

Institutt for psykologi

Effekter på omsorgskvalitet for personer med demens ved bruk av personsentrert omsorg

Henriette Moseng

Hovedoppgave i psykologi PSY-2901 - August 2014

*"Hver eneste person har blitt den vedkommende er,
via en vei, som er enestående for dette mennesket;
hvert stadium på reisen har satt sine spor."*

-Tom Kitwood, 1997-

Effekter på omsorgskvalitet for personer med demens ved bruk av personsentrert omsorg.

Henriette Moseng

Kandidat for graden cand. psychol.

Hovedoppgave i psykologi, Psy-2901

Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for psykologi

Universitetet i Tromsø

Tromsø, August 2014

Forord

Jeg har valgt tema for denne oppgaven med utgangspunkt i egen interesse for eldres velferd. Etter å ha arbeidet på sykehjem har jeg fått nærkontakt med eldreomsorgen. Dette møte har ført til et ønske om å vite mer om hvordan man best mulig kan tilrettelegge forholdene rundt personer med demens for at de skal føle seg verdsatt. Jeg har også gjennom psykologistudiet hatt kontakt med temaet gjennom eldrepraksis og kurs i utviklingspsykologi. Likevel føler jeg at det har vært lite fokus på de psykososiale utfordringer personer med demens og deres pårørende møter på. Målet mitt med denne oppgaven er å sette fokus på dette, og på hvordan det er mulig å møte disse utfordringen på en etisk og empatisk måte.

Jeg ønsker å takke veileder Knut Waterloo for gode råd med tanke på struktur og muligheten til å arbeide på en selvstendig måte. Jeg ønsker også å takke mamma for faglige innspill og gode diskusjoner og Martin for korrektur.

Henriette Moseng

Stud. psychol.

Sammendrag

Norge kan i løpet av kort tid forvente en eldrebølge. Dette skaper utfordringer for eldreomsorgen, og det blir et område ved helse- og omsorgstjenester det bør settes fokus på. Demens er den hyppigste årsaken til at eldre innlegges i sykehjem. Sammen med behovet for demensomsorg vokser det frem ulike tilnærminger til hva denne omsorgen skal bestå i. En av disse er personsentrert omsorg. Ved personsentrert omsorg rettes det fokus på omsorgskvaliteten, hvor målet er å bevare personverdet til personer med demens. Forskning tyder på at personsentrert omsorg har positive effekter på omsorgskvalitet, både for personer med demens og deres omsorgsgivere. Det eksisterer flere ulike metoder for implementering av personsentrert omsorg. Dette skaper utfordringer for hvilke felles retningslinjer som skal gjelde ved en implementering av denne modellen. To typer intervensjoner har utviklet et godt grunnlag: Dementia Care Mapping (DCM) og VIPS- praksismodell (VPM). På tross av at det eksisterer utfordringer ved implementering av denne modellen, så argumenteres det for at det er en omsorgsmodell det er fullt mulig å innføre. I tillegg til å være kostnadseffektiv med tanke på gevinsten, tilbyr den en evidensbasert tilnærming, og burde anbefales i enhver helsesetting.

Nøkkelord: Demens, Personsentrert omsorg, eldreomsorg

Å bli eldre er en naturlig del av det å være menneske. Forventet levealder i Norge har de siste 25 årene økt med omlag 6,3 år for menn og 3,8 for kvinner, noe som ses på i sammenheng med kvaliteten i helsetjenesten, medisinsk utvikling og endringer i levevaner og livskvalitet. Det er forventet at levealderen vil fortsette å øke. En stor del av årsaken til høyere levealder er nedgangen i dødelighet blant eldre og middelaldrende. Dette skaper på sikt store utfordringer for helse- og omsorgstjenestene (Statistisk Sentralbyrå, 2014a).

Desto eldre man blir, desto større sannsynlighet er det for å utvikle aldersdemens, som ifølge Engedal (2000) er den hyppigste årsaken til at eldre innlegges i sykehjem, og den fjerde hyppigste dødsårsaken for eldre (over 65 år). Sammen med behovet for omsorg vokser det frem ulike tilnærminger til hva denne omsorgen skal bestå i. En av disse tilnærmingene er personsentrert omsorg.

Ved personsentrert omsorg rettes det fokus på omsorgskvaliteten, hvor målet er å bevare personverdet til personer med demens. I denne tilnærmingen er en av forutsetningene at personer med demens opplever ulike grader av trivsel/mistrivsel (Brooker, 2007/2013). Trivsel er forbundet med hvordan et menneske har det, en persons livskvalitet. Livskvalitet er et begrep som er vanskelig å definere, men det er enighet om at det kan betraktes som en subjektiv opplevelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Altså vil man ofte være avhengig av at personen selv rapporterer om dens opplevelse for å kunne måle en persons livskvalitet.

Sykehjemsbeboere som har demens er som regel kommet så langt i sykdomsforløpet at de trenger hjelp til å fungere i hverdagen, og noen mangler fullstendig språk. Det vil derfor være vanskelig å si noe om egen livskvalitet for enkelte personer med demens. Her vil en mulighet være å bruke rapporter fra pårørende som kjenner personen godt som kilde, og/eller bruke andre indikatorer som sammen kan si noe om livskvalitet. Likevel er det personens egen opplevelse man er ute etter, og ingen andre enn personen selv er et bedre mål på dette. Selv om man vil møte utfordringer med tanke på personer med demens sine evner til å kommunisere på en tydelig verbal måte, så er kommunikasjon mer enn bare språk.

Kommunikasjon handler om hvordan mennesker påvirker hverandre gjennom å utveksle meningsfulle signaler og skape en felles mening, det å forstå og bli forstått. Det omfatter i tillegg til språk, også det vi formidler gjennom kropp, blick, stemme, gester, avstand osv. (Wogn-Henriksen, 2008). Altså kan man si at kommunikasjon også består av atferd og handlinger. Dette er noe man kan observere hos sykehjemsbeboere med demens.

Utfordrende atferd hos personer med demens er noe som ofte blir tatt opp. Denne kan uttrykkes via uro/agitasjon, aggresjon, roping o.l. Denne problematferden kan ses på som kommunikasjon på et nivå personer med demens makter (Rokstad, 2005).

Formålet med denne oppgaven er å gå gjennomgå noe av den litteraturen og forskningen som foreligger angående temaet personsentrert omsorg, og se hvilke mulige effekter denne tilnærmingen har på livskvaliteten til personer med demens. Samtidig vil det være interessant å se hvilke andre mulige effekter personsentrert omsorg kan ha blant annet på omsorgsgiverne som nettopp skal yte denne omsorgen. Det vil være interessant å se nærmere på hvilke måter denne omsorgen kan implementeres, og hva som kreves for at den skal kunne fungere ved sykehjem. Nettopp fordi personsentrert omsorg fokuserer på temaer som kommunikasjon og interaksjon, anser jeg det som viktig å sette fokus på de leddene som er essensielle i slik interaksjon, altså personen med demens, personen som skal gi omsorgen, og ledelsen som skal sikre at opplæring og veiledning er tilgjengelig slik at det er mulig å kunne tilby denne type omsorg.

I denne oppgaven ønsker jeg derfor å om innføring av personsentrert omsorg på sykehjem kan redusere utfordrende atferd hos personer med demens, og om dette i så fall kan ha en positiv innvirkning på livskvaliteten til personene som lider av denne sykdommen. Jeg ønsker også å se nærmere på hvilke effekter det å innføre personsentrert omsorg for personer med demens på sykehjem kan ha på arbeidsmiljøet for omsorgsgiverne, og eventuelle utfordringer ved implementering av denne intervensjonen.

Altså vil jeg i denne oppgaven rette fokus på disse fire problemstillingene:

- Er det en sammenheng mellom personsentrert omsorg og livskvaliteten til sykehjemsbeboere med demens?
- Har personsentrert omsorg effekt på utfordrende atferd hos sykehjemsbeboere med demens? I så fall hvilke?
- Hvordan påvirker personsentrert omsorg de som skal utføre denne omsorgen?
- Hvilke utfordringer foreligger ved implementering av personsentrert omsorg i sykehjem?

Først i denne oppgaven føler jeg det er relevant å gi en beskrivelse av demens, hvilke typer demens man oftest møter hos eldre og gå igjennom atferdmessige og psykologiske symptomer på demens (APSD). Jeg ser det deretter som relevant å gå igjennom hvordan

begrepet personsentrert omsorg, oppsto, hva verdigrunnlaget for denne typen omsorg er, og Brooker's (2004) definisjon av personsentrert omsorg. Deretter vil jeg se personsentrert omsorg i sammenheng med atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD). Jeg vil også gi et innblikk i to av de personsentrerte intervensjonene som i dag i Norge er mulig å få opplæring i: Dementia Care Mapping (DCM) og VIPS-praksismodell (VPM). Jeg har valgt å nevne ulike verktøy som eksisterer for å måle personsentrert omsorg i møte med personer med demens for å skape et bilde av hvordan personsentrert omsorg kan måles (i praksis). I eventuelle fremtidige studier som ønsker å måle effekten av implementering av denne intervensjonen vil det være fordelaktig å bruke eksisterende verktøy for at disse eventuelt kan forbedres, og ikke minst for å støtte opp under tidligere funn.

Jeg vil gjennomgående i denne oppgaven bruke personbegrepet og ikke pasientbegrepet om individer som er rammet av demens. Dette fordi et av mine mål med denne oppgaven er å vise at "pasienter" som har fått en demensdiagnose fortsatt er sin person og unike individer, alle med ulike erfaringer og referansepunkter.

Jeg vil forsøke der det er naturlig å referere til pleiepersonale som omsorgsgivere, nettopp fordi det er de som skal utføre og gi omsorg.

Jeg har funnet frem til forskning på personsentrert omsorg via søk i google scholar ved bruk av stikkord som "person-centered care", "VIPS", "dementia care mapping", "dementia", "effects", "life quality", "long-term care facilities".

Demens

Det eksisterer mange ulike beskrivelser av demens. Kitwood (1997/1999) beskriver blant annet demens som både en nevrologisk og sosialpsykologisk lidelse; nevrologisk i den forstand at en person med demens opplever tap av kognitive evner, og sosialpsykologisk i den forstand at demens forårsaker endringer i omgivelsene, forhold og interaksjonsmønstre. Engedal(2000) definerer demens som et hjerneorganisk syndrom. Med andre ord er demens en fellesbetegnelse på en rekke sykdomstilstander som er kjennetegnet ved ervervet kognitiv svikt, svikt av emosjonell kontroll og sviktende funksjonsevne i forhold til dagliglivets funksjoner (Engedal & Haugen, 2009). Rokstad (2008) beskriver demens som en ervervet og langvarig klinisk tilstand som ofte forverres over tid.

Det er vanlig å dele sykdommer som fører til demens opp i tre grupper: 1) Degenerative hjernesykdommer, hvor man blant annet finner Alzheimers sykdom, frontotemporallappdemens, demens med Lewylegemeer og Parkinson sykdom med demens, 2) Vaskulær demens, hvor man blant annet finner subkortikal demens og infarktdemens, og 3) Sekundær demens, hvor man blant annet finner alkoholisk betinget demens (Rokstad, 2008; Engedal & Haugen, 2009).

De formene for demens som oftest forekommer er demens ved Alzheimers sykdom og vaskulær demens. Jeg vil gi en nærmere beskrivelse av disse under. Andre typer demens som kan være verdt å nevne er frontallappdemens som kjennetegnes av endringer i atferd og personlighet, for etter hvert å utvikle hukommelsesproblemer og språkvansker, demens ved Lewy-legeme sykdom som kjennetegnes av redusert hukommelse og andre intellektuelle vansker, synshallusinasjoner og stivhet i kroppen, og demens ved Parkinsons sykdom (Brækhus, Dahl, Engedal & Laake, 2013).

Alzheimers Sykdom

Demens ved Alzheimers sykdom rammer ca. 50-60 prosent av de som får demens, og er den demenssykdommen som oftest forekommer (Engedal, 2000; Engedal & Haugen, 2009; Brækhus et al., 2013). Den har to undertyper: Alzheimer med tidlig debut (før 65 år), og med sen debut (etter 65 år) (Engedal, 2000). Etersom jeg har valgt å fokusere på sykehjemsbeboere i denne oppgaven ser jeg det mest relevant å fokusere på Alzheimer med sen debut. Samtidig skal det nevnes at symptom bildet er likt foruten at det ofte er mer uttalte symptomer tidlig i sykdomsforløpet ved Alzheimer tidlig debut, samtidig som sykdommen er raskt progredierende (Engedal & Haugen, 2009).

Alzheimer sen debut. Sykdomsbildet ved Alzheimer med sen debut domineres av hukommesssvikt. Det ses ofte hjerneorganiske forandringer, bl.a. plakkdannelse i hjernen, skader på hippocampus, nevrondød og synapsetap. Samtidig er det store individuelle forskjeller, og på tross av samme sykdom har ofte rammede personer ulike hjerneorganiske forandringer (Engedal, 2000; Engedal & Haugen, 2009). Det kliniske bildet kjennetegnes ifølge Engedal (2000) av sviktende hukommelse og orienteringsevne i starten. Etter hvert oppstår også symptomer som apraksi, manglende forståelse for rom og retning og ordletingsproblemer.

Vaskulær Demens

Vaskulær demens er den typen demens som nest hyppigst forekommer, og rammer ca. 10-20 prosent av de som får demens (Engedal & Haugen, 2009; Brækhus et al., 2013). Vaskulær demens er en fellesbetegnelse på demens hvor enten et eller flere hjerneslag, skade i hjernens blodkar, eller manglende blodtilførsel og oksygenmangel til hjernen har forårsaket sykdommen. Ulike typer vaskulær demens kan ha ulike symptombilder (Rokstad, 2008).

Vaskulær subkortikal demens. Denne typen demens oppstår ved sykdommer i de små karene i hjernen (Rokstad, 2008). Det kliniske bildet kjennetegnes ved redusert hukommelsesevne og desorientering, redusert tempo, treghet i både tanke, tale og handling, initiativløshet og tilbaketrekning (Engedal, 2000). Hos personer med denne typen demens er ofte langtidshukommelsen og språk i god behold, altså vil personen kunne fortelle om seg selv og sitt tidligere liv, ofte ved hjelp av triggere fra omgivelsene. I startfasen av denne typen demens er de intellektuelle evnene godt bevart, noe som gjør at personer med denne type demens har god innsikt i egen svikt og kan fremstå som normalt fungerende (Engedal, 2000).

Infarktdemens. Denne typen demens oppstår når hjerneslag, enten et stort, eller flere mindre forårsaker varig mental svikt. Det kliniske bildet ved denne typen demens kan ofte ligne det man ser ved Alzheimer sykdom (Engedal, 2000). Samtidig vil det også kunne forekomme ulike symptomer avhengig av hvor skaden i hjernen er lokalisert (Rokstad, 2008). Vaskulær demens og Alzheimer sykdom kan også foreligge samtidig (Engedal, 2000).

Atferdsmessige og Psykologiske Symptomer ved Demens

Ved demens vil man kunne se kognitive, atferdsmessige og psykologiske, og motoriske symptomer (Engedal, 2000). Jeg har valgt å fokusere på atferdsmessige og psykologiske symptomer, APSD, siden disse er nærmest knyttet opp til mitt fagområde.

APSD ved demens kan ifølge Engedal (2000) være depresjon og tilbaketrekking, angst og katastrofereaksjon, vrangforestillinger, illusjoner og hallusinasjoner, personlighetsendring, apati, interesseløshet og rastløs motorisk atferd, irritabilitet og aggressivitet, repeterende handlinger(roping og klamring), og forandret døgnrytme. Noen av de mest hyppigst observerte symptomene av disse blir også ofte referert til som

nevropsykiatriske symptomer (NPS), blant annet agitasjon, psykose, depresjon og angst (Rokstad et al., 2013).

Depresjon og tilbaketrekning. Disse symptomene kan utløses både av biologiske faktorer, f.eks. endringer i signalstoffene i hjernen, og psykologiske faktorer, f.eks. at personer med demens ikke mestrer ting like godt som før eller opplevelser av tap (Rokstad, 2008). Personer med demens er en utsatt gruppe for depresjon. En utfordring er at desto større progresjon i demenssykdommen, desto vanskeligere vil det være å skille mellom hva som er demens og hva som er depresjon. Altså kan symptomer som sinne, uro og irritabilitet like gjerne være tegn på depresjon, som demens (Engedal, 2000; Engedal & Haugen, 2009).

Angst og katastrofereaksjon. Personer med demens mister ofte oversikten over egen situasjon og opplever usikkerhet ved egen fremtid. De blir avhengig av andres hjelp for å klare seg, og er ofte alene, som kan være angstfremkallende (Rokstad, 2008). Hukommelsessvikten forårsaket av sykdommen kan føre til at en person med demens mister oversikten over når mennesker rundt de kommer og går. Usikkerhet rundt tap av nære relasjoner oppstår ofte, f.eks. tap av ektefelle. De kan tro ektefellen fortsatt lever, vente på at de skal komme tilbake, og føle seg forlatt, evt lete etter denne personen. Ved å ikke ha oversikt over hvor denne personen er kan det utløses panikkangst og katastrofereaksjoner hvor personer med demens kan bli redd, aggressive, sette seg til motverge eller flykte (Engedal, 2000; Rokstad, 2008; Engedal & Haugen, 2009).

Vrangforestillinger, illusjoner og hallusinasjoner. Ved demens kan det opptre vrangforestillinger som følge av tidsforskyvninger eller kognitiv svikt hos personen som har demens. Disse kan opptre som ønsker om å melke kyr, ha middagen klar til barna kommer hjem fra skolen, taue båten fast ved storm, eller forestillinger om at foreldrene til personen er i live. Dette kan være uttrykk for savn, eller kofabulasjoner (det å fylle hukommelseshull med personer, steder og hendelser fra tidligere i livet) (Engedal & Haugen, 2009), som også kan ses på som å gå tilbake til situasjoner de følte seg elsket, trengt og opplevde mestring. Det kan også oppstå paranoide tanker, frykt for at noen skal stjele, ideer om at de har blitt bestjålet. Slike tanker kan være tegn på utrygghet (Engedal, 2000).

Personlighetsendring. Det kan forekomme personlighetsendringer i mindre eller større grad alt etter hvilken type demens en person har og hvilke deler av hjernen som påvirkes av sykdommen. Ofte kan primitive reaksjoner forsterkes på grunn av sviktende

intellektuelle evner og mestring. Følelsesmessige vansker og reaksjonsformer som personen tidligere har kompensert for, kan bli mer synlige (Engedal, 2000).

Apati, interesseløshet og rastløs motorisk atferd (agitasjon). En av de atferdsendringene som forekommer oftest ved demens er apati og passivitet. Personen følger mindre med enn tidligere, kan bli mer stillesittende og slutter med hobbyer han/hun tidligere har hatt interesse av. Dette kan også gå motsatt vei ved at personen blir rastløs og urolig. Sistnevnte atferdsendring blir ofte sett på som mer utfordrende, og blir ofte diagnostisert som en atferdsforstyrrelse og medisinert deretter (Engedal & Haugen, 2009). Den rastløse og urolige atferden kan bestå i at en person vandrer opp og ned sykehjemskorridorene, tørker støv av kommoder og bord, samler papir o.l. , og er ofte et uttrykk for savn etter personens vanlige aktiviteter. Det kan seg være at personen aldri har vært glad i å sitte i ro. Altså vil noe som ses på som meningsløs hyperaktivitet, ikke nødvendigvis være meningsløs (Engedal, 2000; Rokstad, 2008).

Irritabilitet og aggressivitet. Irritabilitet og aggressivitet betegnes ofte som utfordrende atferd hos personer med demens. Disse symptomene kan forklares av mange faktorer og har ofte sammensatte årsaksforklaringer (Rokstad, 2008). Aggressiv atferd som fører til angrep på andre i omgivelsene, uten synlige årsaker, kan komme av skader i hjerneområder tilknyttet impuls kontroll, eller ved psykose og delirium. Tidligere tilbøyelighet til aggressive handlinger vil også kunne spille en rolle. Aggressiv atferd ved forsvar skjer ofte i situasjoner hvor en person med demens i interaksjon med andre føler seg såret, krenket, frustrert, eller gjenopplever tidligere vonde opplevelser. Slik atferd har ofte bakenforliggende angst (Engedal, 2000; Engedal & Haugen, 2009).

Repetitive handlinger(roping og klamring). Roping ses også på som utfordrende atferd hos personer med demens. En person kan rope ”hallo, hallo”, i repeterende mønster til noen henvender seg til vedkommende. Andre roper uavbrutt. Personen selv er ofte ikke bevisst denne atferden. Hva som forårsaker den er uvisst, men det foreligger teorier om det kan være en form for kommunikasjon eller selvstimulering (Engedal, 2000; Engedal & Haugen, 2009).

Forandret døgnrytme. En person med demens sover ofte mye. Oppmerksomhets- og konsentrasjonsvansker og passivitet kan føre til at personen dupper av flere ganger på dagtid. Dette kan igjen gjøre at personen opplever innsovningsvansker og våkner om natten (Engedal, 2000; Rokstad, 2008; Engedal & Haugen, 2009).

Hva er Personsentrert Omsorg?

Selve begrepet personsentrert omsorg stammer fra arbeidet til Rogers (1961) (ref. i Brooker, 2004) og klientsentrert psykoterapi. Det er først i de senere år at dette begrepet har blitt knyttet til demensomsorgen. Begrepet er ment å gjenspeile viktigheten av å se på personen som søker hjelp som eksperten på seg selv. Terapeutens rolle skal være å gjøre det lettere for personen i deres søken etter selvaktualisering (Brooker, 2004; 2007/2013).

Tilnærminger til personsentrert demensomsorg oppsto allerede på 80-tallet som en kritikk mot biomedisinske tilnærminger til demens som ser på demens som en tilstand hvor forringelse og forfall er uunngåelig, og hvor det eneste som kan gjøres er å dekke de grunnleggende behov for mat, varme, klær og renslighet (Edvardsson & Innes, 2010). Første gang begrepet personsentrert ble brukt i forbindelse med demens var i 1988, da Tom Kitwood refererte til det for å skape et skille fra de eksisterende medisinske og atferdsrelaterte tilnærmingene. Kitwood valgte å bruke begrepet personsentrert for å ha en felles rettesnor for ideer knyttet til demensomsorgen som fokuserte på kommunikasjon og relasjoner, som en direkte referanse til Rogeriansk psykoterapi (ref. i Brooker, 2004).

I sitt arbeid med personsentrert omsorg ble Kitwood også påvirket av andre modeller, både psykoanalytiske og humanistiske. Blant annet Sabat's (1992) (ref. i Kitwood, 1997/1999) ide om at personer med demens har et "*selfhood*", en individuell identitet, Thomas's (1995) (ref. i Kitwood, 1997/1999) ideer om å plassere personen med demens i sentrum av omsorgsettingen, og andre ulike teorier om empatisk omsorg (Brooker, 2004). Disse modellene setter fokus på personen og hva som ligger i å være en person. Dette var et tema som interesserte Kitwood (1997/1999) og han utviklet et eget personbegrep som ofte blir referert til som "*personhood*". Begrepet består av det som ligger i å være en person, og de kvalitetene eller betingelsene knyttet opp til dette (Edvardsson, Winblad & Sandman, 2008). Dette begrepet er sentralt i personsentrert omsorg.

En utfordring med begrepet personsentrert omsorg har blitt at det som med andre begreper kan oppfattes på ulike måter av ulike mennesker i ulike sammenhenger. Dette kan skape utfordringer med å forstå hva begrepet egentlig inneholder, og derfor har det de senere årene blitt viktig å få frem en tydelig definisjon. Ut ifra den teorien som foreligger knyttet til personsentrert omsorg har Brooker (2004) presentert en definisjon hvor personsentrert omsorg omfatter fire hovedelementer:

1. Verdsette personer med demens og pleierne som har omsorg for dem (V) –rettigheter og krav skal ivaretas uavhengig av alder eller kognitiv funksjon
2. Behandle personer som enkeltindivider (I) –alle personer med demens har en unik bakgrunn og personlighet, unike fysiske og mentale evner samt unike sosiale og økonomiske ressurser. Disse faktorene påvirker hvordan de reagerer på nevrologisk svekkelse.
3. Forstå verden fra perspektivet til personene med demens (P)–den enkeltes erfaringer har sin egen psykologiske verdi, personer med demens handler og oppfører seg ut ifra dette perspektivet, og en empatisk tilnærming til dette perspektivet utgjør et terapeutisk potensial.
4. Erkjenne at all menneskelig atferd, også atferd hos personer med demens, har sitt grunnlag i mellommenneskelige relasjoner, og at personer med demens har behov for et berikende sosialt miljø som både kompenserer for svakhetene deres og gir muligheter for personlig vekst (S).

Disse hovedelementene har i ettertid blitt forkortet ned til VIPS (fig.1) som fungerer som et akronym for ”Very Important Persons” (Brooker, 2004; 2013).

V	Et verdigrunnlag som anerkjenner menneskets absolutte verdi, uavhengig av alder eller kognitiv funksjon
I	En individuell tilnærming som vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske
P	Evnen til å forstå verden, sett fra personens perspektiv
S	Etablering av et støttende sosialt miljø som dekker personens psykologiske behov

Figur 1. VIPS

VIPS

For å forstå hva som vektlegges i personsentrert omsorg, hva som er fundamentet, har jeg med utgangspunkt i en artikkel av Brooker (2004) valgt å gå litt nærmere inn på fire elementene VIPS rammeverket baserer seg på.

Menneskets absolutte verdi (V). Det første elementet i VIPS går ut på å ha et verdigrunnlag som anerkjenner menneskets absolutte verdi. Brooker (2004) refererer til Rogers ikke dømmende aksept for de unike aspektene ved hvert individ gjennom det terapeutiske uttrykket ”*unconditional positive regard*” som en god beskrivelse av hva elementet går ut på. Hun tar også opp diverse utfordringer ved denne tilnærmingen. Blant annet hvordan definere ”person” i personsentrert omsorg innenfor demens.

Brooker (2004) nevner flere persondefinisjoner, bl.a. har filosofene Locke og Parfitt definert det å være en person som avhengig av å være bevisst på tanker og opprettholde kontinuitet når det gjelder hukommelse. Hvis man bruker denne definisjonen på ”person” ville det tilsi at en person med demens ikke vil bli sett på som den samme personen etter hvert som demens utvikler seg. Man vil til og med kunne gå så langt som å si at når en person når det mest alvorlige stadiet av demens så vil man ikke kunne se på personen som en person, at når demens ødelegger hjernen, ødelegger den også personen (Brooker, 2004).

Brooker (2004) refererer videre til Hughes definisjon av person som en ”*situated-embodied-agent*” som motargument mot Locke og Parfitts teori. Ved å bruke denne definisjonen vil man inspirere/oppmuntre til å behandle personer med demens i alle stadier på en måte alle mennesker ville ønske å bli behandlet. Det at det eksisterer så mange ulike definisjoner på personbegrepet kan skape utfordringer for personsentrert omsorg; det er altså viktig å ha tydelige definisjoner på hva begrepet består i for å skape en samlet forståelse.

I personsentrert omsorg er det grunnleggende å se på alle mennesker som verdifulle. Dette synet trues av en rekke fordommer ovenfor personer med demens (hyperkognitivism), hvor ofrene blir de med svekkete kognitive evner (Brooker, 2004). Brooker (2004) foreslår å kalle det for ”dementia-ism” for å gjøre det klart hvem som er hovedofrene for disse fordommene. Hun belyser viktigheten av å være bevisst på at disse fordommene eksisterer slik at de kan motarbeides, for at personer med demens skal kunne motta best mulig behandling via personsentrerte tilnærminger.

Individuell tilnærming (I). Det andre elementet i VIPS går ut på å ha en individuell tilnærming som vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske. Dette elementet omfavner kanskje noe av det viktigste målet innen personsentrert omsorg, som ifølge Brooker(2004) gjenspeiler definisjonen: det å innta en individualisert tilnærming i arbeidet med å vurdere og møte de unike behov til personer med demens. Videre beskriver hun dette elementet som en måte å arbeide på som inkluderer alle menn og kvinners individuelle styrker og sårbarheter hvor man ser på demens som en del av bildet i stedet for en definisjon på identitet. Denne tilnærmingen kan igjen ses i Carl Rogers arbeid, hvor hver klient ble sett på som en unik og hel person. Altså setter dette elementet individet i fokus (Brooker, 2004).

Også Kitwood(1997/1999, s. 23) legger vekt på at enhver person er forskjellig fra alle andre, når det gjelder kjønn, kultur, temperament, livsstil, verdier, interesser osv. Ikke minst personlig historie:

”Hver eneste person har blitt den vedkommende er, via en vei, som er enestående for dette mennesket; hvert stadium på reisen har satt sine spor.”

Denne reisen kan også henviser til ”reisen” gjennom sykdommen. Nettopp fordi personer med demens er individer, er deres opplevelse av sykdommens gang ulik, som igjen fører til at de trenger individuelt tilpasset omsorg.

En av utfordringene ved individualisering av omsorgen er at den ofte tilpasses individets behov som pasient og ikke nødvendigvis som person. Den personsentrerte omsorgen blir heller pasientsentrert. Det som skiller pasientsentrert fra personsentrert omsorg er at ved pasientsentrert omsorg vil personen defineres av deres status som pasient i stedet for deres individualitet, og kun få dekket de individuelle behov som inngår i pasientrollen (Brooker, 2004).

Personens perspektiv(P). Det tredje elementet i VIPS går ut på evnen til å forstå verden ut fra personens perspektiv. Personsentrert omsorg er ifølge Brooker (2004) en del av den fenomenologiske psykologien hvor individets subjektive oppfatning av omverdenen blir sett på som sann, og er dermed det beste utgangspunktet for å forklare personens atferd og hvilken terapeutisk tilnærming man kan bruke for å forandre den.

Både Rogerianske personsentrerte tilnærminger og Feil's validerings terapi tar utgangspunkt i hvordan personen ser verden og jobber ut ifra dette (Brooker, 2004). Også Kitwood (1997/1999) anså det som sentralt å ha fokus på personer med demens sine individuelle behov for å utvikle intervensjoner.

Det vil alltid være utfordrende å se verden gjennom andres øyne. For å støtte omsorgsgivere i deres arbeid med personer med demens, slik at de best mulig kan oppnå dette, utviklet Kitwood(1997/1999) Dementia Care Mapping (DMC). DMC har som utgangspunkt å hjelpe omsorgsgivere å se ting fra personer med demens sitt ståsted når kvaliteten på omsorgen evalueres.

Å sette seg inn i personen med demens sin opplevelse av omverdenen, innta deres perspektiv, er et tema det har vært lite fokus på inntil de senere år. Samtidig er det å møte personer med demens med terapeutiske tilnærminger et relativt nytt fenomen (Brooker, 2004).

Støttende sosialt miljø (S). Det fjerde element i VIPS går ut på å etablere et støttende sosialt miljø som dekker personens psykologiske behov. Her er fokuset på interpersonlige relasjoner, noe som blir sett på som viktig for terapeutisk vekst og forandring (Brooker, 2004). Dette elementet i personsentrert omsorg kan knyttes opp til viktigheten av terapeutisk allianse. Man har blant annet gjennom samtaler med beboere ved sykehjem kommet frem til at vennskap og gjensidighet i relasjonen til omsorgsgivere blir sett på som viktig. Altså: Etterhvert som verbale evner går tapt, vil gode relasjoner, varm og aksepterende medmenneskelig kontakt via ikke-verbal kommunikasjon bli desto viktigere (Brooker, 2004).

Kitwoods (1997/1999, s. 18) definisjon av personbegrepet er en god beskrivelse av grunnlaget for det fjerde elementet i VIPS:

”Det er en rang eller status, som tildeles et menneske av andre i en kontekst av innbyrdes forhold og sosial væremåte. Det innebærer gjenkjennelse, respekt og tillit.”

Gode relasjoner til personer med demens utvikles gjennom daglig interaksjon, og ifølge Kitwood(1997/1999) er de psykologiske behovene trøst, tilknytning, inkludering, beskjeftigelse, og identitet viktig. Disse behovene møtes i det sentrale behovet for kjærlighet.

Det interpersonlige elementet er høyst aktuelt i en omsorgssituasjon der man daglig omgås både pleiepersonale og andre beboere. Samtidig er dette kanskje noe av det som er mest utfordrende i møte med personer med demens: Det å balansere behovene til en person som trenger mye oppmerksomhet opp mot behovene til andre i gruppen som kan ha like store behov er noe pleiepersonalet må møte hver dag (Brooker, 2004). Kitwood (1995) (ref. i Brooker, 2004) har blant annet foreslått at mange av de utfordringene man møter i demensomsorgen er knyttet til kommunikasjon, altså det interpersonlige.

Persontrent Omsorg og APSD

Innenfor persontrent omsorg blir ofte utfordrende atferd hos personer med demens sett på som et resultat av interaksjon med de psykososiale omgivelsene. Denne utfordrende atferden kommer til uttrykk som de atferdsmessige og psykologiske symptomene (APSD) som oppstår ved demens. Symptomene forstås som en del av sykdomsprosessen, og tradisjonelle måter å håndtere de på består ofte av forsøk på å kontrollere/hemme denne atferden, f.eks. atferd som verbal eller fysisk agitasjon og aggresjon. Dette kan føre til at personer med demens ikke får sjansen til å uttrykke seg, samtidig som et mulig fokus på den bakenforliggende årsakene går tapt (Stein-Parbury et al., 2012).

Ved persontrent omsorg vil man i slike situasjoner observere personene med demens og deres interaksjon med det sosiale miljøet for å se hva som eventuelt utløser agitasjon eller aggresjon, eventuelt lete etter andre tegn på at personen ikke føler seg bra. Observasjonene ses deretter i sammenheng med personenes livshistorie og deres interaksjon med omsorgsgivere, for å finne eventuelle bakenforliggende årsaker (Stein-Parbury et al., 2012).

Persontrent Omsorg i Praksis

For å kunne innføre persontrent omsorg kreves det felles retningslinjer for hva det skal bestå i, samt god opplæring. Ikke minst er det viktig å ha disse felles retningslinjene for å danne grunnlag for forskning som ønsker å måle effekten av denne typen omsorg. Jeg har i denne oppgaven valgt å presentere to av modellene som eksisterer i Norge i dag, og som det er mulig å få opplæring i. Disse er VIPS praksismodell (VPM) og Dementia Care Mapping (DCM).

VIPS Praksismodell (VPM)

Personsentrert omsorg karakteriserer relasjonen mellom hver omsorgsgiver og personen med demens, og atmosfæren i miljøet. VIPS rammeverket ble operasjonalisert til VIPS praksismodell for å oppnå personsentrert omsorg i norske sykehjem og hjemmepleie, og modellen er bygd på evidensbasert praksis. VPM fokuserer på prosessen blant de ansatte på avdelingen med sikte på et konstant fokus for å bli mer personsentrert, og for å bygge et grunnlag for delte verdier og kunnskap (Røsvik, Brooker, Mjorud & Kirkevold, 2013).

VPM er utviklet ut ifra VIPS-rammeverket for personsentrert omsorg for å vurdere om omsorg som blir gitt nettopp er personsentrert. VPM bygger på de fire elementene i VIPS, hvor hvert element har seks spørsmål, som fungerer som indikatorer. Sentralt for VPM er fagmøtet, der konkrete pasientsituasjoner som opptar pleiere kan drøftes. Møtene følger en fast struktur; deltakerne har ulike roller de har fått opplæring innenfor. VIPS-rammeverket brukes til å analysere situasjonen som drøftes, for deretter å gå gjennom de ulike elementene i VIPS og se om pleierne har møtt situasjoner på en personsentrert måte. Fagmøtet er ment som å fungere som et forum hvor pleiere skal få anledning til å dele kunnskap samtidig som det kan fungere som et sted hvor holdninger og verdier bygges opp og opprettholdes (Røsvik, 2013).

Styrken ved VPM er at modellen setter fokus på utfordringer ved å bygge en felles plattform av personsentrerte verdier hos ansatte, fulgt av utfordringer ved å se situasjoner fra personer med demens sitt perspektiv, og videre utfordringer i forhold til hvordan man skal innføre kunnskap om personsentrert omsorg fra opplæring inn i praksis (Røsvik et al., 2013).

En utfordring ved VPM er å klare å opprettholde kontinuitet av fagmøter, spesielt hvor avdelingsleder er tilstede (Røsvik et al., 2013).

Dementia Care Mapping (DCM)

DMC ble utviklet av Kitwood (1997/1999) som en metode for å evaluere kvaliteten på demensomsorg. Målet med denne metoden er å forsøke å sette seg inn i personer med demens sitt ståsted ved å bruke empati og observasjonsferdigheter (Kitwood, 1997/1999). Tanken bak er ifølge Rokstad(2012, s.134): ”(...) å hjelpe personalet til større bevissthet om og refleksjon rundt de holdninger som kommer til uttrykk gjennom måten de kommuniserer og samhandler med pasientene.”

På en måte vil man kunne trekke paralleller til terapeut-klient relasjonen, hvor det er terapeutens ansvar å møte klientens behov; hva han/hun trenger for å føle seg trygg/skape allianse. Å reflektere over egne holdninger og hvordan de påvirker relasjonen til en klient er viktig for å opprettholde en etisk praksis. Nettopp det å vurdere hva som skal til for å opprettholde en etisk praksis i demensomsorgen er styrken til DMC; metoden både konkret vurderer kvaliteten på omsorgen, samtidig som den skaper konstruktive forandringer i daglig pleie og omsorg (Rokstad, 2012). Ifølge Jøranson og Hauge(2011, s. 377) kan DMC beskrives som: ”(...) en læringsprosess som påvirker hver enkelt ansatt på en personlig og dyptgripende måte.”

Hensikten med å bruke DMC er å forsøke å kvalitetsforbedre demensomsorgen gjennom observasjon av hvordan personer med demens opplever relasjoner og deltagelse i aktiviteter ved sykehjemsavdelinger, og ved å kartlegge deres humør og engasjement, samtidig som omsorgsgivernes positive eller negative omsorgspraksis observeres (Kitwood, 1997/1999).

DMC brukes den dag i dag for å forbedre demensomsorgen, og bygges stadig opp av et internasjonalt, forskningsbasert erfaringsgrunnlag. DMC ble nylig brukt i Norge som systematisk metode for evaluering og utvikling av personsentrert omsorg i et nasjonalt utviklingsprogram for miljøbehandling, som en del av Demensplan 2015 (Rokstad, 2012).

En utfordring ved DCM er at det er kostbart, ettersom det kreves lang opplæring av spesialister for deretter ressurser til å implementere modellen, bl.a. ved å ansatte eksternt sertifisert personale for denne metoden (Chenoweth et al., 2009).

Mål på Personsentrert Omsorg

For å kunne måle hvilke effekter personsentrert omsorg har, vil det i tillegg til direkte observasjon også kreves valide verktøy for dette. Jeg ser det som viktig å gå nærmere inn på hva slike verktøy går ut på for å vise hvordan personsentrert omsorg kan operasjonaliseres, og ikke minst det at det er mulig.

Edvardsson & Innes (2010) har blant annet gjort en gjennomgang av publiserte verktøy som eksisterer med tanke på å måle personsentrert omsorg for eldre og personer med demens. De konkluderte med at det eksisterer mange brukbare og psykometrisk robuste

verktøy, men at mange av disse ikke har blitt brukt i forskningsøyemed siden de ble utviklet. Unntak er Dementia Care Mapping og mål på individualisert omsorg.

Verktøyene som var med i denne gjennomgangen (Edvardsson & Innes, 2010) spesifikt utviklet for bruk ved sykehjem og i møte med personer med demens er Dementia Care Mapping, mål på individualisert omsorg, person-rettete mål på omsorg og verktøy for å vurdere personsentrert omsorg.

Dementia Care Mapping

Dementia Care Mapping har som mål å observere personer med demens i omsorgssettingen, og øke fokus på utvikling av en personsentrert praksis. Dette verktøyet eksisterer i 8. utgave, og inneholder fire kategorier for koding hvor fokuset er på humør, atferd og personlige egenskaper hos personen med demens (Edvardsson & Innes, 2010).

Mål på Individualisert Omsorg

Mål på individualisert omsorg sikter på å måle individualisert omsorg for personer med demens ved sykehjem. Dette verktøyet består av tre områder som skal vurderes: å kjenne personen, autonomi og kommunikasjon (Edvardsson & Innes (2010).

Personrettede Mål

Personrettede mål på omsorg har som mål å evaluere i hvilken grad miljøet møter målsetninger for personsentrert omsorg. Dette verktøyet har to dimensjoner som er rettet mot omsorg og miljø, og består av 50 punkter hvor fokuset er på å kjenne personen, komfortabel omsorg, autonomi, personen, støttende relasjoner, arbeid med beboere, personlig miljø og ledelse (Edvardsson & Innes (2010).

Verktøy for å Vurdere Personsentrert Omsorg

Verktøy for å vurdere personsentrert omsorg sikter på å måle i hvilken grad ansatte ved sykehjem vurderer omsorgen som gis som personsentrert. Dette verktøyet består av 13

punkter hvor fokuset er på å personalisere omsorg, støtte fra ledelse/organisasjon og tilgjengelighet i miljøet (Edvardsson & Innes (2010)).

Forskning

Det foreligger foreløpig lite forskning på hvilke effekter personsentrert omsorg har ved demens. Etter at begrepet vokste frem på 80-tallet har mye av fokuset vært på å skape en felles forståelse av hva personsentrert omsorg skal bestå av. Og ikke minst hvordan en eventuell effekt kan måles. Det dukker stadig opp nye studier hvor det tenderer til at personsentrert omsorg kan ha en positiv effekt på livskvaliteten til personer med demens, samtidig som det også har en positiv effekt på trivselen til omsorgsarbeiderne som nettopp skal utføre denne type omsorg. Jeg vil her gå igjennom noe av den forskningen som har blitt gjort på dette området de siste 5-10 årene.

I en oversiktsartikkel fra 2008 hvor fokuset var å gå igjennom daværende kunnskap om personsentrert omsorg for personer med alvorlig Alzheimers sykdom ble det belyst at det fortsatt foreligger for få teoretiske og empiriske studier til å si med sikkerhet hvilke effekter personsentrert omsorg har (Edvardsson, Winblad & Sandman, 2008). Studien konkluderer likevel med at det foreløpig ikke er noe som indikerer at personsentrert omsorg er skadelig og ikke burde utføres. Omsorgspersoner som arbeider i helsevesenet har et etisk ansvar for å gjøre det beste for de som skal motta omsorg. Derfor vil personsentrert omsorg for personer med Alzheimers sykdom i en klinisk setting kunne innføres nettopp fordi denne omsorgsmodellen baserer seg på respektfull, humanitær og etisk praksis (Edvardsson et al., 2008).

Chenoweth et al. (2009) gjennomførte en studie (CADRES) hvor de sammenlignet personsentrert omsorg, Dementia Care Mapping (DCM) og vanlig omsorg. Målet med denne studien var å undersøke effekten av de ulike omsorgstypene og sammenligne de opp mot hverandre med utgangspunkt i hvor effektiv de var for å redusere utfordrende atferd ved demens. Studien konkluderte med at det ser ut til at både personsentrert omsorg og DCM reduserte agitasjon hos personer med demens, noe som støtter opp under tidligere forskning. Blant annet refereres det til en gjennomgang av Hoeffler et al. (2006) (ref. i Chenoweth et al., 2009) over ikke-farmakologiske intervensjoner ved behovdrevet atferd ved demens, hvor det ble konkludert med at de mest lovende behandlingene ser ut til å være individuelt tilpassede atferdsintervensjoner. Noe både personsentrert omsorg og DCM er.

Videre i studien (Chenoweth et al., 2009) ble det gjennomgått forskjeller ved personsentrert omsorg og DCM som kan ha påvirket resultatene. Resultatene varierte mer ved personsentrert omsorg (PSO) enn begge de andre typene omsorg inkludert i studien. Det foreslås at en av grunnene til dette kan være at det er strukturelle forskjeller ved de ulike intervensjonene. Blant annet eksisterer det flere rettesnorer og struktur ved DCM enn ved personsentrert omsorg. Samtidig er handlingsrommet større for de ansatte ved personsentrert sammenlignet med DCM, altså får de ansatte mer rom for å ta selvstendige avgjørelser for hvordan omsorgen kan legges opp. Reduksjonen i agitasjon som ble vist i studien kan ved PSO-intervensjonen relateres til de ansattes mulighet til å selv identifisere utfordringer ved omsorgen, mens ved DCM-intervensjonen ble forslag til endring gjort med utgangspunkt i nøye observasjon av rutiner gjort av eksperter utenifra. Altså er det fordeler ved begge tilnærmingene. Samtidig nevnes det at kostnader ved å innføre personsentrert omsorg er lavere enn ved DCM, siden sist nevnte krever mer intensiv opplæring.

I en artikkel av Stein-Parbury et al. (2012) ble det gjennomgått hva den personsentrerte omsorgen i CADRES-studien (Chenoweth et al., 2009) besto av. Ettersom dette ble foreslått som den mest kostnadseffektive intervensjonen (Chenoweth et al., 2009), ser jeg det som viktig for videre diskusjon og sammenligning å utdype disse elementene.

To ansatte fra hver av de deltagende sykehjemmene i studien gjennomgikk et to dagers kurs. Her var fokuset på at selv om personer med demens ofte mister evnen til å kommunisere på grunn av språklige og kognitive vansker, så betyr ikke dette at de har mistet evnen til kommunikasjon. De har fortsatt evner til å kommunisere noe verbalt, og ikke minst gjennom atferd. Å tolke atferden til en person med demens, og se den bakenforliggende årsaken er en av utfordringene i personsentrert omsorg. Ved å klare dette vil man kunne oppnå en effektiv kommunikasjon gjennom felles forståelse (Stein-Parbury et al., 2012).

I opplæringen var det fokus på empati, det å se verden gjennom personen med demens sine øyne. Samtidig ble viktigheten av menneskelige emosjoner belyst, at følelser både er forståelig og akseptable å ha, og at de er noe alle mennesker har til felles, inkludert personer med demens. Det ble tatt opp hvordan følelsesmessige reaksjoner hos personer med demens ofte passer inn i hvordan de oppfatter en situasjon, for eksempel hvis en fremmed person begynner å kle av deg. Samtidig uttrykkes følelser på mer ekstreme måter hos personer med demens. Det ble også trent på det å diskutere følelser og erindringer, og bruke det som et alternativ til distraksjon (Stein-Parbury et al., 2012).

I avdelingene ble det satt opp skjematisk hva som var relevante aspekter i beboernes bakgrunn, hvilken atferd hos personen en personsentrert intervensjon skulle rettes mot, for deretter å liste opp mulige intervensjoner/tilnærminger til omsorg. Det var tydelig at gode ledere, oppfølging og god kommunikasjon innad i miljøet var viktig for at personsentrert omsorg skulle ha effekt (Stein-Parbury et al., 2012).

Stein-Parbury et al. (2012) konkluderer i artikkelen med at personsentrert omsorg er en omsorgsmodell som tilbyr en evidensbasert tilnærming, og derfor burde anbefales i enhver helsesetting som tilbyr omsorg for personer med demens. Stein-Parbury et al. (2012) setter også fokus på at det er en modell det er fullt mulig å innføre, spesielt ettersom det krever relativt få ressurser og input og i tillegg er kostnadseffektivt med tanke på gevinsten, som er å øke velvære til personer med demens.

Stein-Parbury et al. (2012) refererte i tillegg til CADRES-studien (Chenoweth et al., 2009), også til andre studier hvor personsentrert omsorg har hatt god effekt hos personer med demens ved sykehjem. Blant annet har det vist seg at personsentrert omsorg kan redusere bruken av fysisk og kjemisk tvang (Fossey et al., 2006; Werner, Cohen-Mansfield, Braun & Marx, 1989; Seigler et al., 1997, ref. i Stein-Parbury et al., 2012). Samtidig har personsentrert omsorg vist seg å være effektivt for å redusere agitasjon hos personer med demens (Cohen-Mansfield, Libin & Marx, 2007; Hoeffler et al., 2006; Sloane et al., 2004, ref. i Stein-Parbury et al., 2012).

Jeon et al. (2012) utførte en studie med utgangspunkt i CADRES (Chenoweth et al., 2009) hvor målet var å undersøke hvordan personsentrert omsorg og DCM påvirket de ansatte. I denne studien så det ut til at emosjonell utbrenthet hos de ansatte gikk ned over tid ved innføring av DCM, men ikke ved PSO eller vanlig omsorg. Det at de ansatte opplevde mer støtte fra ledelsen ved DCM, så ut til senke skårer både ved emosjonell utbrenthet og følelse av depersonalisering. Studien konkluderte med at DCM tilnærmingen til personsentrert omsorg vil kunne være en måte å innføre personsentrert omsorg som ikke bare vil påvirke kvaliteten på omsorgen, men også jobbrelatert utbrenthet og psykiske stress hos de ansatte.

Terada et al. (2013) utførte en studie hvor de undersøkte forholdet mellom kjennetegn på omsorg med utgangspunkt i personsentrert omsorg og livskvaliteten til personer med demens på sykehjem. I denne studien fant de en sammenheng mellom kjennetegn på demensomsorg og livskvaliteten til personer med demens. Skårer på personsentrert omsorg hadde en signifikant korrelasjon med objektive mål på livskvalitet hos personer med demens,

uavhengig av kognitiv funksjon og ADL nivå. Samtidig viser studien til at svake skårer på personsentrert omsorg var relatert til lavere skårer på livskvalitet hos beboere ved sykehjem.

Målene på personsentrert omsorg i studien gjort av Terada et al. (2013) besto av i hvor stor grad personene selv fikk bestemme daglige gjøremål, antrekk, spiserutiner, grad av privatliv, mulighet til å kontakte familie, kontakt med andre og kjente og hjemlige omgivelser. Studien konkluderte med at forbedring av standarden ved demensomsorg kan påvirke livskvalitet hos personer med demens, og at det derfor burde rettes mer fokus på dette.

Brownie og Nancarrow (2013) utførte en systematisk gjennomgang hvor det ble evaluert beviser for om personsentrerte intervensjoner ved sykehjem har en effekt på beboere og personale. De konkluderte med at det er vanskelig å komme frem til nøyaktige konklusjoner for mulige effekter av personsentrert omsorg på grunn av at det er stor variasjon i utfall på de ulike intervensjonene, samtidig som de ulike intervensjonene ofte er komplekse. Samtidig understreker de viktigheten av at personer med demens først og fremst skal få dekket fysiske behov og behovet for et trygt miljø før man beveger seg over på behov ved høyere nivåer.

Røsvik, M. Kirkevold, Engedal, Brooker og Ø. Kirkevold (2011) utførte en pilotstudie som hadde som mål å evaluere en modell for å implementere VIPS rammeverket for personsentrert omsorg for personer med demens. De valgte å gi modellen navnet VIPS praksismodell, kjent som VPM. To sykehjem var med i denne studien, og fikk mulighet til dele deres erfaringer med VPM. Modellen i denne studien baserte seg på strukturert lagarbeid, veiledning og støttende ledelse.

Funnene i denne studien indikerer at VPM fungerer i praksis. Fagmøtene fremsto som essensielle, fordi de skapte et forum for å planlegge behandling som krevde koordinering og samarbeid. Ved å bruke indikatorene i VIPS rammeverket ble det lettere for de ansatte implementere personsentrert omsorg på en praktisk måte. Ved evalueringen av VPM i denne studien ble det uttrykt behov fra de ansvarshavende internt om mer veiledning, noe som ledet til spørsmål om hvor mye forkunnskaper om personsentrert omsorg og miljøbehandling ansatte burde ha for å innføre VPM og hvordan de kunne internalisere denne kunnskapen. Ut i fra disse spørsmålene foreslo forfatterne at det vil være viktig ved implementering av VPM å støtte opp under deling av kunnskap og praktisk innføring, og ha lett tilgjengelige kilder om temaet ved avdelingen, eksempelvis VIPS -manualen . Evalueringen av denne pilotstudien

indikerer at å støtte opp under roller i avdelingen er avgjørende for at modellen skal kunne anvende VIPS -rammeverket (Røsvik et al., 2011).

I en fagartikkel av Rokstad og Røsvik (2013) viser de til en egen studie (Rokstad et al., 2013) som hadde som mål å undersøke om Dementia Care Mapping (DCM) eller VIPS-praksismodell (VPM) er mer effektivt enn å lære sykehjemsansatte om demens som tilnærming for å redusere agitasjon og andre nevropsykiatriske symptomer (NPS) ved demens, samtidig øke livskvaliteten til sykehjemsbeboere. Studien (Rokstad et al., 2013) viste at både DCM og VPM hadde positive resultater på agitasjon, psykose og generelle NPS. DCM viste en positiv effekt på livskvalitet, mens VPM viste en positiv effekt på depressive symptomer. Studien konkluderer med at både DCM og VPM er egnede for systematisk implementering av personsentrert omsorg i de fleste sykehjem.

I Rokstad et al. (2013) tyder det på at VPM kan ha en positiv effekt på NPS, samtidig varierte denne effekten mellom avdelingene hvor denne intervensjonen ble utført. Røsvik, Engedal og Kirkevold (2014) ønsket å undersøke hvilke faktorer som lå til grunn for denne variasjonen. De fant ut at størrelsen på avdelingen hvor personene med demens bodde kunne forklare noe av denne variansen. Studien konkluderte med at en viktig faktor ved implementering av VPM er størrelsen på avdelingene ved sykehjem, effekten av VPM var best på mindre avdelinger. Dette funnet vil være viktig for at senere implementeringer av VPM skal lykkes (Røsvik et al., 2014).

En kvalitativ studie utført av Jøranson og Hauge (2011) hadde som hensikt å utforske og beskrive erfaringer fra personalet ved en sykehjemsavdeling halvannet år etter at Dementia Care Mapping (DMC) ble innført. Det inngikk to avdelinger fra samme sykehjem i studien, hvor det ved den ene avdelingen ble innført DCM, mens den andre avdelingen fortsatte som normalt med et personsentrert utgangspunkt.

De ansatte i avdelingen hvor DMC ble innført, mottok god opplæring, oppfølging og veiledning. Gjennom bruk av DMC opplevde de økt bevisstgjøring på hvordan den daglige omsorgen ble utført og hvordan deres handlinger, evt. mangel på disse påvirket personene med demens sin opplevelse. De opplevde hvordan selv små endringer hadde effekt. Gjennom tilbakemelding fikk de forståelse for hvordan små detaljer kunne bli viktig for den enkelte. De opplevde et sterkere samhold ved å ha en felles målsetning og bedre selvtillit og trygghet i egen fagutøvelse. De ansatte i den andre avdelingen fikk via deres avdelingsleder delt erfaringer fra avdelingen som brukte DCM. De rapporterte at de opplevde å ha lært noe

nytt, samtidig som de ikke følte de fikk nok veiledning og oppfølging. Det at de ikke var personlig involvert, førte kanskje til at ny kunnskap ikke gikk dypt nok (Jøranson og Hauge, 2011).

Resultatene i denne studien tyder på at avdelingen som deltok i DCM-prosjektet opplevde det som positivt halvannet år etter at prosjektet ble avsluttet. Det er usikkert om det skillet som ble skapt mellom de to gruppene kan ha påvirket dette. Studien konkluderer med at bruk av DMC for å innføre personsentrert omsorg ble opplevd som positivt og læringsrikt for de som deltok. Samtidig vil det i fremtiden ved nye implementeringer bli viktig å involvere alle arbeidsgrupper for å unngå skjevheter (Jøranson og Hauge, 2011).

Ervin og Koschel (2012) utførte et prosjekt hvor hensikten var å implementere personsentrert omsorg på sykehjem gjennom å lære opp ansatte i Dementia Care Mapping (DCM). Målsetningen var at opplæring og trening i DCM ville forbedre velvære hos personer med demens, og gjøre de ansatte oppmerksom på terapeutiske forandringer som kan oppstå ut fra en personsentrert tilnærming. Resultatet viste positiv endring i de ansattes syn på omsorgspraksisen, samtidig som det var en nedgang på 11 prosent i bruken av antipsykotiske medikamenter tre måneder etter at DCM hadde blitt implementert. Andre funn støtter opp under dette; blant annet refereres det til en studie utført av Fossey et al. (2006) hvor opplæring og trening av ansatte i personsentrert omsorg og alternativer til medikamenter ved agitasjon hos personer med demens reduserte bruk av antipsykotiske medikamenter med 19,1 prosent (ref. i Ervin og Koschel, 2012).

Prosjektet konkluderte med at DCM øker de ansattes oppmerksomhet på hva som er god kvalitet på omsorg gjennom observerbare resultater hos beboere. Denne modellen gir også de ansatte muligheten til å vurdere omsorgen ut i fra beboernes perspektiv, for deretter å tilpasse omsorgen ut ifra resultatene. Ut ifra litteraturen som eksisterer er det god støtte for at implementering av DCM kan forbedre livskvaliteten til personer med demens (Ervin og Koschel, 2012).

Personsentrert omsorg er et område det gradvis vokser frem mer forskning på i hele verden. En pågående studie i Tyskland (Halek, Dichter, Quasdorf, Riesner & Bartholomeyczik, 2013) søker å se hvilke effekter Dementia Care Mapping har på livskvalitet, utfordrende atferd, ansattes holdninger til demens, jobbtilfredshet og utbrenthet hos omsorgsgivere. I Tyskland er Dementia Care Mapping (DCM) blitt brukt for å implementere personsentrert omsorg i flere år, men foreløpig foreligger det ingen data på

hvilke effekter metoden har hatt, eller hvilke utfordringer som har blitt møtt ved implementering (Halek, Dichter, Quasdorf, Riesner & Bartholomeyczik, 2013). Det vil derfor være interessant å se utviklingen i denne studien, nye studier og mulige funn.

Diskusjon

Det er for tiden mye fokus i dagens samfunn på at vi kan forvente en eldrebølge; ifølge tall fra Statistisk Sentralbyrå (2014b) har eldrebølgen allerede startet: andelen av befolkningen som er over 67 år har økt fra åtte prosent i 1950 til tretten prosent i 2014. Det er forventet at denne andelen vil fortsette å øke til anslagsvis 21 prosent i 2050. Det er også forventet at tallet på mennesker med ulike demenslidelser vil bli fordoblet i løpet av de 35 neste årene (Helse –og omsorgsdepartementet, 2012). Dette skaper utfordringer for eldreomsorgen, og det blir et område ved helse- og omsorgstjenester det bør settes fokus på. I 2007 - som det første landet i verden – la Norge frem en egen plan for tjenestetilbudet til personer som er rammet av demens: Demensplan 2015. Demensplan 2015 har satt i gang tiltak for å styrke den etiske kompetansen og heve kompetanse om demens hos ansatte i omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Studiene gjennomgått tidligere antyder at det kan være en sammenheng mellom personsentrert omsorg og livskvaliteten til sykehjemsbeboere med demens (Ervin & Koschel, 2012; Rokstad et al., 2013; Terada et al., 2013). Samtidig er det å måle personer med demens på sykehjem sin opplevelse av livskvalitet utfordrende fordi de ofte ikke kan si noe om det selv. Som nevnt består ikke kommunikasjon kun språk, men også atferd og handlinger. Altså kan det å sette fokus på personer med demens sin atferd og handlinger si oss noe om hvordan de har det. Atferden og handlingene til personer med demens kan ofte gi uttrykk som atferdsmessige og psykologiske symptomer. Å sette for stort fokus på disse symptomene, og ikke de bakenforliggende årsakene, vil kunne medføre at personer med demens mister mulighetene de har til å uttrykke seg. Ved å bruke personsentrerte tilnærminger hvor man forsøker å se situasjoner fra personen med demens sitt perspektiv, vil man også gå bak symptomene, og dermed kunne lette de.

En tilnærming som dette legger stort ansvar på de som skal yte omsorgen. Evne til refleksjon, og empati, blir viktig. Samtidig kan man spørre seg selv: Er ikke dette noe som er selvsagt? Det følger stort ansvar med helseyrker hvor man møter mennesker som er syke og kanskje på sitt mest sårbare. Å være omsorgsgiver er en viktig rolle. I hverdagens stress er

kanskje dette noe som blir litt glemt. Å innføre personsentrert omsorg er en måte å belyse dette på. Det bevisstgjør ikke bare hvor viktig personen med demens er, men også viktigheten av den rollen omsorgsgiver spiller i å nettopp gi personer med demens muligheten til å være en person, et menneske med egenverd.

I dagens samfunn settes det store krav til de som skal jobbe med våre barn; hvorfor skal det være ulikt for våre foreldre og besteforeldre? En person med demens er på sitt mest sårbare, akkurat som barn. Et nyfødt spedbarn behandles som en person, selv om det ikke er bevisst dets tanker, eller husker gårsdagen. Samtidig vil det også være viktig å fokusere på det store bildet, på de etiske prinsippene som ligger til grunn for hvordan vi behandler personer som har en sykdom. Burde ikke retningslinjene være like for alle, unge som gamle? I Pasientrettighetsloven §1-1 står det blant annet at loven skal ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd (Lovdata, 2014a). I Helsepersonelloven §4,1 står det at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut ifra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen forøvrig (Lovdata, 2014b). Dette er ikke bare etiske prinsipper, men også lovbestemt. Edvardsson et al. (2008) setter nettopp fokus på dette ved å poengtere at personsentrert omsorg baserer seg på respektfull, humanitær og etisk praksis. Dette er en av flere gode grunner til å innføre personsentrert omsorg for personer med demens.

Forskning tyder på at personsentrert omsorg kan ha en positiv effekt på utfordrende atferd hos sykehjemsbeboere med demens, blant annet på agitasjon (Chenoweth et al., 2009; Erwin & Koschel, 2012; Stein-Parbury et al., 2012; Rokstad et al., 2013). I tillegg kan det se ut til at både DCM og VPM har positiv effekt på psykose og generelle NPS (Rokstad et al., 2013). Samtidig foreligger det fortsatt for få teoretiske og empiriske studier til å si dette med sikkerhet. Fokuset rettes likevel mot at det heller ikke har kommet frem at personsentrert omsorg har noen skadelige effekter (Edvardsson et al., 2008).

CADRES studien (Chenoweth et al., 2009) er blant annet en av de store, mer omfattende studiene på effekter av personsentrert omsorg. En annen omfattende studie på samme området ble nylig utført i Norge (Rokstad et al., 2013). Resultatene fra begge disse studiene viste positive effekter på utfordrende atferd hos personer med demens ved bruk av intervensjoner som DCM og VPM. En fordel med disse studiene er at det i tillegg til positive funn, også blir presentert intervensjonstyper som har utviklet et godt grunnlag gjennom forskning. De har en fast ramme og struktur, som gjør at de blir lettere å forholde seg til, om ikke annet å implementere.

Innføring av personsentrert omsorg kan ha en positiv effekt på arbeidsmiljøet til de ansatte i omsorgsinstitusjoner. Blant annet tyder det på at innføring av Dementia Care Mapping (DCM) kan ha en positiv effekt på jobbrelatert utbrenthet og psykisk stress hos ansatte. En viktig faktor for dette ser ut til å være ansattes opplevelse av støtte fra ledelsen (Jeon et al., 2012). Implementering av DCM har også vist en positiv endring i ansattes syn på omsorgspraksisen (Ervin & Koschel, 2012). Flere opplever det som positivt og læringsrikt (Jøranson & Hauge, 2011). Gjennom å skape økt bevisstgjøring på utførelsen av daglig omsorg og hvordan de ansattes handlinger påvirker personer med demens sin opplevelse vil ansatte kunne oppleve at selv små endringer har effekt. Via tilbakemeldinger settes fokus på hvor viktig små detaljer kan være for den enkelte. Dette kan igjen gjøre at ansatte i omsorgsinstitusjoner får en opplevelse av sterkere samhold gjennom felles mål, og bedre selvtillit og trygghet i egen fagutøvelse (Jøranson & Hauge, 2011).

Som nevnt er interaksjon et viktig element i personsentrert omsorg.. Det at det ser ut til at personsentrerte intervensjoner har positive virkninger ikke bare for personer med demens, men også omsorgsgivere tyder mot at det her oppstår en interaksjonseffekt. Det at omsorgsgiver føler seg trygg på egen kompetanse, vil kunne påvirke måten de utfører omsorgen på. Ved forbedret omsorg vil det kunne ses positive effekter hos personer ved demens. Dette skaper igjen mer tiltro til at omsorgen utføres på en god måte. Denne positive interaksjon hever også kvaliteten på relasjonen mellom personer med demens og deres omsorgsgivere. Personer med demens mangler ofte gode relasjoner på grunn av sykdommen, de opplever heller at kvaliteten på de relasjonen de har utvikler seg i negativ retning. Det å på et slikt tidspunkt i sykdomsforløpet kunne utvikle nye gode relasjoner vil kunne ha en positiv virkning på deres egenverdi. Dette er igjen et viktig element i personsentrert omsorg, personer med demens er verdifulle mennesker.

I forskning presentert tidligere i denne oppgaven ser det ut til at en gjennomgående utfordring ved personsentrert omsorg er hvordan dette skal implementeres på institusjoner. Det er flere faktorer som spiller inn på vellykket implementering av personsentrert omsorg, blant annet god ledelse, god oppfølging og god kommunikasjon internt. Også opplæring av ansatte i empati, menneskelige emosjoner og aksept for disse er viktig (Stein-Parbury et al., 2012). Andre faktorer er det å gi ansatte muligheten til å identifisere seg med utfordringer knyttet til omsorgen, og motta innspill fra fagpersoner eksternt (Chenoweth et al., 2009). Det kan se ut til at størrelsen på sykehjemsavdelinger også er en viktig faktor for vellykket implementering (Røsvik et al., 2014).

Altså kreves det faste rammer, nøye opplæring og god oppfølging for å kunne innføre personsentrert omsorg, noe som krever tid og ressurser. Det kan være stort press med tanke på antall pasienter per ansatt, og det er ofte mange ufaglærte i omsorgsstillingene. Kanskje det er for mye å forvente at alle som er involvert i personer med demens sine daglige rutiner skal inneha en slik innsikt som personsentrert omsorg krever, men jeg tror at om så personen blir møtt daglig med minst ett menneske som møter individet vil gjøre en forskjell.

På tross av at det eksisterer utfordringer ved implementering av personsentrert omsorg, så argumenteres det for at det er en omsorgsmodell det er fullt mulig å innføre. I tillegg til å være kostnadseffektiv med tanke på gevinsten, tilbyr den en evidensbasert tilnærming, og burde anbefales i enhver helsesetting (Stein-Parbury et al., 2012). Med rett innstilling kan man få til forandring, men dette er i stor grad avhengig av at alle berørte er aktivt med i denne endringsprosessen (O'Sullivan, 2011). I overnevnt forskning ser det ut til at en viktig faktor for vellykket implementering av personsentrert omsorg er god ledelse. Engedal (2013, s.191) setter fokus på dette i et innspill i Sykepleien Forskning. Blant annet viser han til at det ved mange studier ser ut til: "(...) at dersom ikke ledere har visjoner og kraft og "armslag" til å omsette visjonene i praksis så utvikler vi ikke bedre tjenester." Altså vil kanskje en måte for å sikre vellykket implementering av personsentrert omsorg, å forske på lederne i eldreomsorgen.

En utfordring ved forskningen som har blitt gjort på personsentrert omsorg er at det er vanskelig å komme frem til nøyaktige konklusjoner på grunn av store variasjoner i utfall på de ulike intervensjonene som eksisterer. Samtidig er mange av intervensjonene ofte komplekse (Brownie & Nancarrow, 2013). Likevel har den forskningen som til nå er gjort på området utviklet et godt grunnlag for videre forskning. Gjennom å utvikle klare intervensjoner som for eksempel VPM (Røsvik et al., 2011) og DCM, har også mulighetene for felles mål på personsentrert omsorg blitt mer tydelig. Dette er en forutsetning for forskning på effekt. Positive funn på effekten av personsentrert omsorg har økt implementeringen av denne modellen. Etersom flere og flere omsorgsinstitusjoner som arbeider med personer med demens får erfaring og kunnskap fra ulike intervensjonen innenfor modellen, vil man kunne få et bedre bilde på hvordan de fungerer i praksis. Statusen for personsentrert omsorg i dag er litt som å teste om en paraply fungerer ved å slå den opp inne, kanskje ute i duskregn. Det kan se ut til at den fungerer, men du vet ikke med sikkerhet før du har prøvd den i en ordentlig tordenbyge. Personsentrert omsorg er foreløpig så vidt ute av startgropen, og det vil bli spennende å følge med på utviklingen videre.

Konklusjon

Forskning tyder på at personsentrert omsorg har positive effekter på omsorgskvaliteten ved demens, både for personer med demens og deres omsorgsgivere. Samtidig har teorien utviklet seg til å bestå av mange undergrupper. Dette skaper utfordringer for hvilke felles retningslinjer som skal gjelde ved en implementering av denne typen omsorg. To typer intervensjoner har utviklet et godt grunnlag: Dementia Care Mapping (DCM) og VIPS- praksismodell (VPM). Det kan se ut til at ansvaret for hvilken fremgangsmåte som skal brukes burde ligge på nasjonalt plan. Felles nasjonale retningslinjer vil igjen kunne sikre et felles utgangspunkt for forskning på dette området. I Norge har dette arbeidet allerede startet med Demensplan 2015.

Referanser

- Brooker, D. (2004). What is person-centered care in dementia? *Reviews in Clinical Gerontology*, 13, 215-222.
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg: Veien til bedre tjenester*. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse. (Originalt publisert 2007)
- Brownie, S. & Nancarrow, S. (2013). Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1-10.
- Brækhus, A., Dahl, T. E., Engedal, K. & Laake, K. (2013). *Hva er demens? 5. Rev.* Utg. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.
- Chenoweth, L., King, M. T., Jeon, Y.-H., Brodaty, H., Stein-Parbury, J., Norman, R., Haas, M. & Luscombe, G. (2009). Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centered care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *Lancet Neurology*, 8, 317-325.
- Edvardsson, D., Winblad, B. & Sandman, P. O. (2008). Person-centered care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *Lancet Neurology*, 7, 362-367.
- Edvardsson, D. & Innes, A. (2010). Measuring person-centered care: A critical comparative review of the published tools. *The Gerontologist*, 50 (6), 834-846.
- Engedal, K. (2000). *Urunde hjul: Alderspsykiatri i praksis*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2009). *Aldersdemens: Fakta og utfordringer. En lærebok*. 5. utg. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.

- Engedal, K. (2013). Innspill: Eldreomsorgen må bli ”smartere”. *Sykepleien Forskning*, 3, 191.
- Ervin, K. & Koschel, A. (2012). Dementia care mapping as a tool for person centered care. *Australian Nursing Journal*, 19(10), 32-35.
- Halek, M., Ditcher, M. N., Quasdorf, T., Riesner, C. & Bartholomeyczik, S. (2013). The effects of dementia care mapping on nursing home residents’ quality of life and staff attitudes: design of the quasi-experimental study Leben-QD II. (Study protocol)(Clinical report). *BMC Geriatrics*, 13, 53.
- Helse –og omsorgsdepartementet. (1999). 4.3 Livskvalitet. Hentet 22.07.14 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2/5/3.html?id=351008>
- Helse –og omsorgsdepartementet. (2012). *DEMENSPLAN 2015 ”Den gode dagen”*: Revidert handlingsprogram for perioden 2012-2015. Oslo: Helse –og Omsorgsdepartementet.
- Jeon, Y.-H., Luscombe, G., Chenoweth, L., Stein-Parbury, J., Brodaty, H., King, M. & Haas, M. (2012). Staff outcomes from the Caring for Aged Dementia Care REsident Study (CADRES): A cluster randomised trial. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 508-518.
- Jøranson, N. & Hauge, S. (2011). Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling. *Sykepleien Forskning*, 6(4), 376-382.
- Kitwood, T. (1999). *En revurdering av demens –personen kommer i første række*. Frederikshavn: Dafolo forlag. (Orginalt publisert 1997)
- Lovdata. (2014a). Lov om pasient –og brukerrettigheter. Hentet 31.07.14 fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient+og+brukerrettighetsloven>

Lovdata. (2012b). Lov om helsepersonell. Hentet 31.07.14 fra

<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=Helsepersonell>

O'Sullivan, G. (2011). Ethical and effective: approaches to residential care for people with dementia. *Dementia*, 12(1), 111-121.

Rokstad, A. M. M. (2005). *Kommunikasjon på kollisjonskurs. Når atferd blir vanskelig å mestre*. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.

Rokstad, A. M. M. (2008). Hva er demens? I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og Samhandling* (s. 27-45). Oslo: Akribe AS.

Rokstad, A. M. M. (2012). Bruk av Dementia Care Mapping(DMC) for å utvikle personsentrert omsorg. I A. M. M. Rokstad (Red.), *Bedre hverdag for personer med demens: Utviklingsprogram for miljøbehandling: Demensplan 2015* (s.134 -158). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Rokstad, A. M. M. & Røsvik, J. (2013). Personsentrert omsorg har effekt. *Demens og Alderspsykiatri*, 17(4), 14-16.

Rokstad, A. M. M., Røsvik, J., Kirkevold, Ø., Selbaek, G., Benth, J. S. & Engedal, K. (2013). The effect of person-centered dementia care to prevent agitation and other neuropsychiatric symptoms and enhance quality of life in nursing home patients: a 10-month randomized controlled trial. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 36, 340-353.

Røsvik, J., Kirkevold, M., Engedal, K., Brooker, D. & Kirkevold, Ø. (2011). A modell for using the VIPS framework for person-centered care for persons with dementia in nursing homes: a qualitative evaluative study. *International Journal of Older People Nursing*, 6, 227-236.

Røsvik, J. (2013). VIPS praksismodell –personsentrert omsorg inn i rutine på

- avdelingen. *Demens og Alderspsykiatri*, 17(3), 11-12.
- Røsvik, J., Brooker, D., Mjorud, M. & Kirkevold, Ø. (2013). What is person-centered care in dementia? Clinical reviews into practice: The development of the VIPS practice model. *Reviews in Clinical Gerontology*, 23, 155-163.
- Røsvik, J., Engedal, K. & Kirkevold, Ø. (2014). Factors to make the VIPS practice modell more effective in the treatment of neuropsychiatric symptoms in nursing home residents with dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 37, 335-346.
- Statistisk Sentralbyrå. (11. Juni, 2014a). *Forventet levealder ved fødselen*. Hentet 26. 07.14 fra <http://ssb.no/natur-og-miljo/barekraft/forventet-levealder-ved-fodselen>
- Statistisk Sentralbyrå. (2014b). *Dette er Norge 2014: Hva tallene forteller*. Norge: SSB.
- Stein-Parbury, J., Chenoweth, L., Jeon, Y.-H., Brodaty, H., Haas, M. & Norman, R. (2012). Implementing person-centered care in residential dementia care. *Clinical Gerontologist*, 35, 404-424.
- Terada, S., Oshima, E., Yokota, O., Ikeda, C., Nagao, S., Takeda, N., Sasaki, K. & Uchitomi, Y. (2013). Person-centered care and quality of life of patients with dementia in long-term care facilities. *Psychiatry Research*, 205, 103-108.
- Wogn-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og Samhandling* (s. 87-113). Oslo: Akribe AS.