



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for Folkehelsefag

**Birgit Remmen**

## Fordypningsoppgave 4VFOPSH1

Det handler om å skape de gode øyeblikkene i  
hverdagen.

Videreutdanning i eldreomsorg med vekt på psykisk helse

Elverum, mai 2013

Antall ord: 9872

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA  NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA  NEI

**Hva ser du søster?**  
Hva ser du søster i din stue?  
En gammel, sur og besværlig  
frue,  
ustø på bena, pjusket og egen,  
kjefter på alle, maser på legen.  
Hun snakker høyt, men hun ser  
deg ikke,  
hun sikler og hoster, har snue  
og hikke.  
Hun takker det ikke for alt det  
du gjør,  
men klager og syter, har dårlig  
humør.  
  
Er det hva du tenker? Er  
det hva du ser?  
Lukk opp øynene og SE – der  
er mer!  
Nå skal jeg fortelle deg hvem  
jeg er,  
den gamle damen som ligger  
her.  
  
Jeg er en pike på 10 i et  
lykkelig hjem  
Med foreldre og søsken – jeg  
elsker dem!  
Jeg er en ungmø på 16 med  
hjerte som banker  
av håp og drøm og romantiske  
tanker.  
Jeg er en brud på 20 med  
blussende kinn,  
mot framtid og lykke skrider  
jeg inn.  
Jeg er mor med små barn, jeg  
bygger et hjem,

mot alt som er vondt jeg vil  
verne dem.  
Og barna vokser med gråt og  
med latter.  
Så blir de store, og så er vi  
atter  
to voksne alene og nyter freden  
og trøster hverandre og deler  
gleden  
når vi blir femti og barnebarn  
kommer  
og bringer uro og latter hver  
sommer.  
Så dør min mann, jeg blir  
ensom med sorgen  
og sitter alene fra kveld til  
morgen,  
for barna de har egne barn  
med hjem  
det er så mye som opptar dem.  
  
Borte er alle de gode år,  
de, glade og vante kår.  
Nå plukker alderen fjærene av  
meg.  
Min styrke, mitt mot, blir snart  
tatt fra meg.  
Ryggen blir bøyd og synet  
svikter –  
jeg har ikke krefter til dagens  
plikter.  
Hjertet er tungt og håret grått.  
Med hørselen skranter det også  
smått.  
Men inne bak skrøpelighetene  
finnes  
det ennå så mye vakkert å  
minnes;

barndom, ungdom, sorger og  
gleder,  
samliv, mennesker, tider og  
steder.  
Når alderdomsbyrdene tynger  
meg ned  
så synger allikevel minnene  
med.  
Men det som er aller mest tungt  
å bære  
er det at EVIG kan  
INGENTING være!  
  
Hva ser du søster? – En tung  
og senil  
Og trett gammel skrott? – Nei.  
Prøv en gang til!  
Se bedre etter, se om du kan  
finne;  
et barn, en brud, en kvinne!  
Se meg som sitter der innerst  
inne!  
Det er meg du må prøve å se –  
og finne!  
  
Ukjent forfatter, oversatt av  
Oddny Reitan

**En stor takk til min  
veileder, Gunvor Volla  
Stensrud, for all støtte,  
oppmuntring og hjelp  
gjennom skriveprosessen.**

# Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	4
1.1Begrunnelse for valg av tema og problemstilling.....	5
1.2 Oppgavens avgrensninger.....	5
2.0 Metode.....	7
2.1 Litteraturstudium som metode.....	7
2.2 Søkeprosessen.....	8
2.3 Kildekritikk.....	9
2.4 Forskningsetikk.....	10
3.0 Teoretisk referanseramme.....	12
3.1 Menneskesyn og verdier.....	12
3.2 En teoretisk tilnærming til Kari Martinsens omsorgsfilosofi.....	13
3.3 En teoretisk tilnærming til demens som sykdom.....	14
3.4 En teoretisk tilnærming til åndelige aspekter.....	15
3.5 En teoretisk tilnærming til Antonovskys Sense of Coherence.....	17
3.6 En teoretisk tilnærming til kommunikasjon som metode.....	18
3.6.1 Det gode møte- om kommunikasjonens betydning.....	19
3.6.2 Validering.....	19
3.6.3 Reminsiens.....	19
3.7 En teoretisk tilnærming til miljøbehandling som metode.....	20
3.7.1 Miljøbehandlingens funksjon.....	21
3.7.2 Personsentrert omsorg – et grunnlag for miljøbehandling.....	21
4.0 Hvordan kan sykepleier ivareta åndelige ytringer hos personer med demens?.....	23
4.1 Grunnlaget for forståelse av personen med demens sin situasjon.....	23
4.2 Ivaretagelse av den enkeltes behov for identitet.....	24
4.3 Ivaretagelse av behovet for trøst og støtte.....	26
4.4 Behovet for tilknytning og inkludering- om å høre til.....	27
4.5 Ulike kommunikasjonsteknikker for å ivareta åndelige ytringer.....	28
4.6 Ivaretagelse av behovet for beskjeftigelse med meningsfulle aktiviteter.....	29
5.0 Konklusjon.....	32
5.1 Veien videre.....	32
6.0 Referanseliste.....	34

## 1.0 Innledning

I følge Demensplan 2015 (Helse og omsorgsdepartementet, 2007) var det rundt 66 000 personer med demens i Norge, som har økt ytterligere til rundt 70 000 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Forekomst av demens stiger med økende alder, og i tråd med den forventede kraftige økningen i antall eldre fra 2020 vil trolig også forekomsten av demenssykdommer øke.

Forutsatt at forekomst av demenssykdommer holder seg på dagens nivå, vil antall personer med demens fordobles til ca. 140 000 innen 2040.

Av alle personer med demens bor per i dag ca. 50 % på sykehjem, ca. 80 % av sykehjemsbeboerne har en demenssykdom (ibid.).

Det er et mål at personer med demens skal oppleve livskvalitet, trygghet og mening i hverdagen. God demensomsorg vil innebære at personer med demens møtes der den enkelte er, og at tiltak og tjenester baseres på innsikt i den enkeltes livs- og sykdomshistorie (ibid.).

Verdighetsgarantiforskriften (2010) har som formål å sikre tilrettelegging av eldreomsorgen på en måte som ivaretar en verdig, trygg og meningsfull alderdom for den enkelte.

Tjenestetilbudet skal vise respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel, og sikre ivaretagelse av medisinske behov. I dette ligger blant annet at den enkelte skal ha tilbud om samtale om eksistensielle spørsmål, lindrende behandling, og å få mulighet til å bevare sin evne til å fungere i hverdagen.

Stipendiat Ødbehrs pågående doktorgradsavhandling om åndelig omsorg til personer med demens i sykehjem, viser at åndelig omsorg er et fagområde som er lite undersøkt gjennom forskning. Åndelige aspekter er ikke undervurdert, men mange sykepleiere gir uttrykk for at de føler manglende kompetanse og innsikt i hvordan de skal utføre åndelig omsorg. Slik sett er det potensiale for bevisstgjøring og videreutvikling på dette området.

Grunnleggende i åndelig omsorg til personer med demens, er å bidra til at pasientene får følelse av å være verdsatt og respektert, noe som er helt avgjørende for opplevelse av god livskvalitet (Ødbehr, Kvigne, Danbolt & Hauge, 2012).

## 1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Jeg ser på åndelige/eksistensielle verdier og det som gir den enkelte opplevelse av mening som helt sentralt i omsorg til personer med demens.

Det er vel dette det handler om, - å hjelpe personer med demens til å oppleve en god og meningsfull hverdag på tross av sin sykdom.

Derfor har jeg kommet frem til følgende:

Oppgavens tittel: *Det handler om å skape de gode øyeblikkene i hverdagen.*

Problemstilling: *Hvordan kan sykepleier ivareta åndelige ytringer hos personer med demens?*

Jeg ønsker å finne ut hvordan sykepleieren, gjennom ulike tilnæringsmåter, kan ivareta den åndelige dimensjonen hos personer med demens med mål å fremme et godt liv med gode øyeblikk i hverdagen.

I mitt møte med personer med demens, slår det meg ofte hvor lite som egentlig skal til for å skape øyeblikk av glede. Det handler om verdighet og meningsfullhet, og om å gi personen med demens følelsen av å være et betydningsfullt individ.

## 1.2 Oppgavens avgrensninger

I denne oppgaven er utgangspunktet en generell forståelse av demens av moderat til alvorlig grad. Det vil være fokus på ivaretagelse av åndelige og eksistensielle ytringer hos personer med demens i sykehjem. Jeg vil bruke begrepene personer med demens og pasienter om hverandre, slik det passer best for å få flyt i teksten.

Å ivareta innebærer i denne oppgaven ulike kommunikasjonsteknikker og metoder sykepleieren benytter i arbeidet med personen med demens. Å ivareta innebærer også å gi eller vise omsorg.

Åndelige behov kan være vanskelig å definere når det gjelder personer med demens. De er grunnet den svikt sykdommen medfører, gjerne ikke i stand til å gi uttrykk for konkrete behov. Derfor er ytringer, det å gi uttrykk for noe, et mer dekkende ord.

Sentralt i oppgaven er begrepene helse og livskvalitet. Det finnes en rekke definisjoner og forståelser av disse begrepene, i denne oppgaven blir de brukt som uttrykk for det gode liv for personer med demens. Det handler om hva som oppleves som et verdig og meningsfullt liv. Fugelli og Ingstad (2001) har på grunnlag av et studium av folks helsebegrep, kommet frem til at *Helse- slik folk ser det* har sammenheng med trivsel, funksjon, natur, humør, mestring og overskudd/energi. Helse og livskvalitet henger sammen med den enkeltes bevissthet om «det gode liv», der alminnelig bra gjerne er godt nok. Det handler ikke nødvendigvis om å ha det perfekt.

Åndelighet er begrep med mange definisjoner og forståelsesmåter. I denne oppgaven velger jeg å støtte meg til Stifoss- Hansen & Kallenberg og Bondevik sine teorier om åndelige aspekter og åndelig omsorg, med hovedvekt på *de gode øyeblikkene*, på hva som gir livet mening.

I litteraturen jeg har gjennomgått, snakkes det både om åndelige og eksistensielle behov og omsorg. Stifoss- Hanssen og Kallenberg (1998) beskriver eksistensielle spørsmål og livssyn som noe allmenn-menneskelig, åndelig omsorg er de aspekter ved yrkesutøvelsen som spesielt forholder seg til pasientens eksistensielle spørsmål og livssyn. Åndelig er en internasjonalt etablert term som er overgripende og dekker bedre enn eksistensiell. På bakgrunn av dette vil jeg i det følgende hovedsakelig benytte begrepet åndelig som dekkende for begge begrepene.

Kari Martinsens omsorgsfilosofi er overordnet grunnlag for min forståelse av omsorg.

## 2.0 Metode

Dalland (2012, s 111) viser til Aubert (1985) som sier: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener til dette formålet hører med i arsenalet av metoder.»

I følge Larsen (2007) handler metode om hvordan man skaffer til veie, tolker og organiserer informasjon innenfor et bestemt fagområde. Det er fremgangsmåten man bruker for å få svar på spørsmål for å innhente ny kunnskap.

Det kan skilles mellom kvantitative og kvalitative metoder. Ved bruk av kvantitative metoder søkes det å innhente data i form av målbare enheter som kan telles. Dataene er observerbare, såkalte harddata, og det går i bredden for å få en forklaring på et bestemt spørsmål eller fenomen (Dalland, 2012).

Ved å bruke kvalitative metoder er målet å fange opp mening og opplevelse av ulike spørsmål eller fenomen som ikke kan måles, myke data som kan være gjenstand for tolking. Det går i dybden for å få en forståelse av et spørsmål eller fenomen for å kunne se sammenheng og helhet omkring dette, og innhenter forholdsvis mange opplysninger fra få informanter.

Forskeren ser spørsmålet i et deltakerperspektiv ved å erkjenne sin delaktighet og påvirkning i prosessen (ibid.).

Malterud (2011) omtaler kvalitative tilnærminger som velegnet til utforskning av dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet. Det vil legge vekt på forståelse av menneskets erfaringer, opplevelser, forventninger og holdninger, og hva som motiverer mennesket til å handle som det gjør.

### 2.1 Litteraturstudium som metode

Et litteraturstudium bygger hovedsakelig på skriftlige kilder og eksisterende kunnskap og metodisk verktøy vil være de vurderinger som gjøres av det skriftlige materialet i form av kildekritikk. Kildekritikk er de metoder som anvendes for å avgjøre om en kilde er sann og innebærer en vurdering og karakterisering av aktuelle kilder. Dette innebærer at kildene må vurderes utfra kvalitet og den relevans de har for det som skal studeres eller forskes på. I et litteraturstudium vil redegjørelse for framgangsmåten for å finne aktuell litteratur og presentasjon av den litteratur man velger å anvende, være viktig. Det handler om å se

sammenhenger mellom det aktuelle studiet og tidligere arbeider, og å finne litteratur og forskning som er av relevans for å belyse problemstillingen. Teori er den redskap man bruker for å få innsikt og for å beskrive perspektivet man velger å arbeide innenfor (Dalland, 2012).

## 2.2 Søkeprosessen

Jeg har i oppgavens teoretiske referanseramme benyttet pensumlitteratur og annen faglitteratur. Jeg har også på bakgrunn av referanselister i ulike publikasjoner gjort direkte søk i forhold til det jeg mener kan være av relevans. Til å begynne med gjorde jeg usystematiske søk i forhold til valgt tema. Jeg har hatt stor nytte av biblioteket som har vært svært hjelpelige med å skaffe relevante bøker og artikler og har i tillegg hatt en time med bibliotekar i forhold til litteratursøk.

I forkant av den systematiske søkeprosessen valgte jeg å sette problemstillingen inn i PICO-skjema.

Jeg søkte etter litteratur i databaser tilgjengelige via skolens bibliotek og Helsebiblioteket, som EBSCO, SveMed+, GoogleScholar, og PubMed.

I EBSCO søkte jeg i Academic Search Premier, AgeLine og Cinahl/Cinahl with full text. For å finne Mesh-termer søkte jeg i SveMed+ og for Cinahl headings på Cinahl.

Med søkeordene *dementia- spirituality- spiritual care/spiritual therapies*, i tidsrommet 2000-2013, med avgrensning til akademiske tidsskrifter, fikk jeg 100 treff. Av disse er to inkludert i oppgaven. Publikasjoner tilbake til år 2000 er riktignok blitt noen år, men jeg finner ved å se i andres referanselister, at det finnes publikasjoner i dette tidsrommet som ofte benyttes som kilder i nyere studier. Jeg mener derfor søk innenfor denne tidsrammen vil kunne forsvares ved at det gir mulighet for å finne gode publikasjoner som er grunnlag for forståelse av aktuelle fenomen.

Ved søk i SveMed+ fikk jeg med søkeordene *dementia- spirituality- spiritual therapies* ett treff, og denne artikkelen er inkludert.

Google Scholar ga, for mange treff med samme søkeord, ved ytterligere tidsbegrensning til 2009-2013 hele 5380 treff. Dette er for mye og vil kunne innebære risiko for at kvaliteten av noen av artiklene ikke er god nok. Jeg valgte derfor å bruke Google Scholar til å gjøre direkte søk på artikler og publikasjoner.



PubMed med fulltekst ga 22 treff med søkeord *dementia- spirituality- spiritual care*, men ingen jeg fant av relevans for det jeg ønsker å belyse.

Jeg har fått en artikkel anbefalt fra lærer på høgskolen, som er inkludert. Forelesninger om emnet både i form av undervisning på skolen og på Demenskonferansen 2013, har gitt meg inspirasjon og vært viktige pådrivere for å finne ut mer om et emne jeg allerede fra tidligere har betraktet som svært viktig i et menneskes liv, med eller uten en demenssykdom.

## 2.3 Kildekritikk

I dette litteraturstudiet er målet å finne ut hvordan sykepleieren kan ivareta åndelige ytringer hos personer med demens. Dette gjør det naturlig å anvende litteratur og forskning basert på kvalitative metoder, for å forsøke å besvare oppgavens problemstilling. Det søkes å få forståelse av hva som er viktig for personer med demens, og hvordan man som pleiepersonell kan ivareta dette. Slik vil det være naturlig å søke etter litteratur som kan være med på å belyse dette, både i fagbøker og i ulike publikasjoner i form av fag- og forskningsartikler.

Jeg har valgt å benytte litteratur publisert i nasjoner jeg mener i nokså stor grad kan sammenlignes med Norge, henholdsvis Sverige, England, USA og Australia, når det gjelder kultur, menneskesyn, verdier, skikker og lignende. Det er likevel viktig å være oppmerksom på at det likevel kan forekomme forskjeller i forhold til kultur og forståelse. En sterk side ved ikke kun å benytte norske kilder, vil være at jeg kan få et større og bredere kunnskapsgrunnlag å basere min forståelse og fortolkning på. Det vil også være flere publikasjoner tilgjengelige. Samtidig er jeg oppmerksom på språkmessige forskjeller ved å benytte utenlandsk litteratur, og at oversettelser innebærer en viss fare for tolkning.

Oppgaven vil bære preg av min forståelse og tolkning av aktuell litteratur. Dette handler om min forforståelse, min ryggsekk og bagasje i form av mine erfaringer, hypoteser, mitt menneskesyn og faglige perspektiv og den teoretiske referanseramme jeg har valgt å knytte opp mot problemstillingen. Malterud (2011) viser til at denne forforståelsen kan ha to funksjoner. Den kan gi næring og styrke til oppgaven, men den vil og kunne virke negativt dersom man blir for opptatt av sin egen ballast og ikke evner å se ny forståelse og nye perspektiv. Det er således viktig å være åpen for andre synspunkter og at det finnes flere

måter å betrakte og vektlegge dette på, slik at man ikke betrakter sitt eget syn som den eneste sannhet.

Det har vært nødvendig å gjøre begrensinger i forhold til mengde publikasjoner som inkluderes i oppgaven. Dette har sammenheng med oppgavens omfang og i forhold til at litteratur som inkluderes også skal analyseres og brukes videre.

Jeg har så langt det har latt seg gjøre brukt primærkilder, noe jeg ser på som er en styrke. Ved bruk av sekundærkilder kan en svakhet at andre har vurdert det opprinnelige materialet, noe som kan innebære tolkninger og endringer. I min analyse har jeg hele tiden forsøkt å være bevisst på å unngå å endre meningsinnholdet i kildene.

Jeg har benyttet pensumlitteratur som i kraft av å være pensum i studiet, anses å være av god kvalitet. I tillegg har jeg benyttet annen litteratur av anerkjente forfattere som omhandler det jeg ønsker å belyse i oppgaven. I mitt litteratursøk på internett, og ved utvelgelsen av forskningsartikler har jeg valgt å benytte artikler som er fagfellevurderte, eller er publiserte i anerkjente internasjonale tidsskrifter. Dette burde være en indikasjon på at de er av faglig kvalitet. I tillegg har jeg vurdert de aktuelle artiklene utfra standardiserte sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Siden dette er et litteraturstudium, vil det ikke være mulig å prøve ut teorien i skriveprosessen, noe som er en svakhet ved litteraturstudium som metode. Utprøving må i så fall skje i etterkant og de resultater som da fremkommer kan siden brukes som gjenstand for nye studier. Det vil likevel kunne være mulig å komme med antagelser med begrunnelse i eksisterende kunnskap, om hva man tror ulike intervensjoner vil kunne føre til.

## **2.4 Forskningsetikk**

I følge Dalland (2012) handler forskningsetikk om planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning på en måte som ivaretar personvern og som sikrer troverdige forskningsresultater. Det er viktig at informantene i forskningen ikke påføres skade eller belastning og at deres rett til integritet og velferd blir ivarettatt. Det er samtidig viktig å tenke på hvem som vil kunne dra nytte av forskningen eller studiet, direkte eller indirekte.

Man kan stille seg kritisk i analyse av litteratur, men det er viktig at tanker, forståelser og meninger fremstilles på en måte som ikke oppleves nedverdiggende av informant eller leser.

Det ligger en forventning om at forskning eller studier skal medføre ny kunnskap og nye eller mer utfyllende perspektiv i forhold til ulike fenomener (Malterud, 2011).

Det handler om å møte litteraturen og kildene med et ydmykt, undrende og til en viss grad kritisk blikk, men å være åpen for og la seg inspirere til nye perspektiv og forståelser av ulike teorier og fenomen. Dessuten er det viktig å være oppmerksom på at fremstillingen ikke blir for farget av egne synspunkter, men er en objektiv presentasjon som kan gi mening for mange (Larsen, 2007).

### **3.0 Teoretisk referanseramme**

For å kunne finne ut av hvordan sykepleieren kan ivareta åndelige ytringer hos personer med demens trengs et teoretisk grunnlag om menneskesyn, omsorgssyn, demens, åndelige ytringer, kommunikasjon og miljøbehandling. Jeg vil i det følgende gi en fremstilling av teori som danner grunnlaget for min forforståelse av disse emnene, og som vil være viktig i forhold til å besvare problemstillingen senere.

#### **3.1 Menneskesyn og verdier**

Henriksen og Vetlesen (2006) fremhever at hvordan vi ser og forstår andre i stor grad avhenger av hvordan vi forstår oss selv. I dette ligger vårt menneskesyn, vårt livssyn, våre verdier, vurderinger og holdninger samt de tradisjoner vi har med oss. Det er dette som danner grunnlag for vår forståelsesramme i møtet med andre mennesker, og som gjerne gjør at vi møter andre slik vi ville satt pris på å bli møtt selv.

Et kristent og humanistisk menneskesyn legger stor vekt på menneskets ukrenkelige verdi, ved den verdighet og respekt hvert enkelt menneske har krav på å bli møtt med. Å anerkjenne menneskeverdet innebærer å sikre mennesket frihet og mulighet til et liv som muliggjør at den enkelte kan føle seg verdifull og verdsatt. Dette beskrives av Bredland, Linge & Vik (2011) som objektiv verdighet og er fastslått blant annet i menneskerettighetene, ved at alle mennesker har en iboende verdighet i kraft av det å være mennesker. Man finner også denne formen for verdighet i lovverk som vektlegger autonomi og likeverd. En annen form for verdighet er den subjektive som kommer til syne i form av hva den enkelte opplever som verdig. Opplevelsen av subjektiv verdighet avhenger av relasjoner til andre og om hvorvidt de andre behandler en med verdighet (ibid.).

Et helhetlig menneskesyn som anerkjenner menneskets fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjon som likeverdige, er grunnleggende i all sykepleie.

Yrkesetiske retningslinjer for Sykepleiere (2011) sier at: «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert» (s. 7). Videre sier de at: «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder

retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket» (ibid. s.8).

### 3.2 En teoretisk tilnærming til Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Styrende verb i problemstillingen er *å ivareta*, som her kan beskrives som det å gi eller vise omsorg og omtanke for en annen. Omsorg er en viktig kjerneverdi i Martinsens filosofi, og i all sykepleie generelt.

Martinsen (2003) ser på omsorg som naturlig og fundamentalt i menneskers liv. Det handler om hvordan mennesker forholder seg til hverandre og viser omtanke i hverdagen. Slik er forholdet mellom mennesker sentralt i omsorg, all menneskelig eksistens er avhengig av andre. Det legges vekt på et kollektivistisk menneskesyn, med fellesskapet i sentrum. Omsorg er en sosial relasjon (relasjonelt aspekt). Det handler om forståelse for andre, og om å forholde seg til andre på en måte som anerkjenner den enkelte utfra sin situasjon (praktisk aspekt). Omsorgsarbeid kjennetegnes ved at den trengende er i en ikke selvhjulpen situasjon, omsorgsrelasjonen er vedvarende og medfører ansvar og forpliktelse fra omsorgsgiveren. Omsorg er basert på generalisert gjensidighet ved at man sørger for en annen uten forventning om å få noe tilbake. Prinsippet om ansvar for de svake står sterkt som grunnlag for all omsorg (moralsk aspekt). Omsorgsmoral handler om hvordan vi er i møtet med andre og læres gjennom erfaring. Makt inngår i alle avhengighetsrelasjoner, og omsorgsmoral handler slik også om hvordan vi lærer å bruke makt. Makt kan brukes solidarisk, ved å handle med empati, innlevelse og engasjement på en slik måte som muliggjør at den andre får mulighet til å leve på best mulig måte (ibid.).

Martinsen(2005)viser til Løgstrup som hevder at i ethvert møte mellom mennesker ligger det en fordring om å ta vare på hverandre og hverandres livsmuligheter. Løgstrup sin Ethiske fordring siteres av Martinsen: «*Den enkelte har aldri med et andet menneske at gøre uden at han holder noget af dets liv i sin hånd...*» (s.143).

Dette synliggjør sykepleierens ansvar for å ta vare på den trengende som i relasjonen gir noe av seg selv eller sitt liv gjennom livsytringene. Livsytringene er uttrykk for menneskenes henvisthet til hverandre, de er grunnleggende i menneskets liv og for samvær med andre. De er gitt mennesket, de er spontane, krever ingen begrunnelse og fullbyrdes i relasjoner til

andre der de viser seg gjennom menneskets handlinger. Et eksempel på en livsytring er tillit. I følge Martinsen er det derfor handlingene som må begrunnes, og som blir gjenstand for etiske overveielser.

Det handler om å ta vare på den andres livsmuligheter, noe som krever oppriktig interesse for den andre og vilje til å hjelpe.

Martinsen tar avstand fra overtramp og maktovergrep. Omsorgen kan bli sentimental ved at engasjement i den trengende begrunnes utfra egne følelser, eller den kan bli paternalistisk ved at omsorgsgiver handler til den trengende sitt beste slik at vedkommende fratras muligheter til å delta. Likevel mener Martinsen at svak paternalisme vil kunne forsvares ved at sykepleierens oppgave er å gå inn i en relasjon med pasienten for å gagne vedkommende mest mulig. Det vil være sentralt at sykepleieren har faglig kunnskap og en vilje til å sette seg inn i pasientens situasjon og forståelseshorisont, og å møte pasienten slik man tror vedkommende ville handlet hvis han var i stand til det (ibid.).

### **3.3 En teoretisk tilnærming til demens som sykdom**

Det finnes flere typer demenssykdommer, Alzheimer er den vanligste, minst 60 % av alle med en demenssykdom har Alzheimer. I senere sykdomsfaser vil de ulike formene gli over i hverandre og symptomalogien vil bli mer lik.

Engedal (2008) beskriver demens som: «et hjerneorganisk syndrom, og en fellesbetegnelse på en rekke sykelige tilstander som er kjennetegnet ved ervervet kognitiv svikt, svikt av emosjonell kontroll og sviktende funksjonsevne i forhold til dagliglivets funksjoner» (s. 217). I følge ICD- 10 defineres demens som kronisk svikt i minst to kognitive områder, og ledsages av sviktende emosjonell kontroll, sosial atferd eller motivasjonsevne, med varighet på minst 6 måneder (ibid.).

Demenssykdommer er progredierende og kroniske og kan forekomme i mild, moderat og alvorlig grad. Ved moderat grad av demens er personen avhengig av hjelp fra andre. Denne fasen bærer preg av sviktende mestringsevner, økt forvirring og svekkelse av hukommelse, kommunikasjonsevner og orienteringsevne. Ved alvorlig grad av demens er personen

avhengig av kontinuerlig tilsyn og pleie i hverdagen. Fasen preges av motorisk svikt, inkontinens, svikt i balanse og gangfunksjon (Engedal & Haugen, 2009).

Det er naturlig at behovet for hjelp og omsorg øker i takt med progresjon av sykdommen, noe som stiller krav i forhold til utforming og tilrettelegging av tjenestene.

Det å få en demenssykdom vil kunne oppleves som en trussel mot individet, og vil med sannsynlighet kunne medføre bekymring, frykt, ulike sorg- og tapsreaksjoner samt tap av selvrespekt.

Det legges vekt på betydningen av en personfokusert tilnærming til personer med demens, med anerkjennelse av den enkelte som et unikt individ med egne følelser, reaksjoner og opplevelser av sin sykdom. I forhold til personer med demens er det viktig med individuell tilrettelegging med ivaretagelse av både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Målet er at pasienten skal kunne bruke sine gjenværende ressurser på en måte som virker identitetsbevarende og som fremmer helse, livskvalitet og følelse av mestring og mening i hverdagen (ibid.).

### **3.4 En teoretisk tilnærming til åndelige aspekter**

Mennesket søker svar på sine eksistensielle spørsmål i sitt livssyn. Tradisjonelt sett har det kristne livssynet slik hatt stor betydning for den norske befolkning, men utviklingen har gått i retning av et mer fler-religiøst samfunn, der også andre religioner og trosretninger er fremtredende, og noen også er uten religiøs tilknytning (Stifoss-Hanssen & Kallenberg, 1998).

Min forståelse av begrepet åndelighet vektlegger verdier for den enkelte som gir opplevelse av mening og sammenheng i hverdagen, ikke knyttet til noen spesiell religiøs tro eller tilknytning.

Stifoss-Hansen & Kallenberg (1998) definerer det åndelige området å være «*helheten av de eksistensielle spørsmålene og de svar, løsninger eller strategier som brukes(livssyn)*»(s.19). Eksistensielle spørsmål kan for eksempel være om hvorvidt livet har mening, hvilken verdi livet har hatt, hvem som er glade i meg, hvordan leve med smerte og lidelse og hvordan leve med at man snart skal dø. I forhold til livssyn viser de til Jeffner (1982) sin forståelse som omfatter virkelighetsoppfatning, verdisystem og menneskets grunnholdning (hvordan livet

kjennes å leve). Livssyn kan være overordnede filosofier som berører tro og etikk, men det kan også være enkeltmenneskets egne overbevisninger, vurderinger og opplevelse av livet. Denne forståelsen av livssyn er almen og kan slik brukes til å forstå alle menneskers tolkning av sin tilværelse, uavhengig av religiøs tilknytning, og kan også knyttes til den humanistiske tradisjonen som ser mennesket som meningssøkende vesen (ibid.).

Bondevik (2006) definerer den eksistensielle dimensjonen som en kvalitet hos det enkelte menneske, uavhengig av fase i livsløpet, og fremhever at menneskets åndsdimensjon er uavhengig av den enkeltes mentale kapasitet og alder. Slik kan den eksistensielle dimensjonen bli forstått som et livgivende prinsipp og en søken etter svar på viktige eksistensielle spørsmål om livets mål og verdier.

Bondevik har gjort studier av de eldste eldre og av deres opplevelse av identitet og livet på sykehjemmet. Livssyn, religiøs tilhørighet, kulturarv, opplevelse av håp og mening i livet fremstår å være viktige eksistensielle verdier hos gamle mennesker. Gode minner og det å kunne dele disse minnene med andre, spesielt med jevnaldrende, viser seg å ha stor betydning. Det er viktig å kunne bidra med sin kunnskap og livserfaring til andre. Ved å vekke til live gamle minner, vil den gamle bli sysselsatt og få mulighet til å kunne oppleve sammenheng i livet noe som vil være med på å gi livet innhold og mening. Fortiden og dens betydning vil for de fleste gi livet her og nå mening. Opplevelse av trygghet er også viktig i forhold til opplevelsen av et meningsfullt liv. De fleste gamle ser både mening og håp i et livsløpsperspektiv, der fortid, nåtid og fremtid er i samspill med hverandre. De gjør tilbakeblikk på livet som har vært, de uttrykker hvordan livet oppleves her og nå, og har sine tanker om fremtiden i form av ønsker og håp og tanker om døden (Bondevik, 2000).

Livskvalitet, det gode liv, handler om hvordan den enkelte har det med seg selv og sine omgivelser, om følelsen av tilhørighet og i hvilken grad den enkelte føler mestring av hverdagen og sin livssituasjon. Slik vil det berøre både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspekter ved mennesket. Eldre mennesker legger stor vekt på følelsesmessig tilknytning til andre, trygghet, funksjonsevne i hverdagen, å være til nytte, ikke å føle seg til bry, å bli respektert som menneske og at ens verdier, livssyn og ønsker blir tatt hensyn til (ibid.).

I følge Stifoss-Hanssen og Kallenberg (1998) kan åndelig omsorg forstås som oppmerksomhet rettet mot brukerens eksistensielle spørsmål og ressurser. Dette innebærer å lytte til og se dem mening disse har i pasientens livshistorie, og å assistere pasienten i arbeidet med



eksistensielle spørsmål med den enkeltes livssyn som utgangspunkt.

I den sammenheng viser Narayanasamy et al. (2004) til viktige faktorer i forhold til identifisering av åndelige ytringer. Det som fremheves er pasientens religiøse bakgrunn eller livssyn, tilhørighet, trygghet og det som gir livet mening og hensikt.

Bondevik (2000) viser til Bergem (1998) som understreker betydningen av å ha kjennskap til den enkeltes verdier og kulturelle eller religiøse bakgrunn for å kunne forstå pasientens tolkningsramme og hva vedkommende finner meningsfullt. Det handler om å legge forholdene til rette for at pasienten skal kunne leve etter det han eller hun anser som verdifullt og meningsfullt. Det er viktig med etablering av gode relasjoner mellom pasient og pleiepersonell der aksept og respekt for pasientens ritualer, tro og verdier er i sentrum.

### **3.5 En teoretisk tilnærming til Antonovskys Sense of Coherence**

For at personer med demens skal få ivaretatt sitt selvbylde, er det av stor betydning at det fokuseres på den enkeltes identitet, egenskaper og ressurser, ikke bare på sykdom og svikt. Det er samtidig essensielt at det legges til rette for at personen skal kunne mestre de utfordringene som en demenssykdom medfører (Rokstad, 2008).

Antonovsky (2012) presenterer Sense of Coherence (SOC), på norsk opplevelsen av sammenheng. Hans salutogene syn på helse plasserer mennesket på et kontinuum mellom helse og uhelse. Fokus er ikke entydig rettet mot hva som gjorde pasienten syk, men mer på hva som kan bidra til at personen holder sin plass på kontinuumet eller beveger seg i retning av helseenden.

Westlund (2010) forklarer salutognesen å være helsens opprinnelse, og en salutogen tankegang innebærer et positivt syn på helse, som åpner for muligheten å oppleve helse til tross for sykdom og lidelse. Også de eldste eldre og alvorlig syke kan ha ressurser og muligheter til å bruke disse til tross for sin sykdom. Det handler i stor grad om å finne frem til mestringsstrategier som kan sette individet i stand til å mestre de ulike påkjenninger de utsettes for.

Antonovsky (2012) viser til opplevelsen av sammenheng som et svar på det salutogene spørsmålet og gir følgende definisjon:

«Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verd å engasjere seg i».(s. 41)

Opplevelsen av sammenheng innebærer de tre komponentene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Meningsfullhet fremheves å være den viktigste av disse. Det er en forutsetning at man opplever noe som meningsfullt for i det hele tatt kunne begripe eller forstå og håndtere dette. Det er et samspill mellom komponentene og de påvirker hverandre. I meningsfullhet ligger motivasjonsfaktorene og omhandler det som gir livet mening. Dette kan være beskjeftigelse, tilhørighet til andre og følelsen av å være i en sammenheng, tanker om meningen med livet og ikke minst delaktighet i eget liv. I begripelighet ligger opplevelse av å forstå seg selv, sine omgivelser og det å oppleve å bli forstått. Det er et kognitivt element i den forstand at det omhandler i hvilken grad et individ opplever ulike stimuli som fornuftige, forståelige og sammenhengende. Det påvirkes av menneskets intellektuelle evner, som for eksempel minne, språk og tankevirksomhet. I håndterbarhet ligger opplevelsen av å kunne møte krav i ulike situasjoner, både ved hjelp av egne og andres ressurser. En balanse mellom belastninger og ressurser vil gjøre håndterbarhet av handlinger eller situasjoner oppnåelig. Det er og en forutsetning at man må begripe og forstå for å kunne utføre handling (ibid.).

### **3.6 En teoretisk tilnærming til kommunikasjon som metode**

Hvordan en person med demens blir møtt av andre er av stor betydning for følelse av trygghet og verdighet, og for at personen får bruke sin kompetanse(Samuelsen, 2005). Slik blir metoden eller teknikken sykepleieren benytter i sitt arbeid med personen med demens avgjørende for vedkommende sin opplevelse av hverdagen. Både validering og reminisens er teknikker som vil kunne være med på å ivareta verdighet og virke styrkende på personen med demens identitets- og selvfølelse. Videre følger en beskrivelse av kommunikasjon generelt og om validering og reminisens spesielt.

### **3.6.1 Det gode møte- og kommunikasjonens betydning**

Wogn Henriksen (2008) beskriver kommunikasjon som grunnleggende i menneskets liv, som et viktig eksistensielt og overordnet prinsipp som holder mennesket sammen med omverdenen. Det er en mellom-menneskelig prosess der partene formidler og søker å forstå hverandres ytringer. Det å bli møtt og bekreftet som den man er essensielt. God kommunikasjon kan kjennetegnes ved en åpen dialog der opplevelsen av forståelse og fellesskap med andre gir grunnlag for bekreftelse og vekst. Forvansket kommunikasjon, både i form av vansker med å forstå og med å gjøre seg forstått, er kanskje det som utgjør den største trusselen for personer med demens. Det er derfor viktig at sykepleieren er oppmerksom på både verbal- og nonverbal kommunikasjon, og evner å lese og tolke de signaler pasienten kommer med. Ved å møte den enkelte med respekt, empati og en positiv holdning vil man kunne være med på å bekrefte den enkelte som en unik person med egne meninger.

### **3.6.2 Validering**

Naomi Feil (1993) beskriver validering som metode, der det essensielle er å anerkjenne og å bekrefte en persons følelser. Ved å vise empati for pasienten kan man skape tillit, trygghet, styrke og selvfølelse hos den andre. Det legges vekt på personen med demens sine ytringer, og å hjelpe med å sette ord på følelser og å bekrefte disse følelsene. Slik vil man kunne være med på å gjenopprette den enkeltes følelse av verdighet. Det er alltid en mening bak personer med demens sin atferd, og alle er like mye verdt, uansett grad av demens. Det å akseptere og respektere den enkeltes livserfaringer og visdom er sentralt i valideringsarbeid. Det vil kunne hjelpe pasienten å slippe følelsen av nåtidens nytteløshet, til å gjenoppleve gleder fra fortiden, stimulere hukommelsen og å bearbeide uløste konflikter.

### **3.6.3 Reminisiens**

Heap (2002) beskriver reminisens, også kalt minnearbeid, som innebærer gjenkallelse og formidling av minner. Det handler om evnen til å hente frem personlige og meningsfulle minner fra tidligere i livet. Ved å gjenoppleve disse minnene vil personer med demens kunne

oppleve sammenheng i livet og få muligheten til å synliggjøre seg som person. Det å dele sine minner med andre vil kunne bidra til å styrke den enkeltes selvfølelse og opplevelse av glede og meningsfullhet i hverdagen, samt følelsen av tilhørighet med andre.

Reminisens har nær sammenheng med integritet, opplevelsen av verdighet, autonomi og anerkjennelsen av eget følelsesliv. Det er i stor grad minnene som har vært med på å prege og utforme den enkelte til et unikt individ.

Robert Butler (1963) presenterte tankene om dette minnearbeidet og ser på reminisens som en naturlig oppstående prosess med tilbakeblikk på livet (life-review). Disse tilbakeblikkene berører bevisstheten om tidligere erfaringer og opplevelser, også eventuelle uløste konflikter. Ved å gjøre nye betraktninger av tidligere opplevelser og erfaringer, vil individet kunne få et mer nyansert perspektiv på hendelser, noe som vil kunne være med på å gi mening til livet og å akseptere livet slik det ble.

MacKinlay & Trevitt (2010) har i et studium undersøkt effekten av åndelig reminisens som metode for å hjelpe den enkelte med å finne mening i sin situasjon. De viser til at åndelig reminisens kan gi personer med demens mulighet til å snakke om viktige forhold og til kontakt med andre. Det kan gi hjelp til å finne mening i livet her og nå, og til å utvikle strategier for å akseptere de alders- og sykdomsrelaterte endringene, inkludert tap av viktige andre og egne funksjoner. Åndelig reminisens vil kunne skape engasjement hos personer med demens og fremme følelse av integritet og verdighet selv om kognitive evner reduseres.

### **3.7 En teoretisk tilnærming til miljøbehandling som metode**

For personer med demens er fokus på miljøbehandling svært viktig slik at den enkelte vil kunne få opplevelse av en god hverdag. Miljøbehandling er behandling som legger vekt på ulike terapeutiske prosesser som kan mobiliseres og iverksettes i miljøet personen med demens befinner seg i. Viktige mål med miljøbehandling er å skape glede, trivsel og livskvalitet og dessuten å redusere angst og uro (Rokstad, 2012).

### 3.7.1 Miljøbehandlingens funksjon

Wogn Henriksen (2007) beskriver miljøbehandling som tilrettelegging av fysiske, psykiske og sosiale forhold for at pasienten skal kunne oppnå optimal trivsel, mestring og personlig vekst.

Sykepleierens holdninger, menneskesyn, evne til å vise respekt, vennlighet samt tid og vilje til å møte pasienten i en god relasjon er viktig for å skape et terapeutisk miljø.

Hverdagen for personer med demens er gjerne summen av mange små øyeblikk som for andre kan være ubetydelige. Det er derfor av stor betydning at miljøet i avdelingen bærer preg av gode holdninger, respekt, vennlighet, individuelle relasjoner og god kommunikasjon, noe som også er sentrale begreper i omsorg. Dette innebærer også aksept for at også det som oppstår spontant i møtet mellom personen med demens og sykepleieren er miljøbehandling, det må ikke nødvendigvis være planlagte handlinger.

### 3.7.2 Personsentrert omsorg – et grunnlag for miljøbehandling

Rokstad (2008) gir, på bakgrunn av Kitwoods filosofi, en beskrivelse av personsentrert omsorg som det å se hele mennesket og å legge til rette for maksimal bruk av pasientens ressurser slik at den enkelte kan opprettholde sin selvstendighet lengst mulig. Det innebærer å vise respekt for pasientens identitet og å verdsette vedkommendes egenskaper, samt invitere til og å legge til rette for kontakt med andre mennesker.

Kitwood (2010) legger vekt på betydningen av å se Personen med demens med fokus på opplevelse og håndtering av den enkeltes liv med sykdommen. Hvert enkelt menneskes opplevelse av seg selv og omverdenen er unik og har blitt til på livets reise.

En av de primære oppgavene i demensomsorgen er å opprettholde den personlige identitet på tross av sviktende åndsevner.

Personer med demens har flere grunnleggende behov som er nært sammenvevd, det altomfattende behovet for kjærighet er i sentrum.

I behovet for *kjærighet* ligger håpet om en generøs, tilgivende og betingelsesløs aksept, der sykepleieren helhjertet gir uten noen forventning om belønning.

Behovet for *trøst* vektlegger betydningen av ømhet, nærvær og trygghet i det å være nær en annen. Det handler om å sørge for å gi varme og styrke som kan sette den enkelte i stand til å

holde sammen på helheten, når denne er i fare for å bryte sammen.

Behovet for *tilknytning* vektlegger betydningen av følelsesmessige bånd og relasjoner til viktige andre. Personen med demens befinner seg hele tiden i situasjoner som kan kjennes merkelige/uforståelige og vil derfor trenge støtte og tilknytning til andre som en motvekt til uvissheten.

I behovet for *inkludering* ligger det å være en del av fellesskapet, noe som er av stor betydning for det å overleve. Mennesker er født sosiale, og det kan få fatale følger i form av resignasjon dersom behovet ikke oppfylles.

*Beskjeftigelse* handler om behovet for å være involvert og deltagende i eget liv- på en måte som stimulerer den enkelte og tar i bruk ressurser og krefter hos personen slik at vedkommende får følelsen av å være til nytte og å kunne bruke sine evner på en meningsfull måte. Det handler om ivaretagelse av verdighet og selvbilde hos enkeltindividet.

Behovet for *identitet* handler om å vite hvem man er, både følelsesmessig og kognitivt.

Opplevelsen av sammenheng i tilværelsen, også med fortiden har stor betydning. Det å kunne fortelle om seg selv, hvem man er og hvilket liv man har levd er viktig og gir en form for bekreftelse og anerkjennelse av selvet (ibid.).

## **4.0 Hvordan kan sykepleier ivareta åndelige ytringer hos personer med demens?**

Å drøfte er å diskutere og å ta for seg noe og granske noe fra forskjellige sider (Dalland, 2012).

Jeg vil i det følgende gi en beskrivelse hvordan sykepleieren kan ivareta åndelige ytringer hos personer med demens. Den teoretiske referanserammen vil bli analysert og drøftet opp mot problemstillingen. Videre vil jeg vil benytte Kitwoods filosofi om psykologiske behov hos personer med demens som modell for drøftingen. Ved hjelp av overskrifter etter de ulike psykologiske behovene vil jeg diskutere og forsøke å besvare oppgavens problemstilling. Jeg vil også sette de ulike behovene i sammenheng med Martinsens omsorgsfilosofi, Antonovskys SOC, og egne erfaringer.

### **4.1 Grunnet for forståelse av personen med demens sin situasjon**

For personer med demens i sykehjem er relasjonen til sykepleieren av stor betydning. I mange tilfeller vil det være sykepleieren som er pasientens nærmeste støtte i hverdagen og som gjerne kjenner pasienten best her og nå. Dette stiller krav til at sykepleieren vil og evner til å sette seg inn i pasientenes situasjon og det den enkelte opplever som verdifullt og viktig i livet. Det er viktig at sykepleieren tilegner seg kjennskap til og kunnskap om den enkeltes verdier og kulturelle eller religiøse bakgrunn, og at dette brukes for å tilrettelegge for at hverdagen skal kunne oppleves meningsfull.

Kitwood (2010) beskriver grunnleggende behov hos personer med demens, med det altomfattende behovet for kjærlighet i sentrum. Kjærlighet vil kunne sammenlignes med det Martinsen legger i omsorgsbegrepet, om hvordan menneskene forholder seg til hverandre og viser hverandre godhet og omtanke. Vi er som mennesker gjensidig avhengig av hverandre, og har også en fordring om å ta vare på hverandre og hverandres livsmuligheter. Kjærlighet kan også sammenlignes med Antonovskys SOC. Ved en opplevelse av sammenheng vil mennesket kunne føle livet som meningsfullt, og denne meningsfullheten vil i stor grad innebære at ens behov for kjærlighet er ivaretatt.

## 4.2 Ivaretagelse av den enkeltes behov for identitet

Ødbehr (2012) viser til at det i forhold til personer med demens er sentralt at omsorgen rettes mot å støtte oppunder pasientenes opplevelse av identitet. Det handler om det grunnleggende ved det å være menneske, søken etter og fornemmelse av mening og tilhørighet. I denne sammenheng kommer pasientens troshistorie og øvrige livshistorie inn, som deler av pasientens identitet. Identitet er også sentralt hos Kitwood, i forhold til behovet for å vite og å få bekreftet hvem man er, noe som gir den enkelte anerkjennelse.

Personer med demens av moderat til alvorlig grad har ofte nedsatt evne til å forstå, men evnen til å kjenne tilhørighet og å søke etter mening er gjerne bevart. Sykepleierens evne til å gi pasientene følelse av verdighet og respekt er viktig, noe som er helt essensielt for å oppleve livskvalitet. Den subjektive verdigheten hos personer med demens spiller en viktig rolle, og hvordan man blir møtt av andre har stor betydning for den enkeltes selvfølelse og identitet. Gjennom fokusering på positive identitetsopplevelser gjennom meningsfulle aktiviteter der pasientene kjenner seg igjen vil de kunne hjelpes til opplevelse av mening.

Pasienten vil således hele tiden være i sentrum. Det er viktig å innhente opplysninger om den enkelte, enten i form av samtale med vedkommende eller med viktige andre.

God kommunikasjon er essensielt i åndelig omsorg. Dette innebærer rommelighet og empati, samt at omsorgsgiveren må vise oppriktig interesse for å lære pasienten å kjenne, gjennom holdninger, språk og prioriteringer. Det å lytte til pasientens beretninger om sitt liv innebærer et personlig møte mellom forteller og tilhører. Disse beretningene gir grunnlag for forståelse av hva som er det gode liv for den enkelte. Denne kjennskapen kan også være til hjelp når sykepleieren skal treffe etisk forsvarlige beslutninger i forhold til åndelig omsorg, pleie og medisinsk behandling. Samtidig vil det gi pasienten mulighet til selv å gi uttrykk for viktige aspekter ved opplevelsen av eget liv og av hva som gir livet mening (Stifoss- Hanssen & Kallenberg, 1998).

Det å gi personen med demens rom til å fortelle om sitt liv vil virke styrkende på den enkeltes identitetsfølelse. Å få fortelle om seg selv og sitt liv til andre, er å skape seg selv.

Det å bli sett og å bli bekreftet som en unik person er av stor betydning for personer med demens i hverdagen, og det å møte anerkjennelse for sin historie har mye å si for identitetsfølelsen og for opplevelse av mening. Ved å stille personen med demens spørsmål om hva vedkommende ser på som viktig og ved å være til stede for pasienten i en relasjon der



det også er rom for stillhet, vil sykepleieren kunnevære med å ivareta verdighet hos den enkelte (MacKinlay, 2012).

Det kan trekkes linjer mellom grunnholdningen i et menneskes livssyn og SOC, ved at en sterk opplevelse av sammenheng gjerne har samsvar med en grunnholdning kjennetegnet av tillit og åpenhet. Livssyn og kultur vil i stor grad kunne påvirke opplevelsen av sammenheng og i hvilken grad mennesket realiserer sine drømmer og lever og handler i overenstemmelse med sine verdier.

Ennis Jr. &Kazer (2013) viser til at helhetlig omsorg, som også inkluderer åndelighet, er helt grunnleggende i forhold til eldre mennesker med demens. Ivaretagelsen av de åndelige aspektene er av stor nytte for disse og vil kunne føre til økt funksjonsevne i hverdagen, også i forhold til sosial deltagelse. De er oftest fremdeles i stand til å gi pålitelige opplysninger om hva som er viktige verdier og som gir livet mening.

I følge Wogn Henriksen (2012) ser det ut til at personer med demens, til tross for den svikt sykdommen medfører, fremdeles tar sin eksistens alvorlig. De reflekterer over seg selv og sitt liv og er i stadig søken etter å finne mening i tilværelsen. Det å være i sitt liv, her og nå, viser seg å ha stor betydning. Mange gir uttrykk for å ha det godt. De er fremdeles i stand til å finne glede og mening i hverdagen og har kanskje en større evne til å glede seg over de små tingene. Nærhet til seg selv og andre, takknemmelighet og håpefullhet kan være positive resultater som gir styrke og mestringsfølelse.

Hva så når demenssykdommen forårsaker vansker med å kommunisere verbalt? Hvordan kan personen med demens da kunne gi uttrykk for hva som gir mening? Jeg vil i denne sammenheng komme med et eksempel fra praksis.

*En gammel dame på vel 90 år, tilsynelatende uten språk, sitter en ettermiddag i stua.*

*Plutselig ser jeg hun skriver med fingeren sin på rullatoren, samtidig som hun ser spørrende på meg. Jeg gir henne et ark og en penn. Hun undrer en liten stund før hun igjen begynner å skrive med skjelvende hånd. Om litt henvender hun seg til meg og sier: her-her, samtidig som hun gir meg arket. Jeg ser på det hun har skrevet og leser: Fager Kveldsol smiler. Jeg tar henne i hånden og begynner å synge. Det rare er at hun synger med meg, med lukkede øyne. Hun klemmer meg hardt i hånden og utstråler varme og fred.*

Jeg oppfatter dette som et sterkt uttrykk for noe som virkelig ga den gamle damen et verdifullt og meningsfullt øyeblikk. Det ga henne ro. Det hjalp henne til å sette ord på noe som har hatt

stor betydning for henne i livet, nemlig kulturarven og hennes barnetro. Dette er viktige verdier som fremdeles er der selv om man blir gammel, og har en demenssykdom. Det viser at personer med demens i aller høyeste grad er i stand til å uttrykke hva som gir mening for dem.

Det å gi åndelig omsorg kan være utfordrende for sykepleieren. Åndelige spørsmål er noe som berører alle mennesker. Vi er alle i samme båt. Det er derfor en fordel at sykepleieren arbeider med bevissthet rundt åndelige spørsmål, og tenker gjennom sin egen posisjon i forhold til disse.

Hva gir meg trygghet og frihet, hvilke verdier er høyest for meg og hvordan skaper jeg trygghet i mitt liv?

Ved en slik bevisstgjøring vil sykepleieren lettere kunne identifisere seg med pasientens ytringer, og kjenne seg igjen i kampen med problemer av ulik art hos det hjelpesøkende mennesket (Stifoss-Hanssen & Kallenberg, 1998).

### **4.3 Ivaretagelse av behovet for trøst og støtte**

Det er essensielt at sykepleieren viser respekt for pasientens åndelige ytringer, noe som innebærer å vise respekt for pasientens privatliv og krav om verdighet.

Narayanasamy et al.(2004) viser til at sykepleieren har en viktig oppgave i forhold til å hjelpe pasienten med å fullføre uferdige «oppdrag», å komme i kontakt med viktige andre, å lytte til pasientens tanker og bekymringer, og å være støttende og trøstende på en måte som beroliger pasienten. Det viser seg at åndelig omsorg har positiv effekt for pasientene som gir uttrykk for takknemmelighet, tilfredshet, fred og ro. Sykepleiere gir også uttrykk for gevinst i form av at de føler glede over at andre har det godt og viser glede og tilfredshet.

Det vil være avgjørende at jeg som sykepleier evner til å være til stede i møtet med pasienten, og at jeg viser ekthet i situasjonen. Personen med demens vil utsettes for ulike tap, både av funksjoner og av viktige andre, noe som vil kunne gjøre livet utrygt og truet. Det er derfor helt essensielt at jeg i mitt møte med pasienten viser min ekte tilstedeværelse, og at måten jeg er på bidrar til å gjøre at pasienten kan kjenne seg trygg.

Et overordnet mål i omsorg til personer med demens er å bidra til god livskvalitet og et godt liv. Hva er god livskvalitet for personer med demens? Hvordan den enkelte har det med seg

selv og sine omgivelser, følelse av tilhørighet og mestring i hverdagen vil vel være vesentlig hos de aller fleste. Det handler i stor grad om velvære, trivsel og gode øyeblikk.

Fugelli (2010) snakker om ulike grunnstoffer som er viktig i forhold til opplevelsen av et godt liv. Viktigst er kanskje verdighet; det å se seg selv som et verdig menneske, og å oppleve å bli sett og respektert av andre. Frihet er en annen grunnleggende verdi, i form av det å ha makt og mulighet til å bevege seg mot sine egne mål. Det handler om å ha handlingsrom i eget liv. Sykepleieren vil ha en sentral oppgave i forhold til det å legge til rette for at personen med demens skal ha mulighet til å foreta valg, og å styre sitt eget liv så langt som mulig. Det å være med å bestemme i sitt eget liv vil i høyeste grad være med på å gi personen med demens opplevelsen av å bli sett og å bli behandlet med verdighet.

En utfordring i hverdagen i møtet mellom personen med demens og sykepleieren er balansen mellom autonomi og paternalisme. For stor grad av autonomi kan lede til unnlåtelsessynder, og for høy bruk av paternalisme kan lede til overkjøring og krenkelser. Martinsen mener bruk av svak paternalisme kan forsvares ved at sykepleieren gjør dette for å gagne pasienten mest mulig. Det som avgjør om hjelpen som ytes oppleves som god er tid, måte og holdning handlingen utføres på. Man må ha oppmerksomheten rettet mot personen med demens sin opplevelse av situasjonen eller hverdagen, være lydhør overfor pasienten stemme og gjøre vurderinger utfra den enkeltes perspektiv.

Det handler om å ivareta den andres livsmuligheter. Den etiske fordring synliggjør det ansvar som hviler på sykepleieren i forhold til møtet med og ivaretagelsen av pasienten. Det handler om å ta vare på den andre, som i relasjonen gir noe av seg selv, i form av den tillit vedkommende viser. Tillit som livsytringene er et uttrykk for menneskenes henvisthet til hverandre. I det pasienten utleverer noe av seg selv vil sykepleieren stilles overfor ulike etiske vurderinger i forhold til hvordan pasienten skal møtes på sine ytringer. Det handler om omsorgsmoral; om hvordan sykepleieren er i møtet med pasienten, og på hvilken måte sykepleieren bruker makt.

#### **4.4 Behovet for tilknytning og inkludering- om å høre til**

Relasjoner til andre er spesielt viktig for personer med demens, for deres følelse av samhörighet med andre og for opplevelsen av sammenheng. En demenssykdom setter et

menneske overfor en rekke utfordringer, blant annet i forhold til kommunikasjon og bevaring av relasjoner til andre. Det er helt essensielt at sykepleieren evner til å se personen med demens, høre den enkeltes stemme og å fange opp ulike ønsker og behov. Pasienten må til en hver tid møtes på en måte som ivaretar vedkommendes verdighet.

Fugelli (2010) legger også vekt på betydningen av fellesskapet, og familien. Han snakker om menneskets syv flokker, der den første flokken, familien, fremheves. Det er familien, «de viktige andre», som danner livets grunnmur og som er med på å gi eller ikke gi opplevelse av sammenheng i tilværelsen. De er med på å male den enkeltes selvilde, og de kan gi kjærlighet og omsorg.

Kommunikasjon er grunnleggende i ethvert møte mellom mennesker, og essensielt i sykepleierens møte med personen med demens. Martinsen (2005) viser til Kierkegaards ord om «Hemmeligheten i al Hjælpekunst» som innebærer å finne mennesket der vedkommende er. Det å hjelpe hverandre og å bære eller lette hverandres byrder er allmennmenneskelig. Det går et skille mellom allmennmenneskelig hjelpekunst og profesjonell hjelpekunst. Den profesjonelle hjelperollen kjennetegnes ved det Kierkegaard kaller «Mer-Forstaaelse», noe som innebærer at man ved hjelp av sin fagkompetanse forstår mer enn den andre. Likevel er det hele tiden grunnleggende at sykepleieren forstår det pasienten forstår og mener er av betydning for seg selv og situasjonen. Kierkegaards filosofi, beskrevet av Martinsen, er noe jeg kan støtte meg til i mitt møte med personen med demens. Som sykepleier har jeg både teoretisk- og erfaringsbasert fagkunnskap, og denne kunnskapen gir grunnlag for min forståelse. Men kunnskapen er lite verdt hvis jeg ikke samtidig har pasienten, og det han eller hun opplever gir mening, med i mine betraktninger. En viktig oppgave for meg som sykepleier vil derfor være å bruke min kunnskap, samt min kjennskap til pasienten på en måte som gagnar vedkommende mest mulig.

#### **4.5 Ulike kommunikasjonsteknikker for å ivareta åndelige ytringer**

I forhold til personer med demens stilles sykepleieren overfor oppgaven med å finne gode kommunikasjonsmetoder.

Det er hele tiden viktig å ha fokus rettet mot personen med demens opplevelse av identitet og selvfølelse, som også inkluderer opplevelse av mening og mestring. Validering som kommunikasjonsmetode innebærer bekreftelse av personen med demens sine ytringer, som vil

være med på å styrke den enkeltes mestringsfølelse. Ved å føle seg sett og hørt og at ens ytringer blir respektert, vil personen med demens kunne oppleve trygghet og tillit. Det har i stor grad å gjøre med den enkeltes opplevelse av verdighet.

Ved å invitere til reminisensaktiviteter kan sykepleieren bidra til å gi personen med demens mulighet til å hente frem minner fra tidligere i livet. Pasienten får mulighet til å synliggjøre hvem han eller hun er som person. Åndelig reminisens er en måte å fortelle sin livshistorie på, med hovedvekt på det som gir livet mening. En slik type reminisens vil kunne identifisere følelser hos pasienten, både positive og negative. Ved å jobbe med disse følelsene i eldre år, vil pasienten kunne hjelpes til å se følelsene i en større sammenheng. De vil også kunne nyansere forståelsen og opplevelsen av hva som gir livet mening og hensikt. Åndelig reminisens vil kunne oppmuntre personen med demens til å snakke om temaer som er meningsfulle for dem i et trygt og forutsigbart miljø (MacKinlay & Trevitt, 2010)

Det viser seg å være av stor betydning å kunne dele minner om sitt eget liv med andre, gjerne jevnaldrende (Bondevik, 2006), som gjerne også er i samme situasjon. Slik vil også grupper og sosialt samvær kunne være egnede flora for sykepleieren å drive reminisensaktivitet, der de eldre kan støtte og styrke hverandre i hverdagen.

#### **4.6 Ivaretagelse av behovet for beskjeftigelse med meningsfulle aktiviteter**

Sykepleieren har en sentral rolle i all miljøbehandling, både i forhold til å etablere de gode relasjonene og å skape en kultur i miljøet som bærer preg av støtte og brukermedvirkning der enkeltindividets verdighet settes høyt. Målsetning i forhold til miljøbehandling til personer med demens er å legge forholdene til rette for at pasienten kan bruke sine ressurser optimalt, og at den enkeltes selvstendighet opprettholdes lengst mulig. En hverdag preget av trivsel med glede og gode øyeblikk er essensielt (Rokstad, 2008).

Dette synliggjør betydningen av et terapeutisk miljø som virker styrkende på pasientens identitet og selvfølelse, og som fremmer følelsen av integritet og tilhørighet.

For personer med demens på sykehjem er det viktig at forholdene legges til rette for at opplevelsen av tilværelsen blir best mulig.

Å gjøre sykehjemmet til en meningsfull og rommelig plass å være for personen med demens vil kunne bidra til at den enkelte føler seg hjemme. I det å føle seg hjemme ligger opplevelsen

av trygghet, å kunne være seg selv, å være i meningsfulle relasjoner med andre og å føle tilhørighet (Balteskard, Storli og Martinsen, 2012).

For mange gamle er det å føle seg til nytte svært viktig. Det kan for den tidligere husmoren handle om å få være med å dekke bordet og å servere andre mat. Det handler om å finne det som gir mening for den enkelte.

En opplevelse av sammenheng vil kunne gi mennesket forutsetninger for god helse og trivsel. I forhold til personer med demens vil dette innebære opplevelsen av en en god og meningsfull hverdag.

En sentral oppgave for sykepleieren vil være å legge til rette for at den enkelte skal kunne oppleve sammenheng i livet, der beskjeftigelse, tilhørighet, meningsfullhet, og delaktighet i eget liv er viktige mål. Dette synliggjør hvor viktig ivaretagelse av de ulike psykologiske behovene vil være i forhold til personer med demens, i forhold til å hjelpe dem til et godt og meningsfullt liv her og nå. For å kunne oppleve noe som meningsfullt forutsettes det dessuten at man forstår og ser hensikten med det man skal gjøre, og at man mestrer eller håndterer de ulike situasjonene. Det vil derfor handle om å legge gjøremål og aktiviteter i hverdagen til rette slik at pasienten forstår, og at den enkelte opplever mestring.

Hverdagen i en sykehjemsavdeling er ofte hektisk og preges i stor grad av rutiner og av ivaretagelse av pasientenes fysiske og psykiske behov. Som sykepleier møter man svært ofte dilemmaet mellom effektivitet og produktivitet og pasientenes verdighet og integritet. Skal man handle etter faste rutiner, eller skal man ta seg tid å sette seg ned med den kontaktsøkende pasienten? Sykepleieren kan avfeie pasienten med å si «bare vent litt», eller sette seg ned med pasienten og å prøve å forstå vedkommende sine ytringer, for så å kunne bidra til å skape et meningsfullt øyeblikk.

Det er ønskelig med stor aksept i avdelingen for å bruke tid på pasientene, ikke bare i forhold til hjelp til å komme på do eller å spise, men og i forhold til å ivareta pasientens åndelige ytringer.

I forhold til åndelig omsorg til personer med demens er det å hjelpe den enkelte til å finne mening med tilværelsen, til å føle tilhørighet med seg selv og andre og til å kunne oppleve velvære og gode øyeblikk en helt sentral målsetning.

Balteskard (2012) sier:

I en tid hvor sykdom og oppbrudd fra det kjente og hjemlige er det dominerende, kan meningsfullt samvær hvor tankene er opptatt med annet enn sykdom og plager, bidra til en oppstand mot tiden. Gjennom å samle seg om noe felles hjelpes en til å holde verdifull tid fast, men også reflektere sammen med andre over hendelser i eget liv. Mange gamle tenker mye på fortiden og forsøker å forstå fortidige hendelser i lys av nåtiden. Slik gjenskaper den gamle seg i en fremmed verden. Gode øyeblikk handler om å skape en tone i rommet som gir mening og sammenheng til vår eksistens (Martinsen, 2002) Et rom med toner er et rom som kan gi verdighet og som kan hjelpe pasienten til å finne forfeste og å se sammenhengen han er i. (s 177-178)

## 5.0 Konklusjon

Ivaretagelse av åndelige ytringer hos personer med demens vil i all hovedsak rette fokus mot det som oppleves som meningsfullt av den enkelte. Derfor vil en personsentrert tilnærming til personen med demens være høyst relevant, der fokus er rettet mot ivaretagelse av behovene for identitet, trøst, tilhørighet, inkludering og beskjeftigelse.

Personer med demens i sykehjem befinner seg i stor grad i en ikke selvhjulpen situasjon og er avhengige av andre for å klare seg i hverdagen. De er med andre ord prisgitt at andre tar vare på dem og viser omsorg for dem. Det vil derfor være nær sammenheng mellom Martinsens omsorgsfilosofi og viktige etiske verdier i møtet med personen med demens, og det er viktig for sykepleieren å være bevisst på kjerneverdiene i helhetlig sykepleie.

Ivaretagelse av åndelige ytringer hos personer med demens er nært knyttet til å vise omsorg. Fordringen om å ta vare på den andre, og dennes livsmuligheter står sterkt i sykepleie, noe som innebærer ivaretagelse av mennesket som helhet med alle dets dimensjoner. Det vil kreve at sykepleieren har kjennskap til pasienten, ser denne som et unikt individ, og ser personen bak sykdommen.

I forhold til personer med demens er opplevelsen av sammenheng sentralt, og knyttes i stor grad til det å bevare relasjoner for å føle samhørighet med andre. Ved at sykepleiere har en empatisk og støttende tilnærming til personer med demens vil de kunne bidra til opplevelse av mening og håp til tross for sykdom.

## 5.1 Veien videre

For å rette økt fokus mot pasientens åndelige ytringer vil en mulighet være å ha dette som et område i pasientens pleieplan på lik linje som eksempelvis personlig hygiene, eliminasjon eller ernæring. Slik vil ivaretagelse av åndelige ytringer kunne implementeres som likeverdig med det mer praktiske i arbeidet med pasienten.

Etablering av reminisensgrupper med fokus på åndelige aspekter vil kunne være et annet satsingsområde. Det vil stille krav til organisering av tjenestene, i forhold til prioriteringer og avsetting av tid, til forankring på ledernivå og til utforming av et trygt og rommelig miljø.



Jeg merker at jeg gjennom skriveprosessen har blitt mer bevisst på betydningen av at personer med demens får sine åndelige ytringer ivaretatt. Det preger meg i mitt møte med pasientene i hverdagen og de prioriteringer jeg da gjør.

Det er et ønske at denne oppgaven kan bidra til å gi annet personale forståelse for viktigheten av at pasientene får sine åndelige ytringer ivaretatt og at de blir møtt med verdighet.

*Det handler om å skape de gode øyeblikkene i hverdagen.*

## 6.0 Referanseliste

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*.

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Balteskard, B., Storli, S.L., & Martinsen, K. (2012). Hendene husker ulla's uttrykk. Om betydningen av å gjøre tilværelsen rommelig for pasienter på sykehjem. *Nordisk sykepleieforskning*, 3(2), 167-179.

Bondevik, M. (2000). *De eldste eldre. Erfaringer og refleksjoner*.

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Bondevik, M. (2006). Den eksistensielle dimensjonen. I Bondevik, M. & Nygaard, H. A.(red.) *Tverrfaglig geriatri. En innføring* (2.utg.).

Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Bredland, E. L., Linge, O. A. & Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltagelse. Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid* (3.utg.).

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Butler, R. (1963). The life review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26.65-76.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.).

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Engedal, K. & og Haugen, P. K. (2009). *Lærebok demens. Fakta og utfordringer* (5.utg.).

Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.

Engedal, K. (2008). *Lærebok alderspsykiatri i praksis*(2. utg.).

Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.

Ennis Jr, E. & Kazer, M.W. (2013). The Role of Spiritual Nursing Interventions on Improved Outcomes in Older Adults With Dementia. *Holist Nurs Pract*, 27(2), 106-113.

doi:10.1097/HNP.0b013e318280f7f9

- Feil, N. (1993). *Validering. Hjælp til desorienterede gamle*.  
København: Hans Reitzels Forlag AS
- Fugelli, P. (2010). *Nokpunktet. Essays om helse og verdighet*.  
Oslo: Universitetsforlaget AS
- Fugelli, P. & Ingstad, B. (2001). Helse- slik folk ser det. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 30(121), 3600-4.  
Lokalisert på: <http://tidsskriftet.no/article/463825>
- Heap, K. (2002). *Samtalen i eldreomsorgen-kommunikasjon- minner- kriser- sorg* (3.utg.).  
Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Demensplan 2015. «Den gode dagen»*.  
Oslo: Departementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Demensplan 2015. «Den gode dagen». Revidert handlingsprogram for perioden 2012-2015*.  
Oslo: Departementet.
- Henriksen; J.O. & Vetlesen; A.O. (2006). *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker* (3.utg.).  
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kitwood, T. (2010). *En revurdering af demens-personen kommer i første rekke*.  
København: Munksgaard Danmark.
- Larsen, A.K. (2007). *En enklere metode. Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode*.  
Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- MacKinlay, E.& Trevitt, C. (2010). Living in the aged care: Using spiritual reminiscence to enhance meaning in life for those with dementia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 394-401.doi 10.1111/j.1447-0349.2010.000684.x
- MacKinlay, E. (2012). Resistance, Resilience, and Change: The Person and Dementia. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 24(1-2), 80-92.doi 10.1080/15528030.2012.633048

- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk- filosofiske essays*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnheten og evidensen*. Oslo: Akribe AS
- Narayanansamy, A., Clissett, P., Parumal, L., Thompson, D., Annasayamy, S. & Edge, R. (2004). Responses to the spiritual needs of older people. *Journal of Advanced Nursing*, 48(1), 6-16.
- Norsk Sykepleieforbund(2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Sykepleieforbundet.
- Rokstad, A.M. (2008). Forståelse som grunnlag for samhandling. I A.M. Rokstad & K.L. Smebye (red.), *Personer med demens. Møte og samhandling*. Oslo: Akribe AS
- Rokstad, A.M. (2012). Hva er miljøbehandling? I Rokstad, A.M. (red.). *Bedre hverdag for personer med demens. Utviklingsprogram for miljøbehandling. Demensplan 2015*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Samuelson, A. G. (2005). *Kunsten i samspill. Fra ord til handling*. Oslo: Kommuneforlaget AS
- Stifoss-Hansen, H. & Kallenberg, K. (1998). *Livssyn og helse. Teoretiske og kliniske perspektiver*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS
- Verdighetsgarantiforskriften. (2010).  
*Forskrift om en verdig eldreomsorg(verdighetsgarantien) (2010-11-12)*  
Lokalisert på: <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20101112-1426.html>
- Westlund, P. (2010). *Salutogen design är framtidens äldreboende*. Solna: Fortbildning AB

Wogn- Henriksen, K. (2007). "Det må da gå an å ha det godt selv om man er glemsk!" Miljøbehandling i demensomsorgen. I Eidem Kruger, R. M. (red.) *Det går an. Muligheter i miljøterapi*.

Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Wogn- Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. I Rokstad, A.M. & Smebye, K.L.(red.), *Personer med demens. Møte og samhandling*.

Oslo: Akribe AS.

Wogn- Henriksen, K.( 2012). *Du må skape deg et liv. En kvalitativ studie om å oppleve og leve med demens basert på intervjuer med en gruppe personer med tidlig debuterende Alzheimers sykdom*(Doktorgradsavhandling).

Lokalisert på: <http://ntnu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:561755>

Zingmark, K., Sandman, P.O. & Norberg, A. (2002). Promoting a good life among people with Alzheimer`s disease. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 50-58.

Ødbehr, L. S., Kvigne, K., Danbolt, L. & Hauge, S. (2012). Åndelig omsorg til personer med demens I sykehjem-forskningsstatus og aktuelle ut

Vedlegg 1

## Vedlegg 1

<b>P</b> (population- hvem)	<b>I</b> (intervention- hva?)	<b>C</b> (comparison- alternativer)	<b>O</b> ( outcome- resultat/effekt)
<b>dementia</b>	<b>Spiritual care/spiritual therapies</b>		<b>Quality of life/health</b>