



Hvordan kan sykepleier ved bruk av reminisens forebygge utfordrende atferd hos personer med demens?

HØYSKOLEN DIAKONOVA

Bachelor i Sykepleie

Modul 11: Bacheloroppgave

Kandidatnummer: 134

Antall ord: 10256

Dato: 8. Mars 2017

Tillater du at artikkelen blir publisert i Brage?

<http://www.diaconova.no/ny-forside/hoyskolen/for-studenter/skjemaer>

JA, jeg tillater (sett kryss)

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	1
1.1. BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2. PROBLEMSTILLING	1
1.3. OPPGAVENS HENSİKT OG SYKEPLEIERFAGLIGE RELEVANS	2
1.4. OPPGAVENS AVGRENSINGER	2
1.5. BEGREPSAVKLARINGER	3
2. METODE	4
2.1. BESKRIVELSE AV METODE	4
2.2. BØKER, LITTERATUR OG DATABASER	4
2.3. KILDEKRITIKK	6
3. TEORI	8
3.1. HVA ER DEMENS?	8
3.1.1. KOGNITIVE SYMPTOMER	9
3.1.2. ATFERDSMESSIGE OG PSYKISKE SYMPTOMER	9
3.2. REMINISENS SOM METODE	10
3.2.1 KOMMUNIKASJON I MØTE MED PERSONER MED DEMENS	12
3.3. PERSONSENTRETT OMSORG	13
3.4. SYKEPLEIERENS ANSVAR OG UTFORDRINGER	15
3.5. OVERORDNET LEDERANSVAR	15
3.6. LOVER	16
3.6.1. YRKESETISKE RETNINGSLINJER FOR SYKEPLEIERE	17
3.6.2. ETISK BEVISSTHET	17
3.7. JOYCE TRAVELBEE'S SYKEPLEIETEORI	18
3.7.1. RELASJON OG KUNNSKAP	18
3.7.2. KOMMUNIKASJON	19
3.7.3. MENNESKE-TIL-MENNESKE-FORHOLD	19
3.8. PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER	20
4. DRØFTING	24
4.1. REMINISENS I RELASJONSARBEID	24
4.2. SYKEPLEIERENS UTFORDRINGER OG MILJØET PÅ AVDELINGEN	27
5. KONKLUSJON	29
6. LITTERATURLISTE	30

Kommunikasjon

Den største gaven
jeg kan tenke meg å få
fra mennesker
er
at de ser meg
hører meg
forstår meg
og tar på meg.

Den største gaven jeg kan gi
er
at jeg ser, hører, forstår
og tar på
et annet menneske.

Når dette har skjedd
føler jeg
vi har skapt kontakt.

(Virginia Satir, 2011)

1. Innledning

I Norge i 2004 var det omkring 65.000 mennesker som levde med demenssykdom og forekomsten er stigende med økende alder. Av de som bor på sykehjem er det 70-80 % som har demens (Berentsen, 2013). Andelen eldre mennesker øker drastisk. I 1950 var 8 % av befolkningen i Norge over 67 år. I 1990 hadde andelen eldre økt til 14%. Etter dette har prosenten vært stabilt eller lett synkende, før det mellom 2010 og 2050 er anslått at det vil komme en ny stor eldrebølge i Norge på rundt 25% av befolkningen (Romøren, 2010). Et kjent ordtak hevder at for å identifisere om et samfunn er godt og velfungerende, så kan man se på hvordan de behandler sine gamle. Vi ser ved statistikk at eldre er den raskest voksende gruppen vi har i helsevesenet i dag (Eide & Eide, 2014).

1.1. Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt å skrive om hvordan sykepleier kan bruke reminisens som kommunikasjonsform med demente på sykehjem, for å forebygge utfordrende atferd. Da jeg var i fokusbasert praksis på en skjermet avdeling med demente la jeg merke til flere pasienter som var urolige i form av vandring, forvirring, tristhet, sinne, bruk av vold og resten av følelsesspekteret vi mennesker har. Jeg observerte at så fort én pasient var urolig, så tok det ikke lang tid før det smittet over på de andre, og på det tidspunktet var det vanskelig å hente dem inn igjen, fordi det hadde eskalert. Det fikk meg til å tenke på hva roten i denne onde sirkelen var. Var det at personalet ikke hadde nok kunnskap om hvordan man kommuniserer med denne pasientgruppen? Eller hadde de kunnskapen, men strakk ikke til på grunn av gjøremål, overordnede krav og lite strukturering av dagen? Dette har i ettertid engasjert meg og fanget min interesse. Jeg har vært på et av spesialpsykolog Lise Næss sine kurs hvor temaet var ”takling av vanskelig atferd”, og det var etter dette kurset jeg ble inspirert til å skrive om reminisens som kommunikasjonsform.

1.2. Problemstilling

Hvordan kan sykepleier ved bruk av reminisens forebygge utfordrende atferd hos personer med demens?

1.3. Oppgavens hensikt og sykepleierfaglige relevans

Hensikten med oppgaven er å belyse hvilken funksjon sykepleier har i det forebyggende arbeidet ved bruk av reminisens, men også hvilken effekt det har på pasientene. Jeg ønsker å undersøke om det gir en form for trygghet og ro, før de eventuelt får en utfordrende atferd som eskalerer. Ønsket er også å øke egne kunnskaper, da jeg har lyst til å jobbe med personer med demens når jeg er ferdig utdannet sykepleier. Jeg synes det er veldig interessant å undersøke hva slags effekt miljøtiltak kan ha, bare man setter seg inn i pasientgruppen og deres behov for sykepleie.

Miljøbehandling eller miljøterapi brukes synonymt og det defineres som en slags behandling hvor tiltak brukes bevisst og det legges vekt på som en terapeutisk prosess som utføres i det miljøet pasienten er i ved bruk av ens ressurser (Rokstad, 2008).

1.4. Oppgavens avgrensinger

I denne oppgaven har jeg valgt å avgrense innholdet til pasienter på skjermet avdeling på sykehjem, med en gruppe på 8 pasienter. Jeg tar utgangspunktet i generell aldersdemens, slik begrepet brukes i Norge. Aldersdemens inkluderer Alzheimers sykdom, demens med Lewylegemer og vaskulært betinget demens (Engedal & Haugen, 2009). Jeg kommer til å ta utgangspunkt i generell aldersdemens, da min erfaring fra praksis er at man kan møte på folk i forskjellige stadier av sykdomsutviklingen. Jeg kommer kun til å nevne pårørende som en ressurs i innhenting av informasjon om bakgrunn og tidligere interesser for pasienten. Oppgaven omfatter både kvinner og menn i alderen 65 år og oppover. På grunn av oppgavens omfang skriver jeg ikke om kartlegging, utredning og diagnostikk. Hovedfokuset er rettet mot hvordan sykepleiere kan bruke reminisens for å forebygge og unngå uro på avdelingen og hvilke faktorer som kan gjøre det utfordrende å få til. Fordi reminisens er et miljøtiltak, er det ikke naturlig for meg å ha med medikamentell behandling.

1.5. Begrepsavklaringer

Demens: Rammer flest eldre og kjennetegnes ved at den mentale kapasitet er svekket, og det utvikles en kognitiv svikt som ikke kan kureres og forverres med tiden (Berentsen, 2013).

Utfordrende atferd: Det brukes som et samlebegrep for atferdsmessige og psykologiske symptomer slik som vrangforestillinger, utagering, spyting, slåing, vandring, roping, gjentatte spørsmål m.m. (Kirkevold, 2009).

Forebygge: Tiltak som settes i verk for å fremme god helse og som forebygger sykdom og skader (Ranhoff, 2013).

Reminisens: Er et type minnearbeid hvor man jobber med å gjenkalle og formidle minner eller erindringer fra fortiden (Solheim, 2015).

2. Metode

I dette kapittelet beskriver jeg hvilken metode jeg har brukt og hvordan jeg har samlet data og innhentet kunnskap.

En metode forteller oss noe om hvordan en bør gå frem for å finne kunnskap, og hvordan det blir brukt som et verktøy for å innhente data man har brukt for i det man ønsker å undersøke eller få svar på. Det er viktig å bruke en metode som setter lys på det man ønsker å undersøke eller få svar på (Dalland, 2013).

2.1. Beskrivelse av metode

I denne oppgaven har jeg anvendt litteraturstudie som metode. En litterær oppgave bygger først og fremst på skriftlige kilder (Dalland, 2013) og er basert på kunnskaper som andre allerede har samlet sammen og kommet frem til. Det vil derfor ikke fremtre ny kunnskap i denne oppgaven, men ved å sammenligne, og sette flere artikler og annen litteratur opp mot hverandre, kan man komme frem til en ny forståelse av temaet (Støren, 2013).

Innenfor metode er det to retninger som sier noe om hvordan man vil gå frem. Det er kvalitative og kvantitative metoder. Med kvalitative metoder sikter man etter menneskers meninger, holdninger og opplevelser av noe, hvor man ønsker å formidle en forståelse innenfor et felt. Kvalitative metoder har høy relevans i sykepleierfaget, hvor målet er å videreutvikle kunnskaper innenfor et fagområde hvor det er lite kunnskap fra før. Ved kvantitative metoder ønsker man å tallfeste og måle noe. Undersøkelsen foregår gjerne i form av intervju hvor svaralternativene er forhåndsbestemte og resultater ser man i form av tabeller og grafer. Den største forskjellen på disse to er fremgangsmåten for å samle data (Dalland, 2013).

2.2. Bøker, litteratur og databaser

Videre vil jeg i dette kapittelet beskrive hvordan jeg har funnet litteraturen jeg har valgt å ta med i oppgaven. Jeg kommer med begrunnelser for hvorfor akkurat denne litteraturen er tatt med i forhold til problemstilling og til slutt går jeg gjennom kildene mine med et kritisk blikk.

Jeg startet jakten på litteratur i pensumlista, og for å få et bredere spekter av data utover dette, fant jeg på skolens bibliotek bøker som belyser temaet fra forskjellige sider.

Jeg har i denne oppgaven søkt etter forskningsartikler i forskjellige databaser gjennom helsebiblioteket sin nettside. Jeg har søkt i databaser slik som Svemed+, Cinahl, Pubmed og Sykepleien. For å få inspirasjon har jeg sett på andre bacheloroppgaver som er lagt ut på Brage, gjennom skolen sin nettside. Jeg har fått hjelp av skolens bibliotekar til å søke etter forskningsartikler gjennom forskjellige databaser.

Først søkte jeg på sykepleien sin nettside med søkeordene: *urolige personer* og *demens*. Jeg fikk 19 treff hvor det var artikkelen til Thorvik, Helleberg og Hauge (2014) som fanget min interesse. Den gjengir flere forebyggende tiltak sykepleier kan gjøre for å forebygge uro hos personer med demens.

Jeg søkte videre i Svemed+, hvor jeg brukte ordene: *nursing homes* som ga 1980 treff og *dementia* hvor jeg fikk 1756 treff. En kombinasjon av de to ordene ga 299 treff. Jeg begrenset videre med peer reviewed tidsskrifter på norsk, hvor jeg fikk 48 treff. Etter å ha lest resultat på de overskriftene som fanget min interesse endte jeg opp med to artikler. Dette var artiklene til Rognstad og Nåden (2011) og Drageset, Normann og Elstad (2013). De to skildrer helsepersonell sin side av opplevelsen ved uro og viktigheten av å reflektere over gamle minner. Begge omhandler personer med demens som bor på sykehjem.

Pubmed sin side ble også brukt til å søke på relevante forskningsartikler. Jeg søkte med ordene: *dementia* AND *nursing homes* AND *milieu treatment*. Her fikk jeg 13 antall treff og valgte å begrense med at artiklene skulle være maks 10 år gamle. Da fikk jeg tre treff, hvor jeg fant artikkelen til Røsvik, Kirkevold, Engedal, Brooker og Kirkevold (2011) som sier noe om sykepleierens rolle i personorientert omsorg.

På dette tidspunktet hadde jeg kommet langt i søkeprosessen, men jeg ønsket å spisse søket inn på reminisens, da dette er en stor del av min oppgave. Jeg søkte på Cinahl med en

kombinasjon av søkeordene: *reminiscence therapy* AND *dementia*. Ved neste mulighet huket jeg av for *reminesence therapy* igjen som ga 263 treff. Jeg ønsket å begrense ytterligere så jeg huket av for at resultatet ikke skulle være eldre enn siden 2007, ord i overskriften skulle inneholde *reminiscence therapy* og *dementia* og alder *65+ years*. Jeg fikk et resultat på 29 artikler hvor jeg fant en artikkel som gikk direkte på det jeg hadde søkt og lett etter. Artikkelen av Cooney, Hunter, Murphy, Casey, Devane, Smyth, Dempsey, Murphy, Jordan og O'Shea (2014) omhandler bruken av reminisens som terapi med personer som har demens og bor på sykehjem. Den andre av Huang, Chen, Chen, Hu, Liu, Kuo og Chiu (2015).

2.3. Kildekritikk

Kildekritikk gir en mulighet til å vurdere om de kildene en har brukt er relevante og gyldige. De kildene man har samlet og brukt i oppgaven skal ses på med et kritisk blikk, men også vise leseren kriteriene for hvorfor en velger slik en gjør (Dalland, 2013).

Det er flere av bøkene jeg har brukt som har vært av stor betydning for hvordan oppgaven har blitt utformet. Det er blant annet Rokstad og Smebye (2008), Travelbee (1999), Skovdahl og Berentsen (2013). Det er fra disse bøkene store deler av teoridelen er bygget på, da de belyser flere sider av de bakenforliggende utfordringene som følger med sykepleieryrket. Dette er ikke nye bøker, men jeg synes de får frem viktig litteratur og er like dagsaktuell. Travelbee (1999) sin sykepleierteori er som nevnt ikke ny men jeg ønsker å trekke boken frem ikke bare fordi den fremdeles er aktuell men fordi den presenterer en sykepleieteori som fungerer som et grunnleggende fundament for hele oppgaven. Boken er dessuten en primærkilde, som minsker sjansen til å feiltolke informasjonen som er skrevet. De fleste av bøkene som er brukt er mindre enn 5 år gamle, mens noen er nærmere 10 år. Alle bøkene er anerkjente og belyser temaene ut fra et sykepleierfaglig ståsted, noe som er viktig i denne oppgaven.

Av internettildene jeg har brukt er alle lover hentet fra lovdata, retningslinjer er hentet fra Norsk Sykepleierforbund (2011) og Demensplan 2020 (2015) er hentet fra regjeringen sin internettside.

Forskningsartiklene jeg har tatt med er gitt ut de siste par årene med unntak av to som er 6 år gamle. Jeg ser på alle artiklene som nødvendige for å kunne svare på problemstillingen til oppgaven. Noen har jeg brukt mer, andre mindre. Artiklene fokuserer på forskjellige temaer, men vinklingen av det de kommer frem til er stort sett likt. Jeg opplevde det som utfordrende

å finne artikler som direkte gikk på det jeg ønsket å undersøke, så jeg har valgt å bruke de fleste av artiklene til å belyse forskjellige temaer som berører og ligger til grunn for å utføre reminisens.

Artiklene til Thorvik m.fl. (2014), Drageset m.fl. (2013), Røsvik m.fl. (2011) og Rognstad og Nåden (2011) var alle fire utført på sykehjem i Norge. Cooney m.fl. (2014) utførte studien i Irland og Huang m.fl. (2015) i Taiwan. Jeg så for meg at forskningen burde være innenfor Norden, med tanke på relevans i forhold til et norsk samfunn, men innså etter hvert at relevant forskning kan foregå i andre verdensdeler. Jeg har vurdert skjevheter i forhold til helsevesenet i Taiwan kontra Norge. De to sistnevnte artiklene var de to eneste som direkte i overskriften og teksten omhandlet det jeg ønsket å undersøke. Jeg ser derfor på de to sistnevnte artiklene som relevante fordi de to artiklene var med å belyse reminisensdelen av oppgaven.

Jeg har noen artikler som er skrevet på engelsk, som gjør at det kan oppstå feiltolkning av innholdet. Jeg har oversatt og tolket dem etter beste evne. Alle artiklene er kvalitative som tilsier at utvalget ikke har vært stort. På den andre siden går forskningen mer i dybden og vil ha menneskers erfaringer eller mening om noe. Man bør vurdere om resultatet er generaliserbart eller ikke (Dalland, 2012).

3. Teori

3.1. Hva er demens?

Aldersdemens er en ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Det som kjennetegner sykdommen er svekket mental kapasitet som fører til en svikt i psykologiske prosesser blant annet slik som hukommelse, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten medfører endret atferd hvor evnen til å gjøre dagliglivets aktiviteter svikter litt etter litt over tid. Sykdommen kan ikke reverseres og er kronisk (Engedal & Haugen, 2009).

Demens er en samlebetegnelse for flere sykdommer, slik som Alzheimers sykdom, demens med Leweylegemer og vaskulært betinget demens (Engedal & Haugen, 2009). Det som kjennetegner en person som har demens er at de har betydelig nedsatt hukommelse og tankeevne enn tidligere. Atferden er også endret (Rokstad, 2008).

Hvordan sykdommen utvikler seg er helt individuelt fra person til person. For noen utvikler det seg raskt, men hos andre tar det over 20 år. Uavhengig av hvor lang tid det tar for sykdommen å utvikles, kan man dele demens inn i disse fasene: mild, moderat og alvorlig grad av demens (Rokstad, 2008).

Ved mild grad av demens merker personen selv og andre rundt at dagligdagse gjøremål som personen er vant med å gjøre, glemmes. Slik som avtaler, husker ikke hvilken dag og dato det er. Ofte kan ord være vanskelige å komme på og setningene har liten flyt (Berentsen, 2013). Ved moderat grad av demens er evnen til å huske og løse problemer dårlig. Man ser ikke konsekvenser av valg man tar, og dagligdagse gjøremål slik som påkledning, lage mat og klesvask begynner å bli for vanskelig. Kommunikasjonsvansker oppstår, det blir vanskeligere å huske hvor man er og kan ofte gå seg bort. Grep på tilværelsen mistes i økende grad. Ved alvorlig grad av demens husker personen kun bruddstykker fra tidligere i livet. Det blir vanskeligere å kjenne igjen familien og de nærmeste. Tid, sted og situasjon blir vanskelig og kommunikasjon med andre blir veldig utfordrende da ordene er begrenset i dette stadiet. Dette kan gi en følelse av en kaotisk tilværelse. Personen er nå avhengig av hjelp til ivaretagelse av alle behov (Berentsen, 2013).

3.1.1. Kognitive symptomer

Med demens følger en gradvis kognitiv svikt. Det vil si at oppmerksomheten blir svekket og man mister evnen til å ha fokus og oppmerksomhet på noe over tid. Det kan bli utfordrende å for eksempel lese bok, følge med på TV-en eller holde en samtale. Hos personer med demens ser man at både det å ha fokuset på noe over tid, samt å ha flere arbeidsoppgaver på en gang, ikke er noen heldig ting, da dette er redusert (Rokstad, 2008).

Utfordringer med å huske er det karakteristiske hos en person med begynnende demens. Det er gjerne det første personen selv og andre rundt legger merke til. Forutsetningen for å kunne lære noe er hukommelse og evnen til å kunne hente fram det man har sitter inne med av kunnskaper, samt tilvenning av nye stimuli. Dette er noe personer med demens sliter med, da hukommelsen begynner å svikte (Rokstad, 2008). Ved svekket korttidshukommelse kan personen glemme det som skjedde eller ble sagt for mindre enn 20 sekunder siden. Dette er noe som reduseres etter vært som alvorlighetsgraden av sykdommen utvikler seg. Ved alvorlig demens vil korttidsminnet som regel være helt borte. Langtidshukommelsen er redusert allerede i en tidlig fase og vil med tiden bli mer og mer svekket (Berentsen, 2013). Etter hvert som demenssykdommen utvikler seg, så kan man få språkvansker. Dette kommer av skade i venstre hjernehalvdel hvor språksenteret ligger. Logikk, språkoppfattelse og kommunikasjon er utsatt i dette området (Berentsen, 2013). Symptomene kan være svingene, da man kan se at personer med demens kan være klare i kortere perioder og på noen spesielle områder (Drageset m.fl., 2013).

3.1.2. Atferdsmessige og psykiske symptomer

Det er veldig vanlig at personer med demens i løpet av sykdomsforløpet får svingninger i humøret, blir lett irritert, blir apatisk og plages av uro og forvirring. Hos noen er det mer uttalt enn hos andre (Berentsen, 2013). Det viser seg at 10-70 prosent får vrangforestillinger og fra 5 til 80 prosent opplever et depressivt stemningsleie (Engedal & Haugen, 2009). Angst og depresjon er vanlig ved demens. De kan få en følelse av tristhet, hjelpeløshet og en indre uro. Mange som har demenssykdom mangler oversikt over egen situasjon, og kjenner seg ikke igjen på sykehjemmet. Dette kan gi en angstfølelse hvor man er redd for å bli forlatt, (Berentsen, 2013) og pasienten er redd fordi den ikke forstår hva som skjer og da kan

aggressivitet oppstå. Vrangforestillinger, feiltolkninger og hallusinasjoner er normalt at forekommer hos personer med demens (Rokstad, 2008). Det er ikke all atferd som er lett å forstå. Roping er blant de. Noen personer roper ”hallo”, ”hjelp meg” eller skriker uten pause. Dette er som sagt ikke lett å vite hvordan man skal håndtere, og personen selv er ofte ikke klar over atferden. Det kan hende ropingen er en måte de kommuniserer på eller om det blir til en slags selvstimulering (Engedal & Haugen, 2013).

3.2. Reminisens som metode

Reminisens er en metode som er mye brukt i eldreomsorgen, samt i arbeidet med personer med demens. Reminisens vil si å arbeide med gjenkalling og formidling av minner, og kommer fra det latinske ordet, ”reminisci”, å huske (Eide & Eide, 2014).

Reminisens brukes til å støtte mennesker med demens som har lite språk som følge av kognitiv svikt. Det brukes som et hjelpemiddel for å tenke eller snakke om opplevelser eller andre ting som er betydningsfulle for den personen eller gruppen mennesker (Cooney m.fl., 2014). Man kan bruke reminisens i gruppesamtaler som på forhånd er bestemt og strukturert til faste tider og dager, eller i tilfeldige samtaler med pasientene når situasjonen byr seg og det virker hensiktsmessig. Hensikten er å hente frem personlige og meningsfulle minner av hendelser fra tidligere i livet (Wogn-Henriksen, 2008) som kan gi en bekreftelse på hvem de har vært og hvem de fremdeles er i dag (Drageset m.fl., 2013). Det å snakke om tidligere erfaringer og opplevelser er viktig for den mentale helsen (Solheim, 2015), styrker selvfølelsen, gir bedre humør og ikke minst er det sosialt (Berentsen, 2013). Slike gruppe- eller individuelle samtaler er en fin måte å aktivisere pasienten på, da man ser at mange eldre er understimulerte i form av uro og utfordrende atferd (Rokstad, 2008).

Rammene rundt dette er viktige for å få det til å fungere. Det bør planlegges og tilpasses etter individuelle behov, interesser og dagsform. Man må sørge for at nødvendig utstyr er gjort klart og er tilgjengelig. Personer med demens kan lett bli distraherete, så man kan ikke bli forstyrret av unødige lyder og bevegelser (Rokstad, 2008). Det bør legges vekt på minner som gir glede og vekker stort engasjement slik som konfirmasjon, første jobb, ferieturer, giftemål og andre store begivenheter som sitter dypt i minnet (Bjørbo & Kirkevold, 2014). Den siste faktoren for å få til disse samtalene er personalets motivasjon og tro på at det vil fungere og at

det har positiv innvirkning på pasienten (Rokstad, 2008). Det viser seg at de som på forhånd er positive til reminisensarbeid, og har en tro på at det kan hjelpe pasientene til å forebygge atferd som er utfordrende, har større sannsynlighet for å gjennomføre dette arbeidet til tross for at det krever mye engasjement, enn de som på forhånd er skeptiske til det (Cooney m.fl., 2014).

Dette er en metode som fokuserer først og fremst på gode minner. Det er ikke anbefalt å finne fram vonde og traumatiske minner da det kreves en viss intakt kognitiv funksjon å kunne håndtere disse følelsene i ettertid. Det er viktig at sykepleieren kjenner personen og dens livshistorie slik at man vet hvilke temaer som ikke bør berøres for å unngå å sette pasienten i en situasjon hvor man ikke klarer å håndtere de minnene som kommer frem (Solheim, 2015). I følge Huang m.fl. (2015) kan bruken av reminisens og gjenkalling av gamle kjente minner har positiv effekt på eldre med demens. Det å ha faste grupper til faste tider gir kontinuitet til pasientene. En slik gruppe kan få frem minner av gode opplevelser og gi en følelse av mestring til den eldre. Disse minnene som kommer frem er noe de kjenner til og gir dem en mulighet til å delta i reminisensarbeidet og tar fokuset bort fra alt det de føler at de ikke får til ellers i hverdagen. Det kommer også frem at langtidseffekten av reminisens ikke kan bekreftes. Huang m.fl. (2015) mener at det enten er fordi studien er gjort på for få mennesker, eller på grunn av den progredierende kognitive svikten som følger demenssykdommen. Siden sykdommen blir verre med tiden, så kan det være vanskelig å se positiv effekt av reminisensarbeidet.

Cooney m.fl. (2014) presenterer en studie hvor sykepleieren opplevde å bli kjent med personen gjennom minnene og historiene som ble fortalt. Det å kjenne pasienten øker ønsket om å utøve empati i situasjoner utenom disse gruppene og fører til en bedre forståelse av hvorfor pasienten har den atferden den har. At sykepleier virkelig kjenner pasienten har mye å si for hvor langt en ønsker å gå for å imøtekomme denne atferden og hvordan å håndtere den. Det viser seg at en imøtekommende tilnærming av å håndtere en type atferd kan gi et roligere miljø, som igjen har en positiv effekt for pasientene og personalet. I den samme studien som nevnt over, fortalte personalet som var med i studien at pasientene som hadde deltatt på reminisensgrupper i ettertid henvendte seg til dem på en annen og mer positiv måte enn før. Om dette var på grunn av effekt av reminisensarbeidet, eller om det var fordi personalet tok seg mer tid til å lytte og snakke med dem, kommer frem som usikkert i studien.

3.2.1 Kommunikasjon i møte med personer med demens

Kommunikasjon brukes til utveksling av informasjon mellom personer, men kan også være en komplisert prosess hvor man stadig påvirker hverandre både på positivt og negativt. Vi skiller mellom verbal kommunikasjon, hvor man bruker ord, og nonverbal kommunikasjon, hvor blant annet kroppsspråk står sentralt (Solheim, 2015).

Kommunikasjon er en grunn dimensjon i alt man møter i helsetjenesten. Som sykepleier møter man på mange forskjellige mennesker med ulike behov og utgangspunkt. Behovet for å kommunisere med andre er viktig for oss mennesker, og det er det for en som har demens også. Alle mennesker har et behov for å bli sett og hørt, og ikke minst forstått. Vi har et behov for å bli møtt som den vi er. Det er derfor viktig som sykepleier å være åpen for å bruke flere forskjellige tiltak for å finne en type kommunikasjon som gir en gjensidig forståelse mellom sykepleier og pasient (Wogn-Henriksen, 2008).

Flere mister etter hvert evnen til å kommunisere språklig. Som sykepleier krever det at man har empati, altså at man kan sette seg inn i situasjonen til pasienten. Det er også viktig å kunne være kreativ og åpen for å stadig finne nye løsninger på hvordan å kommunisere med pasienten. Det er viktig å vise interesse ved å lytte, tolke og prøve å forstå hva den andre ønsker å formidle for å unngå misforståelser (Eide & Eide, 2014).

Misforståelser kan oppstå, og da er det viktig å være konkret og klar i det man vil si. De fleste forstår ikke ironi og sarkasme. Ved misforståelser kan pasienten føle at den mister kontrollen på det å bli forstått, som komme til uttrykk ved utfordrende atferd slik som å bli urolig, sparke, slå eller rope (Berentsen, 2013).

Mange demente får afasi, som vil si språkforstyrrelser. Det finnes fire typer afasi som går på forskjellige grader. Det starter med å ikke finne de riktige ordene og som etter hvert går over i manglende evne til å prate, nedsatt språkforståelse og store vanskeligheter for å forstå andre og gjøre seg forstått (Rokstad, 2008). På grunn av den progredierende kognitive svikten har personer med demens utfordringer med å forstå innholdet i det andre sier, mens det kan oppleves lettere å tolke andres kroppsspråk og mimikk. Det er derfor viktig at sykepleiere kommuniserer på en tydelig måte som ikke kan misforstås, med et kroppsspråk som forsterker det ordene vi bruker for å formidle et budskap (Berentsen, 2013).

Sykepleier setter av tid og har en ro hvor hun kan finne en sammenheng og mening i det pasienten sier. Tidligere studier viser at fagpersoner som har tatt seg tid til å lete etter mening i det som blir sagt, ikke er tilfeldig og meningsløst. Skal man få det til krever det at man kjenner pasienten godt og deres livshistorie, ha fokus på det som fungerer og bruk av pasientens ressurser (Wogn-Henriksen, 2008).

Sammen med verbal kommunikasjon bruker vi også nonverbal kommunikasjon. Det sistnevnte er det språket kroppen vår bruker for å formidle et budskap i kommunikasjonen med andre. Det kan være alt fra holdning, tonefall, mimikk, berøring, blikk og mye mer. Den nonverbale kommunikasjonen bekrefter den verbale kommunikasjonen og sier noe om våre holdninger, hvorvidt man er interessert i nærhet eller avstand til personen eller situasjonen man er i der og da (Solheim, 2015).

Pasientens nonverbale språk er noe sykepleieren tolker hver dag i sin jobb, og hvordan vi responderer på dette har mye å si for videre kommunikasjon med den enkelte pasient. Nonverbal kommunikasjon ses på som en grunnleggende ferdighet som sykepleieren bruker i sitt daglige arbeid med personer med demens. Det viser seg at denne gruppen med mennesker responderer mer på det nonverbale språket, da den demente har en gradvis kognitiv svikt hvor kroppsspråket er lettere å tolke enn det som blir sagt med ord. Hensikten med dette er ikke bare å forstå den andre, men å styrke, bekrefte og motivere. Dette legger grunnlaget for tillit og trygghet slik at pasienten har et ønske om å åpne seg. Man kan velge å interessere seg i samtalen ved å lene seg frem mot personen som snakker, og bekrefte det som blir sagt med ”mm”, ha øyekontakt, smile eller gjenta nøkkelord som blir sagt. På den andre siden kan man være avvisende ved å vise med kroppsspråket via tung pusting og himling med øynene at man har dårlig tid og skulle helst vært et annet sted. Det er også viktig å lytte aktivt og tolke den nonverbale kommunikasjonen som kommer til uttrykk i en samtale for å kunne oppfatte hva som faktisk blir sagt (Eide & Eide, 2014).

3.3. Personsentrert omsorg

I enkelte miljøer blir personsentrert omsorg sett på som en metode i arbeidet med demente personer med minnearbeid i fokus, mens i andre sammenhenger ses det på som en måte å

tilnærme seg pasienter i kommunikasjonen (Rokstad, 2014). I denne oppgaven brukes personsentrert omsorg med en blanding av begge alternativer over, men som et grunnlag for å kunne imøtekomme pasientene på en hensiktsmessig måte som kommer pasienten til gode.

Det dukker stadig opp i situasjoner knyttet opp mot pasienter i helse- og omsorgstjenesten. Begrepet person tatt fra ”pasientsentrert omsorg”, vil i dette tilfellet si en sammenheng med vår verdi som menneske som blir bekreftet. Omsorg ses på som en grunnleggende kvalitet vi mennesker har og kjennetegnes som en følsomhet ovenfor andre, hvor man ønsker å gjøre andre mennesker godt (Rokstad, 2014).

Personsentrert omsorg handler om å sette personens behov i sentrum. Det vil si å se hele mennesket, hvor fokuset ligger på hvordan den enkelte personen opplever sin sykdom og hvordan man mestrer det i sin hverdag (Rokstad, 2008). Pasienten er et unikt individ med en egen historie hvor man setter fokuset på den personens perspektiv (Drageset m.fl., 2013). I demensutviklingen betyr det en kombinasjon av kampen mellom det å ville bevare seg selv og med frykten for å miste identiteten sin. Å bevare sin identitet vil si at man ser seg selv som en del av et liv hvor fortid, nåtid og fremtid bevares. Altså en følelse av kontinuitet som gir sammenheng (Solheim, 2015). Det er usikkert hvor mye av bevisstheten rundt egen identitet som bevares hos personer med demens, men mye tyder på at dette avhenger av at miljøet er tilrettelagt for det (Rokstad, 2008). Det er viktig sykepleieroppgave å møte pasienten der den er til tross for sviktende kognitive funksjoner, ved å opprettholde den personlige identiteten (Rokstad, 2008). Det er også viktig for personen at deres livshistorie ikke blir glemt, ved hjelp av omsorgspersonene som kjenner og bryr seg om personen. For å opprettholde en person med demens sin identitet og selvilde sammen med tilrettelegging for bruk av ens ressurser, krever det at personalet viser interesse, tør å være nær, har kunnskaper om sykdommen og har et ønske om å ville forstå hvem personen er (Solheim, 2015).

Alle mennesker har et grunnleggende behov for å bli sett og hørt, og ikke minst bli anerkjent som et unikt menneske. Det å bli anerkjent for den personen en er bak sykdommen, vil for en sykepleier si å legge bort typiske stereotype oppfatninger man ofte får når man møter noe som er annerledes eller fremmed (Rokstad, 2014).

3.4. Sykepleierens ansvar og utfordringer

Å jobbe i demensomsorgen krever at sykepleieren blant annet er fleksibel, klar for utfordringer, har god kunnskap om sykdommer og kjennskap til pasienten. Det vil si at man alltid er klar og beredt om det skulle oppstå en uforutsett situasjon eller om rutiner ikke går som planlagt. Det krever at man kjenner til hva som er typisk for den aktuelle pasientgruppen med tanke på symptomer og atferd (Thorvik m.fl., 2014). Fordi personalet har en så sentral og viktig del av pasientens liv, bør det ses på som nødvendig å tilrettelegge avdelingen med tiltak som gjør at personalet er godt forberedt og rustet for ansvaret det innebærer å jobbe i demensomsorgen (Rokstad, 2008). Et mål i Demensplan 2020 er at omgivelsene skal være tilpasset personer med demens. De har rett til at avdelingen former aktivitetstiltak som gir mestring og glede for pasienten (Regjeringen, 2015).

Som sykepleier kan man se ressursbruken fra to forskjellige sider. Den ene siden er opptatt av prioriteringer innenfor fordelingspolitikk hvor helseressursene skal fordeles til flest mulig pasienter på en effektiv måte. Sett fra den andre siden ønsker man å etterstrebe best mulig behandling og god omsorg til pasientene med en individuell tilnærming, for pasientens beste. Studier viser at sykepleiere opplever stort tidspress i jobben sin og at det i stor grad påvirker kvaliteten i jobben man utfører. Dette fører til negativ innflytelse på pasientene. Tidspresset man kjenner på viser seg i mangel på ressurser slik som ikke nok pleiere per avdeling og mangel på tid til å utføre individbasert omsorg (Kristoffersen & Nortvedt, 2014).

I følge Kristoffersen m.fl. (2014) er det ikke uvanlig å høre hvor slitne helsepersonell er og hvordan den dårlige samvittigheten tærer på fordi man ikke har tid til å gjøre det man ønsker for pasientene sine. Sykepleiere ytrer at verdiene som står til grunn for faget ofte blir skjøvet bort, på grunn av mangel på tid. I en studie utført av Røsvik m.fl. (2011) kom det frem at det å kunne forutse personen med demens sine behov for tilretteleggelse i miljøet lå i hver og en helsepersonell sin jobb som en helhet på avdelingen, ikke bare sykepleier. Det krever at hele personalgruppen er opptatt av å ha et positivt miljø som er inkluderende, både for pasientene og personalet.

3.5. Overordnet lederansvar

For å kunne gi personer med demens et godt tilbud i eldreomsorgen er kompetanseutvikling og refleksjon viktige temaer. For at grunnleggende psykiske behov skal kunne forstås og dekket trenger man som omsorgsgiver å kontinuerlig utvikle kompetansen man har, i et miljø som støtter opp om det. Faglig oppdatering bør tilrettelegges av leder, men det er ens eget ansvar å etterspørre det (Rokstad, 2008). I en studie utført av Rognstad og Nåden (2011) uttrykte personalet at de følte seg mislykket og redde når pasientene slo, sparket, kløp eller spyttet. De følte seg maktesløse følte de mislykkes i jobben sin når de opplevde dette. I samme studie forteller personalet at de har stort behov for økt kompetanse i hvordan å forholde seg til pasienter med utfordrende atferd. Å legge til rette for refleksjon er viktig, da det er en del av kompetanseutviklingen. Refleksjon vil si å tenke gjennom egen væremåte i og under en handling eller situasjon, hvor man har mulighet til å analysere kritisk hvorfor en gjør som en gjør i spesifikke situasjoner (Rokstad, 2008). Tydelige ledere som deltar er en faktor som viser seg å ha innflytelse på de andre som jobber på avdelingen. Lederens holdninger og verdier bidrar til å sette en standard for hvordan man ønsker at avdelingen skal drives (Røsvik m.fl., 2011). Motivasjon og ivaretagelse av medarbeidere, samt å ha egenskapen til å lede en gruppe mennesker er et lederansvar. Dette gjøres ut fra et felles verdigrunnlag, hvor lederen setter et godt eksempel for hvordan pleiekulturen skal være på avdelingen og står til grunn for utøvelse av faget (Rokstad, 2008).

3.6. Lover

- Pasient-og brukerrettighetsloven (1999):
 - § 3-1 omhandler pasientens rett til å være med å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Dette vil si at pasienten har rett til å være med å medvirke mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder. Den medvirkningen pasienten har, skal tilpasses den enkelte og skal utføres så langt det er mulig i samarbeid med pasienten.
 - § 4-3 beskriver hvem som har samtykkekompetanse og at det faller bort ved fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller andre nevnte sykdommer eller tilstander som gjør at vedkomne ikke er i stand til å forstå hva samtykke innebærer.

Å ikke ha samtykkekompetanse vil si å ikke være fysisk eller psykisk i stand til å ivareta sine behov, skal nærmeste pårørende være med å ta avgjørelsen sammen med helsepersonell (Slettebø, 2013).

- § 4A-1 tar for seg bruk av tvang ovenfor personer med demens. Det står beskrevet hvordan denne loven er til for å hindre, forebygge og begrense tvang ved nødvendig helsehjelp. Man skal respektere den enkeltes integritet så langt det er mulig.
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011):
 - § 3-3 omhandler pasientens bruk av helse- og omsorgstjenester og hvordan kommunen skal fremme helse og forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal foregå ved opplysning, råd og veiledning. Helse- og omsorgstjenesten skal jobbe for at det blir satt i gang velferds- og aktivitetstiltak for eldre, eller andre som måtte ha behov for det.

3.6.1. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at hver og en sykepleier står med et personlig ansvar ved faglige og etiske handlinger og vurderinger en møter i sin jobb. Man plikter seg til å sette seg inn i lovverk som er med på å bestemme hvordan tjenesten blir utformet. Det står også beskrevet hvordan sykepleieren tar hensyn og viser omsorg til hver enkelt pasient, som viser seg i utøvelsen av helhetlig sykepleie. Sykepleieren ivaretar pasientens rett til å være med å ta egne valg og beskytter pasienten mot krenkende handlinger (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

3.6.2. Etisk bevissthet

Prinsippbasert etikk er svært relevant for sykepleiere, da etiske situasjoner er noe man møter hver dag i sin jobb. I dette kapittelet kommer jeg til å fortelle om De fire prinsippers etikk, men på grunn av relevans til oppgaven går jeg kun inn på autonomi og velgjørenhet.

Autonomi innenfor sykepleiefaget vil det si at pasienten har rett til å ha medbestemmelse og innflytelse i behandlingsform, eller å nekte den. (Brinchmann, 2014) Dette ses i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere som nevnt under punkt 3.4.1. og 3.4.2. (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Velgjørenhet handler om å gjøre godt mot andre (Slettebø, 2014).

Prinsippene er likeverdige og ingen viktigere enn de andre. Det vil si at man kan velge å prioritere et prinsipp ovenfor et annet, dersom man er i en situasjon som tilsier at det er det eneste rette å gjøre. Ved dette tilfellet må man forsøke å gjøre konsekvensene av dette valget så små som mulig (Brinchmann, 2014).

Å jobbe med personer med demens kan være utfordrende, da pasientens ønsker og uttalte valg kan variere på grunn av den reduserte hukommelsen. Det kan gjøre det vanskelig for sykepleier å ta et etisk riktig valg når pasientens autonomi står på spill, mens sykepleier ønsker å gjøre det som er til pasientens beste. (Rokstad, 2008)

3.7. Joyce Travelbee's sykepleierteori

Jeg har valgt å ta for meg Travelbee's sykepleierteori, som lenge har hatt og fremdeles har, mye å si for sykepleierutdanning i Norge. Jeg kommer ikke til å gå inn på alt Travelbee stod for, men jeg vil trekke frem det jeg synes er sentralt for denne oppgaven.

Travelbee definerte sykepleie slik: "Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forbygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene" (Travelbee, 1999). I dette legger hun at i sykepleie er noe av det viktigste er å forebygge, hjelpe, mestre og gi mening i tilværelsen til de menneskene man møter.

3.7.1. Relasjon og kunnskap

Travelbee fokuserer på viktigheten av å skape en relasjon mellom pasient og sykepleier, hvor pasientens behov står i sentrum. Travelbee mente at for å virkelig forstå essensen av hva sykepleie er og bør være, må sykepleier ha et fundament av grunnleggende forståelse for hvordan mennesker fungerer sammen men også som unike individer. I dette inngår også at

sykepleieren har god kunnskap om faget, for å kunne hjelpe pasientene i sin sykdom.
(Kirkevold, 2009)

3.7.2. Kommunikasjon

Kommunikasjon foregår mellom sykepleier og pasient gjennom sitt utseende, atferd, holdning og kroppsspråk. Travelbee mente at kommunikasjon er prosess for utveksling av meninger, som må forstås av de som er involverte, hvor man utveksler tanker, følelser og handlinger. Kommunikasjon er en kontinuerlig prosess som foregår mellom sykepleier og pasient gjennom verbale og non-verbale uttrykksmidler (Travelbee, 1999).

3.7.3. Menneske-til-menneske-forhold

For å oppnå et menneske-til-menneske-forhold er prosessen i etableringen av dette forholdet som brukes for å innfri sykepleierens mål og hensikt. Å etablere et menneske-til-menneske-forhold er sykepleier sin oppgave, og det som kjennetegner dette er at både sykepleieren og pasienten forholder seg til hverandre som unike individer. I dette inngår at sykepleier ikke ser på pasienten som en sykdom eller romnummer, men et likeverdig menneske. Travelbee hevdet at forholdet ikke kommer gratis, men at det gjensidig må jobbes med hver dag sammen med den syke. Alt sykepleieren sier og gjør og all kontakt en har med pasienten er med på å bygge opp menneske-til-menneske-forholdet (Travelbee, 1999).

For å oppnå et menneske-til-menneske-forhold må man gjennom fem faser som Travelbee beskriver. Disse skal jeg se litt nærmere på.

Det innledende møtet. I denne fasen møter sykepleier og pasient hverandre for første gang. Ved førsteinntrykk oppstår det observasjoner antagelser om den andres atferd og handlinger, som danner grunnlaget for beslutninger som skal tas. Ut fra disse beslutningene som trekkes om den andre personen, vil visse følelser oppstå. Både gode og dårlige førsteinntrykk kan oppleves. Er førsteinntrykket godt er det ofte fordi vedkomne har evnen til å se hva personen trenger og har behov for. For å komme videre i forholdet må sykepleieren selv se og bryte den typiske kategoriseringen av ”pasienten” og videre begynne å se *mennesket* ”pasienten” (Travelbee, 1999).

Framvekst av identiteter. Denne fasen karakteriseres av at sykepleier og pasient ser hverandre som unike og individuelle mennesker, hvor muligheten for å etablere en tilknytning til hverandre er tilstede. Det krever at sykepleier kan se og oppfatte pasienten, ved å bevisst bruke sine kunnskaper og erfaringer til å påvirke til en positiv forandring hos den syke, for å lindre dens plager eller symptomer, altså å bruke seg selv terapeutisk. Man blir kjent med den andres personlighet, og sykepleier ser hvordan pasienten som et unikt individ føler, tenker og oppfatter situasjonen (Travelbee, 1999).

Empatifasen. Med *empati* menes å leve seg inn i en annens tilstand for øyeblikket, i følge Travelbee. Dette gjøres ved å se forbi den ytre atferden og man kan føle den andres opplevelse av en situasjon. Sykepleieren tar del i pasientens sykdom og forstår vedkomne, og er i stand til å forutsi pasientens atferd (Travelbee, 1999).

Sympati og medfølelse. De to ordene vi si å kunne tre inn i en situasjon og kunne dele det den andre føler. Man blir oppriktig påvirket av den andres følelser eller opplevelser. Denne fasen er en forlengelse av forrige fase, hvor sykepleieren ønsker å lindre pasientens plager. Sykepleieren bruker medfølelsen til å utføre konstruktive sykepleiehandlinger for pasienten, hvor kunnskaper og ferdigheter brukes sentralt (Travelbee, 1999).

Gjensidig forståelse og kontakt. Dette er den siste fasen. Om disse fire stadiene har vært vellykket fører det til en gjensidig forståelse ved etablering av menneske-til-menneske-forhold. Sykepleier og pasient ser og behandler den andre som et likeverdig og unikt menneske og ikke som ”sykepleier” eller ”pasient”. Sykepleier lindrer og letter pasientens plager ved å hjelpe den syke å mestre sin hverdag (Travelbee, 1999).

3.8. Presentasjon av forskningsartikler

Thorvik, Helleberg og Hauge (2014) ”God omsorg for urolige personer med demens”

Hensikt: Man ønsker å undersøke og beskrive hva ”god omsorg” vil si i arbeidet med personer med demens som bor på skjermet avdeling.

Metode: Det er en studie hvor det er brukt kvalitativ metode. Det ble intervjuet to ansatte fra to forskjellige avdelinger, fra hver sin kommune på Østlandet.

Funn: De ansatte var gode på å utnytte øyeblikkene, var fleksible, kreative, tålte uorden og

rutinebrudd. For å få til dette hadde de ansatte gode kunnskaper om pasientgruppen både når det gjaldt sykdommen og hver enkelt pasient. De visste hvor de hadde hverandre som kollegaer når det kom til styrker og svakheter i forhold til faglig kompetanse.

Konklusjon: De utnyttet situasjoner til pasientens beste og brukte en type tilnærming som gjorde at pasientene følte seg sett og hørt. De var fleksible med rutineene ved å se an pasientenes behov. God omsorg viste seg også i de ansattes kunnskapers om demenssykdommen og om pasientens væremåter og vaner. De ansatte spilte ofte på hverandres kompetanse om de ”stod fast” i en situasjon med en pasient.

Drageset, Normann og Elstad (2013) *”Personer med demenssykdom i sykehjem: Refleksjon over livet”*

Hensikt: De ønsket å undersøke nærmere hvordan sykepleier kunne hjelpe eldre personer med demens boende på sykehjem til å bli kjent med sin egen identitet gjennom sin egen livshistorie.

Metode: I studien er det utført intervju i en feltarbeidsperiode, hvor det deltok 10 pasienter som var på forskjellige stadier i sykdomsforløpet. Det var kun 8 som ble intervjuet.

Funn: Det kommer frem at pasientene fint er i stand til å fortelle om sitt livsforløp og hva det betyr for dem å fortelle det videre

Konklusjon: Å ta seg tid til å lytte til det den eldre har å si kom frem som veldig viktig. Det pasientene selv fortalte, synliggjorde for sykepleierne hva som var viktig for hver enkelt person å videreføre i hverdagen på sykehjemmet.

Rognstad og Nåden (2011) *”Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen – Pleieres perspektiv”*

Hensikt: Å beskrive hvordan personalet opplever å jobbe med personer med demens som har utfordrende atferd og hvorvidt det var behov for økt kunnskap blant personalet i forhold til om pasientens verdighet ble ivaretatt.

Metode: Det er brukt en beskrivende og utforskende design med intervjuer. Det er gjennomført på en avdeling for personer med aldersdemens og alderspsykiatri.

Funn: Sykepleierne følte seg maktesløse, mislykket og redde i situasjoner med utagerende pasienter.

Konklusjon: Det kom frem at de hadde behov for å oftere reflektere over etiske situasjoner og det var behov for økt faglig kompetanse når det gjaldt personer med demens som hadde utagerende atferd.

Røsvik m.fl. (2011) *"A model for using the VIPS framework for person-centred care for persons with dementia in nursing homes: a qualitative evaluative study"*

Hensikt: Det gikk ut på å lage en modell for å bruke VIPS rammeverk for å jobbe mer målrettet med personsentrert omsorg for personer med demens i sykehjem

Metode: Det ble utført en pilotstudie som gikk over ni uker på to ulike sykehjem for personer med demens. Personalet skulle vurdere seg selv og avdelingen med spørsmål ut fra VIPS-modellen.

Funn: Det kommer frem forskjellige emner som viser hva som er viktig å ta hensyn til og ikke minst hva man som er viktig å tilrettelegge for pasientgruppen og i organiseringen av personalet.

Konklusjon: Studien viser det som kan tilrettelegges på en avdeling

Huang m.fl. (2015) *"Reminiscence therapy improves cognitive functions and reduces depressive symptoms in elderly people with dementia: A meta-analysis of randomized controlled trials"*

Hensikt: Man ville undersøke den øyeblikkelige og langsiktige effekten på kognitive funksjoner og depressive symptomer hos eldre personer med demens, ved bruk av reminisens som terapi.

Metode: Tidligere studier har undersøkt det samme som i denne artikkelen, men funnene har vært variable og upresise. Derfor har de i denne utført en meta-analyse basert på tidligere forskning fra forskjellige kjente databaser.

Funn: Studien viser at reminisens har liten effekt når det gjaldt kognitive funksjoner og moderat effekt på depressive symptomer hos eldre mennesker med demens. Den langsiktige effekten fikk de ikke svar på.

Konklusjon: Det kom frem at reminisens har effekt når det gjelder kognitive funksjoner og depressive symptomer, og at denne formen for terapi bør inkluderes i de daglige rutinene.

Cooney m.fl. (2014) *"'Seeing me through my memories': a grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in long-term care"*

Hensikt: Å undersøke hvordan sykepleiere ved hjelp av reminisens kan lære å se og kjenne personen bak demenssykdommen. Men også hvilken innflytelse det har på livet deres og på omsorgen de yter.

Metode: Det ble utført dybdeintervjuer med 38 personer.

Funn: Ved hjelp av reminisens følte personalet at de lettere så personen bak sykdommen og

at det var lettere å kommunisere med dem. Personalet opplevde at å kjenne pasienten og dens minner gjorde det lettere å vise forståelse og møte pasientens atferd når det var behov for det.

Konklusjon: Gjennom reminisens opplevde personalet at de virkelig ble kjent med pasientene og begynte å se personen bak sykdommen gjennom refleksjonen av deres minner. Dette hadde en innflytelse på hvordan de utøvde omsorg.

4. Drøfting

I dette kapitlet kommer jeg til å drøfte problemstillingen min om hvordan sykepleier kan forebygge utfordrende atferd ved bruk av reminisens. Det vil bli drøftet ved bruk av teori fra bøker, forskningsartikler og egne erfaringer fra praksis. Jeg har delt det opp i to deler. Den første omhandler reminisens i relasjon med pasientene, mens andre del belyser sykepleierens utfordringer i møte med pasienter med demens og helsepersonell sine holdninger.

4.1. Reminisens i relasjonsarbeid

Travelbee (1999) hevder at noe av det viktigste i relasjonsarbeidet sykepleier gjør med pasient er å etablere et menneske-til-menneske-forhold, hvor målet er å se hverandre som unike individer som er like mye verdt, hvor gjensidig forståelse og respekt står til grunn. Jeg kommer her til å gå inn på de to første fasene, da jeg ser på kun de to som relevant for denne delen av drøftingen. **Det innledende møtet** mellom sykepleier og pasient er basert på observasjoner og antagelser om den andre. I denne fasen begynner man å se mennesket og ikke en pasient. Ved **framvekst av identiteter** som er forholdets andre fase begynner man å se hverandre som unike individer hvor starten av tilknytningsfasen er til stede. Sykepleier blir kjent med pasientens personlighet og har mer innsikt i hva den andre føler, tenker og hvordan man oppfatter situasjonen. Dette er i samsvar med begrepet personsentrert omsorg, som Rokstad (2014) og Drageset m.fl. (2013) beskriver som at sykepleier ser mennesket som et unikt individ med en unik historie hvor fokuset ligger på den personen og hvordan den opplever og mestrer sin sykdom i hverdagen. Travelbee (1999) med de to fasene samt personsentrert omsorg som Rokstad (2014) og Drageset m.fl. (2013) forteller om, er et viktig tanke sett å ha til grunn når man jobber med personer med demens, men også mennesker generelt sett. De første gangene man møter en omsorgsperson, hvor viktig det er å bli sett og anerkjent. Det gjennomskues ganske fort om man ikke er genuint interessert i å bli kjent med personen.

I følge Travelbee (1999) er relasjonsbyggingen mellom sykepleier og pasient veldig viktig for å kunne hjelpe pasienten gjennom sykdommen. Å bygge en relasjon i demensomsorgen kan være utfordrende, da den progredierende kognitive svikten fører til hukommelsessvikt og endret atferd i følge Rokstad (2008) Personer med demens har en svekket

korttidshukommelse, som resulterer i at de ofte glemmer det som ble sagt eller gjort for mindre enn 20 sekunder siden (Berentsen, 2013), det er nettopp dette som gjør arbeidet utfordrende, som igjen avhenger av at sykepleiere har god nok kunnskap innenfor faget (Travelbee, 1999). Da jeg var i praksis på skjermet avdeling opplevde jeg at pasientene stadig spurte hvem jeg var og hva jeg gjorde der. Jeg svarte like høflig hver gang. Det fikk meg til å innse hvor frustrerende det måtte være å stadig føle seg alene og utenfor, da de ikke husket hvem vi som jobbet der var. Etter det begynte jeg å presentere meg ved tittel og navn og at jeg var der for å hjelpe dem. Dette gjentok jeg med et visst intervall, i situasjoner der det passet seg. Jeg opplevde i ettertid at enkelte av pasientene virket noe mer trygge og mindre urolige.

I helse- og omsorgstjenesteloven (2011) står det at helsepersonell skal fremme helse og sette i gang aktivitetstiltak for personer med demens, som bor på sykehjem. I følge Solheim (2015) og Rokstad (2008) er det å gjenkalle gamle minner og snakke om dem viktig for den mentale helsen. Ikke minst er livshistorien til personen viktig at blir tatt vare på for å opprettholde identitet, selvbilde og ressurser. Enten om det er grupper eller individuelle samtaler, så er det en måte å aktivisere pasienten på for stimulere en eventuell uro som kan lede til en uønsket atferd. Forfatterens meninger stemmer overens med hva loven forventer at en sykepleier skal legge til rette for i demensarbeidet. For hva vil skje om sykepleieren ikke legger til rette for at aktiviteter blir gjennomført? Er det nok at sykepleieren gjør ferdig sine rutiner for dagen, for så og la pasienten sitte på en stol som veggpryd?

I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 4A-1 står det at personer med demens skal beskyttes mot bruk av tvang og at pasientens integritet skal beskyttes. I denne oppgaven tenker jeg at det betyr at en behandlingsform slik som reminisens ikke passer for alle mennesker og at det ikke bør bli tvunget på hvem som helst. Er denne behandlingsformen noe som er obligatorisk for alle fordi det er noe pleiepersonalet ser på som nødvendig?

I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1 har pasienten rett å være med å bestemme om det ønskes å delta i forskjellige behandlingstilbud. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2011) og i følge Brinchmann (2014) så skal sykepleieren ta hensyn til hver enkelt pasient og skal støtte oppom pasientens rett til å ta egne autonome valg. Disse valgene skal tas på grunnlag av respekt og omsorg for pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2011 ; Brinchmann, 2014) Berentsen (2013) hevder at orientering rundt tid, sted og situasjon er vanskelig for en person med demens, som kan gi en følelse av at alt

blir kaotisk, hvor ivaretagelse av alle behov er nødvendig. Man kan da spørre seg hvorvidt den gamle er i stand til å ta et slik valg og personen vet hva man svarer ja eller nei til? Hvordan vet en person med demens hva som er best for seg selv?

I følge Wogn-Henriksen (2008) er det viktig at fagpersoner kjenner til pasientens livshistorie. Man må ta seg tid til å lytte til det personen med demens sier, så finner man mening i det som blir sagt. Eide & Eide (2014) hevder at reminisens er en kjent metode i demensarbeidet, og at det brukes som et hjelpemiddel for å gjenkalle minner eller opplevelser fra fortiden som er av betydning for personen. Dette støtter Cooney m.fl. (2014) og Drageset m.fl. (2013) Altså at alle pasienter er unike med hver sin historie og fokuset i sykepleie er på hver enkelt person sitt perspektiv. Forfatterne fra artiklene (Cooney m.fl., 2014 ; Drageset m.fl., 2013) er enige i påstandene og støttes av Wogn-Henriksen (2008) og Eide & Eide (2014). Jeg erfarte i praksis betydningen av å kjenne noen nøkkelhistorier som var av betydning for noen av pasientene. Jeg opplevde for eksempel at om pasienten ble lei seg, sint eller redd under stell, så kunne det hjelpe å ta frem et minne av noe viktig for pasienten som kunne roe personen ned. I mange tilfeller hjalp det, og pasienten glemte den følelsen som ikke var god.

Huang m.fl. (2015) hevder at reminisens ved gjenkalling av gamle og kjente minner kan gi en følelse av mestring. Å snakke om gamle, kjente minner tar bort fokus fra det som ikke mestres ellers i hverdagen, og fremhever pasientens ressurser, altså de positive minnene de husker. Dette gir mulighet til å være aktiv og delta ved å dele det de har opplevd eller husker. I følge Huang m. fl. (2015) kan langtidseffekten av reminisens ikke bekreftes, da den kognitive svikten blir verre over tid og det da blir vanskelig å måle effekten av det. Cooney m.fl. (2014) mener også at å måle effekten av reminisensarbeid er vanskelig, til tross for gode resultater her og nå i øyeblikket. De utførte en studie hvor sykepleierne ble kjent med pasientene gjennom gjenkalling av minner fra deres liv. Pleierne fortalte i ettertid av studien at siden de følte de kjente personen godt, så var det lettere å forstå hvor atferden kom fra. Den negative atferden var også lettere å imøtekomme og håndtere for personalet, som igjen førte til et roligere miljø med mer forutsigbarhet på avdelingen, både for pasientene og personalet. I ettertid opplevde personalet at pasientene henvendte seg til dem oftere, og på en mer positiv måte enn de var vant med fra før. Man kan spørre seg hva det kommer av? Det kan ha vært på grunn av mestringsfølelse fordi man har snakket om personer eller hendelser som har engasjert vedkomne, eller om det var fordi personalet tok seg mer tid til å sitte ned og lytte til det de hadde å si (Cooney m.fl., 2014). Jeg mener at om reminisensen bidrar til at pasienten

føler seg hørt og hørt, som igjen fører til trygghet og mestring, så er det et nyttig tiltak å ta med seg i hverdagen.

4.2. Sykepleierens utfordringer og miljøet på avdelingen

I følge Cooney m.fl. (2014) må pleierne som skal utføre reminisensarbeid ha tro på at det vil fungere, og de må ha en positiv innstilling til det. De som ser på arbeidet som en ressurs har større sannsynlighet for å legge til rette for at det blir gjennomført på avdelingen, enn de som er skeptiske og ikke har noen tro på det. Rokstad (2008) er enig i at personalets tro og motivasjon er viktige faktorer som står til grunn i gjennomførelsen av reminisensarbeid.

I en studie utført av Thorvik m.fl. (2014) kom det frem viktigheten av at sykepleieren har god kunnskap om sykdommer til personer med demens. Altså at man kjenner igjen symptomer for utfordrende atferd og at man alltid er beredt på det som kan skje. I henhold til yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, er hver og en sykepleier ansvarlig for sine egne faglige og etiske handlinger og vurderinger, som vil si at man er selv ansvarlig for å holde seg faglig oppdatert og at sykepleieren man utfører er kunnskapsbasert. Man er også pliktig til å sette seg inn i blant annet lovverk, da dette er viktig å vite hva som er med på å utforme arbeidsplassen. (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

I følge Rokstad (2008) er det viktig å ha en overordnet leder som er opptatt av å kontinuerlig heve den faglige kompetansen sammen sine medarbeidere. Dette er nødvendig for å kunne forstå en person med demens sine grunnleggende psykiske behov og for å kunne forutse utfordrende atferd. Dette støttes av Rognstad og Nåden (2011) som utførte en studie hvor det kom frem at når pasientene hadde utagerende atferd slik som at de slo, sparket, kløp eller spyttet, så følte personalet at de hadde mislykket å gjøre jobben sin. De følte seg også redde i slike situasjoner, fordi de ikke visste hva de skulle gjøre. På grunn av dette kommer det frem av studien at personalet ettersøkte økt kompetanse på hvordan å håndtere utfordrende atferd hos pasienter med demens. Er det viktig med høy kompetanse innenfor det man jobber med? Hva er konsekvensen av å ikke sette seg inn i pasientgruppens særegne behov?

Berenstsen (2013) hevder at med demenssykdom er det ikke uvanlig med angst og depresjon. Mange kjenner på angsten for å bli forlatt sier Berentsen (2013) av sine nære og fordi de gradvis mister forståelsen av hva som skjer. På den andre siden hevder Rokstad (2008) at de

kan oppleve å være trist, hjelpeløshet og en indre uro som kan vise seg i aggressivitet. Eide og Eide (2014) mener at det kan hjelpe om sykepleieren er kreativ og åpen for å finne en løsningsorientert metode. Sykepleieren lytter og tolker, for å forsøke og forstå hva pasienten har behov for, slik at misforståelser unngås. Dette underbygges av Travelbee (1999) som mener at kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er en elementær og kontinuerlig prosess som skjer via verbale og non-verbale uttrykksmidler.

Rokstad (2008) mener at helsepersonell har en så sentral funksjon i pasientene sitt liv, at det er viktig og nødvendig at personalet tilrettelegger på avdelingen slik at det passer til personer med demens. Dette er i samsvar med et av målene i Demensplan 2020 om hvordan miljøet og omgivelsene legges til rette og er tilpasset for aktiviteter som gir pasienten mestring og fremhever deres gode sider (Regjeringen, 2015).

I følge Kristoffersen m.fl. (2014) har sykepleiere har lyst til å gjøre det lille ekstra for pasientene sine, men føler at de ikke har tid nok til å få utført det. Verdiene som sykepleierfaget står for blir ofte skjøvet til side på grunn av den dårlige tiden, mens sykepleieren sitter igjen med dårlig samvittighet ovenfor pasientene og det de ikke rakk å gjøre. På den andre siden hevder Røsvik m.fl. (2011) at det å skape et positivt miljø på avdelingen ikke bare er sykepleier sin jobb, men hele personalgruppen. Det at sykepleiere føler de stadig jobber mot klokken, viser seg i form av for få pleiere på avdelingen, som igjen har en innvirkning på kvaliteten i jobben man gjør. I praksis opplevde jeg tidvis at avdelingen i tillegg til meg hadde noen ekstra praktikanter som skulle hjelpe til enkelte dager. De dagene vi hadde et til to ekstra sett med hender, var de dagene vi fikk minst gjort og jeg følte jeg løp beina av meg. Fordi vi var så mange på jobb, så lå det en forventning i luften om hva alle skulle gjøre, men ingen snakket om det. Det endte med at vi lå bak skjema store deler av dagen fordi alle forventet at den andre skulle gjøre det vi ikke hadde snakket om. Er det flere ansatte man da trenger, eller bør man sette seg ned og snakke om mine og dine forventinger til hverandre?

Røsvik m.fl. (2011) mener at avdelingslederen sine holdninger og verdier er med på å sette en standard for resten av avdelingen. Rokstad (2008) sier seg enig i at lederen er viktig for resten av avdelingen med tanke det å kunne lede en gruppe med mennesker, og drive dem mot et felles mål.

5. Konklusjon

I oppgaven har jeg drøftet: *Hvordan kan sykepleier ved bruk av reminisens forebygge utfordrende atferd hos personer med demens?* Jeg har beskrevet og drøftet at sykepleier er av stor betydning for hver enkelte pasient. Sykepleieren kjenner på presset om å rekke mest mulig på kortest mulig tid, at de har behov for mer kunnskap og ressurser. Å ha en leder i ryggen som motiverer og styrker medarbeiderne sine er viktig for utøvelsen av sykepleie. Forskning viser at sykepleiere med gode kunnskaper og fleksibilitet i arbeidsformen har lettere for å møte utfordrende atferd. Personsentrert omsorg er hensiktsmessig måte å tilnærme seg pasientene på. Sykepleieren møter pasienten med fokuset på vedkomne, hvor dens behov og livshistorie står i sentrum. Utfordringen blir å få dette frem.

Jeg savner fra forskningen noe om tid på døgnet dette bør utføres på, kartlegging av hvem som har behov og kanskje om hva som gir bedre effekt; grupper eller individuelle samtaler, spontane eller planlagte.

Selv om reminisens er en metode jeg ser på som kan tilføre glede i hverdagen, så stiller jeg meg litt kritisk til det også. Dette med tid og stress er en stor faktor som kan gi negativ effekt over på pasientene og er mot sin hensikt. For å få til det å utføre reminisens, så kan det hende man må fire litt på de andre kravene man har til andre rutiner. Må rundvask av kjøkkenet skje akkurat den dagen man har planlagt en reminisensgruppe? Kan man vente med det, eller ta det dagen før?

Det har vært en veldig spennende prosess å skrive denne oppgaven, hvor jeg har lært mye. Det har til tider vært veldig utfordrende, men igjen så er det en del av læringsprosessen. Jeg sitter igjen med mye kunnskap om personer med demens, og hvordan man kan tilnærme seg dem på en mest mulig hensiktsmessig måte, som er noe jeg tar med meg videre.

6. Litteraturliste

- Berentsen, V. D. (2013). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (1. utg., 5. opplag, s. 350-382). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brinchmann, B. S. (Red.). (2014). *Etikk i sykepleien* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bjørbo, K., & Kirkevold, M. (2014). Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie Bind 1*. (s. 343-370) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Cooney, A., Hunter, A., Murphy, K., Casey, D., Devante, D., Smyth, S., Depsey, S., Murphy, E., Jordan, F., O'Shea, E. (2014) 'Seeing me through my memories': a grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in long-term care. *Journal of Clinical Nursing*. 23, 3564-3574.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Drageset, I., Normann, K. & Elstad, I. (2013). Personer med demenssykdom i sykehjem: Refleksjon over livet. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 9(1.), 50-65.
- Eide, H. & Eide, T. (2014). *Kommunikasjon i relasjoner* (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2009). *Lærebok – Demens fakta og utfordringer* (5.utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30/§3-3>
- Huang, H.-C., Chen, Y.-T., Chen, P.-Y., Huey-Lan, S., Liu, F., Kuo, Y.-L., Chiu, H.-Y. (2015) Reminiscence therapy improves cognitive functions and reduces depressive symptoms in elderly people with dementia: A met-analysis of randomized controlled trials. *JAMDA*. 16, 1087-1094.
- Johnsen, L. & Smebye, K. L. (2008). Bruk av tvang i demensomsorgen. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.) *Personer med demens: møte og samhandling* (s. 207-229) Oslo: Akribe.
- Kirkevold, M. (2009). *Sykepleierteorier - analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, Ø. (2008). Utfordrende atferd – forståelse og behandling. I K. Engedal & P. K. Haugen. *Lærebok – Demens fakta og utfordringer* (5.utg., s. 311-325) Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

- Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2014). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie Bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>
- Ranhoff, A. H. (2013). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (1. utg., 5. opplag, s. 137-147). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Regjeringen (2015). *Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf
- Rognstad, M. K. & Nåden, D. (2011). Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen – pleieres perspektiv. *Nordisk sykeplejeforskning* 1(2), 143-153.
- Rokstad, A. M. M. (2008). Hva er demens? I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: møte og samhandling* (s. 27-45) Oslo: Akribe.
- Rokstad, A. M. M. (2008). Kompetanseutvikling av personalet. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.) *Personer med demens: møte og samhandling* (s. 340-349) Oslo: Akribe.
- Rokstad, A. M. M. (2008). Miljøbehandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: møte og samhandling* (s. 152-179) Oslo: Akribe.
- Rokstad, A. M. M. (2014) *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget
- Romøren, T. I. (2013). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (1. utg., 5. opplag, s. 29-37). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Røsvik, J., Kirkevold, J., Engedal, B., Brooker, D. & Kirkevold, Ø. (2011). A model for using the VIPS framework for person-centred care for with dementia in nursing homes: a qualitative evaluative study. *Internatinal journal of older people nursing*, 6(3), 227-236.
- Satir, V. (2011) *Demensguide. Holdninger og handlinger i demensomsorgen: Kommunikasjon* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS
- Slettebø, Å. (2013) Juridiske ramme og etiske utfordringer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (1. utg., 5. opplag, s. 169-179). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Solheim, K. V. (2015). *Demensguiden. Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm

Thorvik, K. E., Helleberg, K. & Hauge, S. (2014). God omsorg for urolige personer med demens. *Sykepleien*, 9(3), 236-242.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlag.

Wogn-Henriksen, K. (2008) Kommunikasjon. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: møte og samhandling* (s. 87-112) Oslo: Akribe.