



Demens og utfordrende atferd

«Hvordan kan sykepleier anvende personsentrert omsorg til å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens?»

Kandidatnummer: 881

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8758

Dato: 16.04.2018

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 16.04.2018
Tittel: Demens og utfordrende atferd	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvordan kan sykepleier anvende personsentrert omsorg til å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Min sykepleiefaglige referanseramme for oppgaven er Tom Kitwoods omsorgsteori for personer med demens. I oppgavens teoretiske perspektiv tar jeg for meg personsentrert omsorg med fokus på tilnærminger basert på Kitwoods teori og ikke-medikamentelle tiltak, demens og atferdsforstyrrelser, samt juridiske og etiske perspektiver.</p> <p><u>Metode:</u> Metode for oppgaven er litteraturstudie basert på fag- og forskningslitteratur. Forskningsartikler er funnet ved søk i databasen Cinahl og på Sykepleien.no.</p> <p><u>Drøfting:</u> Drøftingen tar utgangspunkt i metoder, tilnærminger og tiltak basert på oppgavens teori og forskningsfunn for å kunne svare på problemstillingen. Jeg tar først for meg modeller for kartlegging og implementering av personsentrert omsorg. Videre drøftes tilnærminger for å møte grunnleggende psykologiske behov. Deretter går jeg inn på forutsetninger og barrierer ved innføring av ikke-medikamentelle tiltak og videre kommunikasjon, holdninger og bruk av musikk for å forebygge utfordrende atferd. Til sist ser jeg på juridiske og etiske aspekter. Det hele ses i lys av Kitwoods forståelse av utfordrende atferd og en personsentrert demensomsorg.</p> <p><u>Konklusjon:</u> For å kunne anvende personsentrert omsorg til å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens må sykepleieren tilegne seg kunnskap om personen, og få en forståelse for deres behov. Kartlegging og innføring av personsentrerte tiltak kan gjøres ved bruk av ulike modeller. Dette forutsetter at sykepleieren er bevisst egne holdninger, væremåte og følelser i møte med pasienten. Videre vil bevissthet rundt kommunikasjon og miljøtiltaket musikk kunne forebygge utfordrende atferd.</p>	

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Foreliggende kunnskap	1
1.3 Problemstilling	2
1.3.1 Avgrensing av problemstilling	2
1.4 Begrepsavklaring	3
1.5 Oppgavens disposisjon	4
2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag	5
2.1 Om demens	5
2.2.1 Utfordrende atferd ved demens	5
2.2 Personsentrert omsorg	7
2.2.1 Tom Kitwoods omsorgsteori	7
2.3 Implementering av personsentrert omsorg	7
2.3.1 Dementia Care Mapping	7
2.3.2 Bruk av VIPS	8
2.4 Sykepleierens tilnærming	8
2.4.1 Møte grunnleggende psykiske behov	8
2.4.2 Holdninger	9
2.4.3 Kommunikasjon	10
2.4.4 Bruk av musikk	10
2.5 Juridiske føringer	11
2.6 Etiske føringer	11
2.7 Sykepleierens funksjoner	12
3. Metode for oppgaven	13
3.1 Søkestrategi	13
3.2 Kildekritikk	14
4. Presentasjon av forskningsresultater	16
5. Drøfting	18
5.1 Implementering av personsentrert omsorg	18
5.2 Møte grunnleggende behov	21
5.3 Kommunikasjon og holdninger	23
5.4 Ikke-medikamentelle tiltak	25

5.5 Bruk av musikk.....	26
5.6 Juridiske og etiske aspekter	27
6. Avslutning	30
Referanseliste.....	31

1. Innledning

Det blir stadig flere eldre i Norge, og dermed øker antall personer med demens. Ifølge Nasjonalforeningen for folkehelsen (2018) lever over 77 000 mennesker med demens i Norge i dag. Flertallet av personer med demens utvikler symptomer på utfordrende atferd underveis i forløpet (Rokstad, 2008d). Dette gjør demens og utfordrende atferd til et meget aktuelt tema og et område som trenger økt fokus.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Mitt tema er hvordan sykepleieren ved hjelp av personsentrert omsorg og ikke-medikamentelle tiltak kan forebygge utfordrende atferd hos personer med demens. Det er omfattende og krevende å jobbe for denne pasientgruppen, og noe av det vanskeligste er å møte utfordrende atferd (Eskeland, 2017). Videre indikerer forskning at ansattes holdninger til personer med demens, deres kunnskaper om sykdommen og valg av tilnærming og tilrettelegging har betydning for forekomsten av uro og utagering (Hauge, Helleberg & Thorvik, 2013).

Forskning hevder at ikke-medikamentelle tiltak burde ha førsteprioritet i behandling av utfordrende atferd hos personer med demens, da legemidler kan ha u hensiktsmessige bivirkninger og kan hindre sykepleierne i å møte pasientens egentlige behov (Janzen, Klooseck, Orange & Zecevic, 2013). Personsentrert omsorg legger opp til å støtte personens verdi som menneske og fremme livskvalitet gjennom sykdomsforløpet (Rokstad, 2014). Ved å iverksette tiltak og tilnærming ut fra pasientens behov kan personsentrert omsorg bidra til å forebygge utfordrende atferd (Benth, Engedal, Kirkevold, Rokstad, Rosvik & Selbaek, 2013).

1.2 Foreliggende kunnskap

Min foreliggende kunnskap om temaet har jeg fra arbeid på en skjermet enhet på sykehjem. Ved å jobbe tett på personer med demens og utfordrende atferd har jeg skjønnet viktigheten av kompetanse blant sykepleieren og andre ansatte for å kunne sette seg inn i hvordan pasientene har det, og vurdere hvordan man kan legge til rette for å hindre utfordrende atferd.

1.3 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleier anvende personsentrert omsorg til å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens?»

1.3.1 Avgrensning av problemstilling

På bakgrunn av oppgavens omfang skal jeg ikke ta for meg medikamentelle tiltak, men inkluderer bivirkninger av legemiddelbehandling sett som årsak til utfordrende atferd. Jeg har heller ikke valgt å inkludere pårørende, men er bevisst på at de kan spille en viktig rolle ved personsentrert omsorg for personer med demens. Smerter kan være en reell årsak til utfordrende atferd, og sykepleieren må kartlegge pasientens smertenivå for å undersøke om dette kan være årsaken til personens atferd. Jeg skal ikke gå videre inn på smertekartlegging og -lindring i oppgaven, da omfanget blir for stort. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i personsentrert omsorg fordi personer med demens er i en sårbar situasjon grunnet deres kognitive svikt. Demens fører til ulike reaksjoner, opplevelser og varierende symptomer, noe som gjør det desto viktigere å møte hver enkelt på en individuell måte (Rokstad, 2014). Fokuset vil være hvordan sykepleieren gjennom en personsentrert tilnærming kan forebygge utfordrende atferd ved bruk av modeller og ved å møte pasientens grunnleggende psykiske behov. Det finnes flere tiltak for å forebygge utfordrende atferd, som skjerming, sansestimuli og fysisk aktivitet (Rokstad, 2008c). Jeg har valgt å fremme bruk av kommunikasjon og musikk i min oppgave.

Pasientgruppen er personer over 75 år med diagnostisert demens. Demens er vanligst forekommende etter fylte 70 år, og det antas at omlag 15 prosent er i gruppen over 75 år og 40 prosent over 90 år (Engedal, 2008). Pasientene i målgruppen har moderat til alvorlig demens, hvilket innebærer stort hjelpe- og omsorgsbehov (Berentsen & Skovdahl, 2015). Jeg fokuserer ikke på én type demens, da atferdsforstyrrelser og utfordrende atferd ved demens kan være et symptom uavhengig demensdiagnose (Nygaard, referert i Eskeland, 2017, s. 196).

Konteksten i oppgaven er sykehjemmet, nærmere bestemt en skjermet enhet. En skjermet enhet er bygd opp etter målgruppens behov for individuell behandling, med mulighet for skjerming, rolige omgivelser og lite stimuli. En slik avdeling vil kunne lindre frustrasjon og utrygghet hos beboerne og redusere atferdsproblemer som motorisk uro og utagering (Eskeland, 2017). Arbeid på sykehjem krever høy sykepleiefaglig kompetanse. Sykepleieren

har derfor et viktig ansvar både i ivaretagelse av pasientene og overfor sine medarbeidere som faglig leder (Hauge, 2015).

1.4 Begrepsavklaring

Persontrent omsorg: *Persontrent omsorg* er et verdigrunnlag hvor pasienten settes i fokus. Målet er å gi individuelt tilpasset behandling til den enkelte (Rokstad, 2014).

Forebygge: *Forebygge* betyr å begrense en uønsket utvikling og å identifisere mulige problemer før de oppstår (Kirkevold, 2015). I denne oppgaven vil fokuset være sykepleierens funksjon i å forebygge utfordrende atferd som konsekvens av demensdiagnosen.

Utfordrende atferd: I bøkene og forskningslitteraturen jeg har brukt i oppgaven, blir begrepene *utfordrende atferd*, *utagerende atferd*, *agitasjon* og *uro* brukt om hverandre. Engedal definerer utfordrende atferd på følgende måte: «*Et uønsket handlingsmønster som ikke kan forklares ut fra demenssykdommens forløp, men som er et resultat av den dementes forståelse eller manglende forståelse av sine omgivelser og samhandling med omgivelsene som springer ut fra den forståelse som finnes*» (Engedal, 2008, s. 235).

Person/pasient: I oppgaven vil ordene *person* og *pasient* bli brukt om hverandre. Et menneske med demens skal bli sett på som en hel person tross sin sykdom (Kitwood, 1997). I pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 er en pasient definert som en person helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp til (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3). En person med demens som får helsehjelp på sykehjem, vil derfor falle under denne kategorien. For å variere språket er også *beboer* brukt.

Demens: I kriteriene til klassifikasjonssystemet ICD-10 er demens definert slik:

Demens er et syndrom som skyldes sykdom i hjernen, vanligvis kronisk eller progressivt, der flere høyere kortikale funksjoner blir forstyrret, herunder hukommelse, tenkeevne, orienteringsevne, forståelse, regneferdighet, læringskapasitet, språk og dømmekraft. Bevissthetsnivået er ikke redusert. Svekkelsen i kognitive funksjoner blir vanligvis ledsaget av, men kan også komme etter, svekkelser i følelsesmessig kontroll, sosial atferd eller motivasjon (Direktoratet for e-helse, 2018, s. 154, F00-F03).

1.5 Oppgavens disposisjon

I kapittel 2 tar jeg for meg teoretisk kunnskap for å gi leseren en forståelse av demens og utfordrende atferd, personsentrert omsorg og sykepleierens tilnærminger i møte med personer med demens. Videre omhandler kapitlet juridiske og etiske føringer. I kapittel 3 presenteres metode, herunder søkestrategi og kildekritikk. Forskningsartiklene mine gjennomgås i en matrise i kapittel 4 og blir deretter brukt som del av drøftingen. I kapittel 5 drøfter jeg ulike tilnærminger knyttet til min problemstilling. Til sist har jeg en kort avslutning for å oppsummere oppgavens hensikt.

2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Om demens

Sykdommer som fører til demens, kan deles inn i hovedgruppene *degenerativ demens*, *vaskulær demens* og *sekundær demens* (Eskeland, 2017). Degenerativ demens skyldes ødeleggelse av nervecellene i hjernen ved at de dør en etter en. Eksempler på slike tilstander er Alzheimers sykdom, demens med Lewy-legemer, demens ved Parkinsons sykdom og frontotemporal demens. Ved vaskulær demens er manglende blodforsyning til hjernen årsaken til ødeleggelse av cellene. Det antas at om lag 95 prosent av demenstilstandene skyldes degenerativ sykdom, vaskulær demens og demens ved langvarig alkoholforbruk (Engedal & Haugen, referert i Rokstad, 2014).

Symptomene ved demens deles gjerne i tre grupper: *kognitive*, *atferdsmessige* og *motoriske* symptomer. Svekkelse av kognitive funksjoner innebærer redusert oppmerksomhet, problemer med læring og hukommelse, språkvansker og handlingssvikt. Motoriske symptomer som koordinasjonsproblemer og inkontinens kan ses etter en stund i forløpet (Rokstad, 2008d). Atferdsmessige og psykologiske endringer tar jeg for meg i kapitlet under og går derfor ikke videre inn på det her. Hvordan demens opptrer og oppleves, er svært individuelt. Redusert evne til å kommunisere, oppfatte og tolke omgivelsene kan for mange oppleves som forvirring, frykt, usikkerhet og angst (Rokstad, 2014).

I dag finnes det ingen behandling for å kurere sykdommene i hjernen som fører til demens. Behandling for personer med demens er i stor grad rettet mot å forstå pasientens atferd og å innføre ivaretagende tiltak slik at personens lidelsesuttrykk kan reduseres (Eskeland, 2017).

2.2.1 Utfordrende atferd ved demens

Atferdsforstyrrelser og psykologiske endringer (APSD) er en vanlig del av symptombildet ved demens (Selbæk, referert i Eskeland, 2017). Symptomene forekommer i vekslende grad og har en tendens til å utvikle seg i forløpet (Rokstad, 2008a).

Atferdssymptomene innebærer fysisk aggresjon og utagering som slag, spyting, dytting og kloring, samt verbal utagering som banning, roping og kjefting. I tillegg kan uro, vandring, repeterende spørsmål og ukritisk seksuell atferd være en del av symptombildet. De psykiske

symptomene ved demens kan vises som hallusinasjoner, vrangforestillinger, depresjon, angst og feiltolkninger (Eskeland, 2017). I oppgaven fokuserer jeg på atferdssymptomene, omtalt som utfordrende atferd. Det må likevel understrekes at utfordrende atferd og psykiatriske symptomer er sammensatt og må ses i sammenheng med flere faktorer som gjensidig forsterker hverandre (Eskeland, 2017).

Medvirkende faktorer er bakomforliggende årsaker som hjerneorganisatoriske og kognitive forandringer, helsemessige og psykososiale faktorer. Videre vil nærværende faktorer som personlige, psykiske og sosiale aspekter medvirke til utfordrende atferd og hvordan denne vises i form av frekvens, varighet og intensitet (Rokstad, 2008a).

Økt opplevelse av stress vil kunne forverre personens psykiske og atferdsmessige symptomer. Lite kunnskap og lav kompetanse blant ansatte kan føre til feil valg av tilnærming og tilretteleggelse etter pasientens behov. Støy og uro i miljøet, lite mulighet for skjerming og mange personer å forholde seg til kan føre til ytterligere opplevelse av stress for pasienten (Eskeland, 2017).

Eldre personer har ofte flere sykdommer og sammensatte behov. Endret atferd kan være et resultat av somatiske plager eller ubehag og en nærmere utredning er nødvendig. Videre kan psykologiske forhold være en årsak til symptomene. Redusert mestringsevne, utrygghet, ensomhet, sorg og bekymring vil forsterkes om personen med demens opplever økt hjelpeløshet. Som en del av demenssykdommen kan pasientens negative personlighetstrekk forsterkes, noe som kan være en medvirkende årsak til symptomene ved utfordrende atferd (Eskeland, 2017). Skader i hjernebarken vil kunne redusere impuls kontroll og medføre utagerende atferd. Manglende evner til å kommunisere og uttrykke seg ved språk kan også være en årsak til endret atferd (Rokstad, 2014).

Bivirkninger og polyfarmasi av legemidler vil kunne føre til uro og forvirring og dermed forsterke symptomene (Eskeland, 2017). En norsk nyhetsartikkel fra 2017 viser at tre av fire personer med demens på sykehjem blir behandlet med psykofarmaka (Helmers, 2017). Eldre mennesker er følsomme mot legemidler som blokkerer kolinerge reseptorer i hjernen. Disse kan gi uheldige bivirkninger som forvirring og nedsatt kognitiv funksjon. Risikoen for slike

bivirkninger øker hos personer med demens da de allerede har nedsatt kognitiv funksjon som følge av sykdommen (Spigseth, 2014).

2.2 Personsentrert omsorg

2.2.1 Tom Kitwoods omsorgsteori

Tom Kitwood var en britisk sosialpsykolog og grunnleggeren av personsentrert omsorg for personer med demens. Utgangspunktet for en personsentrert demensomsorg er å se pasienten som et unikt individ og et fullverdig menneske, uavhengig kognitiv funksjon. Dette innebærer å se hele mennesket og alle aspekter ved det som gjør personen unik med sine interesser og behov (Kitwood, 1997).

Et hovedfokus i personsentrert omsorg er å tolke og møte utfordrende atferd som kommunikasjon og reaksjoner på en lite tilfredsstillende situasjon. Innsikt i personens opplevelse av situasjonen er nødvendig for å forstå meningen bak det de gir uttrykk for. Kjennskap til personens livshistorie, personlighet og preferanser er en forutsetning for å kunne møte hver enkelt på en individuell måte (Kitwood, 1997).

Kitwood la vekt på at alle mennesker har et *personverd*, som er den verdi en person blir tildelt av andre gjennom gjenkjennelse, respekt og tillit. Å understøtte et menneskes personverd kan gi vedkommende økt tilfredshet. Å ikke ivareta personverdet kan derimot føre til utfordrende atferd, nedtrykthet og apati. Videre hevder han at kvaliteten på omsorg og støtte fra omgivelsene har stor betydning for personen med demens og i hvilken grad vedkommende kan oppleve velvære og trivsel (Kitwood, 1997).

2.3 Implementering av personsentrert omsorg

2.3.1 Dementia Care Mapping

Dementia Care Mapping (DCM) er en metode for å implementere personsentrert omsorg i praksis. Metoden er basert på gjentatte observasjoner av pasientenes atferd og grad av velvære i en periode på fire til seks timer. I tillegg observeres samhandlingen mellom pleierne og pasientene. Etter kartleggingen går personalet sammen og reflekterer over hvordan man kan møte pasienten på best mulig måte, og på bakgrunn av dette utarbeides individuelle tiltak.

Målet er at pasientens grunnleggende psykiske behov, identitet, tilknytning, beskjeftigelse, trøst og inklusjon, blir møtt (Mjørud, Munch, Rokstad, Røen & Røsvik, 2016).

2.3.2 Bruk av VIPS

På bakgrunn av Tom Kitwoods omsorgsteori la Dawn Brooker frem rammeverket for VIPS. Rammeverket bygger på fire elementer som alle må være tilstede for å kunne yte personsentrert omsorg:

V står for *verdier*. Grunnverdien i personsentrert omsorg er at alle mennesker er like mye verdt, uavhengig av alder og kognitiv funksjon. Personen med demens skal verdsettes som et helt og unikt menneske.

I står for *individuell tilpassing*. Dette innebærer at omsorgen tilpasses den enkeltes behov, og at sykepleierne må sette seg inn i hva omsorg betyr for den enkelte.

P står for *perspektivet* til personen med demens. Tiltak som iverksettes, tar utgangspunkt i pasientens opplevelse av situasjonen. Sykepleieren må se personens atferd som en måte å kommunisere på og finne mening bak atferden.

S står for et *støttende sosialt miljø*. Personen med demens skal hjelpes til å delta i fellesskapet og inkluderes i miljøet (Mjørud et al., 2016; Brooker, referert i Rokstad, 2014).

I Norge er det innført en modell for å kunne benytte rammeverket til å utvikle en personsentrert praksis (Rokstad, 2014). VIPS praksismodell (VPN) bygger på elementene i VIPS-rammeverket. Metoden inneholder seks spørsmål under hvert element for konkret å kunne analysere samhandling mellom sykepleier og pasient. Eksempelvis baseres spørsmålene på utfordrende atferd for å finne ut hva som kan ligge bak (Mjørud et al., 2016).

2.4 Sykepleierens tilnærming

2.4.1 Møte grunnleggende psykiske behov

Kitwood vektla viktigheten av å møte grunnleggende psykiske behov: trøst, tilknytning, inklusjon, beskjeftigelse og identitet (Kitwood, 1997).

Trøst innebærer å møte personen med beroligende kontakt for å forebygge frykt og skape trygge rammer. Personer med demens kan oppleve usikkerhet, forvirring og å miste

oversikten, som kan gi en følelse av utrygghet (Kitwood, 1997). Som pleier må en evne å være til stede og ha full oppmerksomhet rettet mot pasienten (Rokstad, 2014).

Alle mennesker har behov for *tilknytning* til andre (Kitwood, 1997). Tilknytning gir en opplevelse av samhold, omsorg og tillit, og virker som motvekt til usikkerhet og angst (Rokstad, 2014). Videre innebærer *inkludering* å føle seg akseptert og være en del av et fellesskap. Personen med demens kan vise atferd som avviker fra det normale, men må likevel aksepteres gjennom åpenhet og fleksibilitet. Hvis ikke kan personen trekke seg tilbake og isolere seg. Å anerkjenne og inkludere personen tross deres diagnose og avvikende atferd bekrefter deres verdi og plass i et fellesskap (Kitwood, 1997).

Beskjeftigelse innebærer å være involvert og delta i aktiviteter på en måte som gjør at man får brukt sine evner og styrker. Desto mer omsorgsgiveren vet om personens interesser og egenskaper, jo lettere er det å finne gode måter å dekke behovet for beskjeftigelse på (Kitwood, 1997). En forutsetning for beskjeftigelse er at personen med demens får ha innflytelse og medvirkning på det som skal skje (Rokstad, 2014).

Identitet handler om å vite hvem man er, og hva man føler og tenker. For å bekrefte og bevare identitet er kjennskap til personens livshistorie og bakgrunn nødvendig. Personen må anerkjennes og møtes som et unikt individ. Å støtte opp om den enkeltes selvfølelse kan medføre ro og trygghet for personen med demens (Kitwood, 1997).

2.4.2 Holdninger

Kitwood (1997) beskriver *positivt personarbeid* som vesentlig for å fremme velvære, gi økt mestring og forebygge uro gjennom relasjoner og tilnærminger. Personsentrert omsorg forutsetter en god relasjon mellom pleier og pasient. Holdninger og måten man betrakter personer med demens får konsekvenser for relasjonen (Rokstad, 2014). En god holdning innebærer å kjenne til demensdiagnosen og dens konsekvenser og anerkjenne menneskets verdi uavhengig av kognitiv funksjon (Wogn-Henriksen, 2008).

For å kunne skape en god relasjon kreves et positivt menneskesyn og evne til empati, tålmodighet, varme og kunnskap (Wogn-Henriksen, referert i Rokstad, 2014). Evnen til

empati innebærer å se situasjonen fra personen med demens sitt perspektiv og er grunnleggende i en personsentrert tilnærming (Kitwood, 1997).

2.4.3 Kommunikasjon

Kommunikasjonsvansker beskrives som det mest påkjennende ved demenssykdommen. Demens medfører kognitiv og språklig svikt og vanskeliggjør dermed personens evne til å tolke, forstå og gjøre seg forstått (Wogn-Henriksen, 2008). Utfordringene kan medvirke til svekket sosial funksjon, tilbaketrukkethet, agitasjon og forstyrret atferd (Powell, Hale & Bayers, referert i Wogn-Henriksen, 2008).

Kommunikasjon består av språk og nonverbale signaler, der sistnevnte utgjør en betydelig del av formidlingen. Det nonverbale innebærer kroppsspråk, ansiktsuttrykk, gester, tempo, stemmeleie og øyekontakt. Øyekontakt er avgjørende for å fange personens oppmerksomhet og øke fokus. Å smile er et fremtredende virkemiddel fordi det formidler inklusjon og aksept som kan gjøre personen positiv og avslappet. For å skape en trygg kontekst kan kroppskontakt være et hjelpemiddel. Det tar lengre tid for en med demens å oppfatte, bearbeide og respondere under kommunikasjon. Derfor er et rolig tempo vesentlig for at personen med demens skal kunne tolke det som blir sagt. Hvis ikke kan mer usikkerhet, uro og forvirring være resultatet (Rokstad, 2014).

I den verbale delen av kommunikasjon er det vesentlig å bruke et enkelt og direkte språk. For å gjøre det enklere for pasienten bør spørsmål kunne besvares med ja eller nei. Budskapet må ha en klar, spesifikk mening og ikke inneholde flere tema i samme setning. Man bør ta avstand fra distraksjoner som kan gjøre at personen mister fokus (Wogn-Henriksen, 2008). En person med demens kan lett under- eller overstimuleres, og avsenderen må derfor justere etter de reaksjoner pasienten gir uttrykk for. Å sette seg ned i høyde med pasienten og møtes på samme nivå skaper likeverd (Rokstad, 2014).

2.4.4 Bruk av musikk

Musikk kan benyttes målrettet for å dempe uro, angst og stress. Bruk av musikk som avspenning kan gi positiv effekt på forekomst av utfordrende atferd (Hicks-Moore, referert i Rokstad, 2008c). Musikken bør være kjent og trygg, gjerne melodi uten sangtekst,

eksempelvis klassisk musikk. Et rolig tempo og rytme vil bidra til hvile og virke avslappende (Rokstad, 2008c).

2.5 Juridiske føringer

I Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 står det skrevet om samtykkekompetanse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-3). Samtykkekompetanse vil si at pasienten har innsikt i egen livssituasjon og klarer å vurdere sine valg og konsekvensene disse medfører. Å miste samtykkekompetanse betyr derimot ikke at pasienten mister sin autonomi og evnen til å medvirke til valg og ønsker i dagligdagse situasjoner (Granum & Solvoll, 2016).

Samtykkekompetansen kan falle bort dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemming ikke er i stand til å forstå hva samtykket innebærer (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-3). En person med demens kan være et eksempel på en som ikke kan ta forsvarlige avgjørelser på egne vegne og vil derfor, i noen tilfeller, ikke lenger ha samtykkekompetanse.

I kapittel 4A står det om pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp. Formålet med kapittel 4A er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang. Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens ønsker (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4A-1).

2.6 Etiske føringer

Nærhetsetikken bygger på samspeillet mellom to individer og utspiller seg i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Den tar utgangspunkt i forståelse av situasjonen og ikke i normer eller regler (Brinchmann, 2014). Denne tankegangen kan være med på å gi individuelt tilpasset behandling til den enkelte. Nærhetsetikken fremmer sykepleiers evne til bruk av skjønn, og vektlegger at sykepleieren i enhver situasjon burde gjøre det vedkommende mener er det beste for pasienten (Brinchmann, 2014).

I yrkesetiske retningslinjer står det skrevet at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket (Norsk sykepleierforbund, 2016), noe som understøtter viktigheten av å forhindre bruk av tvang i behandling og omsorg for personer med demens. Videre skal sykepleieren ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg basert på respekt, verdighet og barmhjertighet (Norsk sykepleierforbund, 2016).

2.7 Sykepleierens funksjoner

Sykepleiere som jobber på en skjermet enhet for personer med demens, har flere funksjoner. Sykepleieren har en *behandlende* funksjon og må observere, vurdere, planlegge, gjennomføre og evaluere effekten av individuelle tiltak. Videre har sykepleieren en *lindrende* funksjon, som i denne sammenheng betyr å begrense omfanget av psykiske og fysiske belastninger demens medfører. I tillegg har sykepleieren i sitt arbeid en *undervisende* og *veiledende* rolle overfor sine medarbeidere (Grønseth & Nordtvedt, 2015).

3. Metode for oppgaven

Metoden jeg har benyttet i bacheloroppgaven, er litteraturstudie. I den litterære oppgaven benytter man artikler, forskning og kunnskap som allerede eksisterer om det aktuelle tema (Dalland, 2017, s. 223).

3.1 Søkestrategi

Opgaven min er bygget på relevante fagbøker, fagartikler og forskningslitteratur. For å finne forskningslitteratur har jeg søkt i databasen Cinahl og på Sykepleien.no.

I Cinahl benyttet jeg søkeordene «dementia», «agitation», «music therapy», «nursing home» «person centered care», «nonpharmacological interventions» og «dementia care mapping» i ulike kombinasjoner. Jeg satt til slutt igjen med tre relevante artikler. I Sykepleien søkte jeg på ulike sammensetninger av ordene «demens», «urolig» og «personsentrert omsorg» og plukket ut tre aktuelle forskningsartikler. I Sykepleien fant jeg i tillegg to fagartikler, hvorav en omhandler autonomi hos personer med demens og den andre tar for seg temaet personsentrert omsorg. Begge fagartiklene er med på å belyse problemstillingen.

Jeg har i tillegg valgt å bruke et temahefte utgitt av Mjørud, Munch, Rokstad, Røen og Røsvik om implementering av personsentrert omsorg. Dette fant jeg i databasen Swemed+ ved å søke på «person centered care» og «dementia».

Jeg har brukt anerkjente nettsider, eksempelvis lovdata for å finne rettmessige kilder og direktoratet for e-helse for å finne ICD-10.

Søkene ga omfattende resultater, og for å avgrense valgte jeg å finne artikler utgitt de siste ti årene. Grunnen til dette er at nyere forskning anses å være mer sikker, relevant og troverdig (Dalland, 2017). Forskningsartiklene jeg har valgt å bruke, er fra siste fem år, unntatt en fra 2011. Videre er søket avgrenset ved kun å inkludere artikler skrevet på norsk eller engelsk. I søket mitt har jeg vurdert artiklenes relevans ut fra geografisk område og om de er fagfellevurdert og utgitt av anerkjente tidsskrift og forfattere (Dalland, 2017). I første rekke har jeg brukt artikler hvor dataene er hentet fra land som kan likne Norge helsemessig, det vil si Norge og andre land i Norden. Jeg har likevel valgt å bruke én artikkel fra Canada.

For å finne relevante fagbøker har jeg blant annet gjort søk i skolens biblioteksdatabase, Oria. Her hentet jeg inspirasjon til valg av forfattere og fagbøker. Utgangspunktet for valg av faglitteratur har vært gjort med tanke på oppgavens tema. Rokstads bok *Personer med demens. Møte og samhandling* virket relevant, da denne tar for seg relevante tilnærminger innen demensomsorg og utfordrende atferd. Veilederen min anbefalte meg å benytte Tom Kitwood som primærlitteratur, og jeg har valgt å bruke hans bok *Dementia reconsidered – the person comes first* fra 1997. I en bokhandel fikk jeg god veiledning av en ansatt og fant to relevante bøker: *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens* av Rokstad (2014) og *Alderspsykiatri og omsorgsarbeid* av Eskeland (2017).

3.2 Kildekritikk

Kildekritikk betyr at man er i stand til å vurdere og karakterisere den litteraturen som er benyttet i oppgaven knyttet opp mot problemstillingen (Dalland, 2017, s. 67). I mitt søk har jeg funnet mange artikler og relevante fagbøker. For å plukke ut det viktigste har jeg sett på gyldighet, relevans og holdbarhet for mitt tema (Dalland, 2017). Jeg har søkt i databaser presentert på skolens hjemmeside og anser derfor disse som sikre og troverdige. Alle artiklene er fagfellevurdert og utgitt av anerkjente tidsskrift.

Artikkelen til Janzen, Klooseck, Orange og Zecevic er fra Canada og ligger geografisk sett langt unna Norge. Jeg har likevel valgt å anvende den fordi den tar for seg forutsetninger og barrierer for implementering av ikke-medikamentelle tiltak i omsorg overfor personer med demens, noe jeg anser relevant for min oppgave, siden tiltakene samsvarer med en personsentrert tilnærming.

Oppgaven inkluderer tre forskningsartikler skrevet på engelsk. Det må tas i betraktning at deler av innholdet gjennom oversettelsen kan ha blitt oppfattet annerledes enn opprinnelig tiltenkt.

Boken *Personer med med demens. Møte og samhandling* av Anne Marie Mork Rokstad er fra 2008, men er fortsatt relevant, for tiltakene og behandlingen som presenteres, stemmer godt overens med annen litteratur og personsentrert omsorg. Boken til Knut Engedal, *Alderspsykiatri i praksis*, er også fra 2008, men brukt fordi hans definisjoner fortsatt anvendes i nyere litteratur.

Selv om store deler av Tom Kitwoods omsorgsteori er gjengitt i nyere utgitt litteratur, har jeg valgt å bruke Kitwood og hans bok fra 1997 som primærlitteratur. Kitwoods teori om personsentrert omsorg anses fortsatt som beste omsorgsteori for personer med demens.

I studien til Janzen et al. (2013) og Hauge et al. (2014) er det sykepleierne som svarer på spørsmål og reflekterer over sine tilnærminger i møte med pasientene. Her kommer sykepleierens erfaringer, meninger og observasjoner av situasjonen frem og dermed ikke den subjektive vinklingen av personen med demens sin opplevelse.

Flere av forskningsartiklene er av kvalitativ metode. En kvalitativ metode er kjennetegnet ved at forskeren selv er delaktig i observasjoner og innhenting av data og går i dybden i temaet ved å innhente opplysninger fra få deltakere gjennom intervjuer og fokusgrupper (Dalland, 2017). Kvalitativ metode kan gi større innsikt i relasjonen mellom pasient og omsorgsgiver enn det man får gjennom innsamling av tall og målbare data ved kvantitativ metode. En svakhet ved kvalitativ metode er at det ofte er få deltakere inkludert, noe som kan gi smalere svar på forskningen (Dalland, 2017).

I flere av bøkene jeg har brukt har forfatterne selv referert til andre skribenter. Dette anses som sekundærlitteratur og kan være fremstilt på en annen måte enn opprinnelig tenkt (Dalland, 2017). Jeg har hovedsakelig forsøkt å bruke primærlitteratur, men refererer til opprinnelig forfatter der jeg likevel har valgt å bruke annenhåndsreferanser.

4. Presentasjon av forskningsresultater

Nedenfor presenteres forskningsartiklenes forfattere, tittel og tidsskrift samt hensikt, metode og funn i en oversiktlig matrise.

Nr.	Forfattere	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Gold, C., Ridder, H. M. O., Stige, B. & Qvale, L. G. (2013).	Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial	<i>Aging and Mental health</i>	Undersøke om musikk kan ha en positiv effekt på utfordrende atferd hos personer med demens boende på sykehjem.	Kvantitativ metode. Randomisert kontrollert studie. Deltakere: musikkterapeuter og sykepleiere. 42 personer med demens på 14 sykehjem i Norge og Danmark.	Musikkterapi viste betydelig effekt på reduksjon av utfordrende atferd. Det ble registrert økt agitasjon og større bruk av antipsykotiske legemidler blant deltakerne når de ikke fikk behandling med musikk.
2	Hauge, S., Helleberg, K. & Thorvik, K. E. (2014).	God omsorg for urolige personer med demens	<i>Sykepleien Forskning</i>	Utforske og beskrive hvordan god omsorg kan være i en skjermet avdeling for personer med demens med symptomer på utfordrende atferd.	Kvalitativ metode: deltakende observasjon og intervjuer av 13 ansatte ved to sykehjem i Norge.	God omsorg ble funnet og beskrevet på bakgrunn av de ansattes beredskap, årvåkenhet, fleksibilitet, og de responderte svært raskt når det var nødvendig.
3	Janzen, S., Kloseck, M., Orange, D. B. & Zecevic, A. A. (2013).	Managing Agitation Using Nonpharmacological Interventions for Seniors With Dementia	<i>American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias</i>	Undersøke ansattes oppfatninger og kjennskap til ikke- medikamentelle tiltak. Undersøke forutsetninger og barrierer for å implementere ikke- medikamentelle tiltak for å redusere agitasjon hos personer med demens.	Kvalitativ metode: forskerne har samlet inn data ved hjelp av spørreskjema, fokusgrupper og intervjuer av 44 ansatte ved fem ulike sykehjem i Canada.	Ikke-medikamentelle tiltak kan redusere utfordrende atferd og gi økt livskvalitet hos personer med demens. Barrierer: tidsmangel, få ansatte, kortvarige effekter av tiltakene. Forutsetninger: kjennskap til beboerne, bygge gode relasjoner, godt samarbeid mellom de ansatte.

4	Benth, J. S., Engedal, K., Kirkevold, O., Rokstad, A. M. M., Rosvik, J. & Selbaek, G. (2013).	The Effect of Person-Centred Dementia Care to Prevent Agitation and Other Neuropsychiatric Symptoms and Enhance Quality of Life in Nursing Home Patients: A 10-Month Randomized Controlled Trial	<i>Dementia and Geriatric Cognitive Disorders</i>	Undersøke om DCM og VPN kunne ha positiv effekt for å redusere agitasjon og andre nevropsykiatriske symptomer, samt å forbedre livskvaliteten blant pasienter på sykehjem.	Kvantitativ metode. Randomisert kontrollert studie. Deltakere: 14 sykehjem i Oslo med totalt 466 pasienter. Delt i tre grupper: en DCM, en VIPS, en kontrollgruppe. Data ble samlet inn gjennom intervju av pasientens primærsykepleier og fra pasientens journal.	Personsentrert omsorg kan redusere og forebygge utfordrende atferd. Resultatene viste bedre livskvalitet blant pasientene i gruppen som prøvde ut DCM og redusert depressive symptomer i gruppen som prøvde ut VPN.
5	Barbosa A., Blighe, A., Lord, K. & Mountain, G. (2017).	Dementia care mapping in long-term care settings: a systematic review of the evidence	<i>International Psychogeriatrics</i>	Undersøke hva forskning sier om implementering av DCM, og hvordan denne fungerer i praksis på sykehjem.	Litteraturgjennomgang. Søket ble gjennomført i databasene PubMed, Web of Knowledge, CINAHL, PsychINFO, EBSCO og Scopus. Seks artikler ble inkludert.	DCM kan føre til redusert stress blant de ansatte og gjøre dem tryggere på å møte pasientenes individuelle behov. DCM kan redusere agitert atferd, nevropsykologiske symptomer og gi økt livskvalitet blant personer med demens.
6	Rokstad, A. M. M. & Vatne, S. (2011)	Dementia care mapping – en mulighet for refleksjon og utvikling	<i>Sykepleien Forskning</i>	Undersøke ansattes erfaringer med refleksjonsprosesser som ble igangsatt på bakgrunn av DCM og hvilken betydning dette hadde for utvikling av en personsentrert praksis.	Kvalitativ metode: fokusgruppeintervjuer av fire ansatte bestående av sykepleiere og hjelpepleiere.	DCM-kartleggingen satte i gang refleksjoner over de ansattes praksis som førte til økt bevisstgjøring og nye måter å møte pasientene på.

5. Drøfting

Ovenstående teori og forskningsfunn viser at det er flere personsentrerte tiltak og tilnærminger sykepleieren kan benytte for å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens. Hvordan kan sykepleieren overføre teorien til sin praktiske yrkesutøvelse? I drøftingen ser jeg på ulike modellens hensikt for å fremme en personsentrert praksis med mål om å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens. På bakgrunn av dette drøfter jeg ulike tilnærminger for å møte pasientens grunnleggende behov. Deretter tar jeg for meg betydningen av kommunikasjon, med vekt på sykepleierens holdninger. Videre ser jeg på ulike forutsetninger og barrierer for å fremme en ikke-medikamentell praksis og bruk av musikk som et personsentrert miljøtiltak. Til sist ser jeg på juridiske og etiske utfordringer med fokus på brukermedvirkning og å begrense bruk av tvang.

5.1 Implementering av personsentrert omsorg

Tom Kitwood (1997) hevder at utfordrende atferd må møtes og tolkes som kommunikasjon og reaksjoner på behov som ikke er møtt. For å forstå hva pasienten uttrykker med sin atferd, er en bred kartlegging vesentlig og danner grunnlag for valg av forebyggende tiltak (Rokstad, 2008a). Som omsorgsgiver krever dette sensibilitet overfor personen med demens og evnen til å kunne se situasjonen fra pasientens perspektiv (Rokstad, 2014).

Det å forebygge utfordrende atferd er imidlertid krevende. Siden demens medfører store individuelle forskjeller både i form av symptomer, atferd og opplevelse av situasjonen, vil hver enkelt trenge tilnærminger som er nøye tilpasset. En personsentrert omsorgspraksis har til hensikt å vektlegge pasientens synspunkter og verdier (Rokstad, 2014). Kitwood beskriver Dementia Care Mapping (DCM) som metode for å innta perspektivet til personen med demens. Metoden er basert på observasjon og empatisk forståelse, hvor målet er å forbedre omsorgsmiljøet og utvikle individuelle tiltak tilpasset hver enkelt pasient (Kitwood, 1997).

I artikkelen til Rokstad og Vatne (2011) kommer det frem at flere av de ansatte var usikre over valg av tilnærming i utfordrende pasientsituasjoner. DCM legger opp til refleksjon over samhandling mellom personalet og pasientene. Kitwood la vekt på at positive situasjoner i samhandling mellom pasient og personalet skulle fremmes og forsterkes i denne prosessen (Kitwood, 1997). Funnene til Rokstad og Vatne (2011) viste at implementering av DCM

bidro til økt bevissthet rundt de ansattes praksis og deres egne atferd i samhandling med pasientene. Refleksjoner i grupper gjorde at de ansatte følte seg tryggere på å takle utfordrende pasientsituasjoner, noe som igjen bidro til økt trygghet for pasientene. Videre ble de ansatte bevisst over å følge pasientens tempo og rytme, noe som førte til økt sensibilitet i sin tilnærming (Rokstad & Vatne, 2011).

Eskeland hevder at for å forstå hvordan personen med demens opplever sin situasjon, må man finne en mening bak atferden. Er det en logisk forklaring på pasientens reaksjoner og atferd? Er atferden fremtredende i gitte situasjoner? (Eskeland, 2017). Som tidligere nevnt bygger VIPS praksismodell (VPN) på de verdier som er nødvendig for å yte personsentrert omsorg, med spørsmål under hvert element for å kunne analysere samhandling mellom sykepleier og pasient. Et slik spørsmål kan eksempelvis være: «Blir utfordrende atferd analysert for å finne hva som kan ligge bak?» (Mjørud et al., 2016, s. 10). I undersøkelsen til Benth, Engedal, Kirkevold, Rokstad, Rosvik & Selbaek ble VPN brukt som indikator for å diskutere utfordrende situasjoner i samhandling mellom personalet og pasientene (Benth et al., 2013). Utgangspunktet var pasientens opplevelse av situasjonen. I et liknende prosjekt ble deltakerne gjennom innføring av VPN stimulert til å ta pasientens perspektiv og se situasjonen i sin helhet (Rummelhoff, Smebye & Tombre, 2016). Mye kan tyde på at forståelse for pasientens atferd kan bidra til å skjønne hva som trigger og forårsaker disse reaksjonene.

Engedal (2008) mener forebygging av utfordrende atferd handler om i hvilken grad man er i stand til å forstå pasientens handlingsmønster og legge til rette slik at dette mønsteret kan brytes. Deltakerne i studien til Janzen, Kloseck, Orange & Zecevic opplevde pasientenes utfordrende atferd mest fremtredende under stell, måltider, i vaktskiftet og tidlig på kvelden. Atferden kunne være utløst av triggere som støy og uro i miljøet, forvirring, over- eller understimulering, fysiske behov som sult eller tørste og manglende evne til å uttrykke seg verbalt. Til tross for at de ansatte kjente til ulike triggere, bestemte de spontant hvordan de skulle møte personens oppførsel (Janzen et al., 2013). På den ene siden kan dette virke som evne til å være fleksible i sin tilnærming. På den andre siden er det mulig at de ansatte, gjennom en bevisst personsentrert tilnærming, kunne hindret denne atferden ved å legge opp forebyggende tiltak.

Kitwood (1997) fremmet behovet for ivaretagelse av de som yter personsentrert omsorg gjennom støtte og opplæring. I følge yrkesetiske retningslinjer har sykepleieren et faglig og etisk veiledningsansvar for sine medarbeidere (Norsk sykepleierforbund, 2016). I VPN-gruppen i studien til Benth et al. fungerte sykepleieren som veileder for de resterende ansatte for at alle skulle ta del i utvikling av personsentrert omsorg for å forebygge utfordrende atferd (Benth et al., 2013).

DCM og VPN er begge verktøy som krever tid til refleksjon og bør inkludere alle de ansatte for å opprettholde en positiv retning av en personsentrert demensomsorg. Deltakerne i artikkelen til Rokstad og Vatne (2011) syntes det var utfordrende å finne tid og rom til refleksjon og videreformidling av kunnskapen til resterende ansatte. Prioritering av tilstedeværelse med pasientene gjorde det vanskelig å finne tid og gjøre alle ansatte involvert (Rokstad & Vatne, 2011). I undersøkelsen til Benth et al. (2013) ble majoriteten av de ansatte involvert gjennom opplæring av sykepleier eller forskerne. Det antas at slik tilgang på opplæring og kompetanseheving kan gjøre de ansatte tryggere i utøvelse av personsentrert demensomsorg og de arbeidsoppgavene dette innebærer, noe også Kitwood (1997) bekrefter. Gjennom sin veiledende funksjon (Grønseth & Nordeng, 2014), vil sykepleieren her trolig ha betydning for å opprettholde kompetanse blant de ansatte.

På bakgrunn av forskningsfunn og Kitwoods teori om personsentrert omsorg ser både DCM og VPN ut til å være egnede verktøy som kan anvendes av sykepleiere på sykehjem for å få en forståelse av utfordrende atferd hos personer med demens og legge opp til individuelle tiltak. På sin side trekker Rokstad og Vatne (2011) frem resultater som viser til at de ansatte gjennom refleksjon ble tryggere på å møte pasientens behov gjennom økt sensibilitet og trygghet. Benth et al. (2013) legger i sin studie frem resultater som viser at både DCM og VPN reduserte utfordrende atferd og fremmet pasientenes velvære. Slike resultater finnes dessuten i en litteraturgjennomgang av Barbosa, Blighe, Lord og Mountain fra 2017 hvor det ble undersøkt hvorvidt DCM hadde en positiv effekt på pasientenes atferd og velvære. Forskningen viser at DCM kunne føre til reduserte symptomer på utfordrende atferd, slik som neuropsykiatriske symptomer og agitasjon, samt bidra til økt livskvalitet (Barbosa et al., 2017). Ved å sammenligne disse funnene ser det ut til at innføring av personsentrert omsorg ved hjelp av DCM og VPN kan redusere utfordrende atferd. Verktøyene kan brukes for å finne kjernen av årsaken og dermed legge opp forebyggende tiltak. Dette forutsetter

vedvarende refleksjon for å gjøre sykepleieren bevisst over valg av tilnærming i møte med pasientene.

5.2 Møte grunnleggende behov

Kitwood mener at ivaretagelse av personen med demens skjer ved å møte grunnleggende psykiske behov som fremmer personens positive følelser (Kitwood, 1997). Hvordan kan sykepleieren ivareta disse behovene? Hauge, Helleberg og Thorvik (2014) undersøkte i sin studie hva god omsorg er overfor personer med demens i en skjermet enhet.

Behovet for trøst ser ut til å kunne møtes på flere måter. Som pleier må en evne å være til stede og ha full oppmerksomhet rettet mot pasienten for å skape trygge rammer (Rokstad, 2014). De ansatte i studien til Hauge et al. (2014) viste evner til å være til stede og vie full oppmerksomhet mot pasientene ved å være årvåkne og alltid på utkikk etter å hjelpe pasienten på en god måte. Det å være tilstede hos pasientene er avgjørende for å kunne sørge for trøst og forebygge uro (Rokstad, 2014). Videre mener Eide & Eide (2014) at berøring kan formidle medfølelse, trøst og støtte. I min erfaring er berøring en vesentlig del av god omsorg. Å gå sammen med personen og holde vedkommende i hånden har for meg vist seg å etablere kontakt, skape trygghet og forebygge uro.

Videre var deltakerne i artikkelen til Hauge et al. svært fleksible i sin tilnærming og aksepterte pasientenes væremåte gjennom åpenhet og bekreftelse. De viste evner til å tåle pasientenes uforståelige og uhensiktsmessige atferd. Personene kunne være urolige, dra i møbler eller rive ned bilder fra veggene, men de ansatte valgte å bevare roen uten å avbryte pasientens aktiviteter, noe som så ut til å forebygge ytterligere uro (Hauge et al., 2014). På denne måten bekrefter de det Kitwood (1997) ytrer om å vise respekt og akseptere personen til tross for diagnose og avvikende atferd.

Kitwood (1997) mener alle har behov for tilknytning og medmenneskelig interaksjon. Deltakerne i artikkelen til Janzen et al. (2013) fremmet behovet for tilknytning mellom beboerne og de ansatte for å kunne møte den enkelte på en individuell måte. Dette gjenspeiles i nærhetsetikken som bygger på samspeillet mellom to individer og utspiller seg i relasjonen mellom sykepleier og pasient (Brinchmann, 2014). Kitwood vektlegger at behovet for

tilknytning er enda viktigere for personer med demens fordi livet blir overskygget med mye usikkerhet og angst. Personen befinner seg kontinuerlig i situasjoner som oppleves fremmede, noe som også øker behovet for tilknytning. Minner fra gode, trygge relasjoner kan være tapt (Kitwood, 1997). Derfor vil sykepleierens evne til å skape en trygg relasjon være vesentlig.

Personens identitet bekreftes gjennom anerkjennelse og ved å bli møtt som et unikt individ (Kitwood, 1997). Sykepleierne i artikkelen til Hauge et al. viste at de hadde evner til å ivareta personens identitet ved å ha kunnskap, ikke bare om sykdommen, men også om pasientenes personlighet, væremåte og vaner. Videre viste de kunnskap om personens fysiske og psykiske behov ved å kontinuerlig tolke beboernes atferd. Dette gjorde at de kunne møte pasientens behov og legge til rette for individuell omsorg basert på kunnskap om den enkeltes væremåte og behov. Evner til å kunne lese og raskt skjønne personens behov gjorde at de ansatte kunne forebygge uro ved å møte dette behovet. Samtidig la de opp til beskjeftigelse og myndiggjøring ved å la pasientene ha innvirkning på det som skulle skje. Dette gjaldt spesielt rundt morgenrutiner, hvor de ansatte lot pasienten bestemme når vedkommende var klar for å stå opp eller dusje (Hauge et al., 2014).

En bemerkning mot personsentrert omsorg er at pasientens fysiologiske behov har lite fokus. Sett i et sykepleiefaglig perspektiv er de fysiologiske behovene svært viktige fordi personer med demens i liten grad kan ta vare på seg selv (Berentsen & Skovdahl, 2015). De ansatte i undersøkelsen til Hauge et al. viste likevel å kunne ivareta disse behovene. Kunnskap om de fysiologiske behovene gjenspeilet seg i evnen til å kunne tolke årsak til pasientens uro. De reflekterte blant annet over at en av pasientenes uro kunne skyldes symptomer på urinveisinfeksjon (Hauge et al., 2014). Som Kitwood selv hevder, er ivaretagelse av personens psykiske behov svært viktig fordi personer med demens er sårbare og mindre i stand til selv å ta initiativ til at deres behov blir møtt (Kitwood, 1997). Det antas derfor at de fysiske behovene burde ivaretas i like stor grad og få mer fokus i en personsentrert tilnærming.

Som tidligere nevnt hevder Kitwood (1997) at kvaliteten på omsorgen og støtte fra omgivelsene har betydning for personens trivsel og velvære. Deltakerne i undersøkelsen til Hauge et al. (2014) så ut til å møte pasientens behov ved å være observante, fleksible og handle på bakgrunn av kunnskap. Oppfatningen er at resultatene til Hauge et al. beskriver det

Kitwood (1997) fremmer som positive tilnærminger i en personsentrert demensomsorg. Slike tilnærminger synes å være god omsorg som ivaretar personen med demens og deres iboende verdi.

5.3 Kommunikasjon og holdninger

Personsentrert omsorg forutsetter en god relasjon mellom pleier og pasient. Holdninger og måten man betrakter personer med demens på, får konsekvenser for relasjonen (Rokstad, 2014). Det er viktig å understreke at personen med demens har et behov for å bli sett som et unikt individ uten å bli behandlet og stemplet som en person med demens. Kitwood peker i sin bok på fallgruver som neglisjering, trusler, avbrytelser, forsering av tempo og å snakke til personen med demens som om vedkommende er et barn. Det er dette Kitwood kaller *destruktiv samhandling*. Slik kommunikasjon er ikke nødvendigvis vondt ment fra omsorgsgiverens side, men kan true ivaretagelsen av pasientens psykiske behov og personverd. Dessuten kan personen med demens reagere med irritasjon og utagering. Dette faller tilbake på viktigheten av de ansattes bevissthet over holdninger og væremåte i møte med personen med demens (Kitwood, 1997).

Kommunikasjon med personer med demens stiller store krav til sykepleieren (Eide & Eide, 2014). Kognitiv og språklig svikt vanskeliggjør personens evne til å tolke, forstå og gjøre seg forstått (Wogn-Henriksen, 2008). Kitwood beskriver grunnleggende krav til sykepleieren i samhandling med personen med demens. En grunnleggende holdning er å betrakte personen med demens som et fullverdig menneske til tross for diagnose og kognitive svikt. Dette krever at sykepleieren har evne til *anerkjennelse*, en åpen og fordomsfri holdning for å kunne møte det som er spesielt hos den enkelte (Kitwood, 1997). Eide & Eide peker på at det er viktig å bevare pasientens autonomi og integritet gjennom respekt. Sykepleieren kan vise respekt ved å lytte, speile følelser og gi empatiske tilbakemeldinger (Eide & Eide, 2014).

Evnen til empati er vesentlig i kommunikasjon (Rokstad, 2014). Kitwood (1997) beskriver *validering* som evnen til å vise empati og være sensitiv for den andres følelser og reaksjoner. Som Rokstad (2014) beskriver, må man evne å ta pasientens perspektiv og prøve å forstå hva personen uttrykker gjennom ord, lyder og kroppsspråk og justere etter det vedkommende formidler. Dette støttes av Eide & Eide (2014). Bekreftelse er vesentlig og vil skje gjennom

forståelse for pasientens opplevelse, noe sykepleieren kan vise ved å prøve å forstå det følelsesmessige budskapet i det pasienten sier eller gjør (Eide & Eide, 2014).

Som Powell, Hale & Bayers (referert i Wogn-Henriksen, 2008) peker på, kan utfordringer knyttet til kommunikasjon føre til agitasjon og forstyrret atferd. Følelser som uro og forvirring vil kunne gjøre det krevende å nå inn til personen med demens. Kitwood (1997) understreker viktigheten av å være tilstede og tilgjengelig, og rette sin fulle oppmerksomhet mot pasienten. Som tidligere nevnt er øyekontakt avgjørende for å fange pasientens oppmerksomhet. Rokstad mener en fremoverlent kroppsholdning og et tydelig kroppsspråk er med på å tydeliggjøre budskapet. Virker pasienten forvirret, rastløs eller flakker med blikket, antyder dette at sykepleieren ikke har nådd inn. Et nikk eller smil vil på sin side formidle at pasienten er fokusert og har oppmerksomheten på plass. I likhet vil et smil fra sykepleieren formidle aksept og avslapning og være med på å legge disse positive følelsene over på pasienten (Rokstad, 2014).

Personer med demens er følsomme for inntrykk – både over- og understimulering vil kunne føre til forvirring. Eide & Eide påpeker at å skape struktur vil hjelpe personen med demens å forholde seg til tid og sted (Eide & Eide, 2014). Gjennom tydelig og informerende kommunikasjon, kan sykepleieren skape en oversiktlig, forutsigbar struktur som gjør det lettere for personen med demens å orientere seg (Heap, 2002, referert i Eide & Eide, 2014, s. 392). I kommunikasjon med personer med demens må sykepleieren evne å legge sine egne følelser og reaksjoner til side (Kitwood, 1997). Valg av tempo og tone i stemmeleie kan endre betydning av det sykepleieren ønsker å formidle. Utålmodighet, sinne eller irritasjon vil komme til uttrykk i stemmeleie og virke inn på relasjonen vi prøver å oppnå gjennom kommunikasjon. På samme måte vil følelser som varme og glede komme til uttrykk og virke positivt inn på kommunikasjonen. Ved å senke og tilpasse tempoet vil personen med demens lettere kunne forstå og respondere på det som blir sagt (Rokstad, 2014).

5.4 Ikke-medikamentelle tiltak

Kitwood fremmet psykoterapeutiske tiltak i demensomsorgen med fokus på å forbedre personens tilfredshet og mestringsfølelse. God demensomsorg viser seg i en trygg og stabil kontekst og relasjon (Kitwood, 1997). Janzen et al. undersøkte i sin studie ulike forutsetninger og barrierer for å implementere ikke-medikamentelle tiltak for å forebygge utfordrende atferd blant personer med demens. Deltakerne mente den viktigste forutsetningen var å bli kjent med beboerne og bygge opp en relasjon basert på tillit. Desto mer tid de brukte sammen med beboerne, jo lettere kunne de finne hensiktsmessige tilnærminger basert på den enkeltes behov (Janzen et al., 2013). Åpenhet rundt ikke-medikamentell behandling så ut til å være avhengig av hvorvidt de ansatte hadde evne til å vise empati. En av de ansatte viste slike egenskaper og uttrykte dette: «*Tenk deg å forlate ditt hjem, komme til et ukjent sted og få pleie av ukjente mennesker*» (Janzen et al., 2013, s. 529). Å skape en god relasjon ser ut til å kreve et positivt menneskesyn og evne til empati, noe også Kitwood (1997) mener er grunnleggende i en personsentrert tilnærming. Studien indikerer at ikke-medikamentelle tiltak kunne fremme livskvalitet for personen med demens. En annen av deltakerne fremmet positive erfaringer ved å bruke tid sammen med beboerne: «*...desto mer tid du tilbringer sammen med beboeren, jo mer akseptert og sett føler han seg...*» (Janzen et al., 2013, s. 528). Økt livskvalitet hadde sammenheng med reduksjon av utfordrende atferd, noe som gjorde det lettere å hjelpe personen med daglige gjøremål, som stell og måltider (Janzen et al., 2013). Det er grunn til å tro at dette er viktige holdninger sykepleieren må ha med seg for å fremme en ikke-medikamentell praksis.

På en annen side trakk deltakerne frem ulike barrierer for innføring av ikke-medikamentelle tiltak. Lite tid og få ansatte gjorde det krevende å gjennomføre tiltakene i praksis til tross for gode kunnskaper og kjennskap til ikke-medikamentelle tiltak (Janzen et al., 2013). På samme måte opplevde deltakerne i prosjektet til Rummelhoff et al. utfordringer grunnet utilstrekkelig bemanning. Det oppstod uforsvarlige situasjoner, og det var lite tid til å ta vare på urolige pasienter (Rummelhoff, et al., 2016). I motsetning til sykehjem drevet av det offentlige så det ut til at ansatte på private sykehjem i studien til Janzen et al. hadde tilstrekkelig med tid og ressurser til å forebygge utfordrende atferd grunnet fleksible rutiner og flere pleiere. Dermed var de i stand til å tilpasse daglige oppgaver til et tempo og en rekkefølge som passet beboernes humør og behov på en bestemt dag (Janzen et al., 2013).

Sykepleiere står over store utfordringer når de skal ivareta pasientene og i tillegg ha tid til oppgaver som eksempelvis dokumentering (Janzen et al., 2013). En faktor som bestemmer i hvor stor grad sykepleier kan bruke ikke-medikamentelle tiltak og personsentrert omsorg, er sykehjemmets rutiner og strukturer. Utvikling av en personsentrert omsorgspraksis er ikke kun et spørsmål om og tid og ressurser, men krever holdninger og prioriteringer ut fra en personsentrert tankegang, både på ledelses- og individnivå (Rokstad, 2014). En annen faktor synes derfor å være sykepleierens egne personlige innstilling og evnen til å selv initiere bruk av personsentrert omsorg. Kitwood (1997) hevder at en må være bevisst egne holdninger og følelser i møte med personen med demens. På den ene siden er det en fordel at sykehjemmet legger opp til personsentrert omsorg gjennom kurs og opplæring. På en annen side vil sykepleierens egne valg av tilnærming spille en viktig rolle. Til tross for tidspress og lav bemanning er det nærliggende å tro at tiltak som sang, musikk og bevissthet rundt kommunikasjon kan implementeres uten å ta tid fra resterende arbeidsoppgaver.

Så hvorfor fremme en personsentrert demensomsorg med vekt på ikke-medikamentelle tilnærminger? Samlet sett mente deltakerne at vellykkede ikke-medikamentelle tiltak kunne forhindre og redusere agitasjon. Selv om deltakerne brukte både legemidler og ikke-medikamentelle tiltak for å forebygge utfordrende atferd, konkluderte de med at en ikke-medikamentell tilnærming er bedre egnet til å møte og tilfredsstille pasientens psykiske behov som trygghet og menneskelig interaksjon (Janzen et al., 2013). Dette synes å være en god konklusjon da ikke-medikamentelle tiltak i en personsentrert tilnærming virker å være vesentlig for å kunne møte pasientens behov og dermed fremme livskvalitet, noe forskerne også la vekt på. Videre hevdet de at ikke-medikamentelle tiltak kunne forebygge utfordrende atferd ved å fokusere personens energi i en positiv retning og forbedre mental stimulering og avslapning (Janzen et al., 2013).

5.5 Bruk av musikk

I individuell miljøbehandling må en finne tiltak og tilnærminger som gir positiv respons for den enkelte gjennom meningsfulle aktiviteter eller stimuli (Rokstad, 2008c). Undersøkelser indikerer at bruk av individualisert musikkterapi kan ha en positiv innvirkning på personer med demens og dermed forebygge utfordrende atferd (Gold et al., 2013).

Resultatene til Gold, Ridder, Stige og Qvale viser at musikk hadde en positiv effekt på pasientenes atferd og reduserte grad av utagering. I tillegg ble det registrert økt agitasjon og langt større bruk av antipsykotiske legemidler blant deltakerne når de ikke fikk behandling med musikk. Reduksjon av pasientens utfordrende atferd kunne forklares som en virkning av å møte pasientens psykososiale behov (Gold et al., 2013).

Jeg har selv sett og opplevd hvordan musikk har betydning for personer med demens og hvordan dette kan bidra til å forebygge utfordrende atferd. En person som vanligvis tenderer til å rope og slå under morgenstell, ble rolig og samarbeidet godt en dag jeg valgte å sette på klassiske melodier vedkommende kjente til fra tidligere. Dette var et tiltak jeg kunne anvende uten at det gikk ut over andre arbeidsoppgaver, men som likevel stimulerte og så ut til å møte personens psykiske behov på en god måte.

I likhet med resultatene til Gold et al. er mitt eksempel en indikasjon på at utfordrende atferd kan forebygges ved å møte personen gjennom en tilnærming som synes å være personsentrert. På den ene siden var forskerne som gjennomførte studien utdannede musikkterapeuter og kunne gjennomføre prosjektet på en profesjonell og kunnskapsbasert måte. På en annen side er det nærliggende å tro at musikkterapi kan tas i bruk av sykepleiere, forutsatt bevissthet over valg av musikk og hensikten man ønsker å oppnå. Ved å fange pasientens oppmerksomhet, skape en trygg atmosfære og gjøre vedkommende engasjert oppfylles Kitwoods mål om å ivareta personverdet og personens psykososiale behov (Kitwood, 1997).

5.6 Juridiske og etiske aspekter

I tilnærming til personer med demens er fokus på brukermedvirkning en forutsetning for å kunne yte personsentrert omsorg. Kitwood (1997) mener et samarbeid må baseres på pasientens ønsker og forutsetninger. Deltakerne i studien til Hauge et al. la vekt på brukermedvirkning i situasjoner som stell og hjelp i morgenrutiner. De ventet til personen selv ville stå opp, og ventet med stell til et tidspunkt pasienten var klar (Hauge et al., 2014). Ifølge loven skal helsehjelpen så langt det lar seg gjøre være basert på pasientens ønsker, med fokus på respekt for pasientens psykiske og fysiske integritet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4A-1). Ved å vise slik fleksibilitet og ta hensyn til pasientens ønsker og vaner bekreftes pasientens brukermedvirkning og selvbestemmelsesrett. Dessuten

underbygger dette viktige prinsipper sykepleierne plikter å følge etter yrkesetiske retningslinjer. Det så ut til at helsehjelpen var basert på respekt, verdighet og barmhjertighet (Norsk sykepleierforbund, 2016). Dette støtter igjen Kitwoods (1997) teori om å ivareta personens identitet, som bekreftes gjennom å bli kjent med personen, å spørre om deres preferanser og anerkjenne dem som unike individer.

Pleiere på sykehjem kan møte på krevende situasjoner som utfordrer juridiske og etiske føringer. Grensen mellom frivillighet og tvang er kort. Lav bemanning medfører risiko for at pasientens omsorgsbehov ikke blir ivaretatt, og kan føre til uhensiktsmessige tilnærminger (Eskeland, 2017). Slik vi ser i studien til Janzen et al. (2013) og i prosjektet til Rummelhoff et al. (2016) er lav bemanning et problem i dagens sykehjemsavdelinger, noe som kan føre til uforsvarlige pasientsituasjoner. Videre kan sykepleieren møte på juridiske og etiske utfordringer dersom pasienten motsetter seg helsehjelp. Hvordan kan sykepleieren løse situasjonen til pasientens beste samtidig som hun ivaretar personens helse? I utgangspunktet skal pasientens ønsker respekteres (Johnsen & Smebye, 2008). Som beskrevet i kapittel 2.5 kan en person med demens være et eksempel på en som ikke lenger har samtykkekompetanse. Hvis personen motsetter seg helsehjelp som anses nødvendig for å hindre helseskade, kan det fattes vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Dette forutsetter at det er gjort tillitsskapende forsøk på å hjelpe pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4A-3).

Ved å lese og forstå pasientenes behov, slik det er beskrevet i studien til Hauge et al., kunne pleierne hjelpe vedkommende når muligheten bød seg. Pasienten lot seg da frivillig hjelpe uten motstand, eller de ansatte kunne utnytte situasjonen til pasientens beste til tross for litt protester (Hauge et al., 2014). De ansatte handlet dermed i tråd med Pasient- og brukerrettighetslovens (1999, § 4A-1) bestemmelser om å forebygge og begrense bruk av tvang. Etter min vurdering viste dessuten de ansatte evner til bruk av skjønn, noe som kan kalles en nærhetsetisk tilnærming, siden nærhetsetikken ikke tar utgangspunkt i normer og regler, men forståelse av den enkelte situasjon (Brinchmann, 2014). Deltakerne i studien til Hauge et al. (2014) viste evne til bruk av skjønn ved å gripe kjernen i situasjonen og hjelpe personen når det var nødvendig, uten å forholde seg til bestemte rutiner.

Mye tyder på at det å forebygge utfordrende atferd er bedre enn å håndtere atferden direkte. Tvang innebærer maktbruk overfor pasienten i form av å overstyre ønsker eller nekte pasienten muligheten til medvirkning. Dette kan gi en opplevelse av å bli overkjørt, noe som vil være en trussel mot personverdet (Kitwood, 1997). Ved å basere helsehjelpen i samarbeid og tråd med pasientens ønsker og premisser, slik vi så i studien til Hauge et al. (2014), er det sannsynlig at pasienten lettere vil la seg hjelpe. Sykepleieren kan også unngå tiltak som er uønsket av pasienten og forsøke å finne andre måter å hjelpe på (Johnsen & Smebye, 2008). Det er nærliggende å tro at sykepleierens valg av tilnærming vil være avgjørende for å møte pasientens individuelle behov og dermed forebygge krevende situasjoner og hindre bruk av tvang.

6. Avslutning

Forebygging av utfordrende atferd hos personer med demens er krevende og forutsetter kompetanse, kunnskap og kvalitet på omsorgen. Gjennom en personsentrert tilnærming med fokus på individet kan sykepleieren lettere forstå pasientens perspektiv. Så hvordan kan sykepleier anvende personsentrert omsorg til å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens? Min gjennomgang over viser at det er flere personsentrerte tiltak og tilnærminger sykepleieren kan anvende og gjøre seg bevisst over. Kartlegging og implementering av en personsentrert pleiekultur kan innføres gjennom modellene VIPS praksismodell og Dementia Care Mapping. På bakgrunn av dette kan sykepleieren legge opp tilnærminger og tiltak for å møte personens grunnleggende psykiske behov. Videre er bevissthet rundt sykepleierens egne holdninger og væremåte vesentlig i samhandling og kommunikasjon med personen. Forebyggende tiltak som fremmer ro og harmoni eksempelvis musikk, kan forebygge utfordrende atferd. En gjennomgående forutsetning er at sykepleieren må evne å se situasjonen fra personen med demens sitt perspektiv og fokusere på pasientens ønsker og behov.

Referanseliste

- Bakke, S. (2015). Sykepleie i sykehjem. I K. Brodtkorb, M. Kirkevold & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg., s. 269). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Barbosa, A., Blighe, A., Lord, K. & Mountain, G. (2017). Dementia care mapping in long-term care settings: a systematic review of the evidence. *International Psychogeriatrics*, 29(10), 1609-1618. Hentet fra https://bradscholars.brad.ac.uk/bitstream/handle/10454/12123/barbosa_et_al_2017-ip.pdf?sequence=3
- Benth, J. S., Engedal, K., Kirkevold, O., Rokstad, A. M. M., Rosvik, J. & Selbaek, G. (2013). The Effect of Person-Centred Dementia Care to Prevent Agitation and Other Neuropsychiatric Symptoms and Enhance Quality of Life in Nursing Home Patients: A 10-Month Randomized Controlled Trial. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 36(5-6), 340-353. doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000354366>
- Berentsen, V. D. & Skovdahl, K. (2015). Kognitiv svikt og demens. I K. Brodtkorb, M. Kirkevold & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg., s. 411, 412, 422 og 426). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2014). Nærhetsetikk. I B. S. Brinchmann (Red.) *Etikk i sykepleien*. (3. utg., s. 128-130). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Direktoratet for e-helse. (2018). ICD-10. *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Hentet fra <https://ehelse.no/Documents/Helsefaglig%20kodeverk/ICD-10%20-%202018.pdf>

- Eide, H. & Eide, T. (2014). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning etikk*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Engedal, K. (2008). *Alderspsykiatri i praksis. Lærebok*. (2. utg., s. 235). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Eskeland, K. O. (2017). *Alderspsykiatri og omsorgsarbeid*. Cappelen Damm Akademisk: Oslo.
- Gold, C., Ridder, H. M. O., Stige, B. & Qvale, L. G. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging and Mental health*, 17(6), 667-678. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.790926>
- Granum, V. & Solvik, A. (2017). Autonomi i sykehjem for pasienter med demens. *Sykepleien Meninger*. Hentet fra <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2016/09/tilretteleggelse-av-autonomi-i-sykehjem-pasienter-med-demens-en>
- Grønseth, R. & Nortvedt, P. (2015). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I D. G. Stubberud, H. Almås & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. (4. utg., s. 21-22). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hauge, S., Helleberg, K. & Thorvik, K. E. (2014). God omsorg for urolige personer med demens. *Sykepleien Forskning*, (3)9, 236-242. Hentet fra https://sykepleien.no/sites/default/files/publication-pdf/14fo3_art_thorvik_3337.pdf?c=1412590870
- Helmers, A. B. (2017). Høy bruk av psykofarmaka på norske sykehjem. *Sykepleien nyheter*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2017/06/hoy-bruk-av-psykofarmaka-pa-norske-sykehjem>
- Janzen, S., Klooseck, M., Orange, D.B. & Zecevic, A. A. (2013). Managing Agitation Using Nonpharmacological Interventions for Seniors With Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 28(5), 524-532. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1533317513494444>

- Johnsen, L. & Smebye, K. L. (2008). Bruk av tvang i demensomsorgen. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens. Møte og Samhandling*. (s. 217-218). Oslo: Akribe AS.
- Kirkevold, M. (2015). Karakteristika ved sykepleiepraksis – sykepleierens møte med ulike typer situasjoner. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. (5. utg., s. 203). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered. The person comes first*. United Kingdom: Open University Press.
- Mjørud, M., Munch, M., Rokstad, A. M. M., Røen, I. & Røsvik, J. (2016). Kort introduksjon av de fire metodene. I M. Mjørud & J. Røsvik (Red.), *Implementering av personsentrert omsorg. Fire metoder som utfyller hverandre: VIPS Praksismodell, Dementia Care Mapping, Marte Meo og Planverktøy i demensomsorgen. Temahefte*. (s. 10-13). Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse. Hentet fra https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/ah-web-prod/documents/Implementering_av_personsentrert_omsorg.pdf
- Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2018). Hva er demens? *Nasjonalforeningen for folkehelsen*. Hentet fra <http://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/>
- Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 2. juli 1999 nr. 63. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>
- Rummelhoff, G. R., Smebye, K. S. & Tombre, B. (2016). Gir individuell omsorg. *Sykepleien*, 8(104), 42-45. doi: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.58391>

- Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Rokstad, A. M. M. (2008a). Utfordrende atferd. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens. Møte og Samhandling*. (s. 181-184). Oslo: Akribe AS.
- Rokstad, A. M. M. (2008b). Forståelse som grunnlag for samhandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens. Møte og Samhandling*. (s. 73-74). Oslo: Akribe AS.
- Rokstad, A. M. M. (2008c). Miljøbehandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens. Møte og Samhandling*. (s. 165-166). Oslo: Akribe AS.
- Rokstad, A. M. M. (2008d). Hva er demens? I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens. Møte og Samhandling*. (s. 40-43). Oslo: Akribe AS.
- Rokstad, A. M. M. & Vatne, S. (2011). Dementia Care Mapping – en mulighet for refleksjon og utvikling. *Sykepleien Forskning*, 6(1), 28-34. doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0043>
- Spigset, O. (2014). Eldre og legemidler. I Nordeng, H. & Spigset, O. (Red.), *Legemidler og bruken av dem*. (2. utg., s. 336-337). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wogn-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens. Møte og Samhandling*. (s. 92, 93 og 99). Oslo: Akribe AS.