



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

Kandidatnummer: 883

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9270

Dato: 16.04.2018



Tittel

Å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens

Problemstilling: Følgende problemstilling utforskes i oppgaven: “Hvordan kan sykepleier forebygge utfordrende atferd hos pasienter med demens på sykehjem?”

Teoretisk perspektiv: Oppgaven omhandler i stor grad personsentrert demens omsorg og hvordan implementering av dette i praksis kan bidra til å forebygge utfordrende atferd. Det sykepleiefaglige perspektivet tar derfor utgangspunkt i Tom Kitwoods teoretiske grunnlag om personsentrert omsorg, samt deler av McCormac og McCanses teori om personsentrert sykepleiepraksis. I tillegg er etiske og juridiske rammer inkludert. Målgruppen beskrives ved teori om demens og utfordrende atferd hos personer med demens. I tillegg belyses problemstillingen med teori på de pleie- og omsorgstiltakene som danner grunnlaget for drøftingen.

Metode: Denne bacheloroppgaven er en litterærstudie og er dermed basert på allerede eksisterende kunnskapskilder som er ansett som relevant for å belyse problemstillingen.

Drøfting: Oppgavens problemstilling er drøftet i lys av egne erfaringer, etiske og juridiske aspekter, teoretisk forankring og forskning. Det blir drøftet hvordan sykepleier kan forebygge utfordrende atferd hos personer med demens på sykehjem med utgangspunkt i tre ulike sykepleiefaglige tilnæringer: Kartlegging, kommunikasjon og miljøtiltak.

Konklusjon: Personer med demens er unike individer med individuelle behov. I møte med pasienter med utfordrende atferd må sykepleier tilrettelegge for en personsentrert tilnærming. Sykepleier må ha evne til å forstå hva pasienten uttrykker gjennom utfordrende atferd for å kunne forebygge den. Kartlegging kan bidra til denne forståelsen. Kartlegging kan videre bidra til en personsentrert tilnærming ved at den enkelte pasients behov avdekkes. God kommunikasjon vil kunne tilrettelegge for å samhandle, en god relasjon og videre hindre at utfordrende atferd oppstår. Bruk av musikk som miljøtiltak kan virke forebyggende på utfordrende atferd om det tilpasses den enkelte pasient og brukes målrettet.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling	2
1.3	Avgrensning	2
1.4	Oppgavens disposisjon	4
2	Teori	5
2.1	Hva er demens?	5
2.1.1	Symptomer og kjennetegn	6
2.1.2	Utfordrende atferd	6
2.2	Etiske og juridiske aspekter	7
2.2.1	Pasientens juridiske rettigheter	7
2.2.2	Sykepleiers plikter.....	8
2.3	Sykepleiers funksjonsområde.....	8
2.4	Personsentrert omsorg	9
2.5	Kartlegging.....	10
2.5.1	Bakgrunnsdata.....	10
2.5.2	Registreringsskjema for atferd	11
2.5.3	Dementia Care Mapping	11
2.6	Kommunikasjon	12
2.7	Miljøbehandling med fokus på bruk av musikk.....	13
3	Metode	14
3.1	Presentasjon av metode.....	14
3.2	Litteratursøk	14
3.3	Kildekritikk.....	16
4	Presentasjon av forskningsartikler	17
5	Drøfting	19
5.1	Kartlegging for å forstå og forebygge utfordrende atferd.....	19
5.2	Kommunikasjon og relasjoner	24
5.3	Musikk som forebyggende miljøtiltak	28
6	Avslutning	32
7	Litteraturliste	33
8	Vedlegg	37
8.1	Vedlegg 1: Døgnregistreringsskjema	37
8.2	Vedlegg 2: Nevropsykiatrisk evalueringsguide (NPI)	38
8.3	Vedlegg 3: Personopplysningsskjema	40

1 Innledning

Nasjonalforeningen for folkehelsen oppgir på sine nettsider at det i dag er over 77 000 mennesker i Norge med en demens lidelse (2017). Som følge av økt levealder og flere eldre i Norge vil antall personer med demens sannsynligvis fordobles de nærmeste 30-40 årene, men allerede nå er demens en høyst aktuell problemstilling (Helse og omsorgsdepartementet, 2015).

Demens er en samlebetegnelse på ulike sykdommer som rammer flere av hjernens funksjoner. I en utvikling av demens vil man kunne se kognitive, psykiske, atferdsmessige og motoriske endringer hos personen som er rammet. Etter hvert som demenssykdommen progredierer oppstår det i mange tilfeller symptomer som kan beskrives som utfordrende atferd. Dette innebærer atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer (APSD), som eksempelvis depresjon, angst og agitasjon (Rokstad, 2015d). I en studie gjennomført av Bergh og Selbæk (2012) ble det funnet at omkring 70% av beboere på norske sykehjem har APSD.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Å forholde seg til utfordrende atferd i demensomsorgen er i følge Skovdahl og Berentsen (2014) en stor utfordring for personen som er rammet av demens, for omgivelsene og for andre med relasjon til personen. Videre har symptomene en avgjørende betydning for den enkeltes sykdomsforløp og livskvalitet (Skovdahl og Berentsen, 2014).

I Norge har helsefremmende og forebyggende arbeid fått ett stadig større fokus, med bakgrunn i at det er mer gunstig å forebygge ett problem enn å reparere ett. I demensplan 2020 varsler regjeringen om at arbeidet med forebygging av sykdom og helseproblemer skal styrkes (Helse og omsorgsdepartementet, 2015).

Med bakgrunn i dette oppfatter jeg det fra et sykepleiefagligperspektiv som viktig å ha kunnskap om tiltak som kan iverksettes for å forebygge utfordrende atferd hos pasienter med demens.

1.2 Problemstilling

Grunnet fremtidige utfordringer helsetjenesten vil møte og på bakgrunn av egne interesser har jeg valgt tema for min oppgave til å være forebygging av utfordrende atferd ved demens.

Jeg ønsker å besvare dette ved å utforske følgende problemstilling:

“Hvordan kan sykepleier forebygge utfordrende atferd hos pasienter med demens på sykehjem?”

1.3 Avgrensning

For å kunne overholde retningslinjer og oppgavens omfang, har jeg foretatt noen avgrensninger. Oppgaven vil omhandle pasienter med en moderat til alvorlig grad av demens over 65 år. Begrepet pasient brukes med bakgrunn i pasient- og brukerrettighetslovens definisjon av pasient: “alle personer som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle” (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3). Person med demens brukes imidlertid når en har fokus på personen som har en demenssykdom, og ikke bare sykdommen og dens symptomer (Smebye, 2015). Målgruppen vil igjennom oppgaven derfor defineres som pasient eller som person med demens avhengig av hvor det faller seg naturlig.

Aldersgruppe er valgt med bakgrunn i at de fleste med en demensdiagnose befinner seg i aldersgruppen 65 år og oppover (Skovdahl & Berentsen, 2014). Sannsynligheten for utfordrende atferd øker med alvorlighetsgraden av demens og er derfor liten hos pasienter med en mild grad av demens (Rokstad, 2015d). Mild grad av demens blir derfor utelatt fra oppgaven.

Arena sykepleier møter pasienten på vil være sykehjem. Sykehjem defineres som boform som gir heldøgns omsorg- og pleie (Forskrift for sykehjem m.v, 1989, § 2-1). Arena avgrenses ikke ytterligere til skjermet enhet, da jeg selv har møtt den aktuelle pasientgruppen også ved somatisk avdeling.

Jeg har valgt å inkludere alle typer demens i oppgaven, med unntak av frontotemporal demens. Fokus vil derfor ikke være på en spesiell type demens, men på en spesiell type atferd, utfordrende atferd. Utfordrende atferd kan oppstå ved alle typer demens, men frontotemporal demens utelukkes da denne tilstanden gir spesifikke atferdsendringer som stiller større krav til opplæring og kompetanse hos personalet enn ved andre typer demens (Engedal og Haugen, 2009).

Litteraturen viser til ulike betegnelser knyttet til atferds forandringer og demensutvikling, dette være seg eksempelvis voldelig atferd og utagerende atferd. Jeg har i min problemstilling valgt å bruke betegnelsen utfordrende atferd, da dette vil beskrive flere ulike typer atferdsproblemer, samtidig som det understreker at de atferdsendringene som observeres ikke blir belyst som avvikende (Rokstad, 2015d).

I oppgaven vil jeg fokusere på hvordan sykepleier igjennom en helhetlig og personsentrert tilnærming kan bidra til å forebygge utfordrende atferd. Personsentrert omsorg kan forstås alene som individualisert omsorg eller som ett bredt verdigrunnlag av omsorgsfilosofi, avhengig av i hvilken sammenheng det brukes. Begrepet bygger på betydningen av å sette pasienten og ikke sykdommen i sentrum (Rokstad, 2014). Personsentrert omsorg vil implementeres som omsorgsfilosofi med hovedvekt på Tom Kitwoods teori, samt deler av McCormack og McCance teori om personsentrert sykepleie. Dette med bakgrunn i at det fundamentale grunnlaget i demensomsorgen er en helhetlig og individualisert tilnærming til pasienten (Solheim, 2009).

Jeg har med hensyn til oppgavens omfang valgt å ekskludere medikamentelle tiltak. Jeg vil fokusere på å belyse problemstillingen min ut i fra flere ulike tilnærminger. Dette fordi årsakene til utfordrende atferd ofte er komplekse og det derfor vil være vanskelig å forebygge ved å kun fokusere på ett område (Rokstad, 2015d). Jeg har valgt å diskutere forebygging av utfordrende atferd i oppgaven igjennom tre ulike sykepleiefaglige tilnærminger: Kommunikasjon, kartlegging og miljøtiltak med fokus på musikk.

1.4 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt inn i seks hovedkapitler.

Kapittel 1 presenterer innledning, bakgrunn for valg av tema, problemstillingen, oppgavens avgrensning og til slutt en avklaring av sentrale begreper som vil benyttes i oppgaven.

Kapittel 2 inneholder teori om sentrale tema som er relevant for problemstillingen, dette kapitlet skal fungere som et grunnlag for videre drøfting. Det gjøres rede for teori om demens, symptomer med særlig vekt på utfordrende atferd, personsentrert omsorg, kartlegging og miljøbehandling. I tillegg er etiske og juridiske rammer, samt sykepleiers funksjonsområde inkludert.

Kapittel 3 omhandler valg av metode, litteraturstudie som metode, litteratursøk og kildekritikk.

Kapittel 4 presenterer forskningsresultater som anvendes i oppgaven.

Kapittel 5 består av drøfting av problemstilling opp mot teori, forskning og personlige erfaringer. Det presenteres og drøftes ulike tiltak sykepleier kan iverksette for å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens.

Kapittel 6 er en oppsummering av funn i oppgaven hvor det legges frem en konklusjon.

2 Teori

I dette kapitlet vil relevant teori for problemstillingen presenteres.

2.1 Hva er demens?

Demens er en samlebetegnelse på ulike sykdommer eller skader som rammer flere av hjernens funksjoner. Demens kjennetegnes ved kognitiv svikt, sviktende funksjonsevne, reduksjon av emosjonell kontroll, endringer i personlighet og redusert evne til å fungere i dagliglivet (Rokstad, 2015b). Det finnes ulike former for demens, avhengig av hvilken sykdom eller skade som forårsaker symptomene. Bakenforliggende sykdom er også avgjørende for symptombylde og sykdomsforløp. Felles for alle typer demens er at de er progredierende. Dette innebærer at den kliniske tilstanden til den som rammes gradvis vil forverres og personen vil tilslutt bli avhengig av hjelp fra andre (Skovdahl og Berentsen, 2014).

Sykdommene som gir demens kan deles inn i primærdegenerative hjernesykdommer, sekundær demens og vaskulær demens. Ved primærdegenerative demenssykdommer dør eller skades hjerneceller. Under primærdegenerative hjernesykdommer finner man Alzheimers sykdom, Frontotemporal demens, Lewy legeme demens, Parkinson sykdom med demens, Huntingtons chorea med demens og andre degenerative hjernesykdommer. Alzheimer sykdom er den vanligste formen for demens og utgjør omtrent 60% av alle demenstilfeller.

Vaskulær demens er en samlebetegnelse på demens der årsaken kommer av redusert blodforsyning til deler av hjernen. Årsaken som ligger bak kan være trombose, emboli, blødning, lavt væsketrykk, en skade i hjernens blodkar som fører til oksygenmangel til hjernen. Det kan også være flere andre årsaker til at deler av hjernen får for lite oksygen. Hvilke symptomer som oppstår hos pasienten med demens er avhengig av hvilket område av hjernen som rammes (Rokstad, 2015b).

Sekundær demens er en gruppe sykdommer, tilstander eller skader som kan føre til utvikling av demens. Eksempelvis kan demens oppstå som følger av normaltrykkshydrocephalus, ubehandlet alvorlig vitamin B-12 mangel, aids, stort og langvarig alkoholmisbruk, hodeskader, svulster og encefalitt (Skovdahl og Berentsen, 2014).

2.1.1 Symptomer og kjennetegn

I Norge brukes det internasjonale klassifikasjonssystemet ICD-10 ved diagnostisering av en demenssykdom. I følge ICD-10 er kriterier for demens: Svikt i hukommelse, svikt av andre kognitive funksjoner og svekket emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd. Pasienten må samtidig ha klar bevissthet og tilstanden må ha en varighet av minst seks måneder (Rokstad, 2015b).

Skovdahl og Berentsen (2014) beskriver de vanligste symptomene i forbindelse med en demensutvikling som: Redusert hukommelse, svekket oppmerksomhet, språkvansker, rom- og retningsproblemer, samt svekket evne til kommunikasjons, orientering og læring. Personer som befinner seg i startfasen av en demensutvikling vil også kunne fremstå som deprimerte, engstelige og tilbaketrukne. Noen får også vansker med å anvende innlærte ferdigheter eller å mestre dagligdagse gjøremål. Demenssykdommene utvikler seg dog svært individuelt og symptombildet vil være avhengig av hvilke deler av hjernen som er rammet, miljøfaktorer, sosiale faktorer og personlige mestringsstrategier (Skovdahl og Berentsen, 2014).

Sykdomsutviklingen deles etter ICD-10 inn i tre hovedfaser: mild, moderat og alvorlig grad av demens. Ved mild grad av demens virker sykdommen inn på personens evne til å klare seg i dagliglivet, ved moderat grad av demens kan personen ikke klare seg alene uten hjelp fra andre og ved alvorlig grad av demens har personen behov for kontinuerlig tilsyn og pleie (Rokstad, 2015b).

2.1.2 Utfordrende atferd

Som nevnt innledningsvis oppstår det i mange tilfeller av demens atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer som kan beskrives som utfordrende atferd. Symptomene forekommer i varierende grad, men tilstedeværelsen av symptomene øker med alvorlighetsgraden av demens (Selbæk og Berg, 2012).

Det skilles mellom psykiske symptomer og atferdsendringer når gjelder utfordrende atferd. Psykiske symptomer innebærer eksempelvis vrangforestillinger, angst og hallusinasjoner. Eksempler på atferdsendringer kan være fysisk aggresjon, roping eller uro (Rokstad, 2015d). Det er vanlig med en kombinasjon av flere av disse symptomene og jo flere symptomer

pasienten har, jo mer utfordrende vil atferden bli for pårørende, omgivelser og pasienten selv (Skovdahl og Berentsen, 2014).

Årsakene til at utfordrende atferd oppstår er ofte være individuelle og sammensatte. Ulike årsaker kan eksempelvis være at pasienten reagerer på interaksjon med det fysiske og sosiale miljøet. Videre kan utfordrende atferd forstås som kommunikasjon eller som ett uttrykk for umøtte behov. Atferden kan også settes i sammenheng med pasientens tidligere livshistorie og personlighet (Rokstad, 2015d).

2.2 Etiske og juridiske aspekter

Et etisk og juridisk rammeverk for oppgaven presenteres under dette punktet.

2.2.1 Pasientens juridiske rettigheter

Helse og omsorgstjeneste loven pålegger kommunen å tilby sykehjem eller tilsvarende botilbud for personer som har behov for heldøgnsomsorgstjenester (Helse og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-2). For personer med demens skal kommunen videre tilby et botilbud utformet slik at den enkelte får tilpassede fysiske omgivelser som gir mulighet for aktivitet, stimulering og kognitiv støtte. Botilbudet skal videre ivareta behovet for trygghet og i størst mulig grad pasientens autonomi og selvstendighet (Helsedirektoratet, 2017). En sykehjemsavdeling reguleres av forskrifter, lovverk og etiske prinsipper. Disse forteller noe om retningslinjene og rammefaktorene på en sykehjemsavdeling.

Pasient- og brukerrettighetsloven blir sentral i denne oppgaven da lovens bestemmelser blant annet omhandler å ivareta respekten for den enkeltes liv, verdighet og integritet (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999). Videre beskriver loven at pasienten har rett til medvirkning, noe som skal ivareta pasientens autonomi. Dette innebærer at tjenestetilbudet, så langt det lar seg gjøre, skal utformes i samarbeid med pasienten (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

Verdighetsgarantien blir sentral i oppgaven da denne loven har som formål å sikre at tjenestetilbudet i eldreomsorgen bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom hvor den enkelte pasients individuelle behov blir ivaretatt (Verdighetsgarantien, 2010, § 1).

Videre vil kvalitetsforskriften for pleie og omsorgstjenester bli av betydning da den blant annet har som formål å sikre at pasienter får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for den enkeltes egenverd, livsførsel og selvbestemmelsesrett (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, § 1).

2.2.2 Sykepleiers plikter

Yrkesutøvelse av sykepleieprofesjonen reguleres av gjeldene lovverk, samtidig som grunnprinsipper og verdier er forankret i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Kirkevold, 2014). Grunnprinsippene baserer seg på sykepleierens fundamentale plikter som innebærer å utøve en praksis som fremmer helse, forebygger sykdom og lindrer lidelse, samt sikrer en verdig død. Det beskrives også i yrkesetiske retningslinjer at sykepleier i møte med pasienten har en plikt til å ivareta den enkeltes verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket (NSF, 2016).

Helsepersonelloven stiller en rekke ulike krav til sykepleiers yrkesutøvelse, med det formål å sikre en helse- og omsorgstjeneste som skaper sikkerhet og kvalitet for pasienter (Helsepersonelloven, 1999, § 1). Helsepersonell har etter lovens bestemmelser blant annet en plikt til å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra kvalifikasjoner og arbeidets karakter (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

2.3 Sykepleiers funksjonsområde

Sykepleierprofesjonen omfatter spesifikke funksjons- og ansvarsområder. Denne oppgaven berører primært sykepleiers forebyggende og helsefremmende funksjon i møte med utfordrende atferd hos personer med demens.

Etter yrkesetiske retningslinjer har sykepleieren ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (NSF, 2016). Sykepleiers forebyggende og helsefremmende funksjon i arbeid med eldre dreier seg i hovedsak om å forebygge sykdom, skade og tidlig

død, men det handler også om å fremme og bevare den enkeltes helse, funksjonsnivå og livskvalitet (Ranhoff, 2014).

Det forebyggende helsearbeidet for eldre kan deles inn i tre forskjellige kategorier: Primær, sekundær og tertiærforebyggende tiltak. Primærforebyggende tiltak innebærer å igangsette tiltak før sykdom eller funksjonstap inntreffer. Sekundærforebyggende igangsettes tiltak når et symptom eller en hendelse allerede har oppstått. Tertiærforebyggende tiltak iverksettes når en sykdom eller hendelse allerede har oppstått og målet er å redusere de negative konsekvensene. I denne oppgaven vil derfor tertiærforebyggende tiltak være det aktuelle, da dette innebærer å iverksette forebyggende tiltak for å redusere utfordrende atferd som følger av en demenslidelse (Ranhoff, 2014).

2.4 Personsentrert omsorg

Begrepet «personsentrert omsorg» ble først introdusert av Tom Kitwood og bygger på betydningen av å sette pasienten og ikke sykdommen i sentrum (Rokstad, 2014). Kitwood (1997) beskrev i sin tid fem grunnleggende psykologiske behov personsentrert omsorg bygger på. Disse behovene er sosial inkludering, trøst, tilknytning, beskjeftigelse og identitet. En god omsorgspraksis innebærer at sykepleier imøtekommer disse behovene og ivaretar de. Videre beskrev han det å være menneske som å ha ett person verd og hvordan personsentret omsorg kan understøtte personverdet. Uttrykket person verd refererer til det å være et menneske, å ha en egen identitet, integritet og individuelle preferanser (Rokstad, 2014).

Sykepleieteoretikerne McCormack og McCance (2010) har på bakgrunn av Kitwoods teori utviklet et rammeverk for personsentrert sykepleiepraksis bestående av fire nøkkelementer. Disse inkluderer personalets forutsetninger og ferdigheter, omsorgsmiljø, pasientfokus og evaluering.

Forutsetninger og ferdigheter viser til betydningen av sykepleiers profesjonskunnskaper, grad av relasjons-kompetanse, grad av forpliktelse i arbeid og evne til selvinnsikt. En personsentrert tilnærming forutsetter at sykepleier har kunnskap om både pasientens sykdomsbilde, samt kunnskap om ulike tilnæringsmåter (Skovdahl og Berentsen, 2014). Samtidig blir sykepleiers grad av relasjons-kompetanse avgjørende for hvordan relasjonen

med pasienten blir og dermed i også i hvilken grad sykepleier kan hjelpe pasienten. Relasjons-kompetanse dreier seg om sykepleierens evne til å forstå pasientens opplevelser igjennom empati, hva som skjer i ett samspill, samtidig som det også handler om å ha innsikt i egne holdninger og reaksjonsmønstre (Rokstad, 2014).

Omsorgsmiljøet dreier seg om å se sammenhengen omsorg blir utøvd i. Her vises det til en hensiktsmessig kombinasjon av miljø, kultur og kompetanse som finnes i avdelingen for å kunne utvikle en kultur for personsentrert omsorg. Pasientfokus innebærer å yte omsorg igjennom personsentrerte arbeidsprosesser, hvor brukermedvirkning står sentralt. Det siste elementet, evaluering, er det mest sentrale og står for resultat av en praksisutvikling med fokus på personsentrert omsorg (McCormack og McCance, 2010).

Faglig nasjonal retningslinje for demens vektlegger at helse og omsorgspersonell skal legge til rette for at personen med demens sine individuelle rettigheter, preferanser og behov, ivaretas gjennom personsentrert omsorg og behandling (Helsedirektoratet, 2017). Videre har Sykepleieprofesjonen en grunnleggende og udiskuterbar verdi i å yte helhetlig og individualisert sykepleie til pasienten (Kirkevold, 2014).

2.5 Kartlegging

Årsakene til at utfordrende atferd oppstår er ofte ett resultat av flere faktorer. For at sykepleier skal kunne være på forskudd og forebygge utfordrende atferd må det derfor foreligge en vurdering av underliggende årsaker, selve atferden og omsorgsmiljøet. Dette gjøres igjennom en bred kartlegging av kvalitative og kvantitativ data, samt en innsamling av informasjon om pasientens bakgrunnsdata (Rokstad, 2015d).

2.5.1 Bakgrunnsdata

En bred innsamling av informasjon om pasientenes bakgrunn, livshistorie, helsemessige forhold og relasjon til omgivelsene vil kunne gi oss ett grunnlag for å forstå den atferden vi ser (Rokstad, 2015d). For å innhente disse opplysningene kan ett skjema for personopplysninger benyttes (Se vedlegg 3). Skjemaet har som hensikt å gi personalet nok informasjon for å hjelpe pasienten å opprettholde identitet og selvbylde. Opplysningene som nedtegnes kan videre være til hjelp for personalet når det kommer til å tilpasse aktivitet og

samtale, gi en opplevelse av mestring og glede, samt forebygge angst og uro (Aldring og Helse, 2018).

2.5.2 Registreringsskjema for atferd

En forutsetning for å kunne analysere, forstå og evaluere pasientens atferd er at det innhentes kvantifiserbare data. For å oppnå dette kan ulike kartleggings skjema benyttes. Viktige elementer å få med i slik registrering vil være hvilken type atferd som utøves, atferdens varighet, tidspunkt på døgnet for atferd, i hvilke situasjoner atferden opptrer og hvem eller hva atferden er rettet mot. Forutgående hendelser, den situasjonen pasienten befinner seg i og den reaksjonen atferden vekker i omgivelsene må også registreres (Rokstad, 2015d).

Nevropsykiatrisk evalueringsguide (NPI) er ett verktøy som i økende grad brukes anvendes til en grundig gjennomgang og registrering av ledsagende symptomer ved demens (Se vedlegg 2). Denne kartleggingen baserer seg på intervju av personalet hvor hyppighet, intensitet og belastning av følgende symptomer skåres: Vrangforestillinger, hallusinasjoner, agitasjon, depresjon, angst, oppstemthet, apati, mangel på hemninger, irritabilitet, avvikende motorisk atferd, nattlig atferd og appetitt/endringer i spise-atferd (Rokstad, 2015d).

Et enklere ruteregistreringsskjema hvor døgnvariasjoner registreres på en oversiktlig måte kan også brukes (Se vedlegg 1). Et slikt døgnobservasjonsskjema bruker forskjellige farger som beskriver de aktuelle atferdsmessige og psykiske forstyrrelsene gjennom døgnet (Rokstad, 2015d).

2.5.3 Dementia Care Mapping

Dementia Care Mapping (DCM) er et kartlegging-og observasjonsverktøy som er utviklet med hensikt å bedre behandling og omsorg til personer med demens. Metoden bygger på Tom Kitwoods (1997) teori om personsentrert omsorg der de fem grunnleggende psykologiske behovene er særlig vektlagt. Ved systematisk observasjon og kartlegging skaper DCM en oversikt over pasientens atferd og de omgivelsene pasienten befinner seg i, samt personalets omsorgspraksis. Elementer som nedtegnes og vurderes er tegn på trivsel og mistrivsel hos pasienten, samt positive og negative omsorgssituasjoner. Personalgruppen får påfølgende

tilbakemelding og kartleggingen synliggjør områder hvor forbedringspotensialer foreligger. DCM kan være nyttig i forebygging av utfordrende atferd, da pasientens opplevelse i samhandling med omsorgspersoner kommer godt frem. Videre kan man iverksette individuelle pleie- og omsorgstiltak. Kartlegging gjentas igjen etter en gitt tidsperiode for å avdekke om tiltak som ble iverksatt har vært nyttig (Skovdahl og Berentsen, 2014).

2.6 Kommunikasjon

I følg Eide og Eide (2014) kan kommunikasjon defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Vi mennesker kommuniserer hovedsakelig igjennom to hovedformer: Ikke-verbal kommunikasjon som omhandler det vi formidler igjennom blant annet bevegelser, blikk, mimikk og stemme, og verbal kommunikasjon hvor budskapet formidles med ord. Uavhengig av hvilken form for kommunikasjon man utøver er målet å skape kontakt, bygge relasjoner og formidle ett budskap. Uten evne til å kommunisere vil vi som mennesker oppleve vansker med å opprettholde relasjoner, selvbilde og tilknytning til andre. Flere definisjoner av god livskvalitet peker på at evnen til å kommunisere er tilstede og intakt (Wogn-Henriksen, 2015).

En demensdiagnose kan utfordre personens evne til å kommunisere, både igjennom svikt i språklig funksjon og svikt i evnen til å forstå og å gjøre seg forstått. Dette kan oppleves som en stor påkjenning for personen og for pårørende. Nedsatt evne til kommunikasjon kan medføre at pasienten ikke oppfatter hva mennesker rundt forsøker å formidle, eller at hun/han selv ikke opplever å bli forstått. Som følger av dette kan omgivelsene oppleves som utrygge og uforutsigbare. Reduserte kommunikasjonsferdighet kan videre bidra til økt tilbaketrekning, agitasjon og atferdsforstyrrelser (Wogn-Henriksen, 2015).

Sykepleier har en viktig oppgave i å tilrettelegge for god kommunikasjon, og dermed øke sjansen for en felles forståelse i samhandling i møte med personer som har demens (Wogn-Henriksen, 2015). Sentrale kommunikasjonsferdigheter beskrives av Eide og Eide (2014) som å kunne observere og fortolke den andres verbale og non verbale signaler, møte den andres behov på en god måte, å skape gode relasjoner, å formidle informasjon på en klar måte, å stimulere den andres ressurser, samt å samarbeide for å finne felles løsninger.

2.7 Miljøbehandling med fokus på bruk av musikk

Miljøbehandling står sentralt i demensomsorgen. Det dreier seg om hvordan sosiale, psykiske og fysiske forhold kan tilrettelegges for å oppnå at pasienten opplever mestring og en meningsfylt hverdag til tross for nedsatt kognitiv- og fysisk funksjon (Rokstad, 2015c).

Miljøbehandling omfatter en rekke ulike tiltak innenfor aktiviteter, sosialt og fysisk miljø. Hvilke tiltak som gjennomføres forankres i individualisering og tilpasses pasientens behov, ressurser og interesser (Engedal og Haugen, 2009). Når det gjelder miljøbehandling til personer med demens, er formålet uavhengig av tiltak å sette den enkelte i stand til å utnytte sine ressurser og opprettholde selvstendighet så lenge som mulig. En hensiktsmessig tilrettelegging av miljøet rundt personen med demens kan bidra til å forebygge utfordrende atferd (Rokstad, 2015c).

Bruk av musikk har de senere årene blitt vanlig å implementere som et terapeutisk virkemiddel i demensomsorgen. Musikk kan brukes på forskjellige måter i miljøbehandling, dette kan være seg alt fra profesjonell musikk terapi til å sette på en CD-plate. Musikk kan brukes som både som gruppeaktivitet og i individuell sammenheng. Når det gjelder hvilken type musikk-aktivitet som er mest hensiktsmessig er prinsippet om individualisering igjen helt sentralt. Uavhengig av hvilken type musikk-aktivitet som utføres er formålet å fremme trivsel og velvære hos pasienten (Rokstad, 2015c).

3 Metode

Metoden sier noe om hvordan vi bør gå frem for å skaffe eller etterprøve kunnskap. En god metode er tilpasset problemstillingen og hjelper oss å samle inn faglig interessant og god data til det vi vil undersøke (Dalland, 2012). Dette kapittelet vil beskrive den fremgangsmåten som er brukt for å samle inn relevant fag- og forskningslitteratur som kan belyse problemstillingen på en interessant måte.

3.1 Presentasjon av metode

I denne oppgaven brukes litteraturstudium som metode. Dette vil si at jeg har brukt allerede eksisterende kunnskapskilder for å belyse problemstillingen. Litteraturstudier systematiserer og vurderer relevant litteratur, og sammenfatter videre materialet man har funnet for å kunne besvare problemstillingen (Dalland, 2012).

3.2 Litteratursøk

For å finne relevant faglitteratur til oppgaven har aktuell pensumlitteratur blitt gjennomgått. Søk har blitt utført i Oria-søketjenesten ved Lovisenberg bibliotek med søkeordene “demens”, “personsentrert omsorg” og “utfordrerne atferd”. Jeg har benyttet litteratur jeg har funnet ved dette søket som har vært relevant for oppgaven. I tillegg har nettsidene til Lovdata og Helsedirektoratet blitt benyttet.

For å finne fag- og forskningsartikler ble det utført søk i databasene PubMed og Sykepleien.no. Søk har blitt utført med søkeord som er relevant for problemstillingen, med utgangspunkt i de ulike tiltakene jeg har valgt å drøfte i oppgaven. Jeg har også foretatt to kjedesøk. Ett søk gjennomførte jeg etter å ha lest litteraturliste på en annen artikkel som omhandlet omsorg til personer med demens. Det andre søket gjennomførte jeg etter å ha lest litteraturlisten på en bacheloroppgave som omhandlet livshistoriearbeid. Jeg har benyttet begge disse forskningsartiklene i oppgaven.

For at valg av artikler skulle bli lettere har jeg hatt noen inklusjonskriterier. I søket etter artikler ble det kun søkt på artikler som var fra de siste ti årene (2007-2018). Alle artiklene er publisert i anerkjente tidsskrifter. Artikler som er publisert i vitenskapelige tidsskrifter

gjennomgår fagfelle vurdering, noe som betyr at artikkelen har blitt vurdert og godkjent av eksperter innen fagfeltet. Dette for å sikre aktualitet og troverdighet igjennom nyere og oppdatert forskning som er vurdert og godkjent av eksperter innen fagområdet (Dalland, 2012). Studier fra land i Afrika, Sør-Amerika og Asia ble ekskludert ettersom de kulturelle forskjellene ble vurdert til å være for store og muligens ikke overførbare til det norske helsevesenet. Etter søkeprosessen har det blitt inkludert seks forskningsartikler som alle har relevans for å belyse problemstillingen.

Tabell 1 oversikt over søk i databaser

Søk	Database	Søkeord/søkekombinasjoner	Avgrensning	Treff	Artikkel
Søk nr.1	Sykepleien forskning	“Demens”	Publisert 2007-2018, fagfelle vurdert	94	0
Søk nr.2	Sykepleien forskning	“Demens” AND “Sykehjem”	Publisert 2007-2018, fagfelle vurdert	66	0
Søk nr.3	Sykepleien forskning	”Demens” AND ”Sykehjem” AND ”Utfordrende atferd”	Publisert 2007-2018, fagfelle vurdert	21	God omsorg for personer med demens
Søk nr.4	PubMed	Dementia AND agitation	Full text, publisert 2007-2018, clinical trial	166	0
Søk nr.5	PubMed	Dementia AND agitation AND music therapy	Full text, publisert 2007-2018, clinical trial	16	Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial
Søk nr.6	Sykepleien forskning	“Demens” AND “Dementia Care Mapping”	Publisert 2007-2018, fagfelle vurdert	6	Dementia care mapping - en mulighet for refleksjon og utvikling & Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling.

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk er de ulike metodene som anvendes for å fastslå om en kilde er troverdig. Det har som hensikt å vurdere de skriftlige kildene som anvendes i besvarelsen og dermed bidra til å finne frem til den litteraturen som kan belyse problemstillingen på best mulig måte (Dalland, 2012)

For å belyse teori om personsentrert demensomsorg, og anvende dette i min besvarelse, har jeg valgt å benytte Tom Kitwoods bok "Dementia Reconsidered". Når jeg har valgt pensum har jeg konsekvent forsøkt å benytte pensumlitteratur som er oppdatert og relativt ny. Denne boken er derimot fra 1997, men er benyttet fordi besvarelsen bygger på Kitwoods teori om personsentrert demensomsorg. Samtidig har jeg vært opptatt av mine kilder i hovedsak skal være primærlitteratur, da det fremgår som en svakhet i en besvarelse å benytte litteratur som andre har tolket, ettersom man selv ikke har mulighet til å kvalitetssikre tyngden bak innholdet igjennom å oppsøke primærlitteraturen (Dalland, 2012). En annen svakhet ved å benytte denne boken er at den er skrevet på engelsk, noe som innebærer en mulighet for mistolkning av hva opprinnelig står skrevet i litteraturen.

Alle forskningsartiklene bortsett fra en er skrevet av sykepleiere eller sykepleiere og medforfattere fra andre relevante yrkesgrupper. Artikkelen "Individual music therapy for agitation in dementia" er skrevet av forfattere som alle er musikkterapeuter. Dette kan være en svakhet ved at artikkelen ikke har ett direkte sykepleiefaglig perspektiv. Artikkelen beskriver en type musikkterapi som forutsetter utdanning som musikkterapeut. Den er i midlertidig relevant å bruke i oppgaven da den beskriver metoder som kan anvendes av helsepersonell.

4 Presentasjon av forskningsartikler

Under dette kapitlet vil det være en kort presentasjon av forskningsartikler som er benyttet i oppgaven.

Tabell 2 oversikt over valgte forskningsartikler

Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
Hanne Ridder, Stige Brynjulf, Liv G. Qvale & Christian Cold (2013)	Individual music therapy for agitation in dementia: An exploratory randomized controlled trial	<i>Ageing&Mental Health</i> . 2013 (6), s. 667-678	Undersøke effekten av individuelt tilpasset musikkterapi hos utagerende pasienter med moderat til alvorlig grad av demens	Kvalitativ studie: Randomisert kontrollert studie. Halvparten av deltakerne i studien mottok standardterapi, halvparten mottok individuell musikkterapi.	Individualisert musikkterapi ser ut til å redusere forekomst av utfordrende atferd hos pasienter med demens, samt reduserer bruken av psykotropiske legemidler.
Nina Jøranson & Sølveig Hauge (2011)	Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling	<i>Sykepleien forskning</i> 2011 (4), s.376-382	Studien har som hensikt å utforske og beskrive personalerfaringer med kartleggingsverktøyet Dementia Care Mapping (DCM). Studien søker å beskrive langtidserfaringer både for den personalgruppen som deltok i prosjektet, og for den gruppen som ikke deltok.	Kvalitativ metode: Studien benytter fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode, to fokusgrupper med til sammen ni deltakere fra samme avdeling. I tillegg ble avdelingsleder intervjuet individuelt.	DCM som verktøy bidro til at de ansatte ble mer oppmerksomme på sykehjemsbeboernes behov og på sin egen omsorgspraksis for personer med demens. Ved å ta i bruk DCM som verktøy åpnet dette opp for refleksjon hos personalet over egen yrkesutøvelse, samtidig ble nye måter å møte beboere med demens på belyst
Solfrid Vatne & Anne Marie Mork Rokstad (2011)	Dementia care mapping – en mulighet for refleksjon og utvikling	<i>Sykepleien forskning</i> 2011 (1), s.28-34	Hensikten med studien var å innhente kunnskap om ansattes erfaringer med refleksjonsprosesser som ble igangsatt på bakgrunn av DCM og hvilken betydning dette hadde for utvikling av praksis	Kvalitativ metode: Fokusgruppeintervju	Funn viser hvordan DCM bidrar til økt bevisstgjøring hos de ansatte. Ved å ta i bruk DCM kartleggingen åpnet dette opp for refleksjoner hos personalet over egen sykepleieutførelse, samtidig som nye måter å møte pasienten ble belyst
Karin Elisabeth Thorvik, Kristin Helleberg & Sølveig Hauge (2014)	God omsorg for urolige personer med demens.	<i>Sykepleien forskning</i> 2014 (3), s.236-242	Hensikten med denne studien er å utforske og beskrive hva god omsorg kan være i møte med personer som har demens	Kvalitativ metode: Deltakende observasjon. Ansatte i to skjermete avdelinger deltok i studien.	Funn i studien viser til at god omsorg for personer med demens kjennetegnes av at de omsorgspersoner alltid er beredt, er fleksible i sin arbeidsform og tilnærming, og har god kunnskap og kjennskap til pasienten. Samtidig beskrives det at betingelser for

					en slik type yrkesutøvelse forutsatte at ansatte hadde god kunnskaper om sykdom, symptomer og den enkelte pasient
Gerd S Jellelied, Veslemøy Egede-Nissen, Rita Jakobsen & Venke Sørli (2013)	Quality care for persons experiencing dementia: The significance of relational ethics	<i>Nursing Ethics</i> 2013 (3) s.263-272.	Artikkelen søker å beskrive helsepersonell sine erfaringer med etiske utfordringer og mulighetene i relasjon til pasienter som lider av demens og relasjonens innvirkning på å yte god omsorg- og pleie.	Kvalitativ metode: Individuelle fortellende intervjuer med 12 deltakere fra to forskjellige sykehjem. Alle deltakerne var helsepersonell.	God omsorg beskrives av de ansatte som evnen til å sanse hva pasienten uttrykker, kommunisere med pasienten både verbalt og non-verbalt og være var for pasientens respon på den ansattes væremåte og kommunikasjon. Videre beskrives god omsorg som de ansattes evne til å forstå hva pasienten uttrykker ved å tolke følelsesmessige og kroppslige uttrykk som en måte pasienten uttrykker sine behov på.
McKeown, Clarke, Singleton, Ryan og Repper (2010)	The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care	<i>International journal of older people nursing</i> 2010 (2) s.148-158.	Artikkelen undersøker hvordan livshistoriearbeid kan fremme personsentrert omsorg.	Kvalitativ metode: Semi-strukturerte intervju og observasjoner av pasienter med demens, pårørende og omsorgspersoner.	Livshistoriearbeid hjelper omsorgspersoner å se personer bak demenssykdommen, hjelper omsorgspersoner å se individuelle behov pasienten har og bidrar til at pasienten kan føle en stolthet rundt sin livshistorie.

5 Drøfting

Å drøfte kan beskrives som å diskutere, ta for seg og granske noe fra forskjellige sider (Dalland, 2012). Denne delen av oppgaven har som hensikt å besvare problemstillingen min: “Hvordan kan sykepleier forebygge utfordrende atferd hos pasienter med demens på sykehjem?”

5.1 Kartlegging for å forstå og forebygge utfordrende atferd

Kitwood (1997) la vekt på å se personer med demens som enkelt individer med en unik bakgrunn og individuelle behov i den personsentrerte omsorgen. Forskning viser at en slik tilnærming er nødvendig for å kunne yte god omsorg til personer som har demens (Thorvik et al., 2014).

Ved å innhente opplysninger om pasientens individuelle behov, ønsker og livshistorie vil sykepleier få en mulighet til å bli kjent med pasienten og videre utforske hva som er viktig for den enkelte. Ett nyttig kartleggingsverktøy å bruke i denne sammenhengen er et pasientopplysnings skjema. Om pasienten selv ikke evner å svare på spørsmålene i et slikt skjema, kan pårørende eller helsepersonell bidra i kartleggingen (Aldring og helse, 2018).

Med utgangspunkt i to konkrete eksempel fra min praksis på sykehjem ønsker jeg å se på hvordan sykepleier kan nyttiggjøre seg av opplysningene en slik kartlegging vil gi og videre hvordan dette kan bidra til å forebygge utfordrende atferd.

En morgen jeg kom inn på avdelingen la jeg merke til at en av de kvinnelige pasientene gå urolig frem og tilbake i gangene. Hun pratet med seg selv og hadde et bekymret uttrykk over ansiktet. Jeg går og legger fra meg vesken på vaktrommet. Når jeg kommer ut igjen ser jeg to av pleierne stå å prate med hverandre. Pasienten kommer bort og sier hun må hjem for å ta seg av “Anna” og “Jenny”. Den ene pleieren snur seg tilbake til den andre pleieren, hun rister på hodet og sier at hun ikke skjønner hva pasienten prater om. Pasienten fikk ingen respons og ropte at ingen forstår henne, før hun gikk videre i fortvilelse og frustrasjon.

Hvis denne pleieren hadde hatt mer kjennskap til pasienten og hennes tidligere liv kunne hun kanskje forstått det følelsesmessige engasjementet som lå bak atferden på en bedre måte.

Forskning viser at kunnskap om pasientens livshistorie kan hjelpe oss å se mulige forklaringer på utfordrende atferd og videre fokusere på personen fremfor symptomene (McKeown et al., 2010), noe som understøtter påstanden ovenfor. Dette er igjen i tråd med Kitwoods (1997) teori om personsentrert omsorg hvor det å flytte fokuset vekk fra sykdommen, og over til pasienten er sentralt.

En slik tilnærming pleierne viste kan derimot beskrives som en jeg-det tilnærming hvor pleieren har sin oppmerksomhet rettet mot sykdommen og funksjonssvikt. Å bli oversett på en slik måte som pasienten i eksempelet kan betraktes som å bli behandlet som et objekt (Smebye, 2015). Dette kan i følge Kitwood (1997) beskrives som den ondartede sosialpsykologi, hvor objektivisering og ignorering kan fremprovosere reaksjoner i form av utfordrende atferd.

En jeg-du tilnærming vil imidlertid innebære en dialog mellom pleier og pasienten, hvor pasienten er i fokus, ikke sykdommen. Pleieren vet hvordan hun kan kompensere for sviktende evner og pasienten kan informere om sine ønsker og preferanser. I et slikt forhold angår det pleieren hvordan pasienten har det og kjennskap til den enkelte forplikter pleieren til å handle for vedkommens beste (Smebye, 2015). En slik tilnærming krever i følge Kitwood (1997) at omsorgsgiveren evner å være til stede, ved å stå til rådighet og gi full oppmerksomhet til pasienten.

“Anna” og “Jenny” var pasientens døtre og vedkommende hadde i sin tid vært hjemmeværende for å ta kunne ta seg av dem. Det var tydelig at hun nå befant seg i rollen som mamma, slik Rokstad (2015d) beskriver personer med demens kan videreføre tidligere roller i en tid og på ett sted hvor det ikke lengre er hensiktsmessig. Om pleieren hadde hatt større kjennskap til pasienten hadde hun kanskje bedre kunnet handlet til vedkommens beste igjennom en jeg-du tilnærming. Slik kunne hun kommunisert relevant informasjon, møtt hennes bekymringer og dermed bidratt til å moderere atferd og uro fremfor å la det pågå (Rokstad, 2015d).

På samme avdeling opplevde jeg også en annen hendelse som gjorde inntrykk på meg. En av pleierne sitter ved en kvinnelig pasient under middagen og skal hjelpe henne med å spise. Pasienten skyver unna gaffelen med fisk og potet som kommer mot munnen. Pleieren prøver igjen og pasienten reagerer med å ta tak i gaffelen og kaste den på gulvet. Pasienten har

problemer med å uttrykke seg og skriker til pleieren samtidig som hun skyver asjetten sin bort. Når dette pågår kommer hennes datter inn. Hun forteller at pasienten ikke spiser fisk og at hun tidligere har gitt opplysninger om dette. Hun serveres rester fra dagen før og spiser gledelig opp hele tallerkenen med mat. Vi kunne i etterkant ikke finne noen opplysninger hvor det var nedskrevet hva pasienten ikke likte eller likte av kost.

Verdighetsgarantien har formål å sikre at pasienter på sykehjem får ivaretatt ett verdig og meningsfylt liv i samsvar med individuelle behov. Dette innebærer blant annet at de skal få tilbud om et variert og tilstrekkelig kosthold (Verdighetsgarantiforskriften, 2010). Sett i lys av dette eksemplet kunne vi ivaretatt pasientens individuelle behov ved å tilby et tilstrekkelig kosthold basert på opplysninger om pasientens preferanser. I dette tilfellet kunne dette muligens ha bidratt til å unngå utfordrende atferd, slik vi så pasienten uttrykte igjennom å skrike, samt kaste mat og bestikk på gulvet.

Når pasienten selv har problemer med å uttrykke sine ønsker og behov, kan dette true personens selvbestemmelsesrett (Johnsen og Smebye, 2015). Hvis vi hadde opplysninger om pasientens livsstil, ønsker og behov i et pasientopplysningsskjema kunne vi imidlertid bidratt til å ivareta pasientens selvbestemmelsesrett, slik det fremgår av pasient og brukerrettighetsloven (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Hvis pasienten får anledning til å ha innflytelse på sin situasjon kan dette i følge Kitwood (1997) bidra til å styrke personverdet, noe som igjen kan bidra til å redusere utfordrende atferd (Rokstad, 2014). Helsepersonelloven pålegger videre sykepleier å utøve forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, §4). Hva er god omsorgsfull og forsvarlig hjelp for personer med demens? Det kan det i denne sammenheng forstås som å få hjelp av sykepleier til å ivareta sine individuelle behov og ønsker når en selv ikke lengre evner å uttrykke hva som er viktig for en.

På den ene siden ser det ut til at det kan være nyttig å ta i bruk pasientopplysningsskjema for kartlegging av livshistorie og behov, men på den andre siden kan dette også bidra til å vekke følsomme eller vonde minner. Ett viktig aspekt når ett slikt skjema fylles ut er at pasienten i størst grad selv får svare på de spørsmålene som er til for å innhente opplysninger (Aldring og helse, 2018). En bakside ved dette som kommer fram i studien til McKeown et al., (2010) er at de tapene pasienten har opplevd kan bringes opp og forsterkes. For at omsorgspersoner skal kunne tilpasse hjelpen på best mulig måte er det dog ønskelig at slike opplysninger også

kommer fram, da det kan hjelpe omsorgspersoner å ta frem gode minner i samhandling og ikke det motsatte (Aldring og helse, 2018).

Ett annet observasjons- og kartleggingsverktøy som igjennom ulike studier viser seg å være ett nyttig verktøy for å fremme personsentrert omsorg og forebygge at utfordrende atferd oppstår er Dementia Care Mapping (DCM) (Rokstad og Vatne, 2011; Jøranson og Hauge, 2011).

DCM vil gi sykepleier informasjon om hvilken grad av trivsel eller mistrivsel hos pasienten som er forbundet med ulike aktiviteter og gjøremål. Ved å gå igjennom eventuelle negative hendelser vil en kunne få oversikt om pasienten blir utsatt for et samspill som kan virke degraderende og krenkende på integriteten, noe som kan bidra til å utløse utfordrende atferd (Rokstad, 2014). Det er videre sykepleiers plikt å ivareta den enkelte pasient sin integritet (NSF, 2016). Å synliggjøre disse episodene vil derfor være nyttig for at sykepleier skal kunne overholde sin plikt.

På den andre siden gir en oppsummering av positive hendelser informasjon om hvordan man kan møte pasienten for å oppfylle individuelle behov og vektlegge pasientens ressurser i samhandling. Dette vil kunne bidra til å understøtte personverdet, noe som kan bidra til at pasienten opplever velvære og trivsel (Rokstad, 2014). En slik utvikling er i tråd med funn i studien til Rokstad og Vatne (2011). De fant at DCM gjorde ansatte bevisst på hvordan de kunne møte individuelle behov hos pasienten som bidro til trivsel og velvære.

Negative- og positive hendelser som blir belyst i DCM vil dermed hjelpe sykepleier til å unngå samhandling som kan bidra til å utløse utfordrende atferd og legge til rette for å etablere og vedlikeholde en god samhandling der pasientens personverd understøttes.

Det finnes andre kartleggingsmetoder enn DCM og pasientopplysningsskjema som ved bruk kan kartlegge mer kvantitative data. To nyttige verktøy å ta i bruk i denne prosessen er Nevropsykiatrisk vurderingsguide (NPI) og døgnregistreringsskjema (Rokstad, 2015d). Jeg ønsker å belyse nytten av å ta i bruk begge disse verktøyene gjennom ett konkret eksempel fra min praksisperiode på sykehjem.

Vi som studenter på avdelingen gjennomførte kartlegging av atferd hos en pasient ved bruk av døgnobservasjonsskjema og NPI. Ved NPI scoret pasienten spesielt høyt på alvorlighetsgrad av angst, irritabilitet og manglende hemninger. Videre viste kartlegging gjennom døgnobservasjon at pasienten konsekvent viste utfordrende atferd i vaktskiftene.

Ved vaktskifter på avdelingen hadde vi på forhånd observert at det ble mye uro både blant pasienter og ansatte, da det ikke var noen faste rutiner på fordeling av rapport og ansvar for pasienter. Dette resulterte ofte i at det ikke var noen ansatte i fellesstuen og at pasientene ble etterlatt til seg selv. Jeg observert at pasienten vi holdt på å kartlegge ofte kunne være en bidragsyter til at uttalt uro oppsto i pasientgruppen på denne tiden. Dette viste seg ved at hun ble svært engstelig når personalet ikke var tilstede for å betrygge henne. Hun ble raskt irritert på medpasienter og kunne si sårende ting som gjorde at andre pasienter responderte med å bli urolige og sinte.

Et viktig aspekt under kartlegging ble å ikke betrakte denne utfordrende atferden som avvikende, men som normale reaksjoner på en utrygg situasjon slik Rokstad (2015d) hevder er nødvendig i møte med personer som har demens. Mitt spørsmål ble derfor om mangel på rutiner og tilstedeværelse av de ansatte bidro til å utløse uro og utfordrende atferd hos denne pasienten?

Det ble etter kartleggingen iverksatt nye rutiner i forbindelse med vaktskifter hvor en ansatt fikk ansvar for pasientene på stuen og en annen ansatt fikk ansvar for rapport. Samtidig ble det ett større fokus på å beholde ro og trygghet i avdelingen under vaktskiftet. Etter en ny periode med døgnobservasjon av pasienten kunne man raskt se at den utfordrende atferden hadde avtatt under perioder med vaktskifter.

Pleie- og omsorgstiltaket, som i denne sammenhengen da innebar å iverksette endringer i rutiner på avdelingen ble på grunnlag av denne kartleggingen derfor vurdert som nyttig. Ved å ta i bruk denne kartleggingen vil sykepleier kunne gjøre seg kjent med pasientens reaksjons- og atferdsmønster. Det vil også gi en oversikt over i hvilke sammenhenger og situasjoner det er størst risiko for at utfordrende atferd utløses. Dermed gir dette sykepleier mulighet til å iverksette tiltak hvor det er hensiktsmessig for å forebygge at utfordrende atferd oppstår. Videre kan effekten av tiltak som iverksettes avdekkes (Rokstad, 2015d).

Utfordringer med en slik type kartlegging kan derimot være at det er mange ulike omsorgspersoner som observerer og samhandler med pasienten gjennom et døgn. Det vil innebære ulike oppfatninger og tolkninger om hva utfordrende atferd er og hva som utløste det. På en annen side kan det være positivt, da flere vil kunne ta del i kartleggingen. Samtidig kan kontinuitet i kartlegging trues dersom ikke alle følger opp tilstrekkelig.

Kartleggingsskjema bør derfor være enkelt å bruke og alle som er involverte bør få en gjennomgang i hva som skal observeres og nedtegnes, samt hvorfor man gjør det. På denne måten kan man unngå at kvalitet er avhengig av hvem som er på jobb (Skovdahl og Berentsen, 2014).

5.2 Kommunikasjon og relasjoner

Som sykepleiere må vi kunne kommunisere med pasienter i ulike livssituasjoner, posisjoner og roller. Vår yrkesrolle krever at vi både må kunne ta i mot og gi ut informasjon, forklare, forstå og trøste. Kommunikasjon beskrives som en grunndimensjon i alt menneskelig og i alt helsearbeid. Dette belyser behovet for at sykepleier tilrettelegger for at kommunikasjon med pasienter blir best mulig og dermed øker sjansen for en felles forståelse i samhandling. Dette behovet blir spesielt viktig i sykepleiers møte med pasienter som har demens. Reduserte evner til å kommunisere som følger av den progredierende grunnsykdommen fører til en svekket sosial funksjon, økt tilbaketrekning og utfordrende atferd (Wogn-Henriksen, 2015).

Utfordrende atferd oppstår ofte i samhandling mellom pasient og pleier (Engedal og Haugen, 2009). Kommunikasjonen mellom sykepleier og personen med demens kan bli vanskelig og har videre følger for atferd og samhandling. For å yte god omsorg, må hjelpen som gis baseres på en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Kommunikasjon er det som bygger, utvikler og opprettholder relasjoner. Det blir derfor viktig å se på hvordan sykepleier kan tilrettelegge for kommunikasjon som en forutsetning for god omsorg (Wogn-Henriksen, 2015).

I møte med pasienter som har moderat til alvorlig grad av demens vil kommunikasjon ved bruk av kropp og sanser få økt betydning ettersom evnen til verbalt språk og evnen til å forstå tale svekkes i takt med den progredierende sykdommen (Wogn-Henriksen, 2015).

Når pasienten som følger av sin demensdiagnose har utfordringer med å uttrykke seg tilfredsstillende må sykepleier tolke pasientens verbale og non-verbale signaler. Om

sykepleier ikke evner å tolke pasientens signaler vil dette kunne true ivaretagelsen av pasientens grunnleggende psykologiske behov (Kitwood, 1997).

Å tolke slike signaler innebærer i følge Eide og Eide (2014) å være oppmerksom på pasientens blikk, kroppsspråk, stemme, holdning etc. Sellevold et al., (2013) fremhevet i sin studie betydningen av de ansattes evne til å sanse hva pasienten uttrykker når de handler. Å sanse innebar å være oppmerksom på pasientens verbale og non-verbale følelsesmessige uttrykk i samhandling og videre reflektere over betydning av hva pasienten forsøker å kommunisere. Dette gjorde de ansatte i stand til å kunne tolke pasientens ønsker og behov i ulike situasjoner. Betydningen av dette understøttes i studien til Thorvik et al., (2014) som også peker på at det å være årvåken for skiftninger i pasientens tilstand eller kroppslige eller følelsesmessige uttrykk var viktig for å kunne møte pasienten på en god måte.

Å være oppmerksom på pasientens verbale og non-verbale signaler kan på en side på en side være positivt, ved at sykepleier kan handle ut i fra hva hun oppfatter igjennom pasientens uttrykk. På en annen side kan det å teste ut antakelser ved handling imidlertid medføre misforståelser fra sykepleier, noe som kan bidra til å utløse frustrasjon og utfordrende atferd hos pasienten. Sykepleier må derfor bestrebe å forstå pasienten ved å ikke bare respondere på signaler, men også fange opp og reflektere over betydningen av signalene (Rokstad, 2015d).

I praksis hadde vi en pasient som grunnet afasi hadde store problemer med å uttrykke sine behov. Jeg lærte raskt at hun kommuniserte sine ønsker og behov igjennom å bruke kroppsspråk. Når hun ville ha mat pekte hun på munnen sin og når hun måtte på toalettet gned hun seg på magen. Jeg opplevde at flere av pleierne ikke forsto hva hun prøvde å formidle og pasienten reagerte deretter med frustrasjon og sinne.

Denne situasjonen kan sees i lys av Kitwoods (1997) teori hvor ett hovedfokus i en personsentrert tilnærming er å tolke å møte utfordrende atferd som kommunikasjon. Atferden til pasienten som beskrevet i eksempelet over var et forsøk på å kommunisere ett behov. Rokstad (2014) beskriver hvordan utfordrende atferd ofte opptrer som en reaksjon på umøtte behov, noe som igjen viste seg i eksempelet over. Når behovet til pasienten ikke ble møtt fordi pleierne ikke forsto hva pasienten forsøkte å kommunisere, reagerte pasienten med utfordrende atferd. Studien til Sellevold et al., (2013) fremhever at omsorgspersonenes evne

til å forstå utagering og følelsesmessige uttrykk som pasientens måte å kommunisere et umøtt behov på var viktig for å tilrettelegge for god omsorg.

Sellevold et al., (2013) fant videre i sin studie at de ansatte aktivt brukte kroppsspråk som en form for non-verbal kommunikasjon med pasienten. De forklarte hvordan de oppfattet at flere av pasientene forsto kroppsspråk bedre enn det verbale språket. Videre påpekte de at de ofte benytte seg av berøring for i kommunikasjon med pasienten.

Berøring beskrives av Eide og Eide (2014) som en av de non-verbale kommunikasjonsmåtene. Berøring har et trøstende preg som kan formidle omsorg og sympati. Trøst er i følge Kitwood (1997) et av de psykologiske behovene og om det blir møtt kan det bidra til å gi en trygghetsfølelse som kan virke beroligende på pasienten. Dette kommer videre frem i studien til Sellevold et al., (2013) hvor ansatte forklarte at ulike situasjoner kunne skape angst og uro hos pasientene. For å møte pasienten på en god måte når dette oppsto satt de seg ned med vedkommende, og hjalp de ut av situasjonen. Dette innebar for pasienter som ikke hadde språk at de kommuniserte igjennom berøring, hvor det å eksempelvis holde en pasient i hånden bidro til at vedkommende ble rolig. Eide og Eide (2014) hevder at det kan føles trygt at noen berører en under episoder med angst. Om pasienten reagerer positivt på en slik type berøring vil dog være situasjonsbetinget og individuelt (Eide og Eide, 2014).

Kitwood (1997) beskrev hvordan sykepleiers holdninger og måte å kommunisere på enten kan bidra til ett positivt personarbeid eller til en destruktiv samhandling fra sykepleiers side. Dette med bakgrunn i at måten en betrakter en person med demens på, vil få konsekvenser for hvordan en relaterer seg til dem (Rokstad, 2014).

Positivt personarbeid innebærer at sykepleier evner å se personen bak sykdommen ved å møte pasienten som et unikt individ. En slik tilnærming innebærer en jeg-du holdning hvor pasienten sees på som et subjekt og forholdet preges av en god relasjon med gjensidig respekt (Smebye, 2015). Ett slikt fokus i hjelpen som gis og det som kommuniseres fra sykepleierens side vil bidra til å fremme personer med demens sin trivsel og velvære, samt at det gir økt mestring og forebygger utfordrende atferd (Kitwood, 1997).

På den andre siden kan destruktive og negative holdninger bidra til at hjelpen som gis ikke fokuseres på pasienten som ett unikt individ, men først og fremst på begrensninger og funksjonssvikt (Smebye, 2015).

Funn i studien til Sellevold et al., (2013) viser til at god omsorg for personer med demens var avhengig av at ansatte var oppmerksomme på hvordan pasienter responderte på deres væremåte og kommunikasjon. Dette kan beskrives som sensibilitet for pasienten (Rokstad, 2014). Kitwood (1997) fremhevet betydningen av å sette seg inn i pasientens perspektiv i den personsentrerte omsorgen, noe som krever sensibilitet fra sykepleierens side (Rokstad, 2014). På samme måte sykepleier kan bruke sensibilitet for å skaffe seg forståelse av pasientens subjektive opplevelse, er refleksjon over egen praksis nødvendig da den omsorg som utøves krever fagkunnskap og begrunnelse (Rokstad, 2014). McCormac og McCanse (2010) sier evnen til å reflektere over egne holdninger og væremåte er elementært for å kunne utøve en personsentrert sykepleiepraksis.

DCM viser seg ved forskning å være et hensiktsmessig verktøy for å utvikle personsentrert omsorg, hvor felles refleksjon og erfaringsmessig utveksling bidrar til ansatte blir mer bevisst på hvordan egne handlinger og holdninger virker inn på pasientens opplevelse. Økt bevisstgjøring av egne holdninger og handlinger dannet ett grunnlag for diskusjon rundt egen praksis og stimulerte de ansatte til å se nye måter å danne relasjoner med pasienter på (Rokstad og Vatne 2011; Jøranson og Hauge, 2011).

Å utvikle personsentrert omsorg i praksis er i følge Rokstad (2014) ikke først og fremst et spørsmål om virksomhetens økonomi og ressurser, men like mye om personalets og ledernes holdninger til personer med demens og hvorvidt prioriteringer som gjøres er basert på personsentrert omsorg som verdigrunnlag.

Kitwood (1997) fremhever at personsentrert omsorg er mer enn individer som tar seg av individer, men at det er snakk om et en personalgruppe som må jobbe sammen mot et felles mål. Ved å rette fokuset mot omsorgsmiljøet kan ansatte gå sammen for å utvikle en omsorgskultur som gjør det mulig å samhandle på tvers av kunnskap og kompetanse, samtidig som man kan utvikle en pleiekultur for personsentrertomsorg. Dette stiller krav til ledelsen, hvor det å ha utviklet ett felles sett av verdier og holdninger blir grunnleggende for å utvikle en arbeidsplass med en personsentrert omsorgsfilosofi. Samtidig blir det viktig at det

investeres i ansattes kompetanse igjennom opplæring og mulighet for refleksjon over egen praksis (Rokstad, 2014; McCormack og McCance, 2010).

5.3 Musikk som forebyggende miljøtiltak

Igjennom en personsentrert tilnærming vil bruk av musikk i demensomsorgen kunne bidra til å styrke pasientens ressurser, mestring og identitet. Jeg har tidligere skrevet om kartlegging i oppgaven. Ved å kartlegge pasientens musikkpreferanser og forhold til musikk kan man tilpasse tiltaket til den enkelte (Rokstad, 2015c)

Kitwood (1997) beskrev at jo mer en vet om personens fortid og interesser jo enklere blir det å kunne bidra til å møte behovet for beskjeftigelse. Beskjeftigelse innebærer å være involvert i aktiviteter som gir oss personlig og styrker våre ressurser og identitet. Om man ikke vet hvilket forhold pasienten har til musikk og hvilke musikkpreferanser den enkelte har, kan man risikere å velge å iverksette ett tiltak som ikke er i tråd med pasientens ønsker og behov. Dette kan skape irritasjon, eller gi en følelse av kjedsomhet, som igjen kan bidra til å utløse utfordrende atferd, isteden for å forebygge den.

I tilretteleggingen av musikk som forebyggende tiltak kan det bli viktig å involvere pårørende om pasienten selv ikke evner å gi informasjon om meningsfulle aktiviteter (Rokstad, 2014).

Ridder et al., (2013) har i sin studie sett på effekten av individuelt tilpasset musikkterapi hos pasienter med moderat til alvorlig grad av demens som viser symptomer på utfordrende atferd. På forhånd hadde familiemedlemmer eller personalet deltatt i en kartlegging av pasientens forhold til musikk og preferanser. Studien hadde dermed en personsentrert tilnærming, hvor et av målene var å understøtte pasientens person verd og identitet (Ridder et al., 2013).

Resultater fra denne studien viser at musikkterapi virker å ha en reduserende effekt på utfordrende atferd, når det sammenliknes med vanlig pleie. Samtidig viser resultater av studien at musikkterapi gir høy pasienttilfredshet og økt velvære. Forskerne forklarte at et slikt resultat kunne knyttes opp til at grunnleggende psykologiske behov ble møtt ved bruk av musikkterapi, og dermed bidro dette til at utfordrende atferd ble redusert (Ridder et al., 2013).

Jeg ønsker å se på disse funnene i lys av et eksempel fra min egen praksis. På avdelingen hvor jeg var i praksis hadde vi en pasient som til tider var svært urolig. Han kunne gå i gangene å rope, kle av- og på seg i fellesstuen og rive ned bilder på veggene i avdelingen. En kveld han var svært urolig kom hans kone på besøk. Hun fortalte meg at pasienten var glad i å høre på musikk av blant annet Elvis Presley. På rommet hans fant hun fram flere CD-plater med denne musikken. Ved en senere anledning når pasienten igjen var svært urolig satt jeg på en av CD-platene og ordnet slik at han kunne sitte i en god stol å lytte til musikken. Jeg opplevde at pasienten umiddelbart ble rolig og lavt begynte å synge med. Han satt i en lang stund for seg selv på rommet og når det var tid for kveldsmat uttrykte han at han ville høre ferdig en siste sang før vi gikk, han fortalte at denne sangen hadde han danset til i bryllupet sitt.

Kitwood (1997) beskrev det å kjenne til pasientens bakgrunn og personlighet som nødvendig for å kunne hjelpe pasienten å opprettholde sin identitet. I følge Rokstad (2014) handler identitet om hvem man er, hva man føler og tenker, samtidig som det handler om å ha en tilknytning til sin fortid. En viktig oppgave for ansatte i demensomsorgen er å bidra til å opprettholde den enkeltes identitet på tross av sviktende kognitiv funksjon (Kitwood, 1997). Sett i lys av dette eksempelet kunne jeg igjennom å kjenne noe av pasientens livshistorie basere et konkret tiltak som å ta i bruk musikk for å forebygge utfordrende atferd på noe som var viktig for den enkelte.

Helsedirektoratets retningslinjer for demensomsorg anbefaler at miljø- og psykososiale tiltak basert på personsentrert omsorg alltid skal tilbys som førstevalg ved forekomst av utfordrende atferd. Retningslinjene understreker at legemiddelbehandling først bør forsøkes i korte perioder ved alvorlig symptombelastning der miljø- og psykososiale tiltak ikke er tilstrekkelig for behandling (Helsedirektoratet, 2017).

Til tross for dette viser en norsk sykehjems studie at så mye som 3 av 4 pasienter står på psykofarmaka. Ofte står pasientene på medikamentene over lengre tid, til tross for sterk evidens for alvorlige bivirkninger (Helvik et al., 2017). Jeg har selv erfart i praksis hvordan pasienter har blitt gitt beroligende medikamenter som en enkel løsning på utfordrende atferd, uten at miljøtiltak har blitt iverksatt.

Helsepersonelloven sier noe om hvordan vi som sykepleiere har en plikt til å yte forsvarlig og omsorgsfull hjelp til pasienten (Helsepersonelloven, 1999, § 4). I denne sammenheng kan forsvarlig og omsorgsfull hjelp forstås som å iverksette individualiserte miljøtiltak for å forebygge utfordrende atferd, fremfor å utsette pasienten for bivirkninger av legemidler. Forskning viser at bruk av musikk som miljøterapeutisk tiltak ga en reduksjon i utfordrende atferd, og i bruk av psykofarmaka blant sykehjemsbeboere med demens, noe som understøtter påstanden over (Ridder et al., 2013). Det er videre flere fordeler ved å ta i bruk musikk som miljøtiltak i demensomsorgen. Det er enkelt å tilpasse, det har ingen bivirkninger og er lite ressurskrevende (Skovdahl & Berentsen, 2015).

Bruk av musikk i demensomsorgen kan i følge Rokstad (2015c) deles inn i to metoder. De to metodene omfatter å bruke musikk enten for å øke aktivitetsnivået hos pasienten eller for å dempe aktivitetsnivået hvor det er hensiktsmessig. Sykepleier må derfor være bevisst på hva som er det ønskede utfallet med bruken av musikk (Rokstad, 2015c).

Om en pasient viser symptomer på utfordrende atferd som følger av uro, angst og stress vil det være hensiktsmessig å ta i bruk musikk som kan bidra til å redusere pasientens aktivitetsnivå og gi pasienten en følelse av ro. Ved å bruke musikk som er kjent for pasienten og har avslappende og beroligende rytme vil sykepleier kunne hjelpe pasienten med å finne hvile i musikk og dermed dempe indre stress og uro (Rokstad, 2015c). Kitwood (1997) beskriver dette som positivt personarbeid, hvor sykepleier igjennom å være tilstede å hjelpe pasienten å slappe av og finne avspenning igjennom musikk kan bidra til å fremme velvære, gi økt mestring og forebygge og lindre uro. På denne måten kan musikk være en form for kommunikasjon som kan bidra til økt samhandling og gjensidig forståelse i en pasient-pleier situasjon (Rokstad, 2014). Dette understøttes i studien utført av Ridder et al., (2013) hvor bruk av musikk og sang bidro til å skape en relasjon mellom pasient- og terapeut.

Om Pasienten viser symptomer på utfordrende atferd igjennom apati og passivitet vil det være mer hensiktsmessig å benytte musikk som aktiviserer pasienten. Dette involverer gjerne at musikk med rask rytme og tempo tas i bruk i en gruppe (Rokstad, 2015c).

Kitwood (1997) beskriver tilknytning og inklusjon som to av de grunnleggende psykologiske behovene hos personer med demens. Pasienter som oppholder seg på sykehjem har i følge kvalitetsforskriften krav om å få ivaretatt sosiale behov som mulighet for samvær, sosial

kontakt, fellesskap og aktivitet (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003). I gjennom å involvere pasienten i gruppeaktivitet vil sykepleier kunne bidra til at pasienten opplever en følelse av tilknytning og inklusjon. På denne måten kan musikkterapi i en gruppe også bidra til at isolasjon og ensomhet forebygges (Rokstad, 2015c).

En ulempe ved musikk terapi i grupper kan være at eldre personer ofte har sansetap i form av redusert hørsel eller syn, språk- og uttale vansker, eller redusert stemmekvalitet noe som kan føre til at pasienten opplever en følelse av å ikke mestre situasjonen han eller hun befinner seg i (Wogn-Henriksen, 2015). Dette kan føre til irritasjon og urolighet. Dette baserer seg på teori om økt sårbarhet, hvor redusert toleranse for stress og overstimulering kan utløse utfordrende atferd (Rokstad, 2014).

Sykepleier bør derfor tilrettelegge for at musikk som gruppeaktivitet ikke stiller noen krav til pasienten, men heller blir ett samlingspunkt, uten annen målsetting enn å skape glede og trivsel (Rokstad, 2015c). I studien gjennomført av Ridder et al., (2013) ble det gjennomgående benyttet musikk som var kjente fra pasientens generasjon. Dette kan bidra til at pasientene opplever at minner kommer tilbake, samtidig som det å huske teksten i en sang kan føre til en mestringsfølelse hos den enkelte. Ved å vekke minner hos pasienten kan vedkommende få styrket sin identitet og opplevelse av egenverd, som igjen kan bidra til å forebygge utfordrende atferd (Rokstad, 2015c).

6 Avslutning

Hensikten med denne oppgaven var å belyse tre ulike sykepleiefaglige tilnærminger man kan ta i bruk for å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens.

For å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens krever det at sykepleier gjennomgående har en personsentrert tilnærming i sin yrkesutøvelse. Ved å gjennomføre en bred kartlegging kan sykepleier danne ett grunnlag for forståelse av hva utfordrende atferd hos den enkelte uttrykker og hva som utløser den. På bakgrunn av disse opplysningene kan forebyggende pleie- og omsorgstiltak individualiseres, iverksettes og videre evalueres.

For å forebygge utfordrende atferd igjennom kommunikasjon må pasient-pleier forholdet bygge på en god relasjon. Videre stiller det krav til at sykepleier har gode kommunikasjonsferdigheter, en evne til å være oppmerksom i samhandling med pasienten, samt ha innsikt og evne til refleksjon over i egne holdninger og væremåte. Bruk av musikk som miljøtiltak kan ha en forebyggende effekt dersom det tilpasses den enkelte pasient og brukes målrettet.

Ved hjelp av fag- og forskningslitteratur har jeg hatt som mål å vise sider ved ulike pleie- og omsorgs tiltak og effekten av disse. Tiltakene jeg har diskutert kan alle ha en forebyggende effekt på utfordrende atferd hos personer med demens. Jo tidligere effektive forebyggende tiltak iverksettes, jo større vil sannsynligheten for å forebygge at utfordrende atferd oppstår.

7 Litteraturliste

Aldring og helse (2018). *Døgnregistreringsskjema*. Hentet fra

<https://www.aldringoghelse.no/skalaer-og-tester/>

Aldring og helse (2018). *Nevropsykiatrisk evalueringsskjema*. Hentet fra

<https://www.aldringoghelse.no/skalaer-og-tester/>

Aldring og helse (2018). *Personopplysningskjema – min livshistorie*. Hentet fra

<https://www.aldringoghelse.no/skalaer-og-tester/>

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal

Eide & Eide. (2014). *Kommunikasjon i relasjoner- samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Engedal, K & Haugen, P.K. (2009) *Lærebok. Demens. Fakta og utfordringer*. Tønsberg: Aldring og helse forlaget.

Forskrift for sykehjem m.v. (1989). Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932>

Helsedirektoratet (2017). *Nasjonalt faglig retningslinje om demens*. Hentet fra

<https://www.magicapp.org/app - /guideline/2273>

Helse og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020*. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117/>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjenesteloven)

[30?q=helse%20og%20omsorgstjenesteloven](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjenesteloven)

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Helvik, A.-S., Benth, J. S., Wu, B., Engedal, K., & Selbæk, G. (2017). Persistent use of psychotropic drugs in nursing home residents in Norway. *BMC Geriatrics*. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0440-5>

Johnsen, L., & Smebye, K.L. Bruk av tvang i demensomsorgen. I A.M.M. Rokstad & K.L. Smebye (red). *Personer med demens. Møte og samhandling* (s.207-229). Oslo: Akribe AS

Jøranson, N., & Hauge, S. (2011). Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling. *Sykepleien forskning* 4(6), 376-382 Doi: 104220/sykepleienf.2011.0187

Kirkevold, M. (2014) I M, Kirkevold, K, Brodtkorb & A. H, Ranhoff (Red.). Personsentrert og individualisert sykepleie. *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*. (s. 106- 119). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS

Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Buckingham: Open University Press.

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person- Centred Nursing*. Theory and practice. United Kingdom: Wiley- Blackwell.

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

Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2017). *Demens*. Hentet fra

www.nasjonalforeningen.no/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. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>

Ranhoff, A.H. (2014). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (red). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 162-172). Oslo: Gyldendal Akademisk

Ridder, H. O., Stige, B., Qvale, L., & Gold, C. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging and Mental Health*, 17(6), s.667-678. Doi: <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.790926>

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

Rokstad, A.M.M. (2015a). Forståelse som grunnlag for samhandling. I A.M.M. Rokstad & K.L. Smebye (red). *Personer med demens. Møte og samhandling* (s. 60-84). Oslo: Akribe AS

Rokstad, A.M.M. (2015b). Hva er demens?. I A.M.M. Rokstad & K.L. Smebye (red). *Personer med demens. Møte og samhandling* (s. 27-45). Oslo: Akribe AS

Rokstad, A.M.M. (2015c). Miljøbehandling. I A.M.M. Rokstad & K.L. Smebye (red). *Personer med demens. Møte og samhandling* (s. 152-177). Oslo: Akribe AS

Rokstad, A.M.M. (2015d). Utfordrende atferd. I A.M.M. Rokstad & K.L. Smebye (red). *Personer med demens. Møte og samhandling* (s. 180-204). Oslo: Akribe

Rokstad, A.M., Vatne, S. (2011). Dementia care mapping – en mulighet for refleksjon og utvikling. *Sykepleien forskning* 1(6), 28-34 Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2011/03/dementia-care-mapping-en-mulighet-refleksjon-og-utvikling>

Selbæk, G., Bergh, S. (2012). The prevalence and the course of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia. *Norsk Epidemiologi* 22 (2), 225-232. doi: 10.1016/j.jamda.2012.09.027

Sellekvold, G.S., Egede-Nissen, V., Jakobsen, R., Soerlie, V. (2013) Quality care for persons experiencing dementia: the significance of relational ethics. *Nursing ethics* 20(3), 263-272. Doi: 10.1177/0969733012462050

Skovdal, K., & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten* (2. utgave. utg., s. 408-434). Oslo: Gyldendal.

Smebye (2015). Å møte personer med demens. I A.M.M. Rokstad & K.L. Smebye (red). *Personer med demens. Møte og samhandling* (s.13-24). Oslo: Akribe AS

Solheim, K. (2009). *Demensguiden. Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. Oslo: Universitetsforlaget.

Thorvik, K.E., Helleberg, K., & Hauge, S. (2014). God omsorg for urolige personer med demens. *Sykepleien Forskning*, 9(3), 236-242. doi: 10.4220/sykepleienf.2014.0140

Verdighetsgarantien. (2010). Forskrift om en verdig eldreomsorg. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>

Wogn-Henriksen, K. (2015). Kommunikasjon. I A.M.M. Rokstad & K.L. Smebye (red). *Personer med demens. Møte og samhandling* (s. 87-112). Oslo: Akribe AS

8 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1: Døgnregistreringsskjema

Registreringsskjema for atferd (RA)

Date	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	Merknad

Sett inn koder for atferd som skal registreres: Blå: Rød:
(Husk at søvn også skal registreres) Grønn: Gul:

Vedlegg 1: Døgnregistreringsskjema (Aldring og helse, 2018).

8.2 Vedlegg 2: Nevropsykiatrisk evalueringsguide (NPI)



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

2011

Neuropsychiatric Inventory (NPI-Q)

Kaufer et al, J Neuropsychiatry Clin Neurosci 1999; 11: 145-146

Pasientens navn: _____ Dato for utredning: _____

Utfylt av: _____

Vennligst svar på følgende spørsmål basert på forandringer som har forekommet etter at pasienten har begynt å få sviktende hukommelse.

Sett ring rundt "JA" bare hvis symptomene har vært til stede siste måned.
Hvis ikke, sett ring rundt "NEI" - gå videre til neste spørsmål.

For hvert spørsmål som besvares med "JA" gjør følgende:

- a) Skår alvorlighetsgrad av symptomet (hvordan det virker inn på pasienten)
- 1 = Mild (merkbar, men ikke en vesentlig forandring)
 - 2 = Moderat (betydelig, men ikke en dramatisk forandring)
 - 3 = Alvorlig (svært markert eller tydelig, en dramatisk forandring)

Vennligst svar nøye på hvert enkelt spørsmål.

Vrangforestillinger	Har pasienten oppfatninger som du vet ikke er riktige? For eksempel tror at andre stjeler fra ham/henne eller at andre planlegger å skade ham/henne på en eller annen måte?
JA NEI	INTENSITET: 1 2 3
Hallusinasjoner	Har pasienten hallusinasjoner slik som uvirkelige syner eller stemmer? Virker det som om han/hun ser eller hører ting som ikke er virkelige?
JA NEI	INTENSITET: 1 2 3
Agitasjon/Aggresjon	Har pasienten perioder der han/hun motsetter seg hjelp fra andre, eller er vanskelig å ha med å gjøre?
JA NEI	INTENSITET: 1 2 3
Depresjon/Dysfori	Virker pasienten trist, eller sier han/hun at han/hun er deprimert?
JA NEI	INTENSITET: 1 2 3
Angst	Blir pasienten nervøs/uroelig når han/hun er adskilt fra deg? Viser han/hun noen andre tegn på nervøsitet slik som tungpustenhets, sukking, ute av stand til å slappe av eller føler seg svært anspent?
JA NEI	INTENSITET: 1 2 3

Oppstemthet/Eufori	Synes pasienten å føle seg uvanlig munter eller oppfører seg som om han/hun er svært lykkelig?
JA NEI	INTENSITET: 1 2 3
Apati/Likegyldighet	Virker pasienten mindre interessert i sine vanlige aktiviteter og i andres gjøremål og planer?
JA NEI	INTENSITET: 1 2 3
Manglende hemninger	Virker det som om pasienten handler impulsivt, f.eks. snakker til fremmede personer som om han/hun kjenner dem, eller sier sårende ting til folk?
JA NEI	INTENSITET: 1 2 3
Irritabilitet/Labilitet	Er pasienten utålmodig og irritabel? Har han/hun vanskelig for å takle forsinkelser eller venting på planlagte gjøremål?
JA NEI	INTENSITET: 1 2 3
Avvikende motorisk atferd	Utfører pasienten stadig gjentatte handlinger slik som å vandre rundt i huset, fingre med knapper, vri snorer eller gjøre andre ting om og om igjen?
JA NEI	INTENSITET: 1 2 3
Søvn	Vekker pasienten deg i løpet av natten, våkner for tidlig om morgenen eller sover mye på dagtid?
JA NEI	INTENSITET: 1 2 3
Appetitt/Spising	Har pasienten hatt vekttap eller vektøkning? Har han/hun endret typen mat han/hun foretrekker?
JA NEI	INTENSITET: 1 2 3

Vedlegg 2: Nevropsykiatrisk evalueringsguide (Aldring og helse, 2018).

8.3 Vedlegg 3: Personopplysnings skjema



Skjemaet er videreutviklet av Solheim/GERIA 2012 på bakgrunn av Eek & Haugen 1979. Arbeidet er utført i samarbeid med Eek og Haugen, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Personopplysninger

Min Livshistorie

Journalnr.:
Inntaksnr.:

Navn

Adresse

Fødselsdato

Ansvarlig tjeneste

Oppstartsdato for utfylling

Opplysningene kommer fra personen selv/pårørende/pleier/andre kilder

Samtykke til bruk av opplysningene fra personen selv/nærstående

Nærmeste PÅRØRENDE, relasjon, adresse, tlf. og evt. e-post:

1.

2.

Unngå å snakke om (se pkt. 6.3)

Hvorfor personopplysninger/livshistorie?

Til personen selv, pårørende eller annen nærstående

Skjemaet for kartlegging av *Personopplysninger – Min livshistorie* er ment som en hjelp for personer som har fått en demensdiagnose eller av andre grunner kan ha hukommelsesproblemer. Den enkelte bør selv bestemme hva det skal opplyses om, og gi tillatelse til at personalet gjør seg kjent med opplysningene.

Hensikten er at personalet kan få nok informasjon for å hjelpe personen til å opprettholde identitet og selvbylde og at gode opplevelser fra livshistorien bevares. Opplysningene kan være en hjelp for å tilpasse aktivitet og samtale for å gi opplevelse av mestring og glede, samt forebygge angst og uro. Ved hjelp av opplysningene kan pleie- og omsorgspersonalet tilrettelegge for en bedre hverdag.

I tidlig fase av en demens er det viktig at personen selv kan få svare på spørsmålene, for å sikre riktige opplysninger. I den grad det er mulig fylles skjemaet ut av personen selv, eventuelt i samarbeid med pårørende. Hvis dette ikke er mulig fylles det ut av pårørende, annen nærstående person eller helsearbeider.

I skjemaet kan noen spørsmål for enkelte oppleves falsomme eller vekke vonde minner. For at pleie- og omsorgspersonell skal kunne tilpasse hjelpen best mulig, er det ønskelig at disse opplysningene også kommer fram. (Se *Unngå å snakke om*, i punkt 6.3). Dette vil være en hjelp for å sikre at pleie- og omsorgspersonell vektlegger og tar fram gode minner i samtaler og samvær, ikke det motsatte.

Til personalet

Skjemaet fylles ut ved mistanke om demens eller når diagnose er satt. Initiativ kan tas av demensteam, hjemmetjeneste eller personal i dagsenter når kontakt er etablert. Påse at du får personen og/eller nærståendes samtykke til å bruke opplysningene og kryss av på eget punkt (side 1) at dette er gjort.

Når personen det gjelder, pårørende eller annen nærstående fyller ut skjemaet, bør de på forhånd, i samtale med personalet, ha blitt godt informert om hensikten. Det bør oppfordres til at personen selv forteller eller fyller ut, eventuelt at det gjøres i *samarbeid* med pasienten.

Viktig

Hvis skjemaet skal fylles ut *sammen med personalet*, må en prøve å tilrettelegge samtalen slik at den blir på personens premisser. Vær klar over at noen av spørsmålene kan vekke vonde minner, så opptrø varsomt. Forklar hensikten med opplysningene og ikke press den andre til å si mer enn det som vedkommende selv ønsker. Hvis utfyllingen av skjemaet skjer som ved intervju, må en prøve å få til en avslappet og hyggelig atmosfære. Forsøk å få til en hyggelig samtale rundt spørsmålene. Bruk situasjonen til å etablere kontakt og tillit.

Skjemaet kan også fylles ut over tid i forbindelse med andre oppgaver. Personale kan for eksempel ta utgangspunkt i ett spørsmål hver gang en er på hjemmebesøk eller møtes på annen måte. Flett spørsmålene naturlig inn i samtalen og/eller aktiviteten der det passer.

2

Om spørsmål 6.3 - Unngå å snakke om

Vær bevisst på at det viktigste for oss som helsearbeidere ikke er å vite *hvorfor* vi skal unngå å snakke om et spesielt tema, men at vi kan forebygge at det skjer! Dersom personen selv likevel tar opp temaene senere skal personalet være imøtekommende og ta i mot, men ikke stille utdypende spørsmål.

1. Familie og oppvekst

1.1 Foreldre og/eller steforeldre

Navn

Født år Evt. død Bosted

Yrke/arbeid

Si litt om forholdet

Navn

Født år Evt. død Bosted

Yrke/arbeid

Si litt om forholdet

Spesielle minner du vil fremheve

3

1.2 Søsken, stesøsken og/eller halvsøsken

Navn

Født år Evt. død Bosted

Yrke/arbeid

Si litt om forholdet

Navn

Født år Evt. død Bosted

Yrke/arbeid

Si litt om forholdet

Navn

Født år Evt. død Bosted

Yrke/arbeid

Si litt om forholdet

4

2. Voksenliv

2.1. Ektefelle/samboer

Navn

Født år Evt. død Bosted

Yrke/arbeid

Si litt om forholdet

Navn

Født år Evt. død Bosted

Yrke/arbeid

Si litt om forholdet

Navn

Født år Evt. død Bosted

Yrke/arbeid

Si litt om forholdet

6

Navn

Født år Evt. død Bosted

Yrke/arbeid

Si litt om forholdet

Spesielle minner du vil fremheve

1.3 Barndomshjemmet/ene

Gode minner og hendelser fra barndomshjemmet

1.4 Skolegang

Fortell litt om skolegangen

5

Spesielle minner du vil fremheve

2.2 Barn/stebarn

Navn

Født år Evt. død Bosted

Yrke/arbeid

Gift, ugift

Barn (barnebarn)

Si litt om forholdet

Navn

Født år Evt. død Bosted

Yrke/arbeid

Gift, ugift

Barn (barnebarn)

Si litt om forholdet

7

Navn:

Født år Evt. død Bosted

Yrke/arbeid

Gift, ugift

Barn (barnebarn)

Si litt om forholdet

Navn:

Født år Evt. død Bosted

Yrke/arbeid

Gift, ugift

Barn (barnebarn)

Si litt om forholdet

Spesielle minner du vil fremheve

8

Spesielle minner du vil fremheve

2.4 Bosteder

Kan du si litt om viktige boliger og bosteder gjennom livet både som barn og voksen. Hus/leilighet som har hatt betydning for deg

2.5 Arbeid

Fortell litt om type arbeid, hjemme eller ute og eventuelt viktige arbeidskollegaer

3. Verdier og livssyn

3.1. Hva har mest betydning for deg i livet nå?

For eksempel familien, noen bestemte mennesker, et dyr, naturen, musikk, tro, politisk engasjement, fagbevegelse

10

2.3 Andre slektninger/nære relasjoner/venner

Navn:

Født år Evt. død Bosted

Yrke/arbeid

Si litt om forholdet

Navn:

Født år Evt. død Bosted

Yrke/arbeid

Si litt om forholdet

Navn:

Født år Evt. død Bosted

Yrke/arbeid

Si litt om forholdet

9

3.2. Hva gir deg trygghet?

For eksempel en hånd å holde i, noen å snakke med, bønn, musikk

3.3. Tro/livssyn

Hva har tro eller livssyn betydd for deg? Hva betyr tro og livssyn for deg nå? Beskriv gjerne handlinger og behov knyttet til tro og livssyn som er viktig for deg nå (eks. delta i gudstjenester og andakter, i moské, humanetisk arrangement, foreninger/organisasjoner). Ønsker du hjelp til dette hvis du ikke selv kan gjøre det alene?

3.4. Markeringer

Fortell litt om markeringer i hverdagslivet, rundt høytider og ved spesielle anledninger som betyr/ har betydd noe for deg. Eks.: Kveldsbønn, morgenbønn, Fader vår, søndagens gudstjeneste, fredagsbønnen, julegudstjenester, ramadan, faste, etc.

3.5. Livets slutt

Har du gjort deg noen tanker rundt livets slutt? Har du spesielle ønsker knyttet til tro og livssyn ved livets slutt? For eksempel besøk av prest eller imam, få natverd etc.? Ønsker du livsforlengende behandling ved alvorlig sykdom?

11

4. Interesser og hobbyer

4.1 Lesning

Liker du å lese? Hvilke sjanger liker du? (Eks.: Romaner, ukeblad, kokebøker, tidskrift etc.)
Spesielle forfattere? Leser du på sengen, avis til frokost, ukeblad etc.? Ønsker du å beholde
abonnement på spesielle ukeblad, aviser, tidskrifter? Evt. hvilke?

4.2 Sang og musikk:

Er du interessert i musikk og/eller liker du å synge selv? Har du spilt selv, evt. hva slags
instrument? (For mer utfyllende spørsmål knyttet til musikk, benytt Preferanseskjema for
musikk)

4.3 Foreninger

Har du vært medlem av spesielle foreninger/organisasjoner/klubber/ studierikler/hatt
tillitsvern som har hatt betydning for deg?

4.4 Spesielle hobbyer/andre interesser

Utover det som du allerede har nevnt, har du andre hobbyer og/eller interesser som kan være
viktig for personalet å vite om. Er du for eksempel glad i/har vært glad i håndarbeid,
snekring, vedlikehold, innredning, bil, båt, evt. annet?

12

Har du likt/liket å reise/dra på ferie (reisemål/hytte)?

Er du interessert/vært interessert i jakt/fiske/natur/hage/blomster/generelt friluftsliv?

Er du interessert/vært interessert i sport (type)?

Liker du å høre på radio/TV? Er det spesielle kanaler/programmer du har vært eller er mer
interessert i enn andre?

Liker du å drive med data? Hva interesserer deg?

Har du hatt/har kontakt med dyr – hund, katt, hest, fugl...?

Har du vært/er du interessert i kunst / kunstutstillinger? Spesielle favorittkunstnere? Sjanger?

13

Har du vært/er du spesielt interessert i teater, film, spesielle stykker/sjanger?

Annet?

5. Meg og mine vaner

5.1 Har du vaner som personalet på dagsenter/ hjemmetjeneste/sykehjem bør kjenne til?

Døgnrytme?

(Eks.: Liker å stå opp/legge deg tidlig, være sent oppe, hvile middag – evt. når og hvor lenge;
spesielt søvn mønster/rutiner; spesielle ting du gjør for å få sove; ønsker om puter,
liggestilling, åpent vindu, lys på rommet, etc.)

Toaletterutiner?

(Eks.: Drikke vann el. kaffe med en gang om morgenen for å få magen i gang; toalettbesøk
rett etter frokost). Annet.

Personlig hygiene/stell – morgen/kveld?

(Eks.: Stell om morgen og/eller kveld? Dusjer? Bader? Hvor ofte? Spesielle toalettartikler?
Barberer med maskin/høvel?) Annet.

14

Utseendet/klar?

(Eks.: Sminke? Liker å pynte deg? Liker å gå i bukser? Hyppighet på å skifte tøy? Hår?)
Annet.

Syn og Hørsel?

(Er det spesielle ting/vaner personalet bør være obs. på når det gjelder syn og hørsel?
Briller/type? Høreapparat? Snakke langsomt, tydelig etc. Når var du sist og sjekket syn
og/eller hørsel?) Annet.

Samvær med andre?

(Eks.: Liker du å delta/er aktiv i sosiale samvær? Og/eller trives du best alene? Liker du å
spise sammen med andre, eller alene?) Annet.

Beskriv deg selv som person

(Eks.: Sterke og svake sider som kan ha betydning for personalet å vite om? Er du en person
som ser lyst på livet og/eller er du en person som bekymrer deg for det som skal skje? Liker å
ha orden eller det motsatte?) Annet.

Annet?

15

Vedlegg 3: Personopplysningskjema – Min livshistorie (Aldring og helse, 2018).