleggingsverktøy som nevnt tidligere, vil sykepleier gi trygghet, kvalitet og stabilitet i den daglige pleien av pasienter med demens, fra diagnose stadiet og livet ut.

Som fremtidige sykepleiere er det viktig å tenke innovativt og forbi denne oppgaven.

Litteraturstudiet kunne ha omfattet pårørende, yngre personer med demens, aktivitetsbehov, etikk, pasientsikkerhet og velferdsteknologi, men ble utelukket studiens omfang tatt i betraktning. Det er ventet en eldrebølge i fremtiden, mangel på sykepleiere er et faktum og det er vår oppfatning at pasienter med demens derfor skal kunne få mulighet til å bo hjemme så lenge som mulig.

## 8.0 Litteraturliste

Aldring og helse, 2020. Tilgjengelig fra:

<https://www.aldringoghelse.no/demens/demenssykdommer/> (Hentet: 14.04.2020)

Aldring og helse, 2020. Tilgjengelig fra:

<https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling/personsentrert-omsorg/hva-er-dementia-care-mapping-dcm/> (Hentet: 26.04.2020)

Aldring og helse, 2020. Tilgjengelig fra:

<https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling/personsentrert-omsorg/> (Hentet: 16.04.2020)

Arbinn NHO, 2020. Tilgjengelig fra:

<https://arbinn.nho.no/arbeidsliv/kompetanse/kompetanseutvikling/ord-og-uttrykk-om-kompetanse/hva-er-kompetanse/> (Hentet: 18.04.2020)

Demensplan 2020, Tilgjengelig fra:

[https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf) (Hentet: 14.04.2020)

Engedal, K. og Haugen, P, K. (2018). *DEMENS – Sykdommer, diagnostikk og behandling* (2.utg)  
Aldring og Helse

Hansen, A. Ytrehus, S. (2019) Hvordan påvirker Marte Meo- Veiledning personalets opplevelse av egenmestring I demensomsorgen?, *Sykepleien.no*. s. 1 – 8. Tilgjengelig fra:

<https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/634612.pdf> (Hentet: 23.04.2020)

Hauge, S. Jøranson, N. (2019) Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen I en sykehjemsavdeling, *Sykepleien.no*, s. 1-7. (4) s.376-382. Doi: 104220/sykepleinf.2011.0187

Hauvik, S. (2012) Etisk utfordrende å forske på demens. *Sykepleien.no* Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2012/11/etisk-utfordrende-forske-pa-demens> (Hentet: 19.05.2020)

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_5#KAPITTEL\\_5](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#KAPITTEL_5) (Hentet: 16.04.2020)

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjenesteloven> (Hentet: 16.04.2020)

Kierkegaard, S. (1859). *Synspunktet for min forfattervirksomhet*. Rapport til historien Paragraf 2. Samlede Verk, 13. København: Nordisk Forlag.

Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens – Personen kommer i første række*. Fredrikshavn: Dafolo Forlag. Tilgjengelig fra: <https://psykologisk.no/2015/06/bli-kjent-med-demens-pasientene/> (Hentet: 16.04.2020)

Lethin, C. Giertz, L. Vingare, E-L. Hallberg, I-R. Dementia care and service systems – a mapping system tested in nine Swedish municipalities, *BMC Health Services Research*, 18 (778) s. 1-20. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3592-x>

Lode, K. (2016) Mestring, I Heggstad, A.K.T, Knutstad, U. *Sentrale begreper og fenomener I klinisk sykepleie*. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 49-50.

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays (2. utg.)*. Oslo: Gyldendal. Tilgjengelig fra: <https://psykologisk.no/2015/06/bli-kjent-med-demens-pasientene/> (Hentet: 16.04.2020)

McCormack, B. & McCance, T. (2010) *Person-centred nursing – Theory and practice*. Oxford: Wiley-Blackwell. Tilgjengelig fra: <https://psykologisk.no/2015/06/bli-kjent-med-demens-pasientene/> (Hentet: 16.04.2020)

Meld.st. nr. 29 (2012–2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/> (Hentet: 18.04.2020)

Molven, O. (2015) *Helse og Jus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

NDLA, 2020. Tilgjengelig fra: <https://ndla.no/nb/subjects/subject:24/topic:1:183520/topic:1:183780/resource:1:25440> (Hentet: 18.04.2020)

Norsk Sykepleierforbund, 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/283673/Hva-er-faglig-forsvarlighet> (Hentet: 11.05.2020)

Opsahl, G. Solvoll, B. A. Granum, V. (2018) Hvordan kan vi gi bedre pleie til pasienter med demens, *Geriatrisk Sykepleie*, 10(2), s. 38-44. Tilgjengelig fra:

[https://sykepleien.no/sites/default/files/gs\\_2018\\_2.pdf](https://sykepleien.no/sites/default/files/gs_2018_2.pdf) (Hentet: 02.04.2020)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra:

[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_2#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2) (Hentet: 16.04.2020)

Publiseringskanaler, 2020. Tilgjengelig fra:

<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTidsskriftInfo.action?id=478642&bibsys=false>

(Hentet: 11.05.2020)

Rokstad, A. M. M (2015) Bli kjent med demens-pasientene, *Psykologisk.no*. Tilgjengelig fra:

<https://psykologisk.no/2015/06/bli-kjent-med-demens-pasientene/> (Hentet: 16.04.2020)

Rokstad, A. M. M og Smebye, K. L. (2020). *Personer med demens. Møte og samhandling*.

2.Utgave, 1. opplag. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Rokstad, A. M. M, Vatne, S. Engedal, K. Selbæk, G. The role of leadership in the implementation of person-centred care using Dementia Care Mapping: a study in three nursing homes, *Nursing Management*, 23(1), s.15- 26. [doi.org/10.1111/jonm.12072](https://doi.org/10.1111/jonm.12072)

Solheim, K.V. (2015) *Demensguiden* (3. Utg) Oslo: Universitetsforlaget AS.

Sørly, R. (2017) Brukermedvirkning i demensomsorgen, *Helsebiblioteket.no*. Tilgjengelig fra:

<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning->

[xhtml/bitstream/handle/11250/2453749/Brukermedvirkning%20i%20demensomsorgen%20%282%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://hdl.handle.net/11250/2453749/Brukermedvirkning%20i%20demensomsorgen%20%282%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (Hentet: 05.05.2020)

Terkelsen, A.S. Petersen, J.V. Kristensen, H.K. (2020) Mapping empirical experiences of Tom Kitwood's framework of person-centred care for persons with dementia in institutional settings. A scoping review, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34 (1), s. 7-19.  
<https://doi.org/10.1111/scs.12709>

Thidemann, I. J. (2017) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. 2.Opplag. Oslo: Universitetsforlaget

