



Avd: Folkehelsefag (FH)

Camilla Isabel Gjerdevik og Monica Sivertsgård

## Bacheloroppgave

# Utagering – når ord og handling smerter

Aggressiveness – when words and actions cause pain

3.årig bachelor i sykepleie

2017

Veileder: Marit Berg

Antall ord:12995

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA  NEI

## Forord

### Ny lærdom

«Utruleg lenge var eg sterk og sprek og kunne halde fram min vante veg og trudde ikkje at slikt vondt som råkar så mange gamle folk, skulle råka meg.

Eg såg på gamle skrøplingar, og tenkte at om dei for alvor sette viljen inn kunne dei vel te seg mindre ynkelege. Jo, det er sant. Så hard var eg, så blind.

No har eg lært nytt. Min eigen kropp har drive meg på plass i skrøplinganes hær. Ikkje kall oss stakkarslege når du ser oss. Kall oss heller tapre. Det er det vi er.»

Haldis Moren Vesaas: Livshus 1995



## Norsk sammendrag

Norsk tittel: Utagering – når ord og handling smerter

Engelsk tittel: Aggressiveness – when words and actions cause pain

Problemstilling: Hvordan kan vi som sykepleiere forebygge utagerende atferd hos personer med frontotemporallappdemens på skjermet enhet?

Hensikt: Oppgaven har som hensikt å gi økt kunnskap om ulike årsaker til utagering, og hvordan vi som sykepleiere kan forebygge utagerende atferd hos personer med frontotemporallappdemens.

Metode: Bacheloroppgaven er en litteraturstudie, der problemstillingen er basert på et selvvalgt tema. I denne oppgaven kombinerer vi det vi mener er relevant kunnskap ut i fra pensumlitteratur, selvvalgt faglitteratur, erfaringer fra praksis, samt forskningsartikler for å besvare vår problemstilling.

Teori: Teorikapitlet er bygget opp med relevant teori for å kunne besvare problemstillingen. Vi har anvendt sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee, og hennes teori om mellommenneskelige forhold i sykepleie. Vi har også anvendt litteratur om frontotemporallappdemens, utagerende atferd, vår rolle som sykepleiere ved utagering, kommunikasjon, forebygging, miljøbehandling, etikk, samt lover og retningslinjer.

Konklusjon: For å kunne iverksette forebyggende tiltak mot utagering, må vi som sykepleiere ha kunnskap og kompetanse om sykdommen, og hva som er den utløsende faktoren ved utagering. Det er viktig å tilpasse forebyggende miljøbehandlingstiltakene til hver enkelt pasient, da ikke alle tiltakene har samme effekt på alle pasienter. Gjennom litteraturstudiet har bruk av sansehage og musikk vist seg å ha en positiv effekt, på det forebyggende arbeidet.

## Innholdsfortegnelse

|   |    |
|---|----|
| Forord .....  | 1  |
| Norsk sammendrag .....  | 2  |
| 1.0 Innledning .....  | 5  |
| 1.1 Presentasjon og begrunnelse for valg av problemstilling ..... | 5  |
| 1.2 Problemstilling .....   | 5  |
| 1.3 Avgrensning og presisering av oppgaven .....                  | 5  |
| 1.4 Anonymisering av pasientcase .....                            | 6  |
| 1.5 Pasientcase .....   | 6  |
| 1.6 Begrepsavklaring .....  | 7  |
| 1.7 Oppgavens oppbygning .....                                    | 7  |
| 2.0 Metode .....  | 8  |
| 2.1 Metodebeskrivelse og litteratursøk .....                      | 8  |
| 2.2 Valg av databaser .....                                       | 9  |
| 2.3 Presentasjon av forskningsartikler .....                      | 9  |
| 2.4 Kildekritikk og kvalitetsvurdering .....                      | 11 |
| 3.0 Teori .....   | 13 |
| 3.1 Demens .....  | 13 |
| 3.1.1 Frontotemporallappdemens .....                              | 14 |
| 3.2 Utagerende atferd .....                                       | 15 |
| 3.2.1 Sykepleierens rolle ved utagerende atferd .....             | 15 |
| 3.3 Sykepleieteoretiker .....                                     | 16 |
| 3.3.1 Sykepleie, en mellommenneskelig prosess .....               | 17 |
| 3.3.2 Menneske til menneske forhold .....                         | 17 |
| 3.4 Kommunikasjon .....   | 18 |
| 3.4.1 Reminisens .....  | 19 |
| 3.4.2 Realitetsorientering .....                                  | 19 |

Side 3 av 47

|  |    |
|--|----|
| 3.4.3 Validering.....  | 20 |
| 3.5 Forebygging .....  | 20 |
| 3.7 Miljøbehandling .....  | 20 |
| 3.7.1 Grensesetting.....   | 21 |
| 3.7.2 Sanseshage .....   | 22 |
| 3.7.3 Musikkterapi.....  | 23 |
| 3.8 Omsorg .....   | 24 |
| 3.8.1 Personsentrert omsorg .....                                  | 24 |
| 3.9 Etikk .....  | 25 |
| 3.10 Aktualiserte lover og retningslinjer.....                     | 26 |
| 3.10.1 Pasient- og brukerrettighetsloven.....                      | 26 |
| 3.10.2 Helsepersonelloven .....                                    | 27 |
| 3.10.3 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.....             | 27 |
| 4.0 Drøfting .....   | 28 |
| 4.1 Sykepleierens rolle ved forebygging av utagering .....         | 28 |
| 4.2 Kommunikasjon som forebygging .....                            | 31 |
| 4.3 Forebygge utagerende atferd ved hjelp av miljøbehandling ..... | 34 |
| 5.0 Konklusjon .....   | 37 |
| Litteraturliste .....  | 39 |
| Vedlegg 1 PICO – skjema .....                                      | 44 |
| Vedlegg 2 Søkeshistorikk .....                                     | 45 |

## 1.0 Innledning

I de senere årene har det blitt vist stor interesse for de følelsesmessige og de atferdsmessige symptomene i forbindelse med utvikling av demens. Samtidig som de kognitive symptomene opptrer vil de fleste personer med demens få endringer i atferdsmønsteret og følelsesmessige reaksjoner. Nasjonal kompetansesenter for aldring og helse har en pågående undersøkelse som startet i 2016 og varer frem til 2020. Undersøkelsen bygger på forekomsten av demens i Norge. Formålet med undersøkelsen er å lage valide estimater ut fra alder og kjønn på denne sykdommen (Aldring og helse, 2016).

### 1.1 Presentasjon og begrunnelse for valg av problemstilling

I vårt arbeid med personer med demens i sykehjem har vi erfart at utagerende atferd ofte forekommer, og det å forholde seg til en utagerende atferd i form av både verbal- og fysisk art kan være vanskelig og årsakene er komplekse. Ut i fra egne erfaringer har vi observert at pasientgrupper på en demensavdeling er sammensatt av personer med ulike demenslidelser. Vi tenker at denne sammensetningen kan være en av flere årsaker til utagering. Da det kan være mange årsaker til utageringen, tenker vi at vi som sykepleiere må ha økt kunnskap rundt temaet. Dette for å kunne være i forkant med forebygging, som igjen vil gjøre at vi står sterkere når disse situasjonene oppstår.

### 1.2 Problemstilling

Hvordan kan vi som sykepleiere forebygge utagerende atferd hos personer med frontotemporallappdemens på skjermet enhet?

### 1.3 Avgrensning og presisering av oppgaven

Vi har valgt å avgrense denne problemstillingen til å omhandle pasienter som bor på skjermet enhet på sykehjem. Vi erfarer at dette i stor grad er en økende pasientgruppe på vår arbeidsplass. Vi ser behovet for at vi som sykepleiere trenger økt kunnskap i møte med personer med demens, for å ivareta dem på best mulig måte. Begrepet demens er en fellesbetegnelse på mange forskjellige typer av demens. Etter mye søk i litteraturen ser vi at betegnelsen frontotemporallappdemens er mest brukt, og dermed ønsker vi å benytte oss av den betegnelsen. Ut i fra casen vi har valgt å bygge oppgaven på, har vi lagt fokus på eldre mennesker over 65 år med frontotemporallappdemens med utagerende atferd. Den utagerende atferden kan være både fysisk og verbal. Mange personer får atferdsmessige og psykiske

Side 5 av 47

symptomer ved demens (APSD) som følge av denne sykdommen (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 417). Travelbee (2001) er ikke begeistret for begrepet «sykepleier» og «pasient», da dette setter individet i båser og en ser ikke det enkelte individet som unik. Likevel vil vi benytte oss av begrepet sykepleier, da dette er utdanningsretningen vår. Videre bruker vi begrepet «pasient» og betegnelser som «personer med demens», «personer med en demenslidelse» og «personer med frontotemporallappdemens», om mennesker som mottar helsehjelp. Grunnen til at vi bruker begrepet «pasient» er at dette ligger naturlig for oss da begrepet «pasient» blir mye brukt i praksis og yrkessammenhenger. Oppgaven tar for seg hvordan vi som sykepleiere kan forebygge den utagerende atferden. Vi har dermed lagt vekt på miljøbehandling med tiltak som blant annet sansehage, musikkterapi, samt god kommunikasjon. Vi har ikke fokusert på farmakologiske forebyggende tiltak. Vi har ikke lagt fokus på pårørende, men vi ønsker å belyse at det er essensielt med et godt samarbeid med pårørende for å innhente viktig informasjon om pasientens tidligere liv, og for å kunne oppnå resultater.

#### 1.4 Anonymisering av pasientcase

I sykepleierens yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2016) og vår pålagte taushetsplikt nedfelt i helsepersonelloven jf § 21 tar høyde for at helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell (Lov om helsepersonell, 1999). Vil vi i dette avsnittet anonymisere pasientcasen vi har valgt å basere oppgaven på. Dette er en fiktiv situasjon, altså en situasjon vi har funnet opp. Hensikten med casen er å skape et bilde av den utagerende atferden som kan oppstå hos personer med frontotemporallappdemens. Casen skal videre i oppgaven benyttes til å drøfte problemstillingen. Kvinnen i casen er fiktiv, men kan ha noen likhetstrekk til situasjoner vi har erfart tidligere. Ut i fra det lovverket vi som sykepleiere er under, har vi ingen hensikt om å beskrive en reell person, i fare for å krenke et uskyldig individs rettigheter.

#### 1.5 Pasientcase

Gunnvor er en dame på 76 år, og bor på en skjermet enhet på sykehjem. Hun har diagnosen frontotemporallappdemens, og har til tider en utagerende atferd. Dette innebærer slag, spark, spyting og kasting av gjenstander. Dette gjør seg gjeldende i stell og matsituasjoner, samt situasjoner hvor det er for mye stimuli. Gunnvor har en ukritisk væremåte i samvær med andre personer. Hun kan skjelle ut vedkommende når det har oppstått uoverensstemmelser av

Side 6 av 47

forskjellige årsaker. Gunnvor har en betydelig svekking av hukommelse- og forståelseevne, og motsetter seg ofte hjelp, spesielt i matsituasjoner. Gunnvor er enke og har to voksne barn. Gjennom oppveksten bodde hun på et lite småbruk. Hun likte å stelle med dyr, blomster og generelt hagearbeid.

## 1.6 Begrepsavklaring

Forebygging – dreier seg om å fremme folks helse og skape en endring. Forebyggende tiltak er delt inn i primær, sekundær og tertiærforebyggende. Vi snakker her om tertiærforebyggende tiltak. Dette er tiltak som har til hensikt å forebygge de negative konsekvensene av en eksisterende sykdom. I denne oppgaven vil det være å forebygge utagerende atferd hos personer med frontotemporallappdemens (Ranhoff, 2014, s. 163-168).

Utagerende atferd – innebærer sparking, spyting, slåing og roping, som skaper en belastning for omgivelsene (Engedal & Haugen, 2009, s. 290).

Skjermet enhet – vil si at avdelingen er tilrettelagt for personer med demenslidelser. Her har personene mulighet til å orientere seg og bevege seg fritt uten å gå seg bort (Hauge, 2014, s.267).

Frontotemporallappdemens – er forårsaket av blant annet skader mot hodet, hjerneslag, svulster og alkoholskader. Ved denne demenstypen lokaliseres skadene til pannelappene og eventuelt tinningslappene, som gir utslag på det kognitive og atferdsmessige (Berentesen, 2008, s.80).

## 1.7 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er delt inn i 5 kapitler

Kapittel 1: Innledning

Kapittel 2: Metode kapitlet gjør rede for hva metode er, hvilke metode vi har benyttet oss av, fremgangsmåten i litteratursøket, presentasjon av forskningsartiklene og kildekritikk.

Kapittel 3: Teori kapitlet tar for seg relevant pensumlitteratur og selvvalgt litteratur som vi har benyttet oss av.

Kapittel 4: Drøftingskapitlet bygger på funn gjennom forskningsartikler, faglitteratur/teori presentert i teorikapitlet og pasientcasen, som blir drøftet for å besvare problemstillingen.

Kapittel 5: Konklusjon: Her besvares problemstillingen med utgangspunkt i drøftingen.

Tilslutt har vi litteraturliste og vedlegg som PICO-skjema og søkehistorikk.

Side 7 av 47



## 2.0 Metode

I dette metodekapittelet skal vi gjøre rede for vår anvendte metode for å innhente relevant kunnskap vi trenger for å kunne besvare problemstillingen. Metode er en fremgangsmåte, et slags middel for å løse problemer, samt et hjelpemiddel for å kunne innhente data, altså kunnskapen som vi trenger for å kunne svare på oppgaven. (Dalland, 2014, s. 111)

Forskjellen mellom kvantitativ og kvalitativ metode er i hovedsak måten forskerne innhenter data på. Kvalitativ metode tar sikte på å fange opp mening og opplevelse, som ikke lar seg tallfeste eller måle. Den kvantitative metoden frembringer data i form av målbare enheter, som gir oss muligheter til å foreta regneoperasjoner som det å finne gjennomsnitt og prosentandel av en større mengde (Dalland, 2014, s. 112-114).

Metoden som er benyttet i forskningsartiklene vi har anvendt er følgende; randomiserte kontrollerte studier, det vil si at det er en gruppe pasienter som deles inn i to tilfeldige grupper. Den ene gruppen blir kalt for kontrollgruppen. Forskeren som utfører studiet og de deltagende pasientene vet ikke hva som er gitt til kontrollgruppen og hva som er gitt til den andre gruppen, dette kalles en "blindet" undersøkelse. En slik undersøkelse krever mange deltagere for å kunne argumentere for et bestemt medikament eller type behandling (Dalland, 2014, s.140). Case-study er en metode som benyttes innenfor kvalitative undersøkelser innenfor forskning. Kvalitativ design vil si at en prøver å forstå verden sett fra intervjupersonenes side. Målet er å få frem betydningen av folks erfaringer og avdekke deres opplevelse av verden (Dalland, 2014, s.140).

## 2.1 Metodebeskrivelse og litteratursøk

I denne bacheloroppgaven skal vi foreta en litteraturstudie. Besvarelsen bygger på relevant fag og forskningslitteratur, samt erfaringer fra praksis. Litteraturstudiet gir god oversikt over den kunnskapen som allerede eksisterer rundt vårt tema, og gir dermed et godt grunnlag for drøfting av problemstillingen. Vi benytter oss av primærlitteratur og sekundærlitteratur. Primærlitteratur går ut på at litteraturen er original fra forfatter, mens sekundærlitteratur er litteratur som tolker andres arbeid (Dalland, 2014, s.78-79).

Søkeprosessen startet i Swemed+ hvor vi benyttet oss av ulike søkeord for å finne relevante MeSH-termer. Søkeordene ble videre strukturert og satt inn i PICO-skjema, dette vil gi oss større sjans til å finne de artiklene som er mest relevante til vår problemstilling (Vedlegg 1).

Side 8 av 47

PICO-skjema er et verktøy hvor man legger inn problemstillingen og formulerer spørsmål presist. PICO-skjema er bygd opp slik: P omhandler pasient eller problem, I tar for seg hva det i pasientgruppen det dreier seg om, C er om hva og eventuelt hva det skal sammenlignes med av tiltak, og O hvilke utfall vi er interessert i (Helsebiblioteket, 2015).

## 2.2 Valg av databaser

Litteratursøket startet med at vi gikk inn på Høgskolen i Innlandet sine nettsider, herunder bibliotek, deretter gikk vi inn i databaser med direkte tilgang. Vi diskuterte hvilke databaser som ville være relevante å benytte seg av i vårt søk etter forskning. Vi benyttet oss av databaser som CINAHL, PubMed og Swemed+. Dette er databaser som inneholder relevante forskningsartikler for sykepleiefaget. Vi har under søket avgrenset tidsområdet for når artiklene er publisert til 10 år. Dette for å finne den nyeste og mest oppdaterte forskningen. Videre har vi avgrenset til at det skal omhandle eldre over 65+, og at artiklene er i full tekst. Dette har gjort at søket minket i antall treff betraktelig. Søkeordene har vi kombinert med AND/OR. Vi har lagt ved en spesifikk oversikt over søkehistorikken, samt funn av de enkelte artiklene vi har anvendt (Vedlegg 2).

## 2.3 Presentasjon av forskningsartikler

Ridder, Stige, Qvale & Gold (2013) gjennomførte en utforskende randomisert kontrollert studie i perioden juli/ august 2010 til høsten 2011. 42 pasienter med demens randomisert til en sekvens på seks uker med individuell musikkterapi og seks uker med standard behandling. Det ble samlet data fra 14 forskjellige sykehjem, fire i Danmark og 10 i Norge. Hensikten med denne crossover studien var å undersøke effekten individuell musikkterapi har på utagering hos personer med moderat/ alvorlig demens boende i sykehjem, og utforske dens effekt på psykotrope medisiner og livskvalitet. Denne studien konkluderer med at seks uker med musikkterapi reduserer uro og hindrer økning i medikamentbruk hos personer med demens, samt en positiv utvikling i forhold redusert utagering og økt livskvalitet.

Thorvik, Helleberg & Hauge (2016) har foretatt en studie hvor det ble benyttet kvalitativ design metode med feltobservasjoner og feltsamtaler som metode. Forskningen ble publisert i 2014 og er oppdatert i 2016. Formålet med studien var å utforske og beskrive hva god omsorg kan være i en skjermet avdeling for personer med demens. Det å ha kunnskap om demenssykdommer og ha kjennskap til pasientens tidligere og nåværende liv er viktig. Forskningsartikkelen konkluderer med at god omsorg, i kombinasjon med kunnskap,

Side 9 av 47

fleksibilitet, tilnærming og beredskap er essensielt for å gi god omsorg for personer med demens.

Cohen-Mansfield et al. (2010) utførte en randomisert studie der ulike typer stimuli som; musikk, sosial stimuli, simulerte sosiale stimuli, og individualisert stimuli basert på personens selvidentitet ble presentert. Studien ble gjennomført ved syv sykehjem i Maryland og i studien deltok 111 sykehjemsbeboere som viste utagering. Hensikten med denne studien er å undersøke hvilken effekt de forskjellige typer stimuli har på agitert atferd hos personer med en demenslidelse. Videre konkluderer studien med at å gi stimuli tilbyr en proaktiv tilnærming til å forebygge uro hos personer med demens, og der levende stimuli er den mest vellykkede.

Mcevoy & Plant (2014) Forskningsartikkelen bygges opp av tre ulike case-studier. Case-studiene påpeker at ved empatisk og nysgjerrig tilnærming kan en forbedre kommunikasjonen med mennesker som har mild til moderat demens. Verdien av empatisk nysgjerrighet er at det kan bidra til å skape større engasjement og innsikt. Empatisk lytting går ut på å ha oppmerksomheten rettet til de opplysningene som oppstår under samtalen. Det innebærer at en må plukke non-verbale signaler eller metaforiske ledetråder som kan tyde på emosjonelle bekymringer eller behov. Ved å ha en nysgjerrig holdning kan en lede oppmerksomheten mot hensikten bak en persons oppførsel, deres fremtredende bekymringer og personlige verdier som er meningsfulle for dem. Forskningsartikkelen trekker frem fire gode metoder å kunne kommunisere med en som er dement. (1) Å spørre korte og åpne spørsmål som brukes i presens. (2) Å legge merke til personens følelser angående ett tema. (3) Å gi personen tid og rom for at de skal finne ord og styre samtalen i retningen de ønsker. (4) utforske om metaforer kan gjøre det lettere for personen å forstå. Ved å bruke disse 4 punktene kan man øke en dement pasients livskvalitet (Mcevoy & Plant, 2014).

## 2.4 Kildekritikk og kvalitetsvurdering

I vårt arbeid med litteratursøk har vi diskutert mye i fellesskap og stilt oss kritiske til litteraturen vi har benyttet oss av. Vi har funnet mye litteratur og forskning om vårt tema. I prosessen med å innhente relevant litteratur om temaet har vi vurdert, gyldigheten, holdbarheten, troverdigheten og relevansen for vår problemstilling.

Samtlige artikler er vurdert ut fra IMRAD-modellen for å forsikre oss at artiklene vi har funnet er forskning. IMRAD er betegnelsen for introduksjon/introduction, metode/methods, resultat/results og/and diskusjon/discussion (Dalland, 2014, s.79). I tillegg til at vi har benyttet oss av IMRAD-modellen har vi søkt etter forskning som er fagfellevurdert (peer review). Det at forskningen er fagfellevurdert vil si at forskningen har vært gjennom en kvalitetskontroll av mennesker med ekspertise i faget (Dalland, 2014, s. 78). Videre har vi vurdert forskningens relevans for vår problemstilling og case. Vi har benyttet oss av forskning som ikke er eldre enn ti år for å få den nyeste forskningen. Den første forskningsartikkelen som er presentert er en undersøkelse som ble gjort i Norge og Danmark, artikkel nummer 2 er gjennomført i Norge, mens artikkel 3 og 4 er fra USA. Dette er land som vi mener har et samfunn og en kultur som har tilnærminger til Norge. Vi tar høyde for at det likevel er kulturelle, økonomiske og sosiale forskjeller, og at dette kan spille inn på resultatene.

Forskningsetikkene vi har benyttet oss av er engelskspråklige med unntak av en som er norsk. Vi har begge norsk som morsmål, men engelsk er et språk vi kan godt fra før. Selv om vi har gode engelskkunnskaper, kan det forekomme at vi har misforstått eller feiltolket enkelte deler i artiklene.

Vi har benyttet oss av primær- og sekundærlitteratur i vår besvarelse. Dalland (2014) skriver at en alltid bør finne frem til den opprinnelige kilden, med dette mener han primærkilden. Sekundærkilder er primærkilder som andre har bearbeidet, tolket og så presentert det den opprinnelige forfatteren har skrevet. Vi har stilt oss kritiske til å benytte eldre litteratur, men vi har valgt å benytte oss av eldre litteratur når det kommer til alt som omhandler vår valgte sykepleieteoretiker. Vi har benyttet primærlitteratur da det kommer til presentasjonen av Joyce Travelbee. Vi mener at innholdet er av høy verdi og har stor troverdighet. Bacheloroppgaven vår består gjennomgående av pensumlitteratur, selvvalgte litteratur i form av; bøker samt artikler og forskningsartikler.

I tillegg til forskningsetikkene vi har presentert i metodekapittelet vårt, har vi i løpet av litteraturstudiet funnet frem til en annen forskningsartikkel som er publisert i et

Side **11** av **47**

fagfelleurdert sykepleietidsskrift. Vi har valgt å ikke presentere denne som forskning, men heller benytte oss av denne som en del av teorien vi presenterer. Vi har vurdert kvaliteten på artikkelen på lik linje med de andre artiklene vi har valgt å presentere i metodekapittelet. I Vedlegg to har vi presentert søket vi foretok oss, slik at andre lett vil kunne finne den.

### 3.0 Teori

Dette kapittelet inneholder teori som vi anser som relevant for vår problemstilling og Gunnvor i casen. Teorien tar utgangspunkt i faglitteratur og selvvalgt litteratur. Dalland (2014, s. 134) skriver at betydningen med teoretisk perspektiv, går ut på at vi velger å se problemet i lyset av en bestemt teori. Valg av teori er tatt på bakgrunn av hvordan vi kan forebygge utagerende atferd hos Gunnvor som har diagnosen frontotemporallappdemens. Vi har lagt hovedvekt på sykepleierens rolle, kommunikasjon og miljøbehandling i det forebyggende arbeidet.

### 3.1 Demens

Demens blir definert av Engedal og Haugen som en hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Kjentegnene ved sykdommen er svekket mental kapasitet som medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, tenkning, læring og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til nedsatt evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid (Berentsen, 2008 s.45). Demens er en betegnelse på flere undergrupper av demens (Rokstad & Smebye, 2015, s. 28). Vi har valgt å kun fokusere på frontotemporallappdemens, som er en undergruppe av degenerative hjernesykdommer. Sykdommen gjør at celler i hjernen tilbakedannes (degenereres) eller dør. Når cellene etterhvert degenereres viser symptomene seg og karakteriseres ut fra hvilket område av hjernen som er skadet (Berentsen, 2008, s. 73 -74).

Redusert hukommelse må alltid være tilstede for at begrepet demens kan benyttes, og må være relatert til den sviktende evnen til å klare dagliglivets aktiviteter på grunn av denne hukommelsesreduksjonen. Det må videre antas eller påvises at det foreligger en organisk sykdom i hjernen som forårsaker tilstanden og det må utelukkes at tilstanden kan skyldes andre årsaker som delirium, bivirkning av medikamenter eller forgiftning (Engedal og Haugen, 2009 s. 17-18). Sykdomsutviklingen deles inn i tre grader; mild, moderat og alvorlig kognitiv svikt. Ved mild kognitiv svikt vil personen oppdage endringer som gir innvirkninger på dagliglivet, det er ingen grunn til at personen ikke kan bo hjemme. De fleste klarer seg godt i kjente omgivelser og med sine faste rutiner, men med litt tilrettelegging. Når personen kommer over i en moderat kognitiv svikt vil en oppdage at flere av de vanlige gjøremålene blir vanskeligere. Det kan være gjøremål som påkledning og matlaging, og behovet for tilrettelegging og veiledning øker. Ved en alvorlig kognitiv svikt kan personen bære preg av forvirring, glemsomhet og gjenkjenning av kjente og kjære ansikter. Orientering for tid og

Side 13 av 47

sted blir en utfordring. På dette stadiet vil personen ha et behov for kontinuerlig døgntilsyn og omsorg (Rokstad & Smebye, 2015, s.39). Personer med en langtkommet frontotemporallappdemens vil ha behov for en tilrettelagt skjermet enhet. At avdelingen er skjermet vil si at avdelingen er tilrettelagt slik at personer med demens har mulighet til å orientere seg, samt å kunne bevege seg fritt uten å gå seg bort. Avdelingen består i hovedsak av eldre som er tilsynelatende fysisk spreke, men på grunn av den kognitive svikten ikke kan bo hjemme (Hauge, 2014, s.267).

### 3.1.1 Frontotemporallappdemens

Det finnes flere ulike degenerative hjernesykdommer i frontal- og temporallappene. Sykdommene samlet kalles frontotemporallappdemens, noen av disse kan til en viss grad være arvelige, og andre ikke. Frontotemporallappdemens kan skyldes andre årsaker som: skader mot hodet, hjerneslag, svulster og alkoholskader. Skadene er lokalisert til pannelappene og eventuelt tinningslappene ved denne demenstypen, og gir utslag i kognitive og atferdsmessige symptomer. Ved kognitive symptomer vises det tidlig tegn til mangel på initiativ. Dette gjør seg gjeldende ved at pasienten kan bli sittende uten å foreta seg noe selv om den enkelte ser hva som burde ha vært gjort. Uoppmerksomhet og vansker med gjennomføringen av handlinger skjer fordi pasienten mangler evnen til å planlegge hva som må gjøres for å løse problemet. Hukommelse og evnen til å forstå handling i rom er intakt i tidlig fase, det samme er språkfunksjonen, men begge reduseres etter hvert som sykdommen utvikler seg. Ved språkfunksjonen gjør dette seg gjeldende ved at ord blir uttalt feil og det er redusert taleflyt (Berentsen, 2008, s. 80). Når språkfunksjonen forverres blir pasientens ordbruk og lyder stadig gjentakende og sies om og om igjen. Der sykdomsforløpet er langtkommet ved denne type demens kan språkfunksjonen bli helt fraværende. I et sent stadium i sykdomsforløpet kan pasienten få motoriske symptomer som muskelstivhet, treghet og skjelvninger (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 413-414).

Når det gjelder atferdsmessige symptomer skjer det endringer allerede tidlig i demensutviklingen. Dette sammen med at pasienten har en intakt hukommelse og er orientert over tid og sted gjør at man lett kan tro at pasienten har psykiske problemer. Mangel på sykdomsinnsikt hos personer med demens medvirker til en uhemmet atferd som impulsive handlinger, reagerer ikke følelsesmessig adekvat og er likegyldig til blant annet hygiene, påkledning og ved inntak av måltider (Berentsen, 2008 s. 81).

Side 14 av 47

## 3.2 Utagerende atferd

Ved frontotemporallappdemens forekommer avvikende sosial atferd og utagering hyppig. APSD er betegnelsen for atferdsmessige og psykologiske eller psykiatriske symptomer ved demens. APSD deles inn i atferdsmessige og psykiatriske symptomer som ikke relateres til psykiatrisk sykdom. Årsakene til APSD er sammensatte, det er viktig å ikke fokusere kun på symptomene, da den bakenforliggende årsaken står i fare for å ikke bli behandlet (Kirkevold, 2009, s. 311). APSD består av ikke-kognitive symptomer, og inkluderer blant annet apati, utagering, angst, aggresjon, depresjon, vrangforestillinger og hallusinasjoner. Når forekomsten av APSD øker vil dette prege pasienten mer etter som demenssykdommen utvikler seg (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 417).

Utagerende atferd som slag, spyting og ufint ordbruk, er ikke bare en belastning for pasienten selv, men rammer også medpasienter, personalet og pårørende. Personalet kan til tider føle seg maktesløse i slike situasjoner, og en må finne ut om det er en bakenforliggende årsak til utageringen. I noen tilfeller kan den utagerende atferden komme av udekte behov, som pasienten ikke klarer å uttrykke verbalt (Fugelsnes, 2009). Utagering er vanlig ved skader i frontal- og temporallappene, skaden fører til endret personlighet, dette forekommer ved at pasienten mangler evne til kritisk sans og impuls kontroll (Berentsen, Grefsrød & Eek, 2007, s. 27). Den kognitive forandringen som opptrer ved demens, gjør at pasienten kan ha problemer med å forstå hva som skjer, samt uttrykke behov og ønsker. Utagerende atferd kan utarte seg ved dårlig samhandling og kommunikasjon mellom pleier og pasient. Utagering oppstår hyppigst i stellesituasjoner. I stellesituasjoner er pasienten sårbar og truet, samt at det kan være mange bakenforliggende årsaker fra gammelt av som provoseres frem i stedet (Kirkevold, 2009, s. 311-316).

### 3.2.1 Sykepleierens rolle ved utagerende atferd

Forebygging av utagerende atferd er en utfordring og det kan være mange årsaker til at utageringen oppstår. En rekke psykososiale forhold kan utløse dette, og psykososialt vil dette bety at årsaken kan være for mye stimuli og mennesker, eller dårlig kommuniserte behov i samhandling mellom sykepleier og personen med demens. Måten vi som sykepleiere formidler verbal informasjon på, og våre holdninger under samhandlingen påvirker mulighetene personen med demens har til å forstå hva som skjer (Kirkevold, 2009 s. 315-316).

Side 15 av 47



Cohen-Mansfield beskriver forståelsen av utagerende atferd som en reaksjon på behov som ikke møtes. Hun beskriver videre at hos personer med demens, har pasienten økt sårbarhet og redusert toleranse for stress og at dette medvirker til den utagerende atferden. Ved en stadig lavere terskel for stress og nedsatt mestringsevne til å møte omgivelsenes krav, fører dette til en økning av stress som igjen kan medføre angst og uro (Rokstad & Smebye, 2015 s. 184). I samhandling med personer med demens kan måten vi som sykepleiere opptrer på kunne gi pasienten en bekreftelse som menneske eller være krenkende og degraderende. Kitwood påpeker hvor avgjørende de sosiale- og psykologiske faktorene i omgivelsene har for personer med demens sitt selvbilde (Rokstad & Smebye, 2015 s. 73).

Dette vil være viktig i samhandlingen med en person med lidelsen frontotemporallappdemens, der en endret atferd oftest innebærer bortfall av hemninger, og hvor den ukritiske atferden fører til vanskeligheter i blant annet sosiale sammenhenger. Impulskontrollen er ofte redusert og dette kan føre til irritasjon og aggresjon (Engedal & Haugen, 2009 s. 103-104). Pasienten blir personlighetsforandret, mister dømmekraften og den sosiale finfølelsen (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010 s.476). Det er ikke lett å stå i en situasjon med utagering. Desto viktigere er det at vi som sykepleiere i samhandlingen med personer med frontotemporallappdemens, inntar en «farsrolle» i kommunikasjonen. Med dette menes å være fast, sette klare grenser for atferd og gi klare beskjeder om hva som skal gjennomføres av handlinger. Det er viktig at det ikke gis mange valgmuligheter (Hummelvoll, 2012 s. 413).

Når utagerende atferd oppstår er det viktig å ha en balanse mellom nærhet og avstand. Essensen i profesjonell holdning er å ha kunnskap og empati. Det vil være til hjelp å vite hvor pasientens vanlige grenser går, men situasjonen som oppstår vil være avgjørende. Empati bygger på et kognitivt og et emosjonelt aspekt og er en prosess der man samler opplysninger og inntrykk, følelser, kunnskap og erfaringer. Dette blir brukt for å vurdere pasientens situasjon og hva han trenger. Nærhet og avstand reguleres i forhold til tid, rom, klima og situasjonen som oppstår (Strand, 1990 s. 80-81).

### 3.3 Sykepleieteoretiker

Vi har valgt å knytte oppgaven vår til Joyce Travelbee sin sykepleieteori. Travelbee er opptatt av å se mennesket bak sykdommen, og danne et mellommenneskelig forhold for å kunne hjelpe mennesker med å forebygge eller mestre erfaringer av å ha en sykdom eller lidelse. Travelbee belyser hvordan vi som sykepleiere skal møte et menneske for å utvikle kontakt og

Side 16 av 47

hjelpe mennesket. Vi mener Travelbee sin sykepleieteori er relevant med tanke på hvordan vi som sykepleiere kan møte Gunnvor med å forebygge utagerende atferd. Travelbee (2001) er opptatt av at mennesket er et unikt individ, et individ som hele livet er i vekst, utvikling og endring. Sykepleie dreier seg om mennesker, om pasient, sykepleier og familie.

### 3.3.1 Sykepleie, en mellommenneskelig prosess

Joyce Travelbee (2001, s. 29) definerer sykepleie slik:

*«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene.»*

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess ved at det alltid omhandler, direkte eller indirekte, mennesker og deres familie. Med dette menes at det er en erfaring, eller en hendelse, eller serier av hendelser, som opptrer mellom sykepleier og individet som har behov for den hjelp som sykepleier kan gi. Sykepleieren arbeider for å skape forandringer, ved å hjelpe individet, familien eller samfunnet til å bli bevisste om hvordan sykdom, funksjonssvikt og lidelse kan forebygges på høyest mulig nivå, for at helse kan opprettholdes (Travelbee, 2001, s. 30). Å bruke seg selv terapeutisk er et kjennetegn ved profesjonell sykepleie. Dette innebærer evnen til å bruke sin egen personlighet på en bevisst og hensiktsmessig måte i møte med pasienter. Målet er å fremme en ønsket forandring, og forandringen er terapeutisk når den bidrar til å redusere eller lindre pasientens plager (Travelbee, 2001, s. 44-45).

### 3.3.2 Menneske til menneske forhold

Et av hovedpunktene i Travelbee sin sykepleieteori er at oppgaven til den profesjonelle sykepleieren vil være å etablere og opprettholde et menneske-til-menneske-forhold. Det som betegner et slikt forhold er at sykepleieren og den syke oppfatter og forholder seg til hverandre som unike individer, og ikke som «sykepleier» og «pasient». Det er først når man ser hverandre som unike enkeltindivider at en reell kontakt oppstår.

Menneske-til-menneske-forholdet er et virkemiddel som bidrar til å oppnå sykepleierens mål og hensikt, der den syke og sykepleieren får behov dekket (Travelbee, 2001, s.171). Travelbee mener at menneske-til-menneske-forholdet etableres først etter at sykepleieren og den syke har gjennomgått fire sammenhengende faser. Fasene grunner i gjensidig forståelse og kontakt.

Side 17 av 47

Den første fasen omhandler det innledende møte, og bygges på et førsteinntrykk vi får i møte med pasienten. Observasjonene vil trekke slutninger på bakgrunn av verbal og non-verbal kommunikasjon. Fase to dreier seg om fremvekst av identitet. Det innebærer å ha evnen til å verdsette den andre som et unikt individ, og evnen til å etablere tilknytninger til den andre, står i fokus. I denne fasen begynner sykepleieren å fange opp hvordan pasienten som et unikt individ, føler, tenker og oppfatter situasjonen. Fase tre omhandler empati, evnen til å leve seg inn i eller ta del i, og forstå den andres situasjon. Den siste fasen for å etablere et menneske-til-menneske-forhold omhandler sympati og medfølelse. Gjennom sympati og medfølelse blir den enkelte i stand til å forstå og dele den andres plager og fortvilelser. Sykepleieren har da omsatt sin sympati og medfølelse til sykepleiehandlinger og dermed redusert den sykes plager og fortvilelser. Ved at den syke opplever sympati og medfølelse, begynner tilliten til sykepleieren å bygges opp (Travelbee, 2001, s. 171-210).

### 3.4 Kommunikasjon

Gjennom kommunikasjon gir man uttrykk for holdninger og respekten for hverandre. Hvordan vi ordlegger oss, og hvordan ordene blir bekreftet gjennom kroppsspråk og mimikk har stor betydning. God kommunikasjon baseres på åpenhet, tillit og god tid, dette skaper grunnlag for opplevelse av forståelse, fellesskap og personlig vekst. Dårlig kommunikasjon preges av lukkethet og usikkerhet, samt av uklarerhet med hensyn til innhold eller sosiale budskap. Ved uklar kommunikasjon øker risikoen for misforståelser, som kan skape angst, utrygghet og mistenksomhet (Wong-Henriksen, 2015, s. 90-91). Kommunikasjon er en prosess som kan gjøre sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold, og på den måten oppfylle sykepleierens mål og hensikt, som er å hjelpe enkeltindivider og deres familier. Det er vesentlig at sykepleieren forstår meningen i det budskapet den syke kommuniserer. Dette for å kunne si ut den nyttige informasjonen som trengs i planleggingen (Travelbee, 2001, s. 147).

For at man skal kunne tilpasse kommunikasjonen til den enkelte pasienten, hvor det er snakk om personer med demens kan det være til stor hjelp å prate med pårørende for å få viktige opplysninger om hvordan kommunikasjonsmønsteret var tidligere. Ved å få denne informasjonen blir det lettere å kartlegge hvilke andre ressurser, problemer og behov personen har, og dermed tilpasse kommunikasjonsformen. I møte med pasienter er det viktig å tenke over at vedkommende har levd et langt liv og opplevd mye, møte med pasienten skal bære

Side 18 av 47

preg av respekt, verdighet og ærlighet. Når vi kommuniserer er det viktig at vi ikke snakker om, men med pasienten (Berentssen & Solheim, 2008, s.151-152). Hummelvoll (2014, s. 413) skriver at ved kommunikasjon til personer med frontotemporalappdemens kreves det at en setter klare grenser for atferd og formidler klare beskjeder om hvilke handlinger som skal utføres, samt gi få valgmuligheter.

Som sykepleiere er det sentralt å ha kjennskap til non-verbal og verbal kommunikasjon. Non-verbal kommunikasjon brukes som et responderende språk og gir et indirekte uttrykk for underliggende følelser og holdninger. Ved å benytte denne kommunikasjonsmetoden gir man uttrykk for at man ser, hører og forstår vedkommende. Det er viktig å være en aktiv lytter og gi bekræftelse gjennom non-verbal kommunikasjon. Øyekontakt, være mottagende og ha en åpen kroppsholdning, et bekræftende nikk, svar som «mm» og et rolig ansiktsuttrykk er noen eksempler på god non-verbal kommunikasjon. Non-verbale kommunikasjonsferdigheter er viktig i arbeid med personer med sviktende, redusert eller ikke fullt utviklet kognitive evner, da det vil kunne nå bedre frem enn det verbale språket (Eide & Eide, 2010, s. 198-199).

Kommunikasjonsverktøy som validering, reminisens og realitetsorientering er essensielt i demensomsorgen.

#### 3.4.1 Reminisens

Langtidshukommelsen kan være ganske intakt hos personer med demens. Reminisens (minnearbeid) går ut på å hente frem personlige og meningsfulle hendelser fra tidligere i livet. Reminisensarbeid fokuserer primært på positive minner. Mange har opplevd traumatiske ting som ikke er hensiktsmessige å bringe frem. Reminisens kan bringe frem minner om deres tidligere selvtillit og kompetanse, som kan ha positiv innvirkning på selvfølelsen i dag. For å hente frem minner kan man blant annet hente frem bilder fra gamle dager, gjenstander, lukt, smak og musikk (Wong-Henriksen, 2015, s. 103-104).

#### 3.4.2 Realitetsorientering

Personer med en demenslidelse kan ha vansker med å orientere seg, og er ikke alltid klar over hvilken dag det er, tid og situasjon. Den manglende oversikten erstattes gjerne med egne antakelser, som ikke stemmer med nå-tiden. For noen kan det være til stor hjelp at det er tydelige klokker, kalender, dørskilt i avdelingen, samt at pleieren aktivt minner pasientene på tid, sted, og hva som skjer i den gjeldende situasjonen. Realitetsorientering kan bidra til å forebygge mulige forvirringsperioder, ved riktig bruk (Wong-Henriksen, 2015, s. 104-105).

Side 19 av 47

### 3.4.3 Validering

Validering er ikke så opptatt av hva som er riktig og reell informasjon, men bygger mer på pasientens fokus og opplevelse. Det er viktig å ikke korrigere pasienten, men å bekrefte og anerkjenne det pasienten sier. Validering legger vekt på det emosjonelle og gir retningslinjer for kommunikasjon ut fra følelsene og meningene bak det som blir sagt. Det er vesentlig å lytte til det emosjonelle uttrykk, uten å korrigere feil i faktaopplysninger og sannhet. Ved å møte vedkommende på det han/hun er opptatt av kan en åpne for forståelse og nærhet (Wong-Henriksen, 2015, s. 105-106). Validering understreker betydningen av ubetinget aksept og verdsetting av personen, uansett hvordan hans eller hennes tilstand og funksjonsevne er. Som grunnpilar er evne til innlevelse i tilnærmingen (Heap, 2012, s. 132).

### 3.5 Forebygging

Mæland (2012) presiserer at forebyggende helsearbeid dreier seg om mer enn å hindre sykdom og tidlig død. Det handler også om å fremme folks helse og bidra til at helsen blir en positiv ressurs i hverdagslivet. Dette innebærer blant annet at vi som sykepleiere må legge omgivelsene til rette for best mulig helseutvikling, styrke motstandskraften mot forhold som kan true den gamles helse, stimulere den gamles evne til fleksibel funksjonering, mestring og kontroll, samt å bidra på alle måter til at den gamles livskvalitet blir best mulig (Ranhoff, 2014, s.162). Forebyggende arbeid er aktuelt på alle arenaer i helsevesenet. Sykepleierens oppgave er å gi konkret informasjon om helse, sykdom og helsefremmende tiltak, for å kunne lykkes med å skape endringer. Helsefremmende og forebyggende tiltak deles inn i primær, sekundær og tertiærforebyggende tiltak. Primærforebyggende tiltak går ut på å fremme god helse, som en sunn livsstil, og forebygge slik at det ikke oppstår skader og sykdom. Sekundærforebyggende tiltak trer i kraft når skader og sykdom opptrer, og har som hensikt å hindre nye hendelser. Det kan være hendelser som fall eller iverksette tiltak for å forebygge et nytt slag. Tertiærforebyggende tiltak settes til verks for å forebygge de negative konsekvensene av en sykdom som allerede eksisterer. Det kan for eksempel være å forebygge utagerende atferd hos personer med demens (Ranhoff, 2014, s. 163-168).

### 3.7 Miljøbehandling

Miljøbehandling vektlegger relasjoner og terapeutiske prosesser i pasientens miljø. Det omfatter tilrettelegging av psykiske, fysiske og sosiale forhold. Målsettingen ved miljøbehandling er å bedre funksjonsevnen, øke trivsel, livskvalitet og velvære (Kirkevold & Gonzalez, 2012, s.53). Miljøbehandling til personer med demens har som mål å redusere

Side 20 av 47

negative følger av sykdommen, samt bidra til en kvalitativt bedre hverdag for de som er rammet. Miljøtiltak kan omfatte hele miljøet eller mindre deler av miljøet. Det kan da dreie seg om skreddersydde opplegg for enkeltpersoner og tiltak som personer med demens vil kunne ha utbytte av. Behandlingen vil ikke kunne snu sykdomsutviklingen, men målet er å bidra, innenfor mulighetenes rammer til en bedre funksjonsevne på viktige områder og forsinke demensutviklingen. For personer med en demenslidelse kan det være seg at når forholdene legges til rette, begynner en å delta i sosiale aktiviteter, fra å være passiv og tilbaketrukket (Engedal & Hauge, 2009 s. 293-302).

Det er vesentlig at behandlingsopplegg ikke bare gir muligheter for personer med demens til å fungere bedre, men at det legges avgjørende vekt på livskvalitet der tiltak som settes i gang resulterer i økt trivsel. Behandlingen av personer med demens vil dreie seg om å individualisere tiltakene. For å gjøre det riktige for den enkelte, må det tas utgangspunkt i hvordan tilværelsen oppleves her og nå, og ta utgangspunkt i personens bakgrunn. Det vil være nødvendig at tiltak med aktivitet, er av interesse for personer med en demenslidelse utfra vaner tidligere i livet og ikke aktiviteter som er nye og ukjente. Pasienter kan feilstimuleres dersom et tiltak omfatter flere mennesker og mye aktivitet. Det kan da medføre negative konsekvenser. Selv om det er viktig å legge opp aktiviteten utfra individuell kjennskap fra tidligere i livet, må vi som sykepleiere være klar over at det er enkelte aktiviteter personer med demens ikke lenger mestrer. Det kan være seg at den som har vært god på å lage mat ikke lenger får til dette fordi forståelsen av oppskriftene ikke er der. Dette vil kunne oppleves vondt for personer med en demenslidelse (Engedal & Hauge, 2009 s. 293-302). Det er mange måter å drive miljøbehandling på. Vi har her valgt å fokusere på grensesetting, sansehage og musikkterapi.

### 3.7.1 Grensesetting

Den svenske psykologen Bo Hagberg identifiserer tre hovedtilnærminger i behandlingen av demens. Ved frontotemporalappdemens kaller Hagberg tilnærmingen sosial korsettering. Det vil si at vi som sykepleiere møter personer med demens på en varm, men bestemt og kontrollerende måte. De viktige prinsippene her er grensesetting og skjerming. Denne tilnærmingen medfører vanskeligheter med balansegangen mellom å sette grenser for ukritisk og utagerende atferd, samtidig som selvfølelse, ønsker og behov blir ivaretatt (Engedal & Haugen, 2009, s. 310). Som tidligere skrevet legges det vekt på et tilpasset miljø og

grensesetting med arbeidet i miljøbehandling. Det er aktiviteten i seg selv som er viktig og ikke motivering og forklaring av det som skjer (Engedal & Haugen, 2009 s. 107-108).

Personer med frontotemporal demens kan skape problemer for omgivelsene med den utagerende atferden. Dette kan dermed også forårsake angst hos både medpasienter og personalet. Det vil derfor være nødvendig for pasienten med klare og tydelige grenser for sin atferd, og vedkommende må få klar, kort og enkel beskjed om hva pasienten skal gjøre. Det skal ikke gis valgmuligheter. Det vil være viktig at personalet er enige om hvilke tiltak som skal iverksettes i slike situasjoner og at alle praktiserer dette likt (Berentsen, 2010, s. 372).

### 3.7.2 Sansehage

Som en del av miljøbehandling er sansehage tilknyttet skjermede enheter blitt anlagt. Dette er et trygt hageområde med stier som leder rundt til spennende områder og opplevelser. Stiene er laget slik at de alltid fører tilbake til utgangspunktet, noe som gjør at pasientene kan bevege seg fritt (Hauge, 2014, s. 267).

Begrepet sansehage viser til at hagen skal stimulere sansene, som syn-, føle- og luktesans. Disse hagene kan også bli kalt vandrehager. Da med det formål at hagene er tilrettelagt for at personer som er urolige skal kunne ha et sikkert område hvor de kan bevege seg i, og som er avgrenset i form av hekk eller gjerde (Kirkevold & Gonzalez, 2012, s.53).

Det kan påvises en svikt i evnen til å forstå og handle i rom (visuokonstruktiv svikt) ved de fleste typer av demens. Slik svikt fører til at personer med demens får problemer med praktisk fungeringsevne og orienteringssvikt som oppleves sterkt både i kjente og ukjente omgivelser. Svekket hukommelse sammen med vansker i sanseoppfatning, handlingssvikt og redusert språkforståelse vil sette store krav til det fysiske miljøet rundt personer med en demenslidelse. For å gjøre det lettere vedrørende orientering på sted og i rom, må omgivelsene være oversiktlige og tydelige med markerte kontraster for eksempel mellom stier og omgivende vegetasjon (Grefsrød, 2002 s. 24). Følelsen av velvære og god livskvalitet vil kunne øke verdien av de daglige gjøremålene. Det vil derfor være viktig at aktivitetene det tilrettelegges for er gjenkjennelige som noe meningsfullt for personen med demens. Dette gjelder både gjenkjennelighet til naturomgivelsene som kjent terreng og vegetasjon, og at selve aktiviteten viser tilbake på det livet pasienten har levd. Grefsrød (2002) skriver at det er viktig at hagen er lokalt tilpasset og at det gis muligheter til å forandre hagen slik at visse elementer kan

Side 22 av 47

byttes ut. Det er enkelte elementer og aktiviteter som er generelle, men at kunnskap om lokal kultur og levesett er viktig for at hagen skal ha terapeutisk effekt og heve livskvaliteten til pasientene (Grefsrød, 2002 s. 26).

Målet med en terapeutisk hage, konkludere Grefsrød (2002), er at det bør være å forbedre den daglige livskvaliteten og livsgleden ved at pasientene kan utføre kjente sysler ut fra den enkelte individs funksjonsnivå. Muligheten til selv å kunne mestre øker pasientens selvrespekt. Hagen skal være en forandring til livet inne på institusjonen med rom for både aktiviteter og hvile. Det å kunne ha mulighet til å gå ut kan hindre uro, virke beroligende, redusere stress og øke konsentrasjonen (Grefsrød, 2002 s. 30). For personer med frontotemporal demens har atferdsproblemer en sammenheng med manglende styring og kontroll av handling. I behandlingen er det viktig å legge vekt på grensesetting og et tilpasset miljø hvor aktivitet og stimulering står sentralt (Engedal & Haugen, 2009, s.107).

### 3.7.3 Musikkterapi

Musikk som terapi har til hensikt å bidra til enten en ønsket endring i adferdsmønsteret, som avslapning, stimulering og konsentrasjon, eller fysiologisk som ved smertelindring. Det vil være viktig å kartlegge om pasienten er interessert i musikk og hva slags musikk pasienten tidligere har satt pris på (Bjørø & Torvik, 2010, s. 346-347).

For mange har musikk en stor betydning, og for pasienten kan musikken utløse minner og stemninger. Myskja påpeker at sang og musikk virker å ha en helhetlig stimulering av hjernen. Den innvirkningen musikken har, antas å være en kombinasjon av bearbeiding av følelser, positiv erindring og modulering av nevrohormonelle faktorer (Eide & Eide, 2007, s. 394). Musikk og sang er et språk med store terapeutiske muligheter i arbeidet med personer med demens. Terapeutiske målsettinger kan være å stimulere sosiale interaksjoner, håndtere emosjonelle problemer, redusere utagering/uro og øke styrken til å innhente tidligere evner og positive minner gjennom musikken. For best å hjelpe pasienten, brukes det en kombinasjon av aktive og passive teknikker. Dette inkluderer aktiv lytting, sang, improvisasjon og bevegelse (Myskja, 2009, s. 149-152).

Det er flere forskjellige typer av demens, og Myskja sier at bruken av musikk som terapi også er forskjellig fra hvilken type demens pasienten har. Frontotemporal demens som fører til

Side 23 av 47



en reduksjon av sosiale hemninger, manglende evne til innlevelse i andres situasjon, sløvheter og følelsesmessig avflatning, samt problemer med talen gjør at musikkvalget vil bli annerledes enn ved for eksempel en annen type demens. Ved frontotemporallappdemens er det en del av de syntesefunksjonene som rammes, og disse er med på å skape sosial atferd. Ved tilfeller der det er antisosial atferd, vil det være uforutsigbart i hvilken grad man får effekt av å bruke kjære og kjente sanger i terapien, da dette ofte kan oppleves som irriterende og plagsomt for disse pasientene. Ved frontotemporallappdemens trenger bruken av musikk å være knyttet opp til en klar og tydelig struktur, som er mer rettet mot atferdsendringer enn det å skulle vekke positive følelser. Videre forteller Myskja at musikk med rytme kan ha effekt. Han forteller at han selv har sett dette ved et par anledninger med personer med frontotemporallappdemens der rolig bakgrunnsmusikk har hatt effekt på uro. Myskja skriver at det legges vekt på rytmisiteten i musikken. Dette fordi denne type demens karakteriseres ved tap av eller skade av det rytmiske systemet. Mange av pasientene får bedret selvtillit og opplevelse av mestring hvis de får en tydelig rytme i musikken (Myskja, 2009, s. 149-152).

### 3.8 Omsorg

Omsorg er grunnleggende i møte med andre mennesker, og spesielt i helsevesenet. Omsorg er en måte vi som sykepleiere møter pasienten på, samt en måte å igangsette handlinger på. Omsorg har med hvordan vi forholder oss til hverandre og viser omtanke for hverandre. I følge Kari Marthinsen har omsorg noen fundamentale kvaliteter som at omsorg skal være ekte. En må forholde seg til vedkommende ut fra en holdning som vedkjenner personens situasjon. Dette grunner i gjensidighet. Omsorg er en sosial relasjon som bygger på fellesskap og solidaritet, samt å ha forståelse for andre (Kristoffersen, 2011 s. 250). Vi som sykepleiere må ha vilje, intensjon og forpliktelse for å kunne gi god omsorg, dette for å gi pasienten en positiv forbedring i form av velvære, samt fysisk og mental helse (Rokstad, 2014, s. 24-25).

#### 3.8.1 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg baserer seg på fire hovedelementer. Dette går ut på det å være i en relasjon, i en sosial sammenheng, i en kontekst og i seg selv. Essensen i god demensomsorg innebærer at vi møter den enkelte på det stadiet den befinner seg. Vår oppgave er å iverksette individuelt tilrettelagte tjenester, som baserer seg på å ha god innsikt i den enkeltes sykdomshistorie. Det fysiske og sosiale miljøet er viktig i personsentrert omsorg. Det er viktig å tilrettelegge slik at den enkelte opplever livskvalitet, trygghet og mening i hverdagen, til tross for demenssykdommen (Rokstad, 2014, s. 30)

Side 24 av 47

Kitwood påpeker viktigheten med å komme bort fra en ensidig vektlegging av selve demenssykdommen, og heller legge vekt på den enkeltes opplevelse og håndtering av livet sitt med sykdommen. Etablering av en personsentrert demensomsorg gjennom holdningsendringer og kultur er viktig, og utvikling av en alternativ holdning til personer med demens der den enkeltes behov er i fokus. Kitwoods uttrykte ønske har vært en endret demensomsorg fra fokus på sykdommen til fokus på personen. De hjerneorganiske endringene som skjer i hjernen hos personer med en demenslidelse underslår ikke Kitwood, men han utvider synet på demens til en kombinasjon av personlighet, livshistorie, helse, nevropati og sosialpsykologi (Rokstad & Smebye, 2015, s. 70). En forutsetning for god omsorg er å inneha evnen til å være tilstede (Kitwood, 2013, s.127). Kitwood legger vekt på å bevare personen med demens sitt personverd gjennom hele sykdomsforløpet. I situasjoner hvor personverdet er understøttet, vil en kunne observere at personen uttrykker velvære og trivsel. I tilfeller hvor personverdet er fraværende vil en kunne observere nedtrykthet, utagerende atferd og likegyldighet. Manglende livskvalitet og fortvilelse knyttet til en demenslidelse, er ikke bare et resultat av hjerneorganiske forandringer og kognitive symptomer, men påvirkes også av kvaliteten på omsorgen som gis (Rokstad, 2014, s.25)

### 3.9 Etikk

Etikk vil si refleksjon over moralen. Allmenmoral er de normer og verdier for det som er akseptert av samfunnet. Disse er ofte uskrevne, og forteller oss hva som er forventet av oss. Normer er forbud, påbud, rettigheter og tillatelser. Normer har også med rett og urett, galt og riktig å gjøre. Verdier har med godt og vondt, dårlig eller bra å gjøre.

Henriksen & Vetlsesen (2006) skriver i sin bok at flere normer og verdier kommer fra allmenmoralen, slik som et verdig liv, autonomi, ansvar, respekt og aktelse. Allmenmoralen vektlegger respekten for den andre (Slettebø, 2009 s. 13-14). De fire etiske prinsippene er autonomi, ikke-skade, velgjørenhet og rettferdighet (Slettebø, 2009 s. 85). Her har vi valgt å fokusere på autonomi, da vi tenker at dette er mest relevant for vår oppgave. Autonomi består av to ord: auto som betyr selv, og nomos som betyr lov, styring, regulering og betyr da selvregulering eller selvstyring. I den medisinske etikken brukes medbestemmelse mer enn selvbestemmelse i en del tilfeller. I følge Slettebø blir begrepet medbestemmelse i flere tilfeller mer riktig å bruke hvis pasienten selv ikke har full selvbestemmelse (Slettebø, 2009 s. 88).

Side 25 av 47

Hos personer som utvikler en demenssykdom utfordres evnen til å ta egne avgjørelser, og til å opprettholde autonomi og selvråderett. Det hevdes at evnen til å ta autonome valg forutsetter evne til å kommunisere relativt konsistente og stabile valg, forstå avgjørende informasjon og hva valget gjelder, vurdere konsekvensene eller implikasjonene av alternative valg, og resonnerer seg frem til fordeler eller ulemper ved å ta et valg fremfor et annet (Rokstad & Smebye, 2015 s. 77).

Selv langt ut i sykdomsforløpet kan pasienter foreta autonome valg i enkelte situasjoner. Det vil være viktig at vi som sykepleiere viser stor grad av vilje og kunnskap til å se hvilke situasjoner dette gjelder, slik at vi kan gi pasienten mestringsopplevelse og avgjørelsesmyndighet. Det er en forutsetning å ivareta likeverd for at samhandling skal skje på en respektfull måte. Dette kan være en utfordring grunnet nødvendigheten å gripe inn og frata pasienten muligheten til å foreta autonome valg. (Berentsen, 2008 s. 136).

Etisk refleksjon vil være nødvendig i arbeidet og samhandlingen med mennesker som er rammet av demens. Som sykepleiere vil det å delta i vanskelige avgjørelser være en del av dette arbeidet. Etisk refleksjon vil si å forsøke å finne ut hva som er rett og galt i de situasjoner hvor det kanskje ikke finnes en god løsning som alle partene mener er riktige. Avgjørelser må gjenspeile respekt for pasienten og vise at et hvert menneske har en iboende verdighet som gjør det like verdifullt som alle andre mennesker.

Pasientens evne til å være deltagende i beslutninger varierer i takt med evnen til å forstå situasjonen og til å formidle sin avgjørelse. Demenssykdom medfører at pasienten kan være kompetent til enkelte avgjørelser, men samtidig mangle kompetanse til å ta andre (Geriatrisk sykepleie s.379).

### 3.10 Aktualiserte lover og retningslinjer

#### 3.10.1 Pasient- og brukerrettighetsloven

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har som formål å sikre pasienter og brukeres rettigheter og at befolkningen har lik tilgang til tjenester av god kvalitet. Loven skal fremme et tillitsforhold mellom partene, samt ivareta respekten for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd.

### 3.10.2 Helsepersonelloven

Helsepersonelloven (1999) skal bidra til å skape tillit, fremme sikkerhet for pasienten og kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten. Vi som sykepleiere er gjennom helsepersonelloven pliktet til å utøve faglig forsvarlig sykepleie og plikt til å holde oss faglig oppdatert. Helsehjelp dreier seg om enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell.

### 3.10.3 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

De yrkesetiske retningslinjene er grunnlaget for all sykepleie og skal vise respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (Norsk sykepleierforbund, 2016)

Vi har valgt å ta med punkt 2 i de yrkesetiske retningslinjene som tar for seg sykepleier og pasienten. Her legges det vekt på at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasientens verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket (Norsk sykepleierforbund, 2016).

## 4.0 Drøfting

I dette kapitlet skal vi trekke frem den kunnskapen vi har tilegnet oss i dette litteraturstudiet. Vi skal videre drøfte våre funn, utvalgt litteratur og forskning opp mot pasientcasen vi har presentert i innledningen. Hensikten med dette er å besvare oppgavens problemstilling og belyse hvordan vi som sykepleiere kan forebygge den utagerende atferden som oppstår hos Gunnvor. Temaene som vil bli drøftet her er sykepleierens rolle ved forebygging av utagering, kommunikasjon som forebygging og hvordan vi kan forebygge utagerende atferd ved hjelp av miljøbehandling.

### 4.1 Sykepleierens rolle ved forebygging av utagering

Tidligere gikk en ut i fra at personer med demens ikke hadde sykdomsinnsikt, og at det ikke var særlig grunn til optimisme i behandlingen. I dag erkjenner vi i økende grad at selv om det foreligger en hjerneskade med en kognitiv svikt, kan mye gjøres for å øke personens livskvalitet (Rokstad & Smebye, 2015, s. 13). Som tidligere skrevet kan det være bakenforliggende årsaker til at Gunnvor til tider har en utagerende atferd. Vi har opplevd situasjoner der utagering forekommer på grunn av misforståelser og misoppfatninger mellom personene med en demenslidelse. På en dementavdeling er det personer med forskjellige typer av demens og det kan være et utsagn fra en medpasient som utløser utageringen hos Gunnvor. Det gjelder å være føre var ved utagerende atferd skriver Engedal & Haugen (2009, s. 325). Det er i slike situasjoner vi observerer at det blir for mye stimuli og støy for henne. På dagligstuen og spisestuen der det ofte er flere mennesker tilstede, oppstår ofte situasjoner med utagering. Ved å unngå situasjoner som vi erfaringsmessig vet kan skape uro, vurderer vi å følge Gunnvor mildt, men bestemt ut av situasjonen og tar en spasertur for å se på blomsterbildene på veggen (Engedal & Haugen, 2009, s. 325). Ved å avlede Gunnvor på en slik måte har vi erfart at Gunnvor vender oppmerksomheten til noe hun setter pris på. Det vil være viktig å vurdere hensikten med sykepleiehandlingen, at vi som sykepleiere vurderer ut fra hvor plagsomme atferdsymptomene er for pasienten selv og omgivelsenes reaksjon på disse (Engedal & Haugen, 2009, s. 325).

Ivaretagelsen av Gunnvor skal stå sentralt i avledningen. Det er viktig å være bevisste på at Gunnvor kan ha ønske om å ha kontakt med andre medpasienter på avdelingen, men at hun ikke er i stand til å formidle dette. Selv om utagering oppstår er det viktig for oss i samhandlingen å tenke på at Gunnvor så vel som andre, er et menneske som av natur vil være

Side 28 av 47

en del av et felleskap (Kitwood, 2013, s. 91). I situasjoner hvor utagering oppstår er det viktig at vi som sykepleiere innehar en empatisk holdning, samler opplysninger og inntrykk, bruker våre kunnskaper, erfaringer og vurderinger rundt situasjonen og i forhold til hva Gunnvor trenger (Strand, 1990 s. 80-81). En individuell tilpasset omsorg som innebærer informasjon om personligheten, livshistorien, interesser, vaner og nåværende funksjon og behov vil være en forutsetning for at vi kan forebygge utagerende atferd hos Gunnvor (Moksnes, 2010, s. 484). I praksis har vi erfart at enkelte medpasienter trekker seg unna når Gunnvor trer inn i rommet. Ivaretagelsen av Gunnvors selvbilde er viktig. Kitwood påpeker hvor avgjørende de sosiale- og psykologiske faktorene i omgivelsene er for personer med demens sitt selvbilde (Rokstad & Smebye, 2015 s. 73). En forutsetning for god omsorg er at vi må ha evnen til å se forbi sykdommen og se Gunnvor som et unikt individ med sine tanker og behov, det er essensielt i vår samhandling med henne (Travelbee, 2001, s. 178). Forskning viser at utagering i et senere stadium i demenssykdommen, er forårsaket av Gunnvor sine plager og omsorgsbrudd. Utagerende atferd er en del av sykdomsprosessen, vi må forstå dette som en reaksjon på udekte psykososiale behov, og at Gunnvor prøver å formidle dette gjennom utagering. Vi må ha fokus på årsaken bak, og ikke selve den utagerende hendelsen som oppstår (Ridder et al, 2013). Omsorg er grunnleggende i vårt møte med Gunnvor og ellers i helsevesenet. Kari Marthinsen sier at omsorg innebærer fundamentale kvaliteter som skal være ekte. Vi som sykepleiere må forholde oss til Gunnvor ut i fra holdninger som vedkjenner hennes situasjon, som grunner i gjensidighet (Kristoffersen, 2011s. 250). Kitwood (2013, s. 127) skriver at evnen til å være tilstede er en forutsetning for god omsorg. Det å være tilstede understøtter sanne forhold og et jeg-du møte. Vi må bevare Gunnvor sitt personverd, slik at hun får opplevelse av velvære og trivsel. I situasjoner hvor personverd ikke er bevart, kan hun få en opplevelse av likegyldighet, og utløse utagerende atferd. Livskvalitet reguleres ikke kun ut fra sykdommen, men påvirkes i høy grad av kvaliteten på omsorgen vi som sykepleiere gir (Rokstad, 2014, s .25).

Thorvik, Helleberg & Hauge (2016) foretok en studie på hva god omsorg kan være i en skjermet avdeling for personer med demens. I studien kommer det frem at vi må ha evnen til å være i kontinuerlig beredskap, ved alt kan skje. Med dette menes at vi må være beredt på skiftninger i Gunnvor sin tilstand, og observere hva hun prøver å formidle gjennom kroppsspråket. I samhandling med Gunnvor som har en frontotemporallappdemens, må vi innta en «farsrolle». I denne sammenhengen vil det si at vi må sette klare grenser for atferd, gi få valgmuligheter, samt å gi klare beskjeder om hva som skal skje i den handlingen vi skal

Side 29 av 47

utføre (Hummelvoll, 2012, s. 413). Videre må vi ha evnen til fleksibilitet. I vårt arbeid med personer med demens må vi tåle brudd på rutiner og takle uorden i avdelingen på en hensiktsmessig måte. Dersom Gunnvor blir utagerende under stell, må vi være kreative og finne metoder som kan få henne på andre tanker. Det oppsto en situasjon hvor vi forsøkte dette. Når Gunnvor ble utagerende og begynte å slå, ble det sagt til henne at hun ikke måtte gjøre dette fordi hun lett kunne påføre oss blåmerker. Dette vil ikke ta seg pent ut hvis vi skal pynte oss og ha på kjole eller kle oss i en pen topp. Hun ble da betenksom og sluttet å slå. Vi kan ta i bruk andre metoder for å avlede Gunnvor ved at vi for eksempel prater om blomster hun er så glad i, prøve å ha på musikk eller synge for henne. Strand (1990) skriver at når den utagerende atferden oppstår er det viktig å ha en balanse mellom nærhet og avstand. Nærhet og avstand reguleres etter tid og rom, det vil være til hjelp at vi har kunnskap om hvor Gunnvor sine vanlige grenser går. For at vi som sykepleier skal kunne utøve god omsorg, er vi avhengige av å ha kunnskap om demenslidelsen, og kjennskap til Gunnvor sin væremåte og vaner. For å kunne dekke hennes behov må vi inneha gode kunnskaper om de grunnleggende behov, både fysisk og psykososiale. Vi må til enhver tid observere og tolke hvilke behov pasienten har (Thorvik, Helleberg & Hauge, 2016). Travelbee (2001) mener at hensikten med observasjon er å finne frem til pasientens behov og problemer, for å kunne planlegge hensiktsmessige sykepleiehandlinger. Å samle inn data skriver Travelbee, består av det som ses, høres, luktes og føles. Alt som registreres via sansorganene (Travelbee, 2001, s. 143-144).

Når de utagerende episodene oppstår, vil det være viktig at vi som sykepleiere bruker oss selv terapeutisk. Med dette menes at vi bruker vår personlighet og uttrykker våre holdninger på en hensiktsmessig måte som er tilpasset Gunnvor sine behov. Hensikten med at vi bruker oss selv terapeutisk er å skape endringer som er til det beste for Gunnvor for å kunne begrense den utagerende atferden (Travelbee, 2001, 44-45). Dette samsvarer med velgjøringsprinsippet som krever at handlingene vi gjør alltid er det beste for Gunnvor. For å ivareta Gunnvor som et unikt individ må vi møte henne med respekt og verdighet. Vi må forholde oss til de yrkesetiske retningslinjene som gir Gunnvor rett til medbestemmelse, og helhetlig sykepleie. Vi vil utøve sykepleie ved å igangsette miljøbeholdende tiltak og benytte god kommunikasjon, omsorg og ivareta hennes rett til medbestemmelse, slik at hun ikke blir krenket (Norsk sykepleierforbund, 2016). Hos personer som har utviklet en demenssykdom, vil evnen til å ta egne avgjørelser og opprettholdelsen av autonomi utfordres. Det vil være viktig at vi som sykepleiere har god kunnskap om dette, slik at Gunnvor kan

Side 30 av 47

være deltagende i enkelte avgjørelser som tas så langt hun er kompetent til dette, samt å gi mestringsopplevelse (Berentsen, 2008, s. 136). Ved å opprettholde Gunnvor sin autonomi er også kunnskapen om god kommunikasjon viktig. Vi som sykepleiere må inneha evnen til å forstå hva Gunnvor uttrykker både verbalt og non-verbalt.

## 4.2 Kommunikasjon som forebygging

Kommunikasjon er grunnlaget for all samhandling, og vi gir uttrykk for våre holdninger og respekten vi har for Gunnvor (Berentsen & Solheim, 2008, s.147). Dette er en prosess hvor det foregår en eller flere aktive handlinger i form av verbal eller non-verbal kommunikasjon ved bruk av blant annet mimikk, tonefall, berøring og øyekontakt. I kommunikasjon med Gunnvor er det viktig at vi som sykepleiere er bevisste på hvordan vi med kroppsspråk formidler budskap til henne. Ord kan lyve, men ikke kroppen (Berentsen & Solheim, 2008 s. 139). At vi benytter oss av non-verbal kommunikasjon i samhandling med Gunnvor, viser vi gjennom gode holdninger, aktiv lytting og med øyekontakt gir vi uttrykk for at vi har oppfattet og forstått det Gunnvor prøver å uttrykke. Gunnvor som har svikt i hukommelsen på grunn av demenslidelsen og språkvansker, vil være mer avhengig av å kunne uttrykke seg non-verbalt og bli forstått (Eide & Eide, 2007, s. 198-199). Som følge av utviklingen i sykdomsforløpet, vil dette bety språkproblemer som manglende flyt og kontroll over spontaltalen, noe som kan gjøre det vanskelig å forstå hva Gunnvor ønsker å formidle (Engedal & Haugen, 2009, s. 102). Endret språkfunksjon med nedsatt ordforråd og vansker med å formulere ord er følgene av sykdomsutviklingen (Berentsen, 2008, s. 82). Språkvansker og en lav terskel for stress kan påvirke Gunnvors atferd (Moksnes, 2010, s. 483).

Gunnvor kan ha en ukritisk væremåte i samvær med andre personer. Spesielt ved matsituasjoner hvor det ofte blir mye inntrykk og mange mennesker rundt henne, kan gjøre at det oppstår situasjoner med ukvemsord og banning ovenfor både personale og medpasienter. De gangene Gunnvor er utagerende skaper dette utfordringer for omgivelsene hun befinner seg i. Medpasientene blir engstelige når utskjelling forekommer og kan forårsake angst (Berentsen, 2010, s. 372). Det gjør noe med et menneske å bli tilsnakkert med ukvemsord, og dette gjelder også for personalet. Vi opplever at når Gunnvor opptrer utagerende blir det mer uro i avdelingen. I kommunikasjonen vil vi formidle til Gunnvor med korte og enkle setninger hva vi ønsker at hun skal gjøre, samt at vi er tydelige både verbalt og nonverbalt (Engedal & Haugen, 2009, s. 108). Av og til kan det bli nødvendig at vi skjermer Gunnvor, ved at hun

Side 31 av 47



inntar måltidet ved et eget bord eller inne på rommet. Gunnvor som har en frontotemporallappdemens, vil trenge at vi setter klare grenser for atferd og at vi gir klare beskjeder og få valgmuligheter (Hummelvoll, 2014, s. 413). Når Gunnvor opptrer utagerende må vi som sykepleiere sette av god tid til henne og finne en balanse mellom nærhet og avstand, ut fra situasjonen som har oppstått. I møte med Gunnvor kan vi innhente opplysninger og samle inntrykk, for så å koble dette til våre egne følelser, erfaringer og kunnskaper. Opplysningene kan vi benytte for å vurdere hva Gunnvor har behov for, ut fra situasjonen som oppsto. Dersom vår relasjon blir for nær, kan dette medføre at vi blir handlingslammet. For stor avstand kan på den andre siden føre til at vi mister evnen til å se Gunnvor sine behov (Strand, 1990, s. 80-81).

Som sykepleier er kommunikasjon et viktig redskap for at vi kan etablere et menneske-til-menneske-forhold, som baserer seg på gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2011, s. 171). Travelbee (2001) mener at et slikt forhold først oppstår når vi og Gunnvor har gjennomgått fire faser. I vårt første møte med Gunnvor har førsteinntrykket mye å si. Gjennom verbal og non-verbal kommunikasjon kan vi innhente informasjon som kan gi oss et bilde på hvem hun er og hvilke behov hun har. Det er viktig at vi verdsetter Gunnvor som det unike individet hun er, og prøver å fange opp hennes tanker og følelser. Vi må ha en empatisk forståelse for at vi skal kunne sette oss inn i og forstå Gunnvor sin atferd. Den empatiske evnen vår er avhengig av at erfaringsbakgrunnen vi har, inneholder likheter med Gunnvor. Ved at vi gir uttrykk for sympati og medfølelse med Gunnvor, kan hun få en opplevelse av å bli forstått. Vi kan formidle gjennom verbal og non-verbal kommunikasjon at hun slipper å bære plager og fortvilelser alene. Samtidig kan vi vise non-verbalt at vi forstår henne og at vi bryr oss. Når Gunnvor opplever at hun blir sett begynner tillitsforholdet vårt å bygges (Travelbee, 2001, s. 171-210).

Mcevoy & Plant (2014) trekker frem fire gode metoder for å kunne kommunisere hensiktsmessig med personer med demens. Når vi skal kommunisere med Gunnvor verbalt, kan vi stille korte og åpne spørsmål i presens. Vi kan spørre Gunnvor om hun vil bli med oss ut og se på blomstene, eller så kan vi stille spørsmål angående småbruket hun vokste opp på. Den andre metoden går ut på å legge merke til personens følelser angående tema. Det kan være mange bakenforliggende årsaker til den utagerende atferden (Fugelsnes, 2009). Dersom Gunnvor opptrer utagerende mens vi snakker om småbruket, kan det ha oppstått hendelser fra

Side 32 av 47

gammelt av som fortsatt preger henne. I stellesituasjoner fremtrer den utagerende atferden spesielt. Gunnvor er i en sårbar situasjon under stell og kan føle seg utsatt eller truet. Her kan det også være en bakenforliggende årsak som provoseres frem som vi ikke har kjennskap til. For alt vi vet, kan Gunnvor ha blitt misbrukt (Kirkevold, 2009, s. 311 – 316). Utageringen kan forekomme ved at Gunnvor har udekte behov som hun ikke klarer å utrykke verbalt (Fugelsnes, 2009). Metode tre går ut på at vi må gi Gunnvor tid og rom til å finne ord og styre samtalen i retningen som hun ønsker. Vi kan utforske om det kan være til hjelp om metaforer kan gjøre det lettere for Gunnvor å forstå vårt budskap. Gjennom god kommunikasjon kan vi som sykepleiere øke livskvaliteten til Gunnvor. Dette ved at vi er aktivt lyttende, skaper engasjement og retter oppmerksomheten vår til Gunnvor og de opplysningene som fremkommer under samtalen, samt at vi sørger for at hun forstår og blir forstått (Mcevoy & Plant, 2014).

I samhandling med Gunnvor kan vi benytte kommunikasjonsmetoden, reminisens (enkelt minnearbeid). Denne kommunikasjonsmetoden betinger at vi kjenner Gunnvor sitt tidligere liv. Dette kan vi få kjennskap til gjennom å prate med Gunnvor og innhente informasjon om henne gjennom hennes pårørende. I samtalen med Gunnvor snakker vi om minner som hun kjenner seg igjen i. Ved å bruke gamle kjente gjenstander som en gammel hagespade, og spørre henne hvordan de ser ut i dag, vil dette bidra til å vekke minner i hukommelsen hos Gunnvor. Det kan være mye trøst i minner og vi vet at Gunnvor har interesse av blomster og hage (Hummelvoll, 2012, s. 413). Heap skriver at det er viktig å ta i betraktning hvordan nåtid og fortid kan gli over i hverandre, og hvor betydningsfulle minnene kan være for Gunnvor (Eide & Eide, 2007, s. 393). Minnearbeid kan gi Gunnvor mening og innhold i dagene, styrke selvfølelsen, bedre humøret og gi sosialt fellesskap. Gunnvor har redusert evne til å analysere hendelser, og sette hendelsene i riktig tidsperspektiv og dette kan oppleves å være vanskelig for henne. Det er derfor det er viktig at vi som sykepleiere velger gode og hyggelige temaer i minnearbeidet med henne. Vi kan bruke reminisens på en strukturert måte i samtale, og ved mimring over en kopp kaffe i samhandling med Gunnvor (Berentsen, 2008, s.167-170).

En annen kommunikasjonsmetode vi kan benytte oss av er validering. Hovedbudskapet med validering er at vi ikke skal korrigere Gunnvor når hun uttrykker følelsesbudskap, men at vi heller møter henne der hun er og forsøker å forstå hvilke følelser hennes atferd eller utsagn gir uttrykk for. Vi tenker at hensikten med at vi benytter oss av valideringsmetoden vil være å forsøke å gjenskape verdigheten til Gunnvor og forhindre at hun utvikler en tilstand der hun er

Side 33 av 47

uten kontakt med omverdenen. Det er viktig at vi som sykepleiere lytter til Gunnvor uten fordommer, at vi har evne til innlevelse og viser aksept for hennes måte å se virkeligheten på. Naomi Feil mente at all atferd har en naturlig forklaring, med forståelse ut fra grunnleggende menneskelige behov (Berentsen, 2008, s. 171 – 172). Feil antar at selv meningsløse og tilsynelatende irrasjonelle utsagn har en skjult mening. Slike forvirrede og forvirrende utsagn representerer kryptiske forsøk på både gjenopplevelse og bearbeidelse av endringer og «rester» fra tidligere hendelser (Heap, 2002, s. 132-133). Vår rolle som sykepleiere, samt våre kunnskaper om kommunikasjon i møte med Gunnvor, vil være viktig å ta med seg inn i det forebyggende arbeidet i miljøbehandlingen.

### 4.3 Forebygge utagerende atferd ved hjelp av miljøbehandling

Til tross for at Gunnvor har en demenssykdom kan hun ha bevart sin identitet og personlige egenskaper som gjør henne til den hun er. Gunnvor kan ha intakte funksjoner på det følelsesmessige og psykososiale området (Rokstad & Smebye, 2015, s.13). Gunnvor har stor interesse for blomster, hagearbeid og dyr. Som et enkelt tiltak vil vi legge til rette for at Gunnvor har blomster på rommet, noe som gjør at det blir en tilgjengelig ressurs i miljøbehandlingen. I miljøbehandlingen vil det å ha kjennskap til Gunnvor sine tidligere interesser og gleder, bidra til at vi kan iverksette tiltak som retter seg spesielt til henne. Vi som sykepleiere må ha god innsikt i Gunnvor sin sykdomshistorie. Personsentrert omsorg bygger på et godt fysisk og sosialt miljø. Vår oppgave er å tilrettelegge slik at Gunnvor får opplevelse av livskvalitet, føler seg trygg og finner en mening i hverdagen (Rokstad, 2014, s. 30). I samhandling med Gunnvor skal vi skape et tillitsforhold gjennom å yte tjenester av god kvalitet. Vi har plikt til å fremme sosial trygghet, ivareta respekten til Gunnvor sitt liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Som en del av miljøbehandlingen er bruk av sansehage et tiltak som vil kunne gi Gunnvor en følelse av velvære og øke livskvaliteten. En studie utført av Kirkevold & Gonzalez (2012) viser at sansehager synes å ha en positiv effekt på livskvaliteten til personer med en demenslidelse. Hagearbeid og blomster er noe Gunnvor har interesse for og som hun kan gjenkjenne som noe meningsfylt fra livet hun tidligere har levd (Grefsrød, 2002, s. 26). Slike hager er ofte tilknyttet en skjermet avdeling, er tilrettelagt og laget slik at Gunnvor kan vandre rundt i sikre omgivelser ved å følge stier som ender tilbake til utgangspunktet. Gunnvor kan enten bruke hagen passivt ved å oppholde seg i hagen og nyte omgivelsene med lukten og synet av blomster, lytte til fuglekvisper og nyte sol og varme. Gunnvor kan også bruke hagen

Side 34 av 47

aktivt ved å utføre aktiviteter som planting av blomster (Kirkevold & Gonzalez, 2012, s. 60). Gunnvor kan motvirke ensomhet og depresjon ved at interesser opprettholdes og stimuleres. Med utendørs aktiviteter som hagearbeid kan dette gi gjenkjenning og glede i hverdagen (Berentsen, Grefsrød & Eek, 2007, s. 130-131). I praksis har vi erfart at årstiden begrenser bruken av sansehagen. Når det er vinter og hageområdet er snølagt må vi som sykepleiere tilrettelegge slik at Gunnvor kan utføre aktivitet som beplantning av blomster innendørs. Målrettet bruk av planter innendørs vil kunne ha en positiv innvirkning på Gunnvors atferd. Innendørs hageaktivitet som å dyrke frem gjenkjennelige planter som gressløk gjør at Gunnvor kan praktisere tidligere ferdigheter og interesser, samt opplevelsen av å ha utrettet noe som gir mening (Kirkevold & Gonzalez, 2012 s. 52-63). Dette krever at vi som sykepleiere individualiserer tiltaket til å omhandle Gunnvor og tar utgangspunkt i hvordan tilværelsen oppleves for henne her og nå (Engedal & Haugen, 2009, s. 294). Det er forutsetning at vi som sykepleiere har kunnskap og engasjement til det miljøbehandlerende tiltaket, og fordrer til genuin interesse og innlevelse i Gunnvor sin situasjon (Engedal & Haugen, 2009, s. 310). For høye forventninger av effekten av tiltak vil være uheldig for Gunnvor. Å møte for høye krav kan gjøre at hun føler seg mislykket og utilstrekkelig (Engedal & Haugen, 2009, s. 293). Aktiviteter og miljøbehandling skal ta sikte på å møte Gunnvor på hennes premisser og vise respekt for den hun er. Aktiviteten og miljøet skal bidra til opplevelse av mestring. Behandlingen skal ta sikte på å hjelpe Gunnvor til å holde kontakten med sin egen historie (Berentsen, Grefsrød & Eek, 2007, s. 139).

Som for andre mennesker er ikke Gunnvor sine dager like. Vi har erfart at hun enkelte dager utagerer oftere. Hun blir fort irritert over småting og med sin mangel på impulskontroll og bruk av ukvemsord gjør det vanskelig å utføre aktiviteter i samvær med medpasienter (Berentsen, 2008, s. 82). Som et forebyggende tiltak vil grensesetting og tilpasning av miljøet rundt aktivitet og stimulering stå sentralt (Engedal & Haugen, 2009, s. 107). Et annet miljøbehandlingstiltak inkluderer dyr, og ukentlige besøk av hund på avdelingen. Gunnvor har med sin oppvekst og bakgrunn likt å stille med dyr. Vi har i praksis erfart at avdelingen har en ukentlig ordning som innebærer besøk av hund, og denne hunden har hun vist interesse og glede over ved hvert gjensyn. Cohen-Mansfield et. Al, (2010) har gjort en studie som sammenligner ulike typer av stimuli som blant annet innebærer levende dyr og den positive effekten dyrene har på utagerende atferd hos personer med demens. Cohen-Mansfield skriver at en person med demens har økt sårbarhet og redusert toleranse for stress som medvirker til utagerende atferd (Rokstad & Smebye, 2015 s. 184). Som et forebyggende tiltak kan vi som

Side 35 av 47

sykepleiere tilrettelegge slik at Gunnvor kan ta imot hunden i rolige omgivelser. Forskning utført i USA viser at bruk av tøydyr har en positiv effekt på utagering. Videre i studien kommer det frem at der familie eller venner er fraværende kan simulert interaksjon ha en positiv effekt på utagering. Dette innebærer å spille lydassetter eller videoopptak av familiemedlemmer (Cohen-Mansfield et. Al, 2010). Disse simulerte interaksjonene som bruk av tøydyr kan vi iverksette på dager besøkshunden ikke er tilgjengelig for Gunnvor. Lydkassetter og videoopptak som simulert interaksjon, har vi ikke kjennskap til, men det har vekket vår nysgjerrighet og er noe vi ønsker å utforske videre som sykepleiere.

Hensikten med bruk av musikk i miljøbehandlingen vil være at vi kan nå inn til Gunnvor og tilstrebe en ønsket endring i atferdsmønsteret hennes. Det vil være viktig at vi kartlegger Gunnvor sine interesser for musikk, og hva slags musikk hun tidligere hadde glede av. Denne informasjonen kan vi innhente i samarbeid med Gunnvor og hennes pårørende (Bjørø & Torvik, 2010, s. 346-347). Ridder et al. (2013) foretok en studie som viser at seks uker med musikkterapi reduserte uro og utagering, samt at det bidro til å øke livskvaliteten. Musikk i seg selv er et språk som vi kan benytte for å redusere utageringen som kan oppstå. For at vi på best mulig måte skal kunne hjelpe Gunnvor må vi ta i bruk musikken i kombinasjon med aktiv lytting, improvisasjon og bevegelser (Myskja, 2009, s.149-152). Myskja skriver at for en pasient som har en frontotemporallappdemens vil bruken av musikk være uforutsigbar, kjente og kjære sanger kan oppleves som irriterende for Gunnvor. Musikk som er tilpasset Gunnvor sin diagnose må basere seg på en tydelig struktur, som retter seg mot å skape en atferdsendring. Det vil si at musikken vi spiller eller synger for Gunnvor må inneholde rytme. Myskja skriver videre at rolig bakgrunnsmusikk vil ha en god effekt. Vi tenker det kan være lurt å prøve ut dette i kombinasjon med stell. Vi ønsker å oppnå at Gunnvor flytter fokuset fra at hun befinner seg i en stellesituasjon, til å fokusere på musikken (Myskja, 2009, s. 149-152). I tillegg til en nedgang i utagering, vil musikk som spilles i pleiesituasjoner ha en økt effekt dersom vi som sykepleiere aktivt synger for Gunnvor istedenfor å kun benytte oss av ferdig produsert musikk (Ridder et al, 2013). Ved at vi synger for Gunnvor selv, har det vist seg å kunne ha økt effekt i forhold til redusert utagering, mindre motstand og større grad av gjensidighet mellom oss og Gunnvor. Et godt tilrettelagt boforhold bestående av nok plass, sansehager og miljøterapeutiske tiltak som grunner i stabile og trygge rutiner er det som prøves først ut ved å forebygge utagerende atferd. Dersom disse tiltakene ikke fungerer, blir neste steg å forsøke medikamentell behandling (Fugelsnes, 2009).

Side 36 av 47

## 5.0 Konklusjon

Vi har drøftet oss frem til svar på vår problemstilling: Hvordan kan vi som sykepleiere forebygge utagerende atferd hos personer med frontotemporallappdemens på skjermet enhet?

Vår motivasjon for valget av problemstilling, er fordi det er høyst relevant for vår fremtid som sykepleiere. Vi har i denne oppgaven fordypet oss i ulike tilnæringsmåter vi som sykepleier kan møte Gunnvor på. Vi har tatt utgangspunkt i at vi skal forsøke å hjelpe Gunnvor på en verdig måte. Vårt forebyggende arbeid, har til hensikt å redusere den utagerende atferden. Dette ved hjelp av miljøbeholdende tiltak, inneha gode kommunikasjonsferdigheter og vår rolle som sykepleiere i dette. For å kunne svare på problemstillingen har vi tatt utgangspunkt i faglitteratur, forskning, Joyce Travelbee sin sykepleieteori, samt egne erfaringer.

I situasjoner hvor utagerende atferd oppstår kan det være vanskelig og utfordrende for sykepleieren og omgivelsene rundt. Vi mener at sykepleiere må ha god kompetanse og kunnskaper for å være trygg på seg selv, slik at sykepleieren kan gi en god helhetlig pleie. Først da bidrar vi til å kunne møte Gunnvor på en god måte, der vi ivaretar hennes integritet, samt forebygger den utagerende atferden. Travelbee sin sykepleieteori går ut på å skape et menneske-til-menneske-forhold, ut i fra dette har vi sett viktigheten med å skape et tillitsforhold mellom Gunnvor og oss som sykepleiere for å kunne danne en relasjon. Vi må se det unike individet bak sykdommen, og ikke bare symptomene, for å kunne hjelpe Gunnvor med utfordringene sykdommen medfører. Det er viktig at vi som sykepleiere vurderer atferden til Gunnvor når hun får for mye eller for lite stimuli, og iverksetter tiltak deretter. Det må tilrettelegges spesielt for Gunnvor, som det unike individet hun er, hvor de fysiske, psykiske og sosiale behov blir ivaretatt. Ved å se Gunnvor der hun er, kan vi som sykepleier forebygge den utagerende atferden, bidra til at hun får opplevelsen av mestring, og økt livskvalitet. Med klare og enkle rammer rundt seg i sin hverdag hvor personsentrert omsorg er i fokus kan dette ha en positiv innvirkning i det forebyggende arbeidet.

I denne oppgaven har vi fokusert på ulike tiltak vi som sykepleiere kan iverksette for å forebygge utagerende atferd hos Gunnvor. Tiltak som god kommunikasjon, sansehage og musikk har vist seg å ha en god effekt, dersom forholdene er godt tilrettelagt for å dekke Gunnvor sine behov. I kommunikasjon med Gunnvor er det viktig at vi er bevisste på hva

Side 37 av 47

kroppsspråket vårt sier, og at dette samsvarer med det vi formidler verbalt. Det er viktig at vi stiller korte og åpne spørsmål, gir henne tid til å finne ord og tolke det hun formidler non-verbalt. Ved at vi som sykepleiere bruker oss selv terapeutisk kan vi bidra til å redusere eller lindre Gunnvor sine plager. Bruk av sansehage har en positiv effekt på utagering og øker livskvaliteten. Hagearbeid er noe Gunnvor alltid har hatt stor interesse for, og sansehagen kan føre til gjenkjenning og skape mestringsopplevelse. På vinterstid kan vi tilrettelegge slik at Gunnvor kan drive med blomster innendørs, dette har vist seg å ha en positiv innvirkning. Musikk som er tilpasset Gunnvor sin frontotemporallappdemens har vist seg å redusere de utagerende episodene. Bruk av musikk i stellesituasjoner, medfører at Gunnvor flytter fokuset fra at hun befinner seg i en stellesituasjon, til å fokusere på musikken. I tillegg til en nedgang i utagering, vil musikk som spilles i pleiesituasjoner ha en økt effekt dersom vi som sykepleiere aktivt synger for Gunnvor istedenfor å kun benytte oss av ferdig produsert musikk. Vår plikt som sykepleiere er å fremme sosial trygghet, ivareta respekten til Gunnvor sitt liv, integritet og menneskeverd.

Materialet som er belyst i litteraturstudiet vi har foretatt, er rettet kun mot Gunnvor og hennes demenslidelse. Teorien og funn fra forskningsartiklene angående miljøbehandling og kommunikasjon, ser vi har en stor overføringsverdi til andre personer med den samme diagnosen. Vi er forskjellige som mennesketyper, Gunnvor sin frontotemporallappdemens vil ikke nødvendigvis være lik hos en annen person med samme diagnosen.

## Litteraturliste

\*Aldring og helse. (2016). *Ny undersøkelse om forekomsten av demens i Norge*. Lokalisert på: <http://www.aldringoghelse.no/startside/ny-undersokelse-om-forekomsten-av-demens-i-norge?page=all>

Berentsen, V, D. (2010). Kognitiv svikt og demens (s. 350-382). Kirkevold, M, Brodtkorb, K & Ranhoff, A, H (Red.), *Geriatrisk sykepleie - omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.,). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Berentsen, V, D, Grefsrød, E.-E & Eek, A. (2007). Bruk av hagen (s. 109-140). Berentsen, V, D, Grefsrød, E.-E & Eek, A. *Sanseshage for personer med demens: Utforming og bruk*. (s. 23-27). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

\*Berentsen, V, D, Grefsrød, E.-E & Eek, A. (2007). Symptomer ved demens (s. 19-30). Berentsen, V, D, Grefsrød, E.-E & Eek, A. *Sanseshage for personer med demens: Utforming og bruk*. (s. 23-27). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

\* Berentsen, V, D (2008). Aktiviteter (s.161-176). Berentsen, V, D. *Demensboka – lærebok for pleie- og omsorgspersonell*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

\* Berentsen, V, D (2008). Demens (s.43-71). Berentsen, V, D. *Demensboka – lærebok for pleie- og omsorgspersonell*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

\*Berentsen, V, D (2008). Etske og juridiske problemstillinger (s.133-137). Berentsen, V, D. *Demensboka – lærebok for pleie- og omsorgspersonell*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

\*Berentsen, V, D (2008). Ulike typer demens (s.73-97). Berentsen, V, D. *Demensboka – lærebok for pleie- og omsorgspersonell*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

\*Berentsen, V, D & Solheim, K, V. (2008). Kommunikasjon. (s. 139-160). Berentsen, V, D. *Demensboka – lærebok for pleie- og omsorgspersonell*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Bjøro, K & Torvik, K. (2010). Smerte. (s.346-347). Kirkevold, M, Brodtkorb, K & Ranhoff, A, H (Red.). *Geriatrisk sykepleie - omsorg til den gamle pasienten* (1. utg.,). Oslo: Gyldendal Akademisk.



\*Cohen-Mansfield, J, Marx, M, S, Dakheel-Ali, M, Regier, N, G, Thein, K & Freedman, L. (2010). *Can Agitated Behavior of Nursing Home Residents with Dementia Be Prevented with the Use of Standardized Stimuli?* JAGS (58) (s. 1459-1464). Lokalisert på:  
<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=48a0360d-9e00-44ef-9e00-4287b67b6e2a%40sessionmgr120&vid=0&hid=118>

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Eide, H & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner* (2.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

\* Engedal, K & Haugen, P, K (2009) *Andre degenerative demenssykdommer* (s.99-119). Engedal, K & Haugen, P, K. *Demens: Fakta og utfordringer* (5. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

\* Engedal, K & Haugen, P, K (2009) *Demens* (s.15-30). Engedal, K & Haugen, P, K. *Demens: Fakta og utfordringer* (5. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

\* Engedal, K & Haugen, P, K (2009) *Miljøtiltak* (s. 294-309). Engedal, K & Haugen, P, K. *Demens: Fakta og utfordringer* (5. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

\*Fugelsnes, E (Red.). (2009). *Oppmerksomhet mot uro*. Lokalisert på:  
<http://forskning.no/aldring-psykiske-lidelser/2009/03/oppmerksomhet-mot-uro>

\*Grefsrød, E, -E. (2002). *Eldres liv og hagens visdom*. (s.20-30) Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

Hauge, S. (2014). *Sykepleie i sykehjem*. (s. 267). Kirkevold, M, Brodtkorb, K & Ranhoff, A, H (Red.). *Geriatrisk sykepleie - omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg.,). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Heap, K. (2012). *Kommunikasjonsforhold i alderdommen* (s. 87-137). Heap, K. *Samtalen i eldreomsorgen: Kommunikasjon – minner – kriser – sorg*. (4.Utg.). Oslo: Kommuneforlaget AS.

Hummelvoll, J. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7. Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Side 40 av 47

Hummelvoll, J. (2014). *Helt- Ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7. Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Lov om helsepersonell m.v (helsepersonelloven. LOV-1999-07-02-64 (2016).

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63 (2016).

\*Kirkevold, M & Gonzalez, M, T. (2012). Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens. *Sykepleien forskning*, 7(1), (s.52-64). Lokalisert på: <https://sykepleien.no/forskning/2012/03/betydningen-av-sansehage-og-terapeutisk-hagebruk-personer-med-demens>

\* Kirkevold, Ø. (2009) Utfordrende atferd - forståelse og behandling (s.311 - 327). Engedal, K & Haugen, P, K. *Demens: Fakta og utfordringer* (5. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

\*Kitwood, T. (2013). Den omsorgsgivendes behov (s. 126- 143). Kitwood, T. *En revurdering af demens – personen kommer i første række*. (1.utg. 6.oppl). Dansk udgave: Munksgaard, København.

\*Kitwood, T. (2013). Oplevelsen af demens (s. 78-94). Kitwood, T. *En revurdering af demens – personen kommer i første række*. (1.utg. 6.oppl). Dansk udgave: Munksgaard, København.

Kristoffersen, N, J. (2011). Teoretisk perspektiv på sykepleie. Kristoffersen, N, J, Nortvedt, F & Skaug, E. A (Red.). (2011). *Grunnleggende sykepleie: Bind 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg.) Oslo: Gyldendal akademisk

\* Mcevoy, P & Plant, R (2014). Dementia care: using empathic curiosity to establish the common ground that is necessary for meaningful communication. *Journal of Psychiatric and mental health nursing*(21). (s. 477-482). Lokaliser på: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=a7714de6-c56b-47a0-bce4-341984247b19%40sessionmgr4009&hid=4204>

\* Myskja, A. (2009). Musikk som terapi i demensomsorgen og psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6(2). (s. 149-152). Lokalisert på: [https://www-idunn-no.ezproxy.hihm.no/file/pdf/33833945/tph\\_2009\\_02\\_pdf.pdf](https://www-idunn-no.ezproxy.hihm.no/file/pdf/33833945/tph_2009_02_pdf.pdf)

Side 41 av 47

\*Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert på:  
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

\*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 & Mental Health* (17). (s. 667-678). Lokalisert på:  
<http://www.tandfonline.com.ezproxy.hihm.no/doi/pdf/10.1080/13607863.2013.790926?needAccess=true>

\*Rokstad, A, M, M. (2014). Personsentrert omsorg (s.21-35). Rokstad, A, M, M. *Se hvem jeg er! – personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: universitetsforlaget.

Rokstad, A, M, M & Smeby, K, L. (2015). *Personer med demens: møte og samhandling*. (1.Utg.). Oslo: Akribe AS

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

Moksnes, K, M. (2010). Livets siste fase. (s. 476- 485). Skårderud, F, Haugsgjerd, S & Stänicke, E. (2010). *Psykatrieboken: sinn – kropp – samfunn*. (1.utg). Oslo: Gyldendal akademiske.

Slettebø, Å. (2009). Sykepleie og etikk (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helet – psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. (1.utg, 16.opplag). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\* Thorvik, K, E, Helleberg, K & Hauge, S. (2016). God omsorg for urolige personer med demens. *Sykepleien forskning* 9(3). (s. 236-242). Lokalisert på:  
[https://sykepleien.no/sites/default/files/publication-pdf/14fo3\\_art\\_thorvik\\_3337.pdf](https://sykepleien.no/sites/default/files/publication-pdf/14fo3_art_thorvik_3337.pdf)

\*Travelbee, J. (2001). Begrepet kommunikasjon (s.135-167). Travelbee, J. *Mellommenneskelig forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Travelbee, J. (2001). Hva er sykepleie? (s.27-49). Travelbee, J. *Mellommenneskelig forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Side 42 av 47

\*Travelbee, J. (2001). Menneske-til-menneske-forhold (s.171-218). Travelbee, J.  
*Mellommenneskelig forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Wong-Henriksen, K. (2015). Kommunikasjon. Rokstad, A, M, M & Smeby, K, L (Red).  
*Personer med demens: møte og samhandling*. (1.Utg.). Oslo: Akribe AS

**Selvvalgt litteratur:** 438 sider

## Vedlegg 1

III kunnskapssenteret

# Fagprosedyrer

## PICO-skjema

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <b>Tittel/arbeidstitel på prosedyren:</b>  |   |   |   |
| <b>Problemstilling formuleres som et presist spørsmål:</b> Hvordan kan vi som sykepleiere forebygge utagerende atferd hos demente pasienter på skjermet enhet?                         |   |   |   |
| <b>Hva slags type spørsmål er dette?</b>   |   | <b>Er det aktuelt med søk i Lovdata etter lover og forskrifter?</b>                               |   |
| <input type="checkbox"/> Diagnose <input type="checkbox"/> Etiologi <input type="checkbox"/> Erfaringer<br><input type="checkbox"/> Prognose <input type="checkbox"/> Effekt av tiltak |   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei  |   |
| <b>P</b> Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet:  | <b>I</b> Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for): | <b>C</b> Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket: | <b>O</b> Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå: |
| Demens<br>Utagering  | Sykepleierrollen<br>Relasjon<br>Kommunikasjon<br>Forebygging<br>Sanseshage      |   | Økt livskvalitet<br>Forebygge utagering                               |
| <b>P</b><br>Noter engelske søkeord for pasientgruppe/problem   | <b>I</b><br>Noter engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon                 | <b>C</b><br>Noter engelske søkeord for evt. sammenligning   | <b>O</b><br>Noter engelske søkeord for utfall                         |
| Dementia<br>Communication<br>Challenging behavior<br>Agitation<br>Nurse<br>Nursing homes<br>Music therapy  |   |   | Preventing agitation  |

## Vedlegg 2 Søkehistorikk

Rekkefølgen i søkshistorikken samsvarer nødvendigvis ikke med rekkefølgen vi fant artiklene.

|  |   |
|--|---|
| Database: CINAHL<br>Søkeord;<br>(Dementia)<br>AND (Communication)  | Søkeresultat;<br><ul style="list-style-type: none"><li>• 363 treff</li><li>• 3 lest</li><li>• 1 anvendt</li></ul> |
| Søkebegrensninger;<br><ul style="list-style-type: none"><li>• 2007-2017</li><li>• Peer Reviewd</li><li>• Full text</li><li>• “CINAHL with full text”</li></ul> |   |
| Vi fant her<br>«Dementia care: using empathic curiosity to establish the common ground that is necessary for meaningful communication»                         |   |

|  |  |
|--|--|
| Database: Pubmed<br>Søkeord;<br>(Music therapy)<br>AND (Dementia)<br>AND (Agitation)   | Søkeresultat;<br><ul style="list-style-type: none"><li>• 28</li><li>• 4 lest</li><li>• 2 anvendt</li></ul> |
| Søkebegrensninger;<br><ul style="list-style-type: none"><li>• Full text</li><li>• 10 years</li><li>• Humans</li><li>• Age: 65+</li></ul> |  |
| Vi fant her: «Individual music therapy for agatation in dementia»  |  |

Side 45 av 47

## Vedlegg 2 (fortsettelse)

|  |  |
|--|--|
| Database: Swemed+<br><br>Søkeord;<br><br>Omsorg<br><br>AND Demens<br><hr/><br>Søkebegrensninger;<br><ul style="list-style-type: none"><li>• 2007-2017</li><li>• Norsk</li><li>• Peer Reviewd</li></ul> | Søkeresultat;<br><ul style="list-style-type: none"><li>• 26 treff</li><li>• 3 lest</li><li>• 1 anvendt</li></ul> |
| Vi fant her<br>«God omsorg for urolige personer med demens»  |  |

|  |   |
|--|---|
| Database: CINAHL<br><br>Søkeord;<br><br>(Preventing)<br><br>AND (agitation)<br><br>AND (dementia)<br><hr/><br>Søkebegrensninger;<br><ul style="list-style-type: none"><li>• 2007-2017</li><li>• Peer Reviewed</li><li>• Humans</li><li>• Age 65+</li></ul> | Søkeresultat;<br><ul style="list-style-type: none"><li>• 1 treff</li><li>• 1 lest</li><li>• 1 anvendt</li></ul> |
| Vi fant her<br>«Can Agitated Behavior of Nursing Home Residents with Dementia Be Prevented with the Use of Standardized Stimuli?»  |   |

## Vedlegg 2 (fortsettelse)

|  |   |
|--|---|
| Database: Swemed+<br>Søkeord;<br>Sanselage<br>AND Demens   | Søkeresultat;<br><ul style="list-style-type: none"><li>• 1 treff</li><li>• 1 lest</li><li>• 1 anvendt</li></ul> |
| Søkebegrensninger;<br><ul style="list-style-type: none"><li>• 2007-2017</li><li>• Norsk</li><li>• Peer Reviewd</li></ul> |   |
| Vi fant her<br>«Betydning av sanselage og terapeutisk hagebruk for personer med demens                                   |   |