



«Hvordan kan sykepleier forebygge  
utfordrende atferd hos eldre pasienter med  
demens på sykehjem?»

Kandidatnummer: 635

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 9733  
Dato: 23/04-2019



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 23/04-2019
Tittel: Hvordan kan sykepleier forebygge utfordrende atferd hos eldre pasienter med demens på sykehjem?	
<p><u>Problemstilling:</u> «Hvordan kan sykepleier forebygge utfordrende atferd hos eldre pasienter med demens på sykehjem?»</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Det sykepleiefaglige perspektivet tar utgangspunkt i Tom Kitwoods teori om personsentrert omsorg og de psykologiske grunnleggende behovene til pasienter med demens. Oppgaven omhandler hvordan sykepleier kan forebygge utfordrende atferd hos pasienter med demens ved en personsentrert tilnærming. Personsentrert omsorg og implementering av dette i praksis er gjennomgående i oppgaven. Etske og juridiske aspekter er inkludert.</p> <p><u>Metode:</u> I denne bacheloroppgaven er litteraturstudie benyttet som metode, og er derfor basert på allerede eksisterende litteratur. Fag-, pensum- og forskningslitteratur er benyttet, og søkedatabasene Cinahl og Sykepleien forskning er brukt for å innhente relevant forskningslitteratur. Artiklene fra søket som er benyttet presenteres i en artikkelmatrise. I tillegg er det utført et kjedesøk.</p> <p><u>Drøfting:</u> Ved bruk av tre ulike sykepleietilnærminger blir det drøftet hvordan sykepleier kan forebygge utfordrende atferd hos pasienter med demens på sykehjem. Kartlegging, kommunikasjon og musikk som et miljøtiltak er tilnærmingene som blir belyst og drøftet. Videre drøftes problemstillingen ved bruk av teoretisk forankring, forskning, etiske og juridiske aspekter og blir belyst ved bruk av egne erfaringer.</p> <p><u>Konklusjon:</u> I møtet med pasienter med demens med utfordrende atferd må sykepleier legge til rette for en personsentrert omsorg. For at sykepleier skal kunne oppnå en forståelse og tilrettelegge tiltak etter pasienten må en personsentrert tilnærming benyttes. Dette innebærer at tiltakene som iverksettes er basert på kartlegging og at sykepleier har kunnskap om pasientens livshistorie og preferanser. Ved at sykepleier har gode kommunikasjonsferdigheter kan sykepleier evne å forstå hva pasienter uttrykker. Kartlegging kan også bidra til denne forståelsen. Musikk som miljøtiltak kan ha en forebyggende virkning dersom den brukes målrettet og iverksettes på bakgrunn av kunnskap om pasienten.</p>	

(Totalt antall ord: 279)

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Avgrensning og begrepsavklaring .....	2
1.4	Oppgavens disposisjon.....	4
<b>2</b>	<b>Teori.....</b>	<b>5</b>
2.1	Hva er demens? .....	5
2.1.1	Symptomer.....	6
2.1.2	Utfordrende atferd.....	7
2.2	Pasientens juridiske rettigheter .....	7
2.3	Sykepleiers funksjonsområde.....	8
2.3.1	Sykepleierens etiske og juridiske plikter .....	8
2.4	Persontentrert omsorg.....	9
2.4.1	Dementia Care Mapping.....	10
2.4.2	Kartlegging .....	10
2.4.3	Kommunikasjon og relasjoner .....	12
2.5	Musikk som miljøbehandling.....	12
<b>3</b>	<b>Metode .....</b>	<b>13</b>
3.1	Presentasjon av metode .....	13
3.2	Litteratursøk.....	13
3.3	Kildekritikk.....	15
3.4	Etiske overveielser.....	16
<b>4</b>	<b>Presentasjon av forskningsartikler .....</b>	<b>16</b>
<b>5</b>	<b>Drøfting .....</b>	<b>18</b>
5.1	Kartlegging av pasienten for å forstå utfordrende atferd .....	18
5.2	Kommunikasjon til pasienter med demens og utfordrende atferd.....	23
5.3	Musikk som tiltak for å forebygge utfordrende atferd.....	28
<b>6</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>31</b>
<b>7</b>	<b>Litteraturliste.....</b>	<b>33</b>

# 1 Innledning

Ifølge folkehelseinstituttet basert på tall fra World Health Organization er det mellom 80 000 og 100 000 personer i Norge som lever med demens (Folkehelseinstituttet, 2018).

Demensplan 2020 trekker frem at det er store mørketall knyttet til diagnostiseringen av personer med demens, og at det til nå ikke er gjort studier som kan gi et korrekt svar på antall personer med demens i Norge. Derimot er det mer presise tall for forekomsten av demens blant pasienter som bor i sykehjem, og det viser seg at over 80% av pasientene på sykehjem har en demenssykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). I aldersgruppen 80-84 år er forekomsten av demens 17,6% og stiger til omtrentlig 40% ved en alder av 90 år og eldre. Ved stigende alder øker risikoen for demens, og hvis forekomsten av demenssykdom fortsetter slik vil antallet personer med demens nærmest bli fordoblet innen år 2040 (Skovdahl & Berentsen, 2016). Omtrent 70% av pasientene på sykehjem i Norge har atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (Skovdahl & Berentsen, 2016). Det er normalt med flere ulike kombinasjoner av disse symptomene, og dette kan derfor skape svært utfordrende situasjoner for personen med demens, men også for personens pårørende og omgivelser (Skovdahl & Berentsen, 2016). På bakgrunn av dette anser jeg sykepleie til personer med demens og utfordrende atferd som en sykepleiefaglig oppgave.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hovedårsaken til valg av tema er på bakgrunn av erfaringer i praksis hvor jeg var på skjermet avdeling i sykehjem. I møte med denne pasientgruppen stilte jeg meg selv mange spørsmål knyttet til atferden jeg observerte hos pasientene, og opplevde det som en utfordring å imøtekomme dette. Videre fikk det meg til å reflektere rundt hvordan man som sykepleier kan hjelpe pasienten å forebygge denne type atferd. I etterkant har jeg utforsket temaet videre og fikk et innblikk i utfordringene dette kan få for fremtidens helsevesen, men også for pasientgruppen. Spesielt med tanke på at antallet personer med demens kan nærmest bli fordoblet innen 2040, og at omlag 70% av pasienten som bor på sykehjem har atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (Skovdahl & Berentsen, 2016) anser jeg dette som en fremtidig utfordring. På bakgrunn av dette ønsket jeg å videreutvikle min kunnskap og utforske dette temaet i denne oppgaven.

## 1.2 Problemstilling

På bakgrunn av egen interesse og utfordringene som kan oppstå i fremtidens helsevesen har min problemstilling blitt følgende:

«Hvordan kan sykepleier forebygge utfordrende adferd hos eldre pasienter med demens på sykehjem?»

## 1.3 Avgrensning og begrepsavklaring

For å kunne holde meg innenfor oppgavens omfang og rammer har jeg måttet gjøre noen begrensninger. Jeg har valgt å avgrense denne oppgaven ved å skrive om personer med demens som bor på sykehjem, og dermed ekskludert personer med demens som bor hjemme. Med bakgrunn i at personer med demens trenger en tilrettelagt avdeling og omsorg fra helsepersonell også med spesialkompetanse har jeg begrenset oppgaven til skjermet avdeling på sykehjem. En skjermet avdeling eller avdeling for personer med demens defineres som en egen avdeling på sykehjem som er beregnet for pasienter med demenslidelser og med utfordrende atferd. Ofte er pasientene på slike avdelinger fysisk spreke, men ikke egnet til å bo i egen bolig på grunn av sin kognitive svikt. En skjermet avdeling er tilrettelagt for å kunne styrke personer med demens sin mulighet for å kunne orientere seg, og ikke gå seg bort i avdelingen (Hauge, 2016).

Videre vil jeg forholde meg til aldersgruppen 65 år og eldre med bakgrunn i at de fleste med demensdiagnose befinner seg i denne aldersgruppen (Skovdahl & Berentsen, 2016), og ekskluderer dermed yngre personer med demens fra oppgaven. Med tanke på at alle demenssykdommer er progredierende (Skovdahl & Berentsen, 2016), og at forekomsten av utfordrende atferd øker ettersom demenssykdommen utvikler seg, vil jeg derfor forholde meg til moderat og alvorlig grad av demens. Mild grad av demens er ekskludert, og med hensyn til oppgavens omfang velger jeg å ikke skille mellom moderat og alvorlig grad av demens (Skovdahl & Berentsen, 2016). Begrepet pasient vil bli brukt i denne oppgaven da den blir definert i pasient- og brukerrettighetsloven og lyder som følgende «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).

Demens er et syndrom og en diagnose for symptomer som kan være forårsaket av skader og ulike sykdommer (Skovdahl & Berentsen, 2016). Hva som kjennetegner demens og symptomene på dette syndromet vil bli gjort rede for i teorikapitlet.

Utover dette vil fokuset dreies rundt utfordrende atferd hos personer med demens.

Utfordrende atferd beskrives under begrepet atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens, og går under forkortelsen APSD. Jeg vil derfor bruke ordet APSD videre i denne oppgaven og beskrive hva dette begrepet innebærer i teorikapitlet (Skovdahl & Berentsen, 2016). Ifølge Skovdahl & Berentsen (2016) er personsentrert omsorg selve fundamentet i enhver omsorg rettet mot personer med demenssykdom, og oppgaven vil derfor bli skrevet i lys av dette.

## **1.4 Oppgavens disposisjon**

Kapittel 1 består av en innledning med valg av tema, problemstilling og avgrensning samt begrepsavklaring.

Kapittel 2 består av teori. Her presenteres relevant faglitteratur, etiske og juridiske aspekter for oppgaven.

Kapittel 3 består av beskrivelse på metode brukt for oppgaven, kildekritikk og etiske overveielser.

Kapittel 4 presenteres forskningsartiklene som blir brukt i oppgaven systematisk i en artikkelmatrise.

Kapittel 5 består av drøfting. Her trekkes relevant fag- og forskningslitteratur inn for å kunne besvare problemstillingen.

Kapittel 6 består av avslutning. Her presenteres et sammendrag med konklusjon etter drøfting.

Kapittel 7 består av referanseliste.

## 2 Teori

I dette kapittelet vil faglitteratur som er relevant for oppgaven presenteres.

### 2.1 Hva er demens?

Demens er en samlebetegnelse på sykdommer som rammer flere av hjernens funksjonsområder, og avhengig av hvilken sykdom som ligger til grunn vil det utvikle seg med tiden. Alle demenssykdommer er progredierende, slik at personen med demens vil fungere dårlige og bli helt avhengig av hjelp til slutt. Hos noen kan sykdomsforløpet strekke seg opp til 20 år, men hos andre være intenst og kort (Skovdahl & Berentsen, 2016).

Demens er et syndrom for symptomer som kan forårsakes av sykdom og skade, slik at demens i seg selv ikke er en sykdom. Sykdommene som forårsaker demens kan deles inn i tre hovedgrupper; primærdegenerative sykdommer, vaskulær demens og sekundære demenssykdommer (Skovdahl & Berentsen, 2016).

Ved primærdegenerative demenssykdommer skades og dør hjernecellene i et unormalt omfang. Disse sykdommene kan ha pågått en stund før personen og omgivelsene oppdager at noe er galt. Eksempler på sykdommer knyttet til dette er Alzheimers sykdom, frontotemporal demens, Parkinsons sykdom med demens og lewylegemedemens (Skovdahl & Berentsen, 2016).

Vaskulær demens kan debutere brått og plutselig forverre seg. Omtrent hver femte person som får demens har denne typen. Vaskulær demens oppstår ved store eller mange små hjerneinfarkter eller sykdom i arterioler som ligger dypt i hjernevevet (Skovdahl & Berentsen, 2016).

Noen tilstander, skader og sykdommer kan føre til sekundære demenssykdommer. Eksempler på dette er alvorlig og ubehandlet vitamin B12- mangel, rusmisbruk- som ved stort og langvarig alkoholforbruk, svulster, hjerneskader, aids og encefalitt (Skovdahl & Berentsen, 2016)



### 2.1.1 Symptomer

I dette kapitlet vil de kognitive og motoriske symptomene bli kort presentert samt en kort beskrivelse av de ulike gradene av demens. Videre vil de atferdsmessige symptomene bli presentert i kapittel 2.1.2.

Det er både atferdsmessige, kognitive og motoriske symptomer ved demens. Symptomene ved demens varierer etter hvilken del av hjernen som er skadet, og hvilken type demens som personen har fått. Sosiale faktorer, miljøfaktorer og personlige mestringsstrategier har også påvirkning på symptombildet (Skovdahl & Berentsen, 2016).

Ifølge Skovdahl og Berentsen (2016) er redusert hukommelse et av de vanligste symptomene, og oppstår tidlig i forløpet. Dette påvirker både korttids-, langtids og planleggingshukommelsen forskjellig ettersom graden av demens. Videre er svekket oppmerksomhet, språkvansker som afasi og vansker med å orientere seg vanlige kognitive symptomer på demens. Personen kan da ha vansker for å orientere seg i og handle i rom samt å orientere seg for tid og sted. Dette ettersom hvor langt demenssykdommen er utviklet.

Manglende evne til å utføre praktiske handlinger, apraksi, er også et vanlig symptom ved demens, og gjør det vanskelig for personen å forstå samt uttrykke seg. Personen kan blant annet ha problemer med å utføre handlinger på kommando, men fremdeles være i stand til å gjennomføre handlingen i en annen situasjon der personen ikke har fått beskjed om det. Ved apraksi kan personen også mangle evnen til å bruke gjenstander til hva de egentlig er ment som. Et annet vanlig symptom ved demens er agnosi. Ved dette er evnen til å forstå sanseinntrykk manglende (Skovdahl & Berentsen, 2016).

Motoriske symptomer som muskelstyringsproblemer forekommer ved demens og oppstår vanligvis et stykke ut i sykdomsforløpet. Personen kan oppleve balansesvikt, vansker med å sette og reise seg samt svikt i evnen til å utføre glidende og hensiktsmessige bevegelser (Rokstad, 2017).

I Norge brukes det internasjonale systemet ICD-10 som offisiell klassifikasjon av sykdommer. Den kognitive svikten deles inn i tre grader. Mild grad av demens påvirker daglig aktivitet, moderat grad hvor personen ikke klarer seg uten hjelp fra andre og alvorlig grad hvor det er nødvendig med overvåkning og kontinuerlig pleie. Ifølge ICD-10 er

kriteriene for demens svikt i hukommelse, svikt av andre kognitive funksjoner og svekket emosjonell kontroll, sosial atferd eller motivasjon. Personen må også ha bevart bevissthet og tilstanden må hatt en varighet på minst seks måneder (Skovdahl & Berentsen, 2016).

### **2.1.2 Utfordrende atferd**

Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens blir ofte forkortet til APSD. Dette syndromet består av symptomer som blant annet apati, depresjon, angst, vrangforestillinger, aggresjon, agitasjon og hallusinasjoner. Ettersom demenssykdommen utvikler seg øker forekomsten av APSD hos pasienten. Fordelingen av enkeltsymptomer varierer ut fra demenstypen, men de er vanlig hos alle typene (Skovdahl & Berentsen, 2016).

Atferdsendringer blir beskrevet som en måte å uttrykke umøtte behov og mål, og endringene som oppstår skal vurderes ut ifra pasientens tidligere rolle, livshistorie og personlighet (Rokstad, 2017).

## **2.2 Pasientens juridiske rettigheter**

Verdighetsgarantien er sentral for oppgaven da dens formål er å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges slik at den bidrar til en meningsfull, trygg og verdig alderdom hvor individuelle behov blir ivaretatt (Verdighetsgarantien, 2010). Videre er Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenester relevant da dens formål er å bidra til å sikre at pasienter som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets livsførsel, egenverd og selvbestemmelsesrett (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003).

I helse- og omsorgstjenesteloven er det lovfestet at kommunen skal tilby sykehjem eller tilsvarende botilbud for personer som har behov for heldøgnsomsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-2). Videre er pasient- og brukerrettighetsloven sentral for oppgaven da den omhandler å ivareta respekten for den enkelte pasients liv, menneskeverd og integritet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). Loven spesifiserer også at ved gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester har pasienten rett til å medvirke, og at medvirkningen skal tilpasses den enkelte person sin evne til å motta og gi informasjon. Hvis pasienten ikke har samtykkekompetanse har nærmeste pårørende rett til å medvirke i samarbeid med pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

## **2.3 Sykepleiers funksjonsområde**

Yrkesetiske retningslinjer sier at sykepleieren har et ansvar i å ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg og utøve en praksis som forebygger sykdom og fremmer helse, samt å ivareta respekten for den enkeltes liv, integritet og verdighet (Norsk sykepleierforbund, 2016). Når det gjelder eldre pasienter dreier det forebyggende helsearbeidet om å forebygge skade, sykdom og tidlig død. Dette arbeidet har to forskjellige aspekter hvor det første er forebyggende tiltak med hensikt om at den eldre skal oppnå et langt liv med minst mulig sykdom og god funksjon. Det andre aspektet dreier seg om å bevare livskvalitet og funksjon hos kronisk syke og skrøpelige eldre (Ranhoff, 2016).

De forebyggende tiltakene er delt opp i primær-, sekundær- og tertiærforebyggende tiltak. Primærforebyggende tiltak retter seg mot å fremme god helse og forebygge at sykdom og skade oppstår (Ranhoff, 2016).

Sekundærforebyggende tiltak iverksettes etter en hendelse eller hvis det oppstår symptomer. Målet med sekundærforebyggende tiltak er å forhindre nye hendelser som for eksempel nytt fall hos en pasient som tidligere har falt (Ranhoff, 2016).

Ved tertiærforebyggende tiltak handler det om å iverksette tiltak som skal forebygge ytterligere negative konsekvenser av en allerede eksisterende sykdom. Et eksempel på dette er å forebygge utfordrende atferd hos pasienter med demens (Ranhoff, 2016). Jeg vil derfor rette fokuset på tertiærforebyggende tiltak i denne oppgaven da det er relevant for å besvare min problemstilling.

### **2.3.1 Sykepleierens etiske og juridiske plikter**

Sykepleien reguleres av lover og forskrifter samtidig som verdier er forankret i yrkesetiske retningslinjer for sykepleier. Dette gir rammer for utførelsen av sykepleieprofesjonen (Slettebø, 2016).

Ifølge Yrkesetiske retningslinjer skal sykepleier ivareta den individuelle pasient sitt behov for helhetlig omsorg og understøtte livsmot, mestring og håp hos pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2016). Helsepersonelloven har som formål å bidra til kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, tillit til helsepersonell samt sikkerhet for pasienten (Helsepersonelloven,

1999, §1). Nasjonal faglig retningslinje om demens vektlegger at helse- og omsorgspersonell skal tilrettelegge for at personer med demens sine individuelle rettigheter, behov og preferanser ivaretas gjennom personsentrert omsorg og behandling (Helsedirektoratet, 2017). Videre spesifiserer Helsepersonelloven blant annet at sykepleieren har et krav om å utføre arbeidet i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra arbeidets karakter og helsepersonellens kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 1999, §4).

## **2.4 Personsentrert omsorg**

Personsentrert omsorg er et begrep som dukker opp i flere ulike sammenhenger knyttet til helse- og omsorgstjenesten. Betegnelser som pasientsentrert eller individualisert omsorg er tilsvarende begreper og betydningen av denne form for omsorg varierer ut ifra fagmiljøet. Det kan ses på som alt fra en individualisert omsorg til et bredt verdigrunnlag. Det kan innebære alt fra metoder for demensarbeid som livshistoriearbeid og sansestimulering, eller en innfallsvinkel i kommunikasjon med pasienten (Rokstad, 2014). De viktigste prinsippene innenfor personsentrert omsorg omhandler å ha fokus på det enkelte mennesket som unikt og helhetlig, erkjenne at personen er ekspert på eget liv, ha et fokus på pasientens hverdag og respektere personen bak sykdommen og sykdomssvikt (Kirkevold, 2016). Personsentrert omsorg i demensomsorgen er bygget opp rundt de grunnleggende psykologiske behovene identitet, tilknytning, sosial inkludering, trøst, kjærlighet og bekreftelse (Skovdahl & Berentsen, 2016), som Kitwood (1997) beskriver i sin teori om personsentrert omsorg til personer med demens.

Personer med demens skal bli sett som den de er, og det skal legges vekt på kjennskap til personens livshistorie, personlighet, vaner og kulturell bakgrunn (Rokstad & Røsvik). Personsentrert omsorg skal i følge Kitwood (1997) bekrefte personens opplevelse av personverd. Han bruktes ordet «personhood» i sin beskrivelse av hva det innebærer å være en person. Personverd beskrives som den verdi eller status mennesker gir hverandre i gjensidige relasjoner som er basert på respekt, gjenkjenning og tillit. Basert på tilbakemeldinger og signaler vi mottar fra andre vil vi oppleve vår egen verdi som menneske (Rokstad & Røsvik, 2018).

### **2.4.1 Dementia Care Mapping**

En metode for utviklingen av omsorg for personer med demens er Dementia Care Mapping, forkortet DCM. Dette er en metode som stadig justeres og videreutvikles ut fra de erfaringene som blir innhentet i løpet av den tiden den har vært i bruk. Ideen bak DCM er at en eller flere observatører arbeider med personalet i enheten, og brukes som et redskap til å skape forandringer. Man ser spesielt på betingelsene til hva pasientens omgivelser skaper og pasientens reaksjoner, og målet er å fremme forbedring på disse områdene. DCM innebærer en systematisk datainnsamling av pasientens atferd, samt tegn på trivsel og mistrivsel. Observasjoner av både positive og negative hendelser er sentralt i denne metoden, og kan bidra til viten om hvordan pasienten kan møtes for å oppfylle sine behov, eller for å få en oversikt over om pasienten utsettes for samspill med andre som kan virke krenkende eller degraderende på identiteten. Når dataene er innsamlet bearbeides den slik at man får individuelle trivselsvariasjoner, atferdsvariasjoner og koblingen mellom trivsel og atferd. Denne datainnsamlingen gis som en muntlig tilbakemelding til personalgruppen, med refleksjon og åpen dialog i gruppen. I arbeidet med å lage god behandlingsplan for hver enkelt pasient gir denne metoden nyttig informasjon, da den synliggjør forbedringspotensialet både for pasientgruppen og for hvert enkelt individ på en systematisk måte (Rokstad, 2017).

### **2.4.2 Kartlegging**

Når sykepleier bruker kartlegging som verktøy omhandler arbeidet en gjør å innhente data om pasienten og gjøres under samhandling med pasienten. Denne datainnsamlingen utgjør grunnlaget for utarbeidelse av pasientens individuelle tiltaksplan. Det skal utføres kartlegging av pasientens fysiske, psykiske, kognitive og åndelige/eksistensielle behov. Kartleggingen må foregå kontinuerlig siden demens er en progredierende lidelse (Solheim, 2015). For at sykepleier skal kunne få en forståelse av utfordrende atferd må det tilegnes en bred innsamling av informasjon om pasientens bakgrunn, helsemessige forhold, diagnose og relasjonen personen har til omgivelsene (Rokstad, 2017).

For mange pasienter med demens vil nettverket rundt personen gradvis forsvinne. Dette kan føre til at pasienten får et nytt nettverk som kun består av personalet og medpasienter. For å kunne hjelpe pasienten til å mestre dette kan det være nyttig å få et bilde av hvordan pasienten tidligere har levd livet sitt. For at sykepleier skal kunne bistå samt forstå personen med demenssykdom, kan opplysninger som forteller noe om hvem den demensrammede personen

er være hensiktsmessig. Dette gjelder informasjon om pasienten både som ung, voksen, eldre og etter at pasienten ble rammet av demenssykdom. Blant annet informasjon om hvilken bakgrunn pasienten har, hva slags yrke pasienten tidligere har jobbet med, interesser, hobbyer og vaner er nyttig for sykepleier å vite (Solheim, 2015).

Et skjema om personopplysninger, også under navnet «Min livshistorie» kan være et godt verktøy i arbeidet for å få et innblikk og forståelse av pasienten (Vedlegg 1). Opplysningene som kommer frem i dette skjemaet er nødvendig for at sykepleier skal kunne tilpasse seg personen (Solheim, 2015).

For at sykepleier skal kunne forstå hvorfor den utfordrende atferden oppstår må en ha en bred kartlegging for å kunne danne et grunnlag for valg av tiltak. Sykepleier må observere og kartlegge atferden pasienten viser, hva den går ut på, hvem eller hva atferden er rettet mot samt varighet og intensitet. Hvilket tidspunkt atferden oppsto på, og i hvilke situasjoner den oppstår er også viktige elementer i kartleggingen. For å kunne innhente kvantifiserbar data om pasientens atferd kan man bruke kartleggingskjemaer og systematiske observasjoner. Dette er en forutsetning for at sykepleier skal kunne forstå, analysere og evaluere den utfordrende atferden (Rokstad, 2017).

Et verktøy som i økende grad brukes i utredningen av atferdsforstyrrelser er Nevropsykiatrisk evalueringsguide, forkortet til NPI. Verktøyet brukes til en grundig gjennomgang og registrering av ledsagende symptomer ved demens og er basert på intervju av personalet (Vedlegg 2). Intensitet, hyppighet og belastning av følgende symptomer skåres: hallusinasjoner, vrangforestillinger, angst, agitasjon, depresjon, oppstemthet, apati, irritabilitet, mangel på hemninger, nattlig atferd, avvikende motorisk atferd og appetitt samt endringer i spiseatferd (Rokstad, 2017).

Det finnes også et enklere ruteregistreringsskjema som kan brukes (Vedlegg 3). I dette skjemaet registreres døgnvariasjoner på en oversiktlig og enkel måte, og det brukes ulike fargekoder som beskriver de ulike atferdene som registreres (Rokstad, 2017).

### **2.4.3 Kommunikasjon og relasjoner**

Ifølge Eide & Eide (2018) defineres kommunikasjon som en utveksling av signaler og tegn imellom to eller flere personer. Mennesker kommuniserer i hovedsak seg imellom ved bruk av verbale og nonverbale tegn. Den verbale kommunikasjon dreier seg om hvilke ord som blir brukt og sagt, imens den nonverbale kommunikasjonen dreier seg om kroppsspråk og ansiktsuttrykk samt stemmeleie, volum og tempo (Rokstad, 2014). Ofte er de verbale og nonverbale tegnene og signalene sammensatte, som gjør at det ikke alltid er like åpenbart hva pasienten tenker og ønsker. Disse tegnene må derfor tolkes (Eide & Eide, 2018).

Det som bygger, opprettholder og utvikler relasjon er kommunikasjon (Wogn-Henriksen, 2017). Kommunikasjon har en grunnleggende innvirkning på kvaliteten i relasjoner, i livet og kan skape tillit. Kommunikasjon handler om å finne ut hva andre tenker og føler, skape fortrolighet, formidle et budskap eller en beskjed samt å dele problemer og løse de sammen (Rokstad, 2014). Personorientert kommunikasjon innebærer at man ser pasienten som et unikt individ, og ikke utelukkende som en pasient. Denne type kommunikasjon består av ulike ferdigheter som kan brukes slik at de fungerer som støttende, hjelpende og problemløsende for pasienten. Sykepleier må kunne lytte aktivt, observere og fortolke verbale og nonverbale signaler, stimulere pasientens ressurser og selvbestemmelse, formidle informasjon på en forståelig og klar måte samt medvirke til gode løsninger og beslutninger (Eide & Eide, 2018).

Spesielt hos personer som har demens oppstår det utfordringer i kommunikasjon på grunn av en generell kognitiv svikt, men også på grunn av de språkspesifikke sviktene som oppstår ved demens. Personen kan miste evnen til å uttrykke seg og gjøre seg forstått samt å miste evnen til å forstå hva den andre parten prøver å kommunisere. Reduserte kommunikasjonsferdigheter kan føre til forstyrret atferd, agitasjon og økt tilbaketrekking, og flere definisjoner av god livskvalitet peker på kommunikasjon som avgjørende for å oppnå god livskvalitet (Wogn-Henriksen, 2017).

### **2.5 Musikk som miljøbehandling**

Miljøbehandling er en form for behandling som er aktivitetsrettet, og når det gjelder personer med demens er målet at personen skal få hjelp til å bruke sine ressurser maksimalt samt gi trivsel og skape glede for personen. Generelt tar miljøbehandling sikte mot å bedre pasientens sosiale, kognitive og praktiske ferdigheter noe som innebærer å bedre pasientens mestrings- og selvfølelse (Rokstad, 2017). Musikk og sang er vanlige aktiviteter som brukes på mange

sykehjem og kan brukes på flere måter. Pasienten kan både delta aktivt ved sang og dans, eller kun lytte til musikken som spilles (Skovdahl & Berentsen, 2016). Musikk har innvirkning på store deler av hjernen på en gang og er fordelt på mange forskjellige hjernenettverk.

Talespråket i sin motsetning bruker få deler av hjernen. Derfor er evnen til å oppfatte og gi respons på musikk mindre sårbar ved kognitiv svikt, og kan også ved alvorlig demens være bevart over lengre tid. Ferdigheter vi bruker ved musikk som å klappe, knipse eller synge ligger lagret i hjernen i psykomotoriske programmer, og ligger klare til bruk hvis de aktiveres slik Frode Aass Kristiansen beskriver i Solheim (2015).

### **3 Metode**

Metode sier noe om hvordan man bør gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap, og kan ses som et redskap som brukes når man ønsker å undersøke noe, og er en hjelp til å finne informasjonen som trengs (Dalland, 2017).

Dette kapittelet beskriver hvordan jeg har gått frem for å samle inn relevant fag- og forskningslitteratur for å kunne besvare problemstillingen min.

#### **3.1 Presentasjon av metode**

I denne oppgaven er det brukt litteraturstudie som metode for å kunne belyse problemstillingen. Det innebærer at jeg har hentet data fra allerede eksisterende fagkunnskap og forskning slik at jeg kan besvare problemstillingen min (Dalland, 2017).

#### **3.2 Litteratursøk**

I denne oppgaven har jeg brukt pensumlitteratur, annen relevant faglitteratur og forskningsartikler for å kunne besvare problemstillingen. Jeg har etterstrebet å anvende litteratur som i størst mulig grad omhandler målgruppen beskrevet i problemstillingen. Derfor en stor del av den anvendte litteraturen rettet mot pasienter med demens og personsentrert omsorg. For å finne frem til denne litteraturen har jeg brukt referanselisten i pensumlitteratur som omhandler pasienter med demens, og benyttet meg av Lovisenberg bibliotekets-søketjeneste Oria. Her har jeg benyttet meg av søkeord som «personsentrert omsorg», «demens» og «utfordrende atferd» for å finne frem til aktuell faglitteratur. I tillegg har jeg benyttet meg av Lovdata for å innhente relevant lovverk.



For å finne forskningsartikler har jeg brukt Cinahl som en søkedatabase for å få et større omfang av artikler som er relevant innenfor sykepleiefeltet. Sykepleien.no har også blitt brukt som database for søk på bakgrunn sin relevans innenfor sykepleie og Norden. Søkene har blitt utført med relevante søkeord ut fra tema og problemstilling. Jeg har også foretatt et kjedesøk etter å ha lest igjennom litteraturlisten på artikkelen «God omsorg for urolige personer med demens» og fant artikkelen «Quality care for persons experiencing dementia: the significance of relational ethics».

Ved utførelsen av søkene har jeg tatt i bruk noen inklusjonskriterier. Jeg kan kun søkt på artikler som er fra de siste ti årene (2009-2019) og ekskludert studier fra land som Asia, Afrika og Sør-Amerika ettersom dette muligens er av liten grad overførbart til norsk pleiekultur og det norske helsevesenet. Etter å ha utført søk, leste jeg igjennom artiklernes abstrakt slik at jeg kunne velge de artiklene som passet best til min oppgave. Artiklene jeg har brukt i oppgaven er alle fagfelleurdert og utgitt av anerkjente tidsskrifter. Etter søkeprosessen har jeg derfor valgt å inkludere fire forskningsartikler som er relevante for min problemstilling. Utført søk presenteres i tabellen under. Søk i Cinahl ble utført 04/01-2019, og søk i Sykepleien Forskning ble utført 25/01-2019.

Søk	Database	Søkeord/søkekombinasjoner	Avgrensning	Treff	Artikkel
Søk. 1	Cinahl	Dementia	Publisert 2009-2019, fagfelleurdert	32,269	0
Søk. 2	Cinahl	Dementia AND Nursing homes	Publisert 2009-2019, fagfelleurdert	1,728	0
Søk. 3	Cinahl	Dementia AND Nursing homes AND Music therapy	Publisert 2009-2019, fagfelleurdert	42	«Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial
Søk. 4	Sykepleien forskning	Demens	Publisert 2009-2019, fagfelleurdert	99	0
Søk. 5	Sykepleien forskning	Demens AND Sykehjem	Publisert 2009-2019, fagfelleurdert	68	0
Søk. 6	Sykepleien forskning	Demens AND Sykehjem AND Utfordrende atferd	Publisert 2009-2019, fagfelleurdert	10	«God omsorg for urolige personer med demens»

Søk. 7	Sykepleien forskning	Demens AND Dementia care mapping	Publisert 2009-2019, fagfelleurdert	6	«Dementia care mapping – en mulighet for refleksjon og utvikling» & «Hvordan dementia care mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling»
--------	----------------------	----------------------------------	-------------------------------------	---	--

### 3.3 Kildekritikk

Kildekritikk innebærer de ulike metodene anvendt for å konkludere om de kildene som er brukt er troverdige og tilstrekkelige. Hensikten med dette er å vurdere kildene som anvendes og i hvilken grad litteraturer bidrar til å belyse problemstillingen (Dalland, 2017).

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke boken til Tom Kitwood «Dementia Reconsidered» for å kunne belyse teori om personsentrert omsorg. I min besvarelse har jeg forsøkt å bruke ny og oppdatert faglitteratur, men denne boken er fra 1997. Årsaken til dette valget er på grunnlag av at oppgaven bygger på Tom Kitwood sin teori om personsentrert omsorg og de grunnleggende psykologiske behovene. Videre har jeg forsøkt å bruke primærkilder i min besvarelse, og unngå sekundærkilder. Dette på bakgrunn av at sekundærkilder kan være en oversatt versjon av primærkilden (Dalland, 2017). I noen tilfeller har det vært vanskelig å innhente primærkilden med tanke på oppgavens omfang, tid og tilgjengelighet og har kun benyttet meg av sekundærkilder der som jeg har ansett det viktig for å belyse allerede benyttet litteratur og problemstillingen.

Forskningsartiklene som brukes i denne oppgaven er både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. De kvalitative forskningsartiklene har vært nyttig for oppgaven ved at de gir et bilde av opplevelsene og meningene til deltagerne i studien, og de kvalitative forskningsartiklene har vært nyttige ved at de viser til målbar data (Dalland, 2017).

Forskningsartikkelen «Individual musical therapy for agitation in dementia» som er brukt i oppgaven er utført av musikkterapeuter, og beskriver en form for musikkterapi som forutsetter en utdanning som musikkterapeut. Det kan derfor være en svakhet ved

forskningsartikkelen ved at den ikke gir et direkte sykepleiefaglig perspektiv. Til tross for dette vurderer jeg den som relevant for oppgaven ved at den beskriver metoder som sykepleier kan anvende i praksis.

### 3.4 Ethiske overveielser

Der jeg har valgt å trekke inn egne erfaringer fra klinisk praksis har jeg vært nøye med å anonymisere personer og sted, og vise respekt og verdighet ovenfor pasienter og personalet. Ved å trekke inn egne erfaringer fra praksis er dette gjort for å belyse problemstillingen og faglitteraturen, og er ikke brukt som noen påstand.

## 4 Presentasjon av forskningsartikler

Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
Karin Elisabeth Thorvik, Kristin Helleberg & Solveig Hauge, (2014)	«God omsorg for urolige personer med demens»	Sykepleien Forskning nr. 3.	Hensikten med studiet var å utforske og beskrive hva god omsorg kan være for personer med demens i en skjermet avdeling.	Kvalitativ studie med etnografisk metode med feltobservasjoner og feltsamtaler som datainnsamlingsmetode.	Studien viste at god omsorg for personer med demens kjennetegnes ved at de ansatte er fleksible i sin tilnærming, alltid beredt og har god kunnskap og kjennskap til pasienten. Kunnskap om sykdommen, symptomer samt kollegaers kompetanse viste seg å være viktig.
Hanne Mette O. Ridder, Brynjulf Stige, Liv Gunnhild Qvale & Christian Gold (2013)	«Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial»	Aging and mental health, vol. 17, nr.6.	Hensikten med studiet var å undersøke effekten av individuell musikkterapi hos personer med moderat til alvorlig demens i sykehjem. Studien ville også undersøke effekten dette hadde opp mot	Tverrsnitt studie med 42 deltagende personer. 14 sykehjem ble invitert med i studien, og alle deltok. Gjennomførtes ved at en gruppe fikk 6 uker med individuell musikkterapi, og kontrollgruppen fikk 6 uker med standard behandling.	I studien kom det frem at agitasjon ble redusert i gruppen som fikk musikkterapi samt bruken av psykotropiske medikamenter sammenlignet med gruppen som

			bruken av psykotropiske medikamenter og livskvalitet.		fikk standard behandling.
Anne Marie Mork Rokstad & Solfrid Vatne (2011)	«Dementia care mapping- en mulighet for refleksjon og utvikling»	Sykepleien forskning, nr.1.	Hensikten med studiet var å innhente kunnskap om ansattes erfaringer med refleksjonsprosessen som ble igangsatt ved bruk av Dementia Care Mapping og hvilken betydning det hadde for utviklingen av praksis	Kvalitativ studie med bruk av fokusgrupper for å samle inn data om hvilke refleksjoner som oppsto blant de ansatte ved bruk av Dementia Care Mapping.	De ansatte rapporterte at tilbakemeldinger basert på Dementia Care Mapping kartleggingen igangsatte refleksjoner over egen praksis, og ga dem nye måter å møte pasientene på. Det førte til økt selvrefleksjon samt økt refleksjon i fellesskap. Eksempler som kom frem i tilbakemeldingene økte oppmerksomheten av viktigheten for sensitivitet for pasientenes individuelle behov.
Nina Jøranson & Solveig Hauge (2011)	«Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling»	Sykepleien forskning, nr.3.	Hensikten med studiet var å beskrive og utforske personalets langtidserfaringer i en sykehjemsavdeling halvannet år etter at Dementia Care Mapping ble brukt hos én av to mulige personalgrupper. Studien beskriver både erfaringer fra både gruppen som var med i prosjektet, men også gruppen som ikke deltok.	Kvalitativ studie som benytter fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode. Ni deltagere fordelt på to fokusgrupper. Avdelingsleder ble intervjuet individuelt.	Tilbakemeldinger fra personalgruppen som deltok i prosjektet viser at DCM kartleggingen ga et betydningsfullt læringsløft og utviklet praksiskunnskap. En sterk gruppekultur utviklet seg og deltagerne oppfattes som faglig dyktige og endringsvillige. Det så ut til å

					utvikle seg en sprikende pleiekultur med et skjevt styrkeforhold mellom avdelingens personalgrupper da kun den ene delen av personalgruppen deltok.
--	--	--	--	--	---

## 5 Drøfting

Å drøfte innebærer å diskutere og granske noe i lys av forskjellige perspektiv (Dalland, 2017). I dette kapittelet er hensikten å besvare min problemstilling.

### 5.1 Kartlegging av pasienten for å forstå utfordrende atferd

Personsentrert omsorg er et begrep for de verdiene som omhandler vårt menneskesyn, og kommer til uttrykk igjennom samhandling med pasienten med demens (Solheim, 2015). Videre forklarer Solheim (2015) at sykepleier må rette fokuset på hvordan pasienten opplever å leve med sykdommen, fremfor de oppgavene som må utføres. Kirkevold (2016) trekker frem at de viktigste prinsippene innenfor personsentrert omsorg omhandler at sykepleier må ha fokus på mennesket som unikt og helhetlig, erkjenne at pasienten er ekspert på eget liv, respektere personen bak sykdommen og fokusere på pasientens hverdag. Solheim (2015) hevder at hovedmålet med personsentrert omsorg innebærer å understøtte pasientens ressurser og opprettholde pasientens selvstendighet og identitet.

Det er flere utfordringer knyttet opp mot en personsentrert omsorg i dagens moderne helse- og omsorgstjeneste. Rokstad (2014) forklarer jaget etter effektivitet, effekt og en økende vektlegging av måloppnåelse som faktorer som utfordrer og påvirker muligheten sykepleier har for helhetstenkning. Videre trekker hun frem organisasjons- og pleiekulturen som vesentlige faktorer i å etterstrebe et personsentrert og helhetlig arbeid.

Rokstad (2014) trekker frem livshistoriearbeid som en metode i demensarbeidet. Det blir videre beskrevet og vektlagt i Demensplan 2020 at personer med demens skal bli sett som de er, og med en personsentrert tilnærming som vektlegger pasientens livshistorie, personlighet, vaner og kulturell bakgrunn (Helse og omsorgsdepartementet, 2015). Forskning viser også til at god omsorg til pasienter med demens kjennetegnes ved at sykepleier har god kunnskap og kjennskap til pasienten (Thorvik et al., 2014).

Spesielt når det gjelder langtidsrelasjoner og ved kognitiv svikt må sykepleier bidra til å opprettholde og verne om pasientens identitet (Kirkevold, 2016). Rokstad (2014) hevder også at kjennskap til pasientens bakgrunn og livshistorie er avgjørende for å kunne opprettholde pasientens personlige identitet. Identitet er en av de grunnleggende psykologiske behovene som Kitwood (1997) beskriver i sin teori om personsentrert omsorg til personer med demens. For å kunne opprettholde pasientens identitet ved en demenssykdom krever det blant annet at sykepleier har kjennskap til pasientens livshistorie, spesielt med tanke på at pasienten kan ha hukommelsestap relatert til sin sykdom.

Et personopplysnings skjema kan i dette tilfellet være et hensiktsmessig verktøy i arbeidet for å få et innblikk og forståelse av pasienten, og er nødvendig for at sykepleier skal kunne tilpasse seg pasienten (Solheim, 2015). Dette henger også i tråd med Nasjonal faglig retningslinje om demens som vektlegger at helsepersonell skal tilrettelegge slik at personer med demens får ivaretatt sine individuelle rettigheter, preferanser og behov gjennom personsentrert omsorg og behandling (Helsedirektoratet, 2017).

Kirkevold (2016) trekker frem at eldre kan ha ulikt ønske om hvilken grad de ønsker å dele sine livserfaringer med helsepersonell. Dette henger sammen med hvorvidt pasienten opplever at sykepleier viser seg verdig denne tilliten, og om pasienten opplever at sykepleier er oppriktig interessert i pasienten som person. Solheim (2015) forklarer at ettersom sykepleier blir bedre kjent med pasienten kan personen åpne seg mer, og ny informasjon kan komme frem. En annen utfordring ved bruk av dette skjemaet er hvis pasienten ikke husker hendelser og menneskene som har formet livet deres. Kirkevold (2016) forklarer at dette skjemaet derfor kan være nyttig å bruke som en ramme i samtale med pasient og pårørende. I lys av dette er en forutsetning at pasienten har pårørende som kan bidra i en slik samtale. Ikke alle pasienter har pårørende som kan bidra i kartlegging, og det vil derfor kunne oppstå utfordringer for sykepleier å kartlegge pasientens livshistorie og preferanser hvis pasienten

selv ikke husker. Ved at sykepleier får kartlagt informasjon om pasienten som kan brukes for å tilrettelegge individuelle behov, vil det kunne bidra til sikkerhet for pasienten og videre styrke tilliten ovenfor helsepersonellet som beskrevet i Helsepersonelloven (1999, §1).

Videre kan pasientens selvbestemmelsesrett bli truet som en konsekvens av sykdommen og symptomene som oppstår (Johnsen & Smebye, 2017). Ved å innhente informasjon om pasientens livshistorie, preferanser og vaner kan dette bidra til å ivareta pasientens selvbestemmelsesrett som beskrevet i Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenester (2003).

Basert på egne erfaringer kan det oppleves tids- og ressurskrevende å bruke et livshistorieskjema. Kirkevold (2014) forklarer at det er viktig å sette av tilstrekkelig tid og være god forberedt til samtalen. Videre har jeg selv opplevd det utfordrende å skape tid og rom for en slik samtale i en hektisk hverdag med mange gjøremål, slik Martinsen (2013) beskriver det som klokketidens jag i utøvelsen av sykepleie. Hauge (2014) forklarer at i tillegg til de ulike faggruppene på et sykehjem er det også ufaglærte i personalet. I lys av dette kan det oppstå utfordringer når forskjellige personer skal forholde seg og ha god kjennskap til pasienten.

I forbindelse med at sykepleier trenger å ha kunnskap om pasientens bakgrunn, livshistorie og hvor viktig pårørende kan være i kartleggingsarbeidet vil jeg trekke inn et eksempel fra en opplevelse i praksis. Denne pasienten hadde fått plass på sykehjemmet i en skjermet avdeling kun noen dager før min praksis der begynte.

Pasienten hadde en langt kommet demenssykdom med afasi, og strevde med å uttrykke sine behov og preferanser. Pasienten ble urolig kort tid etter å ha sittet i fellesstuen, og begynte å rope og vandre rundt på avdelingen. Personellet på avdelingen prøvde ulike tilnærminger for å berolige pasienten, men ingen ting som ble gjort så til å hjelpe pasienten.

Dagen etter kom pasientens ektefelle for å besøke pasienten og observerte hva som foregikk. Ektefellen satt seg ned med pasient som umiddelbart roet seg ned. Ektefellen fortalte og viste personalet tegninger og malerier pasienten hadde laget opp igjennom sitt liv, og fortalte hva slags betydning dette hadde for pasienten. Ektefelles hadde også tatt med tusjer i ulike farger samt en tegneblokk. Etter at ektefellen dro ble pasienten svært urolig igjen. Her tok vi frem tusjer og tegneblokken og begynte å tegne med pasienten. For første gang ble pasienten helt

rolig, og uttrykket positivt relaterte ord. I etterkant brukte personalet derfor å tegne og male med pasienten i fellesstuen. Dette førte til at pasienten ikke ropte og vandret på samme måten lenger, og på denne måten kunne bidra til å forebygge utfordrende atferd hos pasienten.

Ved at ektefellen opplyste om pasientens tidligere hobbyer ble dette skrevet ned i et personopplysningskjema, og som et tiltak i pasientens behandlingsplan. Dette er relevant ved at eldreomsorgen skal tilrettelegges til at den bidrar til en meningsfull og verdig alderdom som ivaretar individuelle behov (Verdighetsgarantien, 2010). For denne beboeren var det viktig å kunne tegne og male, og ved at helsepersonellet tilrettelagte denne aktiviteten fikk pasienten ivaretatt sine individuelle behov. Ektefellen fikk også medvirke som presisert i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1).

En bred kartlegging må brukes for å danne grunnlaget for behandlingstiltakene som skal iverksettes, og er viktig i forståelsene av hva den utfordrende atferden uttrykker. Det må observeres og beskrives hva slags atferd pasienten viser, hva atferden går ut på, hva eller hvem den er rettet mot, varighet og intensitet (Rokstad, 2017). For at man skal kunne få en forståelse, analysere og evaluere er det en forutsetning at det innhentes kvantifiserbar data om utfordrende atferd som observeres hos pasienten. I dette arbeidet kan sykepleier bruke systematiske observasjoner og kartleggingsskjemaer. NPI baserer seg på intervju av personalet og gir en grundig gjennomgang samt registrering av utfordrende atferd hos pasienter med demens, eller så kan det også brukes et ruteregistreringsskjema som er noe enklere (Rokstad, 2017).

Jeg vil derfor bruke et eksempel til fra egen praksis til å kunne forklare videre hvordan vi brukte et ruteregistreringsskjema i kartleggingen av utfordrende atferd hos en pasient.

Pasienten på avdelingen var tidvis svært forvirret og virket nedstemt. Vi brukte derfor dette skjemaet til å fylle inn med ulike farger ut ifra om pasienten var våken, virket nedstemt, virket forvirret, hadde fått beroligende eller sov. Ut ifra dette fikk vi i løpet av noen dager oversikt over når på døgnet pasienten var forvirret eller viste tegn på nedstemthet. Dette gjorde at vi kunne iverksette tiltak med den hensikt om å være tidlig ute, og forebygge symptomene som oppsto. Videre ut i kartleggingen, ved bruk av samme skjema, kunne vi da evaluere om tiltakene som hadde blitt iverksatt fungerte for pasienten. Det vi så var at enkelte dager var det svært korte perioder, eller et absolutt fravær av symptomer etter at det hadde blitt iverksatt



tiltak rettet mot de tidspunktene pasienten tidligere hadde vist symptomer på. Ved å gjøre dette kunne vi ved hjelp av kartleggingen ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg, og understøtte livsmot og mestring slik som beskrevet i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleier (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Etter min erfaring kan det også være ulemper ved bruk av et slikt skjema. Med tanke på at det kan være opptil flere i personalet som skal forholde seg til pasienten og utføre kartleggingen. I tillegg vil helsepersonellens kvalifikasjoner kunne variere på en sykehjemsavdeling (Hauge, 2014). I lys av dette kan det føre til at kartleggingen bli preget av individuelle tolkninger av atferden som registreres hos pasienten. Rokstad (2017) forklarer at et ruteregistreringsskjema på den ene siden kan gi rask oversikt over effekten av et iverksatt tiltak, men på den andre siden virke begrensende ved at den ikke gir like god oversikt over hvilke situasjoner atferden oppstår i.

Dementia Care Mapping er en metode for utviklingen av omsorg for personer med demens (Rokstad, 2017). Metoden bygger også på teorien om personsentrert omsorg (Skovdahl & Berentsen, 2016) og skal gi en bevisstgjøring om de psykologiske holdningene som uttrykkes i praksis (Rokstad, 2017). Det gjøres systematiske observasjoner av atferd, aktivitet, velvære og trivsel hos pasienten med demens, og spesielt når det gjelder observasjoner knyttet til pasientens atferd vektlegges interaksjon og samhandling med personalet og medpasienter (Skovdahl & Berentsen, 2016; Rokstad, 2017). Videre gjøres det også observasjoner og beskrivelser av negativ og positiv omsorgspraksis. Ifølge Rokstad (2014) innebærer en positiv omsorgspraksis at de grunnleggende psykologiske behovene blir møtt. En negativ omsorgspraksis dreier seg om hendelser der de grunnleggende psykologiske behovene blir oversett, eller underkjennes av helsepersonellet. Rokstad (2014) skiller også mellom positive hendelser ved at personverdet bekreftes, eller ved at personverdet krenkes som et følge av negative hendelser.

På bakgrunn av de observasjonene planlegges det individuelle og tilrettelagte tiltak for pasienten. Formålet med DCM er å hjelpe helsepersonellet til refleksjon og større bevissthet rundt holdningene som uttrykkes gjennom måten de samhandler og kommuniserer med pasienten (Skovdahl & Berentsen, 2016). I en studie utført på en sykehjemsavdeling i Norge kommer det frem at DCM som metode kan være nyttig i utviklingen av demensomsorgen. Ved å innføre DCM uttrykte den deltakende personalgruppen at prosessen hadde økt deres

bevissthet rundt egen atferd i samhandling med pasientene. Studien viste også at DCM kartleggingen hadde ført til systematiske samt spontane refleksjoner blant personalgruppen. Deltakerne forklarte at de hadde brukt refleksjonene som oppsto direkte i vurderingen av egne og andres samhandling med pasientene. Dette førte til endringer ved utførelsen av praksis, men skapte også en trygghet (Rokstad & Vatne, 2011).

DCM er derimot en metode som har fått innvendinger på at den er både tid- og ressurskrevende (Beavis, Simpson & Graham, referert i Rokstad & Vatne, 2011). Deltagerne i studien til Rokstad & Vatne (2011) uttrykket videre et sterkt behov for at mer tid skulle bli satt av til felles refleksjon, og noe som i lys av egne erfaringer fra praksis kan skape utfordringer i en travle hverdag. Dette forklares i studien til Jøranson & Hauge (2011) hvordan noen av deltagerne brukte mye tid på å beskrive sin travle arbeidshverdag og at det virket som dette overskygget over hva de hadde lært ved bruk av DCM metoden. Videre forklarer de at for å forhindre at det oppstår skjevhet i pleiekulturen bør også hele personalgruppen delta ved en slik endringsprosess. I lys av dette kan DCM derfor gi sykepleier en trygghet ved utførelse av omsorg til personer med demens, men er også en utfordring å implementere i praksis da det er tid- og ressurskrevende.

## **5.2 Kommunikasjon til pasienter med demens og utfordrende atferd**

Rokstad (2014) hevder at praksis tidligere har vært preget av en fragmentert ideologi med fokus på sykdom og medisin, men at fokuset på relasjonsbygging, helhetstenkning og samarbeid basert på pasientens behov har vært økende de siste årene.

Som sykepleier må man kommunisere med pasienter i ulike livssituasjoner, roller og posisjoner. Dette krever at sykepleier må både gi og ta imot informasjon, trøste, forklare og forstå. Kommunikasjon beskrives som en grunn dimensjon i alt helsearbeid og menneskeliv, og en sentral utfordring for god kvalitet i tjenestene er å kunne bli bedre i kommunikasjon. Dette belyser behovet for at sykepleier må tilrettelegge slik at kommunikasjonen med pasienter blir best mulig, og øke sjansen for en felles forståelse i samhandling. Når det omhandler samhandling med pasienter med demens blir dette behovet ekstra stort (Wogn-Henriksen, 2017). Powell, Hale & Bayers, referert i Wogn-Henriksen (2017) hevder at reduserte kommunikasjonsferdigheter fører til forstyrret atferd og agitasjon hos pasienten.

Ifølge Eide & Eide (2018) innebærer god profesjonell kommunikasjon at kommunikasjonen er personorientert. Det vil si at man ikke ser pasienten utelukkende som en pasient, men som et unikt individ med iboende ressurser og muligheter, egne prioriteringer, verdier, mål og ønsker når det gjelder sin egen livssituasjon og helse. Dette beskrives av Smebye (2017) som en jeg-du-tilnærming, som innebærer en dialog mellom sykepleier og pasient hvor personen er i fokus, og ikke sykdommen.

Rokstad & Røsvik (2018) trekker frem at personsentrert omsorg skal bidra til å bekrefte pasientens opplevelse av personverd. Videre forklarer Kitwood (1997) viktigheten av å møte de grunnleggende psykologiske behovene for å kunne bekrefte pasientens opplevelse av verdi som et menneske, og han påstår at hvis en ikke møter disse behovene vil ikke mennesket være funksjonelt.

Pasienter med demens er spesielt utsatt for å oppleve en krenkelse av personverdet på grunn av sin kognitive svikt og endrede funksjonsnivå som skaper utfordringer i pasientens hverdag. På den ene siden kan pasientens personverd forsømmes ved å ignorere, avbryte, umyndiggjøre eller stigmatisere pasienten (Rokstad & Røsvik, 2018). Smebye (2017) beskriver dette som en jeg-det-tilnærming. Hvor pasienten blir et objekt hvor oppmerksomheten er rettet mot sykdommen. Dette er hva Kitwood (1997) beskriver som den ondartede sosialpsykologi, og som han uttrykker er svært skadelig for pasientens personverd. Han hevder dette nødvendigvis ikke hender på grunn av onde intensjoner, derimot gammel pleiekultur.

På den andre siden trekker Rokstad & Røsvik (2018) inn flere eksempler på hvordan sykepleier kan bekrefte pasientens personverd. Dette igjennom inkludering i et sosialt felleskap, ved ekte og åpen kommunikasjon, anerkjenne pasienten som et unikt individ og å ha en aksepterende holdning til valgene pasienten tar.

I studien til Thorvik & Hauge (2014) viste helsepersonellet stor grad av fleksibilitet i sin yrkesutøvelse ved at de tålte rutinebrudd, uorden og at de tålte pasientens opptreden. De ansatte brukte isteden rutiner som en fleksibel ramme, og var svært årvåkne slik at de kunne utnytte gyldne øyeblikk. Videre kom det frem at kjennskap til pasientens rutiner og væremåte var av betydning i hvorvidt personellet lyktes med å hjelpe pasienten i ulike situasjoner. På denne måten kan sykepleier opptre med en aksepterende holdning som anerkjenner pasienten

som et unikt individ, og som henger i tråd med beskrivelsen til Rokstad & Røsvik (2018) om hvordan sykepleier kan bekrefte pasientens personverd.

Thorvik & Hauge (2014) beskrev også at fleksibilitet blant helsepersonellet i dette studiet var dominerende, og viste denne egenskapen igjennom omprioritering av egne arbeidsoppgaver og anerkjennelse av medarbeidere som ikke fikk til å hjelpe en pasient der og da. Flexibilitet ble på denne måten en kollektiv tilnæringsmåte og ikke bare en individuell egenskap. I lys av dette studiet og egne erfaringer fra praksis kan det bli en utfordring dersom hele personalet ikke bidrar med en fleksibel tilnærming i praksis. Dette er også noe forfatterne i dette studiet stiller seg kritisk til.

Rokstad (2014) trekker frem at når sykepleier kommuniserer med pasienter med demens bør ordene som brukes være direkte og enkle. For å kunne unngå misforståelser må ordene som brukes være minst mulig tvetydige, og ha en spesifikk mening. Hun anbefaler heller ikke at man har flere budskap i samme setning, noe som kan føre til misforståelser. Videre forklarer Wogn-Henriksen (2017) at kommunikasjonsprosessen blir utfordret i kommunikasjonen til en pasient med demens, og pasientens evne til å forstå og bli forstått blir påvirket. Dette på bakgrunn av både generelle kognitive og språkspesifikke sviktene som oppstår ved denne typen sykdom. Videre hevder hun at behovet for å kommunisere ligger dypt i mennesket, og tross i en demensprosess er det ingen ting som tyder på at dette behovet blir mindre.

Rokstad (2014) forklarer at sykepleier må være bevisst på sine egne følelser ved kommunikasjon med pasienten, fordi de har en betydelig grad av innvirkning på relasjonen mellom pasient og sykepleier. Via stemmeleiet og håndlag kan følelser som sinne, utålmodighet og engstelse komme til uttrykk for pasienten. Dette gjelder også positive følelser som varme og glede. Hun trekker også frem at en vesentlig faktor når man kommuniserer med eldre pasienter og spesielt pasienter med demens er bevissthet av tempoet i kommunikasjonen. Hun forklarer at ofte kan det være nødvendig å legge inn pauser og avvente en respons fra pasienten slik at man senker og avpasser tempoet.

Mennesker kommuniserer både verbalt og nonverbalt, og den nonverbale kommunikasjonen viser størsteparten av hva vi faktisk uttrykker (Rokstad, 2014). Eide & Eide (2018) beskriver det slik at man må lytte aktivt til hva som faktisk sies, også det som uttrykkes nonverbalt.

Derfor må sykepleier forholde seg åpent og anerkjennende til pasienten, noe som forutsetter at man er oppmerksomt til stede.

Ifølge Rokstad (2017) må den utfordrede atferden sykepleier observerer hos pasienten ses som en form for kommunikasjon. Når den verbale tradisjonelle kommunikasjonskanalen forsvinner, må atferden ses som et forsøk og en form for kommunikasjon fra pasientens side. Hun trekker frem at atferdsforandringer knyttet til en demensutvikling har blitt beskrevet som både voldelig, aggressiv eller vanskelig atferd. Videre understreker hun at de atferdsforandringene som observeres ikke skal betraktes som avvik, men isteden som reaksjoner på endret livssituasjon og kan være forårsaket av udekkede behov. Denne typen form for atferd kan oppleves som problematisk for pasientens omgivelser. Med tanke på de endringene som oppstår ved hjerneorganiske forandringer hos pasienten, som også endrer personens mulighet for kommunikasjon og livsutfoldelse, er det derimot en forståelig reaksjon hos pasienten som observeres. Dette understøttes i Sellevold, Egede-Nissen, Jakobsen & Sørli (2013) sin studie, hvor det kom frem at når pasientenes verbale språk forsvant ble det erstattet av en nonverbal kommunikasjonsform. Pasienten bruker derfor nonverbale tegn og signaler for å uttrykke sine behov og følelser. Videre beskrives det at kvalitetspleie i denne sammenheng innebærer at sykepleier evner å sanse og forstå pasientens nonverbale uttrykk, og at sykepleier aktivt må bruke sine visuelle og auditive sanser.

I forbindelse med dette vil jeg trekke inn et eksempel av egen opplevelse fra praksis som viser hvordan pasienten uttrykte sitt behov ved hjelp av nonverbal kommunikasjon. Pasienten hadde afasi, og trengte støtte og veiledning ved mobilisering. I forbindelse med at denne pasienten hadde et behov for å gå på toalettet gned pasienten seg på magen, og lagde høylytte lyder. Dette kunne skape uro blant de andre pasientene på avdelingen, men personalet visste hva dette betydde og var raskt ute med å følge pasienten til toalettet. Dette henger i tråd med at sykepleier må se atferden som observeres som en kommunikasjonsform, og et forsøk på å formidle et udekket behov (Rokstad, 2017).

Videre spesifiserer Helsepersonelloven at sykepleier har et krav om å utføre arbeidet sitt i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra arbeidets karakter og kvalifikasjonen til helsepersonellet (Helsepersonelloven, 1999, §4). I denne sammenheng er da spørsmålet om faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp kan være at sykepleier observerer og iverksetter tiltak ut fra de nonverbale tegnene pasienten uttrykker.

Rokstad (2014) trekker frem at behandlingstiltakene som iverksettes må rettes mot faktorene som ligger bak atferden. For at sykepleier skal kunne forstå atferdsendringer hos pasienten med demens må sykepleier gjennom en empatisk tilnærming innta pasientens opplevelsesperspektiv. Sykepleier må vurdere situasjonen pasienten er i og sin rolle knyttet til atferden som pasienten uttrykker, og videre justere sin væremåte ut fra pasienten (Rokstad, 2017).

Wogn-Henriksen (2017) forklarer at bare det å snu ryggen til den andre parten, eller være taus kan bli betraktet som svært effektiv kommunikasjon. Videre forklarer Rokstad (2014) at et smil kan være det viktigste virkemiddelet vi har ved at det er inkluderende og viser tegn på aksept. Det bidrar også til å opprette og holde kontakten mellom sykepleier og pasient. Rokstad (2014) forklarer at det å stå foran pasienten slik at eget kroppsspråk blir tydeligere gjør det lettere å opprettholde kontakt med pasienten. Noe som også er viktig samt øker sjansen for at pasienten er fokusert på budskapet sykepleier ønsker å formidle, er øyekontakt.

Når sykepleier kommuniserer med pasienten må responsen man får tilbake tolkes. Hvis pasienten virker rastløst, eller flakker med blikket kan dette vært tegn på at man ikke har nådd inn til pasienten. Eide & Eide (2018) forklarer videre at måten sykepleier tolker pasienten nonverbale tegn ikke nødvendigvis er helt presise, og at det pasienten uttrykker kan være noe annet enn hva sykepleier tolker det som.

Berøringen er en nonverbal kommunikasjonsform og som gjerne er involvert i omsorgen til pasienter, og spesielt i still situasjoner. Berøring har flere funksjoner, og kan blant annet formidle omsorg og empati (Eide & Eide, 2018). Trøst er en av de psykologiske behovene Kitwood (1997) beskriver at pasienter med demens har et grunnleggende behov for. Ved hjelp av berøring kan sykepleier gi trøst og formidle medfølelse og støtte til pasienten, som igjen kan bidra til å forebygge utfordrende atferd. Videre kan berøring også bidra til å skape trygghet og bekreftelse hos pasienten. Det trekkes frem at mange eldre opplever forakt mot egen kropp, og kan oppleve seg selv som frastøtende og urørbar. Ved bruk av berøring i slike tilfeller kan det bidra til å motvirke pasientens egenforakt, og styrke pasientens integritet og egenverdi (Eide & Eide, 2018).

Berøring kan også ha en negativ effekt på pasienten. Ikke alle pasienter opplever glede og trygghet av berøring, og kan derimot oppleve det som påtrengende og krenkende. Når kroppen ikke fungerer helt som den skal kan pasienten oppleve en forsterket følelse av skam over egen kropp. Derfor må sykepleier være oppmerksom på pasientens reaksjoner til berøring, være sensitiv og respektere pasientens private områder (Eide og Eide, 2018). Rokstad (2014) forklarer at infeksjonssykdommer og andre somatiske helseproblemer er noe eldre pasienter med demens ofte opplever i tillegg til sin demenssykdom. Dette kan føre til brå atferdsforandringer og en forvirringstilstand hos pasienten. Dette kan mistolkes som en forverring av pasientens demensutvikling fremfor en somatisk årsak. Med tanke på at denne pasientgruppen i mange tilfeller mangler språk og evnen til å kommunisere må sykepleier undersøke om det kan være en somatisk sykdom som ligger til grunn for at pasienten endrer atferd.

Rokstad (2014) hevder at det i mange tilfeller er omgivelsene som gir en direkte påvirkning på pasienten. Dette kan være i form av å bli utsatt for stimuli som pasienten ikke klarer å sortere på grunn av sin kognitive svikt, og ved sosial utrygghet. At pasienten opplever utfordringer ved språkproblemer kan føre til at pasienten endrer atferd og skaper frustrasjon.

### **5.3 Musikk som tiltak for å forebygge utfordrende atferd**

Ved å kartlegge pasientens forhold og preferanser til musikk kan tiltaket tilpasses til den enkelte pasient. Ved samtale med pasient og pårørende kan sykepleier innhente denne informasjonen om pasienten (Rokstad, 2017). Her kan eksempelvis et personopplysningsskjema brukes for å skape en ramme for innhenting av informasjon i samtalen (Kirkevold, 2016). Identitet er en av de grunnleggende psykologiske behovene som Kitwood (1997) beskriver i sin teori om personsentrert omsorg til personer med demens, og ved bruk av en personsentrert tilnærming vil musikk kunne styrke pasientens opplevelse av identitet og egenverd (Rokstad, 2017).

Som nevnt i avsnitt 2.5 er musikk og sang en vanlig aktivitet på mange sykehjem og kan brukes på flere ulike måter. Fordelen med denne formen for miljøbehandling er at den er enkel å tilpasse den enkelt pasient, og gjør det derfor mulig for pasienten å delta hvis personen selv ønsker (Skovdahl & Berentsen, 2016). Videre hevder Frode Aass Kristiansen i Solheim (2015) at musikk kan bli en av de få tingene pasienten har glede av, til og med til

tross for at pasienten ikke har vært spesielt interessert av musikk tidligere i livet. Rokstad (2017) forklarer videre at den språklige stimuli som finnes i musikk vil kunne ha en effekt på pasienter med redusert verbal språkevne.

Musikkens rytmer kan påvirke pasienten på mange ulike måter. Den kan gjøre pasienten både glad, trist, våken eller gi pasienten et ubehag. Det er derfor viktig at sykepleier innhenter kunnskap om pasientens forhold til musikk. Dette innebærer at sykepleier må vite hva slags musikk som skaper ubehag eller glede for pasienten (Skovdahl & Berentsen, 2016).

Kitwood (1997) forklarer at jo mer kunnskap man har om pasientens fortid og interesser, jo mer sannsynlig er det at man kan imøtekomme behovet for beskjeftigelse. Dette innebærer opplevelsen av å være en del av noe personlig betydningsfullt og styrker pasientens ressurser. Hvis man ikke har kunnskap om personens preferanser innenfor musikk kan man risikere å iverksette et tiltak som ikke samsvarer med den enkelte pasients interesser og behov. Dette kan føre til meningsløshet og apati hos pasienten, og kan bidra til å utløse utfordrende atferd fremfor å forebygge den. Videre forklarer Frode Aass Kristiansen i Solheim (2015) at musikk også kan ha en negativ innvirkning og skape ubehag hos pasienten. Dette ved å bringe tilbake vonde minner og følelser. Sykepleier må derfor kartlegge hva slags musikk som burde unngås slik pasienten ikke opplever ubehag knyttet til musikken som spilles.

En forutsetning for å kunne bruke en hensiktsmessig form for musikk i miljøbehandlingen er at sykepleier tar utgangspunkt i pasientens interesser, men også at aktiviteten tilpasses pasientens hverdagslige funksjoner (Rokstad, 2017).

Frode Aass Kristiansen i Solheim (2015) forklarer at pasientens pårørende kan være nyttig i arbeidet med å innhente informasjon om pasientens preferanser innenfor musikk. Spesielt hvis pasienten selv ikke lenger evner å videreformidle egne interesser og behov. Hvis ikke pasienten er i stand til å uttrykke sine preferanser eller ikke har pårørende som informere om dette, kan sykepleier bruke en preferanse-CD med lytteeksempler og spille av for pasienten. Ved å observere pasientens nonverbale tegn kan sykepleier kartlegge hva slags musikk som faller i smak hos pasienten.

Ridder et al., (2013) har i sin studie undersøkt effekten individuell musikkterapi hadde på pasienter med en moderat til alvorlig grad av demens og symptomer på utfordrende atferd.



Studien hadde en personsentrert tilnærming ved at målene var å møte pasientens psykologiske behov og styrke pasientens personverd. Pårørende hadde på forhånd deltatt i kartlegging av pasientens livshistorie og preferanser slik at musikkterapeutene hadde informasjon om deltagende pasienter.

Rokstad (2017) forklarer at musikkterapi kan omhandle alt fra profesjonell musikkterapi hvor pasienten selv deltar aktivt, til at pasienten kun lytter til sin egen favorittmusikk. Videre forklarer hun at store deler av denne typen tilnærming derfor kan gjøres av andre faggrupper uten at en utdannet musikkterapeut er med i bildet.

Når det gjelder bruk av musikk i demensomsorgen kan det ifølge Rokstad (2017) deles i to metoder. Den ene metoden dreier seg om å øke aktivitetsnivået hos pasienten og den andre metoden brukes til å dempe angst, uro og stress hvor dette er hensiktsmessig.

For å øke aktivitetsnivået hos pasienter som viser symptomer på utfordrende atferd ved nedstemthet eller passivitet kan sykepleier bruke musikk som aktiviserer pasienten. Dette gjøres gjerne i en gruppe, og ved bruk av rytmiske elementer som kan regulere pasientens årvåkenhet (Rokstad, 2017). Videre beskriver Kitwood (1997) inklusjon og tilknytning som to av de grunnleggende psykologiske behovene for personer med demens. Ved å involvere pasienten i gruppeaktiviteter som involverer musikk kan sykepleier bidra til at pasienten opplever følelsen av inklusjon og tilknytning. Rokstad (2017) hevder at musikkaktiviteter i gruppe kan på denne måten bidra til å motvirke isolasjon og ensomhet hos pasienten. Solheim (2015) forklarer at musikk kan gjøre det enklere for personer med demens å delta på en verdig måte i samspill med andre og kan skape verdifulle mestringsopplevelser for pasienten.

Eldre kan ofte ha sanse- og synstap i form av hørsel- og synstap (Wogn-Henriksen, 2017). Rokstad (2017) forklarer at hvis pasienten havner i en situasjon og opplever problemer med mestring kan dette true pasientens selvbylde, og skape en følelse av utilstrekkelighet. I lys av dette kan musikk i en gruppesammenheng også skape en potensielt uhensiktsmessig situasjon for pasienten.

Rokstad (2017) forklarer at hvis pasienten viser symptomer på utfordrende atferd igjennom uro, stress og angst kan det være hensiktsmessig å bruke musikk for å redusere aktivitet- og spenningsnivået. For at sykepleier skal kunne hjelpe pasienten med å finne ro og hvile bør det

vektlegges at musikken er kjent for pasienten, slik at den virker trygghetsskapende. Dette innebærer at musikken som spilles er i et rolig tempo og med en rytme som virker avslappende og beroligende for pasienten. På denne måten kan musikk dermed bidra til å forebygge utfordrende atferd.

Sykepleier må videre være observant på pasientens nonverbale tegn. Dette i forbindelse med at det avspilles musikk med hensikt for å lindre uro og angst. Dette på bakgrunn av at musikken kan føre til at pasienten blir overstimulert, og vil på denne måten dermed kunne virke imot sin hensikt slik Frode Aass Kristiansen beskriver i Solheim (2015).

I studiet til Ridder et al., (2013) kom det frem at individualisert musikkterapi virker til å ha en reduserende effekt på utfordrende atferd hos pasienter med demens, sammenliknet med vanlig pleie. Det kom også frem i resultatene at pasientene opplevde økt velvære og livskvalitet ved bruk av individualisert musikkterapi. Videre forklarer Ridder et al., (2013) at en forutsetning for at musikkterapi skal være vellykket er at både pårørende og personalet viderefører den positive effekten fra musikkterapien inn i pasientens hverdag.

Rokstad (2017) forklarer at ved å bruke musikk vil målet være å oppmuntre pasientene til sosial deltakelse, gi gode opplevelser, vekke minner og redusere uro og stress hos pasienten. Som nevnt er det også utfordringer som kan gjøre at musikk virker imot sin hensikt, men musikk som et miljøtiltak kan være en god metode i sykepleiers arbeid for å redusere og forebygge utfordrende atferd hos pasienter med demens.

## **6 Avslutning**

I denne oppgaven har jeg belyst problemstillingen ved bruk av tre ulike tilnærminger som sykepleier kan bruke i arbeidet for å forebygge utfordrende atferd hos eldre pasienter med demens. Fag-, pensum- og forskningslitteratur har blitt brukt for å kunne drøfte og belyse ulike perspektiver på tiltak og hvilken effekt tiltakene har ved utfordrende atferd.

Personsentrert omsorg er gjennomgående i oppgaven, og for at sykepleier skal kunne oppnå en forståelse og kunne tilrettelegge tiltakene etter pasienten ligger en bred kartlegging av pasienten som grunnlag. Dette krever at sykepleier har en personsentrert tilnærming, og innhenter kunnskap om pasientens livshistorie og preferanser. Videre vil kartlegging danne et

grunnlag for at sykepleier kan oppnå en forståelse av hvorfor utfordrende atferd oppstår hos pasienten. Ved hjelp av denne informasjonen kan sykepleier iverksette individuelle tiltak og evaluere effekten av iverksatt tiltak ved hjelp av systematisk kartlegging. Kommunikasjon kan forebygge utfordrende atferd ved at sykepleier har gode kommunikasjonsferdigheter, og kan observere og tolke pasientens nonverbale tegn. Videre krever dette at sykepleier er oppmerksomt tilstede, har kunnskap om den enkelte pasient, og er reflektert og konsekvent i forhold til egne holdninger og handlinger. Musikk som miljøterapi kan ha en forebyggende effekt hvis sykepleier bruker dette målrettet. Videre må musikken være basert på pasientens preferanser og innebærer at sykepleier har kjennskap til pasientens livshistorie.

De tre tilnærmingene som er drøftet og belyst i denne oppgaven kan alle ha en forebyggende effekt på utfordrende atferd hos eldre pasienter med demens. Dette forutsetter at tiltak som iverksettes er målrettet og er iverksatt på bakgrunn av kunnskap om pasienten.

## 7 Litteraturliste

- Aldring og helse. (u.å). *Døgnregistreringsskjema*. Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/skalaer-og-tester/>
- Aldring og helse. (2011). *Nevropsykiatrisk evalueringsguide*. Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/skalaer-og-tester/>
- Aldring og helse. (2012). *Personopplysningsskjema – min livshistorie*. Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/skalaer-og-tester/>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.Utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eide, H. & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling og etikk*. (3.Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Folkehelseinstituttet. (2018). Folkehelse rapporten: Demens. Hentet 04. Desember 2018 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/#datagrunnlag>
- Hauge, S. (2016). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.) *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den eldre pasienten* (2. Utg., s.265-283). Oslo: Gyldendal akademisk
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje om demens*. Hentet fra <https://app.magicapp.org/app#/guideline/2273>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020*. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan\\_2020.pdf](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/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell mv. (LOV-1999-07-02-64) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Johnsen, L. & Smebye, K. L. (2017). Bruk av tvang i demensomsorgen. I A.M.M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: møte og samhandling* (s.207-231). Oslo: Cappelen Damm

Jøranson, N. & Hauge, S. (2011). Hvordan kan Dementia Care Mapping påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling. *Sykepleien forskning*. 4(6), 376-382. Doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0187

Kirkevold, M. (2016). Kartlegging. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.) *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den eldre pasienten* (2. Utg., s.122-144). Oslo: Gyldendal akademisk

Kirkevold, M. (2016). Personsentrert og individualisert sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.) *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den eldre pasienten* (2. Utg., s.106-121). Oslo: Gyldendal akademisk

Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Berkshire: 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. (FOR-2003-06-27-792) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Martinsen, K. (2013.) Omsorg, sårbarhet og tid. I H. Alvsvåg, Å. Bergland & O. Førland (Red.), *Nødvendige omveier: En vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag*. (s.369-375). Oslo: Cappelen Damm

Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter.  
(LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Ranhoff, A. H. (2016). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.) *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den eldre pasienten* (2. Utg., s.162-173). Oslo: Gyldendal akademisk
- Ridder, H. M. O., Stige, B., Qvale, L. G., & Gold, C. (2013) Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging and mental health*, 17(6.), 667-678. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.790926>
- Rokstad, A. M. M. (2017). Hva er demens? I A.M.M. Rokstad & K.L. Smebye (Red.), *Personer med demens: møte og samhandling* (s.27-45). Oslo: Cappelen Damm
- Rokstad, A. M. M. (2017). Kompetanseutvikling hos personalet. I A.M.M. Rokstad & K.L. Smebye (Red.), *Personer med demens: møte og samhandling* (s.340-350). Oslo: Cappelen Damm
- Rokstad, A. M. M. (2017). Miljøbehandling. I A.M.M. Rokstad & K.L. Smebye (Red.), *Personer med demens: møte og samhandling* (s.152-179). Oslo: Cappelen Damm
- Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er!* Oslo: Universitetsforlaget
- Rokstad, A. M. M. (2017). Utdfordrende atferd. I A.M.M. Rokstad & K.L. Smebye (Red.), *Personer med demens: møte og samhandling* (s.180-206). Oslo: Cappelen Damm
- Rokstad, A. M. M. & Røsvik, J. (2018). Personsentrert omsorg. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens – sykdommer diagnostikk og behandling* (s.300-314). Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse - Akademisk

- Rokstad, A. M. M., & Vatne, S. (2011) Dementia Care Mapping – en mulighet for refleksjon og utvikling. *Sykepleien forskning*, 6(1.), 28-34.  
<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0043>
- Sellevold, G. S., Egede-Nissen, V., Jakobsen, R. & Sørli, V. (2013). Quality care for persons experiencing dementia: The significance of relational ethics. *Nursing ethics*, 20(3), 263-272. <https://doi.org/10.1177/0969733012462050>
- Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2016). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.) *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den eldre pasienten* (2. Utg., s.408-437). Oslo: Gyldendal akademisk
- Slettebø, Å. (2016). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den eldre pasienten* (2. Utg., s.212-224)
- Smebye, K. (2017). Å møte personer med demens. I A.M.M. Rokstad & K.L. Smebye (Red.), *Personer med demens: møte og samhandling* (s.13-26). Oslo: Cappelen Damm
- Solheim, K. V. (2015). *Demensguiden: Holdninger og handlinger i demensomsorgen* (3.utg). Oslo: Universitetsforlaget
- Thorvik, E. K., Helleberg, K. & Hauge, S. (2014). God omsorg til urolige personer med demens. *Sykepleien Forskning*, 9(3.), 236-242.  
<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0140>
- Verdighetsgarantien. (2010). Forskrift om en verdig eldreomsorg. (FOR-2010-11-12-1426). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>
- Wogn-Henriksen, K. (2017). Kommunikasjon. I A.M.M. Rokstad & K.L. Smebye (Red.), *Personer med demens: møte og samhandling* (s.87-113). Oslo: Cappelen Damm