



## SAMMENDRAG

**Studiens bakgrunn:** Artikkelen beskriver en studie der Dementia Care Mapping (DCM) ble brukt som verktøy for utvikling av praksis i demensomsorg i en norsk sykehjemshenhet.

**Hensikt:** Målet med studien var å innhente kunnskap om de ansattes erfaringer med refleksjonsprosesser som ble igangsatt på bakgrunn av DCM og hvilken betydning dette hadde for utvikling av praksis.

**Metode:** Fokusgrupper ble brukt for å samle kvalitative data om hvilke refleksjoner som ble initiert i personalgruppen.

**Resultater:** Personalet rapporterte at tilbakemeldingen basert på DCM-kartleggingen satte i gang refleksjoner over egen praksis og bidro til nye måter å møte pasientene på. Tilbakemeldingen bidro til økt bevisstgjøring, selvrefleksjoner og refleksjoner i fellesskap. De la særlig vekt på at de positive eksemplene

som ble trukket frem i tilbakemeldingen, ga økt oppmerksomhet mot viktigheten av sensitivitet for pasientenes individuelle behov.

**Konklusjon:** DCM kan være en nyttig metode for utvikling av demensomsorg gjennom økt bevisstgjøring og refleksjoner over egen praksis hos personalet. Dette avhenger imidlertid av at det skapes møtesteder der personalet kan reflektere i fellesskap samt av kartleggerens evne til å gi konstruktiv tilbakemelding.

## ENGLISH SUMMARY

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

**Background:** This article describes a study using Dementia Care Mapping (DCM) to develop practice in dementia care in a Norwegian nursing home.

**Objective:** The aim of the study was to collect information on the care staffs' experiences of reflections initiated by DCM and how this influenced their practical work.

**Method:** Qualitative focus group

interviews were used to collect information about the staffs' reflections initiated by the method.

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

sensitive to the patients' needs.

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

**Key words:** dementia care mapping, nursing home, reflections on practice, staff training, focus group.

# >> Dementia care mapping – en mulighet for refleksjon og utvikling

Forfatter: Anne Marie Mork Rokstad  
og Solfrid Vatne

## NØKKEORD:

- Demens
- Evaluering
- Sykehjem
- Sykepleie
- Pasient
- Praksisstudie
- Fokusgruppe

## INTRODUKSJON

Artikkelen er basert på en studie der Dementia Care Mapping (DCM) ble introdusert som metode i en sykehjemsenhet med sikte på å utvikle relasjonell kompetanse hos personalet i miljøbehandling til personer med demens.

DCM er et kartleggingsverktøy for evaluering og bevisstgjøring og en strukturert prosess for å utvikle personsentrert demensomsorg (1–3). Metoden innebærer observasjoner av pasientenes atferd og aktiviteter samt grad av velvære og trivsel. Eksempler på positiv og negativ omsorgspraksis identifiseres og beskrives. Observasjonene mel-

des tilbake til personalgruppen og danner grunnlag for individuelle behandlingsplaner og tiltak for gruppen av pasienter. I denne studien ble det foretatt to DCM-kartlegginger med tre måneders mellomrom med påfølgende tilbakemelding og refleksjon i personalgruppen (3). Denne artikkelen fokuserer på ansattes erfaringer med refleksjonsprosesser som ble igangsatt på bakgrunn av DCM og på hvilken betydning dette hadde for utvikling av praksis.

## TEORETISK REFERANSERAMME

I foreliggende forskning på pleie- og omsorg til personer med demens (4) understrekes at pleierens innsikt i muligheter for forbedring danner grunnlag for varig effekt i betydningen av at pleieren behandler pasienten annerledes. Tidligere studier av DCM-metoden brukt i utviklingsprosjekter har vist klare kvalitetsforbedringer (5), høyere grad av trivsel hos pasienter i sykehjem og dagsenter (6) og reduksjon i tilfeller av negativ omsorgspraksis (7). En nyere

randomisert kontrollert studie viser at systematisk bruk av DCM blant annet reduserte forekomst av agitasjon hos pasientene (8). Det er holdpunkter for at DCM kan si noe om kvaliteten på omsorgen og brukes som redskap for praksisforbedring (9). Innvendinger har gått på at metoden er ressurs- og tidkrevende, og studier som utdypet DCMs innvirkning på personalet etterlyses (10). Vi finner lite forskning knyttet til metoder for utvikling av prak-

### Hva tilfører denne artikkelen?

Artikkelen er en kvalitativ studie som viser erfaringer ved bruk av systematisk metode for utvikling av praksis i demensomsorgen innhentet i fokusgruppeintervjuer.

### Mer om forfatterne

Anne Marie Mork Rokstad er sykepleier, har master i helse og sosialfag, og er stipendiat ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Solfrid Vatne er sykepleier, PhD og førsteamanuensis, og rektor ved Høgskolen i Molde. Kontakt: anne.marie.rokstad@aldringoghelse.no

siskunnskap i demensomsorgen, som for eksempel er basert på refleksjon over praksis.

Helsefaglig praksis utøves ifølge Nordtvedt og Grimen, i spenningsfeltet mellom sensibilitet og refleksjon. Refleksjon, fordi behandling, rehabilitering og pleie krever fagkunnskap og begrunnelse. Sensibilitet fordi helsefaglig praksis også forutsetter forståelsen av pasientens subjektivitet, det vil si hans eller hennes egenopplevelse av sykdom og helseproblemer (11). Schön (12) vektlegger nødvendigheten av refleksjon-i-handling og refleksjon-over-handling for utvikling av kunnskap i

ner over egen praksis, og fører dette eventuelt til utvikling av praksis?

### DESIGN OG METODE

Studien foregikk i en sykehjemsenhet og har et beskrivende design der fokusgruppeintervjuer ble brukt som metode for datasamling (se figur 1). I forkant av intervjuene ble det med tre måneders mellomrom gjennomført DCM-kartlegginger over to fortløpende dager à seks timer, med påfølgende tilbakemelding til personalet. DCM-prosessen fungerte på denne måten som en intervensjon i studien (3).

- Hvordan kan refleksjon i handling og refleksjon over handling påvirke utviklingen av praksiskunnskap?

Intervjuene ble tatt opp på lyd-bånd og transkribert. I analysen av data fra fokusgruppeintervjuene er det tatt utgangspunkt i Kvaales (13) trinn for analyse av kvalitative intervjuer. Personene beskriver sin livsverden (trinn 1), de oppdaterer selve nye ting (trinn 2) og intervjuer kondenserer og fortolker (trinn 3) gjennom løpende tolkning og oppklarende spørsmål. De tre første trinnene i analysemodellen skjer i selve intervjusituasjonen. I den videre analyseprosessen ble teksten fortolket gjennom strukturering og meningsanalyse (trinn 4). På bakgrunn av forskningsspørsmålet ble teksten fra de transkriberte intervjuene kodet i følgende tema: (a) uttrykk for refleksjon over egen praksis, (b) type refleksjoner med underkodene, bevisstgjøring, selvrefleksjon og refleksjon i fellesskap, (c) refleksjonenes innhold med underkodene, opplevelse av bekræftelse, positiv vinkling og øket trygghet og (d) arenaer for refleksjon. Refleksjoner som kom til uttrykk i første fokusintervju, ble sammenlignet med andre intervjuer. Prosjektbeskrivelsen ble forelagt REK som ga sin tilslutning til at prosjektet

” Hvis vi tas på alvor, tar vi også pasientene på alvor.

handling. Behovet for refleksjon-i-handling dukker opp når velkjente rutiner fører til uventede resultater. Refleksjon-over-handling, innebærer at en i ro og mak i etterkant av man situasjon revurderer hendelser og egne handlinger.

Artikkelen presenterer personalets refleksjoner rundt DCM-prosessen slik de uttrykte det i fokusgruppeintervjuer basert på følgende forskningsspørsmål: På hvilken måte påvirker DCM-prosessen personalets refleksjo-

Utvalget besto av personale som var direkte involvert i prosessen og var sammensatt av en sykepleier og tre hjelpepleiere. En semistrukturert intervjuguide ble brukt. I utforming av spørsmålene tok man utgangspunkt i Schöns teori om refleksjon. Eksempel på spørsmål som ble stilt var:

- I hvilken grad har DCM hatt konsekvenser for måten dere møter pasientene på?
- Hva legger dere i å reflektere over handling?

**FIGUR 1:** Studiens design og metoder

#### Fase I

Intervensjon 14.–16.mars: DCM-kartlegging over 2 dager à 6 timer med påfølgende tilbakemelding til personalet

Fokusgruppeintervju 28. mars



#### Fase II

Intervensjon 5.–8. juni: DCM-kartlegging over 2 dager à 6 timer med påfølgende tilbakemelding til personalet

Fokusgruppeintervju 20. juni

kunne gjennomføres, og studien ble meldt til NSD.

### **FUNN**

Funnene er basert på personalets uttrykk for DCM-metodens innvirkning på deres refleksjoner rundt relasjonen til pasientene i den praktiske utøvelsen av arbeidet. De er strukturert etter kodene utledet i analyseprosessen.

### **Uttrykk for refleksjon over egen praksis**

Funnene viser at alle hadde tanker om i hvilken grad DCM-prosessen hadde igangsatt refleksjoner hos dem. For eksempel sa alle at prosessen hadde gitt økt bevissthet om egen atferd i møte og samhandling med pasientene. En beskrev det slik: «Det er så greit når du blir bevisstgjort for da kan du prøve å gjøre noe med det».

Det ble gitt uttrykk for ulike syn i personalgruppen i forhold til på hvilken måte DCM-prosessen medvirket til økt selvrefleksjon: «Jeg reflekterer mye for meg selv – det er jeg faktisk ganske avhengig av ... jeg tenker over ting – grunner på ting».

En annen deltaker benyttet også selvrefleksjon, men understreket at refleksjon i fellesskap er viktig for å utvide eget perspektiv: «Jeg har hatt en bevisstgjøring i meg selv, men vi har fått reflektert altfor lite – for meg foregår refleksjon mellom to personer. Man kan selvfølgelig reflektere med seg selv, men jeg synes ikke det blir det samme som å dele med andre for da får man ikke den tilbakemeldingen utenfra som jeg føler jeg må ha for å korrigere meg. Hvis jeg skal korrigere meg selv, da er det ikke sikkert det blir reelt».

Deltakeren setter her ord

på at selvrefleksjon alene kan gi begrenset utbytte i forhold til endring. Videre gir hun et eksempel på en praksissituasjon hvor hun reflekterer på

må også bli bekreftet. Hvis vi tas på alvor, tar vi også pasientene på alvor. Feedback er utrolig viktig for at arbeidet skal være meningsfylt».

## ” Å verdsette pasientene krever at man selv blir verdsatt.

egen hånd under samhandling med pasienten. Hun føler likevel behov for å dele opplevelsen med andre for å videreutvikle egen praksis.

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

Her beskrives en dilemma-situasjon, hvor selvrefleksjon ikke oppfattes som refleksjon, men som «vingling». Det var vanskelig å bestemme seg for hva som ville være best å gjøre. Hun mener refleksjon som en type erfaringsutveksling kunne ha gitt henne viktige innspill i avgjørelsesprosessen.

### **Refleksjonens innhold**

Flere uttrykte at tilbakemeldingen medførte en refleksjon som bekreftet deres egen oppfatning av praksis: « ... vi er opptatt av å bekrefte pasientene, men vi

Personalet ga altså uttrykk for et behov for å bli sett og anerkjent som utøver av en komplisert praksis. De ønsket også at tilbakemelding på DCM-kartleggingen medførte refleksjoner sammen med kartleggeren. Det at tilbakemeldingen var omfattende, basert på detaljerte observasjoner og kom fra en person utenfor egen institusjon, ble vektlagt som viktig med hensyn til opplevelse av anerkjennelse og bekreftelse. Det å verdsette pasientene krever at man selv blir verdsatt.

Videre trakk personalet frem nytten og opplevelsen av positiv vinkling på tilbakemeldingene. «På meg virker den positive tilbakemeldingen slik at jeg kanskje går litt i meg selv og bekrefter det på en måte. Jeg kan jo føle meg usikker på måten jeg går frem på og da tenker jeg på hva som ble sagt og da føler meg tryggere».

Flere ga uttrykk for at de var usikre på egne valg. Positive tilbakemeldinger førte til at man gikk i seg selv og bekreftet seg selv. Dette ga økt trygghet for senere valg og prioriteringer. En av deltakerne fremhevet at økt trygghet i personalgruppen kom pasientene til gode: «Det blir jo bedre for pasientene når vi blir tryggere. Når vi blir mer sikre på at det er riktig det vi gjør, så blir det jo bedre for dem».

En annen ga et eksempel på hvordan DCM-prosessen hadde

ført til at hun følte seg sikrere på hvordan hun skulle prioritere bruk av egen tid på bakgrunn av økt bevissthet om å tone seg inn på pasientens tempo og rytme: «Jeg er blitt mer bevisst på rytmen til pasienten, og at hvis jeg skal oppnå noe så må jeg følge den. Jeg kan ikke forvente at pasienten skal følge meg. Jeg har jo tenkt på det før også, men har blitt mye mer bevisst det nå, og jeg tar meg mer tid til det».

Her gis det uttrykk for at det har skjedd en bevisstgjøring i forhold til samhandlingen med pasientene, noe som innebar økt sensibilitet i situasjonen. Pleieren hadde også tidligere reflektert over dette, men fikk nå et mer aktivt forhold til inntoning og forsøkte å endre egen atferd i møtet med pasienter.

### Arenaer for refleksjon

Personalet kom gjentatte ganger inn på behovet for å avsette tid til å dele tilbakemeldingene og reflektere i fellesskap. Gjennom fellesmøter kunne man oppnå en felles forståelse av hvordan bruke informasjonen i det videre arbeidet. Prioritering av tilstedeværelse med pasientene var bakgrunnen for at hele personalgruppen bare kunne samles en gang hver sjettede uke. Dette førte til at ansatte som

Ansatte følte ansvar for å viderefremme kunnskapen de hadde utviklet, men syntes dette var vanskelig fordi de manglet et system for dette. Informantene uttrykte at dersom man skal vektlegge praksisutvikling, er det viktig at alle ansatte deltar for å oppnå den samme innsikten.

### DISKUSJON

Studien viser at DCM-kartleggingene satte i gang både spontane og systematiske refleksjoner i personalgruppen. Deltakerne beskrev en prosess med økt bevisstgjøring, som igjen dannet grunnlag for diskusjoner dem imellom. Det dreide seg om at forhold ved egen praksis ble gjenstand for felles refleksjon. De beskrev hvordan de brukte refleksjonen direkte i vurderingen av egne og andres samhandling med pasientene. Dette skapte trygghet i egen praksis, men også endring. Behovet for mer avsatt tid til felles refleksjon ble imidlertid sterkt understreket. Med utgangspunkt i data fra intervjuene, vil vi drøfte noen sentrale funn fra studien.

### Økt refleksjon og sensibilitet

For deltakere i denne studien førte tilbakemeldingen etter DCM-kartleggingen blant annet til at de gikk i seg selv og

illustrerer hvordan helsefagutøveren både må ha evnen til sensibilitet og refleksjon i utøvelsen av faget (11). Hun var blitt bevisst på pasientens tempo og rytme gjennom refleksjon, men i den enkelte samhandlings-situasjon måtte hun bruke sin sensibilitet for nettopp å fange opp pasientens subjektive situasjon. Hun beskrev en endring i egen bevissthet i forhold til måten hun møtte pasientene og deres behov på. DCM-prosessen hadde gitt henne trygghet gjennom at eksempler på positiv omsorgspraksis ble løftet frem i tilbakemeldingen. Sensibilitet for pasientens behov i samhandlingen, ble gjort tilgjengelig for refleksjon og felles erfaringsgrunnlag for personalgruppen.

### Selvrefleksjon styrkes ved samrefleksjon

Personalgruppen hadde i utgangspunktet ulike syn på hvorvidt refleksjon var avhengig av at erfaringer ble delt i etterkant av en situasjon, eller om refleksjon kunne foregå i en selv under samhandling med pasient. Dette beskriver Schön (12) refleksjon-over-handling og refleksjon-i-handling.

Noen av informantene beskriver at de aktivt reflekterte over egne handlingsvalg og begrunnelse for disse valgene. Behovet for refleksjon i etterkant av en situasjon med innspill fra andre ble likevel fremhevet. En annen forteller om en samhandlingssituasjon med utprøving av nye tilnærminger underveis, som en refleksjon preget av vingling i et forsøk på nødvendig tilpasning og utprøving av alternativer i situasjonen. Erfaringsutveksling kunne ha bekreftet hva som var god handling.

Både Molander (14) og

” Det blir jo bedre for pasientene når vi blir tryggere.

ikke var direkte med i DCM-prosessen, ble lite involvert i prosessen: «Det å finne tid til å snakke om det for hele personalet tror jeg hadde vært litt viktig – det kan bli større forståelse da. De andre er for lite involvert rett og slett.»

bekreftet overfor seg selv at de hadde valgt en tilnærming som ga et positivt utbytte for pasienten. Dette skapte økt sensibilitet i den videre samhandling med pasientene. Eksempelet fra personalet som beskrev behovet for å tilpasse seg pasientens tempo,

Habermas (15) er kritiske til Schöns teori om refleksjon-i-handling. Molander mener refleksjon over handling må skje ved at man tar et skritt tilbake og tenker over hva man gjør for å få nødvendig perspektiv og overblikk. Habermas understreker behovet for å reflektere over ulike handlingsalternativer i diskurs med andre for å løserive seg fra vaner og oppfatninger man tar for gitt. Han mener dialog med seg selv har begrenset verdi med hensyn til å endre perspektiv og praksis. Refleksjon synes å kreve tid, rom og distanse til situasjonen (16). Deltakerne i denne studien bekreftet dette. De ga uttrykk for at systematiske observasjoner og tilbakemelding fra en utenforstående, med mulighet til felles diskusjon i etterkant, hadde initiert andre innfallsvinkler og medført endringer i praksis.

#### «Nye øyne» som ser

For å oppleve mestring er vi avhengige av bekreftelse fra våre omgivelser. Konkret tilbakemelding på utøvelse av praksis er sjelden satt i system i demensomsorgen, til tross for at viktigheten av dette fremheves. Informantene i denne studien bekrefter at det er viktig med positiv bekreftelse gitt av personer utenfor avdelingen. Kitwood (17) la opp til at positive hendelser og tendenser i samhandling mellom pasient og personale skulle vektlegges og forsterkes i DCM-prosessen. En tilbakemelding med direkte respons på egen praksis ble høyt verdsatt av deltakerne som ga uttrykk for å være svært åpne og takknemlige for tilbakemeldingen. Det er ikke alltid tilfelle. Ifølge Müller-Hergl (18) eksisterer det i de fleste institusjoner en mot-

stand mot tilbakemelding og den læring dette innebærer, som er sterkere enn viljen og evnen til endring. DCM-kartleggeren må derfor balansere sin rolle ved å utfordre personalgruppen, men samtidig forstå begrensningene som ligger i institusjonens rammebetingelser. Denne rollen

som demensomsorg er sammen-satt. DCM vil ikke alene være svaret på denne utfordringen. Kjennskap til og aksept av metodens verdigrunnlag om personsentrert omsorg er trolig en forutsetning for positiv utvikling av praksis. Personalgruppen i denne studien under-

” Refleksjon synes å kreve tid, rom og distanse til situasjonen.

krever i mindre grad vektlegging av visjoner og ideologier, men derimot evne til sammen med personalgruppen å utvikle demensomsorgen skritt for skritt basert på refleksjon og ønske om utvikling.

#### Forutsetninger for positiv utvikling

I tillegg til observasjoner og tilbakemeldinger om positive hendelser, krever DCM-metoden at observerte episoder av destruktiv samhandling beskrives. På denne institusjonen ble ikke slike negative hendelser observert. Om så var tilfelle, ville utfordringen til DCM-kartleggeren være å presentere disse hendelsene på en måte som medvirket til positiv utvikling i

streket samlet at DCM hadde gitt økt trygghet i deres praksisutøvelse.

For at DCM-metoden og dens verdigrunnlag skal bli en implementert del av en avdelings utviklingsarbeid, kreves strukturelle tilpasninger. På den måten blir den kunnskap og de erfaringer som utvikles gjort felles for hele personalgruppen. Man må sette av tid for felles refleksjon, og DCM-kartleggingen må gjentas regelmessig minimum en gang i året, slik at metoden kan bli en motor i et varig utviklingsarbeid. Kunnskap formidlet som undervisning, gir et utgangspunkt, men må videreføres for å bli en del av den utøvende praksis. Utfordringen er å omdanne

” God praksisutøvelse forutsetter evne til selvrefleksjon hos personale.

miljøet. Dette måtte skje uten at noen følte seg uthengt og stemplet som dårlige omsorgsgivere. Vi er imidlertid usikre på om DCM ville ha samme potensial for positiv utvikling i et pleiemiljø der destruktiv samhandling forekommer hyppig. Forutsetningene for positiv utvikling i en kompleks praksis

faktakunnskap om eksempelvis demens, kommunikasjon og miljøbehandling til anvendt kunnskap i praksis, ikke bare for den enkelte, men for hele personalgruppen. I DCM-metoden gjør man et seriøst forsøk på å beskrive pasientenes situasjon ved kartlegging. Denne studien viser at dette kan bidra til

videreutvikling av kunnskapsbasert praksis. Forutsetningen for at det skal skje er imidlertid, som informanter understreker, at det gis mulighet for diskusjon og refleksjon.

## KONKLUSJON

God praksisutøvelse forutsetter evne til selvrefleksjon hos personalet i form av bevissthet om egne tanker og følelser. I

intervjuene uttrykker personalet gjentatte ganger at DCM-prosessen har økt deres bevissthet, og at dette igjen har endret deres tilnærming til pasientgruppen. Refleksjon starter når tanken når bevisstheten. Bevisstgjøring er således en forutsetning for refleksjon, både over egen atferd i praksis, og for felles refleksjon i personalgruppen. Verbalisering av erfaringskun-

skap synes å være en forutsetning for endring av vaner og utvikling av praksis. DCM-metoden med kartleggers tilbakemelding kan bidra til dette, forutsatt at det legges til rette for felles møteplasser for personalet. Det er videre behov for større kontrollerte studier med bredere datasamling knyttet til effekt av DCM-prosessen både for pasientene og personalet.

## REFERANSER

1. Kitwood T, Bredin K. Charting the course of Quality care. *Journal of Dementia Care* 1994;2:22-23
2. Brooker D, Surr C. *Dementia Care Mapping: Principper og Praksis*. University of Bradford & Daniae. 2007
3. Rokstad AMM, Vatne S. Dementia Care Mapping – en mulig metode for utvikling av demensomsorg i sykehjem. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 2009; 2:46-61
4. *Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)*. Demenssykdommer. En systematisk litteraturoversikt. Norsk utgave. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse 2006
5. Brooker D, Foster N, Banner A, Payne M, Jackson L. The efficacy of Dementia Care Mapping as an audit tool: report of a 3-year British NHS evaluation. *Aging and Mental Health* 1998; 2:60-70
6. Barnett E. A window of insight into

- quality of care. *Journal of Dementia Care* 1995;3:23-26
7. Lintern T, Woods R, Phair L. Training is not enough to change care practice. *Journal of Dementia Care* 2000;8:15-17
  8. Chenoweth L, King MT, Jeon Y-H, Brodaty H, Stein-Parbury J, Norman R, Haas M, Luscombe G. Caring for Aged dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *Lancet Neurology* 2009;8:317-25
  9. Brooker D. Dementia Care Mapping: A review of the Research Literature. *The Gerontologist* 2005;45:11-18
  10. Beavis D, Simpson S, Graham I. A literature review of dementia care mapping: methodological considerations and efficacy. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2002;9:725-36
  11. Nordtvedt P, Grimen H. Sensibilitet og refleksjon. *Filosofi og vitenskaps-*

- teori for helsefag. Oslo: Gyldendal Akademisk 2004
12. Schön DA. *Educating the Reflective Practitioner*. San Francisco: Jossey Bass. A. Wiley Imprint 1987
  13. Kvale S. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal, 1997
  14. Molander B. *Kunnskap i handling*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB 1996
  15. Habermas J. *The theory of communicative action: reason and the realization of society* [T McCarthy, Trans. Vol. 1]. Boston: Beacon Press 1984
  16. Vatne S. Korrigere og anerkjenne. Sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost. Universitetet i Oslo 2003
  17. Kitwood T. En revurdering af demens – personen kommer i første række. Frederikshavn: Dafolo Forlag 1999
  18. Müller-Hergl C. The role of the «trusted stranger» in DCM feedback. *Journal of Dementia Care*. 2004; March/April:18-19