



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Personsentrert omsorg som  
forebyggende behandling ved  
utfordrende atferd

Person-centered care as preventative  
treatment in challenging behavior

**Amalie Leikanger Baade**

Bachelor i sykepleie

Fakultet/Institutt/program: Avdeling for helsefag Førde

Veileder: Toril Marie Terum

Innleveringsdato: 15/06-2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Presentasjon av problemstillingen.....	2
1.3 Avgrensing av problemstilling .....	2
1.4 Begrepsavklaring.....	2
1.5 Beskrivelse av hvordan oppgaven videre vil bli løst.....	3
<b>2.0 Metode</b> .....	<b>4</b>
2.1 Litteraturstudie som metode.....	4
2.2 Søkeord og databaser.....	4
2.3 Faglitteratur .....	6
2.4 Kildekritikk.....	6
<b>3.0 Teoridel</b> .....	<b>8</b>
3.1 Demens.....	8
3.2 Symptomer på demens.....	9
3.2.1 Kognitive og motoriske symptomer på demens.....	9
3.2.2 «Utfordrende atferd» - atferdsmessige symptomer på demens .....	9
3.3 Personsentrert omsorg .....	10
3.4 Dementia Care Mapping .....	12
<b>4.0 Resultat og funn</b> .....	<b>13</b>
4.1 Presentasjon av forskningsartiklene.....	13
«God omsorg for urolige personer med demens» .....	13
«Dementia care mapping – en mulighet for refleksjon og utvikling» .....	14
“Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial” ...	14
“Staff and relatives' perspectives on the aggressive behaviour of older people with dementia in residential care: a qualitative study” .....	15
«Understanding and achieving person-centred care: the nurse perspective” .....	15
«The impact of life story work on person-centred care for people with dementia living in long-stay care settings in Ireland” .....	16
<b>5.0 Drøfting</b> .....	<b>17</b>
5.1 Personlig tilnærming til pasienten.....	17
5.2 Kartlegging av utfordrende atferd.....	21
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>24</b>
<b>7.0 Litteraturliste</b> .....	<b>25</b>
<b>Vedlegg 1</b> .....	

## **Sammendrag**

**Tittel:** Personsentrert omsorg som forebyggende behandling ved utfordrende atferd.

**Bakgrunn for valg av tema:** Demens er et dagsaktuelt tema og som sykepleier vil man møte på personer som er rammet av demens. Mange av de som lider av sykdommen utvikler atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens. Dette er utfordringer som kan være vanskelig å håndtere i hverdagen, men med riktig kunnskap og implementering av personsentrert omsorg i praksis kan sykepleier forebygge utfordrende atferd. Personsentrert omsorg er vektlagt i oppgaven min og derfor velger jeg å drøfte viktigheten av dette. Flere helseinstitusjoner velger å implementere metoden i praksis.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleier forebygge utfordrende atferd hos personer med demens på sykehjem?

**Metode:** Bacheloroppgaven er en litteraturstudie som baserer seg på egne erfaringer som sykepleierstudent, pensum, forskning- og fagartikler og selvvalgt litteratur.

**Oppsummering av funn og konklusjon:** Personsentrert omsorg viser seg å både være kostnadseffektivt og øker livskvaliteten til personer som er rammet av demens. Å ha en personlig tilnærming til pasienten kjennetegnes ved at man støtter pasientens personverd, kjenner til livshistorien og anerkjenner denne. En må legge til rette for mestring og livskvalitet ved å møte pasientens psykososiale behov. Før en kan implementere og bruke personsentrert omsorg er det viktig at de ansatte har forståelse for begrepet og hva metoden innebærer. Det er viktig å forstå hva atferden er et uttrykk for. Dementia Care Mapping er et verktøy som setter i gang refleksjoner hos de ansatte og man blir bevisst over egen praksis.

**Nøkkelord:** demens, personsentrert omsorg, utfordrende atferd

## **Abstract**

**Title:** Person-centered care as preventative treatment in challenging behavior

**Background for choice of topic:** Dementia is a highly relevant topic. As a nurse, one will meet individuals living with dementia. Many of those suffering from the condition develop behavioral and psychological symptoms. These are challenges that can be difficult to handle in everyday life, but with the right knowledge and by having a person-centered approach in practice, a nurse can prevent challenging behavior. Person-centered care is an essential part of my thesis, and thus, I discuss the importance of this concept. Several health institutions choose to implement the method in practice.

**Research question:** How can nurses prevent challenging behaviour from individuals living with dementia in nursing homes?

**Methodology:** The bachelor's thesis is a literature study based on personal experiences as a nursing student, syllabus, research articles, academic articles, and self-selected literature.

**Summary of findings and conclusion:** Person-centered care proves to be both cost effective and increases life quality to individuals suffering from dementia. Having a personal approach to the patient is characterized by supporting the patient's personhood, knowing the patient's life history and recognizing it. One should facilitate for achievements and life quality by meeting the patient's psychosocial needs. Before implementing and using person-centered care, it is essential that the employees have an understanding of the term and what the method involves. Understanding the reasons behind the patient's behavior is important. Dementia Care Mapping is a tool which allows for reflection among the employees, and makes one aware of own practice.

**Keywords:** dementia, person-centered care, difficult behavior

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I denne oppgaven har jeg valgt temaet demens. Jeg vil ta for meg hvordan man som sykepleier kan forebygge utfordrende atferd hos personer med demens som bor på skjermet avdeling på sykehjem. Ifølge Folkehelseinstituttet (2019) er det anslått at mellom 80 000 og 100 000 som lever med demens i Norge i dag, og tallet vil øke med antall eldre. Demens er en fellesbetegnelse på sykdommer i hjernen (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 411). En som lever med demens får gradvis større problemer med å utføre dagligdagse oppgaver på grunn av kognitiv svikt i hjernens funksjoner. Etterhvert vil en også se forandringer i både personlighet, atferd og følelser (Folkehelseinstituttet, 2019). Ifølge Helsedirektoratet (2019) så har 80% av beboerne med langtids plass på sykehjem en form for demensdiagnose. Regjeringen har utviklet Demensplan 2020 som ble opprettet for å integrere personer som er rammet av demens i samfunnet og målet er at alle skal leve så godt som mulig med sykdommen. Når den kognitive funksjonen svekkes over tid, blir det ofte vanskelig å hevde sine egne interesser og behov. Da er det viktig at samfunnet legger til rette og beskytter personen sine rettigheter. Personer med demens skal ha de samme grunnleggende rettighetene som alle andre (Demensplan 2020).

Utagerende atferd er en utfordring vi ofte møter på i sykehjem. Ifølge Thorvik, Helleberg & Hauge (2014) viser forskning oss at 50 % av pasienter som er rammet av langtkommen demens er urolige. Atferdsmessige, psykologiske symptomer på demens er en stor påkjenning for både pasient, pårørende og helsepersonell. Derfor er det så viktig at en har kunnskap om hvordan en kan forebygge utfordrende atferd som uro og aggresjon. Personsentrert omsorg er et viktig moment i en slik behandling. Riktig og god kunnskap fra sykepleieren sin side kan føre til bedre livskvalitet for pasienten ifølge Thorvik et al. (2014). De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere fremhever ansvaret vi sykepleiere har å forebygge sykdom og fremme helse.

Vi skal verne pasientens verdighet og integritet, og legge til rette for medbestemmelse i eget liv og beskytte mot krenkelse i form av tvang og handlinger som virker krenkende ovenfor pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2019). Demens er en hjertesak for meg og jeg kjenner en særlig tilknytning til mennesker med demens, etter å ha jobbet med demensrammede på sykehjem i flere år.

## 1.2 Presentasjon av problemstillingen

Hvordan kan sykepleier forebygge utfordrende atferd hos personer med demens på sykehjem?

## 1.3 Avgrensing av problemstilling

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til å skrive om personer med demens som er innlagt på skjermet avdeling på sykehjem, og som lider av moderat til alvorlig grad av demens. Jeg ønsker å vektlegge personsentrert omsorg, derfor utelukker jeg medikamentell behandling.

## 1.4 Begrepsavklaring

I dette avsnittet ønsker jeg å definere begrepene jeg har valgt i problemstillingen.

Utfordrende atferd, APSD og NPS er ikke-kognitive symptomer som aggresjon, irritasjon, apati, angst, depresjon, upassende atferd, vandring og hallusinasjoner (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 417; Solheim, 2015, s. 319). APSD er forkortet for «atferdsmessige, psykologiske symptomer på demens». NPS står for nevropsykiatriske symptom ved demens (Solheim, 2015, s. 319). I oppgaven velger jeg å bruke både utfordrende atferd og APSD.

En skjermet avdeling på sykehjem er tilrettelagt for personer med demens, særlig hvor det forekommer utfordrende atferd. Formålet med slike avdelinger er at den er tilrettelagt til å bevege seg fritt uten å gå seg bort, og at den styrker vedkommende mulighet til å orientere seg i avdelingen (Hauge, 2014, s. 267).

Helsedirektoratet (2020) hevder i sine nasjonale retningslinjer at miljøterapeutiske og psykososiale tiltak baserer seg på personsentrert omsorg. Målet med miljøbehandling for personer med demens er å opprettholde selvstendighet så lenge det er mulig og at hvert enkelt individ skal få bruke sine ressurser mest mulig. Målene skal alltid tilpasses personens forutsetninger (Solheim, 2015, s. 52).

## 1.5 Beskrivelse av hvordan oppgaven videre vil bli løst

I metodedelen redegjør jeg hva en metode er og hvilken jeg har valgt å bruke. Først beskrives søkeord og databaser til forskningsartiklene. Deretter går jeg gjennom valg av faglitteratur og kildekritikk. I teoridelen redegjør jeg hva demens er og symptomene på sykdommen. Symptomene har jeg valgt å dele inn i kognitive og motoriske kjennetegn på demens og atferdsmessige symptomer på demens. Videre presenterer jeg personsentrert omsorg og kartleggingsverktøyet Dementia Care Mapping. Resultat og funn i forskningsartiklene presenteres i kapittel fire. Kapittel fem tar for seg drøftingen, hvor jeg bruker egne erfaringer, forskning og relevant teori til å svare på problemstillingen. Oppgaven avsluttes med en konklusjon og oppsummering.

## 2.0 Metode

### 2.1 Litteraturstudie som metode

En metode er en fremgangsmåte for å tilegne oss ny kunnskap (Dalland, 2017, s. 51). Dalland (2017, s. 51) refererer til sosiologen Aubert Vilhelm i 1985 som definerte metode som «/.../ en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder».

Ifølge Thidemann (2015, s. 79-80) er litteraturstudie en metode som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Dette innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og deretter sammenfatte den. Metoden inneholder også informasjon om hvordan forfatteren har utført litteratursøket.

### 2.2 Søkeord og databaser

I litteratursøket har jeg valgt å tilpasse søkene mine ved å nytte ulike og spesifikke søkeord. Grunnen til dette er fordi jeg vil finne artikler som svarer spesifikt på det jeg ser etter. For å avgrense søket mitt har jeg kombinert søkeordene med «AND». Dette begrenser søket, men gir relevante artikler som kan svare på problemstillingen min. For å finne relevant forskning og litteratur har jeg valgt å bruke databasene Medline, Cinahl, Academic Search Ultimate og Sykepleien.no. Jeg henviser til vedlegget i oppgaven som gir en oversikt over databaser, søkeord, avgrensinger, antall treff og hvilke artikler jeg har valgt å inkludere i oppgaven. Søkeordene mine er: *dementia, person centred care, person centred approach, agitation, aggressive behavior, nursing care, acute care, demens, sykehjem, DCM og utfordrende atferd*.

På Sykepleien.no fant jeg to forskningsartikler som var relevante å ha med i oppgaven min. På søk nummer en brukte jeg søkeordene «demens og utfordrende atferd» og fikk 10 treff. Ved å lese overskriftene på artiklene fant jeg «God omsorg for urolige personer med demens» av Karin E. Thorvik, Kristin Helleberg og Solveig Hauge (2014). Denne er relevant fordi den tar for seg hva god omsorg for urolige personer på skjermet avdeling er.



På søk nummer to var søkeordene «demens og DCM og sykehjem» og fikk 3 treff. Ved å lese både overskrift og sammendrag fant jeg ut at de omhandlet Dementia Care Mapping. Jeg valgte «Dementia care mapping – en mulighet for refleksjon og utvikling» av Anne Marie Mork Rokstad og Solfrid Vatne (2011).

De fire andre forskningsartiklene fant jeg ved å bruke Medline, Cinahl og Academic Search Ultimate.

På søk nummer tre brukte jeg søkeordene «dementia» AND «person centred-care» AND «agitation» og fikk 12 treff. Her fant jeg «Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial» av Clive Ballard, Anne Corbett, Martin Orrell, Gareth Williams, Esme Moniz-Cook og Renee Romeo et al. (2018)

På søk nummer fire brukte jeg søkeordene «dementia» AND «aggressive behavior» AND «person centred approach» og fikk 6 treff. Her var jeg på utkikk etter en artikkel som spesifikt tok for seg hvordan en kunne håndtere utfordrende atferd. Jeg valgte artikkelen “Staff and relatives' perspectives on the aggressive behaviour of older people with dementia in residential care: a qualitative study» av Duxbury J., Pulsford D., Hadi M., og Sykes S (2013).

På søk nummer fem var søkeordene “person centred care» AND «nursing care» AND «acute care» AND “dementia” og fikk 15 resultat. Artikkelen «Understanding and achieving person-centred care: the nurse perspective» av Helen Ross, Angela Mary Tod og Amanda Clarke (2015) handler om personsentrert omsorg og er relevant til min oppgave.

På søk nummer seks var jeg ute etter en artikkel som kunne understreke viktigheten av å bruke tid og arbeid på livshistoriarbeid. Her var søkeordene «dementia» AND «person centred care» AND «life story work» og fikk 7 treff. Jeg valgte ut artikkelen “The impact of life story work on person-centred care for people with dementia living in long-stay care settings in Ireland” av Adeline Cooney og Eamon O’Shea (2019).

## 2.3 Faglitteratur

Jeg har valgt å bruke Nasjonalbiblioteket sin nettside for å finne faglitteratur som er relevant til oppgaven min. Her har jeg brukt søkeord som samsvarer med problemstillingen min. Eksempel på søkeord har vært «demens» og «personsentrert omsorg». Covid-19 førte til stengte biblioteker og derfor har Nasjonalbiblioteket utvidet tilgangen de har på bøker. Det har vært en utfordring å få tak i nyeste versjon av bøker på grunn av restriksjoner og begrenset bibliotektilgang. Bøkene som ligger på Nasjonalbiblioteket er ofte eldre utgaver. I oppgaven har jeg brukt blant annet «Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten», «Demensguiden», «Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens» og «Geriatrici – en medisinsk lærebok». Har også brukt relevant fagstoff fra Folkehelseinstituttet, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Demensplan 2020 og Sykepleien.no. På Helsedirektoratet finner en de nasjonale faglige retningslinjene om demens.

## 2.4 Kildekritikk

Når en skriver en akademisk oppgave er det viktig å være kildekritisk. Ifølge Dalland & Trygstad (2017, s. 149-150) skal en alltid vurdere og karakterisere kildene som brukes i en oppgave for å fastslå om en kilde er troverdig. Det skilles mellom kvalitative og kvantitative metoder. De kvalitative metodene fanger opp både opplevelser og meninger som ikke kan måles eller la seg tallfeste (Dalland, 2017, s. 52). De samler data ved hjelp av intervju uten faste svaralternativer og ustrukturerte observasjoner. Kvantitative studier kjennetegnes ved at de går i «bredden» og innhenter et lite antall opplysninger om mange undersøkelsesenheter. Kvantitative studier samler data ved hjelp av spørreskjema med faste svaralternativer og observasjoner som er systematiske og strukturerte (Dalland, 2017, s. 53). Jeg har valgt å avgrense publiseringsdato på forskning til 2010-2020 fordi jeg vil ha aktuell forskning. Forskningen jeg har funnet er både norsk og engelsk. Jeg har valgt å bruke studier fra utlandet fordi at det er begrenset hvor mye forskning som har blitt gjort i Norge. En ulempe ved de engelske forskningsartiklene er at det kan være utfordrende å oversette de uten å misforstå eller tolke innholdet feil. Forskningsartikkelen til Helen Ross, Angela Mary Tod and Amanda Clarke (2015) ble gjennomført på en akutt medisinsk avdeling hvor fokuset var å fremme personsentrert omsorg.

Selv om jeg har avgrenset oppgaven til å omhandle sykehjem og skjermet avdeling, er prinsippene om personsentrert omsorg de samme. Så lenge forskningen har overføringsverdi til problemstillingen, så mener jeg det er relevant å ta den med i oppgaven.

## 3.0 Teoridel

### 3.1 Demens

Demens er en fellesbetegnelse på sykdommer som rammer flere av hjernens funksjoner. Når hippocampus affiseres, får man dårligere evne til å lære og holde oversikt over «lagret informasjon» og redusert hukommelse, som kjennetegnes ved kognitiv svikt (Skovdahl & Berentsen, 2014, 416). Hjernen til en person med demens ser annerledes ut enn hjernen til en frisk person. Ved alzheimer har man et høyt antall av amyloide plakk og nevrofibrillære floker som forstyrrer aktiviteten mellom nevronene i hjernen (Bruun-Wyller, 2011, 274). En kan dele inn demenssykdommene inn i tre hovedgrupper: primærdegenerative sykdommer, vaskulær demens og sekundære demenssykdommer (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 412). Primærdegenerative sykdommer skyldes at mange hjerneceller dør og skades i et stort omfang. I denne gruppen er Alzheimer sykdom den vanligste (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 413). Det kommer frem i Demensplan 2020 at omtrent 60 % av alle som lider av demens har Alzheimer. Andre sykdommer som ligger i denne kategorien er frontotemporal og lewylegemedemens og Parkinsons sykdom (Skovdahl & Berentsen, 2014, 413). Vaskulær demens skyldes sykdommer i hjernens blodkar (Solheim, 2015, s. 41). Sekundære demenssykdommer oppstår når skader, sykdommer og tilstander fører til demens. Eksempler på dette kan være hjerneskader, rusmisbruk, svulster, aids og ubehandlet og alvorlig B12-mangel (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 414). Verdens helseorganisasjon (WHO) har utarbeidet et internasjonalt system som blir brukt som offisiell klassifikasjon av sykdommer, kalt ICD-10-kriterier. Demensdiagnosen blir stilt på bakgrunn av dette internasjonale systemet (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 411).

## 3.2 Symptomer på demens

### 3.2.1 Kognitive og motoriske symptomer på demens

Vi skiller mellom kognitive, atferdsmessige og motoriske kjennetegn hos en som utvikler demens. Disse kjennetegnene kan fortelle oss hvilke deler av hjernen som er rammet (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 416). Kognitive symptom kjennetegnes ved at personens intellektuelle evner svekkes, oppmerksomheten reduseres, en blir desorientert for tid og sted og får rom- og retningsvansker. Handling- og språksvikt, samt apraksi og agnosi viser seg også (Solheim, 2015, s. 21; Bruun-Wyller, 2011, s. 54).

Apraksi er en forstyrrelse i evnen til å gjennomføre viljestyrte og målrettede bevegelser selv om personen har normal muskelfunksjon (Kirkevold, 2014, s. 465). En person med agnosi har redusert evne til å sette sammen sensorisk stimuli til en meningsfull enhet. En som er rammet av agnosi vil ikke gjenkjenne gjenstander og praktiserer dem derfor feil (Bruun-Wyller, 2011, s. 57). Motoriske symptom kjennetegnes at det utvikles muskelstivhet og en får større problemer med å samhandle både føtter og hender. Balansen blir dårligere og fallfaren øker. Ufrivillig avgang av urin og avføring, også kalt inkontinens, er et symptom på demens (Solheim, 2015, s. 32).

### 3.2.2 «Utfordrende atferd» - atferdsmessige symptomer på demens

I begrepsavklaringen har jeg forklart at utfordrende atferd har hatt mange navn opp gjennom årene. Før en valgte å bruke begrepene APSD og NPS, valgte en å beskrive atferden som «slem», «vanskelig» og «katastrofereaksjoner» (Solheim, 2015, s. 318). Vi kan kategorisere atferd i tre grupper: verbal uro, fysisk utagering og generell fysisk uro. Verbal uro kjennetegnes ved roping og høy tale, ynking og stønning, ukritisk verbal aktivitet og verbal trussel. Fysisk uro viser seg i kloring, spyting, biting, slag og sparking. Generell fysisk uro er vandring, «plukking», hyppig av- og påkledning, rastløshet og døgnrytmeforstyrrelser (Solheim, 2015, s. 322). Demens fører til personlighetsendringer og dette kan forklares både biologisk og psykologisk. Biologisk forklart så oppstår det endringer i panne- og tinninglappene. Her ligger impulsentrert og når dette området affiseres kan personligheten endre seg. Ved frontotemporallapdemens vet vi at disse endringene oppstår.

Ifølge Solheim (2015, s. 31) kan personlighetsendringer forklares i et psykologisk perspektiv. Når sykdommen gradvis utvikler seg kommer personlighetstrekkene tydeligere frem. Den sosiale læringen svekkes og derfor får personen et primitivt reaksjonsmønster. Her ses det ofte at personen utfører handlinger eller sier setninger vedkommende aldri ville sagt hadde hen vært frisk. Den personlige hygienene blir dårligere og dømmekraften reduseres.

Ifølge Skovdahl & Berentsen (2014, s. 424) er kartlegging og observasjon er viktig for å kunne hjelpe pasienten, og en må her se etter hvilken situasjon atferden oppstår i, samt reaksjonsmønstre og forekomst. APSD skyldes at personen med demens har smerter, enten i form av fysisk eller følelsesmessige smerter. Atferden kan også oppstå når helsepersonell gjennomfører handlinger som er mot pasientens vilje. Andre har utfordrende atferd som skyldes skade i hjernen og noen har problemer med å forstå kommunikasjon.

### 3.3 Personsentrert omsorg

På slutten av 90-tallet kom Tom Kitwood ut med en omsorgsfilosofi som så demenssykdom i et tverrfaglig og helhetlig perspektiv. I demensomsorgen er det viktig at personer med demens blir sett på som et individ, uansett hvilken alder, sykdom og eventuelle skader personen har (Solheim, 2015, s. 54). De fem grunnleggende psykologiske behovene skal ivaretas når en velger å implementere personsentrert omsorg (Aldring og helse, 2020c). Dette innebærer behovet for identitet, tilknytning, sosial inkludering, beskjefligelse og trøst. Som sykepleier er det viktig at en møter og ivaretar disse behovene (Rokstad, 2014, s. 50). Identitet handler om hvem man er, og når man opplever å miste kontrollen over seg selv og sviktende mental fungering, er det viktig at sykepleier hjelper personen med å opprettholde personlig identitet. Dette kan gjøres ved å kjenne personens bakgrunn og livshistorie. Å bruke navn og markere pasientens fødselsdag er å bekrefte vedkommendes identitet (Rokstad, 2014, s. 60). Tilknytning er et behov som forsterkes når man blir rammet av demens. Dette er fordi at personen opplever en utrygg og fremmed situasjon. Tilknytning er viktig for at pasienten skal føle seg trygg og ivaretatt. Sosial inkludering er viktig for at personen skal føle seg inkludert og velkommen i samfunnet.

Som sykepleier skal en inkludere alle i både aktiviteter og samtaler, og sette pris på hvert enkelt individs verdier. Behovet for beskjeftigelse eller aktivitet handler om at vedkommende tar del i aktiviteter som føles givende og som gir personlig mening. Behovet for beskjeftigelse blir enklere og ivareta, samt tilpasse når en har en personlig tilnærming til pasienten. Dette gjøres ved å sette seg inn i pasientens interesser og fortid (Rokstad, 2014, s. 58).

Å ha en personlig tilnærming til personer med demens gjør at det blir enklere å tilrettelegge og bruke ressursene til hvert enkelt individ (Demensplan, 2020). Sykepleier skal ikke umyndiggjøre personen, dette er viktig ved behovet for beskjeftigelse. Behovet for trøst er også et behov som forsterkes når en blir rammet av demens. Omgivelsene føles utrygge og en mister oversikten. Trøst fører til at pasienten føler seg trygg og ivaretatt. Sykepleieren skal sørge for at personen ikke lider av verken fysisk eller psykisk smerte.

Her er det viktig at sykepleieren observerer atferdsbaserte smerteindikatorer. Eksempler er uro, irritabilitet, roping, stønning og ansiktsuttrykk (Rokstad, 2014, s. 52-53).

Miljøbehandling innebærer at en tilrettelegger fysiske, psykiske og sosiale faktorer i omgivelsene slik at personer med demens klarer å fungere i hverdagen til tross svikten sykdommen medfører. Miljøbehandling skal i prinsippet bygge på personsentrert omsorg (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 427). Aktiviteter skal iverksettes etter pasientens ønsker, personlighet og behov (Aldring og helse, 2020b).

Helsedirektoratet (2020) hevder i sine nasjonale retningslinjer at en skal tilby personen med demens miljørettede og psykososiale tiltak. Her kommer det frem blant annet at en individuell kartlegging er nødvendig for at sykepleieren skal kunne gjennomføre personen med demens sine ønsker, behov og ressurser. De som er mottakere av helse- og omsorgstjenester har rett på å få dekket sine grunnleggende behov. Dette inkluderer også behovet for sosialt felleskap, aktiviteter og samvær ifølge «kvalitetsforskrift av 2003 for pleie- og omsorgstjenestene § 3 (Helsedirektoratet, 2020).»

### 3.4 Dementia Care Mapping

Dementia Care Mapping er en standardisert metode som ble utviklet av Tom Kitwood tidlig på 1990-tallet hvor formålet var å kvalitetsforbedre demensomsorgen. Dette gjøres ved å utvikle mer personsentrert omsorg hvor en vektlegger de fem grunnleggende, psykologiske behovene til mennesket (Rokstad, 2014, s. 86; Solheim, 2015, s. 251). Metoden er både en prosess og et verktøy (Rokstad, 2014, s. 88-87). Et av formålene med DCM er å hjelpe helsepersonell å reflektere og få større bevissthet rundt egen praksis på jobb (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 426-427) (Rokstad & Vatne, 2011). Metoden gjennomføres ved systematiske observasjoner av personens grad av velvære, aktivitet og atferd kartlegges iløpet av fire til seks timer (Rokstad, 2014, s. 87). En tar utgangspunkt i disse systematiske observasjonene og kartlegger, samt setter i verk tiltak som er individuelt tilpasset hver enkelt pasient (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 427). Sykepleieren får her danne seg et bilde av hvordan personen med demens deltar i aktiviteter i avdelingen i samhandling med andre og personalet, samt kartlegge personens engasjement og humør. En kartlegger også avdelingens pleiekultur (Solheim, 2015, s. 251-252).



## 4.0 Resultat og funn

### 4.1 Presentasjon av forskningsartiklene

«God omsorg for urolige personer med demens»

Denne studien ble publisert i 2014 og er skrevet av Karin E. Thorvik, Kristin Helleberg og Solveig Hauge.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien var å undersøke hva god omsorg til urolige personer med demens i skjermet avdeling er i utgangspunkt i god faglig utøvelse. Denne studien har ikke utfordrende atferd som fokus, men er relevant fordi god omsorg fører til trygge rammer for personer som er rammet av demens.

**Resultat:** God omsorg for urolige personer med demens kjennetegnes av at sykepleieren kjenner pasienten væremåte og hvilke vaner vedkommende har, samt kunnskap om både demens og pasientens sykdommer. Artikkelen understreker også viktigheten av å kjenne kompetansen til kollegaene sine. Det kom også frem at helsepersonellet alltid var i beredskap og årvåkne for at hvilken som helst situasjon kunne oppstå. Her utnyttet man blant annet «gylne øyeblikk» og de ansatte hadde rask respons når uventede hendinger oppstod. I slike øyeblikk fikk man ofte muligheten til å hjelpe pasienten med grunnleggende behov. Det kom også frem at de var fleksible i form av de tålte rutinebrudd og uorden, samt evne til å tåle pasientens opptreden.

### «Dementia care mapping – en mulighet for refleksjon og utvikling»

Denne studien ble publisert i 2011 og er skrevet av Anne Marie M. Rokstad og Solfrid Vatne.

**Hensikt:** I denne studien var formålet å hente kunnskap om personalets erfaringer med refleksjonsprosesser som ble iverksett på bakgrunn av Dementia Care Mapping. En undersøkelse også betydningen av dette for utvikling av praksis.

**Resultat:** I studien kom det frem at å nytte Dementia Care Mapping som metode i en utviklingsprosess var positivt. Personalet fant nye måter å møte pasientene på, og prosessen førte til økt bevisstgjøring og systematiske refleksjoner over egen atferd i møte med personer med demens. Før man kan implementere metoden i praksis, er man avhengig av at det legges til rette for møtesteder hvor en kan dele refleksjoner og personalet skal ha undervisning som fører til kompetanseheving. Deltakerne i studien følte seg tryggere i praksisutøvelsen etter å ha anvendt Dementia Care Mapping i hverdagen.

### “Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial”

Denne studien ble publisert i 2018 av Clive Ballard, Anne Corbett, Martin Orrell, Gareth Williams, Esme Moniz-Cook og Renee Romeo et al.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien var å undersøke effekten av WHELD (Wellbeing and Health for people with Dementia) som er et opplæringsprogram i personsentrert omsorg. Studien ble gjennomført på 69 sykehjem. Her ble det laget rom for sosialt fellesskap, samt de tilbydde aktiviteter som var individuelt tilpasset den enkelte pasient. Et annet moment i studien var at de skulle gjennomgå hvor stort behov pasientene hadde for antipsykotika. Å bedre både helsen- og livskvalitet var et sentralt mål i denne studien.

**Resultat:** I denne studien kom det frem at den langvarige opplæringen av å ha en personsentrert tilnærming til pasientene hadde mange positive sider. Blant annet førte det til redusert utfordrende atferd og bedre livskvalitet, samt det var kostnadseffektivt. Det var lite eller ingen endringer i antipsykotika.

“Staff and relatives' perspectives on the aggressive behaviour of older people with dementia in residential care: a qualitative study”

Denne studien ble publisert i 2013 av Duxbury J., Pulsford D., Hadi M., og Sykes S.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien var å undersøke årsakssammenhengen og hvilke faktorer som kunne utløse utfordrende atferd til pasienter med demens. Studien undersøker også måten en velger å håndtere aggressiv atferd på og tar for seg både pårørende og sykepleiers synspunkt. Pårørende ble informert at tvangstiltak skulle unngås når pasienten var sint og urolig.

**Resultat:** I studien kom det frem at utfordrende atferd var et problem man blant annet møtte i pleiesituasjoner. Istedenfor å sette i verk medikamentelle tiltak så valgte de å bruke mellommenneskelige strategier. Her ble distraksjon omtalt som nyttig. Det kom også frem at å anvende en personsentrert tilnærming til pasienten var positivt. En kunne løse konflikter ved at sykepleier opptrådte rolig og viste både empati og medfølelse, og ikke reagerte på samme måte som pasienten.

«Understanding and achieving person-centred care: the nurse perspective”

Denne studien ble produsert i 2015 av Helen Ross, Angela Mary Tod og Amanda Clarke.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan sykepleiere velger å fremme personsentrert omsorg på en akutt medisinsk avdeling og hvilken forståelse de har for dette.

**Resultat:** I studien kom frem at sykepleierne hadde forståelse for verdier og prinsippet om personsentrert omsorg. Målet var å skape tryggest mulig omsorg ved å anvende en personlig tilnærming til pasientene på avdelingen. Artikkelen understreker også at sykepleierne erkjente hvor viktig relasjoner er, personlige kvaliteter hos personalet og prinsippene for personsentrert omsorg. Disse funnene kan brukes som et grunnlag for videre utvikling av personsentrert omsorg.

«The impact of life story work on person-centred care for people with dementia living in long-stay care settings in Ireland”

Denne studien ble produsert i 2019 av Adeline Cooney og Eamon O’Shea.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien var å undersøke om kjennskap til pasientens livshistorie ga større forståelse for personen som er rammet av demens og om dette videre kunne påvirke personens omsorg.

**Resultat:** Studien understreker hvor viktig det er å kjenne pasientens livshistorie. Når en kjenner pasientens interesser, verdier og vet hvilke ressurser individet har, kan en se mennesket på en unik og helhetlig måte. Ved å anvende en slik tilnærming i praksis kan en gi omsorg som er personsentrert og dette er svært viktig i arbeid med mennesker som er rammet av demens. Det kom også frem at forholdet mellom pasient og sykepleier ble både dypere og sterkere, og kommunikasjonen ble lettere når en hadde kjennskap til hverandre. I konklusjonen i artikkel kommer det frem at man burde legge til rette for at en får bruke tid på slikt arbeid og at dette skal støttes av ledelsen.

## 5.0 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg drøfte problemstillingen: «Hvordan kan sykepleier forebygge utfordrende atferd hos personer med demens på sykehjem?».

### 5.1 Personlig tilnærming til pasienten

I demensomsorgen skal en møte mennesket på en helhetlig måte og se på personen som et unikt individ. Dette er behovet for å bevare pasientens personverd og er sentralt i Kitwoods teori om personsentrert omsorg. En skal også verdsette preferanser og verdier (Rokstad, 2014, s. 27-28). Ballard et al. (2018) har gjort funn som viser oss at personsentrert omsorg både er kostnadseffektivt og øker livskvaliteten til pasienter som er rammet av demens. Sykepleieren er avhengig av å kjenne pasientens bakgrunn og historie for å gi individuell omsorg (Rummelhoff et al. s. 2016).

Jeg har selv erfart hvor viktig det er å ha kjennskap til pasientene og lære seg historien til hvert enkelt menneske. Jeg har et eksempel fra praksis som kan belyse viktigheten med dette. På avdelingen bor det en pasient som er utfordrende å kommunisere med fordi han er nedstemt og innesluttet. Det er vanskelig å finne aktiviteter og samtaleemner som han opplever er meningsfulle. Jeg visste på forhånd at pasienten tidligere jobbet som bilmekaniker og hadde stor interesse for amerikanske biler. Inne på rommet hans lå det et gammelt bilmagasin. Jeg spurte om jeg kunne få lese dette magasinet sammen med pasienten. Jeg stilte spørsmål og viste interesse og dermed ble pasienten aktivt med i samtalen. Dette er i tråd med funnene til Cooney & O'Shea (2019). Her kom det frem at det er enklere å holde en samtale gående når en kjenner pasientens fortid og interesser og understreker viktigheten av å ha kjennskap til pasientens historie for å kunne yte best mulig omsorg som er individuelt tilpasset. Dette førte også til at det ble lettere å finne samtaleemner og vite hvilke spørsmål en kunne stille for å opprettholde kommunikasjonen.

Ross et al. (2015) bekrefter at anerkjennning og å lytte til pasientens historier er positivt ved tilrettelegging av personsentrert omsorg. Cooney & O'Shea (2019) viser til funn som forteller at forholdet mellom pasient og sykepleier ble sterkere når en kjenner til pasientens historie og får dermed lære seg å kjenne, samt forholde seg til pasienten på et dypere nivå.

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (2020a) har utviklet en samtaleguide som heter «Min livshistorie – hvem er jeg?». Samtaleguiden er utviklet for at det skal bli enklere for helsepersonell å legge til rette for en bedre hverdag for den som er rammet av demens og for å bli kjent med vedkommende med utgangspunkt i livshistorie, interesser, verdier og nettverk. Den første samtalen går ut på å kartlegge hvilke interesser pasienten hadde både før i tiden og nå. Den andre samtalen tar for seg hvem pasienten er og den tredje samtalen kartlegger nettverket.

En kan også legge inn pasientens aktivitetsplan, et album og et kart som gir en oversikt over nettverket (Aldring og helse, 2020a). Noen velger nok å tro at et slikt kartleggingsarbeid burde gjøres når personen har en mild form for demens og kan svare selv, men dette er ikke tilfelle. Mange flytter ikke på institusjon før de utvikler moderat til alvorlig grad av demens, men ved hjelp av pårørende kan dette gjennomføres. Sykepleieren kan tilrettelegge et møte sammen med pasienten og pårørende. Hensikten med en slik kartlegging er at arbeidet skal være støttende og til hjelp når man havner i en slik situasjon, og skal ikke vekke tilbake gamle og såre minner (Aldring og helse, 2020a). Pårørende er en svært positiv ressurs i dette arbeidet. Cooney & O'Shea (2019) bekrefter at et slikt arbeid er hensiktsmessig og fører til at det blir lettere å tilby aktiviteter som er målrettet og som gjenspeiler individuelle preferanser, dette gjennom å møte pasienten psykososiale behov.

Jeg har et eksempel fra en situasjon som har satt spor i meg. For et år siden bodde det en pasient som gradvis mistet språket sitt, afasi. Til lengre tid det gikk og jo mer alvorlig sykdomsforløpet artet seg, ble atferden til denne kvinnen både vanskeligere og mer utfordrende. Pasienten hadde problemer med å finne roen selv om personalet testet ulike miljøtiltak. Jeg valgte å ringe pårørende til denne kvinnen, for å høre litt om livshistorien hennes. Her fikk jeg vite at hun brukte store deler av tiden sin til å høre på musikk og synge. Jeg spurte om det var noen spesielle sanger som betydde ekstra mye for henne. Etter å ha avsluttet en fin samtale med pårørende valgte jeg å sette på «Den fyrste song» etter råd fra pårørende. Jeg fikk pasienten til å sette seg og jeg la armkroken min rundt henne. Pasienten lukket øynene, slappet av og nøt denne stunden.

Skovdahl & Berentsen (2014, s. 431-432) skriver at sykepleieren må tilpasse aktiviteten til personens øvrige funksjoner og interessene til vedkommende. Det er ikke alle aktiviteter som er like hensiktsmessig til alle pasienter. Når en ikke velger å støtte pasientens personverd, gir det konsekvenser som utfordrende atferd, likegyldighet og nedstemthet (Rokstad, 2014, s. 28).

Ifølge Duxbury J. et al (2013) kan man som sykepleier velge å benytte seg av mellommenneskelige strategier i møte med utfordrende atferd. I studien kom det frem at de ansatte ikke valgte å bruke medikamentelle tiltak fremfor de mellommenneskelige strategiene. Duxbury et al. (2013) viser til «avledning» eller «distraksjon» som eksempel. Jeg har valgt å tolke dette som en form for å avlede pasientens oppmerksomhet over til en annen handling (Solheim, 2015, s. 206). Duxbury et al. (2013) nevner andre faktorer som kan føre til vellykket håndtering av utfordrende atferd, hvor godt samarbeid og læring av erfaringer var sentralt.

Når en velger å jobbe på en demensavdeling er det viktig at sykepleieren har egenskaper og kvaliteter som egner seg til pasientgruppen. Et annet viktig moment er at god faglig utøvelse er viktig for å gi best mulig omsorg til urolige personer i skjermet avdeling med demens. Thorvik et al. (2014) understreker viktigheten ved å yte god fagutøvelse. Når en jobber med personer med demens så er det så viktig å alltid være i forkant. Dette vil si at en skal være forberedt på at hva som helst kan skje i en avdeling. Ofte oppstår uventede hendinger raskt, og da må man som sykepleier respondere umiddelbart. Dette er i tråd med funnene til Thorvik et al. (2014), hvor forskning viser oss at personalet på en skjermet avdeling alltid var beredt og årvåken for «raske skiftninger» i pasientenes tilstand. Muligheten til å få hjelpe pasienten med grunnleggende behov øker når sykepleieren er i forkant og klarer å tolke hva atferden er et uttrykk for (Thorvik et al. 2014).

Jeg ønsker å komme med et eksempel som kan belyse hvordan en slik situasjon kan være. Det er kveldsmat på avdelingen for pasientene og alle setter seg rundt bordet. I dette øyeblikket oppstår det ofte en situasjon som krever forståelse og kjennskap til pasienten. En eldre mann reiser seg opp fra stolen i øyeblikket han skal til å spise. Av erfaring har jeg forstått at dette betyr at han må på toalettet. Pasienten klarer ikke alltid å uttrykke seg fordi han har vansker med å finne de rette ordene. Dette kan være vanskelig å tolke for personal som er nye på avdelingen. I mange tilfeller har jeg observert at helsepersonell ikke forstår hvorfor han alltid reiser seg – og ber han dermed sette seg ned igjen. Om vi ikke er i forkant og raske nok med å respondere og hjelpe pasienten, blir han svært aggressiv og sint. Dette fører til at han blir vanskelig og utilnærmelig resten av kvelden. Pasienten kjenner på trang av å late urin- eller avføring, og når dette behovet ikke dekkes, da oppstår atferden hans. Den urolige og utfordrende atferden fører til utrygge omgivelser for pasientene og personalet. Når jeg følger pasienten til toalettet så føler pasienten seg sett og ivaretatt.

I studien til Ross et al. (2015) kommer det frem at sykepleierens kvaliteter og egenskaper er viktig for å utøve god personsentert omsorg. Temaet i bacheloroppgaven har gjort meg veldig nysgjerrig på hvordan pasientene opplever omsorgen vi gir. Jeg valgte å spørre en av pasientene på avdelingen om hun kunne beskrive hvordan hun opplever god omsorg. Et av elementene som kom frem her var væremåten til sykepleieren. Noe av det viktigste for henne var at sykepleieren hadde tid til henne og viste at vi brydde oss om henne. Pasienten hadde i flere tilfeller observert at sykepleieren ofte ikke har tid til å sette seg ned sammen med pasienten, og dermed kan mange føle seg utrygge og bli reddet. Dette samsvarer med innholdet i teoridelen min, at behovet for trøst og tilknytning er viktig. Deltakerne i studien til Ross et al. (2015) forteller at både empati og å bruke tid med pasientene er nyttige egenskaper hos sykepleieren.

Når sykepleieren er trygg på valgene sine, så blir det automatisk bedre for pasientene. Dette er i tråd med funnene til Rokstad & Vatne (2011). Flere av de ansatte kom med tilbakemeldinger hvor de uttrykte usikkerhet på egne valg. Men ved hjelp av positive tilbakemeldinger så fikk en bekreftelse og det ble enklere å ta valg og prioriteringer som man var trygg på senere. Jeg har lagt merke til at sykepleiere i praksis som sitter med rikelig kunnskap om hver enkel pasient, sykdom og symptomer forstår atferden og klarer å tilrettelegge omsorgen til pasientene på en mye bedre måte enn de som ikke har det.



## 5.2 Kartlegging av utfordrende atferd

Endret atferd oppstår gjerne i situasjoner hvor personen med demens ikke klarer å gjøre seg forstått og blir redd, og er en måte å kommunisere på. Her må sykepleieren observere hvilken situasjon atferden oppstår i, samt hvor ofte og hva som skjer. Ifølge Demensplan (2020) skal kartlegging alltid gjøres med respekt for at den enkelte eier sin historie.

Utfordrende atferd er et resultat av et komplisert samspill hvor både biologiske, psykologiske og miljømessige faktorer spiller inn. Duxbury et al. (2013) velger i sin studie å kategorisere tre triggere som kunne føre til utfordrende atferd. Her skilles det mellom interne, eksterne og mellommenneskelige faktorer. De interne omfatter fysiologiske og psykologiske faktorer som hadde spesifikt med individet å gjøre. Denne gruppen ble delt inn i to undertemaer som omhandlet sykdom og frustrasjon. Frustrasjon er en psykologisk reaksjon som oppstår når grenser til det private krysses og pasienten mister kontroll over situasjonen. Dette skjer også i kombinasjon med at personer med demens ikke klarer å uttrykke sine egne behov og har utfordringer med å forstå hva som foregår rundt dem.

Ifølge Rokstad (2013, s. 42) kan man se på atferd som behov som ikke blir imøtekommet, en livssituasjon som er lite tilfredsstillende eller urimelige krav fra omgivelsene. De eksterne faktorene omhandlet miljøet. I studien kom det frem at de hadde opprettet et rom hvor man kunne skjerme pasienten ved utagering. Dette viste seg å ha en positiv effekt. Skjerming er et bra tiltak når hensikten er for å roe ned pasienten, men det skal alltid gjøres på en hensiktsmessig måte. Jeg har i flere tilfeller tatt i bruk et slikt miljømessig tiltak, enten jeg er sammen med pasienten eller pasienten går inn alene, alt etter behovet. Det skal vurderes individuelt om pasienten skal være for seg selv eller ikke. Skjerming har som mål å skape trygghet, forebygge uro og skjerme for inntrykk ifølge Solheim (2015, s. 330). De miljømessige faktorene handler også om hvordan omgivelsene velger å møte og forstå, samt reagere i situasjonen. Ifølge Duxbury et al. (2013) kan mellommenneskelige faktorer som kommunikasjon virke både positivt og negativt i møte med utfordrende atferd.

Møter sykepleieren pasienten på feil måte kan det føre til aggresjon og at man mislykkes i håndteringen av situasjonen. Det kom også frem i studien at det var problematisk å håndtere personlig hygiene. Dette har jeg selv erfart i praksis. Agering og aggresjon oppstår spesielt i dusjsituasjoner. Dette oppstår fordi at privatlivet krenkes og dermed kan både stress og irritasjon oppstå og det kan føre til utfordrende atferd. Dette er i tråd med Duxbury et al. (2013). Når utfordrende atferd oppstår er det viktig at sykepleieren vet hvordan en skal håndtere slike situasjoner. Solheim (2015, s. 327) skriver at en skal unngå å argumentere og diskutere i slike tilfeller, fordi det ofte kan gjøre pasienten sintere og frustrert. Dette samsvarer med funnene til Duxbury et al. (2013), hvor det kommer frem at en ikke skal gå for sterkt inn i situasjoner. En skal heller ikke reagere på samme måte som pasienten. Utfordrende atferd viser seg ofte sterkest i stellesituasjoner hvor pasienten ikke ønsker å få hjelp. Som sykepleier kan man bli frustrert om man for eksempel blir slått eller spyttet på, men her er det viktig å opptre profesjonelt. En skal aldri møte personen med samme sinne eller reagere på samme måte. Dette er i tråd med Duxbury et al. (2013). Skovdahl & Berentsen (2014, s. 425) gjengir tidligere resultat av studier som kartlegger hvorfor noen klarer å hjelpe pasienter som er aggressive, mens andre synes dette er vanskelig og utfordrende. Pleierne som ikke klarte å hjelpe pasienten så på vedkommende som at de var en diagnosegruppe, «en dement». Sykepleierne som gjennomførte det så på personen som et unikt individ og som et verdifullt menneske. Her tilrettela pleierne gode stellesituasjoner, hvor en blant annet bekreftet vedkommende.

For å forebygge utfordrende atferd kan sykepleieren ta i bruk kartleggingsverktøyet Dementia Care Mapping (DCM). Før man velger å anvende metoden i praksis er kompetanseheving på arbeidsplassen et viktig moment. Her skal personalet få undervisning om DCM og prinsippene om personsentrert omsorg. Dette er i tråd med Rokstad & Vatne (2011). Dementia Care Mapping går ut på å observere både trivsel og mistrivsel i form av kvantitative data ifølge Solheim (2015, s. 251-252). Rokstad & Vatne (2011) førte metoden til at personalet ble bevisst over egen praksis og det satte i gang refleksjonsprosesser. Det kom frem i studien at de ansatte fant nye måter å møte pasientene på. Her var det viktig å dele erfaringene og reflektere sammen for å dele synspunkt.

Utfordrende atferd oppstår i ulike situasjoner og derfor er det viktig at sykepleieren observerer når pasienten føler velvære og trivsel og motsatt. Dermed blir det enklere å iverksette tiltak og skjerme pasienten fra situasjoner som kan føre til utfordrende atferd. Som alle andre metoder, så har også Dementia Care Mapping fått kritikk. Ifølge Rokstad (2012, s. 155) er metoden både tid- og ressurskrevende. En kjent problemstilling i helsesektoren er at man sitter i en tidsklemme. Dette er nok en årsak til at man ikke velger å implementere metoden i praksis. Rokstad & Vatne (2011) kom frem til at man er avhengig av å både ha tid og rom for refleksjoner i felleskap.

## 6.0 Konklusjon

En kan forebygge utfordrende atferd ved å implementere personsentrert omsorg i praksis. Personer med demens har ofte redusert livskvalitet på grunn av tapte funksjoner, følelsen av å miste kontrollen over sitt eget liv og krenkelse i form av at andre involverer seg i privatlivet. Sykepleieren må kartlegge og forstå hva atferden er et uttrykk for. Dette er viktig for å forebygge atferdsmessige, psykologiske symptomer ved demens. Endret atferd er en måte å kommunisere på når behovene ikke tilfredsstilles og vedkommende ikke klarer å gjøre seg forstått. Et annet viktig moment i en personsentrert omsorgsfilosofi er å nytte en personlig tilnærming til pasienten. Alle mennesker sitter med hver sin historie og denne er verdifull. Her skal sykepleieren lytte og anerkjenne, og bruke tid på livshistoriearbeid. Dermed klarer en å tilpasse og gi omsorg som er individuelt tilpasset personen. Når en bruker personsentrert omsorg så velger en å se personen bak sykdommen – og ikke sykdommen i seg selv. Derfor er personsentrert omsorg førstevalget ved atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens. For å gi best mulig omsorg til personer som er rammet av demens så er man avhengig av at sykepleieren er kunnskapsrik. En må ha kunnskap om både demens og hvordan sykdommen kommer til uttrykk, samt symptomer og behandling. Et godt arbeidsmiljø kjennetegnes ved at arbeidet er faglig utviklende hvor en kan få reflektere og nytte metoder som kan forbedre omsorgskvaliteten, for eksempel Dementia Care Mapping. Dessverre så kan utfordrende atferd oppstå i et arbeidsmiljø hvor det er mye stress blant de ansatte og hvor tiden ikke strekker til. Ved å ha et nært og tett samarbeid mellom pasient, pårørende og sykepleier kan man tilrettelegge omsorg som gjør at personen føler mestring og livsglede. Det er en fantastisk følelse å tenke på at man som sykepleier kan bidra til å skape de beste øyeblikkene for personer med demens.

## 7.0 Litteraturliste

- Ballard C, Corbett A, Orrell M, Williams G, Moniz-Cook E, Romeo R, et al. (2018). Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial. *PLoS Med* 15(2): e1002500. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002500>
- Cooney, A., & O'Shea, E. (2019). The impact of life story work on person-centred care for people with dementia living in long-stay care settings in Ireland. *Dementia*, 18(7–8), 2731–2746. <https://doi.org/10.1177/1471301218756123>
- Dalland, O. (2017). Hva er metode? I O. Dalland (red.), *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., s. 50-61). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Kilde og kildekritikk. I O. Dalland (red.), *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., s. 149-164). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Demens. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert (10.12.2019); lest (15.04.2020)]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Duxbury, J. et al. (2013). Staff and relatives' perspectives on the aggressive behavior of older people with dementia in residential care: a qualitative study, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(9), 792-800. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jpm.12018>
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 265-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Heldirektoratet. (2020). Miljørettede tiltak og aktiviteter ved demens. *Nasjonal faglig retningslinje om demens*. Oslo. Hentet fra:  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/miljorettede-tiltak-og-aktiviteter-ved-demens>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020 - et mer demensvennlig samfunn*. Oslo. Hentet fra  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf)

Helsedirektoratet (2020). *Nasjonal faglig retningslinje om demens*. Hentet fra  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>

Helsedirektoratet. (2019). Demens. *Nasjonal faglig retningslinje om demens*. Oslo. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>

Kirkevold, M. (2014). Hjerneslag. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 464-478). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. FOR-2003-06-27-792. Hentet fra:  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. (2020a). *Min livshistorie. Hvem er jeg? Samtaleguide når hukommelsen svikter*. Hentet: 11.06.2020 fra [https://aoh-prod.s3.amazonaws.com/documents/UUD\\_2020\\_Hvem\\_er\\_jeg\\_SAMLET\\_inkludert\\_verktoy\\_A4\\_03.2020\\_Final.pdf](https://aoh-prod.s3.amazonaws.com/documents/UUD_2020_Hvem_er_jeg_SAMLET_inkludert_verktoy_A4_03.2020_Final.pdf)

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. (2020b). *Miljøbehandling*. Hentet fra:  
<https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling/miljobehandling/>

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. (2020c). *Personsentrert omsorg*. Hentet fra: <https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling/personsentrert-omsorg/>

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Rokstad, A. M. M. (2012). Bruk av Dementia Care Mapping (DCM) for å utvikle personsentrert demensomsorg. I A. M. M., Rokstad. (Red). *Bedre hverdag for personer med demens. Utviklingsprogram for miljøbehandling Demensplan 2015*. (s. 134-157). Forlaget Aldring og helse.

Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Rokstad, A. M. M. & Vatne, S. (2011). Dementia care mapping - en mulighet for refleksjon og utvikling. *Sykepleien Forskning*, 6(1), 28-34. doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0043

Ross, H., Tod, A. M. & Clarke, A. (2015). Understanding and achieving person-centered care: The nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 24(9-10), 1223-1233. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jocn.12662>

Rummelhoff, G. R., Smebye, K. S. & Tombre, B. (2016). Gir individuell omsorg. *Sykepleien Forskning*, 104(8), 42-45. doi: 10.4220/Sykepleiens.2016.58391

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

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

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Thorvik, K. E., Helleberg, K. & Hauge, S. (2014). God omsorg for urolige personer med demens. *Sykepleien Forskning*, 9(3), 236-242. doi: 10.4220/sykepleief.2014.0140

Wyller, T. B. (2011). *Geriatrici: en medisinsk lærebok*. Oslo: Gyldendal Akademisk.





# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	14-06-2020 09:00	<b>Termin:</b>	2020 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	15-06-2020 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave i sjukepleie		
<b>SIS-kode:</b>	203 SK152 1 O 2020 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	Toril Marie Terum		

### Deltaker

<b>Naun:</b>	Amalie Leikanger Baade
<b>Kandidatnr.:</b>	325
<b>HVL-id:</b>	573467@hvl.no

### Informasjon fra deltaker

<b>Sideantall *:</b>	32		
<b>Antall ord *:</b>	6910		
<b>Sett hake dersom besvarelsen kan brukes som eksempel i undervisning?:</b>	Ja	<b>Egenerklæring *:</b>	Ja
<b>Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på utnemålet mitt *:</b>	Ja	<b>Jeg bekrefter innlevering til biblioteket *:</b>	Ja

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei