



Personsentrert demensomsorg ved utfordrende atferd

Hvordan kan sykepleiere bruke personsentrert omsorg for å forebygge utfordrende atferd hos beboere på sykehjem med en demensdiagnose?

Kandidatnummer: 557
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8737
Dato: 23.04.19



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato
Tittel: Personsentrert demensomsorg ved utfordrende atferd	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvordan kan sykepleiere bruke personsentrert omsorg for å forebygge utfordrende atferd hos beboere på sykehjem med en demensdiagnose?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Oppgavens teoretiske perspektiv tar utgangspunkt i Tom Kitwoods omsorgsteori for personer med demens, grunnleggende sykepleie og sykepleie til personer med demens, medisinskteoretisk kunnskap om demens og utfordrende atferd, samt juridiske og etiske aspekter.</p> <p><u>Metode:</u> Oppgaven er en litteraturstudie. Utvalgt litteratur svarer til oppgavens tema. Jeg har funnet relevante, fagfelleverderte forskningsartikler gjennom søk i anerkjente databaser. Faglitteratur er hentet fra pensumlister og gjennom skolens biblioteksdatabase.</p> <p><u>Drøfting:</u> Drøftingen er basert på faglitteraturen og forskningsresultater for å besvare problemstillingen. Jeg gjør først rede for to modeller for utvikling av personsentrert omsorg, samt forutsetninger og sykepleiers rolle i å endre en avdelings verdigrunnlag. Deretter drøfter jeg hvordan vi på best mulig måte kan møte pasientenes psykososiale behov, etterfulgt av virkningen kommunikasjon og samhandling har på atferd. Neste legger jeg frem hvordan musikk kan brukes av sykepleiere i demensomsorgen. Til slutt tar jeg for meg etiske og juridiske aspekter. Det hele er sett i lys av problemstillingen.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Ulike modeller tas i bruk for å implementere en personsentrert omsorg. Samme modeller hjelper sykepleier å få økt forståelse av pasientenes atferd, samt å tolke meningen bak atferden. Dette åpner for utarbeiding av tilrettelagte tiltak som kan forebygge utfordrende atferd. Tiltak vil gå ut på å møte psykososiale behov, tilpasse kommunikasjon og ha økt fokus på miljøtiltak, slik som musikk. En gjennomgående forutsetning er sykepleiers evne til å se pasientens perspektiv og vektlegge pasientens ønsker og behov.</p>	

(Totalt antall ord: 263)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.1.1	Egen førforståelse	2
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Avgrensning	2
1.4	Begrepsavklaring.....	4
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	5
2.1	Medisinskteoretisk grunnlag	5
2.1.1	Sykdommen demens	5
2.1.2	Utfordrende atferd.....	6
2.2	Sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag	7
2.2.1	Sykepleierens ansvars- og funksjonsområde	7
2.2.2	Forståelse av utfordrende atferd.....	7
2.2.3	Kommunikasjon og relasjonsbygging.....	8
2.2.4	Miljøtiltak.....	9
2.3	Personsentrert omsorg	10
2.3.1	Kitwoods omsorgsteori	10
2.3.2	Grunnleggende psykososiale behov.....	11
2.3.3	Metoder for implementering av personsentrert omsorg.....	12
2.4	Juridiske føringer	13
2.5	Etiske føringer	13
3	Metode.....	15
3.1	Søkehistorikk	15
3.2	Kildekritikk.....	16
4	Presentasjon av forskningsresultater	18
5	Drøfting.....	21
5.1	Implementering av personsentrert omsorg.....	21
5.2	Ivaretagelse av grunnleggende behov.....	24
5.3	Kommunikasjon og samhandling	26
5.4	Bruk av musikk i demensomsorgen.....	27
5.5	Juridiske og etiske aspekter.....	29
6	Avslutning.....	32
	Referanseliste.....	33

1 Innledning

Det er antatt at mellom 80 000 og 100 000 personer i Norge lever med en demensdiagnose, og over 80% av sykehjemsbeboere har demens. I lys av den forventede økningen i levealder er det antatt at antallet personer med demens vil dobles innen 2050. Å leve med demens kan gi mye lidelse for den enkelte person, og pårørende. Demens fører til tap av både kognitive og motoriske funksjoner, samt psykiske symptomer som angst, depresjon og vrangforestillinger (Folkehelseinstituttet, 2018). Atferdsforstyrrelser er antakelig noen av de mest belastende symptomene for personer med demens, men en individuelt tilpasset omsorg kan ha en positiv effekt på atferdsendringer (Helsedirektoratet, 2017).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet for bacheloroppgaven min er hvordan sykepleier kan forebygge utfordrende atferd hos personer med en demensdiagnose, med utgangspunkt i en personsentrert tilnærming. Forskning viser at våre holdninger som sykepleiere, og kunnskapen vi har om demens, er av betydning for forekomsten av utfordrende atferd (Hauge, Helleberg & Thorvik, 2014). Litteraturen viser en enighet om at det er både utfordrende og krevende å jobbe på institusjoner for personer med demens, særs langtkommen demens med fysisk og psykisk uro. Det kreves både kunnskap og refleksjon i sykepleien, samt klargjøring av verdier og målsetting for helsetjenesten.

Demensplanen 2015 har ført til et økt fokus på demens i kommunehelsetjenesten, og en positiv utvikling av tjenestene. Helse- og omsorgsdepartementet ser fremdeles utfordringer og mangler i tjenestetilbudet, og utformet Demensplanen 2020, med blant annet målet om at personer med demens skal oppleve at de er sett og ivaretatt, og et tjenestetilbud som tar utgangspunkt i den enkeltes ønsker og interesser. Departementet rapporterte om et usedvanlig høyt engasjement fra fagmiljø og brukere i utviklingen av Demensplanen 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Verdigrunnlaget og intensjonene våre må vise seg i sykepleien vi utfører (Rokstad, 2014).

I 2011 trådte Verdighetsgarantiforskriften i kraft, med formål om å sikre verdig eldreomsorg. Forskriften sier at eldreomsorgen skal sikre hver enkelt pasient et verdig og så langt som mulig meningsfullt liv, tilpasset individuelle behov (Verdighetsgarantiforskriften, 2010, §2). Personer med demens er i en sårbar situasjon. Kognitiv svikt, manglende kontroll over egen hverdag og redusert evne til egenomsorg gjør det desto viktigere å møte hver enkelt person på en individuell måte, for å ivareta deres verdighet.

1.1.1 Egen forforståelse

I forbindelse med studiet hadde jeg min første praksis på skjermet enhet på sykehjem. Her så jeg hvordan pasientene mottok ulik pleie og forskjellige tiltak. Jeg oppfattet dette først som forskjellsbehandling, men la etter hvert merke til hvor individuell en demensdiagnose kan være, og hvor varierende behov pasientene hadde. Ved siden av studier jobber jeg på en korttidsenhet på sykehjem, hvor vi ofte får inn personer med demens. Også her er det tydelig for meg hvor ulike pasientene er, og hvordan de har hvert sitt unike behov for omsorg. Jeg har også sett hvordan musikk kan spille inn på pasientenes atferd, som redusert uro og økt språklig evne.

Jeg ønsker å fordype meg i den personsentrerte demensomsorgen og sykepleieintervensjoner for å forebygge utfordrende atferd hos pasientene, med blant annet bruken av musikk som ett tiltak.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere bruke personsentrert omsorg for å forebygge utfordrende atferd hos beboere på sykehjem med en demensdiagnose?

1.3 Avgrensning

Pasientgruppen er personer over 75 år med diagnostisert demens av alvorlig grad. Dette er en pasientgruppe med stort hjelpe- og omsorgsbehov, og som oftest utviser utfordrende atferd, da atferdsendringer gjerne utvikler seg i takt med sykdommen (Rokstad, 2008, s. 180). Jeg

fokuserer ikke på utvalgte sykdommer som gir demens. Diagnose vil prege sykdomsbildet og gi ulike symptomer, men utfordrende atferd påvirkes av mer enn kun diagnose. Ved alvorlig grad av demens vil eventuelle forskjeller ofte ha jevnet seg ut, og det er vanskeligere å se tydelige skiller mellom sykdommene (Engedal, 2008).

Kontekst er skjermet langtidsavdeling på sykehjem. Institusjoner organiseres med hensyn til ressursbruk og krav til kvalitet på pleien (Orvik, 2015). Skjermet enhet er tilpasset pasientgruppens behov for omsorg, og min erfaring tilsier at de ofte har et høyere fokus på individuell pleie og miljøtiltak enn en somatisk langtidsavdeling.

På grunn av oppgavens omfang har jeg gjort noen avgrensinger. Personsentrert omsorg omhandler individuelt tilpasset ivaretagelse av psykososiale behov, som muliggjøres ved at vi har god kjennskap til pasienten (Kitwood, 1999). Som sykepleiere må vi tenke helhetlig i pleien vi gir, men jeg har lagt hovedvekten av fokuset mitt på de psykiske aspektene. Personer med demens må anerkjennes som unike individer uavhengig av sykdom og kognitiv svikt (Kitwood, 1999). Jeg har allikevel valgt å ikke fullstendig neglisjere de fysiske faktorene som påvirker en person, og forståelse av demens innebærer kunnskap de hjerneorganiske forandringene som skjer. Utfordrende atferd kan utløses av mange faktorer, inkludert somatiske plager. Smerter og bivirkninger av legemidler kan endre en persons atferd, men jeg har avgrenset meg fra å utdype dette. Som alternativ til medikamentell behandling har jeg fokusert på musikk som et miljøtiltak.

Pårørende kan være en god kilde for å få kunnskap om pasientens tidligere liv, ønsker og behov. Likevel er det ikke gitt at alle eldre har nære pårørende som kan formidle slik informasjon. I min oppgave har jeg heller valgt å ta utgangspunkt i modeller for kartlegging av pasientenes atferd på sykehjem, for å få frem hvordan sykepleiere kan identifisere og møte behov gjennom personsentrert omsorg.

For å besvare problemstillingen har jeg tatt for meg en teoretikers omsorgsteori vinklet mot rammene og mulighetene vi har som sykepleiere til å behandle og forebygge. Jeg legger frem modeller som hjelpemidler i personsentrert omsorg, og fremmer bruken av kommunikasjon, ivaretagelse av psykososiale behov og miljøtiltak for å forebygge utfordrende atferd.

1.3.1 Begrepsavklaring

Tom Kitwoods omsorgsteori bygger på at et menneske med en demenssykdom skal bli sett som en hel *person* tross sykdom (Kitwood, 1999). Med utgangspunkt i pasient- og brukerrettighetsloven definerer Molven en *pasient* som en person som henvender seg til helsevesenet for helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp (Molven, 2016). En person med demens bor på sykehjem for å motta helsehjelp, så jeg vil bruke begge begrepene om hverandre.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Medisinskteoretisk grunnlag

2.1.1 Sykdommen demens

Demens er forårsaket av hjernesykdommer, oftest degenerative eller vaskulære, eller en kombinasjon av disse to. Ved degenerative hjernesykdommer dør nerveceller sakte men sikkert, og kan føre til demenssykdommer som Alzheimers demens, frontotemporallappdemens, Parkinsons sykdom med demens eller demens med Lewy-legemer. Vaskulær demens skyldes manglende blodtilførsel i hjernen, blant annet på grunn av hjerneblødninger eller infarkter. Andre årsaker til demens, kalt sekundærdemens, kan for eksempel skyldes overforbruk av alkohol eller hodetraumer (Gjerstad, Fladby & Andersson, 2013, s. 65, 77, 87, 93, 108, 109).

Demens ligger som en diagnose i ICD-10, og majoriteten av sykdommene som forårsaker demens er også registrerte diagnoser her (Gjerstad et al., 2013, s. 23).

Sykdomsutviklingen ved demens kan deles i tre stadier. Ved mild grad av demens vil personen som oftest klare seg bra i dagliglivet med faste rutiner og kjente omgivelser, men merke innvirkningene fra sykdommen. Ved moderat grad stiger behovet for hjelp og veiledningen, da stadig flere gjøremål vil bli vanskeligere. Når personen får en alvorlig grad av demens vil han være så preget av sykdommen at omsorgsbehovet har blitt så høyt at personen ikke vil greie seg uten døgnkontinuerlig tilsyn (Gjerstad et al., 2013, s. 26).

Utviklingen av sykdommen er svært individuell. Hos noen går forløpet svært raskt, hos andre kan det løpe over mange år. Hvor raskt utviklingen går avhenger også av grunnsykdommen (Gjerstad et al., 2013, s. 26).

Symptomer ved demens vil variere etter hvilken sykdom personen har, og hvilke områder i hjernen som er rammet. Miljøfaktorer, sosiale faktorer og personlige mestringsstrategier vil også spille inn på symptomene personen utviser (Gjerstad et al., 2013, s. 24).

Det kliniske symptombildet ved demenssykdom er en gradvis forverring av kognitiv og fysisk funksjon, og økende forekomst av nevropsykiatriske symptomer. Svikt i de kognitive

funksjonene kan være redusert hukommelse, problemer med innlæring, språklige problemer eller manglende evne til problemløsning. Svikt i fysiske funksjoner vil sees med nedsatt ADL, muskelstyrkningsproblemer eller inkontinens, og vanskeliggjør muligheten for et selvstendig liv. Nevropsykiatriske symptomer, eller atferdsmessige symptomer, kan være depresjon, angst, vrangforestillinger, apati eller aggressivitet, samt atferdsforandringer (Gjerstad et al., 2013, s. 42, 68, 80, 88, 99).

2.1.2 Utfordrende atferd

Atferdsforstyrrelser og psykologiske endringer (APSD) er en naturlig del av symptombylde ved demens, og endringer i atferd vil ofte gå i takt med sykdommens utvikling.

I likhet med andre symptomer på demens, er det svært individuelt hvilke atferdsendringer pasientene får. Det påvirkes av blant annet sykdom, miljø, personlighet og livshistorie (Rokstad, 2008, s. 181).

Vanlige psykologiske endringer ved demens er vrangforestillinger, hallusinasjoner og feiloppfatninger, samt depresjon og angst. Personer med degenerative demenssykdommer kan også virke regressive og endre personlighet. Tidligere mestringsstrategier kan falle bort, følelsesmessige vansker fra fortiden kan komme tilbake og sviktende intellektuelle evner kan gi økt tendens til mer primitive reaksjoner på utfordringer (Engedal, 2008).

Faktorer som påvirker atferden kan være hjerneorganisatoriske og kognitive forandringer, helsemessige og psykososiale faktorer, tidligere personlighet og atferdsmønstre, forstyrrelser fra miljøet rundt eller stress utløst av misoppfattelser (Engedal, 2008).

Utfordrende atferd ansees ikke som avvikende, men heller som reaksjoner på endret tilværelse og en naturlig del av sykdomsbildet (Rokstad, 2014). Atferden som er særlig utfordrende for omgivelsene vil være repeterende handlinger, motorisk uro, ukritisk seksuell atferd og fysisk og psykisk aggresjon (Engedal, 2008). Fysisk utagering kan oppleves som mest utfordrende, da det ofte kan virke til å komme helt spontant og uten forvarsel. Engedal vektlegger viktigheten av å se atferden som et utløp for følelser eller reaksjoner, og utfordrende atferd kan utløses av blant annet angst, usikkerhet, forvirring, og frykt (2008).

2.2 Sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag

2.2.1 Sykepleierens ansvars- og funksjonsområde

Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug og Grimsbø skriver om sykepleierens funksjonsområder. Sykepleieren skal arbeide forebyggende med tiltak rettet mot å forhindre helsesvikt hos friske personer, identifisere helsesvikt og iverksette tiltak for å forebygge komplikasjoner av sykdom. I tillegg har sykepleieren et behandlende ansvar, rettet mot å fjerne eller redusere pasientens problemer. Sykepleieren skal kompensere for pasientens egen ressursvikt. Et annet funksjonsområde er lindrende pleie, med tiltak for å redusere omfanget av belastninger i situasjoner der pasientens problem ikke kan fjernes. Dette kan være fysiske, psykiske eller sosiale belastninger, og sykepleieren skal forsøke å tilrettelegge miljøet i samsvar med pasientens ønsker og behov, for å fremme pasientens opplevelse av velvære.

Pasientgruppe, kontekst og tid vil prege handlingene våre som sykepleiere. Sykepleierens funksjon kan sees på som en integrert helhet. Områder for sykepleie kan splittes opp, men de konkrete tiltakene vi utfører vil betegnes ut i fra hensikten handlingen har. Det som er lindrende for en pasient kan være forebyggende for en annen (Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug & Grimsbø, 2016).

2.2.2 Forståelse av utfordrende atferd

Atferdsendringer er en naturlig følge av en demenssykdom, og sees ikke på som unormale eller avvikende endringer. Begrepet utfordrende atferd går igjen i faglitteraturen for atferd som oppleves som utfordrende for omgivelsene pasienten befinner seg i (Rokstad, 2008).

Atferden som utfordrer oss som sykepleiere, må sees på som en form for kommunikasjon, og en måte for pasienten å få utløp for sine udekkede behov eller reaksjoner. Vi må forsøke å se hva som ligger bak atferden; hva gjør sykdommen med pasienten, hva i tidligere liv kan være drivkraft for pasientens ønsker, og hvilke følelser ligger til grunn for den utfordrende atferden pasienten utviser? (Rokstad, 2008, s. 183).

Rokstad viser at det er mange forhold som påvirker atferd, slik som miljøfaktorer, type demens, legemidler, somatiske forhold og smerter, personlighet, eller pasientens mestringsevne så vel som sykepleieres mestringsevne (2008, s 189).

Pasienter med langtkommen demens evner ikke å plassere atferden sin i de rammene som omgivelsene forventer, og vi kan fort se atferden som avvikende, og avvise den (Rokstad, 2008, s. 189). Dersom sykepleier klarer å møte pasientenes utfordrende atferd med et bredt og åpent blikk er vi bedre rustet til å forstå intensjonene og hensikten bak atferden vi ser, og møte pasientene på deres behov (Rokstad, 2014).

2.2.3 Kommunikasjon og relasjonsbygging

Kommunikasjon med personer med demens kan være en stor faglig utfordring. Kommunikasjonsevnene preges sterkt av demenssykdom, ved kognitiv og språklig svikt som vanskeliggjør evnen til å forstå og gjøre seg forstått (Wong-Henriksen, 2008). Utfordrende atferd kan være en konsekvens av den svekkede sosiale funksjonen, i tillegg til tilbaketrekking og ensomhet (Powell, Hale og Bayers, referert i Wong-Henriksen, 2008).

Kommunikasjon består av både språk og nonverbale signaler. I den verbale delen av kommunikasjonen må vi ta hensyn til pasientens evne til å oppfatte hva vi sier (Rokstad, 2014). Dersom vi ikke tilpasser kommunikasjonen vår kan vi risikere å overstimulere pasienten, og skape uro og forvirring. Tydelig tale, bruk av konkrete ord og uttrykk og enkle setninger vil være gode fremgangsmåter som styrker pasientens forutsetning til å motta budskapet. Samtidig må vi være påpasselige med å ikke understimulere pasienten, og kommunikasjonen må tilpasses hver enkelt pasients forutsetninger og utfordringer (Wong-Henriksen, 2008).

Den største delen av kommunikasjon ligger i det som ikke blir sagt med ord. Det nonverbale innebærer tempo og toneleie, kroppsspråk, øyekontakt, ansiktsuttrykk, og gester. Å smile er et viktig virkemiddel i kommunikasjon da det formidler aksept, bekreftelse og inklusjon, og kan skape trygghet og positivitet i samhandling. Øyekontakt er avgjørende for å fange oppmerksomhet og øke fokus, mens kroppskontakt kan brukes for å skape en trygg kontekst.

Personer med demens trenger lenger tid på å oppfatte, bearbeide og respondere på kommunikasjon. Et rolig tempo vil være viktig for pasientens evne til å forstå og svare på det som blir sagt, og stemmeleiet vårt preger stemningen i samhandlingen. Vår positur er avgjørende for likeverd i samtalen, og vi bør tilpasse oss pasientenes nivå – sitte ned med den som sitter eller gå med den som går (Rokstad, 2014).

2.2.4 Miljøtiltak

Miljøterapi kan være et av sykepleierens hovedverktøy når det kommer til å støtte pasientens psykososiale behov. Sykepleieren kan bruke de dagligdagse rutinene som arena for ulike miljøtiltak, og benytte seg av samværet og aktivitetene som foregår på avdelingen (Eriksen, 2015). Et slikt tiltak kan være musikkterapi.

Rokstad legger frem bruk av musikk som et tiltak i demensomsorg, og presiserer at bruk av musikk som miljøbehandling kan utøves av fagpersoner uten spesiell trening innenfor feltet (2008, s 163). Musikk i eldreinstitusjoner, som skjermet avdeling, kan brukes på flere måter, men ofte med samme mål - intensjonen med sang og musikk er å stimulere positive opplevelser. Personen med demens kan få styrket følelse av identitet og opplevelse av egenverdi gjennom å vekke minner. Musikk kan være en distraksjon fra kjedsomhet og stimulere til sosial deltakelse, og videre motvirke ensomhet. For personer med svikt i språklige evner kan musikk være en måte å felles dele noe med andre, som ikke lenger kan sies med ord (Rokstad, 2008, 163-166).

2.3 Personsentrert omsorg

2.3.1 Kitwoods omsorgsteori

Teorier om en personsentrert tilnærming i møte med pasienter ble presentert for nesten 100 år siden, men først på 80- og 90-tallet ble dette vinklet mot demensomsorgen av sosialpsykologen Tom Kitwood (Rokstad, 2014).

Kitwoods omsorgsteori kom som en motvekt på datidens fokus på sykdom. Han mente at demens må forstås som en kombinasjon av både nevrologiske, sosiale og personlige faktorer. Hjerneorganisk svikt, helse, livshistorie, personlighet og endringer i sosiale relasjoner er alle faktorer som spiller inn på opplevelsen av demens (Kitwood, 1999).

Personsentrert omsorg er ikke relatert til spesifikke situasjoner, men en helhetlig tilnærming i alle møter med pasientene. Det handler primært om vedlikeholdelse og styrkning av personlig integritet og identitet. Vår referanseramme må flyttes fra fokus på sykdom til fokus på personen. Personer med demens må anerkjennes i sin fulle menneskelighet, uavhengig av kognitiv funksjon og sykdom (Kitwood, 1999).

Å møte personene åpent og empatisk styrker evnene våre til å sette oss inn i hver enkelt persons opplevelse av ulike situasjoner, og forstå meningen bak atferden de uttrykker. Gjennom kjennskap til personens livshistorie, personlighet og ønsker, har vi større mulighet til å møte hver enkelt på individuelt tilpasset vis (Kitwood, 1999).

Kitwood presenterte begrepet personverd som den verdi en person får gjennom gjenkjennelse, respekt og tillit fra andre. Å understøtte personverd kan bidra til økt tilfredshet, men dersom personverdet ikke blir understøttet kan det føre til utfordrende atferd, nedstemthet og apati. Videre mente Kitwood at kvaliteten på omsorg og støtte er av stor betydning for personer med demens, og deres opplevelse av velvære og trivsel (Kitwood, 1999).

2.3.2 Grunnleggende psykososiale behov

Psykososiale behov er grunnleggende for hvordan vi har det, hvordan vi opplever tilværelsen vår, og hvordan vi lever. Det er livslange behov som er like viktige uansett hvor i livet vi er. Den psykososiale dimensjonen kan ha stor innvirkning på helse, og anerkjennelse av slike behov er nødvendig for både forebygging og behandling (Eriksen, 2015).

I Kitwoods teori om en personsentrert demensomsorg blir fem grunnleggende behov vektlagt: trøst, tilknytning, inklusjon, beskjeftigelse og identitet (1999).

Behovet for *trøst* er ofte stort for personer med demens, da de kan føle på tap, usikkerhet og forvirring, som kan føre til utrygghet. Trøst innebærer å møte personen med ømhet og nærvær for å forebygge frykt og skape trygge rammer (Kitwood, 1999). Trøst innebærer også å lindre fysiske smerter (Rokstad, 2014).

Alle mennesker har behov for *tilknytning* til andre. Tilknytning gir en følelse av trygghet, og ifølge Kitwood er det ikke utenkelig at for personer med demens vil behovet for å føle på tilknytning være like sterkt som i tidlig barndom (1999). I de sosiale aspektene ved å være menneske, ligger også behovet for *inkludering* – det å føle tilhørighet til en gruppe.

Adferdsmønstre til personer med demens kan avvike fra det normale, men de må møtes med åpenhet og aksept, for å ta del i fellesskapet. Konsekvensene dersom personer med demens ikke føler tilhørighet til et fellesskap er at de kan trekke seg tilbake og isolere seg. Alle må anerkjennes og inkluderes til tross diagnoser og avvikende atferd (Kitwood, 1999).

Beskjeftigelse betyr å være involvert i livsprosesser på en måte som er av personlig betydning, og bidrar til bruk av den enkeltes egne evner og styrker. Beskjeftigelse kan skje i samvær med andre, eller alene, og motiveres av et ønske om å se konsekvenser av handlingene vi gjør. Desto bedre sykepleier kjenner til personens livshistorie og interesser, jo bedre kan vi tilrettelegge for aktiv deltakelse i hverdagen basert på deres ønsker (Kitwood, 1999).

Å ha en *identitet* er å vite hvem man er, hva man tenker og hva man føler. En essensiell oppgave i demensomsorg er å opprettholde personens følelse av identitet til tross for svingende atferd og sykdomsutvikling. Personen må anerkjennes som et unikt individ, og ved å støtte opp om den enkeltes selvfølelse kan vi skape ro og trygghet (Kitwood, 1999).

2.3.3 Metoder for implementering av personsentrert omsorg

I 1989 var Tom Kitwood med på å utvikle Dementia Care Mapping (DCM). DCM er en prosess for utvikling av personsentrert demensomsorg. I metoden benyttes systematisk og detaljert kartlegging av pasienters humør, engasjement og atferd, samt positiv og negativ omsorgspraksis i samhandlingen mellom pasient og pleier. Data fra kartleggingen analyseres og resultatene fremlegges for personalgruppen. De ansatte får direkte og konstruktive tilbakemeldinger, og kan sammen reflektere over forbedringsområder og nye fremgangsmåter for å oppnå en god omsorgspraksis. Målet er at hver pasient får utviklet en individuelt tilpasset tiltaksplan, som skal sikre ivaretagelse av deres psykososiale behov, og dermed forebygge utfordrende atferd (Mjørud, Munch, Rokstad, Røen & Røsvik, 2016).

Vips rammeverket er basert på Tom Kitwoods omsorgsteori, og står for fire sentrale elementer i personsentrert omsorg:

Verdi uavhengig av kognitive ressurser

Individuelt tilrettelagt omsorg

Perspektivet til personen med demens

Sosialt miljø og del av et fellesskap

Med utgangspunkt i Vips rammeverket har Vips praksismodell (VPM) blitt utviklet. VPM er et hjelpemiddel for å bringe verdiene i personsentrert omsorg til faktisk praksis. Hvert element i Vips består av seks spørsmål som hjelper omsorgsgivere å vite hva vi skal fokusere på i det daglige. Personalgruppen setter av tid til å holde fagmøter hvor de diskuterer konkrete interaksjoner mellom pasient og pleier, sett i lys av spørsmålene i VPM. Et eksempel på et slikt spørsmål er om utfordrende atferd blir ansett som en form for kommunikasjon, og om atferden blir tolket for å se hva som ligger bak (Mjørud et al., 2016).

2.4 Juridiske føringer

I kapittel 4 og 4A av Pasient- og brukerrettighetsloven finner vi lovverk knyttet til samtykkekompetanse for helsehjelp. Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, så lenge det ikke foreligger lovhjemmel for å gi helsehjelp uten samtykke (Pbrl, 1999, §4-1). Samtykkekompetansen kan bortfalle dersom pasienten ikke er i stand til å forstå hva de samtykker til, eller hva samtykket de gir omfatter. En person med demens er et eksempel på en som ikke nødvendigvis er i stand til å foreta forsvarlige avgjørelser, og som kan miste samtykkekompetanse (Pbrl, 1999, §4-3).

Å miste samtykke er ikke det samme som å bli fratatt sin fulle autonomi. Olav Molven presiserer hvordan en pasient kan ha samtykke i en relasjon, men ikke i en annen, og at det er kun i tilfeller hvor det er åpenbart at pasienten ikke forstår omfanget av samtykket, at det kan falle bort (2016)

Om en pasient har blitt fratatt sin samtykkekompetanse, kan sykepleiere gi helsehjelp selv om pasienten motsetter seg det, gjennom tvang. Kapittel 4A i Pasient- og brukerrettighetsloven dekker dette. Den helsehjelpen som gis, skal tilrettelegges med respekt for den enkelte pasients integritet og så langt som mulig i samsvar med pasientens egne ønsker (Pbrl, 1999, §4A-1). Det første man må gjøre er å prøve ut tillitsskapende tiltak (Pbrl, 1999, §4A-3), og helsehjelp kan ikke utføres med tvang før det (Pbrl, 1999, §4A-4).

2.5 Etske føringer

«Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for den enkelte menneskets liv og iboende verdighet» (NSF, 2011)

Sykepleieren har, i kraft av å være fagperson, makt til å ta vare på andre menneskers liv og livsmuligheter (Sneltvedt, 2016). I det ligger et stort ansvar. Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer skal verne om sykepleiernes viktige verdier, samt konkretisere hva god sykepleie skal være (Sneltvedt, 2016).

De yrkesetiske retningslinjene har sitt verdigrunnlag i barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter. Sykepleieren har et ansvar for en praksis som fremmer helse, vi skal understøtte mestring og livsmot hos pasientene, vi skal ivareta den enkeltes behov for en helhetlig omsorg, og beskytte mot krenkende og ulovlige handlinger. Sykepleieren skal også jobbe for å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjenester (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Nærhetsetikk er en etikk som oppstår i møtet mellom to mennesker, og legger fokus på samspillet som oppstår dem i mellom. Dette er en etikk som vektlegger betydningen av følelser, og fordrer at vi som sykepleiere skal være oppmerksomme på det særskilte i konkrete situasjoner og forsøke å svare på appeller fra pasientene. Vi må ta imot signaler og uttrykk på en verdig og god måte (Brinchmann, 2016). Slik tankegang kan være med på å gi individuelt tilpasset behandling til hver enkelt pasient. Nærhetsetikken gir ingen konkrete føringer for hvordan vi skal handle, men fremmer sykepleierens bruk av skjønn. I enhver situasjon bør sykepleieren gjøre det som antas best for pasienten (Brinchmann, 2016).

3 Metode

Dalland beskriver metode som det å følge en viss vei mot et mål. Metode er et redskap i møte med det vi vil undersøke, og hjelper oss i innsamling av den informasjonen vi trenger til å besvare en problemstilling. I begrunnelse av valg av metode ligger det at vi på best mulig måte skal belyse problemstillingen vår (Dalland, 2017).

Lovisenberg Diakonale Høgskole har krav om litteraturstudie som metode for bacheloroppgaver. Thidemann beskriver litteraturstudie som en måte å systematisere kunnskap fra andre skriftlige kilder, med hensikt å gi leseren en god forståelse av kunnskapen knyttet til valgt problemstilling (2015).

3.1 Søkehistorikk

For bacheloroppgaven har jeg utført litteratursøk i anerkjente databaser. Jeg har hovedsakelig forholdt meg til Cinahl, som dekker tidsskrifter innen sykepleie og helsefag. Jeg har også utført søk i Sykepleien.no for å dekke norsk forskning, da Cinahl er en internasjonal database.

Søke-dato	Søk nr	Database	Søkeord, ordkombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Artikler inkludert
04.12.18	1	Cinahl	Agitation AND dementia AND music therapy	40	15	5	1
04.12.18	2	Cinahl	Person-centered care AND dementia care mapping AND nursing homes	9	3	1	1
26.02.19	3	Cinahl	Nursing homes AND agitation AND dementia	88	8	4	2
25.03.19	4	Sykepleien Forskning	Omsorg, demens, uro	6	3	2	2

Jeg har avgrenset søkene mine til artikler som er utgitt de siste ti årene, da nyere forskning ansees som mer troverdig, relevant og sikkert (Dalland, 2017). Jeg gjorde ingen videre avgrensning i databasene, men sorterte selv ut artikler som er skrevet på norsk eller engelsk, geografisk område for land som kan helsemessig ligne på Norge, og om de er fagfellevurderte og utgitt av anerkjente tidsskrift og forfattere (Dalland, 2017). Dette kan gjøres direkte i Cinahl, men det er ikke helt pålitelige avgrensninger. Jeg valgte å gjøre det fortløpende etterhvert som jeg leste gjennom, for å ikke miste viktige artikler i søkeprosessen.

Utgangspunktet for valg av faglitteratur har vært oppgavens tema. Jeg har anvendt litteratur innen både klinisk sykepleie, medisin og juss, for å dekke sykepleiernes ansvars- og funksjonsområder, og rammene vi forholder oss til.

Faglitteratur innen grunnleggende sykepleie, juss og etikk er hentet fra pensumlister gjennom studiet. Jeg har utført søk i skolens biblioteksdatabase, Oria, for å finne mer spesifikk litteratur knyttet til oppgavens tema. Bøkene «Personer med demens. Møte og samhandling» (Rokstad, 2008), «Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens» (Rokstad, 2014), og «En revurdering av demens, personen kommer i første rekke» (Kitwood, 1999) er funnet via Oria.

Jeg har brukt lovdata.no for å finne relevante lover og forskrifter. Jeg har brukt Pasient- og brukerrettighetsloven for å belyse pasientenes rettigheter, og Helsepersonelloven og Kommunehelsetjenesteloven for våre tilhørende plikter.

3.2 Kildekritikk

Kildekritikk innbefatter å vurdere hvorvidt litteraturen lar seg bruke til å besvare problemstillingen. Hensikten med kildekritikk er å gi leseren et innblikk i de refleksjoner som ligger bak valg av litteratur (Dalland, 2017). Etter Dallands anbefalinger har jeg vurdert kildene mine gjennom gyldighet, relevans og holdbarhet.

Gjennom oppgaven har jeg aktivt brukt boken «En revurdering av demens», av Tom Kitwood. Denne boken regnes som en sekundærkilde, da det er en dansk oversettelse av originalboken «Dementia Reconsidered – the person comes first», fra 1997. Det vil si at

oversetterne av boken kan ha gjort sine tolkninger underveis, og at innholdet ikke fullstendig stemmer overens med originalen. Man bør bestrebe å få tak i primærkilden (Dalland, 2017), men den har vært vanskelig å få tak i. En annen årsak er at jeg er tryggere på mine evner til å korrekt forstå innholdet i en dansk bok enn i eldre, engelsk litteratur, og har holdt meg til sekundærkilden.

Samtidig er boken 20 år gammel, men innholdet og Kitwoods omsorgsteorier står fremdeles gyldig innen fagfeltet og siteres ofte i nyere litteratur. Kunnskap kan fort bli utdatert, men i noen fag kan eldre kilder stå sterkt lenge (Dalland, 2017). Det samme gjelder for Rokstad og Engedals bøker, begge skrevet i 2008, men definisjoner, fagbegrep og teorier er gjengitt i nyere litteratur, og ansees fremdeles som relevant innen fagområdet.

Kvalitative studier fanger opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle, og gir oss en dybdekunnskap. Kvantitative studier gir data i form av tall og målbare enheter, og gir oss en breddekunnskap (Thidemann, 2015; Dalland, 2017).

Jeg har valgt å bruke både kvalitative og kvantitative studier. Begge metodene har styrker og svakheter ved seg, og vil bidra til å belyse problemstillingen fra ulike vinkler.

De kvalitative studiene jeg har valgt, er utført i form av fokusgrupper eller intervjuer av sykepleiere. Resultatene viser sykepleiernes meninger, opplevelser og erfaringer av metoder eller arbeidshverdag, men mister pasientens perspektiv og den subjektive opplevelsen av demens. Pasientgruppen jeg har valgt (personer med langtkommen demens) vil trolig ikke være i stand til å besvare en kvalitativ studie som gir pålitelige resultater. De kvantitative studiene jeg har valgt sier lite om de menneskelige egenskapene, men presenterer data som viser effekten ulike tilnærminger har på pasientene, og legger frem pasientens perspektiv via tall.

4 Presentasjon av forskningsresultater

Nr	Forfatter/ årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/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	Aging and Mental Health	Undersøke effekten av individualisert musikkterapi på agitasjon hos pasienter med moderat til alvorlig demens på sykehjem.	Kvantitativ metode. Randomisert kontrollstudie. Deltakere: musikkterapeuter og sykepleiere, 42 personer med demens fra 14 sykehjem i Norge og Danmark.	Musikkterapi viste betydelige positive resultater og reduksjon av utfordrende atferd. Det ble registrert økte atferdsvansker og økt bruk av antipsykotiske legemidler når pasientene ikke mottok behandling med musikk.
2	Arnold, L., Downs, M., de Lange, J., Pot, A. M., Smit, D. & Willemse, B. M. (2015)	Staff- resident interactions in long-term care for people with dementia: the role of meeting psychologica l needs in achieving residents'wel l-being	Aging and Mental Health	Artikkelen utforsker i hvilken grad interaksjonene mellom pasient og pleier anerkjenner eller overser pasientenes behov psykologiske behov, samt hvordan slike interaksjoner påvirker pasientens velvære.	kvantitativ metode. Deltakere: sykepleiere, terapeuter trent i DCM, 51 pasienter med moderat til alvorlig grad av demens, fra 9 sykehjem.	Det mest anerkjente behovet var trøst, men pasientene viste høyest velvære når de ble møtt på identitet, inkludering og tilhørighet Av behov som ikke ble møtt var også trøst høyest, samt følelse av inkludering. Pasientenes velvære var lavest når de ikke ble møtt på trøst.
3	Bentham, P., Galant- Miecziko wska, M., Jenkins, C., Oyebode, J. &	A qualitative study investigating training requirements of nurses working with people	Nurse Education Today	Å utforske behovet sykepleiere i sykehjem har for kursing om å jobbe med demente. De ønsket å se om det er mulig å utforme læringsprogrammer	Kvalitativ studie. Fokusgrupper strukturert etter fem åpne spørsmål. Deltakere: 11 sykepleiere fra fire sykehjem.	Hovedoppgaver til sykepleierne er å delegere oppgaver, daglig pleie, papirarbeid og dokumentasjon. De følte et behov for mer kunnskap

	Smythe, A. (2017)	with dementia in nursing homes		som kan bidra til å forhindre at sykepleiere blir utbrent på jobb samtidig som det bidrar til en forbedring innen personsentrert demensomsorg.		om hele sykdomsbildet rundt demens, hvordan kommunisere med personer med langtkommen demens og hvordan man bør forholde seg til pårørende.
4	Brodaty, H., Chenoweth, L., Haas, M., Jeon, Y-H., King, M., Luscombe, G., Norman, R. & Stein-Parbury, J. (2009)	Caring for aged dementia Care resident study (CADRES) of person-centered care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial	The Lancet Neurology	Studien sammenligner effekten av personsentrert omsorg, DCM og vanlig pleie på pasienter i sykehjem. Studien ønsket å se hvordan fremgangsmåtene påvirket livskvalitet, legemidler, tvang og andre skader.	Kvantitativ metode. Randomisert studie. Deltakere: 324 pasienter med demens fra 15 sykehjem Delt i tre grupper: en gruppe med DCM, en med personsentrert omsorg og en med vanlig pleie. Datainnsamling gjennom ulike modeller og scoringssystemer.	Nedgang i utfordrende atferd i sykehjemmene som tok i bruk DCM eller personsentrert omsorg, sammenlignet med vanlig pleie. Sammenlignet med de som mottok vanlig pleie ble det registrert færre fall hos DCM, men flere fall med personsentrert demensomsorg.
5	Hauge, S., Helleberg, K. & Thorvik, K. E. (2014).	God omsorg for urolige personer med demens	Sykepleien Forskning	Utforske hva som er god omsorg for personer med demens i skjermet enhet, som utviser symptomer på utfordrende atferd.	Kvalitativ metode. Datasamling: Observasjoner og intervjuer. Deltakere: 13 ansatte fra to sykehjem.	God omsorg kjennetegnes ved at de ansatte er årvåkne, fleksible i arbeidsform og tilnærming, har god kjennskap til pasientene og kan respondere raskt om nødvendig.
6	Rokstad, A. M. & Vatne, S. (2011)	Dementia care mapping – en mulighet for	Sykepleien Forskning	Undersøke ansattes erfaringer med refleksjonsprosesser med bakgrunn i DCM, samt	Kvalitativ metode. Fokusgruppeintervjuer av sykepleiere og hjelpepleiere.	Økt bevisstgjøring over egen praksis. Bidro til nye måter å møte pasienter på, og økt mer

		refleksjon og utvikling		betydningen dette har for utvikling av personsentrert omsorg i praksis.		sensitivitet for pasientenes individuelle behov.
--	--	-------------------------	--	---	--	--

5 Drøfting

5.1 Implementering av personsentrert omsorg

Kitwood mente at utfordrende atferd må møtes med åpenhet og tolkes som en kommunikasjonsform og utløp for reaksjoner på umøtte behov (1999). Sykepleiers oppgave ligger i å se meningen bak det pasienten viser oss, både gjennom fysiske og verbale uttrykk (Rokstad, 2014). For å forstå hva pasienten mener med den utfordrende atferden er det nødvendig med en bred kartlegging som grunnlag for hvilke forebyggende tiltak vi som sykepleiere iverksetter (Rokstad, 2008, s. 183). Det kreves en empatisk tilnærming fra sykepleier, og evne til å se pasientens perspektiv (Rokstad, 2014).

Det kan være krevende å forebygge utfordrende atferd. Alle personer med demens er unike individer, og som tidligere nevnt er det store individuelle forskjeller i form av både sykdomsbilde, reaksjonsmønstre og atferdsendringer. Dette vil medføre at hver enkelt person vil trenge en nøye tilpasset omsorg. Personsentrert omsorg har til hensikt å vektlegge, samt løfte frem, den enkeltes verdier og synspunkter (Rokstad, 2014). Systematisk innhenting av pasientinformasjon er en nødvendig forutsetning for å gjøre oss vurderinger av pasientens situasjon og behov (Rotegård, Solhaug & Grov, 2015). Likeså viktig er dette for å kunne forstå pasientens utfordrende atferd.

Studien til Rokstad og Vatne ser på sykepleieres opplevelse av DCM (2011). Kitwood vektla at i DCM skulle de positive situasjonene i samspillet mellom pasient og pleier fremheves og forsterkes (1999). Rokstad og Vatne fant at deltakerne satte pris på at det ble dannet et rom for tilbakemeldinger og refleksjon. Sykepleierne fikk bekreftet sitt arbeid, og positive tilbakemeldinger styrket selvsikkerheten og tryggheten til at det de gjør er både riktig og meningsfullt. Egenutviklingen ble styrket gjennom felles refleksjon, og de så det som betydningsfullt med andres innspill for videreutvikling av egen praksis. Samtidig ble det en økt bevissthet blant personalet på viktigheten av personsentrert omsorg (Rokstad & Vatne, 2011). Det kan tenkes en lik opplevelse av VPM, da dette er en metode som i enda større grad bygger på felles refleksjoner (Mjørud et al., 2016).

Som sykepleiere må vi forsøke å finne meningen bak pasientens atferd (Rokstad, 2014). VPM fremhever nettopp dette, gjennom refleksjonsspørsmålene. Prosessen i VPM hjelper oss til å hele tiden analysere interaksjonene vi har med pasientene, inkludert at vi må tolke den utfordrende atferden for å se hva som ligger bak. Vår forståelse av atferden kan bidra til at vi gjenkjenner triggere for utfordrende atferd, og gir oss mulighet til å iverksette forebyggende tiltak (Mjørud et al., 2016). Studien til Brodaty et al. så tilnærmet umiddelbare positive resultater ved implementering av personsentrert omsorg som presentert gjennom VPM, og det var en betydelig nedgang i utfordrende atferd på avdelingen (2009).

På bakgrunn av forskningsfunn og Kitwoods omsorgsteori, kan både DCM og VPM ansees som gode metoder som hjelper sykepleier å få en økt forståelse av utfordrende atferd og individuelt tilpassede pleietiltak. Rokstad og Vatne legger frem sykepleierens positive erfaringer og styrkning av selvsikkerhet og egenutvikling, og de ble tryggere på å møte pasientenes behov (2011). Brodaty et al. bekrefter at begge metodene gir positive resultater på forekomsten av utfordrende atferd (2009) og Arnold et al. viste pasientenes økte opplevelse av velvære og trivsel (2015). Funnene viser at implementering av personsentrert omsorg gjennom DCM og VPM, kan øke våre evner til å finne de underliggende årsakene til utfordrende atferd, og muliggjør bruken av forebyggende tiltak.

Både DCM og VPM er ressurskrevende prosesser. Rokstad og Vatne viser til at deltakerne opplevde det som utfordrende å finne tid og rom for refleksjon og videreformidling av kunnskap til hele personalgruppen (2011). Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer forteller at vi har et faglig ansvar for veiledning av medarbeidere, og vi bør skape rom for fagutvikling (Norsk sykepleierforbund, 2011). Vår veiledende funksjon underbygger at det er sykepleier som har mye av ansvaret for at personalgruppen blir integrert i erfaringene som gjøres gjennom kartleggingsmetodene.

Implementering av personsentrert omsorg på en skjermet enhet er ikke noe som kan gjøres av en enkelt sykepleier. I følge Tom Kitwood vil det være behov for en kulturendring i avdelingen, og dannelse av et verdigrunnlag som bygger på ivaretagelse av hver enkelt person (1999). Pfeiffer skriver at en avdelings verdigrunnlag legger føringer for sentrale verdier og setter krav til organisering og medarbeidere. Det gir uttrykk for forventinger, er av betydning for de avgjørelser som fattes og kan fungere som et evaluerings- og kvalitetssikringssystem (Pfeiffer, 2002).

Bentham et al. fant gjennom sin studie at sykepleiere som jobbet på sykehjem med personer med demens hadde et ønske om å utvise personsentrert omsorg til pasientene sine, men mottok ikke tilstrekkelig hjelp fra ledelsen for å oppnå den nødvendige fagutviklingen. Gjennom fokusgruppene så de at sykepleierne ønsket økt kvalitet på kursing rundt arbeid med personer med demens (2017). I samsvar med min arbeidserfaring på sykehjem, viste studien at sykepleiere oftest blir tilbudt korte elektroniske kurs. Mot sin hensikt opplevdes slike kurs som kjedelige og unødvendige oppgaver, heller enn muligheter for fagutvikling. Sykepleierne ønsket å lære, men teorien ble ikke knyttet til praktiske situasjoner, og kunnskapen ble fort glemt igjen (Bentham et al., 2017).

En stor del av organiseringen av sykehjem og sykehjemsavdelinger er preget av økonomi, og dette vil forme rammene vi som sykepleiere må forholde oss til (Orvik, 2015). Studien til Brodaty et al. presenterte de økonomiske og tidsmessige perspektivene ved DCM og VPM. Særlig er DCM en svært omfattende prosess som må gjentas med jevne mellomrom, og det kan bli svært kostbart for en avdeling å følge opp (2009). Som Pfeiffer presiserer, har vi som sykepleiere et viktig ansvar for å formidle til ledelsen hvilke tiltak som er nødvendig for å sikre kvalitet på omsorgen vi gir. Samtidig viser hun at psykososiale tiltak vil oftest få lavere prioritet enn tiltak som dekker fysiske behov (2002). Som sykepleiere må vi være tydelige og definere de psykososiale tiltakene vi utfører, samt hva vi trenger for å avdekke pasientenes psykososiale behov. Dette kan bidra til at ledelsen prioriterer å bruke mer ressurser, både i form av tid og penger, på en personsentrert omsorg. Jeg ser på både DCM og VPM som tilnærminger som svarer på Bentham et al. (2017) sin konklusjon på et godt fagutviklingsprogram for sykepleiere som jobber med personer med demens; et opplegg som er interaktivt, knyttet til praksissituasjoner med pasientene, vinklet mot en personsentrert tilnærming og med resultater som deles med hele staben. Mjørud et al. viser at ledelsen kan stille seg svært positivt til DCM og VPM, når konkrete tilbakemeldinger gir et tydelig bilde på best mulig praksis (2016).

5.2 Ivaretagelse av grunnleggende behov

Kitwood hevder at personsentrert omsorg og ivaretagelse av personen med demens skjer gjennom å møte grunnleggende psykososiale behov (1999). Som sykepleiere ønsker vi å yte best mulig omsorg for pasientene, men hvordan kan vi få til det? Hauge, Helleberg og Thorvik (2014) har undersøkt hva som er god omsorg for personer med demens på skjermet avdeling, og fant at vi kan komme langt med årvåkenhet, fleksibilitet og kunnskap.

Kitwood ytret at alle mennesker har et behov for tilknytning og interaksjoner med andre, men underbygde at dette kan stå særlig sterkt for personer med demens. Manglende virkelighetsoppfatning gjør at de ofte kan finne seg i situasjoner som oppleves fremmed og ukjent (1999). Studien til Arnold et al. oppdaget at pasienter på sykehjem utviste høyest grad av velvære når de ble møtt på behov om tilhørighet og inklusjon (2015). Rokstad mener at behovet for tilknytning kan møtes gjennom validering - det å anerkjenne den virkeligheten som pasienten befinner seg i. Vi må være sensitive for følelsene som ligger bak pasientens handlinger, og tilby nærhet og fellesskap. Videre mente hun at vi som sykepleiere har en viktig rolle i det å skape gode sosiale miljøer i avdelingen. Vi kan delta i samtaler og holde praten i gang, vi kan påminne om relasjoner mellom pasientene, eller oppklare misforståelser for å forebygge utagering (Rokstad, 2014). Om sykepleier inntar en slik aktiv rolle i fellesskapene må vi være bevisste våre egne verdier og normer og være åpne for andres livsstil, for ikke å bringe pasientene inn i situasjoner de ikke ønsker.

Personer med demens vil trolig i økt grad søke trygghet, og behovet for trøst kan være stort da minner om trygge relasjoner kan ha falt bort (Kitwood, 1999). Eide og Eide viser til berøring som en måte å formidle trøst og støtte, samt vise medfølelse (2017). Jeg har selv erfart at det å etablere fysisk kontakt ved å holde noen i hånden kan skape trygghet og forebygge uro. Rokstad mener beroligende kontakt og tilpasset tempo er mulige fremgangsmåter for å møte behovet for trøst. Samtidig underbygger hun at det er gjennom tilstedeværelse og oppmerksomhet at vi kan skape trygge rammer for pasientene (2014). Deltakerne i studien til Hauge et al. viste evner til å være fullt til stede i avdelingen og rette sin fulle oppmerksomhet mot pasientene. De var på kontinuerlig utkikk etter situasjoner som kunne eskalere, og med slik årvåkenheten klarte de å lese pasientenes kroppsspråk og uttrykk, og hadde mulighet til å gi god omsorg til pasientene før angst eller uro oppsto (Hauge et al., 2014). Arnold et al. fant også at trøst var et høyt anerkjent behov, men at det var et vanskelig behov å møte. Samtidig

bekreftet de Kitwoods tanker om trøst som et viktig psykososialt behov, da pasientene viste lavest velvære om dette behovet forble umøtt (2015).

Kitwood mente at respekt vises gjennom å akseptere personen med demens, tross sykdom eller avvikende atferd (1999). Deltakeren i studien til Hauge et al. viste akkurat dette, ved at de møtte pasientene med åpenhet og bekræftelse. De evnet å tolerere pasientenes tilsynelatende uforståelige atferd, og tilpasset seg endringer. Heller enn å avbryte meningsløse aktiviteter bekreftet de pasientenes handlinger. Eksempelvis takket de pasienten som ommøblerte stuen for at han hentet stoler til personalet, istedenfor å be ham stoppe (2014). Vår identitet er også noe vi får bekreftet gjennom andre, ved det å bli anerkjent og møtt som et unikt individ (Kitwood, 1999). Ved å se til studien fra Hauge et al. får vi et innblikk i betydningen av sykepleiers kunnskaper i forhold til å ivareta andres identitet. Sykepleier må ha kunnskap om sykdommen, men også om pasienten og deres personlighet, væremåte og vaner. Å kontinuerlig tolke pasientenes atferd med utgangspunkt i kjennskap til den enkeltes fysiske og psykiske behov, gjorde at sykepleierne kunne legge til rette for individuell omsorg. Evner til å raskt forstå pasientenes behov gjorde at de ansatte kunne forebygge utfordrende atferd ved å møte behovene før uro oppsto (Hauge et al., 2014).

Studien viste også hvor avgjørende sykepleiers evner til fleksibilitet er. Rutinene på avdelingen fungerte som veiledende rammer, men sykepleierne evnet å legge til rette for pasientenes beskjeftigelse og medbestemmelse. Pasientene fikk i stor grad ta del i beslutninger hva gjaldt dem selv, spesielt rundt morgenrutiner, og som nevnt ble de sjeldent stoppet i aktivitetene sine (Hauge et al., 2014). Likt som studien viser, har jeg erfart at de gylne øyeblikkene ikke oppstår dersom pasientens ønsker blir ignorert.

Kitwood fremmer de positive tilnærmingene i en personsentrert demensomsorg. I samsvar med Kitwoods ytring om ivaretagelse av psykososiale behov (1999), evnet deltakerne i studien til Hauge et al. å møte pasientene med tilnærminger som synes å være god omsorg som ivaretar personen med demens og deres iboende verdi (2014).

Det er stor enighet i litteratur og forskning om at å møte de psykososiale behovene er av betydning for pasientens trivsel og velvære, så vel som forekomsten av utfordrende atferd. En svakhet ved personsentrert omsorg som presentert av Tom Kitwood er et noe manglende fokus på pasientens fysiske helse. Han anerkjenner at forståelsen av demens innebærer de hjerneorganiske endringene som skjer og hva selve sykdommen gjør med personen (1999),

men har lite fokus på andre fysiske eller somatiske faktorer som spiller inn på en persons atferd. Ved bruk av personsentrert omsorg må ikke sykepleiere glemme å tenke helhetlig pleie, fordi fysisk og psykisk helse er et sammensatt bilde (Eriksen, 2015).

5.3 Kommunikasjon og samhandling

Kitwoods omsorgsteori bygger på individuelt tilpasset omsorg til hver enkelt. En forutsetning for dette er at sykepleier har en god relasjon til pasienten og får kjennskap til hvem de er, deres tidligere liv, interesser og verdier (1999). Rokstad legger frem god kommunikasjon som et viktig moment i relasjonsbygging (2014).

Eide og Eide legger frem tre grunnleggende kjerneord i kommunikasjon med personer med demens; bekreftelse, struktur og respekt (2017). Disse verdiene samsvarer med Kitwoods uttalte ønske om en praksis som ser hver enkelt som unike individer, fremmer pasientens perspektiv og søker meningen bak atferden de utviser (1999). Så hvilke ferdigheter bør da en sykepleier benytte seg av i kommunikasjon med personer med langtkommen demens, for å oppnå dette?

Kommunikasjon foregår gjennom alle sanser, og ordene vi bruker er kun en liten del av alt som påvirker en samtale (Eide og Eide, 2017; Rokstad, 2014). For strukturerte og planlagte samtaler, bør omgivelsene være tilrettelagt med få forstyrrelsesmomenter (Rokstad, 2014). Wong-Henriksen viser også til at det for personer med langtkommen demens vil bli viktigere og viktigere med den nonverbale kommunikasjonen (2008). Nærhet og trygghet spiller inn på pasientens velvære, og som nevnt i kapittel 2.2.3. er det flere måter sykepleier kan bidra til dette. Kroppskontakt og vennlig berøring, øyekontakt, smil og å møte pasientene på deres nivå viser at vi ser, bekrefter og respekter pasienten, og kan gi følelse av nærhet og trygghet.

Som nevnt er det et avgjørende i personsentrert omsorg å forsøke å finne meningen bak pasientens atferd, både for relasjonsbygging, samhandling, og kommunikasjon. Personer med demens kan ha problemer med å finne ord, og handlinger kan tilsynelatende virke i malplasserte situasjoner (Wong-Henriksen, 2008). I følge Rokstad er det hensiktsmessig å tilpasse tempoet vårt i kommunikasjonen for å gi pasientene rom til å svare (2014). Dette kan kalles *indirekte reparasjon*, ved at vi gir pasienten tiden de trenger til å finne riktige ord. *Direkte reparasjon* innebærer at vi kommer med konkrete forslag på ordene pasienten

mangler (Sabat, referert i Wong-Henriksen, 2008). Begge metodene har til hensikt å hjelpe pasienten med å uttrykke seg og kan forebygge frustrasjon, men det er ikke gitt at vi får til dette. Vi kan risikere å avbryte eller forvirre mer, og øke pasientens uro.

Wong-Henriksen legger frem aktiv lytting som en grunnleggende ferdighet i profesjonell kommunikasjon. Gjennom aktiv lytting viser vi interesse og tilstedeværelse i samtalen og retter oppmerksomheten mot pasienten. Vi kan stille oppklarende spørsmål og gi pasienten mulighet til å bekrefte at vår forståelse er korrekt (2008). Aktiv lytting kan sees som en forutsetning for at Sabats reparasjonsmetoder blir vellykket praksis, og forhindre at kommunikasjonen blir en negativ opplevelse for pasienten.

Kitwood beskriver hvordan vi kan gi omsorg, fremme velvære og øke mestring i en relasjon, gjennom positivt personarbeid (Kitwood, 1999). Rokstad fremlegger positivt personarbeid som evnen til å anerkjenne pasienten i samhandling, og regulere miljøet etter pasientenes behov for aktivitet eller avslapping (2014). Studien til Hauge, Helleberg og Thorvik bekreftet hvordan sykepleiere skapte positive atmosfærer og rom for beskjeftigelse gjennom bekreftelse av pasientenes behov, og fullstendig tilstedeværelse i avdelingen (2014).

På den andre siden ligger destruktiv samhandling, som undergraver pasientenes følelse av egenverd. Dette er sjeldent en bevisst vond handling fra omsorgsgiver, men et resultat av manglende forståelse av pasienten. I destruktiv samhandling blir ikke pasientene ansett som unike individer, men heller sett i lys av sykdommen og fordommer om demens (Rokstad, 2014).

5.4 Bruk av musikk i demensomsorgen

Engedal viser til at utfordrende atferd ofte blir behandlet med legemidler (2008). Samtidig vet vi at legemidler har en mer uforutsigbar effekt på eldre personer, og de er mer utsatt for uheldige bivirkninger (Ranhoff & Engh, 2014). Tilbake i studien til Brodaty et al., kan vi se at den ene gruppen hadde både forhøyet bruk av psykofarmaka og økning i antall fall (2009). Studien diskuterte ingen årsakssammenheng mellom disse funnene, men det er kjent at bruk av psykofarmaka øker fallfaren hos eldre (Ranhoff & Engh, 2014).

Man kan slik gå inn i en uheldig spiral om smerter etter fall også blir behandles med legemidler, hvorav pasienten kan få nye bivirkninger som må behandles eller forebygges, mens polyfarmasi øker risikoen for uheldige interaksjoner og forvirring, og med dette blir

pasienten mer utsatt for å utvikle utfordrende atferd. Dette indikerer at sykepleiere bør ha et økt fokus på ikke-medikamentelle tiltak for å forebygge utfordrende atferd hos pasienter med demens. Et slikt tiltak kan være bruk av musikk i demensomsorgen.

Funnene i forskningen til Gold, Ridder, Stige og Qvale, indikerer at bruk av individualisert musikkterapi kan ha en positiv effekt på personer med demens, og virke forebyggende på utfordrende atferd (2013). I perioden deltakerne mottok musikkterapi ble de møtt i kommunikative og sosiale settinger, og fikk dekket sine psykososiale behov i trygge rammer gjennom musikken. Samtidig så de en signifikant nedgang i symptomer på utfordrende atferd, i tillegg til en reduksjon av antipsykotiske legemidler (Gold et al., 2013). Slik kan vi se at resultatene viser en sammenheng mellom atferd og psykososiale behov.

Jeg har selv opplevd musikkens effekt og betydning for personer med demens, som utviser utfordrende atferd. En dame som dagen lang ropte “Hjelp meg, hjelp meg”, kunne sjeldent roes med direkte henvendelser eller fysisk kontakt, slik Engedal (2008) beskriver. Ved overflytting til avdelingen på sykehjemmet, hadde pårørende med CD-spiller med gamle CD-er. Da disse ble satt på, roet hun seg ned, sang med på låtene og mimret tilbake til barndommen. Jeg ble tatt med til pikerommet, og sammen fant vi løsninger på hvor hennes nye skammel passet best inn. Jeg opplevde musikken som et tiltak som både stimulerte og gledet henne, da jeg klarte å møte hennes psykiske behov.

I likhet med forskningen til Gold et al. er min erfaring en indikasjon på at musikk kan brukes til å forebygge utfordrende atferd, ved at vi møter personen gjennom en personsentrert tilnærming. En stor forskjell er at forskerne er utdannede musikkterapeuter, og studien er systematisk gjennomført på en profesjonell og kunnskapsbasert måte, hvor min tilnærming var et tiltak i konkrete situasjoner. Samtidig kan vi se til Rokstad, som presiserer at musikk som miljøtiltak kan utføres av faggrupper uten spesiell kompetanse innen musikkterapi (2008, s. 163), og det er nærliggende å tenke at musikk kan tas i bruk av sykepleiere, som et tiltak i personsentrert omsorg. Videre vektlegger Rokstad en bevissthet rundt valg av musikk og hensikten man ønsker å oppnå. Sangtekst kan gi et godt språklig stimuli til personer med redusert verbal funksjon grunnet demenssykdom, men virke støyende for andre. Rytmen i en melodi virke beroligende og avslappende, og gi mulighet til å finne hvile i musikken. Musikklytting bør baseres på en kartlegging av individuelle preferanser (Rokstad, 2008, s. 163-165). Dette er særlig viktig dersom hensikten med musikken er å forebygge utfordrende

atferd. Om vi gjennom musikk klarer å skape trygge og kjente atmosfærer, og gi personen en positiv opplevelse, oppfyller vi Kitwoods mål om ivaretagelse av identitet og den enkeltes psykososiale behov (Kitwood, 1999).

5.5 Juridiske og etiske aspekter

Fokus på pasientens medbestemmelse og brukermedvirkning står sterkt i den personsentrerte omsorgen, og samspill bør baseres på pasientens ønsker (Kitwood, 1999). Personer med langtkommen demens vil ofte ha blitt fratatt sin samtykkekompetanse, men dette er ikke grunnlag for å ignorere pasientens ønsker (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-3). Tvang kan kun utføres dersom liv eller helse står i fare, enten for pasienten selv eller for andre personer rundt. Molven hevder at bruk av tvang i en sykehjemsavdeling, slik som skjermet enhet for demente, kan være nødvendig (2016). Slik tvang vil som oftest bestå i å begrense bevegelsesfriheten ved bruk av låssystemer, og jeg har selv erfart skjermede enheter med både låste og åpne dører. Avdelingene som ikke låser dørene bruker som oftest pasientene peilesendere. Pasientene har da mer bevegelsesfrihet, samtidig som personalet kan finne dem om de vandrer ut av avdelingen. Engedal beskriver motorisk uro og vandring som utfordrende atferd, og som en avgjørende årsak for fast sykehjemsplass (2008). Slik vandring vil trolig ikke opphøre ved innleggelse på sykehjem, og jeg har erfart at tendensen til vandring heller har økt. Dette kan komme av flere årsaker, slik som flyktning fra ukjente omgivelser eller vrangforestillinger om oppgaver de må utføre i hjemmet (Engedal, 2008). Faren ved at pasienter vandrer ut av avdelingen kan være at de ikke finner veien hjem igjen, men også at de kan utsette seg selv og andre for trafikkulykker (Molven, 2016). Fysisk utagering kan også skape utfordringer i en avdeling, og pasienten kan komme til å skade både seg selv og andre (Engedal, 2008). Molven legger tydelig frem hvordan lovverket presiserer at tvang er siste utvei, og at tillitsskapende tiltak skal utprøves først (2016). Det å skape en god relasjon til pasienten, tilegne seg gode kunnskaper om hver enkelt og bygge opp en tillit er avgjørende for å redusere bruken av tvang. Årvåkenheten og kunnskapen til sykepleierne i studien til Hauge et al. beviste at vi kan forebygge utfordrende atferd ved å tidlig oppdage situasjoner som kan eskalere, gjennom å lese og forstå pasientenes kroppsspråk (2014). Slik unngår vi også bruken av tvang.

Lovverket er ikke tilstrekkelig for å løse alle problemer og utfordringer vi møter i hverdagen. Etisk og faglig refleksjon må være en tungtveiende del av de vurderinger vi gjør som sykepleiere (Rokstad, 2008, s. 82).

I alle møter og samspill mellom pasient og pleier ligger det en intensjon om å gi best mulig pleie, og som beskrevet tidligere i oppgaven står nærhetsetikken sentralt for sykepleiere. Deltakerne i studien til Hauge et al. viste evne til å gripe situasjoner med skjønn, og hjelpe pasientene når det var nødvendig (2014). Dette kan ansees som en nærhetsetisk tilnærming, da de var villig til å løsrive seg fra rutiner og normer i avdelingen. Nærhetsetikken utspiller seg i samspillet mellom to personer, og tar utgangspunkt i forståelse av det som skjer konkrete situasjoner (Brinchmann, 2016).

Vi kan møte på mange etiske utfordringer i hverdagen. Lunde fremlegger hvordan lovverket synliggjør et minstekrav og en nedre grense for forsvarlighet, mens etikken fokuserer på idealer og best mulig praksis (2016). Dette kan ha betydning for arbeidet vårt om rammene og organiseringen av avdelingen følger lovverket, men med så lav standard til at vi føler vi bryter med vår egen etikk og moral. Bentham et al., legger frem at majoriteten av tiden til en sykepleier går på journalføring, delegering av oppgaver og “vanlig” stell og pleie (2017). Det kan tyde på at tiden ikke strekker til, og jeg har selv mange vakter bak meg hvor jeg føler jeg kun fikk utført oppgaver med høyest prioritet grunnet lav bemanning og tidspress. Samtidig underbygger sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer at det er riktig å gjøre prioriteringer som tilgodeser pasientene med størst pleiebehov (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Personsentrert omsorg tar utgangspunkt i den enkeltes ønsker, og som sykepleier må vi identifisere og løfte disse frem (Kitwood, 1999). Rokstad beskriver hvordan det i et institusjonsmiljø kan være etisk utfordrende å gi fullstendig individuell pleie til en hver enkelt pasient. Tilbudene må alltid sees i sammenheng med medpasientens behov, og det som tilbys en enkelt må vurderes opp mot hvilke konsekvenser det kan få for medpasientene (Rokstad, 2008, s. 79).

I likhet med Rokstad (2008), beskriver Lunde hvordan en sterk yrkesetikk og god fagkunnskap er grunnleggende forutsetninger for god sykepleie og omsorg (2016). Lovverket lager rammene og styrer helsevesenet vi jobber i, men tradisjonelt sett er det sykepleiernes

sterke yrkesetikk som styrer oss. Vi må ha kunnskap om, og et forhold til begge deler, da både etikken og jussen må sees sammen i praksis (Lunde, 2016). Resultater fra forskning og litteratur viser oss at personsentrert omsorg er god omsorg, som både forebygger utfordrende atferd og øker pasientenes velvære og egenverdi. Dersom avdelingen, i tråd med lovverket, ikke legger opp til personsentrert omsorg, må vi som sykepleiere følge våre etiske instinkter og kjempe som en praksis som samsvarer med Kitwoods teori.

6 Avslutning

Personsentrert demensomsorg som beskrevet av Kitwood, er en praksis som legger til rette for støttende sosiale miljøer, møter pasientene på deres behov og anerkjenner personer med demens som unike og fullverdige mennesker, tross sykdom og kognitiv svikt. Utfordrende atferd er en naturlig del ved sykdomsbildet demens, og må anses som et utløp for følelser og umøtte behov. Så hvordan kan sykepleiere bruke personsentrert omsorg for å forebygge utfordrende atferd hos beboere på sykehjem med en demensdiagnose?

Første trinn ligger i å få implementert personsentrert omsorg som en del av avdelingens verdigrunnlag. Dette kan gjøres ved bruk av modeller, men sykepleieren har en viktig rolle i å formidle behovet for personsentrert omsorg til høyere nivåer. Dementia Care Mapping og Vips Praksismodell hjelper oss å få en økt forståelse av både pasienten og atferden deres, de veileder oss i å se meningen bak pasientenes utfordrende atferd, og kan styrke vår tro på egne evner i møte med pasientgruppen. Å tolke pasientens atferd åpner opp for utarbeiding av tilrettelagte tiltak som kan forebygge utfordrende atferd.

Vi kan forebygge utfordrende atferd gjennom å møte pasientenes psykososiale behov, eller å bruke kommunikasjonsteknikker som hjelper pasienten med å uttrykke seg. Ved å erstatte medikamentell behandling med miljøtiltak fjerner vi en mulig utløsende årsak for utfordrende atferd, og musikk som miljøtiltak stimulerer til ro og avslapping og kan forebygge utfordrende atferd.

En gjennomgående forutsetning er sykepleiers evne til å se pasientens perspektiv og vektlegge pasientens ønsker og behov.

Referanseliste

- Arnold, L., Downs, M., de Lange, J., Pot, A. M., Smit, D. & Willemse, B. M. (2015) Staff-resident interactions in long-term care for people with dementia: the role of meeting psychological needs in achieving residents' well-being. *Aging and Mental Health* (19), s 444-452. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2014.944088>
- Bentham, P., Galant-Mieczikowska, M., Jenkins, C., Oyeboode, J. & Smythe, A. (2017) A qualitative study investigating training requirements of nurses working with people with dementia in nursing homes. *Nurse Education Today* (20), s119-123. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.12.015>
- Brinchmann, B. S. (2016) Nærhetsetikk. I B. S. Brinchmann (Red.) *Etikk i sykepleien* (4. Utg, s. 114-128). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Brodaty, H., Chenoweth, L., Haas, M., Jeon, Y-H., King, M., Luscombe, G., Norman, R. & Stein-Parbury, J. (2009) Caring for aged dementia Care resident study (CADRES) of person-centered care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *The Lancet Neurology* (8), s 317-325. Doi: 10.1016/S1474-4422(09)70045-6
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. Utg). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. Utg).
- Engedal, K. (2008). *Lærebok: Alderspsykiatri i praksis* (2. Utg). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse
- Eriksen, S (2015). Menneskets psykososiale behov. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1.* (2. utg, s 193-205). Oslo: Cappelen Damm.
- Folkehelseinstituttet. (2018, 14. mai). Demens. I Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>

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

Gjerstad, L., Fladby, T & Andersson, S. (Red.) (2013). *Demenssykdommer: Årsaker, diagnostikk og behandling* (1. Utg, kap. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8). Oslo: Gyldendal Akademisk

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), s 667-678. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.790926>

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

Helsedirektoratet. (2017, 22. februar). Personsentrert omsorg og miljøbehandling ved demens. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/demens/personsentrert-omsorg-og-miljobehandling-ved-demens>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens – personen kommer i første række* (1.utg). København: Munksgaard Danmark

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*. (2. utg, s 193-205). Oslo: Cappelen Damm.

Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (red). *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleie – fag og funksjon* (3. Utg, s. 15-27). Oslo: Gyldendal

Akademisk

- Lunde, B. V. (2016) Juss og etikk i sykepleien. I B. S. Brinchmann (Red.) *Etikk i sykepleien* (4. Utg). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5. Utg). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Mjørud, M., Munch, M., Rokstad, A. M. M., Røen, I. & Røsvik, J. (2016). *Implementering av personsentrert omsorg. Fire metoder som utfyller hverandre: VIPS Praksismidell, Dementia Care Mapping, Marte Meo og Planverktøy i demensomsorgen. Temahefte*. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse. Hentet fra <https://butikk.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=8694>
- Norsk Sykepleieforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Orvik, A. (2015) *Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Pfeiffer, R. (2002). *Sykepleier og leder. Den administrative og den faglige sykepleielederens funksjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ranhoff, A. H. & Engh, E. (2014). Eldre og legemidler. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.) *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (2. Utg., s. 184-195). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er – personsentrert omsorg ved demens* (1. utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Rokstad, A. M. M. (2008). I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens. Møte og Samhandling*. (1. Utg., kap. 2, 4, 7, 8). 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>

- Rotegård, A. K., Solhaug, M. & Grov, E. K. (2015). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. (2. utg, s 244-268). Oslo: Cappelen Damm.
- Sneltvedt, T. (2016) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.) *Etikk i sykepleien* (4. Utg, 97-108). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (1. Utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Verdighetsgarantiforskriften. (2010). Forskrift om en verdig eldreomsorg (FOR-2010-11-12-1426). Henter fra <https://lovdata.no/LTI/forskrift/2010-11-12-1426>
- Wogn-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens. Møte og Samhandling*. (1. Utg., s.). Oslo: Akribe AS.