



SAMMENDRAG

Bakgrunn: Litteratur om utvikling av personsentrert demensomsorg og miljøbehandling viser at pleiekultur gjør endringer i et fagmiljø mer krevende.

Hensikt: Å utforske og beskrive personalerfaringer i sykehjemsavdelingen halvannet år etter at kartleggingsverktøyet Dementia Care Mapping (DCM) ble anvendt på én av to mulige personalgrupper i en sykehjemsavdeling i Norge. Studien søker å beskrive langtidserfaringer både for den personalgruppen som deltok i prosjektet, og for den gruppen som ikke deltok.

Metode: Studien benytter fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode, to fokusgrupper med til sammen ni deltakere fra samme avdeling. I tillegg ble avdelingsleder intervjuet individuelt. Data ble analysert ved å benytte prinsipper fra Kvaales og Thagaards metodebeskrivelser.

Resultater: Feedback fra DCM-kartleggingen ga prosjektgruppa et betydningsfullt læringsløft som utviklet praksiskunnskapen. Prosjektdeltakerne utviklet en sterk gruppekultur ved å oppfattes som endringsvillige og faglig dyktige.

Fordi kun én av de to personalgruppene i avdelingen erfarte DCM-verktøyet, ser det ut til å ha utviklet seg en sprikende pleiekultur med et skjevt styrkeforhold mellom avdelingens to personalgrupper.

Konklusjon: En sterk, balansert gruppekulturutvikling kan styrke pleiepersonalets fagutvikling, dersom DCM-feedback brukes som konkret og nyttig evaluering av miljøbehandling. En god fagutvikling bør imidlertid inkludere alle ansatte i en avdeling for å innføre og vedlikeholde en personsentrert omsorgskultur.

ENGLISH SUMMARY

Background: Literature concerning person-centred care and milieu therapy demonstrates that nursing culture makes changes in a professional unit more difficult.

Objective: To explore and describe the experiences of personnel in a nursing home unit, 1.5 years after using the Dementia Care Mapping (DCM) tool in one out of two possible personnel groups in a nursing home unit in Norway. The study seeks to describe the long-term experiences of both personnel groups.

Methods: The study uses focus group interviews in the collection of data,

with two focus groups with a total of nine participants from one nursing home unit. In addition an in-depth interview with the manager of the unit was conducted. Data was analysed by applying principles from Kvale's and Thagaard's perspectives on interview research.

Results: The feedback from the DCM tool gave the project group a considerable increase in learning, which in turn developed the group's practical knowledge. The participants developed a strong group culture, by being perceived as open to change and professionally competent. As only one of the two personnel groups in the

unit participated in the DCM project it seems to have developed a differentiated nursing culture and an imbalanced relationship between the unit's two personnel groups.

Conclusion: A strong and balanced development of group culture could strengthen the professional development of the personnel, if the DCM feedback is used as a useful evaluation of the milieu therapy. However, professional development should include the entire staff of a unit, to introduce and maintain a person-centred care.

Keywords: dementia, care, culture, nursing home, management.

» Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling

Forfattere: Nina Jøranson
og Solveig Hauge

NØKKELORD

- Demens
- Omsorg
- Kultur
- Sykehjem
- Ledelse

INNLEDNING

De fleste ansatte i norske sykehjem har daglig omsorg for personer med demens (1). Å utøve demensomsorg utfordrer pleierens relasjonelle kompetanse og stiller store krav til deres kunnskaper om demens og ikke minst til kunnskap om hvordan egen væremåte påvirker kvaliteten på demensomsorgen. Det er utviklet en rekke teorier og modeller for å forbedre kvaliteten på de ansattes samhandling med personer med demens, av blant andre Kitwood (2), Cohen-Mansfield et. al (3), McCormack og McCance (4). Kitwood har, med utgangspunkt i sin teori om personsentrert omsorg, utviklet kartleggingsverktøyet Dementia Care Mapping (DCM) (2, 5, 6). Verktøyets hensikt er å kvalitetsforbedre demensomsorgen

gjennom å utvikle mer personsentrert omsorg. Det skjer ved å observere hvordan demensrammete opplever relasjoner og deltagelse i aktiviteter i avdelingen. I tillegg kartlegges pasientens humør og/eller engasjement. Dessuten observeres personalets positive eller negative omsorgspraksis, som en «temperaturmåling» av pleiekulturen (2). Resultatene bearbejdes og presenteres for personalet med fokus på forbedringsområder for enkeltindividene, og i holdninger og handlinger i miljøbehandlingene (6).

DCM er altså en læringsprosess som påvirker hver enkelt ansatt på en personlig og dyptgripende måte. En britisk litteraturgjennomgang viser at kartleggers tilbakemeldinger kan oppleves som krevende for personalet, og det etterlyses mer studier av personalets opplevelse ved bruk av DCM (7). En britisk studie over tre år viser at langtidsbruk av DCM reduserer personalets engstelse for å bli kartlagt dersom de utvikler forståelse for hensikten med kartleggingen (8). En dansk intervjustudie av personale, som har lang erfaring med DCM-

prosess, avdekker at de ansatte opplever pasientrelasjonene som «uendelige» fordi man ikke selv klarer å avgjøre når nivået på den personsentrerte omsorgen er god nok (9). Det finnes én norsk studie om implementering av DCM i en skjermet enhet. Etter hver kartlegging med feedback ble det anvendt fokusgruppeintervju for å beskrive personalets erfaringer. Funnene viser bare

Hva tilfører denne artikkelen?

Artikkelen beskriver hvordan kartleggingsverktøyet DCM førte til at de ansatte ble mer oppmerksomme på beboernes behov og på sin egen omsorgspraksis.

Mer om forfatter:

Nina Jøranson er sykepleier med videreutdanning i aldersdemens samt master i sykepleievitenskap, UiO. Hun jobber som avdelings- sykepleier på skjermet enhet, Sofienbergsenteret, Kirkens Bymisjon, Oslo. Solveig Hauge er sykepleier og ansatt som førsteperson ved Institutt for helsefag, Høgskolen i Telemark. Hun har en bistilling ved Institutt for helse og samfunn, Avdeling for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo. Kontakt: nina.joranson@bymisjon.no

positive personalerfaringer med kartlegging og tilbakemelding, samtidig som de ansatte uttrykte stort behov for å reflektere over egen praksis (10).

Det interessante med det norske DCM-prosjektet er at implementeringen bare ble gjennomført i halve personalgrupper i en avdeling. I tillegg ble det et kortvarig prosjekt som ikke kunne videreføres grunnet mangel på DCM-kartleggere. Ifølge Brooker og Surr (6) bør kartleggingsprosessen gjenntas jevnlig, for eksempel hvert halvår, for å forbedre og vedlikeholde utviklingsprosess av både personsentrert omsorg og pleiekultur. Det er derfor relevant å utforske hva som skjer i en pleiekultur når en del av de ansatte deltar i et tidsavgrenset prosjekt, som i så stor grad griper inn i de ansattes personlige fagutøvelse. Hensikten med denne artikkelen er derfor å utforske og beskrive hvordan DCM-prosjektet har påvirket hele avdelingens pleiekultur. Problemstillingen vi vil besvare er følgende: Hvilke langtidserfaringer beskriver personalgruppene i avdelingen halvannet år etter et DCM-prosjekt?

ENDRING AV PLEIEKULTUR

For bedre å forstå og fortolke våre empiriske data har vi

pleiekulturen som forholdsvis stabil og enhetlig innenfor et avgrenset arbeidsfellesskap. Moser (12) tegner med sin studie av pleiekulturen i sykehjem et mer mangfoldig bilde. Moser beskriver tre ulike kulturer, eller logikker, som lever side ved side i demensomsorgen; en resignert somatiserende logikk (tradisjonelt, medisinsk syn), en relasjonell (re) habiliterende logikk (individorientert) og en økonomisk-administrativ logikk (driftsmidler regulerer aktivitetsnivået). Poenget er at pleiekulturer med ulike verdier og normer lever side om side innenfor samme arbeidsfellesskap.

DCM-verktøyet søker å påvirke pleiekulturen mot å bli mer relasjonell. Spørsmålet blir om dette er mulig når vi vet at endring av pleiekulturer er svært krevende og tar lang tid. Organisasjonsutvikleren Peter Senge (13) mener at det er mulig å få til endringer gjennom læring i en gruppe eller virksomhet gjennom systematisk arbeid. En kombinasjon av personlig mestring, utvikling av mentale modeller, felles visjoner og gruppeprosesser, og ikke minst en overordnet forståelse for helheten i en organisasjon, er vesentlige for å få til varige endringer. Et viktig suksesskriterium er at ansatte forstår hensikten med endret

DESIGN OG METODE

Studien har et utforskende, fortolkende og beskrivende design. Det eneste sykehjemmet i Norge som, ved denne studiens start, hadde brukt DCM systematisk, ble kontaktet med forespørsel om å delta i vår studie. Her var DCM brukt i én av pleiegruppene ved en demensavdeling. Den andre pleiegruppa i avdelingen deltok ikke i DCM-prosjektet. Sykehjemmet var behjelpelig med å rekruttere forskningsdeltakere. Følgende utvalg ble gjort:

- *Den gruppen som hadde erfaring med DCM – kalt prosjektgruppa.* Her deltok alle pleierne som hadde vært med i DCM-prosjektet, én sykepleier og tre hjelpepleiere.
- *Den gruppen som ikke deltok i DCM-prosjektet – kalt arbeidsgruppa.* Inklusjonskriteriene her var store, primært faste stillinger (over 70 prosent), eventuelt langtidsvikariater. Arbeidsgruppa besto av én sykepleier, én vernepleier, to hjelpepleiere og én avdelingsassistent. Alle jobbet i avdelingen under DCM-prosjektet.
- *Avdelingsleder.* Avdelingsleder ble inkludert for å belyse og eventuelt styrke funnene fra et mer overordnet perspektiv.

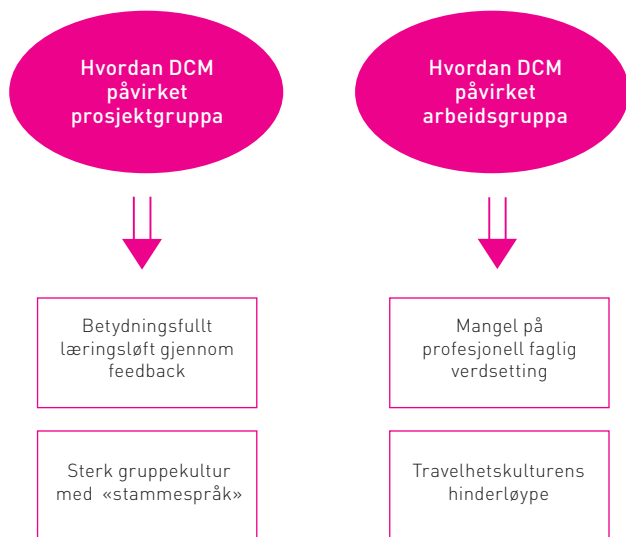
Studien er håndtert i samsvar med anerkjente etiske retningslinjer og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Data ble innsamlet gjennom to fokusgruppeintervju, ett for hver av personalgruppene. Fokusgruppeintervju ble valgt for å få utfyllende beskrivelser av personalets felles erfaringer, synspunkter eller holdninger i samhandlingsmiljøet (14, 15, 16). En semistrukturert intervjuguide ble anvendt for å gi

” Verktøyets hensikt er å kvalitetsforbedre demensomsorgen ved å utvikle mer personsentrert omsorg.

anvendt teoretiske perspektiver om pleiekultur. Pleiekulturen er et faglig fellesskap der faglige og personlige verdier og normer er vevd tett sammen (11). I Hamrans studie om pleiekulturen i sykehus beskrives

arbeidsmåte. Med utgangspunkt i disse teoretiske perspektivene tenker vi at pleiekulturen på den ene siden kan være forholdsvis stabil og uforanderlig, samtidig som den bærer i seg muligheter for endring og utvikling.

FIGUR 1: Kategorier og underkategorier



rom for deltakernes refleksjoner. Fokusgruppedeltakerne ble oppfordret til å stille spørsmål til hverandre og kommentere hverandres uttalelser (14, 17). Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert. Den fortettede teksten ble gjenstand for systematisk tekstanalyse i flere runder og på flere nivåer, inspirert av både Kvale (15) og Thagaard (18). I den fortettede teksten ble det lett etter meningsenheter, som ble analysert og systematisert i subkategorier og til slutt samlet i hovedkategorier.

Første trinn i analysen besto i å lete etter meningsenheter, som ble skilt ut fra teksten i form av foreløpige kategorier (15). Vi startet med å analysere intervjuet med prosjektgruppa, deretter gjennomførte vi den samme analyseformen med intervjuet med arbeidsgruppa, og til slutt med avdelingslederen. I analysetrinn ble de foreløpige kategoriene

for hver gruppe sammenliknet for å se etter felles erfaringer og meninger, og problemstillingen ble aktivt brukt for å drive frem analysen. Gjennom flere runder endte analysen opp med to hovedkategorier og tilhørende subkategorier. Analysen gikk fra det generelle til det spesielle, fra empiriske data nedenfra og opp (18). I analysetrinn tre ble de to hovedkategoriene abstrahert i en samlet, overordnet fortolkning. I dette trinnet arbeidet vi mer deduktivt, der både teori om pleiekultur (11, 12) og teori om utvikling av læring i organisasjoner (13) hadde betydning for vår fortolkning av datamaterialet.

RESULTATER

Ut fra hensikten om å studere personalets langtidserfaringer med bruk av DCM ble det naturlig å dele funnene inn i to hovedkategorier. I figur 1 er de fremstilt skjematisert for å tyde-

liggjøre hovedfunn med underkategorier.

ERFARINGER

Prosjektgruppen

Prosjektdeltakerne beskrev økt bevisstgjøring på hvordan de utøver sin daglige omsorg, og hvordan deres handlinger, og eventuelt mangel på handlinger, påvirker pasientenes opplevelser. Tilbakemeldingene ble primært beskrevet som et læringsløft. Gode tilbakemeldinger gjennom DCM-tilbakemelding opplevde de som en forsterking av pasientfokuset, uttrykt som: «Jeg er helt overbevist om at det gjør noe med min måte å være sammen med pasientene på. Jeg er blitt enda tryggere i min rolle og ser kanskje enda mer det individuelle i hver pasient.»

Deltakerne hadde erfart at små endringer ga positive effekter. Gjennom konkrete tilbakemeldinger fikk de ny forståelse for betydningen av hvor viktig det er å gjøre selv små detaljer overfor den enkelte. Tilbakemeldinger fra observasjonene bevisstgjorde dem også på hvilke pasienter som ikke opplever noen form for stimulering over lang tid (det vil si mer enn 30 minutter): «Det er jo viktig at den personen også får noe, for eksempel kontakt minst hver halve time, selv om han er rolig.»

DCM tydeliggjorde hvor viktig det er for enkeltindivid at man gir en form for positiv oppmerksomhet. Slike konkrete tilbakemeldinger ble derfor en bekreftelse på deres dyktighet og faglige forståelse.

Videre uttrykte prosjektgruppa en samlet stolthet og trygghet, og de beskrev et sterkere samhold etter prosjektet. Den økte selvtiliten og samhol-

det deres er tolket som utvikling av et «stammespråk». De beskrev rytmen i sitt arbeidsfellesskap som en form for «fin flyt», fordi arbeidet går lett unna og de forstår selv små hint fra hverandre. Dette gjør at de foretrekker å arbeide med hverandre, slik en av dem beskriver: «Du kan si at du blir nesten litt mer glad i de småtingene du vet du gjør som er riktig. Og derfor er det nesten sånn at det er bedre å jobbe med folk som har vært borti dette (DCM), som er kjente.»

Opplevelsen av å tilhøre en spesielt kvalifisert gruppe i avdelingen gjorde at prosjektgruppa beskrev selvtilitt og trygghet i egen fagutøvelse. Samtidig syntes de det ble mer krevende å arbeide sammen med kollegaer, som ikke hadde deltatt i DCM-prosjektet, fordi de ikke jobbet på samme måten som prosjekt-deltakerne.

Arbeidsgruppen

Arbeidsgruppa hadde i utgangspunktet en viss kjennskap til personsentrert omsorg fordi avdelingslederen gjennom flere år hadde jobbet med utvikling av personsentrert omsorg i hele personalgruppa. I tillegg viderefremmet avdelingslederen kunnskap fra prosjektgruppas DCM-kartlegging til arbeidsgruppa gjennom å bruke konkrete, gode erfaringer fra prosjektgruppas tilbakemelding. De fleste erfarte at de hadde lært noe nytt: «For min del så har det vært litt sånn at det her, det er læring. Fått noen nye ideer som virker fra dem som var med på den andre siden, og så gjør vi det samme. Ja, det fungerer.»

Til tross for opplevelsen av å ha lært noe nytt, har vi tolket hovedbeskrivelsen til arbeidsgruppa som en opplevelse av

mangel på profesjonell faglig verdsetting. Denne manglende verdsettingen var knyttet til ujevn fordeling av systematisk veiledning og oppfølging gruppe imellom. Prosjektgruppa fikk oppmerksomhet og viktig faglig læring, noe som ikke i like stor grad ble arbeidsgruppa til del. «De har jo prøvd å fortelle det videre til oss. Det er nok noe med hvordan du henvender deg, at vi er flinke til å spørre «vil du ha ...»

Når det i intervju med arbeidsgruppa ble uttrykt at «det er nok noe med hvordan», tolker vi det som et uttrykk for at kunnskapen de ervervet ikke ble like dyptgripende. De ble ikke personlig involvert i kunnskapsutviklingen, slik prosjektgruppa ble. Et annet fenomen som også preget arbeidsgruppa var at de i løpet av intervjuet brukte mye tid på å beskrive sin travelhet i hverdagen. De beskrev for eksempel opplevd ekstraarbeid knyttet til vedtatte og innførte endringer i avdelingen, slik som «stille rapport» i vaktskiftet, samt nyinnført elektronisk dokumentasjonssystem (EPJ). «Og så er det et dilemma med tiden min også – skal jeg sitte på overtid å gjøre det (lese oppdaterte pleieplaner) eller skal jeg ikke? Jeg har bestemt for at jeg ikke skal gjøre det.»

I sine beskrivelser kan det synes som om det de hadde lært i forbindelse med DCM-prosessen ble overskygget av deres opplevelser av hverdagens travelhet.

FORTOLKNING AV FUNN

En overordnet fortolkning av funnene indikerer en iøynefallende skjevhet mellom gruppene. Prosjektgruppa ble i utgangspunktet valgt ut til å delta i prosjektet fordi de utgjorde en stabil gruppe ansatte. Gjennom

DCM-prosjektet fikk de «alt»: Økt teoretisk kunnskap, tett oppfølging av avdelingssykepleier, veiledning og konkrete tilbakemeldinger av en faglig anerkjent kartlegger. Samlet sett synes dette å ha styrket deres faglige selvtilitt og læringsvilje. Arbeidsgruppa bar ikke preg av den samme personalstabiliteten i utgangspunktet. Gjennom DCM-prosjektet hadde de lært mer om personsentrert omsorg, men gruppa ble aldri gjenstand for like stor oppmerksomhet og fikk heller ikke konkrete tilbakemeldinger på egen fagutøvelse. Samlet sett synes det som om arbeidsgruppa ikke fikk den samme personlige dybdekunnskapen om personsentrert omsorg.

DISKUSJON

Resultatene i denne studien tyder for det første på at de som deltok i DCM-prosjektet hadde positive erfaringer knyttet til bruk av metoden så lenge som halvannet år etter prosjektslutt. Ingen uttrykte å oppleve kartlegging som truende eller vanskelig. De ga tvert imot uttrykk for at de opplevde prosjektet som et læringsløft. De uttrykte dermed ingen av de negative erfaringene som er beskrevet i andre studier der DCM er brukt (7, 8, 19). Rokstad (10), som intervjuet den samme personalgruppen under og umiddelbart etter gjennomføring av prosjektet, fikk også bare positive beskrivelser. Vår studie støtter disse funnene etter gjennomføring av DCM-prosjektet. I tillegg tyder våre funn på at denne positive erfaringen med bruk av DCM synes å holde seg også lenge etter at det formelle prosjektet er avsluttet.

Hvordan kan vi så forstå og forklare en slik positiv beskri-

velse? Kanskje det handler om at bare en del av staben var utvalgt til å delta, at de ble en kulturelt avgrenset gruppe med spesiell og verdifull kompetanse. De framstår som en «stamme» med sin egen kultur innfelt i en større kulturell ramme, et fenomen beskrevet i litteratur om bedriftskulturen (20). De kan også fremstå som et eksempel på Mosers (12) beskrivelser fra demensomsorgen, der hun finner at ulike kulturer kan leve side ved side i en sykehjemsavdeling. Videre kan dette handle om at kartleggeren var spesielt dyktig til å gjøre hensikten med kartlegging og personsentrert omsorg forståelig, slik Senge (13) hevder er nødvendig for å få til endring i en kultur. Betydningen av endringsvillighet støttes i en britisk litteraturgjennomgang om DCM-implementering. Der erfares effekten av DCM-implementering som mest vellykket i avdelinger som er veldrevet og godt bemannet, og har læringsvillige ansatte (7). En annen medvirkende faktor kan være at kartlegger greide å formidle behovene for ytterligere kvalitetsforbedring på en måte som ikke ble opplevd som personlig truede.

Det er videre interessant at prosjektgruppa opplevde DCM-prosjektet som positivt så lenge som halvannet år etter implementering. Ifølge litteraturen (2, 6–8) handler DCM-prosessen om regelmessige kartlegginger, minst årlig og gjerne hvert halvår, for å opprettholde og videreføre utviklingen. Avdelingen har ikke hatt DCM-oppfølgning i etterkant. Derfor er det interessant at prosjektgruppa, som har hatt introduksjon og en rekartlegging etter fire måneder, fortsatt tydelig ser hensikten med personsentrert omsorg

når de beskriver sin fagutøvelse halvannet år etter prosjektslutt. Det kan se ut som det hadde utviklet seg klare normer for god demensomsorg i prosjektgruppa og at de var blitt bærere av en hensiktsmessig pleiekultur i jobben de gjør overfor personer

” De som deltok i DCM-prosjektet hadde positive erfaringer knyttet til bruk av metoden så lenge som halvannet år etter prosjektslutt.

med demens (11). En slik utvikling er i tråd med funnene i en amerikansk sykehjemsstudie. Studien understreker at trygge, sterke og endringsvillige grupper står bedre rustet til å videreutvikle seg når det har utviklet seg en aksept i pleiekulturen om å være dyktig innen sitt fagfelt (21).

For det andre viser funn i vår studie at arbeidsgruppen, til tross for avdelingsleders aktive tiltak for å overføre læring fra prosjektgruppa, opplevde at de fikk mindre oppmerksomhet og opplæring. Det kan ha ført dem inn i en situasjon der de følte seg mindre verdsatt og annerledes enn prosjektgruppa. De fikk heller ikke den samme dype forståelsen av personsentrert omsorg. Dermed ble de ikke gitt muligheten til å forstå hensikten med DCM, noe Senge (13) hevder er helt grunnleggende for å være med på å endre kulturelle normer i en gruppe. Å velge fokus på praktisk omsorg er en måte å mestre uoversiktlige situasjoner på (19). Dette kan kanskje forklare at de fokuserte så sterkt på travelhet og på problemer rundt gjennomføring av avdelingsrutiner. De ble med andre ord ikke inkludert i det pleiefaglige fellesskapet som ga dem mulighet til et mer dyptgripende perspektivskifte.

For det tredje tyder vår overordnede fortolkning på at det er mulig å utvikle, eventuelt forsterke, flere subkulturer i en avdeling, slik Moser beskriver. Implementering av DCM, som i utgangspunktet skulle forbedre kvaliteten på omsorgen, hadde

også en sideeffekt, nemlig at det ble skapt en oppdelt pleiekultur. Hovedgrunnen til dette var trolig at bare halve avdelingen ble involvert. Vi vet imidlertid lite om hva som hadde skjedd dersom hele avdelingen hadde deltatt i prosjektet. Det kan stilles spørsmål ved om effekten av implementeringen hadde vært like langvarig dersom alle i avdelingen deltok. Kanskje effekten ble så robust nettopp fordi det fikk utviklet seg en «stammekultur» i kulturen.

METODISKE REFLEKSJONER

Fokusgruppeintervju er spesielt utfordrende i denne studien fordi avdelingen viste seg å være så tydelig delt i to grupper. I denne sammenheng kan det være en svakhet fordi særlig prosjektgruppa syntes å utgjøre en tett sammensveiset gruppe, som også kan begrense muligheter for å uttrykke uenighet eller negative erfaringer. Individuelt intervju kunne gitt tilgang til hver enkelts erfaringer uten den kontrollen som alltid vil ligge i en gruppesamtale. Vi har derfor vært årvåkne i vår fortolkning av prosjektgruppas beskrivelser. I selve intervjusituasjonen ble det lagt vekt på åpen dialog, og negative erfaringer ble eksplisitt etterspurt.

Den samlede forståelse av intervjusituasjonen og konsistensen i gruppenes beskrivelse gir oss likevel grunn til å feste lit til gruppemedlemmenes beskrivelser. Deltakende observasjon hadde vært en velegnet metode for å belyse vår problemstilling, men studiens ramme gjorde det umulig å bruke en så tidkrevende metodisk tilnærming.

KONKLUSJON

En læringsprosess der DCM-kartlegging ble brukt som verktøy for å utvikle personsentrert

omsorg, synes å ha gitt et positivt og langvarig læringsløft for de ansatte som har deltatt. Når bare deler av arbeidslaget i en avdeling blir involverte, kan det se ut til å utvikle seg en skjev gruppekultur der en gruppe får mye oppmerksomhet og faglig utvikling, mens en annen gruppe ikke blir gitt de samme mulighetene. En god fagutvikling bør derfor inkludere alle ansatte i en avdeling om man ønsker å innføre og vedlikeholde endringer i en pleiekultur. DCM synes å være

et effektivt hjelpemiddel ved utvikling av en pleiekultur. En slik endringsprosess bør imidlertid omfatte alle i en avdeling for å hindre utvikling av skjevheter mellom arbeidsgruppene. Videre er det behov for større studier om personalets erfaring ved langvarig (mer en to år) bruk av DCM-kartlegging som endringsverktøy. Fordi DCM utfordrer pleiekulturen bør studier også ha fokus på endringsledelse, arbeidsmiljøvurderinger, personalpolitikk og tjenesteorganisering.

REFERANSER

1. Demensplan 2015 «Den gode dagen». Delplan til Stortingsmelding 25 (2005–2006). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. 2007.
2. Kitwood, T. En revurdering af demens – personen kommer i første rekke. Frederikshavn: Dafolo Forlag. 1999.
3. Cohen-Mansfield, J, Thein, K, Dakheel-Ali, M, & Marx, MS Engaging nursing home residents with dementia in activities: The effects of modeling, presentation order, time of day, and setting characteristics. *Aging & Mental Health* 2010;14:471–480
4. McCormack, B, & McCance, TV. Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing* 2006;56:472-479.
5. Brooker, D. What is person-centred care in dementia? *Clinical Gerontology* 2004;13:215-22.
6. Brooker, D og Surr, C. Dementia Care Mapping: Principper og praksis. Bradford Dementia Group, Division of Dementia Studies. Birkerød: Daniæ. 2007.
7. Beavies, D, Simpson, S og Graham, I. A literature review of dementia care mapping: methodological considerations and efficacy. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2002;9:725-36.
8. Brooker, D, Foster, N, Banner, A, Payne, M og Jackson, L. The efficacy

- of Dementia Care Mapping as an audit, tool: report of a 3-year British NHS evaluation. *Ageing & Mental Health*; 1998;2:6070.
9. Nissen, T. DCM og «Blomsten» i Demenscentret Pilehuset, en analyse af styringsteknologiers adoption, implementering og anvendelse. Masteroppgave. Copenhagen Business School. 2008.
10. Rokstad, AMM Dementia Care Mapping – en mulig metode for utvikling av demensomsorg i sykehjem? Klinisk masteroppgave i helse- og sosialfag. Molde: Høgskolen i Molde, 2008.
11. Hamran, T. Pleiekulturen – en utfordring til den teknologiske tenkemåten. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1992.
12. Moser, I. Behandlingskulturer i skjermet enhet i sykehjem. *Omsorg* 2008;1:13-18
13. Senge, P. Den femte disiplin: Kunsten å utvikle den lærende organisasjon. Oslo: Egmont Hjemmets bokforlag. 1999.
14. Knizec, B. Interview – design og perspektiv. I: M. Lorensen (red.) Spørsmålet bestemmer metoden. *Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2006:33-65.
15. Kvale, S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2001.
16. Polit, D og Beck, C. Nursing Rese-

- arch. Principles and Methods. 7th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
17. Krueger, R og Casey, M. Focus Groups. A practical guide for applied research. 3rd edition. Thousand Oaks: Sage, 2000.
18. Thagaard, T. Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. Bergen: Fagbokforlaget. 2003.
19. Müller-Hergl, C. The role of the «trusted stranger» in DCM feedback. *Journal of Dementia Care*; 2004:march/april
20. Jensen, IS. Ona fyr. For deg som vil lykkes sammen med andre. Oslo: Dinamo Forlag, 2002.
21. Scott-Cawziell, J. Are Nursing Homes Ready to Create Sustainable Improvements? *Journal of Nursing Care Quality*; 2005;20:203-7.