



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgåve i sjukepleie

SK152

### Predefinert informasjon

|                       |                              |                        |                          |
|-----------------------|------------------------------|------------------------|--------------------------|
| <b>Startdato:</b>     | 20-11-2017 09:00             | <b>Termin:</b>         | 2017 HØST                |
| <b>Sluttdato:</b>     | 01-12-2017 14:00             | <b>Vurderingsform:</b> | Norsk 6-trinnskala (A-F) |
| <b>Eksamensform:</b>  | Bacheloroppgåve i sjukepleie | <b>Studiepoeng:</b>    | 15                       |
| <b>SIS-kode:</b>      | 203 SK152 1 S 2017 HØST      |                        |                          |
| <b>Intern sensor:</b> | Danuta Teresa Zablotna       |                        |                          |

### Deltakar

|                     |                       |
|---------------------|-----------------------|
| <b>Namn:</b>        | Sara Leonore Tangedal |
| <b>Kandidatnr.:</b> | 31                    |
| <b>HVL-id:</b>      | 247154@hvl.no         |

### Informasjon frå deltakar

**Tal på ord \*:** 9051 **Tru- og loverklæring \*:** Ja

Eg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgåva mi \*

Ja



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGÅVE

Personar med demens: Identitet og eigenverd

Bachelor i sjukepleie

SK152

Avdeling for helsefag

01. desember 2017

Tal ord: 9051

Av: Ragnhild Loven Brekke og Sara Tangedal

Rettleiar: Danuta Teresa Zablotna

Vi stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldehenvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

## Samandrag

**Tittel:** Personar med demens: Identitet og eigenverd.

**Bakgrunn for val av tema:** I dag har over 77 000 menneske i Noreg demens, og truleg vil talet doblast fram mot 2040. Av alle som lever med demens i dag, antar vi at rundt 4 000 er under 65 år (Nasjonalforeningen for folkehelse, 2017). Det vert fleire og fleire eldre, samtidig som omsorgsressursane minkar. Vi opplever at demens er den sida ved å bli gamal som er mest frykta. Det er ein sjukdom mange misforstår, også dei som jobbar i omsorgsyirket. Personar med demens kan bli utsatt for fordommar på grunn av alder og svekka intellektuelle evner.

**Problemstilling:** Korleis ivareta identitet og eigenverd hjå pasientar med demens på sjukeheim?

**Metode:** Oppgåva er eit litteraturstudie basert på fagleg og forskingsbasert kunnskap. Forsking er funne ved hjelp av systematisk søk i Academic Search Elite, inkludert Cinahl, Medline og SweMed+. Anna litteratur er innhenta frå ORIA, og for å finne aktuelle lov- og retningslinjer har vi nytta nettstadar som Helsedirektoratet, Lovdata og NSF.

**Oppsummering av funn og konklusjon:** Resultata viser viktigheita av god kunnskap og gode haldningar, kjennskap til livshistorie og å ha ein personorientert tilnærming til personar med demens for å ivareta deira identitet og verdigheit på sjukeheim. Det er viktig å sjå personen bak sjukdommen, og vite at kvart menneske har ein unik identitet. Opplevinga av å fortsatt "vere nokon" er viktig for å føle verdigheit.

**Nøkkelord:** Demens, identitet, eigenverd, sjukeheim, ivareta.

## Forord

Å koma på sjukeheim  
og kanskje byrja å rota litt  
med ting og tid og stad  
folk trur eg er død allereie  
for huset er seld  
hagen er borte  
eg klarar ikkje lage mat sjølv lenger  
og eg treng hjelp til å dusje

Av og til er det vanskeleg å sortere  
namn, fjes, barnebarn, oldebarn  
kven er kven?  
Eg veit det nok  
men eg gløymer  
og kjem på

I blant gløymer eg når du kjem på besøk  
og hugsar når du har gått  
det er vondt  
Eg er eit menneske eg også  
eit slikt som pustar, tenkjer og kjenner  
på glede  
og smerte  
Slikt som mennesker gjer

Greit nok  
eg er gamal  
har levd mitt liv  
eg er nøgd med alt eg har fått til

Men noko gjer vondt  
Dei som var ein del av livet mitt før  
som ikkje er der lenger  
kor er dei?  
Dei ringer ikkje  
skriv ikkje  
sender ikkje bilete

Eg er jo dement  
eg er ferdig  
eg treng ikkje telefonar  
ikkje brev  
eller bilete

Eg skal jo dø snart  
det rasjonelle meg er visst dødt allereie  
Dei trur at eg ikkje saknar dei  
at eg ikkje treng dei  
At eg ikkje kjenner dei att lenger  
for eg er dement  
og det er eg jo

men eg er ikkje død

Sjølv om livet går sin gang  
generasjoner går sin gang  
Og det ikkje er min tur lenger  
Det er mine barn som er gamle no

Eg berre sit her  
og tenkjer  
og tenkjer  
Og ventar på ein telefon  
på eit brev  
eller på eit bilete  
Eg ventar på eit teikn  
på at du framleis er glad i meg

For eg lever faktisk endå.

(Forfattar Steinar Hjelmbrække)

## Innholdsliste

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 Innleiing</b> .....   | <b>1</b>  |
| 1.1 Val av tema .....  | 1         |
| <b>2.0 Problemstilling</b> .....   | <b>2</b>  |
| 2.1 Avgrensing av problemstilling.....   | 2         |
| 2.2 Definisjon av begrep .....   | 2         |
| 2.3 Oppgåva til disposisjon .....  | 2         |
| <b>3.0 Metode</b> .....  | <b>3</b>  |
| 3.1 Litteraturstudie som metode.....   | 3         |
| 3.2 Søkord og database.....  | 3         |
| 3.3 Val av litteratur .....  | 4         |
| 3.4 Kjeldekritikk.....   | 4         |
| <b>4.0 Teori</b> .....   | <b>5</b>  |
| 4.1 Demens .....   | 5         |
| 4.2 Kari Martinsen - Omsorgsteori.....   | 7         |
| 4.3 Heilheitleg omsorg.....  | 8         |
| 4.4 Identitet og eigenverd .....   | 8         |
| 4.5 Kommunikasjon.....   | 9         |
| 4.6 Kommunikasjonsprinsipp i demensomsorga.....                                    | 9         |
| 4.7 Miljøbehandling .....  | 10        |
| 4.8 Musikkterapi .....   | 11        |
| 4.9 Etske prinsipp og lover .....  | 12        |
| <b>5.0 Presentasjon av forskingsartiklar</b> .....                                 | <b>12</b> |
| <b>6.0 Drøfting</b> .....  | <b>15</b> |
| 6.1 Korleis ivareta ein dement pasients eigenverd og identitet på sjukeheim? ..... | 15        |
| 6.2 Miljøbehandling .....  | 16        |
| 6.3 Musikkterapi som behandlingsform .....   | 18        |
| 6.4 Omsorg .....   | 18        |
| 6.5 Kommunikasjon.....   | 20        |
| <b>7.0 Konklusjon</b> .....  | <b>21</b> |
| <b>Bibliografi</b> .....   | <b>23</b> |

## 1 Innleiing

I dag har over 77 000 menneske i Noreg demens, og truleg vil talet doblast fram mot 2040. Mange trur demens berre råkar eldre, men også yngre personar kan få sjukdommen. Av alle som lever med demens i dag, antar vi at rundt 4 000 er under 65 år (Nasjonalforeningen for folkehelse, 2017). På verdsbasis er nærare 47 millionar menneske råka av demens. Det er anslått i World Alzheimer Report frå 2015, at dette talet vil vekse til over 131 millionar i 2050 (Nationalt vitsenscenter for demens, 2017).

Dei siste 20 åra har det skjedd store endringar med tanke på korleis vi betraktar personar som er råka av demenssjukdommar. I dag vert det betrakta som meir korrekt å seie "personar med demens" enn "demente" (Smebye, 2008, s. 13). Tidlegare rekna ein med at pasientar med demens ikkje hadde sjukdomsinnsikt, og at det ikkje var særleg grunn til optimisme i behandlinga. I dag erkjenner vi i aukande grad at sjølv om det føreligg ein hjerneskade med kognitiv svikt, kan mykje gjerast for å auke personen sin livskvalitet. Personar med demens kan ha bevart sin identitet og sine personlege eigenskapar, og ha intakte funksjonar på det kjenslemessige og psykososiale området. Verdier, normer og livsførsel kan bestå trass sjukdommen (Smebye, 2008, s. 13).

"Demensplan 2020" er utvikla i eit tett samarbeid med menneske som har demens og deira næraste. Planen byggjer på erfaringar frå førre demensplan, nemleg "demensplan 2015", samt ny kunnskap. Brukarane sine eigendefinerte behov skal stå i fokus ved utvikling av tenesta. Erfaringskunnskapen som menneske med demens og kognitiv svikt sjølv sit inne med, er nødvendig for å finne gode løysingar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

### 1.1 Val av tema

Val av tema er basert på vår interesse innanfor geriatrisk sjukepleie. Vi har begge jobba på langtidsavdeling på sjukeheim, der vi har opplevd realiteten av knappe ressursar i pleie-og omsorgstenesta. Realiteten viser mangel på personale, noko som kan føre til mindre fokus på den enkelte pasient. Slik utviklinga er i dag, vil ikkje desse utfordringane bli mindre med åra som kjem, difor blir det viktig å finne gode måtar å løyse dei på. Vi får fleire og fleire eldre samtidig som omsorgsressursane vert mindre. Vårt inntrykk er at knappe ressursar aukar fordommane i samfunnet. Vi opplever at demens er den sida ved å bli gamal som er mest frykta. Mange misforstår sjukdommen, også dei som jobbar i omsorgsyret. Personar med demens vert utsatt for fordommar på grunn av alder og svekka intellektuelle evner. Både i jobb og praksis har vi sett viktigheita av gode og trygge rammer innanfor demensomsorga. Vi har mindre erfaring med denne pasientgruppa, og

som sjukepleiar skal ein kunne undervise, rettleie og jobbe kunnskapsbasert. Difor ynskjer vi å fordjupe oss innan dette fagfeltet.

## 2.0 Problemstilling

Korleis ivareta identitet og eigenverd hjå pasientar med demens på sjukeheim?

### 2.1 Avgrensing av problemstilling

Vi går ut frå at pasientane har fast plass på ei demensavdeling. For at oppgåva ikkje skal bli for vid går vi ikkje inn på dei ulike demenstilstandane, men fokuserar på sjukdommen generelt. Vi har også valt å avgrense til alder 65+, då demens er mest utbredt blant den eldre delen av befolkninga. I oppgåva vil vi omtale begge kjønn då det ikkje vil ha noko utslag for resultatet i oppgåva.

### 2.2 Definisjon av begrep

**Demens:** Ei felles nemning på ein tilstand som kan vere forårsaka av ulike organiske sjukdommar. Kjenneteikna ved demens er ein kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktande evne til å utføre dagleglivets aktivitetar på ein tilfredstillande måte samanlikna med tidlegare, samt endra sosial åtferd (Engedal & Haugen, 2005, s. 16).

**Identitet:** Definerast som bevisstheita om å vere seg sjølv basert på observasjonar og vurderingar av seg sjølv, overensstemming med seg sjølv, men samtidig også opplevinga av å vere forskjellig frå andre (Solvoll, 2016, s. 107)

**Eigenverd:** Betyr å tilmåle seg sjølv verdi utan at det går over i eigenkjærleik, eigenrettferdigheit og eigenrådigheit. Eigenverd er den positive verdien vi tilkjenner oss sjølv som menneske, om våre evne og våre eigenskapar (Solvoll, 2016, s. 108).

**Ivareta:** Betyr å ta vare på (Aschehoug og Gyldendals, 2005, s. 354).

### 2.3 Oppgåva til disposisjon

Først vil vi presentere kva metode vi har nytta. Vi vil då grunngje val av litteratur, framgangsmåte av forskingssøk og korleis vi har innhenta anna litteratur og kjeldekritikk. Vidare vil vi presentere teori som er relevant for vår drøfting, samt resultat som er knytt til forskinga vi har funne. I drøftinga skal

vi drøfte teori, forskning og egne erfaringar opp mot problemstillinga. I konklusjonen vil vi presentere svar på problemstillinga.

### 3.0 Metode

Metode fortel noko om korleis vi går fram for å innhente eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2017, s. 51). Ein vel metode basert på kva vi meiner kan gje oss gode data og for å belyse problemstillinga vår på ein best mogeleg måte (Dalland, 2017, s. 51).

#### 3.1 Litteraturstudie som metode

Denne oppgåva er basert på litteraturstudie som metode. I litterære oppgåver hentar ein data frå eksisterande fagkunnskap, forskning og teori, og ein gjer greie for det ein har funne av litteratur og korleis ein har valt ut data (Dalland, 2017, s. 207).

#### 3.2 Søkord og database

Vi starta søkeprosessen 9.10.17. Databasar som vi brukte i søket etter forskingsartiklar er Academic Search Elite + Medline + Cinahl. Vi avgrensa søket til engelske artiklar, publisert frå seinast år 2007 til oktober 2017 og aldersgruppe 65+.

Vi starta søket med orda *dementia* AND *identity*, dette søket gav 790 treff. Deretter søkte vi med orda *dementia* AND *identity* AND *self-worth*, dette gav fem treff. Vi gjekk gjennom tre av forskingsartiklane som kunne vere relevante, men valte å utelukke desse. I starten hadde vi problem med å finne artiklar som var relevante nok til vår problemstilling.

Vidare søkte vi med orda *dementia* AND *nursing home*. Dette gav 7,111 treff. Vi la til ordet AND *identity* som gav 83 treff. Fann ein relevant forskingsartikkel som heiter: "Identity-supportive nursing of patients with dementia in nursing homes". Vi brukte også søkeorda *dementia* AND *nursing home* AND *dignity*, som gav 114 treff. Dette gav oss ein relevant artikkel "Like a prison without bars': Dementia and experiences of dignity".

Ved hjelp av Swemed+ fann vi synonymord til å bruke i søket vårt. Vi søkte på *livskvalitet* i Swemed+, fekk då opp Life quality, Quality of life og health related quality of life. Deretter brukte vi Academic Search Elite + Medline + Cinahl for å søke opp orda. Orda vi søkte med då var *dementia* AND *life quality* AND *nursing home*, dette gav oss 999 treff. Bytta ut ordet *life quality* med *health related*



*quality of life*, dette gav oss 202 treff. Såg gjennom ein del av overskriftene på forskingsartiklane, men fann ingen relevante. Vidare prøvde vi å søke med orda *dementia AND life quality AND nursing home AND care*, då fekk vi 855 treff. Vi såg litt gjennom resultatlista og fann ein forskingsartikkel som heiter: "Living with dementia in a nursing home, as described by persons with dementia: a phenomenological hermeneutic study", denne var relevant for vår oppgåve.

Vi heldt fram søket i same database og søkte med orda *dignity AND meta-ethnography*, som gav fem treff. Ingen av desse artiklane var relevante. Deretter la vi til ordet *nursing*, som igjen gav fem treff. Slik fann vi ein relevant artikkel som heiter: "Dignity-preserving dementia care: a metasynthesis".

### 3.3 Val av litteratur

Etter val av tema og problemstilling søkte vi digitalt på biblioteket sin database ORIA etter relevant litteratur. Bøker som vi har brukt mest og som vi meiner er mest relevant for vår problemstilling er "Lærebok demens" av Engedal og Haugen (2005), "Demensboka" av Berentsen (2008) og «Personer med demens» av Rokstad og Smebye (2008). Vi har i tillegg nytta andre bøker og nettstadar som vi betraktar som pålitelege kjelder. Slik har vi forsøkt å få med mest mogeleg oppdatert faglitteratur. For å finne aktuelle retningslinjer har vi nytta nettstadar som vi reknar som pålitelege, blant desse er Helsedirektoratet, Lovdata og NSF. Vi har også valt ein norsk fagartikkel "Hvordan styrke pasientens integritet og verdighet når tvang blir uunngåelig?" av Sjøstad, M., Larsen A G. & Olsen, T Å. (2013). Vi synst deler av artikkelen belyser gode faktorar for ivaretaking av identitet og eigenverd, som er relevant for vår kontekst.

Ei bok vi har nytta mykje i undervisning og som vi er godt kjend med frå pensumlista til høgskulen er; "Grunnleggende sykepleie Bind 3", Kap. 21 "Identitet og egenverd" skrive av Solvoll (2016).

"Personsentrert demensomsorg" av Brooker (2013) blei vi tipsa om frå ein medstudent. Dette er ei bok som vi ser for oss kan vere nyttig å bruke i drøftingsdelen då den er veldig forklarande i korleis ein skal verdsetje pasientar med demens. Vi fekk anbefalt artikkelen "Personer med demens kan få det bedre med musikkterapi" av vår rettleiar. Vi ynskja å nytte denne i vår oppgåve, men valde å bruke originalversjonen av denne artikkelen for å få primærkjelde. Denne fann vi i referanselista på den norske versjonen.

### 3.4 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk betyr både å vurdere og å karakterisere den litteraturen ein har funne. I tillegg må ein kunne gjere greie for kva kriterier ein har nytta under utveljinga (Dalland, 2017, s. 158). Hensikta er

at lesaren skal få ta del i dei refleksjonane ein har gjort seg om kva relevans og gyldigheit litteraturen har når det gjeld å belyse problemstillinga.

Databasar vi har nytta er Academic Search Elite + Medline + Cinahl og Swemed+. Vi stolar på val av databasar, sidan alle er anbefalt av høgskulen. Litteratur og forskning som er nytta er i hovudsak ikkje eldre enn 10 år, dette for å få med mest mogeleg oppdatert faglitteratur. Vi har nytta engelskspråkleg forskning, noko vi meiner kan styrke oppgåva vår. På same tid kan feiltolkingar førekome, men vi har teke i bruk norsk/engelsk ordbok for å prøve å unngå misforståingar. For å unngå andre sine feiltolkingar som ofte kan skje ved bruk av sekundærkjelder, har vi i hovudsak valt å nytte primærkjelder så langt det let seg gjer i vår oppgåve (Dalland, 2017, s. 74). Innleiingsvis har vi teke med eit dikt skrive av Steinar Hjelmbrække. Vi har kontakta han personleg og fekk løyve til å bruke det i vår oppgåve. Gjennom oppgåva har vi nytta Word sitt referanseoppsett.

Før ein byrjar med litteratursøket, er det viktig å konkretisere informasjonsbehovet (Folkehelseinstituttet, 2016). PICO skjema vert brukt som eit verktøy for å ikkje misse overblikket på relevant studie/forskning ein har funne. Dette skjemaet har vore nyttig for oss under søk av relevant forskning til problemstillinga vår. Vi har valt forskning av kvalitativ metode. For å få subjektiv informasjon om dei psykososiale behova er kvalitativ metode best eigna. Den kvalitative tilnærminga går i djupna og har som formål å få fram samanheng og heilheit. Den tar sikte på å formidle forståing. Metoden har til hensikt å fange opp meining og oppleving som ikkje lar seg talfeste eller måle (Dalland, 2017, ss. 52-53).

## 4.0 Teori

I teorikapitlet ynskjer vi å presentere teorien som dannar forståing og kunnskapsbakgrunn for oppgåva. Teorikapitlet består av seks hovuddeler med underpunkt som inneheld relevant teori knytt opp til vår problemstilling.

### 4.1 Demens

Demens er ein hjerneorganisk sjukdom hjå ein eldre person. Sjukdommen kjenneteiknast ved svekka mentalkapasitet og medfører svikt i psykologiske prosessar som hukommelse, merksemd, læring, tenking og kommunikasjon. Den kognitive svikta fører til sviktande evne til å klare dagleglivets aktivitetar. Endra åtferd er vanleg. Tilstanden er kronisk, kan ikkje kurrerast og forverrar seg ofte over tid (Berentsen, 2008, s. 45). Over 80% av dei som bur på sjukeheim i Noreg har ei grad av

demens. Korleis ein kan bidra med å dekkje behova er dermed ei relevant problemstilling for sjukepleiarar (Heggestad, Nortvedt, & Slettebø, 2013).

Det er viktig å sjå mennesket bak demensdiagnosen, og vite at det ikkje er hjarte som er råka av demens (Sjåstad, Larsen, & Olsen, 2013). Menneske som er råka av demens er i ein sårbar situasjon på grunn av tap av autonomi. Krenkingar kan opplevast større for pasientar som vert tvangsinnlagde, og det er difor viktig å ha eit reflektert syn på kva som kan opplevast krenkande for pasienten (Sjåstad, Larsen, & Olsen, 2013).

Dei siste åra har det vore ei aukande erkjenning av at ein i møte med personar med demens må ta utgangspunkt i personen sine kjensler og reaksjonar på det å bli mentalt redusert (Engedal & Haugen, 2005, s. 51). Personfokusering betyr å individualisere behandlinga og har store konsekvensar for miljøbehandling. Sjølv om demens er ein hjerneorganisk lidning, utelukkar ikkje det at pasienten fortsatt er ein person som aktivt reagerer og tilpassar seg sjukdommen. Det handlar ikkje om eit individ som passivt utviklar symptom og veremåte. Det dreiar seg om ansvarlege, levande personar som ut frå endra og begrensa føresetnad forsøker å meistre og kontrollere si tilknytning etter kvart som sjukdommen utviklar seg (Engedal & Haugen, 2005, ss. 51-52).

#### **Grad av demens:**

Symptoma utviklar seg over kortare eller lengre tid, avhengig av kva sjukdom som ligg til grunn for hjerneskaden (Berentsen, 2008, s. 48).

Mild grad av demens er fasen der svekkelsen verkar inn på evna til å klare seg i dagleglivet. Personen sjølv og dei næraste merkar at hukommelsesvanskar får konsekvensar for kvardagen. Vedkommande kan ha vanskar med å ha eit perspektiv på tid, dagar går i surr og kan til tider snu på døgnet. Ein kan også gløyme avtalar, kjøpe inn mat og betale rekningar. Personar med mild grad av demens kan klare seg sjølv heime, om dei får litt tilrettelegging, påminning og hjelp (Berentsen, 2008, ss. 45-48).

Moderat grad av demens er ein fase der personen i aukande grad mistar taket på tilværet og klarar seg ikkje utan hjelp frå andre (Berentsen, 2008, ss. 45-48). Ein har dårleg evne til å løyse problem og hukommelsen er dårleg. Grunna dårleg hukommelse klarar ikkje vedkommande å sjå konsekvensar av val han eller ho gjer. Mange av dagleglivets aktivitetar er for kompliserte, til dømes påkledning og matlaging. Vedkommande kan ha vanskar med å sjå omgjevnadane klart, noko som kan gjere tilværet kaotisk. Kjensla av å miste fleire funksjonar gjer at mange med moderat grad av demens får angst og depresjon. Ein kan bli fortvila og engsteleg, og igjen reagere med sinne (Berentsen, 2008, s. 48).

Alvorleg grad av demens er ein fase der pasienten har så dårleg hukommelse at han eller ho berre kan hugse deler av opplevingar frå tidlegare i livet, og hugsar ikkje kven han eller ho er i familie med

(Berentsen, 2008, s. 48). Vedkommande treng kontinuerleg tilsyn og pleie døgnet rundt. Orienteringsevna for tid, stad og situasjon er forsvunne, og ordforrådet er svært avgrensa. Dette gjeld også evna til å forstå kva andre seier. Oppleving av kaos og manglande evne til å sortere stimuli gjer at det er uvisst om pasienten kan tolke og gjenkjenne syn, høyrsel og taktile inntrykk (Berentsen, 2008, ss. 45-48).

#### **Vanlege symptom ved demens:**

Symptom ved demens kan inndelast i tre hovudgrupper; kognitive, åtferdsmessige og motoriske symptom (Engedal & Haugen, 2005, s. 33). Ein må ta høgde for store individuelle forskjellar ved symptombiletet, med tanke på kva sjukdom det er som gir demenssjukdommen, og kva fase av sjukdomsutviklinga den enkelte befinn seg i. Dei ulike symptoma vil difor opptre i ulik grad og form hjå kvar enkelt pasient (Rokstad, 2008, s. 40).

Kognitive symptom kan vere svekka merksemd, svekka læringsevne og hukommelse, svekka språkevne, apraksi, handlingssvikt, agnosi, svekka forståing av handling i rom og svekka intellektuelle evner (Engedal & Haugen, 2005, s. 34)

Åtferdsmessige symptom kan vere depresjon og tilbaketrekking, angst, vrangførestillingar og illusjonar, hallusinasjonar, personlegheitsendring, rastløyse, motorisk uro, vandring, apati og interesseløsheit, irritabilitet og aggressivitet, repeterande handlingar og forandra døgnyrme (Engedal & Haugen, 2005, s. 34).

Motoriske symptom kan vere muskelstivheit, styringsproblem, balansesvikt og inkontinens (Engedal & Haugen, 2005, s. 34).

## **4.2 Kari Martinsen - Omsorgsteori**

Kari Martinsen er ein norsk sjukepleieteoretikar som konsentrerte seg mykje om begrepet omsorg. Martinsen ser på omsorg som sjukepleia si kjerne (Kristoffersen, 2016, s. 53). Omsorgsverdiar er grunnleggande i pleiaren sitt møte med det menneske som er pasient. Målet med pleiaren si omsorg er nær knyta til pasientens subjektive oppleving av helse, velvære og livsmot (Kristoffersen, 2016, s. 53). Martinsen tek utgangspunkt i at menneskelivet er bygd på relasjonar mellom menneske, og at dette er grunnlaget for all omsorg (Kristoffersen, 2016, s. 55).

Martinsen seier "*Å ta hensyn til andre har med felles medmenneskelig eksistens å gjøre*". Ho summerar følgjande fundamentale kvalitetar ved omsorg: Det skal vere ein sosial relasjon, ein skal ha

forståing for den andre og omsorga skal vere ekte. Ein må førehalde seg til den andre ut frå ei haldning som anerkjenner den andre ut frå hans eller hennar situasjon (Martinsen, 2003, ss. 69-71).

Martinsen beskriv omsorg som ei grunnhaldning og ein generell tilnæringsmåte, der den fundamentale verdien er ansvaret for "den svake". Dette er prega av engasjement, innleving, moralsk og fagleg vurdering. I tillegg til grunnhaldning må yrkesmessig omsorg kjenneteiknast ved aktiv handling til beste for den andre. Omsorg er måten sjukepleiaren møter pasienten på, og måten sjukepleiaren handlar på (Kristoffersen, 2016, ss. 57-58).

### 4.3 Heilheitleg omsorg

Den som hjelp personen med demens skal ikkje sjå vekk ifrå sjukdommen, men skal kunne utvide perspektivet. Ikkje alle med demenssymptom har tilsvarande patologiske forandringar i hjernen, og det er ikkje alle med sjuklige forandringar i hjernen som viser demenssymptom (Smebye, 2008, s. 22). Patologiske prosessar i hjernen og måten den enkelte vert møtt, påverkar korleis demenssjukdommen kjem til uttrykk. Heilheitleg omsorg inneber at hjelparen må førehalde seg til meir enn berre kognitiv svikt hjå pasienten. Som hjelpar må ein kunne tileigne seg kunnskap kring kommunikasjon, anten det er verbal eller non-verbal, for å forstå behova til pasientane. Det er viktig å gje pasientane god individuell omsorg for å ivareta deira identitet, og for å leggje til rette for at vedkomande sine friske sider kan bevarast. Dei psykososiale behova til pasientane bør vektleggjast (Smebye, 2008, s. 22). For å skape ei endring i omsorga for menneske med demens, kan ein – ifølgje Kitwood (gjengjeve i Rokstad, 2008, s. 70), fokusere på haldningar i omsorgskulturen.

### 4.4 Identitet og eigenverd

Meir enn kroppens utsjånad har betydning for vår sjølvoppleving. Endringar i kroppen sin funksjon og utsjånad vil ofte inntreffe når ein person vert utsett for sjukdom (Solvoll, 2016, s. 115). Dette kan få konsekvensar for menneske sitt kroppsbilete, og difor gå utover oppleving av identitet og eigenverd. Ofte er det ein samanheng mellom kva oppfatning ein har av seg sjølv, sin identitet, og kjensle av eigenverd (Solvoll, 2016, s. 106).

Identitet er definert som "*bevisstheten om å være seg selv basert på observasjoner og vurderinger av seg selv. Det er ikke knytt til enkeltpersoner, aktiviteter, karakteristika eller roller*" (Solvoll, 2016, s. 107). Etersom nylege minner viskast vekk, og språkvanskane vert verre, er det ofte dei som omgås personar med demens, som gir vedkomande identitet. Identitet er forbunde med å vite kven du er, og ha ei tilknytning til fortida (Brooker, 2013, s. 72). Eigenverd er den positive verdien vi tilkjenner oss

sjølv som menneske, om våre evner og våre eigenskapar (Solvoll, 2016, s. 108). Ut frå kva formeiningar ein har om seg sjølv, vil eigenverdi vere ein slags målestokk for kor godt ein har det med seg sjølv.

Frå eit sjukepleiarperspektiv tolkar vi dette psykososiale behovet som den sjølvkjensla, sjølvinnsikta og sjølvtiliten vi alle har i større eller mindre grad. Dersom ein får påvist ein sjukdom, til dømes demens, vil symptoma framprovosere behov for hjelp til å bevare sin eigen identitet og eigenverd. Mangel på kunnskap om eigen sjukdom og bekymringar over å ikkje kunne klare seg sjølv, kan forverre helsesituasjonen (Solvoll, 2016, s. 116).

## 4.5 Kommunikasjon

Kommunikasjon er det som byggjer, utviklar og opprettheld relasjonar. Kommunikasjon er eit middel for å bli kjend med pasienten, forstå og møte pasienten sine behov, og hjelpe vedkommande til meistring av sjukdom, liding og einsamheit (Eide & Eide, 2012, s. 136). Den kroniske, progredierande grunnsjukdommen, det aukande behovet for hjelp, avhengigheit og spesifikk språkleg svikt som følgjer med sjukdommen, gir oss god grunn til å fokusere på kommunikasjon som ein føresetnad for ein god demensomsorg (Henriksen, 2008, s. 88).

Demens utfordrar kommunikasjonsprosessen gjennom dei generelle kognitive og spesifikke språklege sviktane som sjukdommen inneber. Både sendar- og mottakarfunksjonen, og evna til å forstå og gjere seg forstått blir påverka i sjukdomsprosessen (Henriksen, 2008, s. 93). Behovet for å kommunisere med andre ligg djupt i oss og ingenting tyder på at dette behovet vert mindre under demensutviklinga, sjølv om språket som reiskap ikkje lengre er like effektivt og presist. Dei fleste definisjonar av livskvalitet reknar kommunikasjon som avgjerande for eit godt liv. Når personar med demens vert spurde om kva dei synes er viktig, nemner dei fleste samspel og kommunikasjon; det å vere saman med nokon, tilhøyrighet, føle seg respektert og stimulert (Henriksen, 2008, s. 93).

## 4.6 Kommunikasjonsprinsipp i demensomsorga

Faglitteratur om kommunikasjon og demens er ofte relatert til innfallsvinklane reminisens og validering (Henriksen, 2008, s. 103)

### **Reminisens**

Personar med demens har svekka hukommelse for forhold i kvardagen, medan langtidshukommelsen ofte er intakt. Reminisens tek utgangspunkt i denne evna til å hente fram personlege og

meningsfulle hendingar frå tidlegare i livet. Når fleire deler minner i ein vennleg og avslappa situasjon, anten i individuelle samtalar eller i grupper, kan personen med demens gjenskape ei kjensle av identitet, glede og tilhøyrighet (Henriksen, 2008, ss. 103-104). Det å gjenoppleve nøkkelhistorier frå livet sitt kan gje ny kontinuitet og samanheng og tydeleggjere kven ein er. Vi kan bruke reminisens for å minne menneske om deira tidlegare sjølvtilit og kompetanse, som kan ha positiv innverknad på deira sjølvkjensle i dag (Henriksen, 2008, ss. 103-104).

### **Validering**

Validering er ein metode som ikkje tek så mykje omsyn til kva som er reell og sann informasjon, men kva som er pasientens fokus og oppleving (Henriksen, 2008, s. 105). Fokuset er ikkje å korrigere personen eller leie vedkomande fram til riktig informasjon, men å bekrefte og anerkjenne det personen meddelar. Ved hjelp av utforskande spørsmål som: kven, kva, kor, når og korleis, kan ein bidra til å gyldiggjere dei kjenslemessige aspekta ved pasienten sin kommunikasjon (Henriksen, 2008, s. 105). Validering vektlegg personen sin emosjonelle verden, og metoden gir nokre retningslinjer for kommunikasjon ut frå kjensla og meininga bak det som vert sagt. Den viktige budskapet er at ein må lytte til personen sitt emosjonelle uttrykk utan å fokusere på faktaopplysingar og sanning. I mange situasjonar kan denne metoden opne opp for forståing og nærleik (Henriksen, 2008, ss. 105-106).

## **4.7 Miljøbehandling**

Miljøbehandling er ei aktivitetsretta form for behandling som tek sikt på å betre pasienten sine kognitive, sosiale og praktiske ferdigheiter. Dette inneber å betre pasienten sin sjølvkjensle og oppleving av meistring (Rokstad, 2008, s. 153). Når det gjeld personar med demens er målet først og fremst å få pasienten til å bruke eigne ressursar maksimalt for å oppretthalde sjølvstende så lenge som mogeleg. Viktige mål er å skape trivsel og glede. Miljøbehandling skal vere eit tiltak sjukepleiarar set i verk for å redusere negative kjensler hjå pasientar og det skal bidra til at han eller ho får ei oppleving av ein betre kvardag (Rokstad, 2008, s. 153). Målet med miljøbehandling er å redusere negative følgjer av sjukdommen, og bidra til ein betre kvardag for dei som er råka av demens (Engedal & Haugen, 2005, s. 293).

Personar med demens reagerer kjenslemessig på sjukdommen, og kan kjenne seg mislykka og verdilause. Likt som anna behandling, kan ikkje miljøbehandling snu sjukdomsutviklinga (Engedal & Haugen, 2005, s. 293). Målet er å bidra til å forsinke demensutviklinga og innanfor mogelegheitens rammer betre funksjonsevna på viktige områder. Eksempel kan vere at dersom ein person med

demens, når forholda er tilrettelagt, klarar å bli meir sjølvhjelpen under stell-og matsituasjon (Engedal & Haugen, 2005, s. 293).

Hukommelsen hjå personar med demens er først og fremst knytt til liv og hendingar som ligg langt tilbake i tid, og det er her innfallsporten til miljøbehandlinga ligg (Engedal & Haugen, 2005, s. 295).

Dei har utbytte av å delta i aktivitetar som: handarbeid, trim, musikk, rytme og dans.

Gjennomgåande erfaring frå slike tiltak har vore betring i forhold til sosial fungering, uro og generell trivsel. For å få best mogeleg utbytte bør tiltaka ta utgangspunkt i deltakaren sine interesser og vanar frå tidlegare i livet og ikkje aktivitetar som er nye og ukjende (Engedal & Haugen, 2005, s. 300).

Personar med demens skal få mogelegheit til å leve og fungere i eit så normalt miljø og under så normale rammer som mogeleg (Engedal & Haugen, 2005, s. 306). Vekt på normalisering bidreg til eit bumiljø som er mest mogeleg likt det vi vanlegvis assosierer med ein heim, og personar med demens vert møtt med normale forventingar og reaksjonar (Engedal & Haugen, 2005, s. 306).

Normaliseringsprinsippet har i løpet av dei siste 20-30 åra hatt gjennomslagskraft på mange felt kor ein har omsorg for menneske med åtferd som avviker frå vanleg veremåte. Tankegangen bak normalisering er at unormale fysiske og sosiale omgivnadar skapar unormal åtferd (Engedal & Haugen, 2005, s. 306)

## 4.8 Musikkterapi

Bruk av musikk og song i ulike former har lenge vore vanleg i demensomsorga. Musikk brukast i mange former, både som gruppeaktivitet og i individuell samanheng (Rokstad, 2008, s. 163).

Musikkterapi definerast som bruk av musikk og musikkaktivitetar, av fagpersonar med spesiell trening innan musikk, for å oppnå individuelle ikkje-musikalske mål for ein klient eller ei gruppe. Bruk av musikk i miljøbehandling kan vere alt frå profesjonell musikkterapi, til aktiv deltaking i song og til det å lytte til sin favorittmusikk (Rokstad, 2008, s. 163). Interesse for dans og song er godt bevart, sjølv hjå personar med alvorleg demens. Det er av betydning å bruke musikk som er kjend for pasienten (Engedal & Haugen, 2005, s. 302).

Målet med bruk av musikk er å stimulere til sosial deltaking, redusere stress og uro, stimulere positive opplevingar og vekke minner. Musikken er ein positiv distraksjon frå kjedsamheit og monotoni og motverkar einsamheit og isolasjon. Gjennom å knyte musikk til minner vil pasienten få styrka sin identitet og si oppleving av eigenverd (Rokstad, 2008, s. 163).



## 4.9 Etiske prinsipp og lover

Autonomiprinsippet er rett til sjølvbestemming. Det omhandlar retten til å bestemme over eiga behandling og pleie, eller avvise hjelpa, dersom det er ynskjeleg (Nortvedt, 2012, ss. 97-98). Ikkje skade-prinsippet spesifiserer kva ein ikkje skal gjere mot pasienten. Det seier noko om viktigheita med å minimalisere pasientens smerter og ubehag, og er eit prinsipp for lindring og ivaretakande omsorg. Gjere vel-prinsippet er å gjere situasjonen til pasienten så behagelig som mogeleg, og vere adekvat med eit godt handlag. Det å handle fagleg forsvarleg på ein omsorgsfull måte til pasienten sitt beste, med velvilje og empati (Slettebø, 2009, s. 103). Rettferdighetsprinsippet inneber at alle pasientar skal ha lik rett til behandling i samsvar med diagnose og individuelle behov (Nortvedt, 2012, s. 98).

Alt helsearbeid er underlagt eit omfattande lov- og regelverk, vedtatt av politiske myndigheiter. Lovene og reglane kan imidlertid setje oss ovanfor dilemma. Helsepersonellova § 4 om forsvarleg og omsorgsfull hjelp berører vår rolle spesielt. Det er viktig at vi som sjukepleiarar er vår rolle bevisst og ikkje misbruker vår maktposisjon eller frårøvar pasienten sin autonomi på tross av at vedkomande ikkje er rekna som samtykkekompetent (Eide & Eide, 2012, s. 45). Pasientrettighetslova er også aktuell å førehalde seg til på generell basis i møte med pasientar. Forvaltningslova vil gjere seg gjeldande i ein kvar profesjonell relasjon med tanke på teieplikt (Slettebø, 2009, s. 30). Yrkesetiske retningslinjer gjeld for alle sjukepleiarar og er sentral fordi grunnlaget for all sjukepleie skal vere respekt for enkelte menneske sitt liv og verdigheit. Sjukepleie skal byggje på barmhjertigheit, omsorg og respekt for menneskerettane, og vere kunnskapsbasert (Norsk sykepleieforbund, 2011).

## 5.0 Presentasjon av forskingsartiklar

### **1. "Like a prison without bars': Dementia and experiences of dignity" av Heggstad, Nortvedt & Slettebø (2013).**

Dette er ein kvalitativ forskingsartikkel der dei nytta kvalitative-intervju og observasjonar av deltakarane. Fem deltakarar frå to norske sjukeheimar deltok. Inklusjonskriteriet for pasientane var at informanten skulle ha ein demensdiagnose og bu i den eininga studien fann stad. Målet med studien var å finne ut korleis livet i norske sjukeheimar kan påverke verdifulle verdiar hjå pasientar med demens. Resultata synte at for å oppretthalde ein persons verdigheit er det viktig at han eller ho er bekrefta som ein enkeltperson. Funna viser at personar med demens i sjukeheim opplever kjensler av fangenskap og heimlengsel. Resultata synte også at kjensle av manglande fridom og tilhørslse kan vere relatert til institusjonelle rammer, som rutinar og låste dører, og til at bebuaren må leve saman

med framande. Funna indikerer at behovet for stadfesting, fridom og tilhøyrslse er samanfletta og knytt til ein person si verdiskaping.

## **2. "Living with dementia in a nursing home, as described by persons with dementia" av Mjørud, Engedal, Røsvik & Kirkevold (2017).**

I denne kvalitative studien er det nytta ansikt-til-ansikt intervju og feltobservasjonar. Tolv personar busett i tre forskjellige sjukeheimar var inkludert i studien. Målet med denne studien var å undersøke personlege erfaringar med å bu i sjukeheim over tid, frå perspektivet til personar med demens og å lære kva som gjer livet betre eller verre i sjukeheimen. Deltakarane beskriv kjensler ved å bu på sjukeheim som vanskeleg og einsamt. Resultata viser at personar med demens kan kommunisere sine kjensler og tankar om deira liv i sjukeheimen og kan nemne fleire faktorar som har innverknad på livskvaliteten. Dei er tilfreds med livet generelt, men kvardagen er lite innhaldsrik og deira kjensle av tilfredsheit er basert på aksept av visse verkelegheitsfakta og deira evne til å tilpasse sine forventningar.

## **3. "Dignity-preserving dementia care" av Tranvåg, Petersen & Nåden (2013).**

Denne kvalitative forskingsartikkelen belyser kor viktig det er at helsepersonell har nok bakgrunnskunnskap om demenspleie. Den fokuserer også på at det skal vere enkelt å forstå betydinga av forskinga uavhengig av utdanningsbakgrunn/erfaring. Studien er gjort frå ulike land, og to forskjellige kontinent – Noreg, Sverige, Australia og England. Føremålet med studien var å utvikle ein unik forståing av verdigheit i demensomsorga ved å syntetisere ti kvalitative artiklar frå ulike kulturelle samanhengar, og gjer kunnskap om demens tilgjengeleg for helsepersonell. I eine studie som er gjort i artikkelen, av Jakobsen og Sørlie, beskriv dei kor viktige miljøfaktorar er for å bevare dei humanetiske verdiane og integritet. Dei vil ha fokus på å prøve å skape sikkerheit hjå pasientane framfor å "låse dei bak ei dør". Funna i artikkelen viser tre separate, men likevel komplimenterande aspekt som er knytt til omsorga av personar med demens. Dei tre er; "Å ha medkjensle til pasienten", "bekrefte pasienten si verdigheit og kjensle av sjølvtilitt" og "skape eit humant og målretta miljø".

#### **4. "Identity-supportive nursing of patients with dementia in nursing homes" av Dragset, Normann & Elstad (2015).**

Denne kvalitative forskningsartikkelen tek sikte på å undersøkje korleis vi som sjukepleiarar kan støtte ei kjensle av kontinuitet og identitet hjå pasientar med demens som bur på sjukeheim. Fjorten omsorgspersonar og leiarar i to sjukeheimar i Nord-Norge blei intervjuet. Analysen og diskusjonen er basert på teoretiske begrep om identitet, kontinuitet og personsentrert sjukepleie. Artikkelen belyser at det kan vere nyttig for personalet å besøke pasienten sin heim, samle informasjon frå han eller ho, eventuelt familie, og etablere eit forhold som kan gje ei kjensle av tryggleik, før personen flyttar på sjukeheim. Artikkelen nemner også viktigheita rundt det å ha det heimekoseleg på institusjonen. Funn i artikkelen indikerer at individuell sjukepleie, inkludert aktivitetar som pasienten pleidde å engasjere seg i, forsterkar identitetskjensla hjå pasientar med demens. Denne studien konkluderer med at ei bevisstheit om individets tidlegare liv kan uttrykkast praktisk talt i person-sentrert sjukepleie, og kan støtte kontinuitet i pasientens liv sjølv etter å ha flytta inn på sjukeheim. Dokumentasjon, fagleg utvikling og organisering av sjukeheim er viktige element for å sikre denne bevisstheita. Medan pågåande kompetansebygging i sjukeheim er nødvendig, vert det også lagt vekt på lokal kunnskap blant ansatte.

#### **5. "Music-based therapeutic interventions for people with dementia" av Steen, Soest-Poortvliet, Wouden, Bruinsma, Scholten & Vink (2017).**

I denne systematiske oversiktsartikkelen har forfattarane samla forskning om effekten av musikkterapi hjå personar med demens, samanlikna med vanleg behandling og oppfølging eller anna aktivitet. Føremålet med studiane var å finne ut om personar med demens kunne få betre livskvalitet med musikkterapi. Studiane undersøkte ulike musikkterapeutiske tiltak til personar med demens. Deltakarane hadde ulik alvorlegheitsgrad av demens, men alle deltakarane budde på sjukeheim. I tolv av studiane vart musikkterapi gitt i gruppe, og i fem vart musikkterapi gitt individuelt. Sju av studiane samanlikna musikkterapi med ein aktiv intervensjon. Dei fleste tiltaka bestod både av musikk, song og bevegelse, som klapping og dans. Tiltaka vart gjennomsnittlig gitt tolv gongar, to gongar per veke. Dei fleste studiane vart gjennomført i Europa, og éin av studiane vart gjennomført i Noreg. Resultata viser at musikkterapi kan auke velværet og redusere symptom på depresjon og angst hjå personar med demens.

## 6.0 Drøfting

I følgjande kapittel ynskjer vi å drøfte relevant teori, forskingsresultat og individuelle synspunkt og refleksjonar.

### 6.1 Korleis ivareta ein dement pasients eigenverd og identitet på sjukeheim?

Som sjukepleiar har ein eit overordna ansvar for å ivareta pasienten sine psykososiale behov. For at pasienten skal trivast, må vi som helsepersonell bidra til at identitet og eigenverd hjå pasienten vert opprettheldt (Sjåstad, Larsen, & Olsen, 2013). Vår erfaring er at det handlar om å gje mykje av seg sjølv for å hjelpe andre, og at ein må ha empati og god moralsk verdi. Moralske verdiar fortel noko om kva som har betydning for det å leve eit godt liv, for menneske sine interesser, på ein måte som forpliktar oss til å fremje verdiar for andre enn oss sjølve (Nortvedt, 2012, s. 47). Dette støttast av Sjåstad, Larsen, & Olsen (2013), som seier at for å fremje verdiar hjå andre, må vi møte menneske med respekt og verdigheit, og sjå menneske - ikkje berre sjukdommen deira. Omtalar vi pasientar som menneske med demens, kjem menneske i fokus. Dersom vi derimot omtalar dei som dementpasientar, vil diagnosen kome i fokus (Sjåstad, Larsen, & Olsen, 2013).

Det å yte psykososial støtte har til hensikt å fremje pasienten si oppleving av å bli forstått, bekrefte, teke hand om og å kjenne på trygghetkjensla. Individuell sjukepleie er viktig, og det inneber blant anna å ta utgangspunkt i pasienten si livshistorie og verdiar (Sjåstad, Larsen, & Olsen, 2013). Det å ha ei forståing er sjølve kjerna i førebygginga, utan denne stiller vi svakt for å kunne hjelpe pasienten. Dette underbyggjast i forskinga "Like a prison without bars", der pasientane opplever at dei ikkje vert sett og høyrte som individuelle autonome personar. Denne mangelen på friheit og kjensler av å ikkje bli bekrefte og respektert som individuelle sjølvstyrte personar kan vere ein trussel mot deira personlege verdigheit (Heggstad, Nortvedt, & Slettebø, 2013). Vidare funn avslører viktige utfordringar i demensomsorga der helsepersonell har liten kunnskap om dei subjektive erfaringane hjå pasientar med demens og hovudsakleg fokuserer på kognitiv svekking og manglande evne til å ta ei avgjerd (Heggstad, Nortvedt, & Slettebø, 2013). For å oppretthalde ein person sin identitet og verdigheit er det viktig å bekrefte pasienten som ein enkeltperson. Så kan ein spørje seg, er autonomi umogeleg for personar med demens? Er paternalisme ein nødvendighet? Johnsen & Smebye (2008) hevdar at dersom personar med demens får anledning til å ha innflytelse på sin situasjon, vil det styrke deira sjølvkjensle og gje auka trivsel og velvære (Johnsen & Smebye, 2008, s. 225). Det er viktig at vi som sjukepleiarar er vår rolle bevisst og ikkje misbrukar vår maktposisjon eller frårøver pasienten sin autonomi på tross av at vedkomande ikkje er rekna som samtykkekompetent (Eide & Eide, 2012, s. 45)

Som sjukepleiar må ein vere personleg ovanfor menneske ein ikkje kjenner. Ein må byggje opp tillit der det ikkje er tillit i utgangspunktet. Ein må kunne møte utfordrande situasjonar når budskapet kan sjåast nådeløst og det å trøyse er vanskeleg (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 91). Sjukdom, omsorg, trøyst, det å møte ein annan person si glede, tillit til den du omgås med – alt dette er viktige aspekt ved alt menneskeliv og samhandling.

Evna til å forstå verda frå pasienten si side og den sårbare situasjonen han eller ho befinn seg i, gjer oss i stand til å tilby og utføre den pleia og omsorga pasienten har krav på (Sjåstad, Larsen, & Olsen, 2013). For at vi skal ha evne til å skape trivsel for pasientar på sjukeheim, kan det vere lurt å finne ut kva som tidlegare gjorde pasienten i godt humør. I følge artikkelen "Identity-supportive nursing of patients with dementia in nursing homes" hevdar dei at det kan vere å innhente informasjon før pasienten kjem til sjukeheimen. Artikkelen belyser viktige med å gjere det heimekoseleg for pasientar med demens (Dragset, Normann, & Ingunn, 2015). Ein måte å "nå inn" til pasientar med hukommessvikt, kan vere å minne dei om tidlegare liv. Dette er noko vi sjølv har erfart i praksis, då vi ved fleire tilfeller har opplevd at pasientar med demens på sjukeheim har bevart minner frå tidlegare i livet. Solvoll (2016), bekreftar dette i sin teori om at svikt i hukommelsen ofte er grunnen til identitetstap, grunna samheng mellom identitet og hukommelse. Difor kan tilbakeblikk på referanse til tidlegare fasar i livet og viktige hendingar vere ein viktig strategi for å styrke pasienten sitt sjølvbilete og oppleving av eigenverd (Solvoll, 2016, s. 134).

Identitetsforskar, Antony Giddens, meiner at menneske sin identitet vert utvikla og endra gjennom det han betegnar som sosial konstruksjon. Begrepet forklarar at vi menneske reagerer på samfunnet og miljøet rundt oss (Solvoll, 2016, ss. 110-111). Artikkelen "Dignity preserving dementia care" viser tre separate, men likevel komplementære aspekt som er knytt til omsorga av pasientar med demens. Dei tre er; "Å ha medkjensle til pasienten", "å bekrefte pasienten si verdigheit og kjensle av sjølvtilitt" og "skape eit humant og målretta miljø" (Tranvåg, Petersen, & Nåden, 2013).

## 6.2 Miljøbehandling

Miljøbehandling er sentralt når det gjeld å ivareta identitet hjå personar med demens (Rokstad, 2008, s. 153). Det er ei aktivitetsretta form for behandling som skal ta sikte på å betre pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheiter. Behandlingsforma skal vere eit tiltak sjukepleiar iverkset for å betre pasientens sjølvkjensle, og det skal bidra til at han eller ho får ei oppleving av ein betre kvardag (Rokstad, 2008, s. 153). Dette underbyggjast i "Demensplanen 2020", der det kjem fram at fleire personar med demens har opplevd at sjukdommen påverkar dei menneskelege behova og

verdiane deira. Kognitiv svikt har også stor innverknad på deira liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Når det gjeld personar med demens er målet først og fremst å få pasienten til å bruke egne ressursar for å oppretthalde sjølvstende så lenge som mogeleg. Viktige mål er å skape trivsel og glede.

Personar med demens er ofte dominert av passivitet. Dei som bur i institusjon kan ofte bli sitjande aleine og kjem sjeldan i kontakt med andre (Engedal & Haugen, 2005, s. 300). Dette støttast også i forskinga "Living with dementia in a nursing home" der pasientane beskriv kjensler av å bu på sjukeheim som vanskeleg og einsamt (Mjørud, Engedal, Røsvik, & Kirkevold, 2017). Vidare kjem det fram at kvardagen er lite innhaldsrik og at livet på sjukeheimen er kjedeleg. Stimulering og aktivitet er ein føresetnad for at mennesker skal fungere normalt (Engedal & Haugen, 2005, s. 300). Som helsepersonell er det avgjerande å ta initiativ og deltaking, og ta utgangspunkt i pasientane si interesser og vanar frå tidlegare i livet. Personar med demens har utbytte av å delta i aktivitetar som; trim, handarbeid, musikk, rytme og dans (Engedal & Haugen, 2005, s. 300).

I følgje Engedal & Haugen (2005) reagerer personar med demens kjenslemessig på sjukdommen, og dei kan oppleve seg mislykka og verdiløus (Engedal & Haugen, 2005, s. 293). Dette vert bekrefta i artikkelen "Living with dementia in a nursing home" der pasienten sjølv beskrev tap av sjølvtilitt og kjensla av å vere verdiløus. Vi kan difor bruke miljøbehandlinga til å betre funksjonsevna til pasienten på viktige område, som igjen vil kunne betre sjølvbiletet (Mjørud, Engedal, Røsvik, & Kirkevold, 2017). Eksempel kan vere at dersom ein person med demens, når forholda er tilrettelagd, klarar å bli meir sjølvhjulpel under stell- og matsituasjon, eller ved å vere tilbakehalden startar å delta i sosiale aktivitetar (Engedal & Haugen, 2005, s. 293).

Engedal & Haugen (2005) hevdar at personar med demens skal få mogelegheit til å leve og fungere i eit så normalt miljø og under så normale rammer som mogeleg (Engedal & Haugen, 2005, s. 306). Det er fokus på å leggje vekt på eit bu-miljø som er mest mogeleg likt det pasienten assosierer med sin eigen heim. Artikkelen "Like a prison without bars" indikerer motstridande opplevingar frå pasientane sjølv. I forskinga kjem det fram at pasientane føler deira fridom er begrensa, og dei beskriv kjensler av heimlengsel. Manglande fridom og tilhøyrighet kan vere relatert til institusjonelle rammer, som rutinar og låste dørar, og til at bebuaren må leve saman med framande (Heggstad, Nortvedt, & Slettebø, 2013). Artikkelen indikerer også at behovet for bekreftelse, friheit og tilhøyrighet er knytt til ein persons verdiskaping. Denne mangelen på fridom, oppleving av heimlengsel og kjensler av å ikkje bli bekrefta og respektert som individuelle sjølvstyrte personar kan vere ein trussel mot deira personlege verdigheit (Heggstad, Nortvedt, & Slettebø, 2013). Ei viktig oppgåve i sjukepleie er å leggje vekt på normalisering. Dette bidreg til eit bumiljø som er mest

mogeleg likt det vi vanlegvis forbinder med ein heim, og personar med demens vert møtt med normale forventingar og reaksjonar (Engedal & Haugen, 2005, s. 306).

### 6.3 Musikkterapi som behandlingsform

Målet med bruk av musikk er å stimulere til sosial deltaking, redusere stress og uro, stimulere positive opplevingar og vekke minner (Rokstad, 2008, s. 163). Pasientar som har redusert verbal språkevne vil ha effekt av språkleg stimuli som fins i musikken. Musikk er ein distraksjon frå det kjedelege og monotome “kvardagslivet”, og motverkar einsamheit og isolasjon. Ved å nytte musikk i dagleglivet til pasientane, er det med på å styrke deira identitet og oppleving av eigenverdi (Rokstad, 2008, s. 163). Studien “Music-based therapeutic interventions for people with dementia” hevdar at musikkterapi kan redusere åtferdsproblem og gje noko betre kognisjon. Studien viser også at musikkterapi kan auke velvære og redusere symptom på depresjon og angst hjå eldre personar med demens (Steen, et al., 2017).

Pasientar med demens er avhengig av trygge og stabile rammer for å oppnå trygghetskjenle og for å føle seg vel i omgjevnadene. Det å vere musikalsk er ikkje eit krav til oss som sjukepleiar, så eit alternativ kan vere å setje på ein CD med dansemusikk frå deira generasjon. Poenget er å gjere noko saman med ein eller fleire, som vil kunne bidra til å auke fellesskapskjenla. Studiar som er gjort i sjukeheim har vist at personalet si rolle som tilretteleggarar kan ha avgjerande betydning for etablering av meiningsfull og positiv kontakt mellom pasientane (Rokstad, 2008, s. 154). Behovet for pleie og omsorg vil variere over tid, og avheng blant anna av grad av kognitiv svikt, fysisk funksjonsnedsetjing og støtte frå familie og vener. Kva tiltak som vert gitt, avheng blant anna av pasienten si evne til å kommunisere. Dersom pasienten har mista evna til å snakke og forstå, kan musikk vere eit alternativ for kommunikasjon (Steen, et al., 2017).

### 6.4 Omsorg

Ein hektisk kvardag pregar mange sjukeheimar i dag. Det kan vere periodar med stort arbeidspress, og vi erfarer at evna til å halde fokus og yte god omsorg kan avta. Vi kan bli stressa, og det kan smitte over på pasientane og skape uro. Som sjukepleiar har vi eit klart ansvar for å beskytte pasienten mot negative haldningar og å sikre dei god omsorg. Dette underbyggjast i gjere vel-prinsippet og er også uttrykt i helsepersonellova §4 om forsvarleg og omsorgsfull hjelp (Nortvedt, 2012, s. 96). Vi bør vere positive, effektive og gjere vårt beste - uavhengig av arbeidssituasjon. Det er haldninga vår som styrer vår åtferd (Sjåstad, Larsen, & Olsen, 2013).

Demenssjukdom omhandlar "enkeltsejber". Gjere-vel prinsippet stiller store krav til innleving i andre menneske sin situasjon, og til at vi skal etterleve dei krava som då ofte reiser seg og aktivt delta og ta ansvar for andre sin livssejber (Nortvedt, 2012, s. 96). Det er viktig å vise respekt for pasienten, og evna til å vise empati og medmenneskelegheit vil danne grunnlaget for god samhandling. Viss ein skaffar seg god kompetanse vil ein skape ein indre tryggleik, som vil setje oss i stand til å ivareta pasienten sin identitet og eigenverd (Sjåstad, Larsen, & Olsen, 2013). Kitwood understrekar at vi må kome vekk frå ei einseitig vektlegging av demenssjukdommen og i staden leggje vekt på den enkelte si oppleving og handtering av sitt liv med sjukdommen (gjengjeve i Rokstad, 2008, s.70). Kitwood sin innsats for å etablere ei personsentrert demensomsorg gjennom endring av haldningar og kultur har vore viktig. Gjennom bevisst og kritisk vurdering av den omsorgskulturen vi er ein del av, har vi moglegheit til å utvikle ei alternativ haldning til personar med demens som set den enkelte sitt behov i sentrum. Kitwood sitt ynskje har vore å endre demensomsorga frå fokus på *sjukdommen* til fokus på *pasienten* (gjengjeve i Rokstad, 2008, s. 70).

Omsorga si moralske side har alltid vore viktig. Begrunninga for omsorg er knytt til moralske verdiar. Hjø Martinsen knytast sjukepleieomsorg til solidaritet med ansvar for den svake (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 98). Martinsen er opptatt av at det er vi som sjukepleiarar som skal hjelpe pasienten, ikkje omvendt. Det er ei personleg utfordring for den enkelte å arbeide for å skape ein meningsfull relasjon til pasienten. Artikkelen "Identity-supportive nursing of patients with dementia in nursing homes" belyser at individuell sjukepleie forsterkar identitetskjensla hjå pasientar med demens. I artikkelen står det at pågåande kompetansebygging er nødvendig for å gje best mogleg personsentrert omsorg i sjukeheim (Dragset, Normann, & Ingunn, 2015). Kitwood bekreftar dette i følgjande utsagn: "*Mye kan gjøres gjennom menneskelig innsikt og kompetanse. Vi trenger mer kunnskaper om hva relasjonskompetanse innebærer i demensomsorgen*" (gjengjeve i Rokstad, 2008, s. 342).

I følgje Martinsen er det omsorgsarbeidet som utgjør grunnlaget for forståing av sjukepleie i yrkessamanheng (Kristoffersen, 2016, s. 57). Omsorgsarbeidet består av ein relasjon mellom minst to personar, der den eine er forplikta til å yte den hjelpa den andre treng. For å kunne hjelpe pasienten er det nødvendig å engasjere seg i og vise interesse ovanfor pasienten. Vi må vere villige til å setje oss inn i pasienten sin situasjon. I følgje Martinsen inneber dette "*Å forsøke å fortolke den andres realitet, å gripe hva den andre erfarer, å forstå ut frå den andres horisont og å møte den andre ut fra hvordan han selv ville ha handlet i situasjonen hvis han kunne*" (Kristoffersen, 2015, s. 60). Forskinga vi har funne samsvarar ikkje med litteraturen over. I forskinga "Like a prison without bars" kjem det fram at helsepersonellet har liten kunnskap om pasienten bak demensdiagnosen, og at dei hovudsakleg fokuserer på diagnosen der kognitiv svekking og manglande evne til å ta ei avgjerd står i



fokus. Dette avslørrar viktige utfordringar i demenspleia, noko som kan skade pasientens verdigheit (Heggestad, Nortvedt, & Slettebø, 2013). Vi har sjølv erfart at for å yte best mogeleg omsorg må ein vere empatisk og medmenneskeleg ovanfor pasienten. På bakgrunn av dette er det Martinsen sin teori som underbygger våre erfaringar.

## 6.5 Kommunikasjon

I følgje Henriksen (2008) er kommunikasjon det som byggjer, utviklar og opprettheld relasjonar. Vidare er behovet for kommunikasjon ekstra stort når det dreier seg om kommunikasjon mellom helsepersonell og personar med demens (Henriksen, 2008, s. 88). Kommunikasjon er ein føresetnad for at pasienten opplever støtte og forståing. Ved sviktande kommunikasjonsevne hjå pasienten må personalet kompensere med eit større engasjement i kontakten (Rokstad, 2008, s. 163). Etter kvart som demenssjukdommen utviklar seg, vert det vanskelegare for pasienten å halde fast på historier frå tidlegare i livet og å fortelje om avgjerande hendingar som har forma deira identitet (Brooker, 2013, s. 44). Ei oppgåve som sjukepleiar er å lære seg dei sentrale historiene og henvise til dei i den daglege kontakten med pasienten. Dette kan vere med på å styrke deira sjølvbiletet og oppretthalde deira identitet sjølv om forvirringa aukar. Sjukepleiaren kan skaffe seg denne kunnskapen ved å snakke med pasienten og deira pårørande. På denne måten sørgjer sjukepleiaren for kontinuitet i kommunikasjon og omsorg for pasienten (Solvoll, 2016, s. 134)

Solvoll (2016) seier kommunikasjon er sentralt og inngår i alt ein sjukepleiar føretar seg. Gjennom kommunikasjon ser vi korleis den kan styrke pasientens identitetsoppleving. Dette på bakgrunn av korleis kommunikasjonen føregår, altså at den formidlar respekt og verdigheit (Solvoll, 2016, s. 130). Ved bruk av reminisens og validering kan pasienten gjenfinne ei kjensle av identitet, ny kontinuitet og tydeleggjere kven han eller ho er. Sjukepleiaren si oppgåve kan vere å bruke desse innfallsvinklane for å minne pasienten om deira tidlegare sjølvtilitt og kompetanse, som igjen kan ha positiv innverknad på deira sjølvkjensle i dag. Dette kan vere med på å opne opp for forståing og nærheit (Henriksen, 2008, ss. 103-106). Forskingsartikkelen "Living with dementia in a nursing home" underbygger dette då det kjem fram at personar med demens kan kommunisere sine kjensler og tankar. Dei som er råka av demens snakkar ofte om sine tidlegare liv, samt familie og heimen deira (Mjørud, Engedal, Røsvik, & Kirkevold, 2017).

Behovet for å kommunisere med andre ligg djupt i oss og ingenting tyder på at dette behovet vert mindre under demensutviklinga, sjølv om språket som reiskap ikkje lengre er like effektivt og presist (Henriksen, 2008, s. 93). Mange definisjonar av livskvalitet reknar kommunikasjon som avgjerande for eit godt liv. Når personar med demens vert spurde om kva dei vektlegg, nemner dei fleste

samspel og kommunikasjon, det å vere saman med nokon, tilhøyrighet, føle seg respektert og stimulert (Henriksen, 2008, s. 93). Dette ser vi også igjen i forskingsartikkelen "Living with dementia in a nursing home" der pasientane kan nemne fleire faktorar som har innverknad på livskvaliteten deira. Dei er nøgde med livet generelt, men kvardagen er lite innhaldsrik og deira kjensle av tilfredsheit er basert på aksept av visse verkelegheitsfakta og deira evne til å tilpassa sine forventningar. Pasientane føretrekk deira primære sjukepleiar, noko som kan tyde på at dei har betre kommunikasjon og relasjonar med enkeltpersonar (Mjørud, Engedal, Røsvik, & Kirkevold, 2017). Faglitteraturen til Solvoll (2016) og Eide & Eide (2012) understrekar viktigheita ved god kommunikasjon. Det å forstå korleis andre har det, og kva han eller ho tenkjer om seg sjølv, skjer gjennom kommunikasjon. Ein samtale som bidreg til verdigheit og respekt, skjer i ein genuin interesse for og deltaking i den andre si verd (Solvoll, 2016, s. 130). Kommunikasjon er difor eit viktig hjelpemiddel for å bli betre kjend med pasienten, og få ei forståing i møte med deira behov. Dette kan også hjelpe vedkommande til meistring, redusere liding og einsamheit (Eide & Eide, 2012, s. 136).

Sjølv om kommunikasjon er avgjerande for å skape gode relasjonar og forståing hjå pasienten, kan samtalar med personar som er ramma av kognitiv svikt vere krevjande (Solvoll, 2016, s. 133). Når det er snakk om personar som har mista tankekrafta, må vi finne andre måtar "å snakke saman på". Furst hevdar at gjennom kroppsspråk, der berøring, tale og bevegelse og musikk vert teke i bruk, kan kroppen hugse det tankane ikkje maktar (gjengjeve i Solvoll, 2016, s. 134).

Både ved bruk av kommunikasjon og å engasjere pasienten i aktivitetar som dei likar, bidreg sjukepleiaren til å hjelpe pasienten frå isolasjon og å fremje oppleving av identitet og eigenverd (Kristoffersen, 2016, s. 161). Artikkelen "Identity-supportive nursing of patients with dementia in nursing homes" bekreftar dette då dei seier at kjensla av relasjon og identitet kan aukast gjennom dagleg aktivitet. Inkludering av aktivitetar som pasienten pleidde å engasjere seg i, forsterkar identitetskjenla hjå pasientar med demens. Studien konkluderer med at ei bevisstheit om individets tidlegare liv kan uttrykkast praktisk talt i personsentrert sjukepleie, og kan støtte kontinuitet i pasienten sitt liv (Dragset, Normann, & Ingunn, 2015).

## 7.0 Konklusjon

Føremålet med oppgåva var å belyse problemstillinga: "Korleis ivareta identitet og eigenverd hjå pasientar med demens på sjukeheim?" Det som vert gjort avhenger mykje av omgivnadane og eigenskapane hjå helsepersonell. Overgang frå eigen heim og til sjukeheim, mogelegheit for å drive med meningsfulle aktivitetar og kjensla av å vere nyttig er viktige faktorar. Vi som sjukepleiarar må

få kjennskap til pasienten si livshistorie. På denne måten vert ein også merksam på kva roller pasienten har, og har hatt tidlegare i livet. Det fins døme på fleire aspekt som kan svekke pasienten si oppleving av identitet og eigenverd. Dette kan vere tap av hukommelse, kjensle av nederlag og at evna pasienten har til å meistre sitt eige liv vert redusert. Det er viktig å få eit heilheitleg bilete av menneske - og vite at kvart individ har ein unik identitet. Identitet kan mellom anna bekreftast gjennom å møte andre menneske, og kommunikasjon kan difor vere eit viktig verktøy til å styrke deira kjensle av verdigheit.

Gjennom oppgåva har vi prøvd å få fram kor viktig det er med eit personorientert syn på pasienten, noko som vil sei at ein ser på ein *person*-med- demens og ikkje *person*-med-*demens*. Helsepersonell treng meir kunnskap om demens og korleis det er å leve med denne sjukdommen for å kunne individualisere pleia. Det å bli respektert og bekrefta er viktig for personar med demens for at deira identitet skal bli opprettheldt. Opplevinga av å fortsatt "vere nokon" er viktig for å føle verdigheit. Mangel på ressursar i eldreomsorga er eit kjent problem, men ingen unnskyldning. Helsepersonell kan og bør innanfor dei rammene dei har, opptre på ein slik måte at identitet og verdigheit vert ivaretatt på best mogeleg måte.

På bakgrunn av drøfting gjennom oppgåva har vi belyst at ulike tiltak gir mogelegheit for å ivareta pasientar sin identitet og eigenverd, når dei på grunn av sjukdom har vanskar med å klare det på eigahand. Desse tiltaka er blant anna generell miljøbehandling, musikkterapi og personsentrert omsorg. I tillegg til god fagleg bakgrunn, har vi lagt hovudvekt på kor avgjerande vår indre kompetanse er. For oss handlar dette om respekt for det enkelte menneske sitt liv, samt at sjukepleie skal byggje på barmhjertigheit, omsorg og respekt. Viktige begrep totalt sett er: kommunikasjon, indre kompetanse og evna til å vise omsorg og vere empatisk. Sjukepleiar må også vere bevisst på haldning, då den ofte skin gjennom vårt kroppsspråk og vår åtferd. Ved å vere bevisst på haldningar og nytte seg av tiltaka vi har gjort greie for, vil vi som sjukepleiarar vere betre rusta til å kunne ivareta pasientar på sjukeheim sin identitet og eigenverd på ein god måte.

## Bibliografi

- Aschehoug og Gyldendals. (2005). *Store norske ordbok*. Oslo: Gyldendal ASA.
- Berentsen, V. D. (2008). *Demensboka*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg*. Sandefjord: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dragset, I., Normann, H. K., & Ingunn, E. (2015, Mars). Identity-supportive nursing of patients with dementia in nursing homes. ss. 1-15. doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01275.x
- Eide, H., & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2005). *Lærebok demens*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Folkehelseinstituttet. (2016, Mars 16). *Fhi.no*. Henta frå Litteratursøk: <https://www.fhi.no/div/bibliotek/litteratursok/>
- Heggestad, A. K., Nortvedt, P., & Slettebø, Å. (2013, Mai 23). Like a prison without bars. ss. 1-13. doi:10.1177/0969733013484484
- Helgesen, A. K. (2016). Sosial kontakt (ss. 141-163). I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende Sykepleie Bind 3*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015, Desember 2). *Regjeringen.no*. Henta frå Demensplan 2020 Et mer demensvennlig samfunn: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117/>
- Helsedirektoratet. (2017, August 16). *Helsedirektoratet.no*. Henta frå Nasjonal faglig retningslinje om demens: <https://www.magicapp.org/app#/guideline/1370>
- Henriksen, K. W. (2008). Kommunikasjon (ss. 87-111). I A. M. Rokstad, & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens*. Oslo: Akribe AS.
- Johannsen, P. (2009). Demens. I P. Riis, & J. Gerlach, *Ældre og psykisk sykdom*. København: Psykiatrifonden og ældreforum.
- Johnsen, L., & Smebye, K. L. (2008). Bruk av tvang i demensomsorgen (ss. 207-228). I A. M. Rokstad, & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens*. Oslo: Akribe AS.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykeplei - kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling (ss. 139-185). I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø, *Grunnleggende sykepleie Bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise (ss. 15-64). I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. Hjelmeland (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier - verdier og samhandling (ss. 89-132). I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Otta: Universitetsforlaget.
- Mjørud, M., Engedal, K., Røsvik, J., & Kirkevold, M. (2017, Januar 31). Living with dementia in a nursing home, as described by persons with dementia. ss. 1-9. doi:10.1186/s12913-017-2053-2
- Nasjonalforeningen for folkehelse. (2017, Juni 6). *Nasjonalforeningen.no*. Henta frå Hva er demens?: <http://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/>
- Nasjonalt videnscenter for demens. (2017, September 5). *Nasjonaltvidenscenterfordemens.dk*. Henta frå Forekomst af demens i hele verden: <http://www.videnscenterfordemens.dk/statistik/forekomst-af-demens-i-hele-verden/>
- Norsk sykepleieforbund. (2011, August 9). *Nsf.no*. Henta frå Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Rokstad, A. M. (2008). Forståelse som grunnlag for samhandling (ss. 60-80). I A. M. Rokstad, & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens*. Oslo: Akribe AS.
- Rokstad, A. M. (2008). Hva er demens? (ss. 27-40) I A. M. Rokstad, & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens*. Oslo: Akribe AS.
- Rokstad, A. M. (2008). Kompetanseutvikling hos personalet (ss. 340-348). I A. M. Rokstad, & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens*. Oslo: Akribe AS.
- Rokstad, A. M. (2008). Miljøbehandling (ss. 152-173). I A. M. Rokstad, & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens*. Oslo: Akribe AS.
- Sjåstad, M., Larsen, A. G., & Olsen, T. Å. (2013, Mars). Hvordan styrke pasientens integritet og verdighet når tvang er uunngåelig? ss. 1-18.
- Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Smebye, K. L. (2008g). Å møte personer med demens (ss. 13-22). I A. M. Rokstad, & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens*. Oslo: Akribe AS.
- Solvoll, B.-A. (2016). Identitet og egenverd (ss. 105-137). I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Steen, J. T., Soest-Poortvliet, M. C., Wouden, J. C., Bruinsma, M. S., Scholten, R. J., & Vink, A. C. (2017, Mai 2). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. ss. 1-107. doi:10.1002/14651858.CD003477.pub3
- Tranvåg, O., Petersen, K. A., & Nåden, D. (2013, Mai 28). Dignity-preserving dementia care. ss. 1-20. doi:10.1177/0969733013485110.