



**Høgskulen
på Vestlandet**

BACHELOROPPGAVE

**Når hver dag starter med blanke ark
I møte med demenssykdom**

Bachelor i sykepleie

SK152

Avdeling for helsefag

02.06.2017

9792 ord

MARI AMANDA KILDAL & ALEKSANDER ELLEFSEN

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jfr. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

**Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen på Vestlandet sitt
institusjonelle arkiv (Brage)**

Jeg gir med dette Høgskulen på Vestlandet tillatelse til å publisere oppgaven «Når hver dag starter med blanke ark – I møte med demenssykdom» i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

Kandidatnummer: 22, Aleksander Ellefsen

JA NEI

Kandidatnummer: 60, Mari Amanda Kildal

JA NEI

*“Med vor blotte holdning til hinanden
er vi med til at give hinandens verden dens skikkelse.
Hvilken vidde og farve den andens verden får for ham selv
er jeg med til at bestemme med min holdning til ham.
Jeg er med til at gøre den vid eller snæver , lys eller mørk,
mangfoldig eller kedelig - og ikke mindst
er jeg med til at gøre den truende eller tryg”*

(Løgstrup, 1991, s.28).

Sammendrag

Tittel

Når hver dag starter med blanke ark – I møte med demenssykdom.

Problemstilling

“Hvordan kan sykepleier forebygge utfordrende atferd i stellesituasjoner med pasienter rammet av demenssykdom? “

Bakgrunn for valg av tema

Vi har møtt mange sårbare mennesker med demenssykdom i løpet av studiet, og vi opplever at det ikke er nok kunnskap om utfordrende atferd knyttet til stell. Både pasienter og pleiere kan oppleve seg makteløse når man opplever at samhandlingen ikke går som den skal og kommunikasjonen ikke strekker til. Vi ønsker derfor å se nærmere på hvordan en kan forebygge utfordrende atferd i stellesituasjoner.

Metode

Denne oppgaven er et litteraturstudie som tar for seg oppdatert faglitteratur og forskning. Det er benyttet pensumbøker og annen faglitteratur som anses å være anerkjente kilder. Forskningen er av nyere tid og fagfelleverderte.

Oppsummering av funn og konklusjon

Ved å ha en bred kompetanse om demenssykdom og utløsende faktorer, vil en kunne forebygge utfordrende atferd i stellesituasjoner. Kunnskap er likevel ikke nok. Det handler også om det mellommenneskelige, der omsorg må ytes til rett tid og med rett oppfattning av situasjonen. Det er derfor viktig å ha god kjennskap til pasienten, deres personlighet, preferanser og ressurser, for å unngå faktorer som kan skape kaos i hverdagen. Sykepleier kan benytte seg av enkle grep for å bruke seg selv terapeutisk. Ved å ha fokus på relasjonsbygging, vil en kunne skape trygghet, som igjen vil kunne forebygge utfordrende atferd.

Nøkkelord: Demens, Forebygging, Utfordrende atferd, Stell, Sykehjem.

Innhold

1 Innledning	1
1.1 Presentasjon	1
1.2 Problemstilling og bakgrunn for valg av tema	2
1.3 Oppgavens avgrensning og disposisjon	3
1.4 Begrepsavklaring	4
2 Metode	5
2.1 Søkeprosessen	5
2.2 Kildekritikk	7
3 Teori	8
3.1 Demens og utfordrende atferd	8
3.2 Det gode stell	10
3.3 Kari Martinsens omsorgsteori	10
3.4 Menneske-til-menneske-forholdet	11
3.5 Kommunikasjon og samhandling	12
4 Presentasjon av forskningsartikler	13
4.1 utfordringer og kompetanse i demensomsorgen - pleierens perspektiv (2011)	13
4.2 God omsorg for urolige personer med demens (2016)	13
4.3 The facilitators of communication with people with dementia in a care setting: an interview study with healthcare workers (2016)	14
4.4 Nyttan av systematisk opplæring av helsepersonell innen eldreomsorgen - en evalueringsstudie av den norske ABC-modellen (2014)	15
4.5 Quality in residential care from the perspective of people living with dementia: The importance of personhood (2016)	15
4.6 Communication skills training in a nursing home: Effects of a brief intervention on residents and nursing aides (2015)	16
5 "Hvordan kan sykepleier forebygge utfordrende atferd i stellesituasjoner med pasienter rammet av demenssykdom?"	18
5.1 Kunnskap og kjennskap	18
5.2 «Det første møtet»	20
5.3 "Bestefar husker ikke hvem vi er, men han husker at vi er trygghet"	23
6 Konklusjon	26
7 Kildehenvisning	28

Vedlegg 1

1 Innledning

1.1 Presentasjon

Se for deg at du våkner. Du bruker litt tid på dette, strekker deg og åpner øynene. Rommet du ligger i er mørkt, men du kan se dagslyset så vidt kikke inn gjennom gardinene. I det du begynner å se deg rundt oppdager du at du befinner deg i et helt ukjent rom. Med ett våkner du skikkelig til og forstår ikke hvordan du har havnet her, i dette rommet med alle de ukjente tingene. Angsten begynner å melde seg. Du ønsker å reise deg, men kjenner at du har tungt for å bevege deg. Samtidig har du ganske vondt, men det er vanskelig å kjenne hvor. Plutselig oppdager du at noe sperrer, og at sengen du ligger i er inngjerdet. Nå slår angsten til for fullt. Med ett går lyset på og inn kommer en fremmed kledd i hvitt.

Dette er vårt tenkte scenario, men allikevel kan det være virkeligheten for pasienter rammet av en demenssykdom. I folkehelse rapporten (2015) går det frem at nesten 1 av 5 personer får en demenssykdom i løpet av livet. Økt levealder er noe som igjen vil føre til et økt antall personer som vil lide av en demenssykdom (Folkehelseinstituttet, 2015). Vi er rundt 5,2 millioner mennesker i Norge (Statistisk Sentralbyrå, 2016). Når nesten 1 av 5 utvikler en demenssykdom i løpet av livet, kan det tenkes at dette tilsvarer i overkant av 1 million mennesker. Dersom vi legger til pårørende, ser vi at det er en svært stor del av befolkningen som berøres av denne sykdommen.

Sammen med en demenssykdom kommer ofte en rekke utfordringer. Undersøkelser viser at de fleste demensrammede opplever vrangforestillinger gjennom sykdomsforløpet, og at mange har opplevd perioder med hallusinasjoner. Dette er bare noen av mange utfordringer denne pasientgruppen står ovenfor (Engedal & Haugen, 2009). Forekomsten av agitert atferd er vanskelig å kartlegge fordi definisjonen er så ulik. Dette er trolig et stort problem, noe vi også har erfart i praksis.

Demensplan 2020 har et stort fokus på at samfunnet må bli mer demensvennlig, dette gjelder selvfølgelig også helsepersonell. En ønsker å bryte ned de fordommene og forforståelsene som er ovenfor personer med en demensdiagnose. Blant annet er likestilling og likeverd beskrevet som viktig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Sykepleieteoretiker Kari Martinsen sier at sykepleiers oppgave er å ivareta de enkelte sårbare, svake og utsatte i samfunnet, og arbeide for å bekjempe urettferdighet (Martinsen, 2003).

1.2 Problemstilling og bakgrunn for valg av tema

I vår avsluttende bacheloroppgave har vi valgt å ta for oss temaet demens, med følgende problemstilling; “Hvordan kan sykepleier forebygge utfordrende atferd i stellesituasjoner med pasienter rammet av demenssykdom? “

Gjennom våre praksisperioder på studiet har vi møtt mange sårbare mennesker i ulike situasjoner. Mennesker med demenssykdom er kanskje den mest sårbare pasientgruppen, slik vi ser det. Vi har både observert og erfart på egenhånd hvor utfordrende det kan være å hjelpe et menneske rammet av demenssykdom. Det er ingen god følelse i de situasjonene en føler at en selv ikke strekker til, eller hvor en observerer at utfallet av samhandling mellom pasient og annet helsepersonell er uheldig. I all praksis vi har vært i, har dette vært et stort og ressurskrevende problem, noe som ofte resulterer i at den demensrammede pasienten ikke får den pleien en trenger. Med “trenger” mener vi både den praktiske bistanden, og at pasienten sitter igjen med en følelse av velvære og/eller å ha blitt ivaretatt.

Vi tilstreber begge å få en godt start på dagen, for at resten av dagen skal bli så bra som mulig. Dette er noe vi også har tenkt på i forhold til pasienter rammet av demenssykdom. Vi vet at morgenstellet kan være en arena med flere utfordringer, både for pasient og personal. Vi tenker morgenstellet kan være et springbrett for en fin dag, dersom stellet blir en god opplevelse for pasienten. Videre kan stellet være en av de situasjonene hvor sykepleier har en god anledning til å skape en relasjon til pasienten. I en stellesituasjon tenker vi at pasienten kan være spesielt sårbar og utsatt for krenkelse, da dette både er intimt og nært. På bakgrunn av dette ser vi det som svært berikende å tilegne oss mer kunnskap om dette.

Vårt formål med denne oppgaven er ikke å komme opp med revolusjonerende funn, men å tilegne oss kunnskap, bli mer bevisste og reflekterte. Vi håper at denne oppgaven kan gjøre oss bedre rustet til å yte verdig og god sykepleie til mennesker med demenssykdom når vi nå skal ut i arbeid som sykepleiere.

1.3 Oppgavens avgrensning og disposisjon

Demens brukes som et samlebegrep på flere type sykdommer som har til felles at de medfører kognitiv svikt. De vanligste demensdiagnosene er knyttet til aldersdemens. Det er aldersdemens vi vil ta sikte på i denne oppgaven. Vi velger å ikke skille mellom de ulike demensdiagnosene innenfor aldersdemens, da det ofte er blandingstilfeller, overlappende symptomer og uklare skiller (Folkehelseinstituttet, 2015). For å avgrense oppgaven har vi valgt å ha fokus på mennesker rammet av demenssykdom ved sykehjem. Det kan allikevel tenkes at mye av stoffet kan være overførbart ved andre type institusjoner og hos hjemmeboende pasienter med demenssykdom. Da forebygging kan foregå i mange situasjoner, har vi valgt å ta for oss morgenstellet. Morgenstellet ønsker vi ikke å ta for oss som en prosedyre. Vi velger i stedet å se på hvordan sykepleier kan bruke seg selv, kunnskap, kommunikasjon og samhandling som forebygging av utfordrende atferd.

I punktet under tar vi for oss avklaring av begrepene “utfordrende atferd” og “pasient”. Metod delen beskriver litteraturstudie som metode, vår søkeprosess og kildekritikk. I teoridelen tar vi for oss kort hva en demenssykdom innebærer, utfordrende atferd og forebygging av dette. Videre tar vi for oss stellesituasjon og hva teorien sier om det gode stell. Av sykepleieteoretikere har vi valgt å ta for oss Kari Martinsens og Joyce Travelbee, da disse har vært svært sentrale under vårt studie. Vi ser på Martinsens omsorgsfilosofi og Travelbee med menneske-til-menneske-forholdet og kommunikasjon. Sistnevnte knytter vi også opp i mot annen teori. I resultatdelen presenterer vi kort relevant forskning på området. For å besvare problemstillingen vår tar vi for oss tre hovedtemaer i drøftingsdelen. Det første temaet som blir drøftet er faglig kunnskap hos personalet og personalets kjennskap til pasienten. Videre tar vi for oss “det første møtet”, altså hvordan sykepleier trer inn i stellesituasjonen, og deretter relasjonsbygging. Dette drøftes opp imot faglitteratur, forskning, egne erfaringer og tanker. Avslutningsvis presenterer vi en kort oppsummering med vår konklusjon.

1.4 Begrepsavklaring

Utfordrende atferd: Tidligere benyttet man seg av begrepet vanskelig atferd der fokuset lå på symptomene. Det som er faren med dette er at man behandler symptomene, og ikke de bakenforliggende årsakene. I nyere tid har man derfor benyttet begrepet utfordrende atferd. Dette begrepet åpner for at årsakene til atferden ikke nødvendigvis ligger hos den demensrammede, men kan ligge i for eksempel miljøfaktorer eller samhandlingen (Engedal & Haugen, 2009).

Pasient: Travelbee (1999) er kritisk til begrepet pasient. Hun påpeker at ved bruk av begrepet pasient, følger det en "merkelapp". Denne "merkelappen" kan være truende for vårt syn på det enkelte, unike individ. Det kreves lite av en sykepleier å bruke dette begrepet, i form av følelsesmessig engasjement, omtanke og refleksjon. Kanskje kan dette begrepet bli en del av en menneskelig reduksjonsprosess, der en slutter å se et menneske for et menneske, og heller ser det som en sykdom eller en oppgave som må utføres. På en annen side er det opp til sykepleier å huske at bak enhver "pasientlapp" er det et helt unikt individ, med en helt unik historie. Vi velger derfor å benytte oss av dette begrepet, med et litt kritisk blikk. Dette er også av praktiske årsaker, da det er pasientbegrepet som blir benyttet i våre lærebøker.

2 Metode

I denne delen av oppgaven vil vi gjøre rede for vårt valg av metode, søkeprosessen etter faglitteratur og forskningsartikler. Videre ønsker vi å se litt på kildekritikk til anvendt litteratur.

Ved valg av metode ser man på hva som vil gi gode data for å kunne svare på problemstillingen (Dalland, 2012). Et litteraturstudie tar for seg data som allerede er skrevet. Dette kan blant annet være bøker og forskningslitteratur. I vårt tilfelle var det mest hensiktsmessig å velge litteraturstudie som metode, da vi mener at det allerede eksisterer en del forskning og annen faglitteratur rundt temaet. Oppgaven er skrevet etter retningslinjer for litteraturstudier utgitt av Høgskulen på Vestlandet i forbindelse med bacheloroppgave våren 2017.

2.1 Søkeprosessen

Ut ifra vår problemstilling har vi ønsket å finne forskning som sier noe om hvordan man kan forebygge utfordrende atferd hos personer med demens i stellesituasjoner. Som nevnt innledningsvis har vi i praksis erfart at kommunikasjon og samhandling kan være krevende i stellesituasjoner. Svikt i kommunikasjon og samhandling kan derfor være en årsak til utfordrende atferd. Vi har derfor sett på hvordan kommunikasjon, kunnskap og kjennskap til pasienten kan spille en rolle i forebyggingen. Videre har vi også søkt etter artikler som sier noe om hva den demensrammede opplever som god pleie, og hva som er viktig for dem i deres hverdag. Vi tenker at dette kan være med på å gi et innblikk i hva som kan føre til utfordrende atferd.

Det første vi gjorde var å samle sammen faglitteratur for å se hva som allerede var skrevet om emnet i pensumbøker og andre fagbøker på biblioteket. Vi valgte så ut faglitteratur som tok for seg temaene demens og utfordrende atferd. Her valgte vi bøker som vi anser som anerkjente innenfor temaet. En av bøkene er utgitt av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, og to andre har vi vurdert som gode da de er pensum på andre universiteter og høyskoler. Når vi har sett på sykepleieteoretikerne har vi gått til primærkildene, og det er derfor disse fagbøkene er noe eldre enn resten.

Vi har søkt etter forskningsartikler gjennom hele skriveprosessen. Ikke alle søkene har gitt resultater som vi ønsker å benytte oss av i denne oppgaven. Vi har derfor valgt å kun beskrive de søkene som har vært resultatgivende. Det første vi jobbet med var å bli kjent med "MeSH" termene som ble benyttet. Søkeprosessen vår ligger også vedlagt i slutten av oppgaven (Vedlegg 1).

Vi startet med å søke i databasen Svemed+ og benyttet oss av søkeordene “dementia” og “challenging”. Dette ga oss 26 resultater der vi valgte å ta med “utfordringer og kompetanse i demensomsorgen - pleierens perspektiv” skrevet av May-Karin Rognstad og Dagfinn Nåden (2011).

Videre har vi merket oss forfatteren Øyvind Kirkevold gjennom faglitteraturen vi har benyttet. Han er omtalt inne på kompetansetjeneste for aldring og helse, og vi har hørt om han i sammenheng med studiet. Vi valgte derfor å benytte oss av søkeordet “Kirkevold” i Svemed+ og fikk opp 45 treff. Her valgte vi ut studiet “Nytten av systematisk opplæring av helsepersonell innen eldreomsorgen - en evalueringsstudie av den norske ABC-modellen” skrevet av Kari Rudningen Fossli, Øyvind Kirkevold og Lisbeth Fagerström (2014).

Derfra ønsket vi å se på studier som omhandler kommunikasjon i stellesituasjoner. Vi benyttet oss av søkeordene “dementia”, “communication” og “morning care”. Vi avgrenset søket til de siste 5 årene og fikk dermed opp 36 treff. Av disse ønsket vi å ta med “Communication skills training in a nursing home: Effects of a brief intervention on residents and nursing aides” skrevet av Suzan Sprangers, Katinka Dijkstra og Anna Romijn-Luijten (2015).

Vi ønsket videre å se mer på kommunikasjon og utfordrende atferd. Vi benyttet oss derfor av søkeordene “dementia”, “challenging behaviour” og “communication” i databasen Medline. Vi avgrenset til de siste fem årene, og fikk opp hele 121 treff. Etter å ha lest overskriftene ble flere av artiklene luket ut og vi satt igjen med “The facilitators of communication with people with dementia in a care setting: an interview study with healthcare workers” av Miriam Ruth Stanyon, Amanda Griffiths, Shirley A. Thomas og Adam Lee Gordon (2016).

Til slutt ønsket vi å finne noe forskning som tok for seg personer med demens sitt perspektiv på hva som var viktig i omsorgen. Vi brukte derfor søkeordene “perspective”, “dementia”, “nursing home” i Pubmed, og begrenset til siste 5 år og fulltekst tilgjengelig. Vi fikk da 75 treff. Av disse valgte vi studiet “Quality in residential care from the perspective of people living with dementia: The importance of personhood” skrevet av (Milte et al., 2016).

Det viser seg at det er svært lite forskning på forebygging av utfordrende atferd spesifikt i stellesituasjoner. Vi har derfor sett på artikler om forebygging av utfordrende atferd generelt, og vurderer det til at det også kan benyttes i stellesituasjoner.

2.2 Kildekritikk

Dalland (2012) sier at kildekritikk er en metode man benytter seg av for å avgjøre om en kilde er sann. Når vi har valgt ut faglitteratur vi ønsker å benytte oss av, så har vi sett gjennom pensumlisten og funnet relevant litteratur. Vi har videre valgt faglitteratur av nyere dato og av anerkjente forfattere innenfor temaet. De eneste kildene vi har som er eldre enn 10 år er Kari Martinsen og Joyce Travelbee (Martinsen, 2003; Travelbee, 1999). Dette har vi gjort da disse sykepleieteoretikerne fortsatt blir undervist i på studiet, og vi anser stoffet i bøkene som like relevant nå som da de ble utgitt. Vi føler oss dermed trygge på at den anvendte faglitteraturen i denne oppgaven er god og relevant for problemstillingen.

Forskningsartiklene er funnet ved å søke i kjente databaser som Svemed+, Medline og Pubmed. Det var viktig for oss at forskningen var fra nyere tid, og vi satte tidlig krav om at de ikke skulle være eldre enn 10 år. Forskningen vi har benyttet oss av i denne oppgaven er fagfellevurdert. Det vil si at artikkelen er vurdert av eksperter innenfor fagfeltet (Dalland, 2012).

Når vi ser på sterke og svake sider ved de forskningsartiklene vi har valgt, anerkjenner vi at artiklene er relativt like med like resultater. Vi skulle kanskje ønsket at vi i tillegg hadde funnet artikler med andre vinklinger og/eller resultater på hvordan en kan forebygge utfordrende atferd, men dette har vi ikke klart å finne.

“Vägen till rörelse” av Cécile Shilliger og Christina Wångblad (2010) er et hefte som er utgitt av hjelpemiddelinstittuttet i Sverige og omhandler mobilisering av personer med demenssykdom. Vi har ikke funnet denne kilden i litteratursøket vårt, men har vært kjent med den fra tidligere arbeid. Vi har ønsket å bruke den som en supplerende kilde, da den er enkelt skrevet og lett forståelig med gode eksempler og illustrasjoner. Vi anser denne kilden som pålitelig da den er utgitt i samarbeid med hjelpemiddelinstittuttet i Sverige. Videre samsvarer innholdet med annen litteratur på området.

3 Teori

3.1 Demens og utfordrende atferd

Det er sjeldent før 70-årene at aldersdemens forekommer. Av mennesker over 90 år viser det seg at nesten annet hvert menneske har utviklet aldersdemens (Folkehelseinstituttet, 2015). Demenssykdom kjennetegnes ved kognitiv svikt. Dette innebærer forandringer og svekkelse av flere funksjoner, som vil påvirke dagliglivet til de som er rammet av sykdommen. Oppmerksomhet handler om fungering i dagliglivet. Det å evne å konsentrere seg om det som er viktig i en gitt situasjon, uten å la seg distrahere. Dette er noe av det første fremtredende symptomet i sykdomsforløpet (Engedal & Haugen, 2009). Hukommelsesfunksjonen er en sammensatt og komplisert funksjon (Solheim, 2015). Vi skal derfor se litt nærmere på dette.

Korttidshukommelsen er det umiddelbare minnet, og henger nært sammen med oppmerksomhet, noe som gjør at det blir viktig å unngå distraksjoner i omgivelsene (Solheim, 2015). Den emosjonelle hukommelsen, altså følelser vi husker tilknyttet en gitt situasjon/hendelse i løpet av livsløpet, er som regel intakt. Selv om det forekommer en intellektuell svikt, vil ikke dette si det samme som at det forekommer en følelsesmessig svikt (Solheim, 2015). Prosedural hukommelse innebærer handlinger du gjør eller har gjort ofte gjennom livet, som blir automatisert. Dette forutsetter at situasjonen ikke forandres over tid og er tilknyttet bestemte handlinger (Engedal & Haugen, 2009). Dersom handlingene blir opprettholdt kan en pasient med demenssykdom bevare den prosedurale hukommelsen lengre, og gjennom dette styrke selvfølelsen (Solheim, 2015). Semantisk hukommelse omhandler generell informasjon, som ikke er knyttet opp mot konkrete situasjoner i livene til enkeltpersoner. Denne hukommelsen handler om tilegnet informasjon/lærdom, som faktakunnskaper, men er også nært knyttet til kultur. Den lagrer normer og regler for hvordan en opptrer og uttrykker seg i sosiale settinger, innenfor personens gitte kultur (Engedal & Haugen, 2009). Gjenkjenningshukommelse er når en husker noe som følge av at en får en påminner fra omgivelsene. Dersom personalet ved et sykehjem kjenner pasientenes historie, kan dette være et viktig hjelpemiddel for hukommelsen (Engedal & Haugen, 2009). Evnen til å planlegge handlinger i en bestemt rekkefølge styres av planleggingshukommelsen. Denne typen hukommelse er en av de som begynner å svikte tidlig i sykdomsforløpet. Dette er noe en ofte ser hos denne pasientgruppen i for eksempel stellesituasjoner. Pasienten kan begynne å vaske seg nedentil, glemme den naturlige rekkefølgen, og deretter vaske seg i ansiktet. Dette kan vise seg på flere måter, noen kan bli motorisk urolige, mens andre kan bli passive da de ikke husker hva som skal skje (Solheim, 2015).

Mennesker rammet av demenssykdom står ofte overfor en rekke utfordringer i dagliglivet, som følge av sykdommen. Noen av disse utfordringene kan blant annet bunne i svekkede sanser, språkvansker, endret romfølelse, endret virkelighetsoppfatning, handlingssvikt og evne til å gjenkjenne objekter. Språkvansker (Afasi) er det ikke sjeldent at forekommer hos denne pasientgruppen. Herunder både svikt i produksjonen av språk og forståelsen. Videre utover i sykdomsforløpet kan aproksi opptre, der pasienten ikke lenger er i stand til å utføre en handling, selv om vedkommende vet hva som skal gjøres. Dette handler ikke om førlighet eller forståelse av oppgaven, men en kognitiv forstyrrelse av utførelsen. Videre kan svekket oppmerksomhet for stimulering fra en av kroppssidene forekomme, som resultat av skader i hjernen. Dette kalles neglekt, og en skiller mellom kroppsnelekt og romnelekt. Ved kroppsnelekt vil pasienten neglisjere stimuli på den ene siden av kroppen. Dette kan for eksempel være i form av berøring, kroppsstilling eller smerte. Romnelekt handler om neglisjering av stimuli fra omverdenen fra høyre eller venstre side. Dette vil si i praksis at pasienten kan ha vansker med å rette oppmerksomheten mot det som befinner seg på den neglisjerte siden. Resultatet kan blant annet bli at pasienten ikke finner gjenstander som befinner seg der. Det er ikke sjeldent at mennesker med demenssykdom befinner seg et annet sted i form av rom og tid. Dette kan gjøre det svært utfordrende å fatte hva som foregår. Derfor kan pleierens opplevelse og forståelse av hva som foregår her og nå, være totalt forskjellig fra pasientens. Dette er blant de faktorene som kan bidra til at pasienten lever i en helt eller delvis kaotisk verden (Engedal & Haugen, 2009).

De atferdsendringer som kan komme ved en demenssykdom har ofte et sammensatt og komplisert årsaksbilde. Det kan være hjerneorganisk betinget ved noen typer demens, men det kan også være en måte de demensrammede forsøker å kommunisere på (Solheim, 2015). I Engedal og Haugen (2009) blir årsaken til utfordrende atferd lagt mer over på samhandlingen og andre miljøfaktorer enn forhold knyttet til demenssykdommen. Dermed blir det lagt vekt på at man må finne årsaken i hvert enkelt tilfelle for å kunne forebygge det. Det kan også tenkes at det vi opplever som en utfordrende atferd er den eneste måten de demensrammede klarer å kommunisere på. Ettersom utfordrende atferd ofte skjer fordi den demensrammede ønsker å kommunisere noe som er galt, kan en løsning ligge i fire ulike forhold. Forholdene er som følger; forståelse av selve atferden, endre hjelperens atferd, justere miljøfaktorer og endre forhold hos pasienten selv (Solheim, 2015). En hyppig årsak til utfordrende atferd under stellesituasjoner er trolig at personen med demens ikke forstår hva som skjer i stellesituasjonen, og dermed føler seg sårbar og truet (Engedal & Haugen, 2009). Utfordrende atferd må sees på som

normale reaksjoner som er knyttet til situasjonen pasienten befinner seg i, istedenfor avvik. En kan betrakte atferden som en reaksjon på at pasientens behov ikke dekkes (Engedal & Haugen, 2009).

3.2 Det gode stell

Evnen til å gjennomføre et godt stell er kanskje den mest grunnleggende ferdigheten i sykepleieryrket. Denne ferdigheten er sammensatt og omfattende, der pasienten skal bli sett og bekreftet som et unikt menneske. Kommunikasjonsutfordringer stiller store krav til sykepleiers evne til samhandling og innlevelse. I det gode stell skal en se pasienten med et helhetlig menneskesyn. Dersom en ser på stellet som en infeksjonsforebyggende prosedyre, kan den gamle fort bli objektivisert, som igjen kan føre til uheldig samhandling. Eldre mennesker trenger ofte mer tid enn yngre til å utføre en oppgave. Det er viktig å ha fokus på kroppen som et levd liv, med uttrykk for personens opplevelse og identitet. Dette forutsetter at sykepleier kjenner pasienten både som den en er i dag, og den pasienten en gang var. Sykepleier kan da få innsikt i hva som er viktig for hver enkelt. Et stell skal ideelt sett gi både sykepleier og pasienten en følelse av verdighet, mestring og fellesskap. For de fleste eldre hjelpetrengende pasienter vil ikke behovet for hjelp i stell avta, men målet vil være å forebygge og beholde gjenværende ressurser. Alle mennesker har behov for fysisk kontakt og berøring. Dette blir en spesielt viktig form for kommunikasjon med demenssyke pasienter. Sykepleier kan bevisst bruke berøring for å formidle sympati, trøst og godhet, samt fremme velvære (Brodtkorb, 2014).

3.3 Kari Martinsens omsorgsteori

Martinsen (2003) beskriver omsorg som ønsket om å ivareta og hjelpe. Det handler om nestekjærlighet, og at en skal gjøre mot andre det en ønsker at andre skal gjøre mot en selv. Dersom pleien har omsorgens kvaliteter, er den både rasjonell, praktisk og moralsk. Mennesker er rasjonelle og omsorgen vi utøver er rasjonell. Det vi si at den forutsetter minst to parter. Vi forholder oss til både mennesker, dyr, natur og en skapende kraft. Vi er avhengige av hverandre og ønsker å være en del av et fellesskap. Den menneskelige avhengigheten stimulerer til omsorg. Omsorg er praktisk betinget. Vi er nødt til å evne å sette oss inn i situasjonen den andre befinner seg i, for å forstå hvordan en skal yte omsorgen. Omsorg læres, og evnen utvikles gjennom praktisering. For at noe skal kalles omsorg må det dreie seg om handlinger som utføres, og ikke minst hvordan disse handlingene blir utført. God og ekte omsorg utøves betingelsesløst uten tanke på egen vinning, og er derfor knyttet til moral. Omsorgen betinger riktig oppfatning av situasjonen, der en hjelper på riktig måte. Det påpekes at tilstedeværelse i situasjonen også er helt sentralt (Martinsen, 2003).

Gjennom å anvende sin medmennesklighet og fagkunnskap kan sykepleiers omsorg bli fulkommen. Dersom en tar bort fagkunnskapen, står bare den sentimentale omsorgen igjen, og motsatt vil fagkunnskapen kunne stå alene som rutinepreget og mekanisk. Ved å se på egne verdier med et kritisk blikk utvikles omsorgsevnen, da beslutninger tas ut fra vårt eget menneskesyn. Slik blir en bedre rustet til å møte nye krevende omsorgssituasjoner. Det å ta ansvar for svake er noe som må læres gjennom erfaring. Hvilke holdninger sykepleier har til pasientene er noe av det viktigste i yrket. Holdningene våre uttrykker verdier, som igjen kommer til uttrykk gjennom våre handlinger. Når en blir syk blir faktorer som gir lys i hverdagen enda viktigere (Martinsen, 2003).

3.4 Menneske-til-menneske-forholdet

Travelbee (1999) tar for seg menneske-til-menneske-forholdet . Dette er et forhold som oppnås når sykepleier-pasient-forholdet settes til side, og en ser hverandre som enkelte unike individer. Når dette oppnås oppstår det en mellommenneskelig kontakt, som gjør sykepleier i stand til å hjelpe pasient og pårørende til å mestre sykdom og lidelse. Menneske-til-menneske-forholdet er noe som bygges opp over tid og gjennom flere faser. Fasene er som følger; det første møtet, identiteter som vokser frem, empatifasen, sympatifasen og kontakt med gjensidig forståelse. Sistnevnte etablerer menneske-til-menneske-forholdet som et resultat av de foregående. Noen forhold bygges fortere opp enn andre og underveis kan en oppleve tilbakeskritt i utviklingen eller at den flater ut.

Menneske-til-menneske-forholdet blir etablert og opprettholdt målbevisst av den profesjonelle sykepleieren, med hensikt å oppnå sykepleiens mål. En profesjonell sykepleier har en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte. Denne tankeprosessen reflekterer og resonnerer, tenker logisk og overveier. Dette handler om å kunne anvende kunnskapen i praksis og utøving av faglig skjønn. Dette gjør at en er bedre rustet til å oppfatte og møte behovet til pasient og pårørende. Videre må dette kombineres med å bruke seg selv terapeutisk. Ved bruk av sykepleiers personlighet og kunnskap kan en bidra positivt for pasienten. Dette kalles for terapeutisk bruk av seg selv. Pasientens plager kan avta, som resultat av hvordan sykepleier anvender seg selv. Dette forutsetter at en har god innsikt i hva livet kan innebære, evne til å tolke andres atferd, samt være kritisk til seg selv. En sykepleier skal se mennesket som et unikt vesen med en uendelig verdi (Travelbee, 1999).

3.5 Kommunikasjon og samhandling

Demenssykdom er noe som kan forstyrre kommunikasjonsevnen, etter hvert som sykdommen utvikler seg. Både evnen til å forstå og evnen til å gjøre seg forstått blir påvirket (Rokstad & Smebye, 2008).

Kommunikasjon er noe som foregår hele tiden under en samhandling, enten den er verbal eller nonverbal, bevisst eller ubevisst. Alt en sier og gjør, sender et signal til mottakeren. Sykepleierens holdning og verdier vil alltid kommuniseres, og pasienten vil reagere tilsvarende. Gjennom nonverbal kommunikasjon kan en gi uttrykk for omsorg gjennom måten en utfører en handling på, eller bare ved et "godt" blikk. Det er kommunikasjonen som gir sykepleier mulighet til å etablere et menneske-til-menneske-forhold, slik at sykepleiers mål og hensikt kan oppnås. Kommunikasjon er sykepleiers redskap for å vise omsorg, gjennom måten en utfører sine oppgaver. Den profesjonelle sykepleieren vil bevisst bruke kraften og styrken kommunikasjonen inneholder til å påvirke pasienten. Sykepleier må være var og sanse det pasienten formidler. På denne måten kan sykepleier se mennesket bak "pasientstempelet", og dermed finne ut hva som er pasientens individuelle behov. Når sykepleier blir kjent med pasienten som et unikt individ, settes en i stand til å lettere kunne oppfatte forandringer i pasientens tilstand, samtidig som sykepleier får en bedre følelse for timing i samhandlingen (Travelbee, 1999) .

Schilliger og Wångblad (2010) omtaler kommunikasjon og samhandling med demensrammede. De påpeker at for denne pasientgruppen er det spesielt viktig å føle at de har en verdi, at de mestrer og kan være til nytte. Pasienten må få slippe å bli påminnet alt en ikke kan, og få bruke de ressursene en har. Schilliger og Wångblad sier videre at det er svært viktig i samhandling og gi mennesker med demenssykdom den tiden de behøver. De trenger tid til å høre hva som har blitt sagt, de trenger tid til å forstå innholdet av ordene, de trenger tid til å reagere, og de trenger tid til å gjennomføre handlingen. Dersom pasienten ikke får den tiden som kreves kan dette påvirke pasientens humør, noe som igjen kan påvirke adferden.

4 Presentasjon av forskningsartikler

4.1 utfordringer og kompetanse i demensomsorgen - pleierens perspektiv (2011)

Hensikt: Belyse hvordan personalet opplever å arbeide med demensrammede personer med utfordrende atferd, samt belyse behovet for kompetanseheving hos personalet slik at den demensrammede pasienten beholder sin verdighet.

Metode: Det ble benyttet et semistrukturert intervju med intervjuguide som senere ble analysert etter temaer. Informantene er tolv omsorgsarbeidere som arbeider ved en avdeling, spesielt utformet for pasienter med uforutsigbar atferd.

Resultat: Mange av de som jobber med utfordrende atferd opplever redsel og maktesløshet. Arbeidssituasjonen er lite forutsigbar, noe som stresser personalet. Bemanningssituasjonen omtales som problematisk, og personalet føler ofte de må inn i situasjoner de ikke føler seg trygg i, eller er uetiske og uforsvarlige. De opplever det videre som svært vanskelig å måtte utføre tvang i situasjoner der det er til det beste for pasienten, men hvor pasienten motsetter seg hjelpen. Personalet ønsker derfor en kompetanseøkning, da de ikke vet hvordan de skal håndtere vanskelige situasjoner. De opplever det å lese pasientene for å unngå uro og utfordrende atferd som vanskelig, og tilføyer at når de får dette til, oppleves arbeidet som godt og meningsfullt.
(Rognstad & Nåden, 2011).

4.2 God omsorg for urolige personer med demens (2016)

Hensikt: Belyse hva god omsorg kan være ved en skjermet avdeling for demensrammede.

Metode: Kvalitativt design med deltagende observasjon i to ulike avdelinger i to ulike kommuner i Norge. Avdelingene som ble valgt er spesielt tilpasset de med svært langtkommen demens eller så utfordrende atferd at de ikke kunne bo ved vanlig skjermede avdelinger. Feltnotatene fra observasjonen ble analysert og felles kategorier ble identifisert og samlet i ett dokument. Kategoriene ble underveis presentert for personalet på avdelingen som ga viktige innspill og validering.

Resultat: Tre hovedtemaer ble fremtredende; alltid beredt personale, fleksibilitet og kunnskap. Beredt til å utnytte “det gylne øyeblikket” slik at man kan få til å hjelpe uten å møte motstand. Fleksibel ved at man godtar og tåler uforståelige handlinger, bruker avdelingens rutiner som en flytende ramme som kan bli brutt. Det siste temaet er at personalet må ha kunnskap om sykdommen og dens aspekter samt kjennskap til pasienten og deres vaner, preferanser og personlighet. (Thorvik, Helleberg & Hauge, 2014).

4.3 The facilitators of communication with people with dementia in a care setting: an interview study with healthcare workers (2016)

Hensikt: Beskrive hvordan en kan tilrettelegge for kommunikasjon med personer rammet av demenssykdom. Beskrivelsen er av om en pleiesetting, fra pleierens perspektiv.

Metode: Kvalitativt studie fra Storbritannia. 16 helsearbeidere som arbeider med demensrammede til daglig ble intervjuet, ved hjelp av et semistrukturert forskningsintervju. Det ble benyttet en intervjuguide og intervjuene ble analysert etter temaer.

Resultat: Deltakerne legger vekt på at en bred kunnskap om demens er essensielt for å oppnå en god kommunikasjon med personer rammet av demens. Like viktig er det å ha et realistisk syn på hva en kan forvente å oppnå under en samhandling med denne pasientgruppen. En må se på utfordrende atferd som en respons på at pasienten ikke har fått møtt sine behov og forsøker å uttrykke dette. Det er viktig å se alle pasientene som unike individer med en egen personlighet, preferanser og historie. Stellesituasjoner bør benyttes til å bygge relasjoner da man er uten distraksjoner og en-til-en kontakt. Videre er det ulike kommunikasjonsstrategier en kan benytte seg av, men dette er svært ulikt fra person til person. Det er derfor viktig å bli kjent med pasientene slik at en kjenner til deres preferanser og væremåte. Det som går igjen er tilpassing av hastighet på aktiviteter og samtaler, slik at pasienten henger med både mentalt og fysisk. En bør forenkle setninger og ha et rolig toneleie uten å overdrive. Det er viktig med nonverbal kommunikasjon som øyekontakt, berøring og ansiktsuttrykk, men også her kan det være personlige preferanser. Det neste punktet i resultatet er organisatorisk tilrettelegging som gir mulighet for relasjonsbygging og et kunnskapsløft. Til slutt er det fysiske miljøet viktig med orden, rolig atmosfære og stimulerende omgivelser. (Stanyon, Griffiths, Thomas, & Gordon, 2016).

4.4 Nytten av systematisk opplæring av helsepersonell innen eldreomsorgen - en evalueringsstudie av den norske ABC-modellen (2014)

Hensikt: Vurdere nytteverdien av ABC-modellen som et læreverktøy i Norske helsetjenester. Dette i lys av kommunenes behov for kvalifisert og oppdatert helsepersonell.

Metode: Deskriptivt evalueringsstudie ved hjelp av strukturerte spørreskjemaer. Skjemaene ble delt ut til deltakere av opplæringsopplegget, avdelingsledere og kommunekontakter. Spørsmålene ble utarbeidet ved hjelp av gruppeintervjuer og ble formulert som påstander og spørsmål. Svaralternativene hadde en gradient på 6 fra "svært enig" eller "ja, absolutt" til "helt uenig" eller "absolutt ikke".

Resultat: 62% svarte "ja, absolutt" på spørsmål om programmet hadde gitt økt kompetanse. 92% svarte at ABC-modellen har større læringseffekt i forhold til dagskurs, og kan benyttes til å styrke kompetansen både til de med og uten faglig utdanning. Videre mente 94% at den økte kompetansen deres har påvirket deres forhold til pasientene. På de åpne spørsmålene kommenterte noen at ABC-modellen ga de mer kunnskap og dermed større forståelse og innsikt. Det ble også sagt at de følte seg mer bevisste på egne holdninger og verdier. De lærte gjennom å høre andres erfaringer og refleksjoner. Det ble også hevdet at ABC opplæringen burde være et minstekrav og et obligatorisk opplegg for alle som skulle arbeide med demens.

(Fossli, Kirkevold & Fagerström, 2014).

4.5 Quality in residential care from the perspective of people living with dementia: The importance of personhood (2016)

Hensikt: Beskrive hva som har betydning for livskvaliteten til de som bor på et sykehjem med en demenssykdom. Beskrivelsene kommer fra pasientene selv og pårørende. Undersøke hvilke faktorer er viktig for å sikre god livskvalitet.

Metode: Det ble gjennomført fokusgrupper og intervjuer med demensrammede personer og deres pårørende, fra tre ulike sykehjem i Østerrike. De demensrammede deltok i et semistrukturert intervju av fagpersoner, som er spesielt trent på intervju av personer med demenssykdom. Pårørende deltok i fokusgrupper ledet av to fagpersoner tilknyttet studiet.

Resultat: To temaer markerte seg spesielt. Pleie som ivaretar individet og respekterer personen med demens. Et individ med egne behov og preferanser. Det andre temaet er hjelp til å opprettholde kontakt med familie og venner. Følelsen av å bli identifisert med en diagnose eller en oppførsel, og ikke en person med et eget liv oppleves nedverdiggende og respektløst. Dette bidro til dårligere utfall i den daglige pleien. Videre er det viktig for personene med demens at de har en stor grad av autonomi og frihet. Det var også viktig at de får utføre meningsfulle aktiviteter som gir de følelsen av å være nyttig og verdsatt.

(Milte et al., 2016).

4.6 Communication skills training in a nursing home: Effects of a brief intervention on residents and nursing aides (2015)

Hensikt: Bygge på tidligere forskning der helsearbeidere har fått kursing i kommunikasjon med demensrammede personer. Dette har vært teknikker som bygger på kommunikasjon på et likeverdig nivå. Det legges vekt på korte og klare instruksjoner/setninger, samt kommunikasjon utenfor praktiske gjøremål. Dette studiet ønsker å ta lærdom fra dette, og gjøre kursingen mindre ressurskrevende, samt lettere å implementere. Den ønsker også å se på hvordan det øker frekvensen og kvaliteten i kommunikasjonen. Videre se på hvordan helsearbeiderne opplever endringene.

Metode: 24 helsearbeidere ble med i studien og 26 pasienter med en demensdiagnose. Disse ble delt inn i en kontrollgruppe og en gruppe der helsearbeiderne skulle motta kursing innen kommunikasjon. Det ble benyttet to ulike verktøy for å måle typen kommunikasjon pleiepersonalet benyttet seg av. Et verktøy var for eksempel om det var positive eller negative ladede ord i samhandlingen. Ulike verktøy ble benyttet for å måle nivået av stress omsorgsarbeiderne opplevde, hvor fornøyde de var med jobben sin og frekvensen av utfordrende atferd hos de demensrammede. Helsearbeiderne mottok så kursing i ulike kommunikasjonsteknikker som passer for ulike varianter av demens. Interaksjonene ble så observert og målt med de samme verktøyene som før kursingen.

Resultat: Kommunikasjonstreningen førte til at kvantiteten og kvaliteten til kommunikasjonen økte. Hyppige tilbakemeldinger til pleierne er med på å bedre kunnskapen deres om kommunikasjon. Tilbakemeldingene gikk på hva de har gjort bra og hva de kan bli bedre på. Videre gir dette pleiere en

følelse av mestring. Dette vil bidra til positive interaksjoner mellom pasient og pleier, som igjen kan minske utfordrende atferd. Dette studiet fant likevel ingen direkte kobling mellom kommunikasjonstreningen og forekomsten av utfordrende atferd. (Sprangers, Dijkstra & Romijn-Luijten, 2015).

5 “Hvordan kan sykepleier forebygge utfordrende atferd i stellesituasjoner med pasienter rammet av demenssykdom?”

5.1 Kunnskap og kjennskap

Vi tenker at alle mennesker har et behov for å bli forstått eller møte forståelse. Martinsen (2003) mener at for å yte god omsorg i pleien, må den inneholde tre forutsetninger. Den må være rasjonell, praktisk og moralsk. At omsorgen er praktisk, vil si at vi må sette oss inn i situasjonen pasienten befinner seg i, for å forstå hvordan en skal yte god omsorg. Martinsen mener at omsorg må læres, og at denne evnen ikke er noe som en utvikler gjennom bøker, men at medmenneskelighet og omsorg må praktiseres. Samtidig sier Martinsen at omsorgen først blir fullkommen når en anvender sin medmennesklighet kombinert med fagkunnskaper. Slik vi forstår dette, kan det tenkes at Martinsen mener at kunnskap alene ikke er nok for å yte god omsorg, og samtidig at praktisering alene heller ikke er nok. Vi tenker Martinsen med dette mener at den kunnskapen vi tilegner oss i praksis har en stor verdi, men at en samtidig har behov for en dypere faglig forståelse. Martinsen (2003) påpeker at dersom en tar bort fagkunnskapen, står bare den sentimentale omsorgen igjen. Motsatt vil fagkunnskapen kunne stå alene som rutinepreget og mekanisk. Slik vi ser det er faren ved den sentimentale omsorgen alene, at en kanskje ikke er i stand til å yte riktig helsehjelp eller kunne begrunne handlingene sine som faglig forsvarlig. Dersom fagkunnskapen står alene, tenker vi den gode relasjonen mellom sykepleier og pasient kan bli truet, og at god omsorg blir vanskelig å oppnå.

I praksis har det vist seg å være ulike kunnskaper og erfaringer knyttet til demens. Dette har også vist seg å ha sammenheng med kultur. I den siste praksisen vår fortalte en sykepleier med asiatisk opprinnelse at hun ikke hadde noen forståelse for demenssykdom da hun kom til Norge. Hun trodde dette var noe som ikke fantes i hjemlandet. Siden forsto hun at det var tabubelagt, og at denne pasientgruppen ble bortgjemt i deres samfunn. Hun tok derfor videreutdanning i demens. Videre fortalte hun at det var først når hun satt inne med denne kunnskapen at hun opplevde at hun kunne forstå denne pasientgruppen, og dermed ha den tålmodigheten som kreves.

Regjeringen slår fast at det er et behov for kompetanseøkning i helsevesenet rundt diagnosen demens. Dette for å kunne utvikle mer tilrettelagte og tilpassede tjenester. Dette er blant annet gjort ved at Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har utviklet opplæringsverktøyene demensomsorgens ABC og eldreomsorgens ABC. Disse verktøyene er blitt tatt i bruk hos 94% av landets kommuner, likevel

har få av de ansatte gjennomført opplæringen. Dette er mye på grunn av at det ikke nås ut til vikarer og deltidsansatte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Et evalueringsstudie av ABC modellen viser at de fleste som gjennomførte opplæringen opplevde at det hadde gitt økt kompetanse og forståelse for demens. Enkelte deltakere i studiet gikk så langt som å mene at opplegget burde være obligatorisk for alle innen demensomsorgen (Fosli, Kirkevold & Fagerström, 2014).

For å forstå et menneske rammet av demenssykdom, kan det tenkes at det er gunstig med kunnskap om bakenforliggende faktorer som gjør hverdagen utfordrende. Som blant annet at eldre mennesker ofte trenger mer tid på å utføre en oppgave (Brodtkorb, 2014). På en annen side kan det hende det hjelper lite å vite at "Olsen" trenger lenger tid på bakgrunn av demenssykdom, med tanke på eldreomsorgens bemanning og det stadige tidspresset. Dette er også noe som kommer tydelig frem i NOVA-rapporten (Gautun, Øien & Bratt, 2016). Uavhengig av bemanning og tidspress, kan det tenkes at stellet vil gå raskere dersom en har kunnskap om hvilke utfordringer den demensrammede står ovenfor. Det er ofte flere faktorer som kan påvirker atferden og stellesituasjon forøvrig. Svekkede sanser, språkvansker, endret romfølelse, handlingssvikt, gjenkjenning av objekter og evne til planlegging er blant faktorer som kan skape utfordringer (Engedal & Haugen, 2009). For at pasienten skal kunne ta veiledning, tenker vi det er en forutsetning at de evner å se omgivelsene. Dersom vi tar for oss for eksempel forflytning, kan dette kanskje virke skremmende for pasienten dersom de ovennevnte faktorene er tilstede. Engedal og Haugen (2009) forteller at utfordrende atferd ofte bunner i angst. Ved kunnskap om dette vil en kunne veilede ut i fra pasientens forutsetning, og kanskje sykepleier da kunne unngå utfordrende atferd ved forflytning.

I følge forskningen spiller kunnskap og kjennskap en sentral rolle på veien til god omsorg. Det viser seg at dette innebærer både kunnskap om demenssykdom generelt, men også kunnskap om hver enkelt pasient (Thorvik, Helleberg & Hauge, 2014; Stanyon, Griffiths, Thomas & Gordon, 2016). Det vil si at en kjenner til pasientens væremåte og vaner. Dette viste seg for eksempel ved at de visste at det ikke nyttet å få en pasient til å stå opp, med mindre hun satt på sengekanten. Det var også tilsynelatende viktig å ha kunnskap om de andre ansattes kunnskap, slik at man kunne spille på hverandre. For eksempel fikk en ansatt ikke til en situasjon med en pasient, trakk seg tilbake, og hentet en kollega som kunne gå inn i situasjonen. Det var viktig å spille på hverandre og ikke oppleve det at man ikke får til som et nederlag (Thorvik, Helleberg & Hauge, 2014).

En studie fra 2011 viser at det er flere sykepleiere som føler de ikke har den kunnskapen som kreves for å takle utfordrende atferd. Utfordrende atferd kunne føre til at personalet ble skremt, følte seg mislykket og var opphav til stress (Rognstad & Nåden, 2011). Dersom vi nå ser dette fra pasientens side, blir antagelig pasientens reaksjon igjen forsterket av personalets. Mange ønsker seg mer kunnskap og trening på hvordan en skal håndtere slike situasjoner. Informantene vektla verdien av å kunne "lese" pasienten for å kunne forutse utagering (Rognstad & Nåden, 2011). Vi tenker dette kanskje forutsetter kjennskap til pasienten. Martinsen (2003) sier at omsorg må ytes på rett måte etter riktig oppfattelse av situasjonen. Under studiet har vi lært at en ikke skal "hjelpes pasienten til hjelpeløshet". I dette ligger det at pasienten må få bruke de ressursene en har. For å vite hvilke ressurser pasienten sitter inne med tenker vi det her også kan kreve kunnskap og kjennskap til pasienten. I det gode stell skal en se pasienten med et helhetlig menneskesyn (Brodtkorb, 2014). Hvordan kan en gjøre dette uten å ha kjennskap til pasienten?

En studie fra 2016 bygger oppunder at det kan være essensielt å ha omfattende kunnskap om demenssykdom. Dette blant annet for å oppnå god kommunikasjon. Ved å ha kunnskap om kommunikasjon kan en få bedre innsikt i hva en kan forvente å oppnå under en samhandling med en som er rammet av demens (Stanyon, Griffiths, Thomas & Gordon, 2016). Dette er noe vi ser nærmere på i neste punkt.

5.2 «Det første møtet»

Innledningsvis presenterte vi vårt tenkte case, hvor vi viser hvordan det kan oppleves for et menneske med demens å våkne på en institusjon. Da mennesker med demens har et begrenset korttidsminne, kan det tenkes at hver morgen oppleves som det første møtet med sykepleier for pasienten. Vi ønsker derfor å se nærmere på hvordan kommunikasjon og samhandling under "det første møtet" kan påvirke stellesituasjonen.

Når vi tenker på hvordan det ville vært å våkne på den måten som beskrives i caset, høres dette ut som et skrekkszenario. Vi tenker derfor det kan være avgjørende hvordan dette fremmede menneske kledd i hvitt trer frem og samhandler i situasjonen. Det å evne å gi et godt stell er en sammensatt og omfattende ferdighet. Ingen mennesker er like, noe som selvfølgelig ikke er annerledes for mennesker rammet av demenssykdom. En skal se pasienten som et unikt individ med et helhetlig menneskesyn

(Skovdahl & Berentsen, 2014). Vi tenker dette innebærer at det ikke bare er nok å hjelpe “Olsen” med hygienen, men at stellesituasjonen kan brukes som et springbrett for mye mer.

Alle er vi unike individer med en egen personlighet, preferanser og en historie. Stellesituasjonen er en ypperlig anledning der en kan bli kjent med pasienten med en-til-en-kontakt uten andre distraksjoner (Stanyon, Griffiths, Thomas & Gordon, 2016). I en artikkel basert på mennesker med demens sitt perspektiv, kommer det frem at det viktigste er å føle seg ivaretatt og respektert som et individ (Milte et al., 2016). For å ivareta noen som et individ tenker vi det er viktig å reflektere over hvordan en selv ønsker å bli møtt og hvordan en ønsker at sine nærmeste blir møtt.

Vi kan ta for oss to scenarioer. I den første kommer en fremmed i hvitt raskt inn i rommet. Lyset slås på og døren lukkes. Dynen dras til side, samtidig som det sies: “God morgen, nå er det tid for å stå opp”. Ved scenario nummer to kommer den fremmede i hvitt rolig inn i rommet og lar døren stå litt på gløtt, slik at lyset fra gangen slipper inn. Den fremmede sier: “God morgen Olsen”, går rolig bort til sengen og ser pasienten i øynene. Den fremmede tar pasienten i hånden, smiler og presenterer seg. Spør så om det er greit å slå på lyset. Når lyset er på, lukkes døren. Den fremmede går tilbake til pasienten, etablerer øyekontakt og spør om pasienten har sovet godt. Forteller så at “jeg er her for å hjelpe deg på badet”.

Gjennom praksis har vi erfart at det første scenarioet ofte er slik personalet går frem i en stresset hverdag. Det er ikke sjeldent at responsen som møter er en irritabel pasient som tviholder på dynen, og myser mot det fluoriserende lyset. Scenario nummer to er slik vi tenker vi selv hadde ønsket å bli møtt. Mennesker med demenssykdom har ytret at det er viktig for dem med en sterk autonomi og frihet (Milte et al., 2016). I det første scenarioet kan det se ut som pasientens autonomi og frihet står i skyggen av en stresset jobbhverdag. Vi tenker at å bevare pasientens autonomi ikke bare handler om å få valgalternativer, men kanskje også om å handle slik at pasienten ønsker å være delaktig i det som skal skje. Dersom en bruker litt tid på å gi pasienten en rolig og behagelig start på dagen, kan det tenkes at dette kanskje kan forebygge utfordrende atferd i stellesituasjon. Dette er noe som underbygges av forskning. Studiet legger frem at dersom det er mye som foregår både med handling og ord samtidig, kan det være krevende for pasienten å henge med både fysisk og mentalt. Dersom sykepleier har et stille og rolig toneleie, viser det seg at dette trolig kan forhindre agitasjon og utfordrende atferd. Det er antagelig slik at evnen til å tolke toneleie er bevart til langt ut i sykdomsforløpet. Det er derfor viktig å

ikke lage en “spesiell” stemme (Stanyon, Griffiths, Thomas & Gordon, 2016). I praksis erfarte en av oss en helsearbeider som skulle vise hvordan en kunne kommunisere med en pasient med demenssykdom. Før vi gikk inn i rommet poengterte vedkommende at det var viktig å være på “deres nivå”. Når vi kom inn pratet pleieren med en “spesiell” stemme, som best kan beskrives som en barneaktig stemme. Pasienten opplevdes mer og mer frustrert utover samhandlingen. Til slutt veivet pasienten med armen og sa “Jeg er ikke noe barn, og jeg vil ikke ha hjelp!”.

Vi tenker at kommunikasjon kanskje er sykepleiers viktigste hjelpemiddel. Samtidig kan kommunikasjon være opphav til misoppfatning og konflikt. Kommunikasjonsutfordringer stiller store krav til sykepleiers evne til samhandling og innlevelse (Skovdahl & Berentsen 2014). Det er viktig å ha kunnskap om hvilke begrensninger den demensrammede har knyttet til kommunikasjon og samhandling. Utfordrende atferd bør sees på som en form for kommunikasjon, der pasienten kanskje forsøker å formidle noe, eller gir uttrykk for håpløse følelser (Stanyon, Griffiths, Thomas & Gordon, 2016). Dersom vi tenker på oss selv i situasjoner som føles håpløse, tror vi vår egen oppførsel bevisst eller ubevisst er et forsøk på å kommunisere noe. Dette er vel ikke annerledes for mennesker med demenssykdom?

For å oppnå god kommunikasjon er kunnskap, ferdigheter og egenskaper av stor betydning. En må ha et realistisk syn på hva en kan oppnå og lykkes med under en samhandling, og hva et menneske med demenssykdom kan oppfatte og forstå (Stanyon, Griffiths, Thomas & Gordon, 2016). Engedal og Haugen (2009) mener at en hyppig årsak til utfordrende atferd er at den demensrammede ikke forstår hva som skjer under samhandlingene. I det første scenarioet kan det tenkes at pasienten kanskje ikke har rukket å oppfatte hva som foregår. Som vi ser i forskningen kan det derfor være viktig å forklare aktiviteten nøye og rolig når den foregår og gjenta instruksjonen, ofte ved å omformulere (Stanyon, Griffiths, Thomas & Gordon, 2016). Schilliger og Wångblad (2010) omtaler tid som nøkkelen til god kommunikasjon med mennesker rammet av demenssykdom. En må tilpasse det som sies, med korte konkrete setninger. Dersom pasienten ikke forstår, må en finne de riktige ordene. I det andre scenarioet sørger sykepleier for å ha øyekontakt med pasienten. Ved formidling er det viktig å se pasienten i øynene, og vente med å si noe til pasienten oppfatter at en blir snakket til. Dersom pasienten ikke er oppmerksom på samhandlingen kan en ved berøring fange pasientens oppmerksomhet. Dette er noe forskningen underbygger. Gjennom øyekontakt kan vi gi uttrykk for følelser, gjennom ansiktsuttrykk kan vi vise åpenhet og gjennom berøring kan en skape og holde oppmerksomheten. På en annen side sier også

forskningen at det kan være store individuelle forskjeller på hvor mye øyekontakt og fysisk kontakt ulike mennesker ønsker (Stanyon, Griffiths, Thomas & Gordon, 2016).

Engedal og Haugen (2009) forteller at hos personer med langtkommen demenssykdom, kan det tenkes at verbal kommunikasjon blir uforståelig, og at den nonverbale kommunikasjonen blir desto viktigere. Kroppsspråk kan brukes enten i stedet for ord eller i en kombinasjon (Schilliger & Wångblad, 2010). Sykepleier kan også aktivt bruke kroppsspråk og berøringer for å formidle omsorg. Dette er noe som kan være spesielt viktig under samhandling med denne pasientgruppen (Brodtkorb, 2014). Dette er blant annet noe vi skal se nærmere på i neste punkt.

5.3 “Bestefar husker ikke hvem vi er, men han husker at vi er trygghet”

En av oss vokste opp med en bestefar som var rammet av demenssykdom. Han bodde på et sykehjem. Personalet beskrev han ofte som urolig, engstelig og tidvis utfordrende. Vi besøkte bestefar så ofte som mulig, til tross for en relativt stor geografisk avstand mellom oss. Når vi kom på besøk viste han alltid stor glede, og vi opplevde at han var trygg og gledet seg over samværet. Hver gang spurte min far “Kjenner du oss igjen? Vet du hvem vi er?”. Bestefar klarte aldri helt å svare på hvem vi var. Til tross for at han ikke visste hvem disse “fremmede” menneskene var, gav han uttrykk for at han var tilfreds. I etterkant kan det tenkes at selv om han ikke kunne huske hvem vi var, husket han at vi var trygghet.

Når vi ser på teorien er dette kanskje noe som kan forklares gjennom den emosjonelle hukommelsen. I den emosjonelle hukommelsen husker pasienten følelsene knyttet til en gitt situasjon eller enkeltmennesker (Solheim, 2015). Vi kan knytte dette opp mot prosedural hukommelse, der pasienten kan evne å huske bestemte handlinger gjennom repetisjon og kontinuitet (Engedal & Haugen, 2009). Vi ser for oss en situasjon der stellet foregår på samme måte hver dag, der det er kontinuitet i personale og situasjonen fremmer gode følelser. Det er vel ikke da utenkelig at dette i kombinasjon, kan gjøre at pasienten kan huske det som foregår i stellesituasjonen som noe positivt og trygt?

Travelbee (1999) sier at den profesjonelle sykepleier bevisst etablerer og opprettholder menneske-til-menneske-forholdet. Der de satte rollene i sykepleier-pasient-forholdet opphører, og den mellommenneskelige, trygge relasjonen kan oppstå. Gjennom kommunikasjon kan en oppnå menneske-til-menneske-forholdet. Dette forholdet bygges opp over tid, der en kan oppleve tilbakeskritt underveis. For å unngå tilbakeskritt bør en ha fokus på å styrke pasientens posisjon under kommunikasjonen. Et

studie viser at en blant annet bør unngå å stille faktuelle spørsmål som pasienten trolig ikke vil kunne svare på, slik at pasienten ikke føler seg “avslørt”. Dersom en stiller åpne spørsmål, kan pasienten fortelle det en selv ønsker (Stanyon, Griffiths, Thomas & Gordon, 2016). Slik kan kanskje relasjonsbyggingen bli lettere.

Morgenstellet i seg selv tenker vi kan være en intim og sårbar situasjon, der pasienten kanskje kan være lett påvirkelig. Det vi mener med dette er at et menneske i en sårbar situasjon, kan være lett å komme nær og gi trygghet, dersom en anvender seg selv riktig. På en annen side, dersom en ikke anvender seg selv rett, kan dette gjøre at pasienten er spesielt utsatt for krenkelse. Travelbee snakker også om å bruke seg selv terapeutisk. Vi tenker dette handler om mye av hva Martinsen (2003) omtaler, i forhold til at omsorg vises gjennom hvordan en utfører en oppgave. Vi har sett at demensrammede ønsker å få utføre meningsfulle aktiviteter. De trenger å få følelsen av å være til nytte, bli verdsatt og “duge” til noe (Milte et al., 2016). For å unngå at pasienten føler seg “udugelig” eller blir krenket, tenker vi vår reaksjon på deres handling er avgjørende. Vi kan ta for oss et eksempel med svikt i planleggingshukommelsen (Solheim, 2015). Dersom pasienten har utfordringer med å vaske seg i en “naturlig” rekkefølge, kan en ta med noen ekstra kluter som en kan tilby pasienten. Unngår en å korrigere pasienten unødig, kan det tenkes at en kan spare pasienten for slike negative følelser. Forskningen sier at en må være fleksibel og godta de uforståelige handlingene. En bør derfor ha en mer flytende ramme med mulighet for brudd i rutiner (Thorvik, Helleberg & Hauge, 2014).

Schilliger og Wångblad (2010) tar for seg teknikker for å få denne pasientgruppen til å mestre. Pasienten kan blant annet ha lettere for å herme etter andres bevegelser, dersom de ikke husker hvordan en handling skal utføres. En kan fysisk hjelpe pasienten i gang med bevegelsen eller bruke kroppsspråket til å vise. Dersom sykepleier bruker tid på dette fremfor å haste seg gjennom stellet, vil pasienten trolig føle større grad av mestring. Et eksempel på dette kan være at pasienten holder kammen i hånden uten å foreta seg noe. Vi tenker at sykepleier da kan la pasienten holde kammen mens sykepleier fører kammen gjennom håret, til pasienten tar over på egenhånd. På denne måten kan vi styrke pasienten i samhandlingen, samtidig som vi bygger en relasjon der begge er delaktige. I tillegg kan en holde seg nær, smile godt og komplimentere pasienten. Dersom dette bidrar positivt for pasienten, kan kanskje noe så enkelt beskrives som terapeutisk bruk av seg selv?

Vi har sett at demensrammede ønsker å bli verdsatt og sett på som individer, og ikke bare en diagnose (Milte et al., 2016). I en hektisk sykehjems dag med høyt tempo og tidspress hos personalet tenker vi at pasientene lett kan føle seg som en "oppgave", og at det blir lite tid til annet. Vi har sett i forskningen at det er viktig med relasjonsbygging både i og utenfor stellesituasjonen. Videre ytrer ansatte at de trenger tid til å bygge relasjon til pasientene også uten at det skal utføres en oppgave (Stanyon, Griffiths, Thomas & Gordon, 2016). Vi tenker det ideelle kanskje hadde vært om en kunne sette seg ned ved sengekanten før en begynner stellet, og bruke noen minutter bare til den gode samtalen. Denne situasjonen kan være fri for distraksjoner og samtidig virke forebyggende. Vi ser at dette kan være utfordrende i en travel hverdag. Likevel er det ikke sikkert at det skal så mange minuttene til, samtidig som det kan virke forebyggende i forhold til utfordrende atferd.

6 Konklusjon

“...Plutselig oppdager du at noe sperrer, og at sengen du ligger i er inngjerdet. Nå slår angsten til for fullt. Med ett går lyset på og inn kommer en fremmed kledd i hvitt”. Dette scenarioet kunne vi forestille oss, før vi begynte med oppgaven. Etter arbeidet med oppgaven sitter vi igjen med en langt dypere forståelse og kunnskap om hvilke utfordringer et menneske rammet av demenssykdom står ovenfor generelt, og dermed også i stell.

Ved å besitte god kunnskap om demenssykdom, og hvilke utfordringer denne pasientgruppen står ovenfor, ser det ut til at en blir bedre rustet for god samhandling. En kan da evne å kunne sette seg inn i deres virkelighetsoppfatning, i en mer eller mindre kaotisk verden. Vi ser det kan være tidsbesparende der som en vet hvilke faktorer som kan skape kaos. Flere sykepleiere sier de ikke har den kunnskapen som kreves for å takle utfordrende atferd (Rognstad & Nåden, 2011). Evalueringsstudien av ABC modellen bekreftet at gjennom økt kompetanse fikk flere en økt forståelse av demenssykdom (Fossli, Kirkevold & Fagerström, 2014). Kunnskap alene er ikke nok. Martinsen (2003) sier at kunnskapen må kombineres med sykepleiers medmenneskelighet. Videre sier Martinsen at omsorg må ytes på rett måte etter riktig oppfattelse av situasjonen. For å kunne yte omsorgen på rett måte tenker vi en må ha kunnskap om hvilke ressurser pasienten besitter. En riktig oppfatning av situasjonen tenker vi samtidig forutsetter å ha kjennskap til pasientens historie. For at stellesituasjonen skal ivareta pasienten, må et helhetlig menneskesyn legges til grunn (Kovdahl & Berentsen, 2014). Vi mener at et helhetlig menneskesyn krever at sykepleier tilegner seg kjennskap til pasientens levde liv og bakgrunn. Gjennom forskning ser vi at det kan være svært verdifullt å ha kunnskap om kollegers sterke sider og kompetanse, for å kunne spille på hverandre. Dette var noe vi ikke hadde hadde tenkt på tidligere, og som vi vil ta med oss videre.

I den andre delen av drøftingen ser vi at det kan ha stor betydning hvordan “det første møte” utspiller seg mellom sykepleier og pasient. Vi kom frem til at autonomi ikke bare handler om å få valgalternativer, men også om å handle slik at pasienten ønsker å være delaktig i det som skal skje. Som vi ser kan det være tidsbesparende å besitte kunnskap og kjennskap, noe som igjen kan gi bedre tid for “den gode samtalen” innledningsvis i et stell. Hvordan en går frem i starten av stellet, med bevisst bruk av kommunikasjon, formidling av nærhet og omsorg, tror vi kan fungere forebyggende for utfordrende atferd. I den siste delen av drøftingen bygger vi videre på samhandling og kommunikasjon, for å bygge en trygg og god relasjon. Vi ønsker her å konkludere med at ved bevisst bruk av enkle relasjonsbyggende

grep, kan bedre samhandling oppnås. Som sagt tenker vi at stellesituasjonen er en sårbar situasjon der pasienten kan være lett mottakelig for påvirkning. Vi tenker dette gjør at en kan forebygge utfordrende atferd, ved at sykepleier bevisst søker å bruke seg selv terapeutisk. Målet her vil da bli å få pasienten til å forbinde “den fremmede i hvitt” med trygghet. At utfordrende atferd er å betrakte som en reaksjon på at pasienten ikke får dekket sine behov, mener vi er et riktig og viktig utgangspunkt.

Vi ser her at det er utfordringer med det stadig omtalte “tidspresset” og mangel på ressurser. Vi forstår at det ikke bare er å etterspørre mer ressurser. Den økende levealderen gir et stadig økende antall mennesker som lider av demenssykdom (folkehelseinstituttet, 2015). Kanskje må vi se mer på hvordan vi møter pasienten. Utfordrende atferd er et ressurskrevende arbeid. Dersom vi mestrer å møte pasienten og dermed forebygge utfordrende atferd i fremtiden, vil vi også kunne frigjøre flere ressurser.

Gjennom arbeid med oppgaven har vi lært mye. Vi har reflektert over hvordan ny kunnskap kan forstås og anvendes i praksis. En blir aldri ferdig utlært, men på bakgrunn av dette føler vi oss nå bedre rustet til å yte verdig og god sykepleie til mennesker med demenssykdom. Vi håper at stell av mennesker med demenssykdom i fremtiden vil preges av trygge “fremmede i hvitt”.

7 Kildehenvisning

- Brodtkorb, K. (2014). Stellet – mulighetenes arena. M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten (2. utg., s. 174-183). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2012). Metode og oppgaveskriving (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Engedal, K., & Haugen, P.K. (2009). Demens – Fakta og utfordringer (5. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Folkehelseinstituttet. (2015, 8. september). Folkehelse rapporten – Demens. Hentet 25. mai 2017 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/demens---folkehelse rapporten-2014/?term=demens&h=1>
- Fossli, K., Kirkevold, Ø., & Fagerström, L. (2014). Nyttan av systematisk opplæring av helsepersonell innen eldreomsorgen – En evalueringsstudie av den norske ABC-modellen. *Nordic Journal of Nursing Research*, 34(4), 27-32. doi: 10.1177/010740831403400406.
- Gautun, H., Øien, H. & Bratt, C. (2016). Underbemanning er selvforsterkende (NOVA-rapport nr. 06/16). Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA. Hentet fra <http://www.hioa.no/content/download/126789/3381992/file/Web-utgave-NOVA-Rapport-6-16.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Demensplan 2020 Hentet 25. mai 2017 fra https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf
- Løgstrup, K.E. (1991). Den etiske fordring. Copenhagen: Nordisk forlag AS.
- Martinsen, K. (2003). Omsorg, sykepleie og medisin (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Milte, R, Shulver, W., Killington, M., Bradley, C., Ratcliffe, J., Crotty, M. (2016). Quality in residential care from the perspective of people living with dementia: The importance of personhood. *Archives of Gerontology and Geriatrics* , 63, 9-17. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2015.11.007>
- Rognstad, M., & Nåden, D. (2011). Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen – Pleieres perspektiv. *Nordisk sygepleieforskning*, 1(2), 143-155.
- Rokstad, A. M. M., Smebye, K. L. (Red.). (2008). Personer med demens – Møte og samhandling.

Oslo: Akribe AS.

Schilliger, C., & Wångblad, C. (2010). Rörelseförmåga vid demenssjukdom – Vägen til rörelse. Vällingby: Hjälpmedelsinstitutet.

Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten (2. utg., s. 408-437). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

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

Sprangers, S., Dijkstra, K., & Romijn-Luijten, A. (2015). Communication skills training in a nursing home: effects of a brief intervention on residents and nursing aides. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 311–319. <http://doi.org/10.2147/CIA.S73053>

Stanyon, M. R., Griffiths, A., Thomas, S. A., & Gordon, A. L. (2016). The facilitators of communication with people with dementia in a care setting: an interview study with healthcare workers. *Age and Ageing*, 45(1), 164–170. <http://doi.org/10.1093/ageing/afv161>

Statistisk sentralbyrå. (2017, 23. mai). Nøkkeltall for befolkning. Hentet 25. mai 2017 fra <https://www.ssb.no/befolkning/nokkeltall/befolkning>

Thorvik, K. E., Helleberg, K. & Hauge, S. (2014). God omsorg for urolige personer med demens. Sykepleien Forskning. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2014/10/god-omsorg-urolige-personer-med-demens>

Travelbee, J. (1999). Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Vedlegg 1

Søkeord	Database	Antall treff	Artikler benyttet i oppgaven
Dementia AND challenging	Svemed+	26	“Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen - pleierens perspektiv”
Kirkevold	Svemed+	45	“Nytten av systematisk opplæring av helsepersonell innen eldreomsorgen - en evalueringsstudie av den norske ABC-modellen”
Dementia AND communication AND morning care (avgrenset til siste 5 år)	Medline	36	Communication skills training in a nursing home: Effects of a brief intervention on residents and nursing aides.
Dementia AND challenging behaviour AND communication (avgrenset til siste 5 år)	Medline	121	The facilitators of communication with people with dementia in a care setting: an interview study with healthcare workers.
Perspective dementia nursing home (avgrenset siste 5 år og fulltekst tilgjengelig)	Pubmed	75	Quality in residential care from the perspective of people living with dementia: The importance of personhood.