

Hvordan kan sykepleiere bruke livshistorie som verktøy  
for å fremme personsentrert omsorg hos  
sykehjemsbeboere med demens?

Kandidatnummer: 1043  
VID vitenskapelige høyskole  
Diakonhjemmet Oslo

Bacheloroppgave  
Bachelor i sykepleie  
Kull: BASYK18

Antall ord: 10715  
25.03.21

*«Å Koma på sjukeheim  
og kanskje byrja å rote litt  
med ting og tid og stad  
folk trur eg er død allereie  
for huset er seld  
hagen er borte  
eg klarar ikkje lage mat sjølv lenger  
og eg treng hjelp til å dusje*

*Av og til er det vanskeleg å sortere  
namn, fjes, barnebarn, oldebarn  
kven er kven?  
Eg veit det nok  
men eg gløymer  
og kjem på*

*I blant gløymer eg når du er på besøk  
og hugsar når du har gått  
det er vondt  
Eg er eit menneske eg også  
eit slikt som pustar, tenkjer og kjenner  
på glede  
og smerte  
Slikt som mennesker gjer»*

*Steinar Hjelmbrække (2017)*

**Opphavsrettigheter**

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.  
Nedlasting for privat bruk er tillatt.

# Sammendrag

## **Problemstilling:**

Hvordan kan sykepleiere bruke livshistorie som verktøy for å fremme personsentrert omsorg hos sykehjemsbeboere med demens?

## **Metode:**

Litterær oppgave som tar utgangspunkt i eksisterende forskning og relevant litteratur.

## **Funn:**

Funnene viser at bruk av livshistorie gjorde det lettere å se personen bak demensdiagnosen, forstå personens verdier og preferanser, samt at det var en metode for å lette kommunikasjonen. Utfordringer med livshistoriearbeidet er innhenting av informasjonen, hvor også sensitiv informasjon kan komme frem.

## **Drøfting:**

Drøftingen tar for seg Kitwoods forståelse av behov for personer med demens: Trøst, tilknytning, sosial inkludering, beskjeftigelse og identitet.

## **Konklusjon:**

Livshistoriearbeid vil gjøre at personer med demens blir hørt og får medvirke i egen hverdag og omsorgsrutiner, blir sett og forstått som personen bak demensdiagnosen, og vil være med på å skape emosjonelle og meningsfulle relasjoner mellom helsepersonell og personer med demens. Samtidig krever livshistoriearbeid tid, engasjement og kunnskap.

# Abstract

## **Research question:**

How can nurses use life story work to promote person centered care in nursing homes to persons with dementia?

## **Method:**

A literature review that explores existing research and relevant literature.

## **Findings:**

The findings show that the use of life story work made it easier to see the person behind the diagnosis, understand the persons values and preferences, as well as it being a method to ease the communication. Challenges with life story work is the collection of information itself, where also sensitive information can be revealed.

## **Discussion:**

The discussion will focus on Kitwoods understanding of the needs of people with dementia: comfort, attachment, inclusion, occupation and identity.

## **Conclusion:**

Life story work will make people with dementia heard and have them contribute to their own daily routine and care, make them feel seen and understood as the person behind the diagnosis, and will help create emotional and meaningful relations between health care workers and people with dementia. At the same time, life story work requires time, commitment and knowledge.

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Presentasjon av problemstilling .....	2
1.2.1	Konkretisering og avgrensning av problemstillingen .....	2
1.3	Begrepsavklaring .....	3
1.3.1	Demens.....	3
1.3.2	Personsentrert omsorg .....	3
1.3.3	Livshistoriearbeid.....	3
1.3.4	Sykehjemsbeboer .....	3
1.4	Oppgavens disposisjon .....	3
2	Teori .....	5
2.1	Demens .....	5
2.1.1	Symptomer ved demens .....	5
2.1.2	Grader av demens .....	7
2.1.3	Å leve med moderat til alvorlig demenssykdom.....	8
2.2	Å leve med demens på sykehjem .....	9
2.3	Bruk av livshistorie som tilnæringsmetode .....	10
2.4	Personsentrert omsorg .....	11
2.4.1	Psykologiske behov ved demens - “Kitwoods blomst” .....	12
2.5	Sykepleiers funksjon.....	14
3	Metode.....	16
3.1	Valg av metode .....	16
3.2	Søkestrategi .....	16
3.2.1	Utvikling av søkeord .....	16
3.2.2	Inklusjon- og eksklusjonskriterier .....	17
3.2.3	Søkeprosessen .....	17
3.2.4	Bearbeiding og oppsummering av funn .....	19
3.3	Søk etter faglitteratur .....	20
3.4	Metode- og kildekritikk .....	20
3.5	Etiske overveielser.....	21
4	Funn.....	23

4.1	Artikkel 1 .....	23
4.2	Artikkel 2 .....	23
4.3	Artikkel 3 .....	24
4.4	Artikkel 4 .....	25
4.5	Artikkel 5 .....	25
5	Drøfting .....	27
5.1	Trøst .....	27
5.2	Tilknytning .....	28
5.3	Sosial inkludering .....	30
5.4	Beskjeftigelse .....	31
5.5	Identitet .....	33
5.6	Livshistorie som en del av personsentrert tilnærming .....	35
6	Oppsummering .....	36
	Litteraturliste .....	37
	Vedlegg 1: Tabell med søkeord .....	41





# 1 Innledning

I 2020 ble det beregnet at 101 000 personer lever med demens i Norge. Estimert vil antallet øke til 235 000 personer med demens i år 2050 og 350 000 i år 2100 (Gjøra et al., 2020, s. 5). Dette viser at svært mange lever med demens, og at det vil bli enda fler i årene som kommer. På bakgrunn av økende antall personer med demens i fremtiden vil kunnskap om demens, og deres livssituasjon være svært relevant.

Personer som lever med demens er en sårbar gruppe i samfunnet, og er ofte avhengig av andres hjelp. Regjeringen har lagt frem en plan der målet er et mer demensvennlig samfunn, den første med navn «Demensplanen 2015», med påfølgende «Demensplanen 2020» og «Demensplanen 2025», som bygger på erfaringer fra de to forrige planene. Det står i «Demensplanen 2020» at det å leve med demens gradvis reduserer muligheten til å bestemme over eget liv. Dette rekker fokuset mot sykepleieres plikt om å tilrettelegge for pasientens medbestemmelse og individuelle tilpasninger. Gjennom de tre demensplanene retter Regjeringen fokus mot denne sårbare gruppen, og løfter viktigheten av økt kunnskap, også i samfunnet, om det å leve med demens. Personsentrert omsorg er svært relevant innenfor demensomsorgen, og beskrives tydelig i alle disse planene. Poenget med personsentrert omsorg var et paradigmeskift i omsorgskulturen i sin tid som Tom Kitwood var en talsperson for. Det finnes ingen behandling for demens, og dette skiftet handler om å se *personen* med diagnosen og å ha personen i fokus, kontra det medisinske. I 2017 lanserte Helsedirektoratet nasjonale retningslinjer for demens som blant annet skal sikre god kvalitet på tjenestene som blir gitt og riktige prioriteringer. I de nasjonale retningslinjene står det blant annet at virksomheter skal etablere rutiner for personsentrert omsorg, som en del av behandlingen til personer med demens (Helsedirektoratet, 2019).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg fikk interesse for personer med demens under min praksisperiode på sykehjem første året på bachelorutdanningen. Gjennom alle praksisperiodene på studiet med unntak av psykiatripraksis, møtte jeg på personer med demens, uavhengig om praksisen var på sykehus, sykehjem eller i hjemmetjenesten. Dette fikk meg til å tenke på viktigheten av å ha

kunnskap om denne pasientgruppen, og hvordan jeg kan yte best mulig pleie og omsorg. Under min praksisperiode på sykehjem hadde jeg flere opplevelser der jeg undret meg over personalets opptreden. Jeg husker spesielt godt en vakt der det var konsert i kantina for alle beboere, men personalet unngikk å invitere med en beboer som hadde demens fordi hun var så urolig i avdelingen. Jeg tenkte i utgangspunktet at denne beboeren ville ha god nytte av konserten, og ville kost seg med musikken. Når personalet sa at hun ikke skulle få være med på konserten, fikk det meg til å tenke på hvordan jeg som sykepleier kan gi best mulig omsorg til denne pasientgruppen. Jeg har valgt å skrive om beboere på sykehjem fordi det er en institusjon der sykepleiere arbeider tett med pasientgruppen over lenger tid, og har mulighet til å se virkningen av omsorgsarbeidet. Hensikten med oppgaven er å heve eget kunnskapsnivå, slik at jeg som sykepleier kan yte bedre omsorg til en ellers sårbar gruppe.

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

På bakgrunn av min interesse og valg av tema, har jeg formulert følgende problemstilling:

*Hvordan kan sykepleiere bruke livshistorie som verktøy for å fremme personsentrert omsorg hos sykehjemsbeboere med demens?*

### **1.2.1 Konkretisering og avgrensning av problemstillingen**

I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på sykehjemsbeboere, og avgrenser alderen med personer over 65 år. Oppgaven i sin helhet er ikke avgrenset med kjønn, da det er like relevant med personsentrert omsorg hos kvinner og menn. Beboere med demens på sykehjem med demens har ofte en moderat til alvorlig sykdomsgrad, og oppgaven vil derfor bli avgrenset deretter. Oppgaven vil ikke fokusere på pårørende, men i den grad de kan bidra som kilde til kartlegging av personens livshistorie, blir de nevnt.

## **1.3 Begrepsavklaring**

### **1.3.1 Demens**

«Demens er et ervervet hjerneorganisk syndrom hos en voksen eller eldre person. Syndromet kjennetegnes ved svekket kognitiv kapasitet med redusert evne til hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon» (Engedal & Haugen, 2018, s. 18).

### **1.3.2 Personsentrert omsorg**

Personsentrert omsorg er en omsorgsfilosofi som bygger seg rundt de psykososiale behovene til personer med demens. Det var Tom Kitwood som først omtalte personsentrert omsorg i forbindelse med demensomsorgen, og han var opptatt av å se personen bak diagnosen (Kitwood, 1997).

### **1.3.3 Livshistoriearbeid**

Livshistoriearbeid er å innhente opplysninger om en person, både fra barndom, voksenlivet, etter pensjonering og nå. Bruk av livshistorie blir ofte omtalt i forbindelse med demensomsorgen (Rokstad, 2021, s. 87).

### **1.3.4 Sykehjemsbeboer**

Oppgaven omtaler personer med demens på sykehjem som sykehjemsbeboer. Gjennom oppgaven vil jeg konsekvent bruke sykehjemsbeboer eller beboer og ikke sykehjempasient. Der det er brukt lovverk er begrepet «pasient» brukt, da loven bruker dette begrepet. Der det er snakk om personer med demens generelt, for eksempel i beskrivelsen av symptomer, er begrepet «pasient» benyttet.

## **1.4 Oppgavens disposisjon**

Oppgaven starter innledningsvis med relevans for sykepleien og bakgrunn for valg av tema, presentasjon av valgt problemstilling og avgrensning, samt begrepsavklaring. Videre vil relevant teori beskrives i lys av valgt problemstilling. I kapittel 3 vil valgt metode og

oppgavens fremgangsmåte presenteres. Kapittel 4 består av funn fra valgte forskningsartikler. Tilslutt vil problemstillingen drøftes i lys av teori, forskning og egne erfaringer, og oppsummeres i kapittel 6.

## 2 Teori

I dette kapittelet presenteres relevant teori med hensikt å belyse oppgavens problemstilling. Kapittelet starter med presentasjon av oppgavens målgruppe; personer med demens, de forskjellige symptomene og hvordan det er å leve med demens. Videre vil kapittelet beskrive bruk av livshistorie og belyse teorien om personsentrert omsorg, og avslutningsvis vil sykepleiers funksjon og plikter beskrives.

### 2.1 Demens

Demens er en fellesbetegnelse på et syndrom eller en tilstand som kjennetegnes ved kronisk og irreversibel kognitiv svikt, vanskeligheter med å utføre hverdagslige gjøremål på en adekvat måte i forhold til tidligere, og endring i den sosiale atferden. Tilstanden kan skyldes ulike organiske sykdommer. For at begrepet demens skal kunne brukes, må redusert hukommelse være tilstede, samt at svikten i evnen til å klare dagligdagse gjøremål, må relateres til reduksjonen i hukommelsen og annen kognitiv svikt (Engedal & Haugen, 2018, s. 18).

Det er ulike typer demens, ut ifra hvilken del av hjernen som blir rammet. Den vanligste formen for demens er Alzheimers sykdom, som utgjør anslagsvis 60 prosent av alle personer med demens. Andre vanlige former for demens er vaskulær demens, demens med Lewy-legemer og frontotemporal demens (Engedal & Haugen, 2018, s. 24). Demens kan deles inn i 3 grader; mild, moderat og alvorlig. Disse gradene vil bli beskrevet under kapittel 2.1.2.

#### 2.1.1 Symptomer ved demens

Demens er en diagnose som endrer seg over tid, og rammer områder som hukommelse, språk og væremåte. Dette gjenspeiler seg i symptomene. Ulike typer demens vil gi forskjellige utslag på hvilke symptomer som gjør seg gjeldende. Grovt sett kan vi dele inn symptomene i tre hovedgrupper; kognitive, motoriske og nevropsykiatriske symptomer (Engedal & Haugen, 2018, s. 29). For oppgavens relevans vil motoriske symptomer kun

omtales kortfattet, mens kognitive og nevropsykiatriske symptomer beskrives mer inngående.

### **Motoriske symptomer**

Motoriske symptomer ved demens er dårligere gangfunksjon, redusert ganghastighet, ujevnt gangmønster og dårlig balanse. Dette skyldes skader i hjernebarken, som er den delen av hjernen som styrer motorisk funksjon (Tangen, 2018, s. 42).

### **Kognitive symptomer**

Kognisjon er evnen vi har til å tilegne oss og bruke kunnskap (Engedal og Haugen, 2018, s.15). Kognitive symptomer hos personer med demens er ofte godt synlige og gjenkjennelige, særlig hos sykehjemsbeboere med mer fremskreden demens. Vanlige kognitive symptomer på demens er svekket oppmerksomhet, læringsevne, hukommelse og språkevne, redusert orienteringsevne og tidsbegrep, agnosi, handlingssvikt og svekkede intellektuelle evner (Engedal & Haugen, 2018, s. 29). Oppmerksomhetssvikt synes godt ved at beboere sjeldent klarer å opprettholde fokus og konsentrasjon på en gitt oppgave eller aktivitet over tid, men heller lar seg lett distrahere. Som et eksempel kan TV-titting være vanskelig, da beboere gjerne vil «opp og gå en tur» etter kort tid. Svekket hukommelse er et symptom som tilnærmet alle sykehjemsbeboere har. Dette sees ofte ved gjentatte like spørsmål stilt med kort tids mellomrom, for eksempel «Hvor er jeg?» eller «Når er det middag?» Typisk vil flere symptomer komme til syne samtidig. Et eksempel kan være en beboer som plutselig utbryter «Nå må jeg på jobb!» eller lignende. Her kommer hukommelsessvikt, redusert orienteringsevne og tidsbegrep til uttrykk. Personen vet åpenbart ikke hvor han/hun er, og husker samtidig ikke at arbeidslivet er et tilbakelagt stadium. Dette kalles også tidsforskyving, som er et meget vanlig symptom for demens (Berentsen et al., 2007, s. 27).

### **Nevropsykiatriske symptomer**

Nevropsykiatriske symptomer omfatter de atferdsmessige og emosjonelle symptomene hos personer med demens. Begrepet favner bredt og omfatter mange forskjellige symptomer,

som deles inn i tre kategorier: Psykotiske og affektive symptomer, samt agitasjon (Selbæk, 2018, s. 246).

De *psykotiske* symptomene gjør at pasienten ser eller opplever ting som ikke faktisk skjer eller er til stede, herunder vrangforestillinger og hallusinasjoner. Dette kan oppleves skremmende for den enkelte pasient (Selbæk, 2018, s. 251).

*Affektive* symptomer er endringer i en persons følelser og emosjonelle reaksjoner. Vanlige affektive symptomer er depresjon, angst og apati (Selbæk, 2018, s. 247)

*Agitasjon* er en tilstand med psykomotorisk uro, som preges av ytre uro og indre spenning (Selbæk, 2018, s. 249). Aggresjon, oppstemthet, irritabilitet, manglende hemninger og motorisk og vokal uro er alle eksempler på symptomer som faller inn under denne kategorien (Selbæk, 2018, s. 247).

De vanligste nevropsykaitriske symptomene er angst, apati og agitasjon. Angst kan sees ofte hos sykehjemsbeboere, og det kan komme frem ved at personen følger etter personalet over tid fordi han/hun er engstelig for å bli forlatt eller engstelig for å ikke få mat. Å være apatisk betyr å være likegyldig og uinteressert i for eksempel negative og positive aspekter ved pleien (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 418). På sykehjem kan dette symptomet komme til uttrykk ved at personen sitter uinteressert i en stol over lenger tid uten å gjøre noe ut av seg, og uten å vise tegn til følelser. Agitasjon kan komme til uttrykk ved at sykehjemsbeboeren roper uavbrutt eller vandrer rundt i avdelingen uten mål og mening. Dette kan ofte sees som et uttrykk for misnøye (Selbæk, 2018, s. 249).

### **2.1.2 Grader av demens**

Demens kan deles inn i tre grader; mild, moderat og alvorlig grad. Ved *mild grad* av demens vil personen klare seg i dagliglivet ved bruk av huskelapper, påminnelser og veiledning. Sentralt i sykdomsbildet i startfasen ved mild grad av demens er angst og depresjon, muligens fordi det føles sårbart å oppleve egen svikt. *Moderat grad* kjennetegnes ved at personer ha behov for fysisk hjelp i det daglige, for eksempel påkledning, matlaging og renhold i hjemmet. Noen kan også oppleve vrangforestillinger, illusjoner og hallusinasjoner. Ved *alvorlig grad* av demens vil en kunne se forvirret atferd, motorisk uro og apati hos

personen. Den intellektuelle svikten er så stor at forståelseevnen for informasjon hos personen er svært skadet, og da kan atferden oppleves uforståelig. Ved denne graden er personen helt avhengig av døgnkontinuerlig hjelp (Engedal, 2021).

Demens utvikler seg forskjellig fra person til person. Noen vil ha en rask forverring av tilstanden, mens andre vil kunne leve lenge med diagnosen uten større problemer. Sykdomsbildet kan, foruten gradene, grovt sett deles inn i tre faser; kompenseringsfasen, dekompeniseringsfasen og pleiefasen (Engedal & Haugen, 2018, s. 20). Disse er ikke nødvendigvis tilsvarende mild, moderat og alvorlig grad av demens, men muligens mer deskriptive. Den siste fasen, pleiefasen, og til dels dekompeniseringsfasen, er hvor demensgraden blir karakterisert som moderat til alvorlig. Svært ofte må personen flytte på sykehjem på dette stadiet.

### **2.1.3 Å leve med moderat til alvorlig demenssykdom**

Å leve med moderat til alvorlig grad av demens er noe ulike individer vil oppleve forskjellig. En norsk intervjustudie fra 2017 der personer med demens på sykehjem ble intervjuet, kom det blant annet frem at mange opplevde tap i livet, handlingssvikt, apati, behov for fysisk hjelp og behov for nære relasjoner (Mjørud et al., 2017).

De fleste intervjuobjektene snakket om sine tidligere liv, og la vekt på tap av familie og hjem. Noen snakket også om tap av selvtillit. De snakket samtidig om tap av interesse for å gjøre ting. Her kommer symptomet apati frem, ved at personen har mangel på interesse for ting hun/han tidligere likte å gjøre. Handlingssvikt framkommer også hos intervjuobjektene, hvor de beskriver at de ikke evner å gjøre aktiviteter de tidligere mestret (Mjørud et al., 2017).

Personene med denne graden av demens har fysiske utfordringer som for eksempel påkledning og stell. I en studie kom det frem at selv om personene var avhengig av hjelp, følte de på trygghet (Mjørud et al., 2017). Personalet forsikret beboerne om at de fikk hjelp til gjøremål de ikke klarte å gjøre selv. Det er viktig for personer som bor på sykehjem å kunne føle på en trygghet, de lever ellers med endel usikkerhet knyttet til seg selv og andre behov (Mjørud et al., 2017).



Behovet for å holde kontakten med nære relasjoner for personer som lever med demens kommer frem i en norsk intervjustudie fra 2020. Studien beskriver viktigheten av å ha nære relasjoner til pårørende er viktig i en sårbar situasjon, som det å leve med demens. Tryggheten å ha noen å lene seg på når en er i krevende situasjoner er med på å redusere bekymringer og usikkerhet (Telenius et al., 2020).

## 2.2 Å leve med demens på sykehjem

Sykehjem blir definert av *Det store medisinske leksikon* som en type helseinstitusjon hvor det gis «heldøgns opphold, behandling og pleie som ikke behøver å skje i sykehus,» men som er av en slik karakter at det likevel krever en større helsefaglig innsats enn det som «er praktisk mulig eller forsvarlig å yte i pasientens eget hjem» (Braut, 2018). Et sykehjem er vanligvis delt opp i forskjellige avdelinger som har spesialisert seg på ulike pasientgrupper. Det er vanligvis delt inn i somatisk avdeling og skjermet avdeling (Hauge, 2014, s. 267).

Personer med demens bor gjerne på avdelinger som har ekspertise på demens. Disse avdelingene kalles ofte skjermede avdelinger og er beregnet på personer med demenslidelser. Det at avdelingen er skjermet, betyr i denne sammenheng at den er tilpasset slik at den styrker personens mulighet til å ta seg rundt i avdelingen og bevege seg slik at en ikke går seg bort (Hauge, 2014, s. 267). I det videre vil ikke fokuset ligge på hvordan sykehjemsavdeling personene med demens bor på.

For personer som ikke klarer å være selvstendige og har behov for døgnskuttet hjelp, blir sykehjemmet deres nye hjem. Dette kan og vil oppleves utfordrende på ulike områder, og ikke minst føles fremmed. En studie viser at personer med demens på sykehjem ikke så på sykehjemmet som et reelt hjem, og savnet sitt tidligere hjem (Mjørud et al., 2017). Det er derfor viktig for personene å kunne ha personlige eiendeler på rommet, slik at de kan føle på en viss tilknytning til deres nye hjem. Egne gjenstander kan bidra til å skape tilhørighet og fremkalle minner. Intervjuobjektene trekker frem at de opplever dagene på sykehjem som langsomme, og at alle dager er like. Det er flere sykehjem som har aktivitetsplaner og forskjellige aktivitetstilbud til beboerne, men beboerne opplevde aktivitetene som kjedelige (Mjørud et al., 2017).

## 2.3 Bruk av livshistorie som tilnæringsmetode

Den personlige identitet trues ofte ved demens. For å kunne holde fast på egen identitet er det viktig å holde oversikt over egen bakgrunn, viktige hendelser og nære relasjoner i livet. Dette kan være særlig utfordrende når hukommelsen svikter. I slike tilfeller må andre bistå gjennom å ivareta personens livshistorie og sørge for påminnelser på vedkommendes fortid. Helse- og omsorgspersonell kan være en stor bidragsyter ved å innhente kunnskap og informasjon om livshistorien til hver enkelt, og bruke denne aktivt som grunnlag for samtale, tilrettelegging av aktiviteter og til å anerkjenne vedkommende (Rokstad & Røsvik, 2018 s. 301 og 302). Nettopp derfor er aktiv anvendelse av livshistorie som en del av personsentrert arbeid viktig i omsorgsutøvelse for personer med demens.

Utgangspunktet ved bruk av livshistorie er å innhente opplysninger om personen, både fra barndom, voksenlivet, etter pensjonering og nå. Deretter er det viktig å prøve seg frem i samhandling med beboeren, for å bli bevisst på hva som opptar personen nå. Det er ikke sikkert at aktiviteter og interesser personen hadde tidligere er like aktuelt nå, men det kan gi en pekepinn. Det kan være evner og funksjoner som er svekket som gjør at det ikke er relevant lenger (Rokstad, 2021, s. 87). Det er altså viktig å ikke se seg blind på at personen tidligere likte eller behersket en aktivitet – interessen kan ha avtatt, og den ønskede effekten av livshistoriearbeidet vil ikke oppnås.

Beskrivelse av livshistorie skjer ofte gjennom bruk av skjema for personopplysninger ved innkomst på sykehjem. Skjemaet kan enten fylles ut av beboeren selv eller ved hjelp av pårørende. I den grad det er mulig, er det ønskelig om beboeren selv fyller ut skjemaet for å sikre riktige opplysninger. I en sen fase av demensutviklingen skjer dette ofte i et samarbeid med pårørende, da beboeren kan ha utfordringer med utfyllelsen grunnet kognitiv svikt. Som helsepersonell er det viktig å informere pårørende og beboeren selv om hensikten med skjemaet, samt å innhente samtykke til å bruke opplysningene. Hvis skjemaet fylles ut sammen med sykepleier eller annet helsepersonell, er det viktig å legge til rette for at samtalen skjer på beboerens premisser, og at beboeren ikke føler seg presset til å komme med uønskede opplysninger (Aldring og Helse, 2012).

Minnealbum er en annen måte å formidle livshistorien sin på. Et minnealbum består av sentrale hendelser og personer i personens liv, og det er ønskelig at albumet skal bestå av både bilder og tekst. Dette er fordi bilder utløser mer emosjonelle minner enn det tekst vil gjøre alene (Bekkehus-Wetteberg, 2020).

Livshistorie kan gi helsepersonell en mulighet til å høre eller lese om beboerens beretninger og refleksjoner over sitt liv. Ved bruk av livshistorie forteller personer med demens om hva som har vært viktig for dem, hva de har jobbet for å oppnå og verdier som har vært viktig gjennom livet. Livshistorier viser hvordan en person fremstiller sin identitet, hvordan en oppfatter seg selv, og hva som gir en verdighet og selvtillit (Fossland & Thorsen, s. 14).

Bruk av livshistorie kan tas i bruk for å tilpasse aktiviteter og aktivitetstilbudet på sykehjem. Det å ta i bruk livshistorie kan ha stor betydning for at sykehjemsbeboerne skal få opplevelse av meningsfulle aktiviteter, og slik at dagene ikke oppleves ensformig. Behovet for en meningsfull hverdag støttes i studien utført av Rokstad (Rokstad, 2020).

## 2.4 Personsentrert omsorg

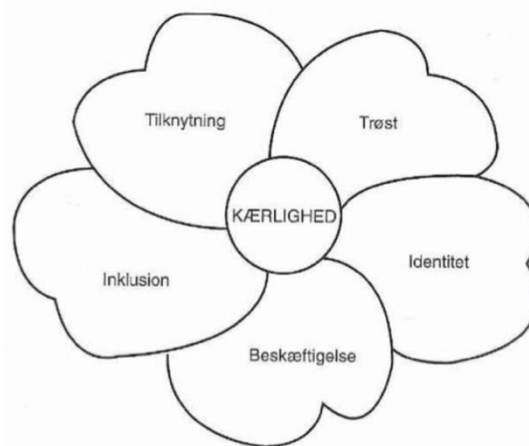
Tom Kitwood var en britisk sosialpsykolog, og var den første til å omtale personsentrert omsorg i behandling av personer med demens. Hans teori om personsentrert omsorg gikk først og fremst ut på at referanserammen ikke bør være «person med **demens**», men heller «**person** med demens». Tidligere har balansen ofte vært tynget på diagnosen demens, og personen har ikke blitt sett i like stor grad; fokuset må ligge på personen, individet bak diagnosen. Teorien belyser viktigheten av å utjevne denne balansen (Kitwood, 1997, s. 8). Viktigheten av å bevare personverdet står sentralt i teorien om personsentrert omsorg. Kitwood la vekt på at alle mennesker har et personverd, som kan beskrives som den verdi en person blir tildelt av andre, i en kontekst av relasjoner og sosialt liv, gjennom gjenkjennelse, respekt og tillit (Kitwood, 1997, s. 8). Personverdet kan både undergraves og understøttes. I de tilfeller der en ikke tar hensyn til personens behov og rettigheter, eller når personen opplever at dens negative følelser ignoreres, undergraves dens personverd. Målet er å bevare personverdet hos personer med demens, til tross for utvikling av kognitiv svikt (Kitwood, 1997, s. 69). Ved å støtte opp om personverdet for sykehjemsbeboere med demens, er målet å se større grad av trivsel og sosial trygghet i hverdagen. Ved at

sykepleiere og annet helsepersonell har god kunnskap om personens livshistorie, interesser og preferanser, vil dette kunne hjelpe personer med demens til å holde fast på sin historie og sin identitet (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 422).

Dawn Brooker utarbeidet et rammeverk for å konkretisere og tydeliggjøre innholdet i Kitwoods teori om personsentrert omsorg. Rammeverket kalles VIPS-rammeverket, og er en alternativ modell til «Kitwoods blomst». Jeg har valgt å fokusere på «Kitwoods blomst» fordi det er en mer aktivitetsbasert tilnærming til personsentrert omsorg, som jeg anser som mer hensiktsmessig i bruk til valgt problemstilling.

#### 2.4.1 Psykologiske behov ved demens - “Kitwoods blomst”

Alle mennesker har sosialpsykologiske behov, behov for trøst, tilknytning, sosial inkludering, beskjeftigelse og identitet. Behovene overlapper hverandre og møtes i et sentralt behov for kjærlighet. Oppfyllelse av et av disse behovene, vil i noen grad føre til oppfyllelse av de andre (Kitwood, 1997, s. 81).



Figur 1: «Kitwoods blomst» Fra En revurdering af demens - personen kommer i første række av Kitwood, T., 1999, s. 90

Behovene vi mennesker har er tydeligere hos personer med demens, fordi de er langt mer sårbare, og de er vanligvis i mindre stand til å ta initiativ som vil føre til at deres behov blir dekket. Behovsmønsteret vil variere avhengig av personlighet og livshistorie, og ofte øker behovene i takt med kognitiv svikt (Kitwood, 1997, s. 81). Kitwood presenterer de psykologiske behovene til personer med demens i en blomst med fem blader; identitet,

sosial inkludering, tilknytning, beskjeftigelse og trøst. Disse fem bladene med behov omkranser det sentrale behovet ethvert menneske har; kjærlighet. Kjærligheten innebærer en generøs, tilgivende og betingelsesløs aksept og en opplevelse av nærhet i omsorgen (Kitwood, 1997, s. 81).

### **Trøst**

Personer med demens på sykehjem vil ha et ekstra stort behov for *trøst*. Dette kan forklares ved at personer med demens har en følelse av tap, enten det kommer fra sorg, svikt i funksjoner eller avslutning på det livet de er vant til (Kitwood, 1997, s. 81).

### **Tilknytning**

Behovet for *tilknytning* hos personer med demens kan sammenlignes med det behov barn har i løpet av de første leveårene. Når verden og livet er full av usikkerhet, er det viktig med sikre tilknytninger for å kunne fungere godt, og kan sees på som et sikkerhetsnett i livet. Personer med demens på sykehjem kan føle på usikkerhet og bekymringer i den nye tilværelsen, og noen av de gode minnene fra tidligere og trygge tilknytninger kan gå tapt. Derfor vil dette behovet forsterkes når en får denne diagnosen og flytter på sykehjem (Kitwood, 1997, s. 82).

### **Sosial inkludering**

Å være inkludert i en gruppe er alltid vært viktig for oss mennesker – vi er skapt som flokkdyr og er sosiale vesener. Behovet for *sosial inkludering* kommer sterkere frem hos personer med demens, fordi det ikke lenger er like lett med en naturlig inkludering grunnet deres kognitive svikt. Følelsen av å være en del av noe større kan oppleves meningsfullt for personer med demens. Hvis behovet for inkludering ikke blir dekket, vil personen sannsynligvis avvise og trekke seg tilbake i en slags isolasjon. Blir behovet dekket, kan personen være i stand til å åpne seg og ta del i et fellesskap (Kitwood, 1997, s. 83).

### **Beskjeftigelse**

*Beskjeftigelse* kan beskrives som å ta del i livsprosessen på en måte som er personlig viktig, og som fører til positiv energi hos personen. Dette er viktig å trekke frem hos personer med demens, slik at en fokuserer på ressursene og ikke begrensningene personen har. Kitwood mener beskjeftigelse ofte handler om å ha et slags prosjekt gjennom livet, enten på jobb

eller på fritiden. Dette er fremdeles tilstede hos personer med demens på sykehjem, for å kunne oppnå dette er det gunstig å innhente opplysninger om personens fortid, slik at aktivitetene blir tilpasset hver enkelt (Kitwood, 1997, s. 83).

### **Identitet**

Kitwood definerer *identitet* som å vite hvem man er, kognitivt og følelsesmessig, som betyr å ha en følelse av kontinuitet med fortiden – en historie å presentere for andre. Personer med demens kan oppleve at deres identitet ikke opprettholdes. Å bo på en institusjon som sykehjem kan bidra til at vår identitet blir svekket, ved for eksempel å bli tildelt en ny identitet som «sykehjemsbeboer». For å kunne opprettholde identiteten kan to tiltak være avgjørende; å kjenne godt til beboerens livshistorie og bruk av empati. På grunn av hukommelsessvikt kan personer med demens ha utfordringer med å opprettholde sin identitet; da kan andre bidra til dette gjennom kjennskap til beboerens livshistorie. Det andre tiltaket, bruk av empati, betyr å se hvert individ som unikt (Kitwood, 1997, s. 84).

## **2.5 Sykepleiers funksjon**

Sykepleiere står ovenfor en rekke ansvar og funksjonsområder, som er både av direkte og indirekte pasientrettede oppgaver. De direkte pasientrettede oppgaver består av forebyggende og helsefremmende, behandlende, lindrende og rehabiliterende/habiliterende funksjoner. Undervisning og veiledning, administrasjon og ledelse, fagutvikling og forskning går under de indirekte pasientrettede oppgavene (Grønseth & Nortvedt, 2016, s. 22). For den valgte problemstillingen knyttes den helsefremmende og forebyggende funksjonen.

På sykehjem er det spesielt viktig med en helsefremmende funksjon, der beboernes evner og funksjoner raskt kan reduseres. En helsefremmende funksjon på sykehjem innebærer å styrke beboerens egne ressurser for å opprettholde normale funksjoner, for eksempel evnen til å stille seg selv (Grønseth & Nortvedt, 2016, s. 22). Personer med demens kan ha utfordringer med å utøve stell, men det er fremdeles viktig at sykepleieren fokuserer på beboerens ressurser, og legger til rette for at beboeren kan utøve det han/hun klarer selv. Dette handler om å utføre personsentrert omsorg i praksis, og ikke undergrave beboerens verdighet. Ved at sykepleiere retter fokuset mot beboerens ressurser, og lar han/hun utøve

det en klarer seg, vil dette være med på å opprettholde beboerens verdighet, og dermed fremme helse.

Personer med demens på sykehjem kan ha sviktende evner til å uttrykke egen helse på grunn av kognitiv svikt. Det er derfor viktig med sykepleiere som er gode på forebyggende arbeid; sykepleieren kan tidlig identifisere tegn og symptomer på at sykdommer utvikler seg og beboeren blir dårligere, slik at en raskt kan informere lege og iverksette riktig behandlingstiltak (Grønseth & Nortvedt, 2016, s. 22). Sykepleierens helsefremmende- og forebyggendefunksjon handler både om somatisk helse, men ikke minst om den psykiske helsen. Personer med demens med moderat til alvorlig grad, står ovenfor en rekke sosialpsykologiske behov; trøst, tilknytning, sosial inkludering, beskjefligelse og identitet (Kitwood, 1997, s. 81). Sykepleiere kan fremme og forebygge helse ved å møte disse sosialpsykologiske behovene hos personer med demens. Et eksempel på det er å tilrettelegge for meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet.

For å sikre pasienter behandling av god og høy kvalitet, samt sikre tillit mellom sykepleier og pasient, er sykepleiere underlagt Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2019).

Retningslinjens punkt 2, sykepleieren og pasienten, omhandler behandlings- og interaksjonssituasjoner mellom sykepleier og pasient. Her skal sykepleiere ivareta «den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket». Særlig sentralt er punkt 2.3, som uttaler at sykepleieren skal «ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg» (Norsk sykepleieforbund, 2019).

## 3 Metode

Metode er et verktøy en kan bruke for å innhente informasjon eller ved undersøkelse av et valgt tema. Riktig valg av metode hjelper oss til å samle inn relevant data på en strukturert og grundig måte. Dette kan være med på å gi presise svar på oppgavens spørsmål. Metode kan være kvantitativ eller kvalitativ. Fordelen med kvantitativ metode er at den gir data i form av målbare enheter. Kvalitativ metode brukes til å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2017, s. 52).

### 3.1 Valg av metode

Metoden som er brukt for å besvare valgt problemstilling er litterær oppgave, som er en forenklet versjon av litteraturstudie. Ifølge Dalland (2017) innebærer en litterær oppgave å hente data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2017, s. 207). Denne oppgaven vil ikke avdekke ny kunnskap, men baserer seg på allerede utgitte forskningsartikler og faglitteratur for å svare på problemstillingen.

### 3.2 Søkestrategi

For å få en oversikt over forskningsartikler om valgt tema, startet jeg med et generelt søk i ulike databaser. Databasene som ble anvendt var Google Scholar, PubMed, Medline, Cinahl, Svemed+ og Oria. Etter flere søk valgte jeg følgende databaser: Cinahl, PubMed og Oria. Artiklenes relevans og aktualitet, samt at disse databasene er spesielt egnet for sykepleiere, var utslagsgivende for valget. Jeg har hatt tilgang på disse databasene gjennom høgskolens bibliotek. Søkeprosessen har foregått i perioden januar 2021–februar 2021.

#### 3.2.1 Utvikling av søkeord

Søkeprosessen ble innledet med et generelt søk på temaene i problemstillingen på databasen Google Scholar. Videre utvidet jeg søket til et mer spesifikt søk på Cinahl og PubMed der jeg brukte utvalgte enkeltord fra problemstillingen, i tillegg til synonymer. PICO-skjema ble benyttet for å finne de utvalgte søkeordene (se tabell 1). PICO-skjema er et



verktøy som hjelper med å gjøre problemstillingen tydelig og presis, og som er med på å gi struktur og klargjøre problemstillingen for litteratursøk (Helsebiblioteket, 2016). Mine søkeord ble oversatt til engelsk ved bruk av Ordnett.no, dette for å få et bredere spekter av artikler, både norske og internasjonale. Jeg har brukt MESH-ord for å finne synonymer til enkeltord fra problemstillingen. MESH er et system der en kan søke opp enkelte ord for å finne autoriserte søkeord, også kalt MeSH-hovedtermer, som gjør det enklere å søke i internasjonale informasjonskilder (Legemiddelaktuelt, 2018). Kombinasjonene som er brukt i søk 2 i Cinahl (tabell 2) er brukt for å få et større spekter av treff. Flere av ordene i denne kombinasjonen har jeg funnet som emneord i andre artikler jeg har lest, og ord fra databasen Cinahl. Søkeordet «life story work» kom som et forslag på Cinahl da jeg først skulle bruke søkeordet «life story». Etter å ha lest noen artikler på temaet, så jeg at flere artikler også hadde brukt dette emneordet.

P – patient, problem	Pasienter med <b>demens på sykehjem</b>
I - intervention	<b>Livshistoriearbeid</b> , bruk av livshistorie
C - comparison	
O - outcome	Fremme <b>personsentrert omsorg</b>

Tabell 1: PICO-skjema

### 3.2.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjon- og eksklusjonskriterier er brukt for å avgrense søkene, slik at artiklene vil stille seg mer relevant til problemstillingen. Jeg har valgt å inkludere pasientgruppen fra 65 år og eldre, da det er denne pasientgruppen som svarer best til problemstillingen. Videre ble artikler som hadde engelsk eller skandinavisk skriftspråk inkludert, hvorav alle er fagfellevurderte tidsskrifter. Forhold som ikke er overførbare til norske forhold er ekskludert. Alle artiklene jeg har valgt å bruke har vært tilgjengelig i full tekst.

### 3.2.3 Søkeprosessen

Søkeprosessen ble utført i databasene Cinahl og Pubmed. I tabellene under vil søkeord og antall treff presentert, samt inkluderte artikler og deres relevans for oppgaven. Målet med

søket var å finne relevante forskningsartikler som ville belyse problemstillingen. Artikler som inneholdt eksklusjonskriterier, eller som ikke belyste valgt problemstilling, ble utelukket.

SØK	SØKEORD	TREFF
1	Dementia	66 092
2	nursing homes OR care homes OR long term care OR residential care OR aged care facility	102 728
3	Life story work	88
4	#1 AND #2 AND #3	9
5	Fra 2010 – 2020	8

Tabell 2: Søk i Cinahl 29.01.21

I søk nr. 4 fikk jeg 9 treff, men justerte utgivelsesår til 2010–2020, slik at artiklene skulle få en større relevans til problemstillingen. I søk nr. 5 fikk jeg 8 treff hvor jeg leste overskriftene og sammendraget på alle artiklene (tabell 2). Fire artikler var ikke relevante, og ble utelukket. Videre leste jeg fulltekst på de resterende fire artiklene, og inkluderte tre av disse forskningsartiklene til videre bruk. «The use of life story work with people with dementia to enhance person-centered care» beskriver hvordan bruk av livshistorie påvirker omsorgsutførelsen og hvordan personer med demens opplever det å fortelle sin historie. «The impact of life story work on person-ventered care for people with dementia living in long-stay care settings in Irland» sier noe om helsepersonalets forståelse av personer med demens gjennom aktiv bruk av livshistorie. Den siste artikkelen «Life story work with person with dementia in nursing homes: A grounded theory syudy of the perspectives of care staff» omhandler betydningen av helsepersonellets forståelse av livshistoriearbeid har for deres omsorg til personer med demens og hvordan innhenting av opplysninger gjøres i praksis.

SØK	SØKEORD	TREFF
1	Dementia	95 225
2	Life story*	504
3	Nursing	115 180
4	#1 AND #2 AND #3	36
5	Fra 2011-2021	21

Tabell 3: Søk i PubMed 15.02.21

Ved søk i PubMed justerte jeg og endret noen av søkeordene, i håp om å få flere treff. Jeg endret til «life story\*» med trunkering og «nursing» i stedet for «nursing home» for å oppnå et bredere søk og fange flere artikler. Som det kommer frem i tabell 2, resulterte det i noen flere treff, uten at det ga det største utfallet i antall valgte artikler. Det var også flere av artiklene som både kom som treff i Cinahl og PubMed. I søk nr. 4 fikk jeg 36 treff (se tabell 3), men inkluderte artikler fra perioden 2011–2021, slik at artiklene ville få en større relevans for problemstillingen. I søk nr. 5 fikk jeg 21 treff (se tabell 3) hvor jeg leste overskriften og sammendraget på alle artiklene. Jeg utelukket 14 artikler og leste fulltekst på de resterende syv. De fleste svarte ikke relevant på valgt problemstilling, og til slutt valgte jeg å inkludere en artikkel: «You have to be mindful of whose story it is: The challenges of undertaking life story work with people with dementia and their family carers» sier noe om utfordringer og negative sider ved bruk av livshistorie i omsorgsarbeidet.

Den siste artikkelen som er inkludert i oppgaven er: How individuals with dementia in nursing homes maintain their dignity through life storytelling – a case study. Denne har jeg funnet gjennom et enkelt søkt på forfatteren Anne Kari Tolo Heggstad på Oria. Artikkelen beskriver hvordan beboerne selv bruker livshistorien for å opprettholde eller fremme deres identitetsverdighet på sykehjem.

### 3.2.4 Bearbeiding og oppsummering av funn

I utarbeidingen av funnene gjorde jeg et systematisk oversikt av de ulike temaene i artiklene. Jeg startet med å lese alle artiklene, for deretter å sortere de ulike funnene på bakgrunn av

likheter og ulikheter. Funnene ble sortert på tvers av artiklene, slik at jeg så hvilke tematikker som hang sammen. Det resulterte i følgende tematikker:

- Bruk av livshistorie gjorde det lettere å se personen bak diagnosen, og det å forstå personens verdier og preferanser.
- Livshistoriearbeid er metode som lettet kommunikasjonen, og fikk personer med demens til å snakke.
- Beboerne bruker livshistorie til å skape sammenheng i en kaotisk verden og en måte å bli sett og hørt på – og dermed en måte å opprettholde og fremme fortellerens identitet eller sosiale verdighet.
- Sensitiv informasjon kan komme frem gjennom arbeid med livshistorie.
- Det kan komme utfordringer når personen selv ikke klarer verbalt å formidle sin historie.
- Utfordringer med utforming av minneboken. Kvaliteten på minneboken, herunder skrive- og grammatiske feil, sees å være viktig.

### 3.3 Søk etter faglitteratur

For å finne relevant faglitteratur til oppgaven har jeg utforsket høyskolens bibliotek under temaene demens, personsentrert omsorg og livshistorie, samt brukt pensumlitteratur.

Pensumlitteraturen jeg har brukt har jeg blitt kjent med gjennom tre år på sykepleiestudiet. Jeg har brukt Oria, som er en av bibliotekets databaser, for å finne de spesifikke bøkene. Ved søk på de aktuelle temaene, har jeg funnet følgende bøker aktuelle: *Se hvem jeg er!*

*Personsentrert omsorg ved demens* av A.M.M Rokstad, *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* av K. Engedal & P.K Haugen og *Dementia Reconsidered the person comes first* av T. Kitwood. Faglitteraturen er brukt for å belyse relevant teori for å besvare problemstillingen.

### 3.4 Metode- og kildekritikk

Kildekritikk betyr å vurdere og gjøre seg opp en mening om den litteraturen en har funnet. Det handler om å kunne vurdere og ta et kritisk valg om litteraturen, og en skal vurdere om

den lar seg bruke til å beskrive og belyse valgt problemstilling (Dalland & Trygstad, 2017, s. 158). Det er mye forskning på temaet personer med demens, og derfor har jeg prøvd å forholde meg til nyere litteratur, slik at fagstoffet er så oppdatert som mulig, med ett unntak. Det gjelder primærkilden på personsentrert omsorg. Det var den britiske sosialpsykologen Tom Kitwood som først beskrev begrepet, og hans bok «Dementia Reconsidered: The Person Comes First» fra 1997 har jeg derfor brukt som primærkilde på området. Kilden er 23 år gammel, men den refereres fremdeles til av fagfolk, og derfor vurderer jeg den som relevant.

Fire av forskningsartiklene som er inkludert i oppgaven er ikke hentet fra norske forhold, men forholdene som er brukt er overførbare og kan sammenlignes, samt relateres til de forholdene vi har i Norge. Jeg har kvalitetsvurdert artiklene ut fra sjekklisten «Kvalitativ studie», hentet fra Helsebiblioteket.no, 2016. Dette for å kvalitetssikre troverdigheten på artiklene som er inkludert i oppgaven. Fire av artiklene som er inkludert i oppgaven og boken til Tom Kitwood er skrevet på engelsk, og det kan derfor ha oppstått mistolkninger i oversettelse av teksten.

Faglitteraturen om personsentrert omsorg er hentet fra Tom Kitwoods bok «Dementia reconsidered the person comes first» som er primærkilden på området. Primærkilden er benyttet for å minske faren ved bruk av sekundærkilder. I en sekundærkilde kan faktaene endres og tolkes annerledes, som kan være med på å endre hovedpoenger, og forståelsen kan dermed mistolkes (Dalland, 2017, s. 162).

Denne oppgaven er en litterær oppgave og dermed en forenklet versjon av en litteraturstudie. Dette setter noen begrensninger for omfanget. Oppgaven har kun inkludert noen få artikler, og jeg har dermed ikke saumfart feltet for forskning, som resulterer i at forskningen jeg har funnet kan være begrenset. Jeg har funnet artiklene på databasene Cinahl og Pubmed, som er databaser egnet for helsepersonell, samt Oria.

### **3.5 Ethiske overveielser**

Etikken er en rettesnor for riktig og god livsførsel, og skal gi oss veiledning og grunnlag for vurderinger vi tar i moralsk vanskelige situasjoner før vi handler (Dalland, 2017, s. 236). Et

viktig etisk prinsipp i oppgaveskrivingen er å kildehenvise korrekt gjennom hele oppgaven. Jeg har brukt APA7 og VIDs retningslinjer for akademisk oppgaveskriving, dette vil sikre kreditering av rett forfatter på riktig måte. Artikkene som er inkludert i oppgaven er fagfelleverderte, som sikrer vitenskapelig kvalitet på artiklene. Fagfellevurdering er en kvalitetssikring der flere eksperter innen det gitte fagfelt kritisk vurderer artiklenes vitenskapelige innhold før publisering (Svartdal, 2021).

## 4 Funn

### 4.1 Artikkel 1

**Forfatter, år, tittel, tidsskrift:** McKeown, J., Clarke, A., Ingleton, C., Ryan, T. & Repper, J. (2010). The use of life story work with people with dementia to enhance person centered care. *International Journal of Older People Nursing*

**Hensikt:** Hensikten med studien var å finne ut hvordan personer med demens opplever bruk av livshistorie, og hvordan det påvirker utførelsen og resultatet av omsorgen, og å se hvordan bruk av livshistorie forstås og hvordan det brukes i praksis.

**Metode:** Kvalitativ metode med case-studier, som baserer seg på 21 intervjuer av sykepleiere, hjelpepleiere, pårørende, ergoterapeuter og omsorgsarbeidere.

#### Hovedfunn:

- Bruk av livshistorie fikk personalet til å se personen bak pasienten, som var med på å økte pleiepersonalets forståelse av personen de hadde ansvar for.
- Livshistorie var med på å få stemmen til personen med demens til å bli hørt.
- Å arbeide med livshistorie får frem stolthet hos personen med demens, og å at de kunne verdsette eget liv.

### 4.2 Artikkel 2

**Forfatter, år, tittel, tidsskrift:** Cooney, A. & O'Shea, E. (2019). The impact of life story work on person-centred care for people with dementia living in long-stay care settings in Ireland. *Dementia (London, England)*

**Hensikt:** Hensikten med studien var å utforske om det å kjenne personens livshistorie forbedrer helsepersonellens forståelse av personen med demens, og om denne forståelsen påvirker vedkommendes omsorg.

**Metode:** Artikkelen er basert på kvalitativ forskning og et dybdeintervju med 11 sykepleiere og 12 pleieassistenter.

**Hovedfunn:**

- Hjalp personalet til å se og forstå personer med demens, deres verdier og hva som opptar dem.
- Lette kommunikasjonen og bidro til å bygge relasjoner.
- Fikk personalet til å skifte til et mer personsentrert fokus i omsorgsutøvelsen.
- Livshistoriearbeid var med på å skape emosjonelle og meningsfulle relasjoner til personer med demens.

### 4.3 Artikkel 3

**Forfatter, år, tittel, tidsskrift:** McKeown, J., Ryan, T., Ingleton, C. & Clarke, A. (2015). 'You have to be mindful of whose story it is': The challenges of undertaking life story work with people with dementia and their family carers. *Dementia (London, England)*

**Hensikt:** Hensikten med studie er å vurdere utfordringer som kan oppstå i prosessen ved bruk av livshistorie, samt se på hvordan disse utfordringene kan minimeres.

**Metode:** Studien er av kvalitativ metode, en casestudieanalyse. Datainnsamlingen inkluderte intervjuer, observasjoner, samtaler og feltnotater. Deltagerne i studien var helsepersonell.

**Hovedfunn:**

- Sensitiv informasjon kan bli utlevert gjennom bruk av livshistorie.
- Det kan komme utfordringer hvis personen selv ikke klarer å involveres i arbeidet, og livshistorieboken blir utformet ved hjelp av pårørende og pleiepersonalet.
- Kvaliteten på livshistorieboken er avgjørende for resultatet.



## 4.4 Artikkel 4

**Forfatter, år, tittel, tidsskrift:** Berendonk, C., & Caine, V. (2019). Life story work with persons with dementia in nursing homes: A Grounded Theory study of the perspectives of care staff. *Dementia (London, England)*

**Hensikt:** Hensikten med studiet var å få innsikt i helsepersonellens forståelse av livshistoriearbeid og hvordan dette påvirker deres omsorg når de jobber med personer med demens.

**Metode:** Det er en kvalitativ studie, der det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer med 36 ansatte ved 7 forskjellige sykehjem i Tyskland.

**Hovedfunn:**

- Innhenting av informasjon skjedde gjennom pårørende fordi helsepersonellet var opptatt av pålitelig informasjon, som kan føre til fare for at personer med demens ikke lenger ble sett på som individer.
- Interesse for nåværende meningsfulle historier og opplevelser. Omsorgspersonalet var opptatt av personens indre synspunkter, gjennom det verbale, og også hendelser og aktiviteter de observerte.

## 4.5 Artikkel 5

**Forfatter, år, tittel, tidsskrift:** Heggstad, A. K. T. & Slettebø, A. (2015). How individuals with dementia in nursing homes maintain their dignity through life storytelling – a case study. *Journal of Clinical Nursing*

**Hensikt:** Hensikten med studien var å presentere og diskutere funn om hva personer med demens gjør for å opprettholde eller fremme deres identitetsverdighet gjennom livshistorien når de bor på sykehjem.

**Metode:** Kvalitativ metode med case-studier, som baserer seg på deltakerobservasjoner og kvalitative intervjuer med 5 beboere med demens på to forskjellige sykehjem. I den samlede studien ble 15 beboere med demens fra disse sykehjemsavdelingene inkludert.

**Hovedfunn:**

- Beboerne bruker livshistorie til å skape sammenheng i en kaotisk verden og en måte å bli sett og hørt på – og dermed en måte å opprettholde og fremme fortellerens identitet eller sosiale verdighet.

## 5 Drøfting

I det følgende kapittel vil problemstillingen «*Hvordan kan sykepleiere bruke livshistorie som verktøy for å fremme personsentrert omsorg hos sykehjemsbeboere med demens?*» bli drøftet i lys av sentrale funn fra artiklene, teoretiske perspektiv og relevant litteratur. Jeg har valgt å organisere diskusjonen etter det teoretiske perspektivet. Drøftingen er delt inn i fem hovedområder; trøst, tilknytning, sosial inkludering, beskjeftigelse og identitet, samsvarende med de fem sentrale psykososiale behovene til personer med demens, som personsentrert omsorg er bygget rundt (Kitwood, 1997).

### 5.1 Trøst

Kitwood forklarer at behovet for trøst forsterkes hos personer med demens fordi de har en sterkere følelse av tap, enten det kommer fra sorg, svikt i funksjoner eller avslutning på det livet de er vant til (Kitwood, 1997, s. 81). Når en flytter på sykehjem starter en ny epoke av livet, og hverdagen blir ikke den samme som tidligere. Overgangen kan føre til et forsterket behov for trøst. En av studiene viser at bruk av livshistorie er med på å gi en økt forståelse for personer med demens fra personalet sin side (McKeown et al., 2010). Når helsepersonell kjente til personens historie var det med å gi en forståelse av personen fordi de klarte i en større grad å se personen bak diagnosen, som dermed vil hjelpe helsepersonell til å gi nødvendig trøst og vise forståelse for personer med demens. Denne forståelsen er med på at helsepersonell ser personen med demens, og ser hvem han/hun egentlig er. Det er viktig at personer med demens blir sett grunnet deres kognitive svikt, blant annet reduserte språkevner (Engedal & Haugen, 2018, s. 29). Personer med demens kan i tillegg ha affektive symptomer, som er endringer i en persons følelser og emosjonelle reaksjoner, for eksempel depresjon og angst (Selbæk, 2018, s. 247). Den mulige kombinasjonen av svekkede språkevner og depresjon eller angst vil kunne gjøre personer med demens ekstra sårbare, og det er særdeles viktig at helsepersonell oppfatter deres behov for trøst i slike tilfeller.

Videre kan reduserte språkevner hos personer med demens gjøre det utfordrende for helsepersonell å utøve tilstrekkelig pleie og omsorg, fordi en ikke kjenner til behovene til hver enkelt, og beboeren klarer ikke å uttrykke sine behov tilstrekkelig. Dog vil bruk av

livshistorie gjøre arbeidet med å utøve tilstrekkelig pleie og omsorg lettere. I en studie fra 2019 kom det frem at helsepersonell lærte mer om omsorgsbehovet til personer med demens gjennom å engasjere seg i livshistoriearbeidet enn av omsorgsplanene de i utgangspunktet gikk ut ifra (Cooney & O'Shea, 2019). Gjennom bruk av livshistorie vil blant annet tap av nære personer og andre hendelser komme frem, som kan være helt sentralt for å gi nødvendig trøst. Dette viser viktigheten av å kjenne til personers historie for å gi tilstrekkelig omsorg, herunder også trøst. Da jeg var i praksis på sykehjem erfarte jeg viktigheten med å kjenne til beboerens historie for å kunne gi tilstrekkelig trøst. Det var en beboer som ofte var lei seg og gråt mye, og samtidig hadde utfordringer med å uttrykke seg verbalt. I starten var det vanskelig å trøste og å vite hva han var lei seg for. Da jeg ble kjent med beboeren og hans historie forsto jeg hvorfor; han hadde tidligere mistet sin kone i en ulykke, noe han sørget over daglig. Etter dette ble det lettere å gi beboeren den trøsten og forståelsen han trengte.

Å oppleve sorg er noe alle gjør, men denne sorgen kan være forsterket hos personer med demens fordi de har en sterkere følelse av tap (Kitwood, 1997, s. 81). På grunn av deres hukommelsessvikt kan sorg som følge av dødsfall i nære relasjoner komme frem gjentatte ganger i løpet av en dag, som i erfaringen over. Personer med demens kan glemme at ektemannen deres gikk bort for 3 år siden, og å bli minnet på dette gjentatte ganger vil forsterke denne sorgen. Bruk av minnebok, som er en oppsummering av livshistorien gjennom bruk av bilder, kan være med å trøste når en har det vanskelig. Ved å se og bla i minneboken ser personen med demens bilder av seg selv med gode minner, dette vil være med på å gi en positiv sinnsstemning. Selv om personer med demens ikke husker hva som vekket den positive følelsen, vil en huske denne gode følelsen (Bekkhuis-Wetteberg, 2020).

## **5.2 Tilknytning**

Behovet for tilknytning forsterkes når personer får demens og flytter på sykehjem fordi personen da kan føle på usikkerhet og bekymring i deres nye tilværelse (Kitwood, 1997, s. 82). Hukommelsesproblemer er et kjent symptom hos personer med demens (Engedal & Haugen, 2018, s. 29) og det gjør det mer utfordrende å endre sine fysiske omgivelser, slik som å flytte på sykehjem. Ved en slik endring av omgivelser vil personen ha utfordringer

med å kjenne seg igjen og orientere seg, og husker ikke at han/hun har flyttet fra trygge og kjente omgivelser. Tidsforskyvning er også svært vanlig hos personer med demens (Berentsen et al., 2007), som gjør at personens virkelighetsoppfatning går tilbake i tid. Da kan det oppstå forvirring om nåtiden, som vil gjøre behovet for trygge tilknytninger sterkere.

En studie om bruk av livshistorie viser at det i større grad ble bygd relasjoner mellom helsepersonell og personer med demens, fordi livshistoriearbeid bidro til å lette kommunikasjonen dem imellom (Cooney & O'Shea, 2019). Forståelse av personens livshistorie kan gjøre det lettere å invitere og å opprettholde samtaler. Med bakgrunnsstoff om personens livshistorie, vil det gjøre det lettere å innlede samtalen om temaer som opptar beboeren, og å stille relevante spørsmål fra personens liv. Forståelse om deres fortid gjør det lettere å snakke med beboerne, noe som vil gjøre dem mer komfortable. Dette kan forklares med at beboerne får en følelse av at helsepersonellet kjenner dem (Cooney & O'Shea, 2019). Denne relasjonen vil være med på å gi trygghet til beboeren som kan gjøre at behovet for tilknytning oppfylles. Ved en god relasjon til helsepersonellet kan beboeren føle på en trygghet, og bekymringer knyttet til den nye tilværelsen kan med dette minskes.

I en norsk studie kommer beboernes egen stemme frem, noe som er viktig i den personsentrerte tilnærmingen. Studien baserer seg på intervjuer av personer med demens og forskningen viser at aktiv bruk av livshistorie har en positiv innvirkning på personene (Heggstad & Slettebø, 2015). Brukerne selv sier at livshistoriearbeid er med på få frem mestringsfølelse – det å fortelle egen historie er et område en selv er ekspert på. Her kan ingen irrettesette eller si at det en forteller er feil (Heggstad & Slettebø, 2015). Herunder er det viktig at personen selv får fortelle sin historie, uavhengig av hvordan historien blir kommunisert på. Personer med demens kan ha utfordringer med å kommunisere verbalt, men gjennom handling, bilder og gjenstander kan en likevel formidle en historie. Personer med demens er ofte i en situasjon, grunnet sin diagnose, som oppleves merkelig og fremmed, som videre forsterker behovet for tilknytning (Rokstad, 2021, s. 75). Ved å føle på en tilknytning til egen historie, kan det være med på å gjøre situasjonen på et sykehjem mindre fremmed.

Validering kan være med på å opprettholde behovet for tilknytning. Validering er en kommunikasjonsform som innebærer å møte personen der en er, og akseptere og støtte den

virkeligheten personen med demens opplever å befinne seg i (Rokstad, 2014, s. 53). For å kunne gjennomføre dette vil det å kjenne til personens historie være avgjørende. Symptomer på demens er blant annet tidsforskyvning (Berentsen et al, 2007), og personen kan da komme med utsagn om deres fortid, og oppleve det som virkeligheten nå. Hukommelsestap er også med på å gjøre at personen ikke husker hvor han/hun er. For å ikke korrigere personen eller lyve om deres utsagn, kan det å kjenne til personens livshistorie være viktig. Da vil helsepersonellet kunne gi anerkjennelse for personens virkelighetsoppfatning, og skape en trygghetsfølelse og tilknytning (Rokstad, 2021, s. 76). Da jeg jobbet på sykehjem var det en dame med demens som ofte gråt og spurte etter mannen sin. Mannen hennes var død, og hadde gått bort for 3 år siden. Dette husket ikke damen, og da hun gjentatte ganger spurte etter mannen sin, svarte jeg ofte med gode minner de hadde opplevd sammen, og snakker om deres liv, uten å fortelle direkte at mannen hadde gått bort. Dette gjorde at hun trakk på smilebåndet og kjente på en tilhørighet, samtidig som hun mimret over de gode minnene.

### **5.3 Sosial inkludering**

Sosial inkludering handler om å være en del av noe større, som en gruppe eller et fellesskap med flere andre. Behovet for å være inkludert kommer sterkere frem hos personer med demens fordi det ikke lenger er like lett med en naturlig inkludering grunnet deres kognitive svikt. På tross av denne vil følelsen av å være en del av noe større oppleves meningsfullt for personer med demens (Kitwood, 1997, s. 83). Kognitiv svikt og nedsatte språkevner kan gjøre det utfordrende for personer med demens å etablere eller vedlikeholde relasjoner til andre rundt seg. Dette kan videre være en risiko for å bli sosialt isolert. Personer med demens vil derfor være avhengig av at helsepersonell tilrettelegger for sosiale relasjoner og bidra til at de føler seg velkommen og akseptert (Rokstad, 2021, s. 77).

En av studiene viser at aktiv bruk av livshistorie er med på å bedre kommunikasjonen mellom beboer og helsepersonell (Cooney & O'Shea, 2019). Dette er i tråd med Rokstads beskrivelser om viktigheten av at helsepersonell legger til rette for sosiale relasjoner for personer med demens (Rokstad, 2021, s. 77), og bruk av livshistorie kan være et nyttig verktøy for nettopp det. Med bakgrunnsstoff om personens livshistorie vil sykepleiere og

annet helsepersonell lettere å ha noe relevant å snakke om, og samtaleemnet vil være noe som opptar beboeren, og kanskje også flere beboere samtidig. Å ha noe relevant å snakke om kan gjøre det lettere å inkludere beboerne i et fellesskap som dagligstuen. Jeg har erfart at beboerne ofte sitter for seg selv i dagligstuen. Å kjenne til beboernes livshistorie vil være med på å inkludere beboerne i fellesskapet. Mine erfaringer fra sykehjem sier at det er lettere å inkludere beboere i en felles samtale i stuen eller ved frokostbordet hvis jeg har god livshistoriekjennskap – å kjenne til deres interesser og preferanser. Da kan jeg for eksempel snakke om noe jeg vet opptar flere av beboerne rundt bordet, som vil involvere flere i samtalen og de vil føle seg inkludert i fellesskapet.

For å kunne kjenne til personens bakgrunn, kultur og verdier vil bruk av livshistorie være et godt verktøy. Studien til Cooney og O'Shea (2019) viser at bruk av livshistorie hjalp personalet til å forstå personer med demens, deres verdier, bakgrunn og hva som opptar dem. Dette henger sammen med Rokstads beskrivelser om viktigheten av å kjenne til personens bakgrunn for å respektere personens kultur og verdier. Alle har forskjellig kulturbakgrunn og livsløp, og dette er noe som må aksepteres og anerkjennes. Aksept er viktig for å bli inkludert, og summen av at alle blir akseptert og inkludert gir en åpen og god atmosfære på sykehjemmet. Dette vil være med på å bekrefte vedkommens verdi som et unikt menneske (Rokstad, 2021, s. 79).

## 5.4 Beskjeftigelse

Beskjeftigelse er å få ta del i livsprosessen på en måte som er personlig viktig, og som fører til positiv energi hos personen (Kitwood, 1997, s. 83). Å ta del i meningsfulle aktiviteter som tar hensyn til personens evner går under behovet for beskjeftigelse (Rokstad, 2021, s. 80).

En av studiene viser at aktiv bruk av livshistorie muliggjør at stemmen til personer med demens blir hørt (McKeown et al., 2010). Gjennom bruk av livshistorie viser det seg at beboerne kom til ordet og begynte å snakke om sitt liv. Hukommelsestapet hos personer med demens er ofte betydelig, men ved å bruke gjenkjenning som metode for å tenke tilbake på minner fra fortiden gjør det personen i stand til å huske mer. Ved hjelp av ledetråder fra omgivelsene, som for eksempel bilder, vil det hjelpe personen til å huske (Engedal & Haugen, 2018, s. 34). Bruk av minnealbum vil være et godt alternativ for å

gjenkjenne og snakke om minner – denne består av sentrale hendelser og personer gjennom personens liv (Bekkehus-Wetteberg, 2020). Et godt eksempel på at livshistorie får personer med demens til å snakke kom frem i studien til McKeown et al., (2010). I tilfellet i studien var beboerens stemme i utgangspunktet tapt bak angst og frustrasjon, men ved bruk av livshistorie var helsepersonellet i stand til å distrahere henne ved å snakke om hennes fortid som lærer og å bo i forskjellige deler av landet. Ved at helsepersonellet hadde bakgrunnsstoff om beboerens fortid, var det med på å få henne til å snakke. Dette vil gjøre det lettere få personer med demens å være delaktig og involvert i egen pleie, da de får mulighet til å kommunisere egne preferanser og ønsker.

Sykehjemsbeboere opplever at hverdagen på sykehjemmet er langsomme og alle dager er like (Mjørud et al., 2017). En av studiene viser at livshistoriearbeid får frem viktigheten av å møte personen der han/hun er, og møte de omsorgsbehov hver enkelt har gjennom å gi målrettede aktiviteter som reflekterte individuelle preferanser (Cooney & O'Shea, 2019). Å bo på et sykehjem innebærer å forholde seg til gitte rutiner og regler, noe som kan oppleves som tap av frihet og færre muligheter for individuelle valg. Personer med demens beskriver at det å være avhengig av personalet for å kunne opprettholde kjente aktiviteter hemmer deres autonomi (Førsund et al., s. 21, 2018). Dette peker på viktigheten av individualiserte tilpasninger for at personene skal kunne få oppleve frihet og autonomi i hverdagen. Det er derfor viktig at personer med demens får være delaktig i utforming av deres rutiner og behov i det daglige.

Bruk av livshistorie kan føre til at beboerne får en hverdag fylt med meningsfulle aktiviteter, men dette krever tid og en personsentrert tilnærming gjennom hele døgnet. Et godt verktøy for å kartlegge hver enkelts interesser og hva som opptar dem er bruk av livshistorie. Dette fordi alle har forskjellige preferanser, og hva som oppleves meningsfylt for én er kanskje ikke det for en annen. Livshistoriearbeid krever dog mye tid hos personalet i en ellers hektisk hverdag på sykehjem. I en fagartikkel skrevet av sykepleiere kommer det frem at sykepleiere føler på et tidspress som gjør at de kun får utøvd den mest nødvendige pleien (Nydal et al., 2016). Å utføre en personsentrert tilnærming ved bruk av livshistorie kan dermed være utfordrende i praksis.



## 5.5 Identitet

I beskrivelsen av de fem psykososiale behovene understreker Kitwood (1997) viktigheten av å vite om personens livshistorie for å opprettholde dens identitet. Når en flytter på sykehjem kan en fort få tildelt en ny identitet – «sykehjemsbeboer», som igjen fører til at egen identitet svekkes (Kitwood, 1997, s. 84). Dette forsterker viktigheten av at identiteten opprettholdes ved hjelp av andre tiltak. Blant tiltakene Kitwood nevner er å kjenne til personens livshistorie (Kitwood, 1997, s. 84).

Det kan være vanskelig for personer med demens til å finne muligheter for å være stolt av seg selv og verdsette sine egne liv. Ved aktivt livshistoriearbeid legges et godt grunnlag for å opprettholde identitet (McKeown et al., 2010). I en av studiene førte slik aktiv bruk av livshistorie til at beboeren følte på en stolthet; en stolthet over eget liv, og samtidig stolt av at andre var villig til å bruke tid på deres livshistorie. Gjennom studien så de beboere som gikk fra å være innesluttet og krokrygget, til å gå rakrygget nedover korridoren, stolt over det livet de hadde levd (McKeown et al., 2010). Livshistoriearbeid kan med dette anses som helsefremmende, som er en viktig del av sykepleieutøvelsen. Å drive helsefremmende arbeid hos personer med demens er minst like viktig som det somatiske, da det ikke finnes noe helbredende behandling for demens (Helsebiblioteket, 2019).

En utfordring ved bruk av livshistorie er at det kan føre til personlige avsløringer, og sensitiv informasjon kan bli utlevert (McKeown et al., 2015). Uønskede hendelser og personlige opplysninger som beboeren i utgangspunktet ikke vil skal komme frem i dagens lys, kan bli avslørt gjennom bruk av livshistorie. Demensdiagnosen kan gjøre at personen har vansker med å skille relevant og irrelevant informasjon (Engedal & Haugen, 2018, s. 40). Dette kan sees ved at personen ikke tenker over hva den sier, og et «filter» en tidligere hadde kan bli svekket i takt med utviklingen av demensdiagnosen. Å ikke tenke over hva en sier kan føre til at personlig informasjon kan bli utlevert av den enkelte beboer selv. Dette kan være med på å svekke beboerens selvbilde, og den ønskede effekt av omsorgen oppnås ikke.

Når fokuset til pleiepersonalet er på personen bak diagnosen, vil det være med på å fremme personens interesser og verdier, som igjen vil være med på å styrke personligheten og få frem hvem han/hun egentlig er (Cooney & O'Shea 2019). Dette funnet bekreftes i en norsk

studie som utforsket behovene hos personer med demens. Denne studien viser at personene ønsker å beholde sin identitet, som en overordnet forståelse av behovet for å være den de er (Telenius et al., 2020). Personsentrert omsorg er med på å flytte fokuset fra diagnosen og over til personen, som vil være med på å styrke personens identitet (Cooney & O'Shea 2019). Disse studiene tydeliggjør behovet personer med demens har for opprettholdelse av identitet, noe livshistoriearbeid kan være en viktig del av.

På en annen side vil selve innhentningen av livshistorien til personer med demens kunne spille en avgjørende rolle for følelsen av identitet. Innhentningen av informasjon skjer gjennom skjemaer som pårørende fyller ut; hvem sin historie er det egentlig som formidles hvis innhentningen av informasjon skjer gjennom pårørende? Studien til Berendonk & Caine (2019) viser at når pleiepersonell henvendte seg til pårørende for å få pålitelig informasjon til livshistoriearbeidet, oppstår det en risiko for at personen ikke lenger blir sett på som et individ med en egen historie. Livshistorien består av svært mange hendelser, opplevelser og inntrykk; en pårørende vil vite om mange av disse, og sannsynligvis kunne fortelle og forklare om disse, men det vil ikke nødvendigvis være slik personen med demens *opplevde* det. Uten å gå inn i en filosofisk utredning er det jo nettopp dette livet er – opplevelser av hendelser, ikke hendelsene i seg selv. Mennesker er forskjellige, og det er ikke utenkelig at personen har holdt viktige hendelser i skjult for venner og familie – kanskje er det bare en avdød ektemake som har visst om det? Det er derfor viktig at beboeren selv identifiserer seg med historien og opplever den som sin egen. Uten denne identifikasjonen vil effekten av livshistoriearbeidet være svekket.

Imidlertid kan innhenting av livshistorie skje gjennom beboerens handlinger, møbler og nonverbal kommunikasjon, på tross av at beboeren ikke er i stand til å verbalt kommunisere adekvat. Helsepersonell kan gjenkjenne nye opplevelser og preferanser hos beboerne ved å observere handlinger og vaner over tid (Berendonk & Caine, 2019). Det kan tenkes at innhenting på denne måten øker identifikasjonsfølelsen til beboeren for egen livshistorie, men vil kreve med tid og innsats fra helsepersonellet.

## 5.6 Livshistorie som en del av personsentrert tilnærming

Generelt sett er det noen utfordringer ved å arbeide med livshistorie som en del av personsentrert tilnærming. Livshistorie tar tid, krever engasjement og også opplæring av omsorgspersonalet (Cooney & O'Shea, 2019). Helsepersonell på sykehjem føler seg bundet til faste rutiner, og har utfordringer med å bryte disse. Det er derfor viktig at livshistoriearbeidet verdsettes og prioriteres av ledelsen; helsepersonellet trenger støtte fra ledelsen for rutineendring (Cooney & O'Shea, 2019).

Livshistoriearbeid krever engasjement fra ledelsen for implementering i praksis (Cooney & O'Shea, 2019). Dette engasjementet støttes også i en studie fra 2015 (Rokstad et al., (2015)). Funnene i studien viser store forskjeller i ledelsen på tre ulike sykehjem, og disse forskjellene påvirket implementeringen av personsentrert omsorg. På det ene sykehjemmet var ledelsen engasjerte og deltok aktivt i sykepleiepraksisen. Helsepersonellet følte de ble oppmuntret av engasjementet til lederne og fikk støtte til å yte omsorg av god kvalitet. Dette viste seg å fungere godt i implementeringen, i motsetning til de to andre sykehjemmene der ledelsen ikke var like engasjerte. (Rokstad et al., 2015).

For å implementere livshistoriearbeid i praksis krever det endel kunnskap hos helsepersonellet. Videre krever det tilrettelegging og tilsyn gjennom hele prosessen for å få best mulig utnytte av livshistoriearbeidet (McKeown et al., 2010). Her vil den undervisende og veiledende sykepleiefunksjonen spille en viktig rolle. Dette er svært relevant ved bruk av livshistorie for å fremme personsentrert omsorg på sykehjem, hvor det vanligvis er flere ansatte som ikke er sykepleiere, heller ikke faglærte. Disse vil ha begrenset, om ikke noe, kunnskap om personsentrert omsorg og livshistoriearbeid. I de tilfellene sykepleierne har kunnskapen der kreves, har de et ansvar og en viktig rolle i undervisningen og veiledningen av andre ansatte (Grønseth & Nortvedt, 2016, s. 23). På en annen side er det ikke gitt at sykepleiere er dyktige til og har nok kunnskap om personsentrert omsorg og livshistoriearbeid. Det er derfor viktig med en kyndig ledelse som ser kunnskapsbehovet, og gir tid til den opplæringen som trengs. Ny kunnskap og gjennomføringen av denne kan gjøre det enklere å endre gamle vaner, fordi helsepersonellet forstår hensikten med personsentrert tilnærming. Når en forstår betydningen av endringene kan det være med på å endre gamle vaner over tid.

## 6 Oppsummering

Hensikten med denne litterære oppgaven har vært å belyse hvordan sykepleiere kan bruke livshistorie som verktøy for å fremme personsentrert omsorg hos sykehjemsbeboere med demens. Funnene viser at implementering av livshistoriearbeid i sykehjem vil gjøre at personer med demens blir hørt og får medvirke i egen hverdag og omsorgsrutiner, blir sett og forstått som personen bak demensdiagnosen, og er med på å skape emosjonelle og meningsfulle relasjoner mellom helsepersonell og personer med demens. Videre viser funnene at aktiv bruk av livshistorie fremmer personsentrert omsorg. Samtidig krever dette endel tid, engasjement og kunnskap hos helsepersonellet og sykehjemsledelsen, som kan gjøre det utfordrende å gjennomføre i praksis.

Det finnes noe forskning om bruk av livshistoriearbeid, men lite om hvordan beboerne selv opplever arbeidet og pleien på sykehjemmet. Det er tydelig at helsepersonellet opplever det positivt og at de ser virkningen hos beboerne, men i personsentrert omsorg er det også svært relevant og viktig å få beboernes egne oppfatninger og synspunkter.

# Litteraturliste

Bekkhuis-Wetteberg, M. (2020). Bruk av minnealbum – for å opprettholde selvet hos personer med demens. *Tidsskriftet aldring og helse vol. 23, nr. 4-2019*

<https://www.aldringoghelse.no/bruk-av-minnealbum/>

Berendonk, C., & Caine, V. (2019). Life story work with persons with dementia in nursing homes: A Grounded Theory study of the perspectives of care staff. *Dementia (London, England)*, 18(1), 282–302. <https://doi.org/10.1177/1471301216669236>

Berentsen, V. D., Grefsrød, E. E. & Eek, A. (2007). *Sansehager for personer med demens*. Forlaget Aldring og Helse.

Braut, G.S. (2018): *Sykehjem* i *Store medisinske leksikon* på snl.no. Hentet 8. februar 2021 fra <https://sml.snl.no/sykehjem>

Cooney, A. & O’Shea, E. (2019). The impact of life story work on person-centred care for people with dementia living in long-stay care settings in Ireland. *Dementia (London, England)*, 18(7-8), 2731–2746. <https://doi.org/10.1177/1471301218756123>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag As

Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). *Metode og oppgaveskriving: Kilder og kildekritikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag As

Engedal, Knut: *demens* i *Store medisinske leksikon* på snl.no. Hentet 9. mars 2021 fra <https://sml.snl.no/demens>

Engedal K., & Haugen P.K. (2018). Demens. I Engedal K., & Haugen P.K (Red.), *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 14-40). Forlaget aldring og helse – akademisk.

Fossland, T. & Thorsen, K. (2010). *Livshistorie i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

Førsund L.H., Grov E.K., Hevik A.S., Juvet L.K., Skovdahl K., & Eriksen S. (2018). The experience of lived space in persons with dementia: a systematic meta-synthesis. *BMC Geriatrics*, 2018;18(1):33. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0728-0>

Gjøra, L., Kjelvik, G., Strand, B. H., Kvello-Alme, M. & Selbæk, G. (2020). *Forekomst av demens i Norge*. Forlaget aldring og helse – akademisk 2020.

Grønseth, R. & Nortvedt, P. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I Stubberud D.G., Almås H., & Grønseth R. (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. (5. utg., s. 21-22). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hauge S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I Kirkevold M., Brodtkorb K. & Ranhoff A.H (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (s. 266-280). Gyldendal Akademisk.

Heggestad, A. K. T, & Slettebø, Å. (2015). How individuals with dementia in nursing homes maintain their dignity through life storytelling – a case study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(15-16), 2323–2330. <https://doi.org/10.1111/jocn.12837>

Helsedirektoratet (2017). Nasjonal faglig retningslinje for demens [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 03. januar 2020, lest 03. mars 2021). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>

Helsebiblioteket. (2016, 3.juni). *PICO*. <https://www.helsebiblioteket.no/249198.cms>

Helsebiblioteket. (2016, 3.juni). *Sjekklister*. <https://www.helsebiblioteket.no/249212.cms>

Helsebiblioteket. (2019, 10. september). *Demens – hva er demens?*  
<https://www.helsebiblioteket.no/243371.cms>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplanen 2020*. (Publikasjonskode: I-1170)  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf)

Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered : the person comes first*. Open University Press.

Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens - personen kommer i første række*. København: Munksgaard.

Legemiddelaktuel. (2018, 19. februar). «MeSH på norsk» i Helsebiblioteket – verktøy for gode søkeord og treffsikre artikkelsøk. Helsebiblioteket.no

<https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/aktuelt/mesh-pa-norsk-i-helsebiblioteket-verktoy-for-gode-sokeord-og-treffsikre-artikkelsok>

McKeown, J., Clarke, A., Ingleton, C., Ryan, T. & Repper, J. (2010). The use of life story work with people with dementia to enhance person centered care. *International Journal of Older People Nursing*, 5(2), 148–158. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00219.x>

McKeown, J., Ryan, T., Ingleton, C. & Clarke, A. (2015). 'You have to be mindful of whose story it is': The challenges of undertaking life story work with people with dementia and their family carers. *Dementia (London, England)*, 14(2), 238–256. <https://doi.org/10.1177/1471301213495864>

Mjørud M., Engedal K., Røsvik J., & Kirkevold M. (2017). Living with dementia in a nursing home, as described by persons with dementia: a phenomenological hermeneutic study. *MC Health Serv Res* 17, 93 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2053-2>

Nasjonalt kompetanse senter for aldring og helse. (2012). *Personopplysninger Min livshistorie*. [Brosjyre] <https://aldring-og-helse-media.s3.amazonaws.com/documents/Personopplysningskjema.pdf>

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinje for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund. Hentet den 16.februar 2021 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Nydal, I., Åsmo, K., Dypvik, T. K. & Torheim, H. (2016). Stressa sykepleiere i kommunen. *Sykepleien*, 2016;104(3):(68 70). [10.4220/Sykepleiens.2016.56777](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.56777)

Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.

Rokstad, A. M. M. (2020). *Behov hos personer med demens – Et kunnskapsgrunnlag for Demensplanen 2020*. [https://butikk.aldringoghelse.no/file/sync-files/dp2020-rapport-behov-hos-personer-med-demens\\_web200.pdf](https://butikk.aldringoghelse.no/file/sync-files/dp2020-rapport-behov-hos-personer-med-demens_web200.pdf)

Rokstad, A. M. M. (2021). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.

Rokstad, A. M. M & Røsvik, J. (2018). Personsentrert omsorg. I Engedal K., & Haugen P.K (Red.), *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 300-303). Forlaget aldring og helse – akademisk.

Rokstad, A. M. M., Vatne, S., Engedal, K. & Selbæk, G. (2015). The role of leadership in the implementation of person-centred care using Dementia Care Mapping: a study in three nursing homes. *Journal of Nursing Management*, 23(1), 15–26.

<https://doi.org/10.1111/jonm.12072>

Selbæk G. (2018). Nevropsykiatriske symptomer ved demens. I Engedal K., & Haugen P.K (Red.), *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 246-253). Forlaget aldring og helse – akademisk.

Skovdahl K., & Berentsen D.V. (2014). Kognitiv svikt og demens. I Kirkevold M., Brodtkorb K. & Ranhoff A.H (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (s. 408-434). Gyldendal Akademisk.

Svartdal, F.: *fagfelle vurdering* i *Store norske leksikon* på snl.no. Hentet 15. februar 2021 fra <https://snl.no/fagfelle vurdering>

Tangen G.G. (2018). Motoriske symptomer. I Engedal K., & Haugen P.K (Red.), *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 42-45). Forlaget aldring og helse – akademisk.

Telenius, E. W, Eriksen, S., & Rokstad, A.M.M. (2020). I need to be who I am: a qualitative interview study exploring the needs of people with dementia in Norway. *BMJ Open*, 10(8), e035886–e035886. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035886>



# Vedlegg 1: Tabell med søkeord

AND →

OR ↓

Livshistorie	Sykehjem	Demens	Personsentrert omsorg
Life story	Nursing homes	Dementia	Pasientsentrert helsehjelp
Life history	Care homes		patient centered care
Life story work	Residential care		Patient-Centered, nursing
	Long term care		
	Aged care facility		