



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag

Fagspesifikk fordypning med vekt på psykisk helse hos eldre
Emnekode: 4VFOPSH1

Hvordan kan sykepleier bruke kommunikasjon for å forhindre
utfordrende atferd hos pasienter med demens

Monica Berg

Antall ord: 9888

Videreutdanning i eldreomsorg med vekt på psykisk helse

2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Når jeg blir dement

Når jeg blir dement, skal livet mitt være enklere,
og overskuelig og forutsigbart. Slik at jeg gjør det
samme hver dag og på samme tid,
og det vil ta tid for meg å lære å akseptere det.

Når jeg blir dement, da må du snakke rolig til meg,
ellers blir jeg utrygg og tror du er sint på meg.
Du skal fortelle meg hva du gjør og hvorfor, og du skal gi
meg enkle valg og respektere hva jeg velger.

Når jeg blir dement, har jeg vanskelig for å forstå andre.
Senk stemmen og se på meg, da lytter jeg best.
Bruk korte ord og enkle setninger, og stopp opp og finn ut
om jeg har forstått det.
Spør meg ikke om mer enn en ting av gangen.
Unngå lange instruksjoner, jeg kan ikke huske dem.
Se på meg, rør ved meg og smil før du snakker.
Og husk at jeg glemmer så fort.

Når jeg blir dement, og sier at du er slem, er det fint om du
svarer at du forstår at livet er vanskelig for meg i dag.
Når jeg blir dement, og sier at jeg vil hjem, er det fint om du
svarer at du forstår at jeg føler meg utrygg akkurat nå.
Når jeg blir dement og skjeller deg ut, så ta et skritt tilbake,
så jeg kan føle at jeg fortsatt kan gjøre inntrykk.

Jessy Hjort- Hansen

Innhold

1.0	Innledning.....	5
1.1	Hensikt med oppgaven og problemstilling.....	5
1.2	Avgrensning av oppgaven	6
1.3	Oppbygging av oppgaven	7
2.0	Metodedel	8
2.1	Litteratursøk	8
2.2	Kildekritikk.....	9
2.3	Etiske vurderinger	9
3.0	Teoretisk referanseramme.....	10
3.1	Menneskesyn og verdier	10
3.2	Kari Martinsens omsorgsfilosofi	11
3.3	Demens.....	12
3.3.1	Ulike former for demens	13
3.3.2	Symptomer ved demens	13
3.3.3	Utfordrende atferd som følge av demens.....	14
3.4	Miljøbehandling.....	15
3.4.1	Gundersons teori.....	16
3.4.2	Personsentrert omsorg.....	17
3.5	Kommunikasjon	18
3.6.1	Reminisens	20
4.0	Hvordan kan sykepleier bruke kommunikasjon for å forhindre utfordrende atferd hos pasienter med demens?	22
4.1	Hvordan påvirker sykepleierens menneskesyn, holdninger og verdier samhandlingen med personen med demens?.....	22
4.2	Hvordan kan sykepleier bruke miljøterapi for å forhindre utfordrende atferd hos personer med demens?	24
4.3	Hvordan kan sykepleier bruke reminisens for å forhindre utfordrende atferd hos personer med demens?	27
5.	Konklusjon	31
6.	Referanseliste	32

1.0 Innledning

I dag finnes det om lag 71 000 personer med demens i Norge (Folkehelseinstituttet, 2013). Forekomsten er stigende med økende alder. Dersom forekomsten av demenssykdommer holder seg på dagens nivå, vil antall personer med demens være økt til omlag 160 000 innen 2050 (Ibid). Demens er den hyppigste årsaken til at personer legges inn i norske sykehjem i dag. Omtrent 80 % av alle pasienter på norske sykehjem har en demensdiagnose (Engedal & Haugen, 2009). Selv om ikke demens kan helbredes, kan mye lindres og omgivelsene kan tilrettelegges for den enkelte person som har demens (Daatland & Solem, 2011).

1.1 Hensikt med oppgaven og problemstilling

Demens er en av de sykdommene som gjennom årene har hatt flest navn forbundet til seg. Fra norrøn tid snakket de om å bli «gammeltullet» eller «gammel vås». Det var forbundet mye mystikk og skam rundt sykdommen. Fra norrøn tid og frem til i dag har sykdommen demens hatt mange ulike navn, fra «å gå i barndommen», «bli rørete», «senil dement» og «åreforkalket» frem til dagens ICD-10 klassifisering (Engedal & Haugen, 2009). Gjennom historien har det vært mange ulike oppfatninger, mye uvitenhet og skamfølelse rundt det å ha demens sykdom. Demens har også vært et forsømt område innen medisin, og sykepleie gjennom mange år. De siste 15 år har det skjedd en positiv utvikling innen demensomsorgen, i forhold til forskning både nasjonalt og internasjonalt (Ibid). Miljøterapi som arbeidsmetode har kommet på dagsordenen og det har vært fokus på å øke den faglige kompetansen til faggruppene som jobber med personer med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Regjeringen har de siste årene hatt stort fokus på omsorg til personer med demens og senest i den siste stortingsmelding nr 29, Morgendagens omsorg. Her blir blant annet pasientens livshistorie nevnt som et viktig bidrag inn i kommunikasjonen og den daglige omsorgen for personer med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Etter noen år med erfaring som sykepleier i sykehjem har jeg møtt mange utfordringer spesielt i forhold til pasienter som har demens. Kommunikasjon til denne pasientgruppen er et tema som jeg mange ganger har følt at jeg kan altfor lite om og dette er noe jeg ønsker å lære mer om. Jeg har bestemt meg for at jeg vil skrive en oppgave innen kommunikasjon med reminisens som metode, når jeg selv har erfart at dette kan være til god hjelp i den daglige

omsorgen for denne pasientgruppen. Temaet valgte jeg fordi jeg synes dette er spennende, og det vil være aktuelt i min arbeidshverdag som sykepleier på sykehjem.

Jeg har valgt problemstillingen:

«Hvordan kan sykepleier bruke kommunikasjon for å forhindre utfordrende adferd hos pasienter med demens?»

Grunnen til at jeg har valgt dette temaet er at vi har mange pasienter med kognitiv svikt eller demens på sykehjemmet hvor det kan være vanskelig og nå frem med helsehjelp uten at vi tenker alternative kommunikasjonsmåter. Denne oppgaven gir meg en god mulighet for å gå i dybden av dette tema og jeg kan finne metoder for kommunikasjon som kan gjøre dagene til pasientene for eksempel mer forutsigbare.

1.2 Avgrensning av oppgaven

I min fordypningsoppgave har jeg valgt å se problemstillingen ut ifra et sykepleieperspektiv. Jeg velger å bruke begrepet sykepleier, selv om alle yrkesgruppene som har ansvar i forhold til pasientene i ulike relasjoner er like viktige i arbeidet med miljøbehandling i avdelingen.

Videre avgrenses problemstillingen til å gjelde personer med demens som bor i sykehjem. Erfaringen min er fra en ordinær sykehjemsavdeling og jeg har ikke mye erfaring fra skjermet enhet for personer med demens. Jeg bruker begrepet personer med demens i denne oppgaven, og har ikke gått inn på en spesifikk type av demens. Videre har jeg valgt å se på utfordrende atferd som et begrep og ikke gått i dybden på noen spesiell atferdsforstyrrelse.

Miljøbehandling kan ses på som en behandlingsmåte som skal støtte opp under pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter (Rokstad, 2008). Litteraturen omhandler både miljøterapi og miljøbehandling, som to som likeverdige begrep i forhold til hvordan vi forstår dem. I min oppgave velger jeg å bruke miljøbehandling som et begrep som omfatter både miljøterapi og miljøbehandling. Miljøbehandling er et stort tema og rommer mange ulike tilnæringsmåter å jobbe etter. Jeg har valgt å se på en kommunikasjonsteknikk, som konkret metode å jobbe med innen miljøbehandling. Metoden jeg har valgt å se på er reminisens. Jeg har ikke valgt å se på reminisens i grupper, men individuelt tilrettelagt for hver enkelt pasient.

1.3 Oppbygging av oppgaven

I kapittel 1 gjør jeg rede for valg av tema, problemstilling, avgrensninger og oppbygging av oppgaven. Oppgavens metodedel er i kapittel 2. Her beskriver jeg valg av faglitteratur og forskningsartikler som jeg har benyttet som referanse i min oppgave. Jeg har også oppgitt hvilke databaser jeg har søkt forskning i og sett på kildekritikk av det materiale jeg har benyttet. I kapittel 3 har jeg beskrevet teori som jeg mener er relevant i forhold til min problemstilling. I kapittel 4 drøfter jeg relevant teori opp i mot min problemstilling. Til slutt presenterer jeg en konklusjon i kapittel 5 som en oppsummering på fordypningsoppgaven min.

2.0 Metodedel

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Vilhelm Aubert, 1985: 196). Olav Dalland velger å bruke den samme definisjon av metode som Vilhelm Aubert gjorde i sin bok fra 1985. I tillegg skriver Dalland at «*metode er å følge en viss vei mot et mål*». Metoden vil fortelle noe om hvordan vi kan skaffe oss eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for å velge en type metode er at vi mener denne vil gi gode opplysninger og belyse problemstillingen på en faglig interessant måte (Dalland, 2012).

Metoden handler om hvordan vi innhenter, organiserer og tolker den informasjonen vi har tilgjengelig. Innen samfunnsvitenskapelige oppgaver er det to hovedretninger av metoder, kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode har data som er målbare, det vil si de kan etterprøves ved å telles. Kvalitativ metode er data som ikke er tallfestet, men som sier noe om egenskaper/ opplevelser hos de som var undersøkelsespersoner (Larsen, 2007). I min oppgave har jeg brukt den kvalitative metoden ved å se på kvalitative forskningsartikler. Jeg ønsker å belyse problemstillingen min med opplevelser av å bruke miljøterapi i demensomsorgen i dag. Opplevelsene vil være subjektive fra individ til individ, og disse kan ikke tallfestes eller måles. Jeg tar sikte på å formidle forståelse rundt et problemområde som jeg selv har erfart i min hverdag som sykepleier på et sykehjem med personer med demens.

Metoden som skal brukes i denne fordypningsoppgaven er litteraturstudie. Litteraturstudie kan også ses som «*studier av litteratur om et spesielt fenomen, emne, begrep eller problemstilling*» (Lindseth, 2012, s.15). Litteraturstudiet skal baseres på allerede eksisterende faktakunnskaper, statistikker, teorier eller tolkninger. Litteraturstudie vil si en vurdering av litteraturen som skal beskrives eller svare på en problemstilling eller et problemområde som en ønsker å belyse. Dette har jeg vektlagt i min oppgave supplert med egne erfaringer. For å kunne belyse min problemstilling har jeg valgt å bruke pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og fag- og forskningsartikler.

2.1 Litteratursøk

Når jeg søkte etter litteratur til denne oppgaven benyttet jeg meg av ulike nordiske og engelske søkebasen. De søkebasene jeg har brukt er: swemed+, Ebscohost, AgeLine, Cinahl

og Google Scholar. For å finne gode søkeord benyttet jeg PICO skjema før jeg begynte å søke i databasene. Jeg har søkt på norske og engelske ord for å få mest mulig relevante treff til min problemstilling. Søkeordene jeg har valgt å benytte er: demens (dementia), miljøterapi (milieu therapy), reminisens (reminiscence), sykehjem (nursing homes), utfordrende atferd (behavioural and psychological symptoms in dementia (BPSD) og kommunikasjon (communication). Det var mest treff på de engelske ordene i søkebasene, noe jeg tror har sammenheng med at det finnes mere forskning og funn som er utgitt på engelsk enn norsk.

2.2 Kildekritikk

Jeg mener at den litteraturen som jeg har brukt i oppgaven gir en god bakgrunn for arbeidet med min problemstilling. Forfatterne jeg valgte å bruke under arbeidet med min hovedoppgave er personer som jobber aktivt både med forskning og utvikling innen eldreomsorg med spesielt fokus på demens. Jeg har valgt å se på flere bøker for å se om det er noe likhetstrekk ved det forfatterne skriver. Er det samsvar mellom bøkene vil jeg si det må ses på som gyldig litteratur. Jeg har valgt å bruke for det meste primærlitteratur, men har også benyttet sekundærlitteratur et par steder i oppgaven. Når en bruker sekundærlitteratur må en ta høyde for at forfatteren av denne har tolket teksten på en annen måte enn det opprinnelige i primærlitteraturen. Ved utvelgelse av forskningsartikler så har jeg sett på sjekklister for kildekritikk for å se om dette er artikler som holder god faglig standard og er anerkjente i forskningsmiljøet. Dette kan jeg blant annet gjøre ved å se på hvilke databaser jeg velger å søke i, samt at jeg søker i både skandinavisk talende og engelskspråklige databaser.

Jeg har valgt å se på litteratur som er av nyere dato og bruke mest av denne. Jeg har også litteratur av eldre dato, men som foreløpig er like relevant og gyldig som når det ble skrevet.

2.3 Etiske vurderinger

I min oppgave har jeg valgt å bruke litteratur som er skrevet av fagpersoner som jobber innen fagfeltet som jeg skriver om. Litteraturen som jeg har brukt er henvist etter APA standard som er et krav for skrivning ved høyskolen i Hedmark. Jeg har også valgt å trekke inn mine egne erfaringer i oppgaven, anonymisert slik at de ikke kan gjenkjennes.

3.0 Teoretisk referanseramme

I dette kapitlet vil jeg beskrive teori som jeg mener er relevant i forhold til å besvare min problemstilling.

3.1 Menneskesyn og verdier

Jeg har valgt å starte med det som jeg mener er det mest grunnleggende når jeg som sykepleier møter en pasient i en relasjon. Jeg tenker at hvilket menneskesyn, holdninger, verdier og etisk grunnlag jeg møter pasientene med er av stor betydning når jeg møter personer med demens.

«Vår omgang med mennesker i bestemte situasjoner er ledet av et menneskesyn. Våre handlinger bestemmes av måten vi forstår mennesket og det menneskelige på, også når forståelsen er ureflektert» (Johnsen 1975 i Hummelvold 2004:59).

Menneskesyn er måten vi forstår og ser mennesket på. I sykepleien berører menneskesynet forståelsen av den enkeltes yrke og praksis, og kan forme moralske holdninger.

Menneskesynet kan påvirke synet på sykdom og helse, behandling og pleie, pasientens rett til medvirkning og medbestemmelse over eget liv og helse (Hummelvold, 2004).

Et humanistisk menneskesyn bygger på at mennesket er fornuftig, har fri vilje og er potensielt godt (Barbosa da Silva, 2006). Hvilket livssyn og tradisjoner et menneske har vil også ha betydning for hvordan sykepleieren skal møte den enkelte pasient.

«Verdier er materielle og immaterielle gjenstander og tilstander som for en gitt person eller en gruppe eller for allmennheten er umistelig eller meget viktig å fremme eller oppnå» (Lingås, 2000:124). Eksempler på verdier kan være tillitt, barmhjertelighet, lojalitet, respekt og åpenhet.

Yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er retningslinjer som sier hva god etisk praksis er innenfor sykepleie yrke. Retningslinjene beskriver at jeg som sykepleier skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre meg om at informasjonen er forstått. Det understrekes at grunnlaget for all sykepleie må være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet (Norsk sykepleieforbund, 2011).

3.2 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Jeg har valgt å belyse Kari Martinsens omsorgsfilosofi i denne oppgaven for å belyse sykepleiers utgangspunkt i samhandlingen til personen med demens.

Kari Martinsen presenterer sin sykepleieforståelse ut i fra en fenomenologisk tilnærming og hun bygger på et personorientert menneskesyn. I dette legger hun at mennesket inngår i en større sammenheng, sammen med andre mennesker og naturen som omgir oss. Mennesket kan ikke isoleres fra sine omgivelser, og vi mennesker vil være en del av hverandres miljø og dagligliv. Hun sier at omsorg er en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv, og hun trekker frem tre vesentlige aspekter ved omsorgsbegrepet. Hun omtaler omsorg som det relasjonelle, det praktiske og det moralske (Martinsen, 2003).

Omsorg som relasjon: I dette begrepet legger Martinsen til grunn at omsorg utvikler seg i menneskelige relasjoner. Det handler om at sykepleier engasjerer seg som medmenneske i forhold til pasienten og at de er tilstedeværende med hele seg. Martinsen bruker ordet omsorgskompetanse, og omsorg er et ord vi kjenner fra vårt dagligliv. Det forbindes med å hjelpe eller å ta hånd om andre. Omsorg omtales som nestekjærlighet, det å skulle handle mot andre som vi vil at andre skal handle mot oss selv. Vi må være åpen og mottakelig til det vi ikke kjenner til eller helt forstår omfanget av. Martinsen sier at vi som sykepleiere må forsøke å se pasientens hele livssituasjon og bruke den aktivt for å få pasientens livsmot frem. Selv om mye er likt og felles for alle mennesker, er ethvert menneske i seg selv unikt og enestående. I møte med pasientene er sykepleierne opptatt av å se både det generelle og spesielle ved hvert menneske. Martinsen skriver om at mennesker må dele en dagligverden der de har noe felles. Denne dagligverdenen utgjør grunnlaget for den forståelsen menneske har for hverandre og for omsorgen mellom mennesker. Når en som sykepleier jobber med personer som har demens sykdom vil det være viktig å se mennesket bak sykdommen, og se deres individuelle behov (Ibid).

Omsorg som praktiske dimensjon: Martinsen vektlegger i dette begrepet at omsorg krever handling, og at handlingen må utføres med innlevelse i den andres situasjon. Praktisk handling tar utgangspunkt i pasientens tilstand og bruk av faglig skjønn. Faglig skjønn kan forstås som at sykepleierens kompetanse består av erfaring og teori. Man skal gjøre pasienten til deltager ved bruk av hjelpemidler som pasienten kjenner til fra før. Det er ønskelig å tilrettelegge og gjennomføre sykepleien på en slik måte at pasienten opplever anerkjennelse

og ikke umyndiggjøring. Det som kommuniseres rundt pasienten må formidles i et dagligdags språk som pasienten kan forstå. Når vi går inn i en situasjon for å handle konkret trenger vi i følge Martinsen en god situasjonsforståelse. Dette for å unngå det Martinsen kaller omsorgens utartinger, formynderi og unnlattelsessynder (Ibid).

Omsorg som et moralsk begrep: Med dette begrepet mener Martinsen at vår moral gjenspeiles i våre handlinger, og at omsorg og moral er nær forbundet med hverandre. Moralen setter rammen rundt relasjonen, og er derfor overordnet de andre omsorgsbegrepene. Moral, eller hva som er gode sykepleieholdninger er ikke medfødt men må læres. Enhver sykepleiesituasjon er i følge Martinsen av moralsk karakter, ved at sykepleieren står overfor den moralske utfordring om å handle godt og riktig, til beste for pasienten. Martinsen sier videre at forholdet mellom mennesker er preget av makt og avhengighet. Sykepleieren vil i kraft av sin posisjon ha mest makt i en omsorgsrelasjon og er derfor forpliktet til å bruke sitt *faglige skjønn*. Hun mener innlevelse og et fordringsløst ønske om å hjelpe andre er god moral (Ibid).

3.3 Demens

I dette avsnittet vil jeg skrive litt faktakunnskap om demens, ulike former for demens og symptomer ved sykdommen for å få en forforståelse for hva denne sykdommen kan innebære for en person som får denne diagnosen.

Demens er den største årsaken til at eldre bor på sykehjem i dag, og forskning viser at omtrent 80 % av pasienter i sykehjem har en demenstilstand (Snoek & Engedal, 2008).

«Demens er en hjerneorganisk sykdom og en fellesbetegnelse på en rekke sykelige tilstander som kjennetegnes ved ervervet kognitiv svikt. Svikt av emosjonell kontroll og sviktende funksjonsevne i forhold til dagliglivets funksjoner» (Engedal, 2008: 217).

Demens forekommer hyppigst hos personer over 65 år og forekomst av demens er stigende med økende alder (Engedal & Haugen, 2009). I dag finnes det om lag 71 000 personer med demens i Norge (Folkehelseinstitutt, 2013), og i Hedmark er det gjort beregninger for at det skal være ca 3 550 personer som har demens sykdom (Statistisk Sentralbyrå, 2010). Tallene for forekomst av demens sykdom i Elverum sier at det er omlag 350 personer som har denne sykdommen pr 2011 (Elverum kommune, 2012). Tallene er basert på nasjonale tall og befolkningsframskrivingen i Elverum og Norge generelt i årene som kommer. Dersom

forekomsten av demenssykdommer holder seg på dagens nivå, vil antall personer med demens være fordoblet til om lag 160 000 innen 2050 (Folkehelseinstituttet, 2013). I Hedmark vil ca 4 700 personer ha demens sykdom i 2030 (Statistisk Sentralbyrå, 2010), og tallene for Elverum vil være omlag 510 personer med demens i 2030 (Elverum kommune, 2012).

3.3.1 Ulike former for demens

Engedal (2008) deler demens inn i tre hovedgrupper. Degenerative demens, vaskulær demens og sekundær demens. Degenerativ demens er betegnelsen på ulike sykdommer av mer eller mindre ukjent natur som kjennetegnes ved at nerveceller dør litt etter litt. Denne gruppen omfatter blant annet Alzheimer, frontallappdemens, demens ved Lewylegeme, Parkinsons sykdom med demens og Huntingtons sykdom med demens (Engedal, 2008). Vaskulær demens er en fellesbetegnelse for demens der årsaken enten er betinget av karsykdommer, ved hjerteinfarkt og ved hypoksi. Sekundær demens er andre hjernesykdommer som kan gi demens sykdom på sikt. Dette kan være for eksempel alkoholbetinget demens, vitaminmangel demens og demens som oppstår etter hjernesvulst eller hodeskader (ibid). Demens ved Alzheimer sykdom er den vanligste formen for demens og utgjør minst 60 % av alle sykdomstilfellene. Den nest hyppigste er vaskulær demens som utgjør omtrent 25 % av sykdomstilfellene (Hjort, 2010).

3.3.2 Symptomer ved demens

Symptomer ved demens er individuelle og opptrer i ulik grad hos den enkelte pasient som har demens sykdom. Det er allikevel vanlig å dele symptomene inn i tre hovedformer i litteraturen. Det er kognitive, motoriske og atferdsmessige symptomer. Når en pasient har svikt i kognitive funksjoner kan en ofte se at de har redusert oppmerksomhet, svekket evne til problemløsning, handlingssvikt, dårlig hukommelse og språkproblemer. Atferdsmessige symptomer kan være mistenksomhet, passivitet og rastløshet. Her kan en se angst, depresjon, vrangforestillinger, irritabilitet og aggresjon. Motoriske symptomer kan ses som problemer med koordinasjon av muskulatur, sviktende evne til å koordinere bevegelser, nedsatt balanse og inkontinens av blant annet blære/tarm muskulatur (Engedal, 2008). Det vil være forskjellige symptomer avhengig av hvilken demensdiagnose og progresjonen av demens utvikler seg for hvert enkelt individ (Engedal & Haugen, 2009).

3.3.3 Utfordrende atferd som følge av demens

I dette kapitlet ønsker jeg å fokusere på en problemstilling som ofte er kjent hos personer som har demens. Utfordrende atferd oppleves ofte som traumatisk og problemfylt for personen med demens, men også for personer som står i nær relasjon med den demensrammede.

Knut Engedal definerer utfordrende atferd som *«Et uønsket handlingsmønster som ikke kan forklares ut fra demenssykdommens forløp, men som er et resultat av den dementes forståelser eller manglende forståelse av sine omgivelser og samhandling med omgivelsene som springer ut fra den forståelsen eller manglende forståelsen som finnes»* (Engedal, 2008: s 235).

Nevropsykiatrisk evalueringsguide (NPI) er en observasjonsbasert skala for vurdering av adferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens. NPI fylles ut på grunnlag av informasjon fra en som kjenner pasienten godt, og i mange tilfeller pårørende av pasienten. Dette instrumentet graderer 12 hovedkategorier av APSD (vrangforestillinger, hallusinasjoner, agitasjon/ aggresjon, depresjon, angst, oppstemthet, apati, manglende hemninger, irritabilitet, avvikende motorisk adferd (f.eks vandring), søvnproblemer og spiseforstyrrelser (Wyller, 2011).

Testad og Aarsland sier i sin artikkel at omtrent 70 % av alle personer med demens i sykehjem har atferdsproblemer. Identifisering og riktig behandling av atferdsproblemene er derfor et område som har stor betydning. Konsekvensene av ubehandlede atferdsproblemer er først og fremst nedsatt livskvalitet for pasienten selv men også for miljøet rundt pasienten. Forskning viser også at atferdsproblemer hos pasienter i sykehjem kan føre til økt behov for personal, økt behov for personal med spesial kompetanse, økte pleiekostander og føre til stress og utbrenthet hos personalet (Terstad & Aarsland, 2008).

Atferds forandringer knyttet til en demensutvikling har hatt ulike betegnelser, som vanskelig atferd, utfordrende atferd, aggressiv atferd og voldelig atferd. Begrepet « Behavioural and Psychological Symptoms in Dementia (BPSD) er blitt brukt siden slutten av 90- tallet. Dette ble utviklet av den internasjonale alderspsykiatri organisasjonen IPA. Det norske begrepet som brukes er atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens (APSD). Jeg velger å bruke forkortelsen utfordrende atferd videre i oppgaven. Det er i dag betegnelsen utfordrende atferd som blir brukt for å understreke at de atferdsendringene som observeres ikke må ses på som unormale eller avvikende. Det er en forståelig reaksjon på en endret livssituasjon som i

stor grad er påvirket av hjerneorganiske forandringer. Personen har også endrede muligheter for livsutfoldelse og kommunikasjon (Selbæk, 2007).

Endringer i atferd og endrede følelsesmessige reaksjoner er en del av sykdomsbildet hos de fleste personer som får demens. Samtidig med at demenstilstanden progredierer ser en ofte at pasientens atferd endrer seg. I startfasen ved demensutviklingen er den vanligste atferdsendringen passivitet, rastløshet og mistenksomhet. Deretter kan en se at en del personer med demens får angst og depresjon. I senere forløp av sykdomsutviklingen ser en at noen pasienter blir ekstremt mistenksomme, noen har vrangforestillinger og synshallusinasjoner (Engedal, 2008). Symptomene forekommer i varierende grad i alle stadier av demensforløpet, men har en tendens til å øke etter hvert som sykdommen utvikler seg (Selbæk, 2007).

I en norsk studie fra 2007 som ble gjort på bakgrunn av 1163 pasienter i norske sykehjem ble det kartlagt forekomst av atferdsforstyrrelser hos personer med demens ved hjelp av NPI. Forskningen viste at 62 % av de undersøkte hadde symptomer på atferdsforstyrrelser. Symptomer som ble kartlagt var irritabilitet (27%), apati (26 %), aggresjon/ agitasjon (23 %), depresjon (21 %), vrangforestillinger (21 %), angst (21%), mangel på hemninger (20%), forstyrrende motorisk atferd (18%) og hallusinasjoner (12%). Forekomsten av de overnevnte symptomer viste seg også å tilta med økende alvorlighetsgrad av demenssykdommen (Selbæk, Kirkevold og Engedal, 2007).

Når en skal utrede og behandle utfordrende atferd hos personer med demens må dette foregå strukturert og målrettet (Rokstad, 2012). For at sykepleier skal kunne forhindre utfordrende atferd i en sykehjemsavdeling brukes miljøbehandling aktivt som metode i mange norske sykehjem i dag.

3.4 Miljøbehandling

Miljøbehandling og miljøterapi brukes i litteraturen synonymt. Dette beskrives eller defineres som en form for behandling som legger vekt på de terapeutiske prosessene som kan mobiliseres og iverksettes i det miljøet som pasienten befinner seg i. Miljøbehandling innebærer en tilrettelegging av pasientens omgivelser, hvor en aktivt bruker forhold som virker inn på dagliglivet for personen med demens brukes aktivt (Rokstad 2008).

I boken «Miljøterapi-en modell for tenkning» (2011) gjengis John F. Gunderson definisjonen av miljøterapi til slik:

Miljøet skapes av personalets holdninger, handlinger, ytringer, tanker og følelser, slik disse viser seg i samspill med pasientene og oppleves av disse. Miljøet skapes også av bidrag fra pasientene og personell innenfor fysiske bygningsmessige og rommessige rammer, hvor også bygningens beliggenhet og fysiske omgivelser er en virksom faktor. (s.10)

Han har utviklet en modell for miljøbehandling bygget på fem prosesser eller elementer for å kunne skape et terapeutisk miljø, og denne modellen presenteres i neste kapittel.

3.4.1 Gundersons teori

I miljøbehandling har personalet som jobber på sykehjemmet en nøkkelrolle i å bygge relasjoner og skape en kultur som støtter, involverer og verdsetter hvert enkelt individ. John F Gunderson beskrev i 1978 en modell for miljøbehandling som besto av 5 elementer som måtte være tilstede i et terapeutisk miljø. Disse fem elementene omtalte han som trygghet, støtte, struktur, engasjement og bekreftelse (Gunderson, 1978). Denne modellen er i aller høyeste grad like aktuell i dagen demensomsorg og legges til grunn for mye av arbeidet som gjøres i demensomsorgen (Rokstad, 2008).

Trygghet: er nødvendig i omsorgen for personer med demens på grunn av den kognitive svikten som oppstår ved en demenssykdom. Dette begrepet innebærer bevisste planlagte handlinger og ytringer i miljøet som sikrer fysisk velvære og som letter belastningen med utilstrekkelig selvkontroll (Ibid).

Støtte: målet for å gi støtte er å redusere angst og bidra til opplevd tillitt for personen med demens. Når en gir støtte er dette også viktig for å oppleve trygghet og egenverdi. Ved manglende støtte i miljøet kan vi se ofte lettere tilløp til utfordrende adferd som blant annet uro (Ibid).

Struktur: dette innebærer at hverdagen for personen med demens blir mer forutsigbar. Struktur innebærer en plan for hvilke personer som skal være hvor til enhver tid. Dette kan gjøres ved en dagsplan eller døgnrytmeplan. Rutiner må kunne møte de individuelle behovene for pasienten (ibid).

Engasjement: innebærer at personen med demens får være aktiv i omgivelsene og samhandle med miljøet som han er en del av. Personalet i avdelingen kan ta utgangspunkt i livshistorien til hver enkelt pasient, og hjelpe han til å etablere sosial kontakt med de andre pasientene (ibid). Forskning viser at personalets roller som tilretteleggere (det å vurdere hvem av

pasientene som kan ha utbytte av å ha kontakt med hverandre) kan ha avgjørende betydning for personer med demens skal kunne etablere en meningsfull og positiv kontakt med de andre pasientene ved sykehjemmet. Dette inkluderer også det å kunne ta initiativ til å starte samtaler som flere med felles interesse kan ta del i (Bergland, 2006).

Gyldiggjøring: dette innebærer at vi skal forsterke pasientens individualitet og krever en plan som er individuell for hver enkelt pasient, laget i samarbeid med pasientens pårørende. Planen skal vise hvordan vi skal følge opp og gi behandling som er tilrettelagt individuelt for hver pasient (Rokstad, 2008).

Gundersons teori beskriver 5 elementer som måtte være tilstede i et terapeutisk miljø. I tillegg vil det være viktig at hver enkelt pasient blir møtt som enkeltindivid og blir sett for den han er uavhengig av diagnose. Dette bringer meg inn på personsentrert omsorg som jeg skal skrive i neste avsnitt.

3.4.2 Personsentrert omsorg

Demens er identitetstruende, og den demensrammede er svært avhengig av hvordan omgivelsene (familie, nettverk, og hjelpeapparat) samhandler med den demensrammede i det daglige. En grunnleggende forutsetning er at mennesker er sosiale og avhengige av fellesskap med andre. Omgivelsene kan i sitt samspill med den demensrammede bidra både positivt og negativt til den enkeltes selvfølelse. I en personorientert omsorg står derfor omgivelsenes samspill med den demensrammede sentralt (Kitwood, 1999).

Personsentrert demensomsorg ble først introdusert av Tom Kitwood. Han tok opp temaet « å være en person» i tilknytning til demensutvikling og bruker begrepet «personhood». Vi har ikke noen dekkende ord i norsk, men det nærmeste vi kommer i en oversettelse vil være personverd. Personhood eller personverd kan defineres «som den verdi eller status som tildes et menneske av andre i mellommenneskelige relasjoner» (Rokstad, 2008). Kitwood sier at en ikke bare må se de hjerneorganiske endringene som skjer hos personer som har demens, men må se utvidet på demensbegrepet. Han mener at en må se kombinasjonen av personlighet, livshistorie, helse, nevropati og sosialpsykologi. Kitwood hevder at helsetjenesten i møte med personer med demens kun fokuserer på problemer demenssykdommen bringer med seg. Han sier at denne oppfatningen av personer med demens ikke gir en omsorg som omhandler respekt, anerkjennelse, verdighet og ivaretagelse Videre beskriver han 5 behov som inngår i et overordnet behov for kjærlighet. Disse kan konkretiseres til behov for trøst, tilhørighet, bli

inkludert, bli beskjeftiget og få bekreftet sin identitet (Kitwood, 1999). Identitetsbekreftelse bygger på å se personen slik vedkommende er. Trøst handler om at personene i omgivelsene er tilstedeværende for den demensrammede. De skal bidra til å skape en trygghetsopplevelse i all usikkerhet som sykdomsutviklingen fører med seg for den som har fått denne diagnosen. Å oppleve tilhørighet, bli inkludert og ha en meningsfull beskjeftigelse peker på grunnleggende behov om å kjenne en trygg tilhørighet til mennesker i sine nære omgivelser, ha en opplevelse av at det fortsatt er bruk for en og at en fortsatt har en spesiell plass i livet (Ingebretsen, Lyngroth & Tamber, 2006).

Kitwood sier at den stadig økende forekomsten av demens skaper ytterligere utfordringer for samfunnet. Omsorgstjenestene er ikke skolert til å håndtere dette, hvilket allerede kan ses blant annet utstakt bruk av medikamenter for å kontrollere uønsket atferd på en økonomisk måte. Kitwood advarer mot det han omtaler som de fire depersonaliserende tradisjonene. Disse er definert unormal atferd, tilskrevet moralske mangler, oppbevaring og unødvendig bruk av medisiner. For å møte denne utfordringen utarbeidet blant annet Kitwood en metode som brukes mye i demensomsorgen i dag, Dementia Care Mapping (DCM). Dette er et observasjons- og evalueringsverktøy. Metoden tar sikte på å bedre behandling og omsorg til personer med demens gjennom karlegging av konkret praksis med etterfølgende tilbakemeldinger til personalet. Hensikten er blant annet å få en utvidet forståelse av hva som skjer i samhandlingen mellom personalet og pasientene (Rokstad & Vatne, 2009). Jeg skal ikke gå inn på metoden DCM men det kan være et viktig redskap når vi skal se på samhandlingen mellom personalet og med personer med demens.

3.5 Kommunikasjon

I dette kapitlet kommer jeg inn på kommunikasjon generelt og ulike kommunikasjons-teknikker som brukes aktivt til personer som har demens. Jeg velger å se nærmere på reminisens som metode i slutten av dette kapitlet.

Når vi er sammen med et annet menneske, sender vi automatisk ut et budskap. Uansett hva vi foretar oss, blir disse budskapene tolket av den andre eller dem vi er sammen med. Budskapet blir fanget opp og tolket ut fra den andres indre verdensbilde. I tillegg til den kommunikasjonen som vi har med andre, fører vi hele tiden en indre dialog med oss selv. Den indre dialogen er farget av egne erfaringer, livshistorie, fortellinger, fordommer, behov og mestringsevne. Demens sykdom utvikler seg gradvis og til å begynne med nesten umerkelig.

Demensrammedes kommunikasjonsevne endres etter hvert som sykdommen utvikler seg. Deres oppfatning av hvordan personene rundt dem kommuniserer, forandres også og kroppsspråket får økende betydning (Ingebretsen, 2005). En vil langsomt merke en endring i bruk av det verbale språket. Kroppsspråket og mimikken vil få en større betydning i forhold til å uttrykke seg. Samtidig med denne utviklingen skjer det også en endring i demensrammedes måte å oppfatte vår kommunikasjon på ved at vårt kroppsspråk tillegges større vekt. Det fører til at vi, dersom vi ønsker å være i stand til å kommunisere med den demensrammede, er nødt til å utvikle sterk bevissthet om vår egen bruk av kroppsspråk og mimikk. Personer med demens er som oftest gamle mennesker og kan som andre gamle ha nedsatte sansefølelser eller bli overfølsomme for sterke sanseintrykk. En må være oppmerksom på overfølsomhet overfor lys, lyd, kulde, varme og smerte. (Sejerøe-Szatkowski, 2004).

Jo flere sanser den demensrammede er nødt til å bruke samtidig for å forstå et budskap, desto større er risikoen for at det som blir kommunisert blir misforstått. Ved samtale alene brukes både øyne og ører. Hvis det for eksempel er en spesiell lukt, vil den straks distrahere. Hvis man samtidig med språk bruker bevegelser eller berøring, må det være sammenheng mellom språket, kroppen, stemmen og mimikken hvis kommunikasjonen skal kunne forstås og ikke misforstås. Det bør tilstrebes å bruke så få kommunikasjonsformer som mulig av gangen (Ibid).

De beste rammene for kommunikasjon til personer med demens er i deres egne rom fordi de som oftest føler seg trygge der. Det finnes noen generelle regler for gode kommunikasjonsomgivelser. De må være behagelige farger (lyse pastellfarger er å foretrekke), en god belysning som ikke er blendende med som gir tilstrekkelig lys. Det bør ikke være for mange andre mennesker tilstede i rommet, når dette kan virke distraherende for personen med demens (hvis det er andre samtaler samtidig). En bør forsøke å finne et rom der det er mulig å kommunisere med personen med demens på tomannshånd. Generelt anbefales det å stimulere så få sanser som mulig samtidig når man kommuniserer med en som har demens. Det vil si at en forsøker å skape minst mulig forvirring (Ibid). Det finnes flere ulike redskaper en kan bruke i kommunikasjon med personer med demens, men jeg har valgt å se på reminisens som metode.

3.6.1 Reminisens

Reminisens (erindring) og tilbakeblikk på livet (life review) er to begreper som ofte blir brukt om hverandre når vi snakker om bruk av livshistorier. Det er litt forskjellig betydning av ordene og de kan defineres slik:

Reminisens er å erindre tidligere opplevelser og erfaringer. Dette er å ta tilbakeblikk på livet som ikke er vurderende, som ikke tar opp hendelser og avgjørelser i livsløpet til bedømming. Reminisens kan skje i eget hode, i dialog eller i gruppesamtale. Reminisens kan gjelde alt fra enkeltepisodes til livsfaser og hele livshistorien. Life review er tilbakeblikk på livet som tar livshendelser og livsløpet opp til vurdering (Fosslund & Thorsen, 2010).

Heap definerer reminisens som minneaktivitet eller gjenkallelse av minner (Heap, 2012). Han hevder at eldre mennesker gjennom minner opplever forsterket egenverdi og integritet.

Robert N. Butler var den første som skrev om reminisens i litteraturen som kommunikasjonsmetode for personer med demens. Han skrev i 1963 en artikkel som ble et vendepunkt i oppfatningen av Eldres erindringer og tilbakeblikk på livet. Han beskriver prosessen som en «life review» en slags oppsummering over sitt eget liv (Butler, 1963). Å hente opp og betrakte egne minner, sammenligner Butler med å se seg selv i et speil. Når det blir færre bekræftende hendelser og kontakter i de nåværende omgivelsene, trenger vi å gå tilbake og gjenoppleve de hendelser som gjorde oss til «oss» og holde fast i dem. Vi nøster, vedlikeholder og setter i sammenheng så mye som mulig av dette viktige, helt fra barndommen til pensjonsalderen (Ibid). Tidligere hadde Eldres tilbakeblikk vært oppfattet som en uønsket og forkastelig aktivitet (Fosslund & Thorsen, 2010). Butlers kunnskap om reminisens er fortsatt gyldig 50 år etter at han beskrev dette i en artikkel.

Det som skal til for å vekke denne gjenklagen kan være en lukt, en lyd, noe man smaker, noe man ser eller føler. Vi kan si at vi lever våre liv gjennom sansene våre som påvirker hjernen vår. Vi mottar hele tiden både bevisste og ubevisste sanseinntrykk som blir bearbeidet og lagret i hjernen. Vår identitet er knyttet til de erfaringene vi har gjort gjennom et langt liv. Alle mennesker kommuniserer om minner. Det er en selvfølgelig del av det å være et levende menneske (Solheim, 2009). Reminisens er en aktiv og systematisert måte å formidle og utveksle erindringer, tidligere erfaringer og opplevelser i livet på. Vår identitet er knyttet til de erfaringene vi har fått gjennom et langt liv. Jo eldre vi blir, jo flere erindringer får vi. Hensikten med reminisens er å minnes livet på godt og vondt, for til slutt å kunne akseptere hele livet

slik det har vært. Gjennom og reminisere får individet forsterket opplevelsen av egen verdi og integritet. Samtidig gir reminisens en tillit til egen mestringsevne og en sammenheng mellom tidligere hendelser i livet. Det er derfor av stor betydning at også personer med demens får holde fast ved sin egen fortid, noe vi som hjelpere kan bidra til ved aktivt å ha en reminiserende holdning til pasienten i hverdagen (ibid).

4.0 Hvordan kan sykepleier bruke kommunikasjon for å forhindre utfordrende atferd hos pasienter med demens?

I dette kapitlet vil jeg analysere allerede skrevet teori og drøfte opp mot problemstillingen. Jeg har valgt å dele opp dette kapitlet med tre underproblemstillinger for å få en bedre struktur i drøftingskapitlet. Underproblemstillingen er valgt på bakgrunn av teorien som jeg har beskrevet i den teoretiske referanserammen tidligere i oppgaven.

4.1 Hvordan påvirker sykepleierens menneskesyn, holdninger og verdier samhandlingen med personen med demens?

I sykepleiefundamentet er menneske til menneskeforholdet og relasjonen mellom mennesker viktig for at sykepleieren skal kunne yte god omsorg til pasienten (Martinsen, 2003). Hvilket menneskesyn jeg møter pasienten med er avgjørende for hvordan dette forholdet vil oppfattes av pasienten og meg som sykepleier. Mitt menneskesyn tar utgangspunkt i at menneskene på mange måter er like, samtidig som hver enkelt har sine særegenheter. Jeg ser på mennesket som helt unikt, enestående og uerstattelig, men som individ tar mennesket del i en rekke felles menneskelige erfaringer. Her mener jeg at en må se mennesket som en helhet. I sykepleieteorien fra grunnutdanningen lærte jeg mye om mennesket som kunne deles inn etter fysisk, psykisk, sosialt og åndelig behov. Det som skaper forskjellen på hvert individ er arv, hvilke erfaringer har vi og ikke minst hvilke holdninger vi legger til grunn. Dette skaper individuelle særegenheter. Jeg har også et syn på mennesket om at all menneskelige atferd har en positiv intensjon. I dette begrepet tenker jeg at ingen mennesker er født som et «ondt menneske». Jeg må derfor legge til grunn dette menneskesynet når jeg møter personer med demens som har en utfordrende atferd. Flesjø (2005) sier i sin forskning at sykepleiere i stor grad vektlegger verdier som respekt og likeverd i sitt arbeid for å sikre moralsk praksis. Sykepleierne velger å handle etter pasientens beste og sier respekt for pasientene er et av de viktigste idealene de har i sin praksis. Hennes forskning viser også at pleierne i eldreomsorgen opplever at mennesker med demens i nære samhandlingssituasjoner med pleierne preges av kognitiv klarhet. De sier også at denne pasientgruppen fungerer mer adekvat i situasjoner der pleierne oppmuntrer og er positive i sin handle- og væremåte. Dette indikerer at personalet som har støttende og positive holdninger i samtaler med pasienter med demens fremkaller kognitiv klarhet (Ibid). Jeg tror at sykepleiers væremåte vil ha stor betydning for hvordan pasienten føler seg møtt eller opplever trygghet i samhandling med sykepleieren. At pasienten

blir møtt med respekt for hvem han er og ikke på bakgrunn av sin demensdiagnose vil ha stor betydning for hvordan relasjonen mellom meg som sykepleier og pasienten oppfattes av pasienten.

I en forskningsstudie (Lerdal, 2009) som ble utført på sytten sykehjem i Bergen, ble det sett på sammenhenger mellom sosialdemografiske variabler, helsefaglige utdanningsnivå og arbeidserfaring i forhold til grad av positive holdninger til pasienter med demens og grad av personorienterte holdninger. Utvalget av helsepersonell som deltok i dette studiet var sammensatt av alle yrkesgruppene som er representert i direkte pasientkontakt ved disse sykehjemmene. Den yrkesmessige sammensetningen var 25,8 % autoriserte sykepleiere, 45,7 % hjelpepleiere/ helsefagarbeidere, 7,2 % omsorgsfagarbeidere og 20,6 % ufaglærte. Blant sykepleierne var det 26 % som hadde videreutdanning innen geriatri, psykisk helsearbeid eller demensomsorg. Funnene etter denne studien viste at det var generelt høy grad av både tro på den dementes mestringsmuligheter og personorientert holdninger. Den viste også at yngre sykepleiere med spesialutdanning hadde mer tro på denne pasientgruppens mestringsmuligheter, og hadde en mer personorientert holdning sammenlignet med andre autoriserte sykepleiere (Ibid). Jeg har stilt meg noen spørsmål for hvorfor det er slik, og jeg tror at det kommer av at det har vært økt fokus på demens om miljøbehandling de siste 20 årene innen demensomsorgen jamfør Kitwoods arbeid med personsentrert omsorg.

Forskningsartikkelen viser at det i dag brukes en ganske stor andel av ufaglærte helsearbeidere i norske sykehjem. Ved sykehjemmet jeg jobber er det en stor andel faglærte men vi har noen ufaglærte som jobber blant annet faste helgestgillinger. Jeg kan se at det vil være viktig at de også tilbys opplæring i miljøbehandling som arbeidsmetode. Fremtidens utfordringer i henhold til planverk som er utgitt av Helsedirektoratet viser at det i fremtiden vil være en utfordring å kunne rekruttere faglært arbeidskraft i helsesektoren. Ut ifra de funnene denne forskningen viser så vil det være en utfordring i hvordan vi møter pasienten med våre holdninger og at vi som helsepersonell trenger mer kompetanse på at vi ser pasienten som et enkeltindivid, ser deres muligheter og ikke fokuserer på pasientens begrensninger.

Kari Martinsens omsorgsteori går ut på at omsorg er en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv. Hun vektlegger spesielt sykepleieres ansvar for personer som ikke har mulighet for å gjenvinne sin uavhengighet, i dette tilfellet personer som har en demensdiagnose. Martinsen mener at vi skal utøve sykepleie med faglig skjønn. Sykepleierens kompetanse er kombinasjon av teori og praktisk erfaring. Faglig skjønn er å

bruke praktisk moralsk handlingsklokskap og tyding. Praktisk moralsk handlingsklokskap vil si å bruke sin faglige kunnskap på en måte som gjør at pasienten føler seg ivaretatt. Vårt engasjement uttrykkes gjennom det praktiske håndlaget. Vi er det vi gjør og håndlaget sier noe om vi konsentrerer oss og interesserer oss for personen med demens eller ikke. Erfaring, personlige kvaliteter og forståelse gjennom det praktiske arbeid er essensielt. I noen situasjoner må det handles mot pasientens ønske, for pasientens egen skyld. Tyding sier noe om taus kunnskap, observasjon og intuisjon. Martinsen vektlegger det å sanse; lytte, føle og se. Det å kunne innleve seg i den andres situasjon er viktige forutsetninger for å kunne utøve god omsorg (Martinsen, 2003). For å oppnå en god relasjon mellom pasienten og meg som sykepleier er det viktig at noen grunnleggende verdier som for eksempel tillitt og trygghet ligger til grunn for samhandlingen. Pasienter som har kognitiv svikt som fører til endret atferd, nedsatt hukommelse og manglende innsikt i egenomsorg vil ha større utfordringer i forhold til å bygge relasjoner (Engedal, 2008). Det kan blant annet være at pasienten ikke husker meg fra sist vi møttes og ikke føler tryggheten i denne relasjonen. Pasienten kan føle seg utrygg når han ikke husker sykepleieren og det er lett at det kan oppstå situasjoner som blir misforstått av begge parter. Jeg må ofte starte med å bygge nye relasjoner til personen med demens for hvert nytt møte, og måten jeg opptrer på kan ha stor betydning for hvordan pasienten oppfatter meg som sykepleier. Hvilket menneskesyn jeg møter denne pasientgruppen med vil ha betydning for hvordan pasienten oppfatter meg. Dette gjelder både hva slags holdninger jeg gir uttrykk for både verbalt og nonverbalt i min kommunikasjon. Mine bevegelser og tiltale har også innvirkning på denne oppfatningen.

4.2 Hvordan kan sykepleier bruke miljøterapi for å forhindre utfordrende atferd hos personer med demens?

Gjennom livet lever mennesket i samhandling med sine omgivelser. Omgivelsene påvirker individet og individet påvirker omgivelsene. Miljøbehandling er et viktig element i demensomsorgen og innebærer at fysiske, psykiske og sosiale faktorer i omgivelsene tilrettelegges slik at personer med demens kan fungere optimalt selv med den svikt som sykdommen medfører (Bergland & Kirkevold, 2011). Forskning sier at planlagte miljøtiltak dreier som om målrettede tiltak som har til hensikt å forebygge utfordrende atferd som erfaringsmessig blir utløst i spesielle situasjoner (Furesund, Lykkeslet, Skrondal & Wogn-Henriksen, 2007). Dette betyr i praksis at jeg som pleier må tenke gjennom situasjonen på forhånd. Jeg må være reflektert rundt mine egne handlinger og være forberedt på hvordan

pasienten vil reagere i situasjoner, som jeg erfaringsmessig tror utløser utfordrende atferd. Artikkelen til Hole & Eide (2010) sier at de har erfaring med at når miljøbehandling blir en del av grunntanken i demensomsorgen så blir det mindre utfordrende atferd. De påpeker også at pasientenes funksjonsnivå opprettholdes lengre og at pasientene får mulighet til å oppleve mange gode øyeblikk. Gunderson beskrev 5 elementer som må være tilstede i et terapeutisk miljø, disse er som beskrevet tidligere i oppgaven trygghet, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring. Trygghet er spesielt viktig for pasienter med demens, dette kan være at de er i trygge omgivelser. Dette kan være på avdelingen eller rommet sitt hvor de har møbler/ bilder etc som de kjenner igjen. Det kan være at vi har en liten personalgruppe (primærsykepleie) rundt pasienten slik at det ikke blir altfor mange mennesker pasienten skal ha en relasjon sammen med. Når pasienten ikke har trygghet rundt seg vil han kanskje ikke forstå hva som foregår i miljøet rundt han. Han kan oppleve og ikke kjenne noen mennesker, ikke gjenkjenne rommet sitt som kanskje har fremmede møbler. En form for trygghet er også å beskytte eller skjerme pasienten fra å ha utfordrende atferd i fellesarealer sammen med andre pasienter. Dette kan oppleves som krenkende for pasienten som har utfordrende atferd. Vi hjelper pasienten til å opprettholde sin verdighet ovenfor medpasienter. Målet for å gi støtte er å redusere angst og bidra til opplevd tillitt for personen med demens. Når en gir støtte er dette også viktig for å oppleve trygghet og egenverdi. Ved manglende støtte i miljøet har jeg av erfaring sett at det oftere blir tilløp til utfordrende adferd som blant annet vandring i avdelingen. Struktur er viktig for personer med demens fordi dette kan gjøre dagen for pasienten mer forutsigbar. Noe som brukes i praksis er dagsplaner eller døgnrytmeplaner i avdelingene. Disse kan fortelle pasienten hva slags aktiviteter som skal være når. Det kan være en hjelp for å huske når måltidene skal inntas, er det noen fellesaktiviteter sammen med andre pasienter på avdelingen den aktuelle dagen eller lignende. Når en ikke bruker dagsplaner kan pasientene oppleve og ikke ha oversikt over sin egen hverdag. Engasjement innebærer at personen med demens er aktiv i omgivelsene og samhandler med miljøet som han er en del av. Dette kan for eksempel være det å skulle delta i aktiviteter på avdelingen eller på dagaktivitetstilbud på sykehjemmet (reminisensgruppe kan være en slik aktivitet). Personalet i avdelingen kan ta utgangspunkt i livshistorien til hver enkelt pasient, og hjelpe han til å etablere sosial kontakt med de andre pasientene. Bergland viste i sin forskning at personalets roller som tilretteleggere (det å vurdere hvem av pasientene som kan ha utbytte av å ha kontakt med hverandre) kan ha avgjørende betydning for personer med demens skal kunne etablere en meningsfull og positiv kontakt med de andre pasientene ved sykehjemmet. Dette inkluderer også det å kunne ta initiativ til å lage samtaler som flere med felles interesse

kan ta del i (Bergland, 2006). Gyldiggjøring innebærer at vi skal forsterke pasientens individualitet og krever en plan som er individuell for hver enkelt pasient laget i samarbeid med pasientens pårørende. Planen skal vise hvordan vi som sykepleiere skal følge opp og gi behandling som er tilrettelagt individuelt for hver pasient. Vi som jobber rundt pasienten formulerer hvilke tiltak som skal settes i verk og evaluerer tiltakene underveis. Jeg har selv erfaring med å bruke holdningsplaner i praksis. En holdningsplan sier noe om hvordan vi som pleiere skal opptre og hvilke tiltak vi iverksetter. Wogn-Henriksen (2001) sier at i tilfeller hvor vi ser blant annet uro, angst og utagering, trengs en individuell oppfølging for hvordan vi skal opptre sammen med pasienten i ulike samhandlingsperspektiv. Hun sier også at slik type arbeid krever tydelige definerte mål og tiltak for at vi skal kunne nå målene vi har med holdningsplanen. Gundersons miljøprosesser foregår parallelt og vil påvirke hverandre. Wogn-Henriksen sier at elementene til sammen som en helhet er større enn summen av de enkeltstående elementer. En svensk studie fant ut at personorienterte pleiere som forsøkte å finne en mening med pasientens utfordrende atferd lyktes bedre enn pleiere som i større grad var oppgaveorienterte. At tjenesten var organisert med størst mulig kontinuitet i kontakten mellom pasient og hjelper var også en annen viktig faktor (Skovdahl, 2004). Jeg har selv erfaring med at praksisfeltet ofte er i stor grad oppgaveorienterte. Jeg tror mange pleiere kan føle det litt skremmende og skulle dele nære øyeblikk som ofte iverksetter mye følelser hos personen med demens. Det ble utført et større forskningsprosjekt på sykehjem i Hedmark og Oppland i forhold til strukturert miljøbehandling til personer med demens fra 2007 i regi av alderspsykiatrisk forskningssenter. Det ble sett på ulike måter å jobbe med strukturert miljøbehandling og i forhold til implementeringsarbeidet sier ansatte at det oppleves som et hinder at ikke alle ansatte har samme mål eller har negative holdninger til dette arbeidet (Rokstad, 2012).

Kitwood er i første rekke opptatt av betydningen av å ha fokus på personen som lider av demens. Han ønsker å dreie fokuset bort fra sykdommen til hvordan den syke har det. Han hevder at vi tidligere på grunn av kultur og medisinsk tradisjon først og fremst har sett sykdommen og ikke mennesket bak. Personsentrert omsorg innebærer å bevege seg utover de basale behov og fysisk trygghet til også å dekke, beholde og styrke personens identitet (Dewing, 2008). Det innebærer også å verdsette en persons evner, smak, interesser, verdier og former for åndelighet. Personer med demens har lidd store tap, de er fratatt viktige funksjoner som skal hjelpe de med å fungere i hverdagen, derfor trenger de et trøstende miljø. Kitwood mener at det er all mulig grunn til å anta at behovet for tilhørighet hos personer med demens

er like sterkt som i tidlig barndom. Dette fordi livet overskygges av stadig nye usikkerhetsmomenter og bekymringer og fordi gode minner fra fortiden trygge forbindelser kan gå tapt. I praksis har jeg ofte sett av personer med demens ofte er veldig kontaktsøkende og søker tilhørighet til pasientene i avdelingen. De er opptatt av at de bor på samme avdeling, og at de deler et fellesskap de som er der. Kitwood bruker begrepet beskjeftigelse når ha snakker om å involvere seg i livsprosessen på en slik måte at pasienten får brukt sine evner og krefter. Fra pleiepersonell kreves det stor ferdighet og innlevelsessevne for å oppfylle dette behovet uten å påtvinge den enkelte dårlige løsninger for å være til nytte. Jo mer man vet om en persons fortid, jo mer sannsynlig er det at man vil finne gode løsninger på behovet for å ha noe og ta seg til. Kitwood påpeker to aspekter som er viktig for opprettholdelse av identitet når man arbeider med mennesker med kognitiv svikt. For det først å ha et kjennskap til hver enkeltes livshistorier, slik at historien kan opprettholdes av andre, når personen ikke selv er lenger i stand til å ta vare på sin identitet på grunn av hukommelsessvikt. Det andre er empati slik at en forholder seg til hver enkelt person som et enestående unikt menneske (ibid).

Prosjektet «Å ha det godt i hverdagen» (2006) oppsummerte hva som var det viktigste vi som helsepersonell kan gjøre i forhold til den demensrammede. Som det viktigste vi kan gjøre nevner mange ansatte (79%) og pårørende (50%) momenter som går på å støtte opp under den demensrammedes selvfølelse, verdighet, respekt og sikre trygghet og forutsigbarhet i deres tilværelse « ikke snakk over hodet på personen med demens og legg vekt på trygghet». Pårørende (71%) nevner i enda større grad enn ansatte (47%) at det viktigste de kan gjøre er å bidra til hjelp på områder som bedrer funksjoner. Det er her regnet med hjelp til å styrke selvhjelpenhet, tilrettelegging, pleie, men også å stimulere, inspirere, tilføre nye impulser gjennom å ivareta kommunikasjon og samtale. Både ansatte (58%) og pårørende (43%) nevner ofte egne holdninger og atferd som å vise kjærlighet, omtanke, være tålmodig og rolig. Et godt forhold mellom demensrammede og personalet gir optimal mulighet for god livskvalitet for den enkelte (Ingebretsen, Lyngroth & Tamber, 2006).

4.3 Hvordan kan sykepleier bruke reminisens for å forhindre utfordrende atferd hos personer med demens?

Kommunikasjon er grunnlaget for all samhandling med andre mennesker og jeg som sykepleier må ha en god kommunikasjon med pasienten. For at dette skal være mulig må jeg forstå, se pasientens problemer og ressurser. Når pasienten får kognitiv svikt og har symptomer på utfordrende atferd vil dette stille større behov for en tilpasset

kommunikasjonsmetode. Han vil etterhvert ha større vanskeligheter med å forholde seg til den daglige samtalen og det kan være flere hjelpemidler som kan være nyttige å bruke for at pasienten skal føle at han mestrer kommunikasjonen på en bedre måte. For at jeg skal kunne forstå pasientens tanker, følelser og handlinger må jeg kjenne til hvordan pasientens tidligere liv var. Livshistorien er menneskets egen særegen fortelling, det som kjennetegner denne er at den utvikles og beholdes gjennom hele livsløpet. Livshistorien er preget av spesielle merkedager eller hendelser i livet til hver enkelt person. Mange kaller dette for minner, og dette består av både positive og negative hendelser som skjer i løpet av et liv (Jakobsen, 2007). I omsorgen for personer med demens er kjennskap til hver enkelt livshistorie avgjørende for et personorientert tilbud. Det er i personens egen fortelling han gjenkjenner seg. Jeg har selv erfart i praksis at gjennom anamneseskjema eller bakgrunnsopplysningsskjema ivaretas dette hvis dette blir brukt aktivt. Dette er pasientopplysninger som er utarbeidet sammen med pasientens pårørende eller andre som har stått de nær. Når jeg vet mer om hvem pasienten engang var vil det kunne gi muligheter for samtaler som pasienten kan gjenkjenne. Eksempler på spørsmål kan være om barndom, ungdomstid, skolegang, livshendelser som konfirmasjon, bryllup, yrke og hobbyer. Når pasienten viser symptomer på utfordrende atferd vil det være viktig at jeg kan tolke hva disse symptomene kanskje kan være et uttrykk for. Kan det være noe som har oppstått tidligere i livet, f.eks hendelser fra krig eller andre ubearbeidede hendelser. Allerede tidlig i demensforløpet kan personer med demens ha problemer med å formulere seg verbalt i kommunikasjonen. De kan ha problemer med å oppfatte det som blir sagt, men også selv og ha problemer med å finne ordene de skal bruke (Lautridsen & Eckermann, 2011). Et eksempel kan være at de sier hva slags funksjon tingen de skal beskrive har fremfor å huske hva det heter. Jeg har selv erfart at mange pasienter sliter med å finne ordene de leter etter. Hvis sykehjemmet har samlet sammen ulike gjenstander vil det kanskje være lettere for pasienten å huske navnet når en ser de ulike gjenstandene. Dette kan gjøres ved å ha en reminisens boks eller reminisens rom. Jeg har også erfart at personen med demens bruker et mindre komplisert språk, bruker korte setninger, enkeltord og får et begrenset ordforråd ettersom sykdommen progredierer. Ofte kan en se at pasienten ikke selv tar initiativ til samtale. Jeg som sykepleier må derfor unngå lange setninger, fremmedord, abstrakte uttrykk og dialekter når jeg skal kommunisere med pasienten. Det som ofte kan skje hvis personen med demens ikke forstår meningen med samtalen er at de kan få en utfordrende atferd. Forskning (Ingebretsen, 2005) sier at mennesker med demens ofte er bedre til å forstå nonverbalt enn verbalt språk, men kan ha problemer med å tolke det som skjer. En skal være forsiktig med å gå alt for nær pasienten

når dette kan oppleves truende, og kan gi utfordrende atferd. Det er viktig å beholde øyekontakt, et forsiktig kroppsspråk ved at en ikke gir klemmer hvis pasienten ikke forstår hva som skjer. Det kan ha like stor effekt å holde en hånd eller stryke forsiktig på skulderen når en kommuniserer med pasienten. Senere i demensforløpet kan en bruke symboler og bilder når en kommuniserer. Mange benytter bilder av familiemedlemmer og det innledes en samtale om nære relasjoner eller oppmuntrer til at personen med demens kan fortelle om livets hendelser. Gjenkjennbare symboler kan også brukes for å gjøre miljøet mer oversiktlig, så lenge pasienten klarer å gjenkjenne symbolene. Personer med demens husker fortiden bedre enn nåtiden (Engedal, 2008), og derfor er reminisens et godt verktøy å bruke. Mange personer som har demens befinner seg i et kaos som innebærer at de ikke vet hvor de kommer fra eller hvor de skal. Dette kaoset opplever ofte vi rundt pasienten som utfordrende atferd. Når de får hjelp til å huske bakgrunnshistorien sin, kan miljøet og hverdagen føles tryggere og sikrere for pasienten. Personer med demens bør ha en egen reminisenssamling slik at de vil være i stand til å føle trygghet ved å se, ta på og huske. Rommet deres bør innredes slik at de har gamle, gjenkjennelige ting som kjenner deres tidligere liv. Reminisens knytter seg til sansene våre. Luktesansen er den sterkeste av sansene våre. De fire andre sansene er syn, hørsel, smak og følelsene er også viktig i reminisensarbeidet. Vi kan se på bilder, høre på musikk, smake på mat og kjenne berøring. Når en bruker reminisens vekkes en masse følelser til live og det gir både glede og sorg det å skulle minnes fortiden. Reminisens bidrar til å fremkalle følelser fra tidligere i livet. Man dykker ned i hukommelsens lager når en jobber med reminisens for personer med demens (Sejerøe-Szatkowski, 2004). Det ligger mange muligheter i hverdagen ved å bruke reminisens som metode. Når jeg jobber med reminisens dreier dette seg om å legge hverdagen til rette for personen med demens slik at han naturlig møter ting, lyder, lukter, berøring eller smaker noe som vekker gjenkjennelse. Personer med demens har en redusert evne til å gjenkalle minner. Dette kan oppleves som en trussel for deres identitet og integritet, og gi utfordrende atferd. Det er vi som helsepersonell som har i oppgave å skape kontinuitet i vedkommende liv og historie. Forskning (Woods et al, 2005) viser at reminisens som kommunikasjonsmetode virker bra for personer med demens og utfordrende atferd. Artikkelen sier at reminisens hadde en signifikant effekt for utfordrende atferd spesielt i forhold til depresjon, uro og rastløshet. Den viste også god effekt på de øvrige symptomene på utfordrende atferd og reminisens ble anbefalt prøvd ut som metode for denne pasientgruppen sammen med andre miljøtiltak i den daglige omsorgen for pasienten med demens. Det jobbes pr i dag med flere prosjekter som omhandler reminisens som kommunikasjonsmetode til personer med demens og utfordrende atferd. Dette er også et

aktuelt område som regjeringen i Norge ser nytteeffekten av. Stortingsmelding nummer 29,»
Morgendagens omsorg» som ble utgitt tidligere i år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013)
presiserer at vi som helsepersonell skal bidra til at det skapes meningsfulle
fellesskapsopplevelser i hverdagen for personer med demens. De velger og blant annet å
beskrive at det i fremtiden må jobbes mer med å benytte kulturuttrykk som metode for å
formidle reaksjoner, følelser, erfaringer, behandling eller terapeutisk tilnærming i den daglige
omsorgen. Det sier også at mottakerne av våre helsetjenester er kulturbærere og at det må
satses på blant annet erindringsgrupper (reminisensgrupper) som bygger på den enkeltes
evner, interesser og livshistorie. Ved at regjeringen også setter fokus på dette området tror jeg
det i fremtiden vil bli enda mer fokus på miljøbehandling innenfor demensomsorgen enn det
som blir praktisert pr i dag.

5. Konklusjon

Hensikten med denne fordypningsoppgaven var å se hvordan kommunikasjon kan forebygge utfordrende atferd hos personer med demens. Sykepleiers menneskesyn, holdninger og verdier vil være avgjørende for hvordan vi møter hvert enkelt individ som enkeltmenneske. Et hovedmål i arbeidet med denne pasientgruppen i institusjonen er å bidra til å skape et trygt miljø og å hjelpe den enkelte til å bevare sin identitet, verdighet og selvrespekt. Å gi god omsorg til personer med demens betyr at en må være opptatt av samspill og relasjoner. Hvordan miljøet i avdelingen er tilrettelagt for personer med demens er også av betydning i forhold til å forebygge utfordrende atferd. Det bør være et terapeutisk miljø i avdelingen med trygghet, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring som viktige faktorer. Alle ansatte må ha felles målsetting med pleien som gis, og alle må ha forståelse for hvorfor blant annet holdningsplaner og døgnrytmeplaner er viktig for pasientene.

Når vi skal kommunisere med mennesker som har demens er det sentralt at vi kommuniserer på en måte slik at de forstår budskapet. Vi må bruke enkle setninger, spørre om en ting av gangen, stille spørsmål som ikke trenger abstrakt tenkning og gi en instruks av gangen. Ved å bruke gjenstander kan dette lette kommunikasjonen for pasienten. For å skape en god kommunikasjon med pasienten innebærer dette at en må bli kjent med personen bak demensdiagnosen. Det stiller krav til sykepleieres interesse og motivasjon for å jobbe med personer med demens. De må ha evne til innlevelse og forståelse av pasientens følelser og livssituasjon. Forskningen som jeg har sett på i forbindelse med denne fordypningsoppgaven anbefaler bruk av reminisens som metode i kommunikasjon med pasienter med demens og utfordrende atferd. Ved at vi bruker dette i forkant av situasjoner som vi vet av erfaring vil utløse utfordrende atferd kan være med på å forebygge denne atferden i en del tilfeller. Ved at regjeringen nå setter mer fokus på aktiv omsorg og miljøbehandling i Stortingsmeldingen, vil dette kunne føre til økt interesse og økt behov i fremtiden for kompetanse innen miljøterapi og reminisens hos helsepersonell.

6. Referanseliste

- Anfinnsen, E. (2003). *Her – og langt borte. Demens sett med dikterens øyne*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse.
- Aubert, W. (1985). *Det skjulte samfunn*. Lokalisert på [http:// www.nb.no /nbsok/nb/3d7019afc9845853d87eaa84620921f6.nbdigital;jsessionid=A4A463A78CE66CD9CF585598346B1160.nbdigital3?lang=en#0](http://www.nb.no/nbsok/nb/3d7019afc9845853d87eaa84620921f6.nbdigital;jsessionid=A4A463A78CE66CD9CF585598346B1160.nbdigital3?lang=en#0)
- Barbosa da Silva, A. (2006). *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag As
- Bergland. Å. (2006) *Trivsel i sykehjem. En kvalitativ studie med utgangspunkt i mentalt klare beboeres perspektiv*. (Doktorgradsavhandling). Det medisinske fakultet [UIO], Oslo
- Bergland. Å., & Kirkevold. M. (2011). Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og gremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens?. *Sykepleien Forskning*. 1(6). 14-25.
- Butler. R. N. (1964). The life review: An interpretation of Reminiscence in the Aged. *Psychiatry*, 26 (1), 65-76
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5 utg.) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Daatland, S.O & Solem, P.E (2011). *Aldring og samfunn: En innføring i sosialgerontologi* (2. utg). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Dewing. J.,(2008). Personhood and dementia: revisiting Tom Kitwood' ideas. *International Journal of older people nursing*. 3(1). 3-13
- Elverum kommunes demensplan. (2012) *Folkehelse: oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer for helse i Elverum kommune 2012- 2015*. Elverum
- Engedal, K. (2008) *Lærebok i alderspsykiatri i praksis* (2 utg.). Tønsberg: Forlaget aldring og helse
- Engedal, K. & Haugen, P.K. (2009). *Lærebok i demens. Fakta og utfordringer* (5 utg.) Tønsberg: Forlaget aldring og helse

- Flesjø, H.A. (2005). Den gyldne regel - Ønsket om å gjøre det beste for den demente styrer pleierens handlinger. *Sykepleien* 93(17), 70-71
- Folkehelseinstituttet. (2013) *Fakta ark med diagrammer og statistikk*. Lokalisert på http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,5980:1:0:0::0:0&MainContent_6263=6464:0:25,5981:1:0:0::0:0&List_6212=6218:0:25,5987:1:0:0::0:0
- Fossland, T. & Thorsen, K. (2010), *Livshistorier i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget
- Furesund, A. S., Lykkeslet, E., Skrondal, T., Wogn-Henriksen, K. (2007). Sansestimulering – metode og møte. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. 5(1)., 37-49.
- Gunderson, J. G., *Defining the therapeutic process in psychiatric milieus*. Psychiatry 1978, 41. S: 327-335
- Heap, K. (2012), *Samtalen i eldreomsorgen, Kommunikasjon - Minner- Kriser- Sorg* (4 utg.). Oslo: Kommuneforlaget
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Demensplan 2015 «Den gode dagen»*. Delplan til Omsorgsplan 2015. Oslo: Departementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Morgendagens omsorg*.(St.meld. nr 29, 2012-2013). Oslo: Departementet.
- Henriksen, A.T., Smedvig, K, Østebø., G, Aanderaa M., Tytlandsvik. M., Dahle, A.S., Hammervold. U., Stokka. M., Haaland. T., Bloch Thorsen G.R., (2011) *Miljøterapi – en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon*. (6 utg) Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning
- Hjort, P. F. (2010) *Alderdøm: Helse, omsorg og kultur*. Oslo: Universitetsforlaget
- Hole. G.E., & Eide. L. (2010). Gode opplevelser i en travel hverdag. Ledelse og miljøbehandling på sykehjem. *Tidsskriftet Demens & Alderspsykiatri*. 14(1). 23-27
- Hummelvold, J. K. (2004). *Helt – ikke stykkevis og delt*. (6 utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Ingebretsen, R. (2005). *Kommunikasjon ved demens- en arena for samarbeid*. NOVA-Rapport 13/05. Oslo

- Ingebretsen, R., Lyngroth, S.R & Tamber, D.S.H. (2006). *Å ha det godt i hverdagen- En basis for samarbeid mellom pårørende og ansatte i omsorgen for personer med demens.*(Gerica – Prosjektrapport nr 2/2006) Oslo: Gerica Ressurssenter for demens/ alderspsykiatri
- Jakobsen, R (2007). *Ikke alle vil spille bingo. Om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem.* Bergen: Fagbokforlaget
- Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens – personen kommer i første række.* København: Munksgaard Danmark
- Larsen, A.K. (2007). *En enklere metode – veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode.* Bergen: Fagbokforlaget
- Lauridsen & Eckermann (2011). At mestre demens. I Alzheimerforeningen (Red.), *Forstå demens:* (2 utg., s.153-176). København: Hans Reizels Forlag
- Lerdal, A., (2009). Sykehjems ansattes holdninger til pasienter med demens. *Sykepleien Forskning* 4(3), 232-233
- Lindseth, O.H., (2012). *Skriving av faglige tekster. En guide for studenter* (6 utg.). Lokalisert på <http://www.hihm.no/Hovedsiden/Bibliotek/Studiehjelp>
- Lingås, G. (2000). *Etikk og verdivalg i helse- og sosialfag*». Oslo: Universitetsforlaget
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin – Historisk filosofiske essays.* (2 utg.) Oslo: Universitetsforlaget
- Norsk Sykepleieforbund. (2011), *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, Oslo, NSF
- Rokstad, A.M.M. (2008), Miljøbehandling. I A.M.M. Rokstad & K.L.Lislerud (Red.), *Personer med demens – Møte og samhandling* (s153-179). Oslo: Akribe AS
- Rokstad, A.M.M. (2008), Forståelse som grunnlag for samhandling. I A.M.M. Rokstad & K.L.Lislerud (Red.), *Personer med demens –Møte og samhandling* (s60-86). Oslo: Akribe AS
- Rokstad, A.M.M. (2012), Hva er miljøbehandling. I A.M.M. Rokstad (Red.), *Bedre hverdag for personer med demnes – utviklingsprogram for miljøbehandling – Demensplan 2015* (s 19-27). Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse

- Rokstad, A.M. R., & Vatne, S. (2009). Dementia care mapping – en mulig metode for utvikling av demensomsorg i sykehjem. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 5(2), 46-61.
- Sejerøe- Szatkowski, K. (2004). *Demens, Kommunikasjon og samarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Selbæk, G. (2007). Hva hjelper når atferd oppleves problematisk? En refleksjon over virksomhet og virkemåter med utsikt fra spesialisthelsetjenesten. I R.M.E.Krüger (Red.), *Det går an! Muligheter i miljøterapi* (s.95-101).Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse
- Selbæk, G., Kirkevold, Ø., & Engedal, K. The prevalence of psychiatric and behavioural disturbance and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2007; 22 (9) p 843-849
- Skovdahl, K. (2004) *Krävande beteenden i samband med demens- förekomst og olika förhållningssätt*. Stockholm: Karolinska Institutet
- Snoek, J. E & Engedal, K. (2008). *Psykiatri: Kunnskap, forståelse, utfordring*. (3 utg.). Oslo: Akribe Forlag
- Solheim, K. (2009). *Demensguide, holdninger og handlinger i demensomsorgen*. (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Statistisk Sentralbyrå. (2010). [Tabell]. *Framskrivning av folkemengden og forekomst av demens*. Lokalisert på [http://www.ssb.no/sok?sok= Framskrivning+av+ folkemengden+ og+forekomst+av+demens+2010](http://www.ssb.no/sok?sok=Framskrivning+av+folkemengden+og+forekomst+av+demens+2010)
- Testad, I., & Aarsland, D. (2008) Pasienter med demens og atferdsproblemer i sykehjem. *Nordisk tidsskrift for palliativ medisin*. Nr 1/2008. 25 årgang/Fagbokforlaget
- Wogn-Henriksen, K. (2001). Miljøbehandling- Hva er det?. *Tidsskriftet Ergoterapeuten*, 9(1).
- Woods, B., Spector, A., Jones, C. Orrell, M., & Davis, D. (2005). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database system Review* (2). Lokalisert på <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001120.pub2/pdf/standard>
- Wyller, T. B. (2011). *Geriatriske medisinske lærebok*. Oslo: Gyldendal akademisk forlag