



Forebygging av utagerende atferd hos personer med demens på sykehjem – en utfordring for sykepleier

Kandidatnummer: 122
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9396
Dato: 18.04.2017

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 18.04.2017
Tittel: Forebygging av utagerende atferd hos personer med demens på sykehjem – en utfordring for sykepleier.	
<p><u>Problemstilling</u> ”Hvordan kan sykepleier forebygge utagerende atferd til personer med demens på sykehjem?”</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Oppgaven omhandler i all hovedsak personsentrert demensomsorg, og hvordan implementering av dette i praksis kan bidra til å redusere utfordrende atferd. På bakgrunn av dette har jeg valgt Tom Kitwoods teori om personsentrert demensomsorg som det teoretiske grunnlaget.</p> <p><u>Metode</u> Bacheloroppgaven er basert på allerede eksisterende kunnskapskilder og kan derfor kalles en litterær oppgave.</p> <p><u>Drøfting</u> Det blir drøftet hvordan sykepleier kan forebygge utagerende atferd hos mennesker med demens på sykehjem. Viktigheten av sykepleiers holdning og kunnskap drøftes, samt hvordan kartleggingsverktøy kan bidra til å implementere personsentrert omsorg i praksis. Videre vil ulike miljøtiltak drøftes.</p> <p><u>Konklusjon</u> I møte med pasienter med utagerende atferd bør sykepleie tilrettelegge for en personsentrert tilnærming. Gode holdninger og kommunikasjonsferdigheter, samt forståelse for hva pasientens utagerende uttrykk betyr er essensielt for hvordan det kan forebygges.</p>	

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Hensikt med oppgaven og presentasjon av problemstilling	2
1.3 Rammefaktorer	2
1.4 Avgrensning	3
2. Metode	4
2.1 Presentasjon av metode og søkehistorikk	4
2.2 Kildekritikk	6
3. Teori	8
3.1 Demens som sykdom	8
3.2 Symptomer for den som er rammet	8
3.2.1 Kognitive funksjoner	9
3.2.2 Atferdsmessige symptomer	10
3.3 Sykepleiefaglig perspektiv	11
3.3.1 Sykepleiers funksjonsområde	11
3.3.2 Sykepleiers kunnskap og holdning	12
3.3.3 Kommunikasjon med den demensrammede	12
3.4 Personsentrert omsorg	13
3.4.1 Dementia Care Mapping	14
3.5 Miljøtiltak	15
4. Drøfting	16
4.1 Problemstilling	16
4.2 Forståelse av atferden	16
4.3 Dementia Care Mapping	17
4.4 Å skape en relasjon	18
4.4.1 Realitetsorientering	21
4.4.2 Validering	22
4.5 Å skape trygghet gjennom miljøtiltak	22
4.5.1 Skjerming	24
4.5.2 Sanseshage	25
4.5.3 Musikk	26
4.6 Rammefaktorer- hindring for god demensomsorg?	26
5. Avslutning	28
Litteraturliste	29

1. Innledning

I dag er over 70 000 mennesker i Norge rammet av demens, og antallet vil trolig fordobles innen 2040. De aller fleste som lever med sykdommen er over 65 år, men også yngre mennesker blir rammet (Engedal& Haugen, 2009). Til tross for dette er mørketallene store, og det er mange som bor hjemme med en mild grad av kognitiv svikt som kan utvikle seg til en demenssykdom (Skovdahl& Berentsen, 2014).

Etter hvert som demenssykdommen progredierer, oppstår det i mange tilfeller det som blir beskrevet som utfordrende atferd. Dette innebærer atferds- og personlighetsendringer med psykiatriske trekk og symptomer (Rokstad, 2008d). I forskning gjort av Selbæk, Kirkevold & Engedal (2007) fremkommer det at det ble funnet psykiatriske og atferdsmessige symptomer hos 72% av pasientene i norske sykehjem.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Utagering og aggressiv atferd på sykehjem er i følge Rognstad og Nåden (2011) blant de største utfordringene i demensomsorgen. Forskningen viser at denne atferden er krevende å arbeide med, og sykepleier har en utfordrende oppgave i møte med de som er rammet (2011). Det kreves innsikt, kreativitet og høyt kunnskaps- og ferdighetsnivå. Det er hensiktsmessig å betrakte den utfordrende atferden som et resultat av en utilfredsstilt livssituasjon (Rokstad, 2005).

Etter egne praksisperioder oppleves dette som en utfordrende pasientgruppe å arbeide med i tillegg til de mange ulike meningene vedrørende hvordan dette skal håndteres. Dette støttes av forskningen gjort av Rognstad og Nåden(2011) på avdeling for aldersdemens og alderspsykiatri på norske sykehjem. Avdelingen var tilrettelagt og etablert for å kunne gi utagerende personer med demens et godt tjenestetilbud og god omsorg, og det fremkommer i studien at de ansatte selv mener de mangler kompetanse til å takle slik atferd, og at det kreves kontinuerlig faglig oppdatering (2011). Systematisk arbeid og målrettet jobbing knyttet til miljøtiltak med en pasient med utagerende atferd viser seg å gi et langsiktig resultat. Dette vil også øke pasientens livskvalitet (Rokstad, 2008d).

1.2 Hensikt med oppgaven og presentasjon av problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan sykepleier kan forebygge utagerende atferd hos mennesker med demens.

Problemstilling: *”Hvordan kan sykepleier forebygge utagerende atferd til personer med demens på sykehjem?”*

1.3 Rammefaktorer

Konteksten i denne oppgaven er på en skjermet avdeling på sykehjem. Disse avdelingene er spesielt tilrettelagt for pasienter med en demenslidelse og utfordrende atferd. I de fleste tilfeller omhandler det fysisk oppegående og spreke personer, men som ikke klarer seg hjemme grunnet deres kognitive svikt. En skjermet avdeling er tilrettelagt for å styrke pasientens ressurser og mestring, og det legges til rette for at pasienten kan orientere seg i avdelingen på egenhånd, samt at pasienten kan bevege seg rundt uten å gå seg bort. De aller fleste kommuner kan i dag tilby slike tilrettede avdelinger. (Hauge, 2014).

Systemet som en rammefaktor har stor innvirkning for demensomsorgen. Ytre rammer påvirker kvaliteten på tjenestetilbudet. Det innebærer blant annet tid, bemanning, kompetanse og kontinuitet (Janzen, S., Zecevic, A. A., Kloseck, M., & Orange, J. B, (2013). Det er økonomiske styringer og overordnede bestemmelser som setter standarden i forhold til rammebetingelsene, og dette kan fungere som en hindring for å kunne gi et best mulig individuelt tilpasset pleieopplegg (Jakobsen, 2007).

En sykehjemsavdeling reguleres av forskrifter, overordnet lovverk og etiske prinsipper. Disse forteller noe om retningslinjene og rammefaktorene på en sykehjemsavdeling. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) er sentral i denne oppgaven da lovens formål blant annet omhandler å ivareta respekten for pasientens liv, menneskeverd og integritet. Videre beskriver lovens §3-1 at pasienten har rett til medvirkning. Dette skal ivareta pasientens autonomi, og innebærer at tjenestetilbudet, så langt det lar seg gjøre, skal utformes i samarbeid med pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

1.4 Avgrensning

Den foreliggende oppgaven vil vie sitt fokus til personer over 65 år med en moderat grad av demens. Aldersgruppen velges på bakgrunn av at det kun er 2-3% under 65 år som er diagnostisert med en demenssykdom (Engedal & Haugen, 2009). I følge det diagnostiske klassifikasjonssystemet ICD-10 karakteriseres moderat grad av demens at personen ikke kan klare seg uten hjelp av andre (Helsedirektoratet, 2015). Det er ingen spesiell form for demens som belyses, men en bestemt type atferd - utfordrende atferd. Dette begrepet kan forstås som ”mangfoldet av psykologiske reaksjoner, psykiatriske symptomer og episoder med atferd som oppstår hos personer med demens, uavhengig av årsak” (gjengitt i Engedal og Haugen, 2009, s. 311). I litteraturen er det omdiskutert hvorvidt det skal brukes begrepene ”utagerende” eller ”utfordrende”. Av den grunn vil disse begrepene brukes om hverandre i oppgaven. Jeg velger i denne oppgave å skrive om hvordan sykepleiers holdning og kunnskap i møte med pasienten kan bidra til å redusere utfordrende atferd. I tillegg vil oppgaven baseres på miljøterapi som behandlingsmetode.

Det velges å ekskludere de pårørende, til tross for at disse kan være en viktig ressurs for personen som er rammet av demens (Ulstein, 2009). Jeg velger også å ekskludere medikamentell behandling i denne oppgaven, til tross for at dette er en del av behandlingstilbudet til personer med demens. Likevel vil det nevnes som en del av forståelsen av pasientens atferd. Bruk av tvang er også et aspekt jeg velger å ekskludere i oppgaven min på bakgrunn av oppgavens omfang.

2. Metode

Vilhelm Aubert definerer metode som ”en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener på dette formålet, hører med i arsenalet av metode” (gjengitt i Dalland, 2012, s. 111).

Bacheloroppgaven baseres på allerede eksisterende kunnskapskilder, og kan derfor kalles en litterær oppgave. Hensikten er å finne relevant fag- og forskningslitteratur som kan belyse et aktuelt tema med, samt å kunne besvare en valgt problemstilling (Dalland, 2012).

2.1 Presentasjon av metode og søkehistorikk

Jeg har brukt kjente og oppdaterte databaser i søk etter relevante artikler som kan understøtte pensumlitteratur. I tillegg har jeg vært bevisst på å anvende databaser som er medisinsk- og sykepleiefaglige for å kvalitetssikre at artiklene jeg bruker er relevante for sykepleieutøvelsen. Cinahl og PubMed er databaser jeg gjennom skolebiblioteket har valgt å benytte da disse dekker et stort antall internasjonale tidsskrifter innen fagfeltene sykepleie og helsefag. I tillegg har jeg funnet noen artikler gjennom sykepleien.no. Demens og utfordrende atferd er dagsaktuelle temaer, og det er gjort mye forskning på dette. Av den grunn har jeg forsøkt å finne ny forskning som ikke er eldre enn fem år.

Forskningsartikkelen ”god omsorg for urolige pasienter med demens” (Thorvik, Helleberg & Hauge, 2014) fant jeg ved å søke på sykepleien.no. Jeg kombinerte søkeordene ”demens” og ”utfordrende atferd”. Jeg avgrenset deretter søket slik at jeg kun fikk artikler fra 2012-2017. Ved å avgrense søket ytterligere til kun forskningsartikler, resulterte dette i fire treff. Deretter valgte jeg å lese abstraktet på denne artikkelen på bakgrunn av overskriften, som kunne virke relevant for min oppgave. I abstraktet kom det også frem at konteksten var på en skjermet avdeling. I lys av dette valgt jeg å bruke denne artikkelen i min oppgave.

Artikkelen ”Dementia care mapping - en mulighet for refleksjon og utvikling” (Rokstad & Vatne, 2011) fant jeg ved å søke ”Dementia Care Mapping” på sykepleien.no. Snevret inn søket til kun fag- og forskningsartikler, og avgrenset ytterligere slik at tidligst publiserte artikkel var i 2011. Da fikk jeg et resultat på 6 treff. ”Dementia care mapping - en mulighet for refleksjon og utvikling” er en fagfelleverdert forskningsartikkel jeg valgte på bakgrunn av

relevansen. Formålet var å innhente og beskrive kunnskap om personalets erfaringer med refleksjonsprosesser som ble igangsatt på bakgrunn av Dementia Care Mapping. I tillegg var hensikten å beskrive hvilken betydning dette hadde for utvikling av praksis, og derfor valgte jeg å anvende denne artikkelen i oppgaven min.

På databasen PubMed fant jeg artikkelen "Like a Dance": Performing good care for persons with dementia living in institutions" (Helleberg & Hauge, 2014) ved å brukte søkeordene "dementia", "agitation", "good care" og "nursing homes". Jeg kombinerte disse ordene med "and", og avgrenset søket slik at artiklene ikke skulle være eldre enn fem år gamle. Dette resulterte i ni treff. Overskriften på denne artikkelen hadde likhetstrekk med min oppgave, og etter å ha lest abstraktet, hvor jeg fant ut at forskningen ble gjort i Norge. På bakgrunn av relevansen i forhold til hvor studien ble gjennomført, i tillegg til at den handler om hvordan sykepleier kan utøve god omsorg til personer med demens, valgte jeg å inkludere denne i oppgaven.

I databasen Cinahl kombinerte jeg søkeordene "dementia", "agitation", "nonpharmacological" med "and". Videre avgrenset jeg søket slik at kun artikler fra 2002-2017 kom opp. Dette resulterte i 6 treff. Deretter fant jeg en kvalitativ studie med tittelen "Managing agitation using nonpharmacological intervention for seniors with dementia". (Janzen, Zecevic, Kloseek, & Orange (2013). Etter å ha lest abstraktet valgte jeg å anvende artikkelen i oppgaven min ettersom studiets formål var å undersøke de ansattes oppfatning av bruk av ikke-medikamentelle tiltak for å redusere utagerende atferd blant demensrammede på sykehjem. Dette er en artikkel jeg har brukt gjennomgående i oppgaven min, og anser den som svært relevant.

En annen artikkel jeg fant i Cinahl var "Caring for older people experiencing agitation" (Pritchard & Brightly, 2015). Søkeordene her var "dementia", "nursing homes" og "agitation" – som jeg kombinerte med "and". I tillegg brukt jeg søkeordene "agitation" "aggression" og kombinerte disse med "or". Deretter avgrenset jeg årstallene fra 2012-2017. Avgrenset ytterligere slik at målgruppen i oppgaven ble 65+. Videre søkte jeg kun slik at "peer reviewed" artikler kom opp. Dette resulterte i seks treff. Jeg valgte fagartikkelen Caring for older people experiencing agitation på bakgrunn av relevansen da formålet med denne artikkelen er å forklare årsaker til agitert atferd blant mennesker med demens, hvordan man

på en personsentrert måte kan gi god omsorg til denne pasientgruppen samt identifisere andre, alternative måter å behandle denne atferden på som ikke inkluderer legemidler.

2.2 Kildekritikk

Hensikten med kildekritikk er å vurdere, karakterisere og gjøre rede for kildene som anvendes i oppgaven, og hvorvidt disse er relevante for den aktuelle problemstillingen (Dalland, 2012).

For å belyse teori om personsentrert demensomsorg, og anvende dette i oppgaven, har jeg valgt å benytte Tom Kitwoods bok ”revurdering af demens - personen kommer i første rekke”. Dette ettersom det er Kitwood som står bak teorien om personsentrert demensomsorg. Når jeg har valgt pensum har jeg konsekvent forsøkt å benytte pensumlitteratur som er relativt ny. Derimot er denne boken fra 1999, men ettersom det er Kitwood som står bak teorien, var det et naturlig valg for meg å benytte hans bok. En annen svakhet ved bruk av denne boken er at den er skrevet på dansk, som innebærer en mulighet for mistolkning av hva opprinnelig står skrevet i boken.

I oppgaven har jeg anvendt flere kvalitative studier. En felles svakhet for kvalitative studier er at datamaterialet baserer seg på subjektive meninger om en implementert metode. Det er nødvendigvis ikke et en-til-en-forhold mellom en opplevd følelse av en metode eller behandlingsmåte og de faktiske effektene, eller nytten av den gitte metoden (Dalland, 2012). Eksempelvis kan en personalgruppe i en kvalitativ studie gi kritiske tilbakemeldinger om en gitt metodikk, men allikevel kan metoden være god for pasientene. Videre kan en aldri garantere at svarene en innhenter i kvalitative studier sier noe om realiteten i hverdagen. Det vil alltid være en mulighet for at intervju-objektet gir ”politisk korrekte svar”, heller enn å peke på de faktiske problemene. ”Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen” av Rognstad og Nåden (2011), er et eksempel på dette. I denne fagfelleverdert forskningsartikkelen ble 12 omsorgsgivere inkludert, og ettersom deltakerantallet er lavt kan det argumenteres for at generaliseringsverdien er lav. Likevel vil denne studien gi et innblikk i hva disse omsorgsgiverne mener er utfordringer i demensomsorgen er, men basert på deltakerantallet er det problematisk å argumentere for at utfordringene er tilsvarende andre steder.

Ved flere anledninger har jeg tatt i bruk sekundærkilder, hvor primærkilden ikke har vært mulig å oppdrive. Jeg har forsøkt å finne primærkilden, men av ulike grunner har jeg ved flere anledninger ikke fått tilgang til den, eksempelvis ved at primærkilden er gammel. Det kan være problematisk ettersom en ikke har mulighet til å kvalitetssikre tyngden bak innholdet gjennom å lese primærlitteraturen. Av den grunn har det blitt lagt vekt på å begrense bruken av denne type kilder til teoretisk innhold heller enn effekter av ulike tiltak, hvor en ikke har mulighet til å danne seg en mening rundt kvaliteten på metoden, og artikkelforfatters konklusjoner.

3. Teori

Denne delen av oppgaven har som formål å belyse det teoretiske perspektivet rundt demens. Det skal fortrinnsvis beskrives hva demens er, samt symptomer. Videre vil teoridelen ta for seg det sykepleiefaglige perspektivet og sykepleiers kunnskap og holdning rundt dette temaet. Avslutningsvis skal denne delen vie sitt fokus mot personsentrert omsorg og miljøtiltak.

3.1 Demens som sykdom

Demens er en samlebetegnelse på sykdommer som rammer et flertall av hjernens funksjoner. Tilstanden vil ofte forverres over tid, og funksjonsnivået til den som rammes vil reduseres slik at vedkommende til slutt kan bli helt avhengig av hjelp. Den mest vanlige demenssykdommen er Alzheimer sykdom og omfatter om lag 60% av alle tilfellene av demens (Skovdahl & Berentsen, 2014).

Sykdommen utvikler seg individuelt – hos noen foregår utviklingen over mange år, mens hos andre går forløpet raskt. Sykdomsutviklingen kan graderes til mild, moderat og alvorlig. Ved moderat grad av demens vil personen oppleve at stadig flere gjøremål blir vanskelige. Personens behov for konkret hjelp og veiledning til hverdagslige aktiviteter som påkledning, matlaging og opprettholdelse av rutiner, vil øke. Den økende kognitive svikten vil medføre en følelse av å miste grepet på tilværelsen (Rokstad, 2008a).

3.2 Symptomer for den som er rammet

Symptomene på en demenssykdom kan grovt sett deles inn i motoriske, kognitive og atferdsmessige symptomer (Engedal & Haugen, 2009). Ettersom de kognitive og atferdsmessige symptomene er mer aktuelle i denne oppgaven med tanke på utfordrende atferd, vil ikke motoriske symptomer beskrives videre.

Sykdomsbildet hos personer med demens vil ha store individuelle forskjeller. Dette ettersom det finnes ulike grader av sykdommen, i tillegg til at det er ulike sykdommer og årsaker som gir demenssykdommen. Som nevnt kan sykdommen graderes etter alvorlighetsgrad, og en som lider av en moderat grad av demens vil oppleve atferdsendringer og svekket kognitive funksjon i større grad enn en som har en mild grad av demens. På bakgrunn av de individuelle

forskjellene hos ulike personer vil symptomene opptre i ulike form og ulik grad hos den enkelte (Rokstad, 2008a).

3.2.1 Kognitive funksjoner

Problemer med hukommelsen er et av de første symptomene som merkes av personen selv og av omgivelsene i utviklingen av en demenssykdom. Hukommelsen danner grunnlag for sammenhengen mellom fortid og nåtid, og er viktig i forståelsen av hvem en selv er og sin sosiale posisjon. Redusert hukommelse vil derfor ikke bare være en trussel for hverdagslige gjøremål, men kan også være en trussel for ens egen identitet og forståelsen av denne. Dette kan medføre indre uro og identitetsforvirring (Jakobsen, 2007).

Et annet symptom er redusert oppmerksomhet. Dette vil medføre svekket funksjonsevne da det er nødvendig med evne til oppmerksomhet for å kunne følge med og ha oversikt over omgivelsene. Ved demens er ikke nødvendigvis våkenhet- og bevissthetsnivået redusert, men evnen til å følge med og skille mellom viktig og uviktig informasjon er svekket (Rokstad, 2008a). Personen kan å ha problemer med å konsentrere seg om en ting om gangen, og blir lettere distraherert (Engedal & Haugen, 2009).

Evnen til å gjennomføre praktiske handlinger går også under kategorien kognitive funksjoner. Dette betegnes som handlingssvikt og apraksi. Det kan dreie seg om redusert kognitiv bearbeiding på bakgrunn av redusert hukommelse eller sviktende sanseoppfatning (Engedal & Haugen, 2009). Betegnelsen brukes når en person ikke klarer å utføre ulike praktiske handlinger, som påkledning eller å vaske seg. Pasienten kan bli stående å se på klærne uten å klare bevegelsene som er nødvendige for å kle på seg. Dette kan oppstå til tross for forståelse av hva som skal gjøres, samt full førlighet (Rokstad, 2008a).

Problemer med språket er et fremtredende symptom hos personer med demens og det arter seg ulikt hos den enkelte. Benevningsproblemer oppstår gjerne som blant de første språkforstyrrelsene. Personen kan beskrive hvordan en gjenstand ser ut, uten å huske hva den heter. Feilsnakking, misforståelser og stadige gjentakelser samt problemer med å holde tråden i tankerekkene er faktorer som gjør det vanskelig for den rammede å uttrykke seg. I tillegg opplever personen gjerne andre språkvansker i form av sviktende taleflyt og problemer med

setningsoppbyggingen (Rokstad, 2005). Personenes evne til verbal og nonverbal kommunikasjon vil også reduseres (Eide & Eide, 2007).

3.2.2 Atferdsmessige symptomer

Tidligere har fokuset på symptomer hos demente mennesker vært på de kognitive endringene og mindre på personlighets- og følelsesmessige forandringer. Dette fordi det kan være vanskeligere å observere og kartlegge (Engedal & Haugen, 2009). Atferdsmessige symptomer består av ikke-kognitive symptomer og omfatter aggresjon, agitasjon, apati, angst, hallusinasjoner, vrangforestillinger og feiltolkninger (Skovdahl & Berentsen, 2014). De overnevnte symptomene er en del av sykdoms- og symptomsforløpet innenfor demens, og i faglitteraturen forkortes disse til APSD (Selbæk, 2005).

Redusert mestringsfølelse samt opplevelse av tap vil kunne medføre depresjon, i tillegg kan endringer i signalstoffene i hjernen gi seg utslag i depressive trekk. Angst er også et hyppig fenomen ved demens. Personer med demens kan ofte føle at de har en usikker fremtid i vente, og det blir vanskelig å holde oversikt over egen situasjon, noe som kan medvirke til angst. Mange blir avhengig av hjelp av andre for å få gjennomført hverdagslige gjøremål, og følelsen av ensomhet kan i seg selv fremkalle angstsymptomer (Engedal & Haugen, 2009).

Andre aktuelle symptomer er hallusinasjoner, feiltolkninger og vrangforestillinger (Rokstad, 2008b). En del personer med demens har vrangforestillinger i form av at deres mor fortsatt lever eller at sønnen snart kommer hjem fra skolen. Det omhandler med andre ord gjerne ting som ikke kan forankres i virkeligheten. Personen kan se ting andre ikke ser, og tro at personene fra TV-programmet er tilstede i rommet. I tillegg er det mange som mener at andre er ute etter dem eller noe de eier (Engedal & Haugen, 2009).

For å konkretisere den utagerende atferden kan den deles inn i verbal atferd, fysisk utagering og generell fysisk uro. Verbal atferd innebærer blant annet skriking, roping, verbale trusler samt høy og gjentakende tale. Fysisk utagering anses som slag, spark, spyting, mens generell fysisk uro og agitert atferd omhandler rastløshet, vandring, flytting av gjenstander og ukritisk atferd i form av eksempelvis upassende seksuell atferd, upassende av- og påkledning og urinering på upassende steder (Rokstad, 2005).

3.3 Sykepleiefaglig perspektiv

I følge helsepersonelloven(1999) §4 er sykepleier forpliktet til å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Det skal tilstrebes å tilrettelegge for et individuelt tilpasset omsorgstilbud, og pasientens egenverd, livsførsel og integritet skal ivaretas (Nortvedt & Grønseth, 2010). Sykepleier skal hjelpe pasienten til å mestre sin livssituasjon og sin sykdom og spesielt viktig blir dette hos personer med demens. En pasient med moderat grad av demens blir ifølge ICD-10 kriterier beskrevet som en person som ikke klarer seg uten hjelp fra andre (Helsedirektoratet, 2015). Dette gjør pasienten sårbar og avhengig av personalets kompetanse, tid og personlige holdninger (Kirkevold, 2014a).

3.3.1 Sykepleiers funksjonsområde

Sykepleieprofesjonen har spesifikke funksjons- og ansvarsområder som preger måten sykepleier jobber på og hvordan hun tilnærmer seg både pasient, pårørende og andre involverte (Nortvedt & Grønseth, 2010). Dette er forankret i de yrkesetiske retningslinjene som bygger på grunnprinsippene i sykepleien. De fundamentale pliktene en har som sykepleier beskrives som å fremme helse, å forebygge sykdom, å lindre lidelse samt å sikre en verdig død (Norsk sykepleieforbund, 2011).

Denne oppgaven berører sykepleiers forebyggende og helsefremmende funksjon. I følge Mæland (2010) kan forebygging deles inn i primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Primærforebygging blir beskrevet som å forhindre eller utsette at sykdom oppstår. Sekundærforebygging innebærer å hindre at sykdom videreutvikles eller kommer tilbake (Ranhoff, 2014), mens tertiærforebygging kan defineres som ”når målet er å minske de følgene sykdommen får for funksjon og livskvalitet” (Mæland, 2010 s. 14). I denne oppgaven vil tertiærforebygging bli det aktuelle, da det innebærer å iverksette forebyggende tiltak for å redusere ytterligere konsekvenser av en allerede eksisterende sykdom (Ranhoff, 2014). Utagerende atferd er en konsekvens av at demenssykdommen progredierer, og sykepleier har en viktig oppgave i å takle og redusere pasientens atferdsforstyrrelser (Rokstad, 2005).

Sykepleiers forebyggende funksjon omhandler imidlertid mer enn å hindre skade, sykdom og tidlig død - det handler også om å fremme helse og være en bidragsyter til at helsen blir en positiv ressurs i personens hverdagsliv. Dette innebærer blant annet at en som sykepleier skal bidra til at livskvaliteten blir best mulig, å tilrettelegge for best mulig helseutvikling, samt å

stimulere personens evner til mer fleksibel mestring, funksjonsevne og kontroll (Mæland, 2010).

3.3.2 Sykepleiers kunnskap og holdning

Det fundamentale i omsorgen rettet mot demensrammede mennesker er personsentrert omsorg. En slik tilnærming forutsetter at fokuset rettes mot personen bak sykdommen, og sykepleier trenger derfor kunnskap om både pasientens sykdomsbilde og kunnskap om ulike tilnærmingsmåter (Skovdahl og Berentsen, 2014). Dette understøttes også i forskning, hvor det beskrives viktigheten av å ha så mye kunnskap om pasienten som mulig - det kan medføre et bedre grunnlag for relasjonsbygging (Helleberg & Hauge, 2014). Det er etiske aspekter ved dette – hvordan sykepleier møter pasienten har mye å si for hvordan relasjonen blir, og dermed også i hvilken grad sykepleier kan hjelpe pasienten. Relasjonsetikk blir sentralt her. Sykepleiers holdning og væremåte er av stor betydning for hvordan pasienten opplever møtet med sykepleier. Å møte pasienten med et du-jeg forhold vil prege relasjonen i positiv retning, og sykepleier er åpen for pasientens innspill og ønsker. Dette vil styrke pasientens autonomi (Brinchmann, 2012). Retten til autonomi er også forankret i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kapittel 3.

Gjennom personsentrert omsorg er det ønskelig å skape en relasjon til pasienten som er preget av tillit og felles forståelse. Det at en som sykepleier har døgkontinuerlig oversikt over pasientens situasjon, kan være et godt utgangspunkt til å skape denne relasjonen (Hauge, 2014). I tillegg kan det nevnes at en forutsetning for å realisere ideen om personsentrert omsorg, kreves det et godt lederskap, godt samarbeid blant de ansatte samtidig som det må investeres i de ansattes kompetanse. Dette for å kunne få et til endring i avdelingen (Kirkevold, 2014b).

3.3.3 Kommunikasjon med den demensrammede

Som nevnt innledningsliv kan en sykdom som demens få konsekvenser for evnen til å kommunisere, og blir et markant problem for pasienten (Rokstad, 2005). Flere definisjoner av god livskvalitet peker på at evnen til å kommunisere er tilstede og intakt. Redusert evne til å kommunisere beskrives av både pasienter og pårørende som et av de mest belastende aspektene ved at demenssykdommen progredierer, og det kan medføre økt tilbaketrekking, agitasjon og atferdsforstyrrelser (Wogn- Henriksen, 2008).

Som sykepleier må en forholde seg til mennesker i ulike livssituasjon, og kunne gi og ta i mot informasjon, forklare, trøste og forstå. Sykepleier har en viktig oppgave i å tilrettelegge og lete etter mulige tiltak for å bedre kommunikasjonen, og øke sjansen for en felles forståelse i samhandlingen. Kommunikasjon er en viktig faktor for å bygge, utvikle og opprettholde relasjoner samt som forebyggende faktor for utagerende atferd (Wogn-Henriksen, 2009). Sentrale nøkkelbegreper for god kommunikasjon beskrives som empati, respekt, omsorg og forståelse for den andres situasjon (Eide & Eide, 2007).

3.4 Personsentrert omsorg

Grunnleggende i all sykepleie er at den skal være helhetlig og individualisert. Utøvelsen av sykepleien skal baseres på den enkeltes verdier, behov, ønsker. Med andre ord er en av grunnpilarene i sykepleien at den skal ivareta pasientens integritet og verdighet (Norsk sykepleieforbund, 2011). Fundamentet i omsorgen rettet mot demensrammede, er personsentrert omsorg (Skovdahl & Berentsen, 2014).

Begrepet personsentrert omsorg har i de senere år fått mye oppmerksomhet i litteraturen, og spesielt i tilknytning til personer med demens (Kirkevold, 2014b). I følge Tom Kitwood beskrives det å være menneske som å ha et personverd. Uttrykket refererer til det å være et menneske, å ha en identitet, integritet og individuelle preferanser (Kitwood, 1999). I demensomsorgen blir det spesielt viktig å akseptere og respektere pasientens verdi til tross for svekket kognitiv funksjon og generell nedsatt funksjonsnivå (Rokstad, 2014). I boken "Se hvem jeg er" (2014) beskriver Rokstad hvordan det tidligere ble sett på som et behov at fokuset rettes mot en personsentrert tilnærming i møtet med pasienter. Dette menneskesynet samsvarer med dagens nærhetsetikk, hvor fokuset omhandler et "du-jeg" forhold (Brinchmann, 2012).

Bruk av denne innfallsvinkelen i praksis ble introdusert av Kitwood, som la det teoretiske grunnlaget for personsentrert demensomsorg, og hadde stor innflytelse på utviklingen av grunnpilarene. Sentrale sosialpsykologiske behov innenfor personsentrert demensomsorg er sosial inkludering, trøst, tilknytning, beskjefteigelse og identitet (Skovdahl & Berentsen, 2014). Det viktigste og mest sentrale målet innenfor personsentrert demensomsorg er å ivareta personens integritet og verdighet til tross for svekket kognitiv funksjon (Brooker, 2009).

Kitwood beskriver det som kalles ondartet sosialpsykologi, som omhandler episoder der personen blir utsatt for tvang, umyndiggjøring, stigmatisering, latterliggjøring, neglisjering eller ignorering. Dette er aspekter som ofte forekommer i demensomsorgen, til tross for at det sjeldent skjer som følge av ønske om å krenke - det har snarere blitt en del av pleiekulturen. I all hovedsak dreier det seg om at personer med demens blir ignorert og i mindre grad verdsatt i dagens samfunn (Brooker, 2009). Det er ønskelig at fokuset rettes mot ”personen med demens”, i motsetning til ”den demente personen” (Kitwood, 1999).

Kitwoods teorier om personsentrert demensomsorg har senere blitt videreutviklet til et rammeverk for praksis, VIPS-modellen. Dette er et rammeverk for å implementere personsentrert omsorg i sykehjemsavdelinger. VIPS-praksismodell er et godt verktøy for ansatte til å yte personsentrert omsorg til personer med demens, men utfordringene med dette er å få de teoretiske prinsippene bak VIPS-modellen, implementert som en naturlig del av pleiekulturen i praksis. Modellen består av fire hovedelementer som alle står like sentralt (Skovdahl & Berentsen, 2014).

V - Et verdigrunnlag som anerkjenner mennesket absolutte verdi, uavhengig av alder eller kognitiv funksjon

I – En individuell tilnærming som vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske

P – Evnen til å forstå verden, sett fra personens perspektiv

S – Etablering av støttende sosialt miljø som dekker personens psykologiske behov.

(Brooker, 2013, s. 9)

3.4.1 Dementia Care Mapping

Dementia Care Mapping er et observasjons- og kartleggingsverktøy der formålet også er å implementere personsentrert omsorg i praksis. Hovedpoenget er å forsøke å forstå det subjektive perspektivet til pasientens som har demens (Rokstad, 2005). Målet er å utvikle og bedre kvaliteten på personsentrert demensomsorg i praksis. Selve metoden består av en periode på fire til seks timer med systematisk observasjon etterfulgt av tilbakemeldinger til de ansatte som baseres på observasjonene. Personen som utfører disse observasjonene er gjerne en utenforstående som har sertifisering til å ta i bruk dette verktøyet. Personalgruppen blir informert om hva metoden innebærer samt hovedprinsippene i personsentrert demensomsorg, og observasjonene gjøres i fellesarealer der den hverdagslige samhandlingen med beboere og

ansatte foregår. Elementer som registreres av observatøren er atferd og aktivitet samt grad av trivsel, humør og velvære hos den demente. Metoden beskrives som et forsøk på å forstå personen med demens sitt perspektiv, og hovedmålet er å styrke pasientens ressurser (Rokstad, 2012).

3.5 Miljøtiltak

Miljøbehandling er et sentralt aspekt ved demensomsorgen. Det handler om å tilrettelegge psykiske, fysiske og sosiale faktorer i omgivelsene slik at personer rammet av demens kan fungere optimalt, til tross for svekket kognitiv funksjon og generell nedsatt funksjonsnivå (Rokstad, 2005). Det psykososiale miljøet vil preges av fysiske omgivelser ettersom det kan tilrettelegge eller hindre eksempelvis sosial omgang, aktiviteter og velvære blant demensrammede mennesker. Det tilstrebes at omgivelsene skal ha en terapeutisk effekt (Bergland & Kirkevold, 2011).

Vatne (2006) definerer miljøtiltak som ”behandling som legger vekt på de terapeutiske prosesser som kan mobiliseres og iverksettes i det miljøet pasienten befinner seg i” (s. 23). Denne definisjonen har forfatter basert på annen litteratur, og vil være relevant i den aktuelle oppgaven. I følge Rokstad (2005), dreier forebygging av utagerende atferd seg i hovedsak om hensiktsmessig tilrettelegging av miljøet. Dette fremkommer også i en studie som beskriver at implementering av miljøtiltak kan ha en forebyggende effekt (Janzen et al., 2013). Imidlertid vil ikke miljøbehandling, i likhet med andre behandlingsformer, snu sykdomsforløpet, men målet er at denne formen for terapi kan være en bidragsyter til å bremse eller forsinke demensutviklingen (Bragstad & Kirkevold, 2010). Kunnskap om hvordan personalet kan benytte seg av omgivelsene og tilrettelegge disse, er fra et sykepleiefaglig ståsted sentralt for å yte god demensomsorg (Bergland & Kirkevold, 2011).

4. Drøfting

Å forebygge utagerende atferd er en kompleks prosess. Sykepleier har en krevende, men viktig rolle overfor pasienten og hans atferdsforstyrrelser. Som nevnt, er det ønskelig at demensomsorgen blir mer personsentrert. En personsentrert holdning vil være å forsøke å finne den bakenforliggende årsaken til den utfordrende atferden, og dermed bruke denne kunnskapen som et utgangspunkt for å forebygge (Brooker, 2013). I denne delen av oppgaven vil det fokuseres på hvilke holdninger og kunnskaper som kreves av sykepleier i møtet med pasienten med demens. Videre vil fokuset vies mot ulike forebyggende tiltak.

4.1 Problemstilling

”Hvordan kan sykepleier forebygge utfordrende atferd til personer med demens på sykehjem?”

4.2 Forståelse av atferden

For at sykepleier på best mulig måte kan møte pasientens utfordrende atferd, er det essensielt å vite hva atferden uttrykker. Det må tilstrebes å finne den bakenforliggende årsaken, og det er sentralt at sykepleier lærer seg å kjenne pasienten (Kirkevold, 2009; Skovdahl & Berentsen, 2014). Dette støttes i forskning der det fremkommer at kunnskap om demenssykdommen, samt kjennskap til pasientens vaner og preferanser var en forutsetning for å kunne gi god omsorg (Thorvik, Helleberg & Hauge, 2014).

Gjennomgående i litteraturen beskrives det som hensiktsmessig å betrakte den utfordrende atferden som umøtte behov (Cohen-Mansfield, 2001). Derimot kan umøtte behov ha mange betydninger. En faktor kan være pasientens somatiske status. Har pasienten smerter? I følge Janzen et al., (2013) kan somatiske forhold være triggere til utagerende atferd. Pasienten kan være sulten, dehydrert, ha smerter eller fatigue, og dersom pasienten har problemer med å uttrykke det, noe som kan antas ved en moderat grad av demens, kan frustrasjonen dette medfører gi seg utslag i utagerende atferd (Rokstad, 2008a).

Et annet moment kan være bruk av legemidler. De fleste demensrammede på sykehjem bruker ofte flere typer legemidler samtidig. I en studie viser det seg at 75% av pasientene bruker en form for psykofarmaka (Selbæk, Kirkevold & Engedal, 2007). Mellom 20-40% av pasientene

brukte antipsykotika. Det skal foreligge en klar indikasjon for bruk av antipsykotika på bakgrunn av at disse legemidlene medfører uønskede bivirkninger (Engedal & Haugen, 2009). På den andre siden er en fare ved bruk av disse at de kan maskere og demper uttrykkene for de underliggende årsakene til utageringen. Med dette menes at legemidlene, som eksempelvis kan ha en sederende effekt, kan medvirke til å redusere pasientens kommunikasjonsferdigheter ytterligere, noe som gjør det desto vanskeligere for sykepleier å forstå pasientens behov (Rokstad, 2005).

Et viktig aspekt ved dette er at den utfordrende atferden ikke er å betrakte som avvikende. Snarere tvert i mot kan det ses på som normale reaksjoner på en endret livssituasjon (Rokstad, 2005). Etersom demenssykdommen utvikler seg, vil funksjonsnivået svekkes, en vil oppleve endrede muligheter for livsutfoldelse og en følelse av å miste grepet om virkeligheten. Når man ikke forstår hvor man er, hvorfor man er et annet sted eller hvem som er rundt, vil dette kunne resultere i fortvilelse og indre uro, som igjen kan vise seg som irritabilitet, aggresjon og utagering (Rokstad, 2008d).

4.3 Dementia Care Mapping

Dementia Care Mapping er et observasjons- og kartleggingsverktøy hvor grunnprinsippene er å utvikle og bedre kvaliteten på personsentrert demensomsorg i miljøterapi i praksis (Rokstad, 2012). En av metodens styrker er at det er et viktig redskap for konkret vurdering av kvaliteten på omsorgstilbudet, i tillegg til at kartleggingene skaper et godt grunnlag for å kunne gjøre konstruktive forandringer i hvordan pleie- og omsorgstilbudet er i dag (Rokstad, 2012). Samtidig er en sentral del av metoden at resultatene skal bidra til at de ansatte blir mer bevisst rundt egne holdninger vedrørende måten å kommunisere og samhandle med pasienten på, samt at kartleggingene danner et utgangspunkt for individuelt tilpassede tiltaksplaner og behandlingsplaner (Skovdahl & Berentsen, 2014).

Tilbakemeldingene de ansatte får i etterkant, viser seg i følge forskning å sette i gang prosesser til økt selvrefleksjon. Derimot vil ikke dette nødvendigvis være nok. Selvrefleksjon vil ha begrensninger i form av at det ikke skaper endring, og det danner heller ikke et grunnlag for felles forståelse. For å utvide eget perspektiv kreves det samhandling og refleksjon i fellesskap. Refleksjon blant de ansatte på en sykehjemsavdeling kan danne

grunnlaget for kompetanseheving og økt kunnskap. Økt bevisstgjøring av egne holdninger og måter å arbeide på danner et grunnlag for diskusjon om egen praksis. Felles forståelse kan bidra til å skape trygghet i forhold til egen yrkesutøvelse (Rokstad & Vatne, 2011), og forskning viser at dette kan redusere utrygghet hos pasienten (Janzen, et al., 2013). Til tross for at pasientens kognitive evne er svekket, vil evne til å føle være intakt (Brooker, 2013), og pasienten vil derfor føle det som en trygghet og forutsigbarhet at sykepleier er trygg på seg selv.

Å arbeide med utagerende atferd blant demente stiller store krav til kunnskap og faglig oppdatering (Rokstad, 2005), men i praksis vil det ikke alltid være tid eller anledning til å tilegne seg ny kunnskap og holde seg oppdatert på sitt fagfelt, da det kan være ulike meninger om at sykepleier eksempelvis setter seg for lese eller benytter seg av et bibliotek i en ellers hektisk hverdag (Pfeiffer, 2012). Samtidig står dette forankret i de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Det beskrives at sykepleier skal holde seg faglig oppdatert samt å bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis. Et annet sentralt aspekt i de yrkesetiske retningslinjene er også at sykepleier skal fremme åpenhet og et godt samarbeid mellom de ansatte (Norsk sykepleieforbund, 2011).

4.4 Å skape en relasjon

God pleie og omsorg baseres på en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Sett i lys av dette stilles det krav til sykepleiers holdninger og verdigrunnlag. Det innebærer at måten en betrakter den demensrammede får konsekvenser for relasjonen (Rokstad, 2014). I følge Kitwood, kan hjelpere ha negative og destruktive holdninger med tanke på demensomsorgen. Dette kan begrunnes med at sykdommen kan vekke et ubehag som assosieres til funksjonsnedsettelse og svikt (Kitwood, 1999). Samtidig vil dårlige holdninger medføre et ugunstig utgangspunkt i relasjonsbyggingen med pasienten. Eksempelvis er det stor forskjell på en ”jeg-det”-holdning og ”jeg-du”-holdning. Ved en ”jeg-det”-tilnærming til pasienten, vil symptomene behandles snarere enn personen bak sykdommen, og pasienten kan oppleve å bli objektivisert (Smebye, 2008). Dette kan knyttes opp mot Kitwoods teori om ondartet sosialpsykologi, der pasienten utsettes for episoder med nedvurdering og umyndiggjøring. Dette er lite hensiktsmessige for pasientens menneskeverd og integritet (Brooker, 2013). Derimot vil en ”jeg-du”-tilnærming danne et grunnlag for dialog og samhandling der

pasienten blir anerkjent som det mennesket vedkommende er, og menneskeverdet heller styrkes (Smebye, 2008).

Et annet perspektiv på dette er sykepleiers holdning i forhold til pasientens medvirkning. Pasienten har gjennom pasient- og brukerrettighetsloven (1999) rett til medvirkning, og sykepleier har en viktig oppgave i å tilrettelegge for at pasientens autonomi styrkes. Det trenger ikke nødvendigvis handle om de store tingene, men å la pasienten bestemme hva han vil ha på brødskena eller være åpen for at pasienten har egne preferanser vedrørende leggetid vil være en medvirkende årsak til å styrke pasientens personverd og mestringsfølelse (Kirkevold, 2014a). Av den grunn er det viktig at sykepleier er bevisst sine egne holdninger, da dette kan prege hennes væremåte overfor pasienten. For øvrig understøttes dette i en studie der de ansatte mener bevissthet over egne holdninger kan forebygge angst og urolig atferd blant pasientene (Helleberg & Hauge, 2014).

For at sykepleier kan fungere som en god omsorgsgiver for pasienten forutsetter dette evne til å reflektere over egen væremåte og holdning. Sykepleier må tilstrebe sensibilitet og refleksjon. Med sensibilitet menes evne til å være empatisk og følsom overfor pasientens erfaring. Dette er et viktig aspekt ved personsentrert demensomsorg, og et viktig moment for å kunne skape en relasjon til pasienten. Det krever sensibilitet overfor den rammede (Rokstad, 2014). Men hvordan kan en som sykepleier sette seg inn i pasientens perspektiv? Er det i det hele tatt mulig å forstå hvordan det er å være et annet menneske? Dette er en sentralt element i VIPS-modellen, og en forutsetning for forståelse av dette perspektivet krever en empatisk tilnærming fra sykepleiers side (Brooker, 2013). Ved å bruke sin egen fantasi for økt forståelse for pasientens situasjon kan en på en effektiv måte øke de empatiske holdningene. Symptomer en pasient opplever gjennom sykdomsforløpet, som desorientering, redusert evne til å uttrykke seg og dyspraksi beskrives ofte i litteraturen, og de fleste vet hva det er, men de færreste vet hvordan det oppleves og hvordan det kan få en person til å føle seg. Til tross for pasientens kognitive svekkelse, er evnen til å føle er intakt (Brooker, 2013).

På den andre siden er evne til å reflektere over egen yrkesutøvelse, egne holdninger og vurdere individuelt tilpassede løsninger, fortløpende, nødvendig. Det kan sammenfattes med evnen til å være åpen og følsom for pasientens forståelse - det er viktig i møte med pasienten, men like viktig er det at sykepleier er bevisst sin egen praksis, da å møte en pasient på en god måte krever kunnskap og faglig begrunnelse. Samtidig kan det være svakheter ved å reflektere

over egne handlinger underveis (Rokstad, 2014). Som tidligere beskrevet, fremkommer det i artikkelen av Rokstad & Vatne (2011) at egenrefleksjon styrkes i refleksjon med andre. Ved å reflektere mens man gjør en handling, vil man ikke kunne ha andre innfallsvinkler eller bli korrigert om nødvendig (2011). Av den grunn kan det også være hensiktsmessig å benytte strukturerte metoder for utvikling av personsentrert demensomsorg, som Dementia Care Mapping (Rokstad, 2014).

Kommunikasjon er en viktig og grunnleggende faktor for å skape relasjoner samt opprettholde god livskvalitet. Uten evne til å kommunisere vil følelsen av tilhørighet svekkes. I tillegg vil det bli vanskeligere å opprettholde en relasjon. På bakgrunn av dette bør sykepleier tilstrebe å ha en personsentrert innfallsvinkel i forhold til kommunikasjonen med den demensrammede (Rokstad, 2014). Når pasienten har problemer med å uttrykke seg tilfredsstillende må omgivelsene tolke signaler. Imidlertid kan dette skape problemer, og medføre misforståelser, frustrasjon og forvirring fra pasientens side. Det å ikke kunne gjøre seg forstått, eller å ha problemer med å forstå hva den andre sier vil kunne medføre en følelse av uforutsigbarhet og utrygghet. Det verbale språket er en viktig plattform for realitetsorientering og trygging, og når dette forsvinner, vil det også påvirke pasientens indre følelse av uro og forvirring. Kommunikasjonen blir vanskelig og har følger for atferd og samhandling (Rokstad, 2005).

I lys av dette viser også forskning at kommunikasjonsproblematikk kan være en direkte foranledning til verbal eller fysisk utagering på bakgrunn av det overnevnte (Janzen et al., 2013). På bakgrunn av dette er det viktig for sykepleier å ha kunnskap til, og vite hvordan hun skal tilnærme seg pasienten på en måte som gir personen en følelse av trygghet og forutsigbarhet. Et annet aspekt til dette, er å ha nok kjennskap om pasienten til å vite når, og i hvilke situasjoner det kan være hensiktsmessig å tilnærme seg. Det handler om å se an situasjonen samt å se hva slags tilstand og dagsform pasienten er i før man eksempelvis foreslår å bade eller andre aktiviteter som kan utløse uro hos pasienten. På denne måten kan uønsket situasjoner med utfordrende atferd forebygges (Helleberg & Hauge, 2014). Dette understøttes også i annen forskning, der de ansatte beskriver viktigheten av å alltid være beredt på at alt kunne skje. Det å være årvåken for raske skiftninger i pasientens humør og tilstand, samt kontinuerlig tolke pasientens kroppsspråk, gjorde personalet mer rustet til å møte utfordringer (Thorvik et al., 2014)

Eide og Eide (2007) beskriver generelle tiltak innenfor kommunikasjon som omhandler eksempelvis viktigheten av å være tålmodig, da den demensrammede personen kan trenger mer tid til å oppfatte og forstå hva som blir sagt. Til tross for at denne oppgaven omhandler atferdsmessig problematikk, er pasientgruppen i denne oppgaven over 65 år og av den grunn må det tas i betraktning at den demensrammede er en eldre person med mulige tilleggssykdommer i form av somatiske lidelser. Det kan dreie seg om redusert hørsel, dårlig syn og generell nedsatt sansesvikt. Redusert sansesvikt vil medføre ytterligere nedsatt evne til å kommunisere, som i følge forskning er en medvirkende årsak til utagerende atferd (Eide & Eide, 2007; Janzen et al., 2013). Gjennomgående i litteraturen refereres det til forskjellige innfallsvinkler som viser seg å ha god effekt i demensomsorgen – validering, realitetsorientering samt reminisens (Wogn-Henriksen, 2008). Videre vil to av disse belyses.

4.4.1 Realitetsorientering

Demensrammede kan oppleve å miste oversikt over egen situasjon, tid og sted. Personen kan ha problemer med å skille mellom nåtid og fortid, tv og virkelighet, og i enkelte tilfeller kan vrangforestillinger og mistenksomhet være utslagsgivende for kommunikasjonen. Det å miste oversikt over egen livssituasjon kan være en medvirkende årsak til agitert atferd, forvirring og indre uro. I tilfeller som disse kan personen ha god nytte av realitetsorientering. Det kan være en støtte at sykepleier aktivt påminner om dato, hvor pasienten befinner seg og navn på pårørende og ansatte. Samtidig kan dette bidra til at virkelighetsoppfatningen blir mer adekvat og personen mestrer hverdagen på en bedre måte (Wogn-Henriksen, 2008).

Åpenbart kan realitetsorientering være en bidragsyter til større grad av trygghet og forutsigbarhet for mange personer med demens. På den måten kan personen trygges med at den kunnskapen og troen han allerede har, stemmer med virkeligheten, og realitetsorientering kan bidra til å forebygge situasjoner med forvirring. På den andre siden stilles det krav til hvordan sykepleier tilnærmer seg personen (Wogn-Henriksen, 2008). Dersom metoden skal være fruktbar kreves det en tilnæringsmåte som bærer preg av forståelse, empati og respekt. Å korrigere ved å snakke hardt til personen eller å la sin frustrasjon og irritabilitet gå utover den rammede, vil heller virke mot sin hensikt (Woods, 2004, gjengitt i Wogn-Henriksen, 2008). Dette er også gjennomgående i Kitwoods teori om sosialpsykologi, som omhandler episoder der mennesker rammet av demens krenkes og utsettes for underkjenning og umyndiggjøring (Brooker, 2013). Som tidligere nevnt opptrer imidlertid ikke disse episodene

på bakgrunn av hjelperens onde hensikter eller ønske om å krenke personen, men at slike situasjoner i det hele tatt oppstår vil ha negative følger for pasienten. Derimot vil den rammedes menneskeverd styrkes ved at sykepleier har en empatisk og respektfull holdning overfor pasienten ved å anerkjenne personens perspektiv på virkeligheten (Brooker, 2013).

4.4.2 Validering

Validering er en annen innfallsvinkel og tilnærming til pasienten, der en er mindre opptatt av hva som er sann informasjon, men en forsøker å forstå verden fra pasientens perspektiv (Wogn- Henriksen, 2008). Metoden kan bidra til økt forståelse og håndtering av pasientens sinne, sorg og bekymring (Skovdahl & Berentsen, 2014). I motsetning til realitetsorientering blir ikke fokuset på å korrigere pasienten, men heller at hjelperen har en bekreftende og anerkjennende funksjon. Dette kan gjøres ved hjelp av utforskende spørsmål som hva, hvor og hvem. Metoden kan åpne for at pasienten kan fortelle og dele sine erfaringer eller bekymringer (Wogn-Henriksen, 2008). Som tidligere nevnt, er et sentralt aspekt ved personsentrert demensomsorg å forsøke å forstå pasientens perspektiv (Kitwood, 1999). Sett i lys av dette, kan denne tilnærmingen være en viktig metode i sykepleiers forsøk på å se verden fra pasientens ståsted. Det sentrale i denne modellen er å lytte og forstå pasienten emosjonelle uttrykk. På bakgrunn av dette kan metoden bidra til nærhet og økt empati for sykepleier, som igjen kan medføre et bedre grunnlag for relasjon og samarbeid (Wogn-Henriksen, 2008).

4.5 Å skape trygghet gjennom miljøtiltak

I følge Rokstad (2005) er det ønskelig å iverksette forebyggende tiltak før den utagerende atferden oppstår. Å alltid være på etterskudd i forhold til dette, vil være lite hensiktsmessig både for personal og pasienten selv. Ved å være føre var kan det unngås å havne i uønskede situasjoner. Hovedmålet med de forebyggende tiltakene er å vedlikeholde pasientens ressurser, samt fremme glede og trivsel, i tillegg til at dette vil redusere pasientens utagerende atferd (Rokstad, 2005). På den andre siden finnes det ikke forskningsbasert grunnlag som forteller at det ene miljøtiltak i større grad reduserer utagerende atferd mer enn det andre. Videre vil det refereres til forskning i forhold til ulike miljøtiltak, men problemet med denne forskningen er at det er vanskelig å gjennomføre et aktuelt tiltak med en kontrollgruppe.

Imidlertid kan ulike enkeltstudier vise til gode resultater av spesifikke miljøtiltak, og utfordringen vil dermed være å finne et aktuelt tiltak for den enkelte (Rokstad, 2008).

Derimot kan endringer i form av tilrettelegging i det psykososiale miljøet rundt pasienten bidra til økt orientering og trygghet. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2009) har gjort kartlegginger av internasjonale rapporter vedrørende det fysiske miljøet rundt pasienten. Basert på disse kartleggingene fremkommer det at atferdsforstyrrelser kan reduseres ved endringer i det fysiske miljøet. Ved å gjøre avdelingen oversiktlig og være bevisst på at miljøet skal være rolig, samt å tilrettelegge for at pasienten lettere kan orientere seg, kan dette også være medvirkende faktorer til å minske uro (Skovdahl & Berentsen, 2014). Dette understøttes også i forskning som beskriver at selv små forandringer i det fysiske miljøet kan være faktorer som reduserer pasientens utagerende atferd, eksempelvis kan dette være skilt som orienterer pasienten om hvor toalettet er (Pritchard & Brightly, 2011). Som sykepleier er det viktig å huske på at pasientens hukommelse er redusert, og derfor er det sentralt at omgivelsene er stabile og forutsigbare. Imidlertid betyr ikke dette nødvendigvis at miljøet skal preges av ensformighet og nakenhet. Det kan være hensiktsmessig at miljøet er gjenkjennbart for pasienten, gjerne ved bruk av personlige eiendeler og hjemlige møbler – i hovedsak at miljøet preges av en atmosfære pasienten kan kjenne igjen (Engedal & Haugen, 2009). En forutsetning for å kunne orientere seg i omgivelsene er gode lys- og støyforhold. I studien til Janzen et al., (2013) fremkommer det at dårlig belysning og mye støy kan fungere som en direkte foranledning til utagerende atferd, og derfor er dette noe sykepleier bør ta i betraktning.

På samme måte som det er nødvendig å skåne pasienten fra andre beboeres urolighet, er det sentralt å regulere stimuli fra omgivelsene. Tilrettelagt stimulering er nødvendig. Det skal tilstrebes at pasienten verken over- eller understimuleres (Rokstad, 2005). Janzen et al., (2013) poengterer at kjedsomhet kan gjøre at pasienten blir urolig og uttrykker dette med en agitert atferd. Samtidig kan overstimulering også medføre økt frustrasjon med uro og aggresjon som følge. Dette understøttes av Bergland & Kirkevold (2011), som beskriver at for høye krav til pasienten kan skape angst, mens for lave krav kan lede til apati. Ved at pasienten overstimuleres, kan en havne i en lite hensiktsmessig situasjon der hans følelse av utilstrekkelighet kommer til syne (Rokstad, 2005). På bakgrunn av dette kreves det at sykepleier finner en balansegang mellom under- og overstimulering som baseres på

pasientens interesser, funksjonsnivå og tidligere vaner. Det bør unngås å finne aktiviteter til pasienten som er ukjente og nye da dette kan resultere i negative konsekvenser i form av ytterligere forvirring. Samtidig er det ikke i alle tilfeller heldig å foreslå aktiviteter han kjenner til fra tidligere i livet. For en tidligere pianist kan det være vondt å innse at dette ikke lenger er noe han mestrer (Engedal & Haugen, 2009).

Det er derimot lite hensiktsmessig med for høye forventninger om effektiviteten av tiltakene. Det er uheldig både for pasienten, pårørende og de ansatte. Målsetningen bør være at en pasient kan bli mer selvhjulpent i forhold til personlig stell, eller at en pasient som har en tendens til å isolere seg, blir mer aktiv i sosiale sammenhenger. For høye forventninger knyttet til disse tiltakene vil kunne resultere i konfrontasjoner med egen utilstrekkelighet, som igjen kan medføre en følelse av å mislykkes (Engedal & Haugen, 2009). Poenget med miljøterapi er å tilrettelegge for en personsentrert omsorg hvor pasientens grunnleggende behov blir ivaretatt (Rokstad, 2008c), samt betingelser som skaper endring (Rokstad, 2005). Kunnskap om hvordan personalet kan benytte seg av omgivelsene og tilrettelegge disse, er fra et sykepleiefaglig ståsted sentralt for å yte god demensomsorg (Bergland og Kirkevold, 2011). Alle mennesker er forskjellige, og alle har ulike behov. Derfor blir det viktig å poengtere at et tiltak som har god effekt for noen, vil ikke nødvendigvis fungere for alle (Skovdahl & Berentsen, 2014). Noen vil trenge skreddersydde opplegg, mens andre kan gjennomføre aktiviteter og tiltak i grupper (Engedal & Haugen, 2009).

4.5.1 Skjerming

En skjermet avdeling er tilrettelagt for personer med demens og utagerende atferd i form av at den styrker personens mulighet til å kunne orientere seg i avdelingen og til å bevege seg mer fritt uten å gå seg bort (Hauge, 2014). Til tross for at avdelingen allerede er tilrettelagt for skjerming, vil det likevel kunne være faktorer i miljøet som tilsier at dette ikke er nok. Samtidig kan det være faktorer i miljøet som er utløsende for utagerende atferd. Personen med atferdsforstyrrelser kan være preget av vrangforestillinger og feiltolkninger, og være overbevist om at naboene i avdelingen stjeler eller er ute etter han (Selbæk, 2005) – en faktor i miljøet som kan kreve skjerming.

Å iverksette skjerming forutsetter at sykepleier har kunnskap vedrørende hvilke situasjoner som kan være triggere til atferdsvansker og dermed vil kreve skjerming (Rokstad, 2005). I

dette tilfellet blir den overnevnte kartleggingen sentral. Ved at sykepleier har tilegnet seg kunnskap om personen slik at hun kan gjenkjenne mulige utløsende faktorer til urolighet og agitasjon, blir det lettere å identifisere symptomene på dette. Da kan en forebygge at slike situasjoner oppstår. På den ene siden handler det om å skjerme pasienten fra mye inntrykk eller andre personer, mens på den andre siden handler det også å kunne skjerme pasienten for krav. Med personsentrert demensomsorg i praksis ønsker en å styrke pasientens ressurser og mestring, og det er derfor lite hensiktsmessig å utsette personen for krav som for pasienten kan virke uoppnåelige (Rokstad, 2005).

4.5.2 Sansehage

En sansehage er et tilrettelagt hageområde ofte tilknyttet skjermede avdelinger (Hauge, 2014). Disse omtales gjerne også som ”terapeutiske hager” ettersom hagen skal ha en terapeutisk effekt i forhold til atferdsproblematikk (Kirkevold & Gonzales, 2012). Ved bruk av disse har pasienten tilgang på frisk luft, natur og aktivisering. En styrke ved en sansehage er at det tilrettelegges for aktivitet og stimulering gjennom gangveier og stier uten at pasienten verken over- eller understimuleres da han kan gå i sitt eget tempo, samt ha mulighet til å sette seg ned på en benk i sansenhagen. Imidlertid er fysiske avgrensning av sansenhagen et viktig aspekt for sikkerheten til pasienten. På den ene siden vil dette være en begrensning, da pasienten kan få en følelse av å bli stengt inne, mens på den andre siden kan denne begrensningen være positiv for pasienten i form av at det hindrer forstyrrende elementer som en trafikkert vei eller parkeringsplass (Rokstad, 2008).

I følge Kirkevold & Gonzales (2012) fremkommer det i studier at mangel på støtte og dårlige holdninger blant de ansatte kan være en reduserende faktor for bruk av sansenhagen, til tross for at disse hagene er godt lagt til rette for personer med demens. Dette er påfallende da studien viser til flere positive effekter blant de som benyttet seg av hagen – blant annet fremkommer det at bruken av antipsykotika og behovsmedisiner ble redusert. I tillegg viste studien at sansenhagen kan ha en forebyggende effekt for atferdsproblemer (2012). I lys av dette kan en si at den største utfordringen ved bruk av sansehager, er å motivere de ansatte til å benytte denne som en del av behandlingstilbudet (Rokstad, 2008)

4.5.3 Musikk

Musikk som et forebyggende tiltak i forhold til utfordrende atferd er forsket mye på. Det har vist seg å ha gode resultater ved ulike situasjoner som ved dusj og bading, samt under måltider, men også generelt (Cohen-Mansfield, 2001).

Målet med dette tiltaket er å stimulere til økt sosialisering og vekke gamle minner (Rokstad, 2008). Pasienten på en skjermet avdeling vil ofte være preget av dårlig hukommelse, og musikk som terapi kan trigge hukommelsen (Rokstad, 2005). Som tidligere nevnt er hukommelse knyttet til pasientens identitet, og i lys av dette kan en si at virkningene av musikkterapi kan styrke pasientens identitet (Jakobsen, 2007). Dette kan oppleves som en positiv ting i en ellers ”satt” hverdag der dagene preges av faste rutiner og passivitet. Samtidig viser det seg at bruk av musikk blant mennesker med en demenssykdom og utfordrende atferd kan motvirke stress, urolighet og angst, spesielt dersom det tas utgangspunkt i pasientens preferanser innenfor musikk (Cohen-Mansfield, 2001). Sykepleier bør være bevisst på å velge musikk som pasienten har hørt før, og som av den grunn kan virke trygghetsskapende (Rokstad, 2008). Derimot kan bruk av musikk på en lite systematisk måte virke mot sin hensikt, da pasienten kan oppleve dette som bråkete og tvert imot være en medvirkende faktor til økt stress og uro (Rokstad, 2005; Bragstad & Kirkevold, 2010).

4.6 Rammefaktorer- hindring for god demensomsorg?

Som nevnt innledningsvis er systemet en rammefaktor med stor innvirkning for demensomsorgen. Ytre rammer påvirker hvordan tjenestetilbudet blir utført samtidig som det setter begrensninger for helsepersonells yrkesutøvelse (Slettebø, 2014). I følge helsepersonellovens (1999) §4, pliktes sykepleier å utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. I studien til Nåden og Rognstad peker de ansatte på dårlig bemanningssituasjon på avdelingen, i sær kan kvelds- og nattevakter oppfattes som krevende. Personalet fikk beskjed om å unngå, og helst ikke gå alene inn i situasjoner der pasienten viser tegn til uro eller agitert atferd, men at de likevel gjorde det da det var få på vakt (Nåden & Rognstad, 2011). Samtidig vil dette også medføre en avdeling preget av stress, mye lyd og bevegelse, som videre kan være en medvirkende årsak til utagerende atferd (Pritchard & Brightly, 2015). Forskning viser også at en-til-en interaksjon mellom sykepleier og pasient i en halvtime hver dag var en medvirkende faktor for å redusere verbal utagering (Cohen-Mansfield, 2001), men dette er åpenbart vanskelig å gjennomføre på en avdeling som er dårlig bemannet.

Sett i lys av dette, hvordan kan sykepleier tilby god nok kvalitet på omsorgstilbudet dersom bemanningen på avdelingen er lav? Det beskrives i en studie at kvaliteten på tjenestetilbudet var dårligst til pasienter med kognitiv svikt og atferdsforstyrrelser (Kirkevold & Engedal, 2006) . Det er påfallende at pasientgruppen med lavest egenomsorgskapasitet mottar det dårligste tjenestetilbudet. Samtidig har ledelsen et juridisk ansvar for at bemanningen er tilstrekkelig for å kunne utøve forsvarlig sykepleie (Helsepersonelloven, 1999).

Vaktordninger og ytre rammer kan være en viktig faktor med tanke på hvorvidt pasienten kan ta selvstendige og autonome valg. En avdeling preget av stress, mye å gjøre og dårlig tid vil medføre mindre tid til hver enkelt (Gjerberg, Hem, Førde & Pedersen, 2013). I slike tilfeller kan det være vanskelig å tilrettelegge for at pasienten som har lyst til å sitte opp lenger, eller han som ikke vil stå opp enda får lov til dette. Dårlig tid og lav bemanning kan føre til at de ansatte har mye de skal gjøre, og for at de skal rekke alle gjøremål, kan en si at dagen blir forholdsvis satt (Jakobsen, 2007). På bakgrunn av dette kan det sies at de ytre rammene kan påvirker pasientens autonomi.

5. Avslutning

Sykepleier har en stor utfordring i møte med pasienter med demens og utfordrende atferd. Uten å kjenne til hva den utfordrende atferden uttrykker, er det vanskelig å vite hva slags tiltak som må iverksettes for å forebygge denne atferden og dersom hvordan en kan hjelpe pasienten (Rokstad, 2008d).

Det er flere faktorer som kan være medvirkende årsaker til atferdsforstyrrelser, og disse er det viktig at sykepleier identifiserer. Dette kreves kunnskap om pasientens sykdomsbilde, men enda viktigere er muligens at sykepleier har kjennskap til pasientens personlige verdier, preferanser og ønsker (Engedal& Haugen, 2009). På den måten blir det lettere å forstå hans perspektiv og subjektive opplevelse av egen livssituasjon. Å forstå pasientens perspektiv er sentralt i den personsentrerte demensomsorgen, og i følge Kitwood vil dette hjelpe sykepleier i møtet med pasienten og atferdsforstyrrelsene (Kitwood, 1999).

Som vi har sett er sykepleiers holdninger avgjørende for hvordan møtet, og senere relasjonen til pasienten blir. Å møte pasienten med en ”jeg-det” holdning kan bidra til stigmatisering og objektivisering. Derimot vil pasientens personverd styrkes ved en ”jeg-du” tilnærming, og dette vil i større grad legge til rette for at pasientens medbestemmelsesrett og autonomi opprettholdes (Smebye, 2008). Flere beskriver miljøtiltak som grunnprinsipper i behandlingen av demens (Janzen et al., 2013). Å legge det fysiske miljøet til rette for pasienten, riktig bruk av sansehage, stimulering og aktivitet vil styrke pasientens ressurser og forebygge utagerende atferd. Et tiltak som fungerer for en pasient, vil ikke nødvendigvis fungere for en annen (Skovdahl& Berentsen, 2014). Derfor har sykepleier en viktig oppgave å vite hvordan hun kan tilrettelegge for hver enkelte pasient for å forebygge at utagerende atferd oppstår.

Litteraturliste

- Bergland, Å. & Kirkevold, M. (2011). Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens? *Sykepleien forskning*, 6(1), s. 14-25.
- Bragstad, L. K. & Kirkevold, M. (2010). Individualisert musikk for personer med demens. *Sykepleien forskning*, 5(2), s. 110-118.
- Brinchmann, B. S. (2012). Nærhetsetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*. (2.utg., s. 117-132). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg- veien til bedre tjenester*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse.
- Cohen-Mansfield, J. (2001). Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(4), 361-381.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner- samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Engedal, K., Haugen, P.K. (2009). *Lærerbok demens, fakta og utfordringer*. (5.utg). Tønsberg: Forlag for aldring og helse.
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s.265-280). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helleberg, K. M., & Hauge, S. (2014). "Like a dance": Performing good care for persons with dementia living in institutions. *Nursing research and practice*, 2014.

- Helsedirektoratet. (2015). ICD-10. *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Hentet fra <https://finnkode.helsedirektoratet.no>
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Gjerberg, E., Hem, M. H., Førde, R., & Pedersen, R. (2013). How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study. *Nursing ethics*, 20(6), 632-644.
- Jakobsen, R. (2007). *Ikke alle vil spille bingo*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Janzen, S., Zecevic, A. A., Klobeck, M., & Orange, J. B. (2013). Managing agitation using nonpharmacological interventions for seniors with dementia. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 1533317513494444.
- Kirkevold, M. (2014a). Den gamles integritet. I M.Kirkevold, K. Brodtkorb., & A.H. Ranhoff. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg.,s.94-101). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M. (2014b). Personsentrert og individualisert sykepleie. I M.Kirkevold, K. Brodtkorb., & A.H. Ranhoff. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg.,s. 106-119). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M., & Gonzalez, M. T. (2012). Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens—en scoping review. *Sykepleien forskning*, 9(3), s. 52-64.
- Kirkevold, Ø. (2009). Utfordrende atferd – forståelse og behandling. I K. Engedal & P.K. Haugen. (Red.), *Lærebok demens, fakta og utfordringer*. (5.utg., s. 311-325). Tønsberg: Forlag for aldring og helse.
- Kirkevold, Ø., & Engedal, K. (2006). The quality of care in Norwegian nursing homes. *Scandinavian journal of caring sciences*, 20(2), 177-183.
- Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens – personen kommer i første rekke*. København: Muksgaard Danmark.

- Mæland, J.G. (2010). *Forebyggende helsearbeid- folkehelsearbeid i teori og praksis*. (3.utg)
Oslo: Universitetsforlaget.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2009). *Botilbud til mennesker med demens*.
Rapport nr. 11. <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/botilbud-til-mennesker-med-demens>
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra
https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf.
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2010). Klinisk sykepleie- funksjon og ansvar. I H. Almås., D-G. Stubberud., & R. Grønseth. (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s. 17-32). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>.
- Pfeiffer, R. (2002). Sykepleier og leder. Den administrative og den faglige sykepleielederens funksjon. (3.utg). Bergen: Fagbokforlaget.
- Pritchard, J. C., & Brighty, A. (2015). Caring for older people experiencing agitation. *Nursing Standard*, 29(30), 49-58.
- Ranhoff, A.H. (2014). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s.162-172). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Rokstad, A. M. M. (2012). Bruk av Dementia Care Mapping (DCM) for å utvikle personsentrert demensomsorg. I Rokstad, A. M. M. (Red.), *Bedre hverdag for personer med demens. Utviklingsprogram for miljøbehandling. Demensplan 2015*. (s. 134-157). Tønsberg: Forlaget for aldring og helse.
- Rokstad, A. M. M. (2008a). Hva er demens? I Rokstad, A.M. & Smebye, K. L. (Red.), *Personer med demens- møte og samhandling*. (s. 27-45). Oslo: Akribe AS.

- Rokstad, A. M. M. (2008b). Forståelse som grunnlag for samhandling. I Rokstad, A.M. & Smebye, K. L. (Red.), *Personer med demens- møte og samhandling*. (s. 60-84). Oslo: Akribe AS.
- Rokstad, A. M. M. (2008c). Miljøbehandling. I Rokstad, A.M. & Smebye, K. L. (Red), *Personer med demens- møte og samhandling*. (s. 152-177) Oslo: Akribe AS.
- Rokstad, A. M. M. (2008d). Utfordrende atferd. I Rokstad, A.M. & Smebye, K. L. (Red), *Personer med demens- møte og samhandling*. (s. 180-204) Oslo: Akribe AS.
- Rokstad, A. M. M. (2005) *Kommunikasjon på kollisjonskurs. Når atferd blir vanskelig å mestre*. Tønsberg: Forlaget for aldring og mestring.
- Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er!* Oslo: Universitetsforlaget.
- Rokstad, A. M. M., & Vatne, S. (2009). Dementia Care Mapping—en mulig metode for utvikling av demensomsorg i sykehjem. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 5(2), 46-61.
- Rognstad, MK. og Nåden, D. (2011). utfordringer og kompetanse i demensomsorgen – Pleieres perspektiv. *Nordiske sygeplejeforskning*, 1(2), s. 143-155.
- Selbæk, G. (2005) Adferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125(11), s.1500-1502.
- Selbæk, G., Kirkevold, Ø., & Engedal, K. (2007). The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *International journal of geriatric psychiatry*, 22(9), 843-849.
- Skovdahl, K, A., Berentsen, V.D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s.408-434). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Slettebø, Å. (2014). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 212-223). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Smebye, K.L. (2008) Å møte personer med demens. I Rokstad, A.M. & Smebye, K. L. (Red), *Personer med demens- møte og samhandling*. (s.13-24) Oslo: Akribe AS.
- Thorvik, K. E., Helleberg, K. M., & Hauge, S. (2014). God omsorg for urolige personer med demens. *Sykepleien forskning*, 9(3), s. 236-242.
- Ulstein, I. (2009). Pårørendes situasjon. I K. Engedal & P.K. Haugen (Red.), *Lærebok demens. Fakta og utfordringer*. (5.utg., s. 329- 342). Tønsberg: Forlaget aldring og helse.
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne – Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wogn-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. I A.M.M Rokstad & K.L Smebye (Red.), *Personer med demens. Møte og samhandling*. (s.87-112). Oslo: Akribe AS.