

Kandidat nummer: 6159

**BSYBAC\_5**

## **Bacheloroppgave i Sykepleie**

**Sykepleie til personer med demens med utfordrende atferd på sykehjem**



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Bachelor i Sykepleie**

**Kandidat nummer: 6159**

*[Stavanger, 11.05.2021]*

**Antall ord: 10465**

■ *Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet*

## Sammendrag

### *Bakgrunn*

Det er i dag rundt 40 000 sykehjemsplasser i Norge (SSB). Rundt 84 % av beboerne, altså minst 33 000 personer har demens (Gjøra 2021). I overkant av 80 prosent av de som har langtids plass i sykehjem, har demenssykdom. Utsagn som «Hva skal vi gjøre, vi klarer ikke dette» høres ofte fra sykehjem personalet når de står i utfordrende situasjoner med personer med demenssykdom som ha utfordrende atferd.

### *Hensikt*

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan man utøver best omsorgsfull sykepleie til pasienter med demens som har utfordrende atferd, og hvilke kunnskaper som helsepersonell trenges til å utøve omsorgsfull sykepleien.

### *Metode*

Studie er basert på litteraturstudie og tematisk analyse modellen er brukt for å identifisere, analysere og finne mønster eller tema i artiklene som er i utvalget. Det har blitt brukt forsknings artikler som er fagfelleurdert fra gyldig tidsskrifter i analyse.

### *Funn.*

Det er fire forskjellige temaet som gjør til funn og belyser min problemstilling. Disse er bruk av farmakologisk og ikke-farmakologisk behandling for utfordrende atferd, den nødvendige kompetansen i forståelse og mestring av utfordrende atferd, pårørende som en ressurs og god omsorg for urolig atferd. Funnene i helhet viser relevansen for personsentrert demensomsorg og hvordan økt kunnskap som handler om kunnskap om demenssykdom, kommunikasjons kunnskap og intellektuelle tilnærminger i håndtering av utfordrende atferd kan bidra til bedre omsorg for demente pasienter.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	<i>Bakgrunn for valg av tema .....</i>	1
1.2	<i>Problemformulering/ Problemstilling .....</i>	2
1.3	<i>Hensikt med oppgaven .....</i>	2
1.4	<i>Begrepsavklaringer.....</i>	2
1.4.1	<i>Demens .....</i>	2
1.4.2	<i>Omsorg.....</i>	3
1.4.3	<i>Håndtering/Handling? .....</i>	3
1.4.4	<i>Utfordrende adferd .....</i>	3
1.5	<i>Oppgavens disposisjon .....</i>	3
<b>2.0</b>	<b>Teoretisk referanseramme .....</b>	<b>4</b>
2.1	<i>Demens .....</i>	4
2.1.1	<i>Progresjon av demens sykdom.....</i>	4
2.1.2	<i>Å finne årsaker til utfordrende atferd ved demens.....</i>	5
2.2	<i>Persontrentert omsorg .....</i>	6
2.3	<i>Travelbees sykepleieteori.....</i>	7
2.3.1	<i>Menneske-til-menneske-forhold.....</i>	8
2.3.2	<i>Intellectuell problemløsning .....</i>	8
2.3.3	<i>Å bruke seg selv terapeutisk.....</i>	9
2.3.4	<i>Kommunikasjon.....</i>	9
<b>3.0</b>	<b>Metode Kapittel .....</b>	<b>11</b>
3.1	<i>Definisjon av metode .....</i>	11
3.2	<i>Litteraturstudie som metode .....</i>	11
3.3	<i>Litteratursøk .....</i>	11
3.4	<i>Forskningsetikk .....</i>	13
3.5	<i>Analyse metode .....</i>	14
<b>4.0</b>	<b>Funn .....</b>	<b>15</b>
4.1	<i>Bruk av farmakologisk og ikke-farmakologisk behandling for utfordrende atferd.....</i>	15
4.2	<i>Nødvendige kompetansen i forståelse og mestring av utfordrende atferd .....</i>	16
4.3	<i>Pårørende som en ressurs.....</i>	19
4.4	<i>God omsorg for urolig atferd .....</i>	20
<b>5.0</b>	<b>Drøfting .....</b>	<b>23</b>
5.1	<i>Betydning av persontrentert demensomsorg .....</i>	23
5.2	<i>Forståelse og håndtering av utfordrende atferd gjennom økt kunnskap .....</i>	24
5.3	<i>Tiltak som kan forebygge og moderere utfordrende atferd .....</i>	26
<b>6.0</b>	<b>Metodediskusjon.....</b>	<b>28</b>

6.1	Muligheter og utfordringer med litteraturstudiet .....	28
6.2	Kildekritikk .....	29
<b>7.0</b>	<b>Avslutning</b> .....	<b>30</b>
<b>8.0</b>	<b>Referanser</b> .....	<b>31</b>

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Statistisk sett er det nesten 100 000 mennesker i Norge som har demens og mange av de får støtte og bor på sykehjem (FHI, 2021). Ifølge SSB, det er i dag rundt 40 000 sykehjemsplasser i Norge (SSB). Rundt 84 % av beboerne, altså minst 33 000 personer har demens (Gjørø m fl., 2021). Statistikken viser også ifølge FHI (2021) at andelen som har demens i Norge øker kraftig med alderen, fra anslagsvis 0,7 prosent i aldersgruppen 65-69 år til 48 prosent blant personer som er 90 år og eldre (Gjørø m fl., 2021). Totalt viser tallene at 8 prosent av nordmenn over 59 år har demens. I overkant av 80 prosent av de som har langtidsplass i sykehjem, har demenssykdom. Om lag en tredel av alle personer diagnostisert med demens i spesialisthelsetjenesten, legges inn på sykehjem i løpet av det neste tiåret (Mjørud, m fl., 2020). Videre statistikk viser at 70% av pasientene med demens på sykehjem har atferdsmessige og psykiatriske symptomer (APSD) i løpet av sykdomsforløpet (Selbæk, Kirkevold og Ingedal. 2007).

Støback (2015) mener at personalet på sykehjem trenger handlingsberedskap når atferd oppleves utfordrende. Utsagn som «hva skal vi gjøre, vi klarer ikke dette» mener hun høres ofte fra personalet når de står i utfordrende situasjoner med personer med demenssykdom.

Etter å ha jobbet på sykehjem med eldre pasienter med demens de siste fire årene har jeg erfart at det kan være krevende å jobbe med pasienter med demens som har utfordrende atferd. Debatten om man bør bruke medisin eller ikke, står sentralt i hvordan man håndterer eller behandler utfordrende adferd. Siden medisinsk behandling kan føre til uønskelig bivirkninger, blir man som sykepleier utfordret til å utforske og overveie flere alternativer på hvordan man kan gi best omsorg til pasienter med demens. Helsepersonalet trenger hjelp og veiledning om hvordan de skal mestre situasjonen som kan være vanskelige å forholde seg til. Det kan være ønske om medisiner, fysiske hindre eller skjerming av personer med utfordrende atferd og i noen tilfeller så øker bruk av tvang dersom kunnskap om atferdsendringer er mangelfull eller dårlig (Skovdal, Kihlgren & Kihlgren, 2003).

I denne oppgave skal jeg utforske hvordan sykepleier kan gir sykepleie til og omsorg for pasienter med demens som har utfordrende atferd på sykehjem og hvilke kunnskaper som helsepersonell trenger til å utøve omsorgsfull sykepleien.

## 1.2 Problemformulering/ Problemstilling

Mange helsepersonell opplever at atferds forandringer hos pasienter med demens gir økt belastning på jobb. Atferdsmessige og følelsesmessige endringer er en del av det symptombildet som opptrer ved demenssykdom (Rokstad, 2020). Mange helsepersonell er usikre på hvordan de skal håndtere situasjonen uten å krenke pasientens rettigheter eller iboende verdigheter. Det er derfor viktig å utforske hvordan man utøver best omsorgsfull sykepleie til pasienter med demens som har utfordrende atferd, og hvilke kunnskaper som helsepersonell trenger til å utøve omsorgsfull sykepleien. Problemstilling i den oppgave er:

- *Hvordan kan sykepleier utøve best omsorgsfull sykepleie til pasienter med demens som har utfordrende atferd?*
- *Hvilke kunnskaper som helsepersonell trenger til å utøve omsorgsfull sykepleien.*

## 1.3 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan man utøver best omsorgsfull sykepleie til pasienter med demens som har utfordrende atferd, og hvilke kunnskaper og informasjon som helsepersonell trenger til å utøve omsorgsfull sykepleien.

## 1.4 Begrepsavklaringer

### 1.4.1 Demens

Demens er fellesbetegnelsen på flere hjernesykdommer som medfører kognitiv svikt og andre funksjonstap som påvirker evnen til å klare seg selv vanlige, dagligdagse aktiviteter (Rokstad, 2020). Engedal (2018) også definere demens som en tilstand eller et syndrom som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som er kjennetegnet ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måter sammenliknet med tidligere og endret sosial atferd.

#### 1.4.2 Omsorg

Ved Martinsens beskrivelse har omsorg med hvordan vi forholder oss til hverandre, hvordan vi viser omtanke for hverandre i vårt praktiske dagligliv. Ifølge Martinsen har omsorg noen fundamentale kvaliteter som; felleskap, solidaritet, gjensidig relasjon, forståelse og holdning (Martinsen, 2015; Kristoffersen m fl., 2016).

#### 1.4.3 Håndtering/Handling?

Forskning viser at det ikke finnes kurativ behandling som kan stoppe eller redusere forandringene i hjernen ved de ulike hjernesykdommene som fører til demens selv om noen legemidler kan ha effekt på de ulike symptomene. Håndtering i den oppgave omhandler sykepleie omsorg i møte med pasienter med demens som kan ha effekt i reduksjon av utfordrende atferd.

#### 1.4.4 Utfordrende atferd

Utfordrende atferd i demens dreier seg om psykotisk symptomer som vrangforestillinger og hallusinasjoner, affektive symptomer som depresjon, angst og apati og agitasjon i form av aggresjon, oppstemthet, manglende hemninger, irritabilitet og motorisk og vokal uro (Rokstad, 2020).

### 1.5 Oppgavens disposisjon

I kapittel 2 vil jeg presentere teoretiske kunnskaper som tar for seg en beskrivelse av demens sykdom, personsentrert omsorg teori og Joyce Travelbee sykepleie teori. Deretter kommer det metode i kapittel 3 som i dette tilfellet er litteraturstudie og videre vil jeg beskrive min fremgangsmåte og analyse metode, også skal jeg begrunne og beskrive valg av metode. Funn og beskrivelser av resultat som svarer på min problemstilling blir presentert i kapittel 4. I kapittel 5 blir funnene drøftet videre i forhold til problemstillingen og teori. I Kapittel 6 skal jeg drøfte metode og avslutning.

## 2.0 Teoretisk referanseramme

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for det teoretiske rammeverket som ligger til grunn for denne studien. Jeg har valgt teoriene på bakgrunn av problemstilling i min studie og som kan være med på å øke forståelse av hvordan sykepleier kan gi bedre omsorg for pasienter rammet av demens med utfordrende atferd på sykehjem.

### 2.1 Demens

Demenssykdommer er progressive og dødelige, og forskning viser at personer med demens lever betydelig kortere enn befolkningen ellers (Strand m fl., 2019). Engedal og Haugen (2018) viser at ulike sykdommer fører til demens og at demens kan ramme mennesker med ulike mestringsevner og personlighet, som gjør at det kliniske bildet av sykdommen bli ulikt i startfasen. Beregninger som er gjort i Norge, basert på pasienter som er utredet for demens og kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten, viser at 75-åringer med demens lever i gjennomsnitt 5 - 6 år etter at de har fått diagnosen. Yngre personer som er diagnostisert ved 65 års alder, lever i gjennomsnitt 6 - 7 år. Til sammenlikning, viser tall fra 2016 at det forventet at en 75-åring i den generelle befolkningen fortsetter å leve dobbelt så lenge, i 12 år. (Strand m fl., 2014; 2019).

For å møte de konsekvensene og utfordringene som demenssykdommer hos et økende antall i befolkningen gir, har den nasjonale Demensplan 2020 nettopp blitt avløst av en ny Demensplan 2025. Demensplan 2025 har fire innsatsområder: Medbestemmelse og deltakelse, forebygging og folkehelse, gode og sammenhengende tjenester og planlegging, og kompetanse og kunnskapsutvikling.

Den faglige retningslinjen fra Helsedirektoratet beskriver hvordan personer med kognitiv svikt og demens skal utredes i primærhelsetjenesten. Det gis blant annet anbefalinger om når pasienter med uavklarte og kompliserte sykdomsbilder bør henvises til spesialisthelsetjenesten. Anbefalt behandling er rettet mot å oppnå bedre funksjon og livskvalitet (Engedal og Haugen, 2018).

#### 2.1.1 Progresjon av demens sykdom

Ifølge Engedal og Haugen (2018) finnes det tre faser i progresjon av demens sykdom; kompenseringfasen, dekompenseringsfasen og pleiefasen. I kompenseringfasen ser man kognitiv svikt i form av sviktende hukommelse for hendelser i nærtid ved å glemme ting eller relatere hendelser i et riktig tidsperspektiv. For noen pasienter kan startfasen også



kjennetegnes ved språkvansker i form av ordletingsproblemer og manglende taleflyt. Engedal og Haugen (2018) videre forklare at de fleste pasienter klarer å bruke sine mestringsevner i startfasen. I dekompeniseringsfasen har pasientene vansker med å bruke tillærte mestringsevner og mister grepet på tilværelsen. I den fasen kan man ser at pasientene blir lett forvirret spesielt når de utsettes for stress. Psykotiske symptomer i form av vrangforestillinger, synshallusinasjoner og endret eller uforståelig atferd forekommer i denne fasen hos mange pasienter. Noen pasienter klarer ikke å kommunisere verbalt, andre klarer ikke personlig stell og andre går seg vill. Pleiefasen som er den siste fasen, er preget av inkontinens og manglende motorisk styring. De fleste pasientene i denne fasen er totalt avhengig av fysisk pleie og har store kommunikasjons problemer (Engedal og Haugen, 2018). Disse fasene kan være viktig når man skal vurdere planlegging av omsorgstiltak for pasienter med demens. Det vil si at de som er i startfasen kan klare seg selv uten hjelp fra den kommunale helse og omsorgstjenesten og de i kompeniseringsfasen kunne ha behov for hjemmebasert tjenester mens de som er i siste fasen vil ha nytte av å bo på sykehjem eller ha tett og daglig oppfølging fra hjemmebasert tjeneste helse personell. Utfordrende atferd ofte oppstår i pleiefasen ved langkomme demens grunnet hjerneskaden. Forskning viser at økende kunnskap om demens sykdom er viktig for forståelsen av utfordrende atferd og andre symptomer som medfølge sykdommen (Støback, 2015).

### 2.1.2 Å finne årsaker til utfordrende atferd ved demens

#### *Når atferd skyldes somatiske lidelser*

Rokstad (2020) beskriver at somatiske lidelser som smerter kan ramme pasienter med demens og på grunn av kognitiv svikt kan det være vanskelig for den pasienten til å gjenkjenne kroppslige smerter og beskrive dem på en forståelig måte. Atferdsendringer kan derfor oppstå i forbindelse med smerter som de ikke klarer å forklare.

#### *Når atferden skyldes psykotiske symptomer*

Rokstad, (2020) mener at utfordrende atferd hos pasient med demens kan også skyldes psykotiske tilstand som kommer i uttrykk ved vrangforestillinger, hallusinasjoner og feiltolkninger. Vrangforestillinger er vanskelige å korrigere, og personen med demens blir ofte provosert av å bli motsagt. En bør viser respekt for vedkommende opplevelser, men må

samtidig kunne tillate seg å understreke at omgivelsene har en annen opplevelse av de faktiske forholdene. Hallusinasjoner kan behandles ved at personen trygges og stimuleres med sosial kontakt. Rokstad (2020) understreker at medisiner mot hallusinasjon er ikke anbefalt.

### *Angst, Depresjon og Forstyrret søvn*

Rokstad (2020) observerer at hos personer med demens kan angst opptre som atferdsendringer, for eksempel i form av økt motorisk og verbal uro. Angsten kan komme fra følelse av å bli forlatt av nødvendige støttepersoner. Pasienter med demens kan også oppleve forstyrret søvn som kan være forårsak av smerter, somatisk sykdom, angst, mangel på aktivitet og endringer i hjernen som blant annet kan gi nedsatt produksjon av melatonin som regulerer søvn og døgnrytme. Dette kan også følge utfordrende atferd hos pasienter med demens.

## 2.2 Personsentrert omsorg

Tom Kitwood var en stor innflytelse innen demensomsorg, og hans banebrytende arbeid gir et teoretisk grunnlag for personsentrert omsorg for personer med demens (Kitwood, 1993 sitert av Rokstad, 2020). Personsentrert omsorg er en tilnærming til omsorg som setter personen i sentrum for sin egenomsorg. Enkeltpersoner blir støttet, tilrettelagt og i stand til å bidra til deres omsorg gjennom delt beslutningstaking, bedre kommunikasjon og gjensidig respekt. Derfor er personsentrert omsorg en tilnærming som anses som humanistisk, verdig og moralsk etisk og i økende grad den er anbefalt som den foretrukne tilnærmingen i behandling og omsorg for personer med demens (Rokstad og Røsvik, 2018). Mange forskere (Kirkevoll mfl., 2016; Rokstad, 2020, Rokstad og Røsvik, 2018; Skovdahl og Berentsen, 2014) har også skrevet om relevansen for personsentrert omsorg i sykepleie til pasient med demens etter Tom Kitwoods ideer.

I følge Kitwood innebærer personsentrert omsorg å innføre en holistisk tilnærming ved å se hele mennesket og ikke bare sykdom, å legge til rette for at personen skal kunne opprettholde sine ressurser maksimalt, opprettholde sin selvstendighet så lenge som mulig og respektere personens identitet på ethvert tidspunkt i demensforløpet (Rokstad og Røsvik, 2018; Skovdahl og Berentsen, 2014). I Norge, i Demensplan 2015; 2020 ble det fremhevet at mennesker med demens ikke må møtes som en ensartet gruppe, men at god demensomsorg innebærer at den enkelte møtes der han eller hun er og bli sett som de er (Rokstad og Røsvik, 2018). I følge Kitwood skal personsentrert omsorg sørge for å bekrefte personens opplevelser av 'personhood' eller personverd på norsk. Personverd som begrep betyr den status eller verdi vi

gir hverandre som mennesker i gjensidige relasjoner basert på gjenkjenning, respekt og tillit. Han argumentere at som mennesker, vi opplever vår egen verdi basert på den tilbakemelding og de signalene vi mottar fra andre. Dens kan personverd bli bekreftet gjennom inkludering i et sosialt felleskap, anerkjennelse av hverandre som unike individer, ved ekte og åpen kommunikasjon og en aksepterende holdning til de ulike valg vi gjør som mennesker (Rokstad og Røsvik, 2018). Kitwood (1993) mente at det er viktig å bekrefte opplevelser av personverd fordi person med demens kan oppleve en degradering av personverd på grunn av kognitiv svikt, endret funksjonsnivå og de utfordringer man møte i dagliglivet. I den sammenheng man jobbe for å ikke undergrave en annens personverd ved å ignorere, avbryte, umyndiggjøre og stigmatisere demensrammende pasient. Personsentrert omsorg er en viktig teori som kan belyser hva anses som god omsorg for pasienter med demens som har utfordrende atferd.

### 2.3 Travelbees sykepleieteori

Joyce Travelbee var sykepleierpedagog og psykiatrisk sykepleier. Mål i hennes teorien var å hjelpe både profesjonelle sykepleiere og studenter for å utvikle et forhold til sykehusinnlagte voksne og betydningsfulle andre. I stedet for å bruke begrepet "pasient", velger Travelbee å bruke syk person eller individ siden pasient blir sett på som en stereotypering. Samme prinsipp kan gjelder for betydning av å kalle person/ pasienter med demens og ikke demens pasienter i dette tilfelle. Kristoffersen m fl. (2016) presiserte at dersom sykepleieren mangler evnen til å se menneske i pasienten, vil omsorg bli upersonlig, overflatisk og mekanisk. Travelbee mente at begrepet "sykepleier" brukes bare for klarhets skyld. I tillegg understreker hun at forholdet det henvises til i boken hennes er ikke et forhold mellom sykepleier og pasient, men snarere et forhold mellom menneske og menneske. Travelbee legger stor vekt på at utøvelse av sykepleie er en mellommenneskelig prosess. Det grunnet at den er både direkte og indirekte rettet mot individet. Målet med denne relasjonen er at sykepleier skal kunne hjelpe mennesket med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse, og videre opprettholde en god helsetilstand (Travelbee, 2001, s. 31). Relasjonen sykepleier har til individet blir definert som en erfaring eller en rekke erfaringer. Kjennetegnet ved disse erfaringene er at pasienten eller dens pårørende får sine sykepleiebehov ivaretatt. For at et slikt forhold skal kunne oppnås må sykepleier og pasient forholde seg til hverandre som to unike mennesker. Dette definerer Travelbee med at en reel kontakt kan oppstå når individet opplever den andre som et menneske (Travelbee, 2001, s.171). I denne oppgave, skal jeg fokusere på hvordan den

prinsipp om forhold mellom menneske og menneske kan være relevant for sykepleier når de skal gir omsorg til pasienter med demens som har utfordrende atferd på sykehjem.

### 2.3.1 Menneske-til-menneske-forhold

Ifølge Joyce Travelbee (1971 sitert i Kristoffersen m fl. 2016, s. 29) er «Sykepleie en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper en person, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene». Travelbee mente at et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de hun/han har omsorg for, og at sykepleiens mål og hensikt kan bare nås gjennom etableringen av et virkelig menneske til menneske forhold. Inspirert av eksistensialistisk filosofi og humanistisk psykologi, Travelbee understreker at mennesket har en tilbøyelighet til og en evne til å søke etter mening i møte med lidelse, sykdom og smerte (Kristoffersen m fl. 2016). Basert på det, mente hun at det er viktig for helsearbeidere å få personens opplevelser av sin sykdom siden en kan ikke vite på forhånd hvordan den enkelte oppleve sin sykdom og utforsker dette sammen med vedkommende og får fram hvilke meninger pasient tillegger sin tilstand. Travelbee (2001) argumentet at det overordnede målet for sykepleie er etablering av et menneske-til-menneske-forhold, som medfører opplevelsen av gjensidig forståelse og kontakt. Hoved kjennetegnet ved menneske til menneske forhold er at den syke og pårørende får sine behov ivaretatt av en sykepleier som har evne til disiplinert intellektuell problemløsning i kombinasjon med sin evne til å bruke seg selv terapeutisk i en nær og gjensidig forståelse som kan nås gjennom kommunikasjon.

### 2.3.2 Intellektuell problemløsning

En målrettet intellektuell tilnærming handler om sykepleiers evne til å mestre sin situasjon og eventuelt finne mening i den. Travelbee (1971) presisert viktigheten av å bruke disiplinert tilnæringsmåte ved å tenke logisk, reflektere, resonere og overveie. Intellektuelle problemløsning også handler om evne til å analysere og å sammenfatte og er derfor bedre i stand til å identifisere og møte andre persons og familiers behov. Gjennom dette, kan sykepleier benytte sine fagkunnskaper og sin innsikt til å finne fram til pasientenes behov for sykepleie og til hvordan behovene skal møtes. Ifølge Joyce Travelbee sitert i Kristoffersen m fl. (2016) målrettet intellektuell tilnærming har følgende trinn i prosessen:

- Observerer for å kartlegge pasientenes behov.

- Bekrefte eller avkrefte sine antakelser om hvilke behov pasienten har.
- Vurdere sin egen mulighet til å møte pasientenes behov eller om pasienten skal henvises til andre helsearbeidere
- Legge en plan som omfatte metode, tidspunkt og alternatitmøte for hvordan pasientenes sykepleiebehov skal ivaretas
- Foretar i etterhånd en evaluering for å finne ut om pasientenes behov helt eller delvis er blitt ivaretatt.

Tanken er å følge en slik logisk og systematisk prosess og ha de kunnskaper som denne prosessen forutsetter (Kristoffersen m fl. 2016).

### 2.3.3 Å bruke seg selv terapeutisk

Kristoffersen m fl. (2016, s.26) skriver at Travelbees teori er relevant når pasient er i en situasjon der de opplever et problem eller er i en krise, men også situasjon som kjennetegnes av lidelse og mangel på mening. Teorien er også relevant i situasjon der pasient har ulike grader av lidelse som beskrives som forbigående ubehag, sterk angst, alvorlig fortvilelse og apatisk likegyldighet. Travelbee's teori ifølge Kristoffersen m fl. (2016) foreslå at i disse situasjonene, sykepleierens roller er og bruker seg selv terapeutisk i samhandling med pasient, etablerer et likeverdig menneske til menneske forhold og gir mennesket hjelp til å akseptere sin sårbarhet som menneske og å bevare håp. Å bruker seg selv terapeutisk vil man bruker sin personlighet og sine kunnskaper bevisst for å oppnå forandring hos den som er syk. Forandringen vil derfor betraktes som terapeutisk hvis den lindrer vedkommendes plager. Det er en forutsetning at sykepleieren har evnen til selvinnsett, selvforståelse, innsikt i drivkreftene bak menneskelig atferd, evne til å tolke så vel egen som andres atferd og evnen til å intervensere effektivt i sykepleiesituasjoner for å kunne bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 1999).

### 2.3.4 Kommunikasjon

Kommunikasjon er en prosess der mennesker formidler sine tanker og følelser til hverandre. All kommunikasjon som skjer mellom sykepleieren og pasienter bidrar til at sykepleieren får anledning til å bli kjent med pasient som menneske, og legger grunnlaget for et godt menneske-til-menneske-forhold (Travelbee,1999). Kommunikasjon er et viktig redskap for sykepleier når de skal etablere menneske til menneske forhold med pasienten som kjer verbalt og ikke-verbalt som mimikk, tonefall, bevegelser og berøring (Kristoffersen m fl. 2016). Gjennom kommunikasjon kan sykepleier skiller de forskjellige pasienter og erfaringer de har

som kan være av betydning når man skal planlegge tilpasset omsorgstiltak. Det kan også sikre at de tiltakene sykepleieren iverksetter er i samsvar med pasientenes behov. God kommunikasjon med pasienter, pårørende, men også kollegaer på sykehjem kan bidra til å gi god omsorg til personer med demens. Jeg vil argumentere i den studie at sykepleier kan iverksette Travelbees teori når de skal gir omsorg til pasienter med demens som har utfordrende atferd på sykehjem. Travelbee-teorien er nært knyttet til personsentrert omsorgsteori, men jeg tror man ville oppnå bedre resultater i å kombinere disse teoriene enn å bruke en av dem.

## 3.0 Metode Kapittel

Oppgavens problemstilling går ut på hvordan sykepleier gir omsorg for pasienter med demens som har utfordrende atferd på sykehjem og hvilke kunnskaper som helsepersonell trenger til å utøve omsorgsfull sykepleien. Dette kapittelet vil illustrere metoden jeg har brukt til å samle inn data og datakilder. Videre vil dette kapittelet ta for seg litteraturstudie som metode, litteratursøk, forskningsetikk og til slutt jeg skal kort beskrive hvordan jeg har analysert materialet i denne studie.

### 3.1 Definisjon av metode

Dalland (2013, s. 112) definerer metode som 'en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder' Metode hjelper oss med å samle inn data, det betyr informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland, 2017, s. 51-52). Dalland (2013) beskriver metode som et redskap man bruker når det er noe som skal undersøkes.

### 3.2 Litteraturstudie som metode

Vi velger en bestemt metode fordi vi mener at akkurat den metoden egner seg best til å belyse den problemstillingen vi har stilt (Dalland, 2017, s. 51). I mitt tilfelle mener jeg at litteraturstudie egner seg best til å svare på min problemstilling. Jeg vil anvende litteraturstudie i min oppgave på grunn av manglende tid for å samle inn kvalitativ data som kunne ha vært aktuelt for tematikken. Jeg vil bruke mest forsknings artikler som er fagfellevurdert fra gyldige tidsskrifter i analyse av temaet med fokus på kvalitativ data selv om jeg kan også ta inn noen kvantitative studier hvis det er nødvendig.

### 3.3 Litteratursøk

Her vil det bli beskrevet hvordan og hvor det ble funnet eksisterende forskning som omhandler utfordrende atferd hos pasienter med demens på sykehjem og kunnskaper som helsepersonell trenger til å utøve omsorgsfull sykepleien. I prosessen med å komme i gang med å finne artikler og forskning som var aktuell for å belyse problemstillingen i denne oppgaven, startet det med søk i Oria. Oria er en søkemotor knyttet til ulike biblioteker, og i dette tilfellet ble det brukt knyttet opp mot UiS sin bibliotekstjeneste. Etter at tema og retning for oppgaven var bestemt, begynte jeg å søke etter relevant litteratur som kunne bidra til å belyse problemstillingen min. Andre databaser i tillegg til Oria som Idunn, Pubmed, Biblioteksøk, Bibliofil og sykepleien.no ble brukt til å søke etter enkelt og kombinert

begreper. Jeg brukte forskjellige kombinasjoner for å finne de relevant artikkel siden det er mye som er publisert i demens forskning. De begreper jeg søkt med var demens, utfordrende atferd ved demens, demens håndtering på sykehjem, behandling av nevropsykiatrisk symptomer og andre kombinasjoner. Jeg har også søkt med engelsk ord som dementia, dementia in nursing homes, challenging behaviors in nursing homes. Jeg har også brukt tidligere og nåværende pensumbøker fra studiet, samt ulike rapporter om demens i Norge for å lese om temaet, men også leter etter relevant artikler som kan analyseres for å finne svar på min problemstilling. Deretter startet prosessen med å sjekke om kildene jeg hadde funnet var troverdige og holdbare. Ifølge Dalland (2017, s. 150) må kildene gjennomgå en prosess der vi kan sjekke om de er brukbare, og vurderes hvorvidt kildene er relevante for arbeidet.

### **Utvalgt artikler i oppgaven**

<b>Forfatter, årstall, Land</b>	<b>Hensikt;</b>	<b>Perspektiv;</b>	<b>Metode;</b>	<b>Databaser;</b>
Støback, A. M. (2015). Norge	Å vise hvordan utfordrende atferd kan fremstå og hvordan personalet kan arbeide for å mestre utfordringer de møter i samhandlingen med pasienten.	Leder, Ressursperson/sykepleier med over 50% stilling, andre helsepersonell med kliniske erfaringer i behandling av pasienter med utfordrende atferd.	Kvantitativ tilnærming, Bruk av kartleggingsmodeller som Læring i Arbeid LIA modell (individuell tilnærming) og V.I.P.S modell.	idunn
Janus S.I, VanManen J.G, Van Til J.A, Zuidema S.U & Ijzerman M.J (2017), Netherlands	utforske farmakologisk og ikke-farmakologisk behandling preferanser for helsepersonell og pårørende for utfordrende atferd hos	Leger, Sykepleiere og sykepleieassistenter på sykehjem, pårørende.	Kvantitativ metode ved bruk av spørreskjemaer som var sent elektronisk til deltakerne	Pubmed



	pasienter med demens.			
Nakrem S, Hynne A.B (2017), Norge.	Å utforske hvilke erfaringer pårørende til langtidsbeboere på sykehjem har, og hvordan imøtekomme og ivareta pårørende som samarbeidspart og ressurs sett i lys av personsentrert omsorg.	Pårørende.	Kvalitativ metode og gruppe intervju.	idunn
Thorvik K.E, Helleberg K, Hauge S, (2014), Norge	å utforske og beskrive hva god omsorg kan være i en skjermet avdeling for personer med demens	Pasienter, pårørende og ansatte	kvalitativt design med etnografisk metode med feltobservasjoner og feltsamtaler som datainnsamlingsmetode	sykepleien.no

### 3.4 Forskningsetikk

Flere tiltak ble iverksatt for å sikre etisk oppførsel etter de norske retningslinjene til NESH (De nasjonale forskningsetiske komiteene) (NESH, 2006). Siden jeg har ikke samlet data selv gjennom intervju eller liknende datasamling metode, det er tatt hensyn til at alle artiklene som jeg bruker i oppgaven er godkjent av etisk komite. Siden jeg har mye erfaring med tema ved å

jobbe på sykehjem de siste årene jeg har vært student, har jeg tatt hensyn til taushetsplikt og anonymisering ved drøfting av egne erfaringer i praksis.

### 3.5 Analyse metode

I denne studie skal jeg analysere de utvalgte artiklene i tråd med Braun og Clarke (2006) 'tematisk analyse' modellen. Tematisk analyse er en metode for å identifisere, analysere og finne mønster eller tema i data material. Målet med tematisk analyse er å identifisere temaer og se mønstre som er viktige for problemstillingen. Braun & Clarke (2006) gir en oversiktsguide gjennom seks analysefaser i tematiskanalyse. I utgangspunktet besto tematisk analyse av seks trinn i følgende (Braun & Clarke, 2006; Braun m fl., 2012). Disse er kjennskap til datamaterialet gjennom å lese de utvalgte artiklene og identifisere noen koder i dataene, generering av innledende koder, identifisering av mulige temaer, gjennomgang av temaene, definering og navngivning av temaene, og produksjon av rapporten som er beskrevet i presentasjonen av funnene i den oppgave og videre i drøfting.

## 4.0 Funn

I dette kapitlet skal jeg presentere funn for min problemstilling som handler om hvordan man utøve sykepleie til og omsorg for pasienter med demens som har utfordrende atferd på sykehjem hvilke kunnskaper som helsepersonell trenger til å utøve omsorgsfull sykepleien. Funnene er basert på fire artikler som har gjort til fire forskjellige temaet som belyser min problemstilling. De temaene som skal presenteres i dette kapitel er bruk av farmakologisk og ikke-farmakologisk behandling for utfordrende atferd, den nødvendige kompetansen i forståelse og mestring av utfordrende atferd, pårørende som en ressurs og god omsorg for urolig atferd.

### 4.1 Bruk av farmakologisk og ikke-farmakologisk behandling for utfordrende atferd

Som tidligere nevnt, så finnes ikke noe kurative behandling for demens, men man kan behandle de forskjellige symptomene ved bruk av medisin. Det er en debatt på hva kan være bedre og mest effektivt når pasienter har utfordrende atferd. Janus m fl., (2017) har forsket på farmakologisk og ikke-farmakologisk behandling preferanser for helsepersonell og pårørende for utfordrende atferd hos pasienter med demens. Bruk av medikamenter til behandling av forskjellige sykdommer er vanlig i helsevesenet. Det er likevel bekymringsfullt å foreskrive antipsykotika til pasienter med demens som har nevropsykiatriske symptomer siden det kan medfølge alvorlige bivirkninger som redusere livskvalitet på lang sikt. Verbal og fysisk aggresjon, uro, psykotiske symptomer, søvnforstyrrelser, depresjon, opposisjonell oppførsel og vandring er de mest utfordrende atferd hos mange pasienter med demens. Ifølge Ypma-Bakker m fl., (2008) retningslinjer for demens behandling anbefales ikke-farmakologisk intervensjon som førstelinjebehandling for nevropsykiatriske symptomer ved demens. Det er videre avklart at farmakologisk behandling bør gis med forsiktighet og bare når det ikke-farmakologisk behandlingen ser ut til å være ineffektiv. Det er anbefalt at farmakologisk behandling bør alltid gjøres i tillegg til eller i kombinasjon med ikke-farmakologisk behandling, og ikke som en erstatning (Ypma-Bakker m fl., 2008).

Janus m fl., (2017) merke at i praksis, psykotropisk medisin som fungere ved å forandre hjernens funksjon og fører til midlertidige endringer i persepsjon, humør, bevissthet, eller adferd, bli ofte foreskrevet som førstelinjebehandling for demenspasienter med nevropsykiatriske symptomer. Annen forskning uttrykker bekymring når man ikke følger retningslinje ved administrering av psykotropisk medisin. Den største bekymring er overbehandling som kan følge til unødvendige bivirkninger, som inkluderer sedasjon, negativ

innvirkning på (psyko) motorisk funksjon, akselerert kognitiv nedgang, og fare for å falle. Bakgrunnen til Janus m fl., (2017) sin studie er at beslutninger for preferanser for behandling av utfordrende atferd kan baseres på flere faktorer og helsepersonell og pårørende kan ha forskjellige mening på hvilken behandling fungerer best. Janus m fl., (2017) studie benytte et spørreskjema som ble fylt ut av 41 leger, 81 sykepleiere og 59 pårørende. Funnene i studien viser at det ikke-medisinske behandlingsalternativ ble valgt av 52% av pårørende og 71% av leger og sykepleiere. Noe som peker på at mange helsepersonell og pårørende foretrekker non-medisinske behandling. Respondentene som valgte medisinske behandling (antipsykotika), vurderte aspektene som "raskest resultat" og "mest effektive" som viktige i preferansen. De legene som foretrekker bruk av medisinske behandling i undersøkelsen rangerte "erfaring med antipsykotika" som et viktig aspekt for forskrivning av antipsykotika. Mange pårørende som også valgte bruk av antipsykotika vurderte aspektet "å ha en lav negativ effekt på pasienten" som viktig. Effektivitet derfor ikke anses som den viktigste grunnen av dem som valgte ikke-farmakologisk behandling som kan gjenspeile at disse helsepersonalet er mer villig til å akseptere mindre optimalt behandlingseffekter, så lenger de har bedre resultat i helheten på lang sikt.

Sykepleiere og eldreomsorgsleger som valgte ikke farmasøytisk behandling rangerte "hensiktsmessighet" og "med liten byrde til pasienten" som viktige aspekter. Studien konkludere at mens leger og sykepleiere foretrekker ikke-farmakologiske behandling til pasient med demens som har utfordrende atferd, pårørendes preferanse for farmakologisk behandling skyldes den umiddelbare effekten medisiner har på den gitt utfordrende atferd. Det vil si at de forventede positive effektene kan være mer attraktive enn fravær av bivirkninger som er forventet ved ikke-farmakologisk behandling. Studien viser at det viktigste temaet i beslutningsprosessen er forventet kliniske effekter og bivirkninger siden disse begge var ansett som viktig, men ble rangert annerledes av gruppene. Studien også viser at i mange instanser sykepleiere og pårørende stoler på legens anbefalinger når det gjelder valg av behandlingsoalternativ.

#### 4.2 Nødvendige kompetansen i forståelse og mestring av utfordrende atferd

Støback (2015) har forsket på hvordan utfordrende atferd kan fremstå, og hvordan personalet kan arbeide for å mestre utfordringer de møter i samhandlingen med pasientene. Hun analyserer hvordan den kompetanseprogram kan brukes for å gi personalet handlingsberedskap i utfordrende situasjon.

Støback (2015) artikkel baserer seg på at mestring av utfordrende situasjoner krever kunnskap om demenssykdom, om den enkelte pasient, og refleksjon over personalets opplevelser fra den daglige omsorgen. Støback (2015) refererer til tidligere forskning som har bevist at forståelsen av samspillet mellom pleier og pasient er dermed viktig og bruk av individuell tilnærming heller enn medikamentelle tiltak er dermed effektivt ved urolig atferd. Hun også hadde som grunnlag i Kitwood (1999) sin beskrivelse av personsentrert omsorg, Brooker (2007) sin V.I.P.S – modellen og Knudsen & Larsen (2005) sin 'Læring i Arbeid (L.I.A) modellen. Brooker (2007) sin V.I.P.S modellen stå for- V = menneskets Verdi, I = Individuell tilnærming, P = Prøve å forstå verden fra hjelpetrengende sitt perspektiv og S = Støttende sosialt miljø og betydningen av mellommenneskelige relasjoner.

Det er spesielt tre områder som er beskrevet av Støback (2015) som utgjør den nødvendige kompetansen i forståelse og mestring av utfordrende atferd. Disse er *forståelse, kartlegging av endret og utfordrende atferd og fysisk og verbal tilnærming fra personalet*. Den første, forståelse, gjelder tenkning og holdninger til personer med demenssykdom. Støback (2015) mener at disse holdningene er av betydning for hva personaler ser når de skal kartlegge atferd og hvordan personaler kan tilnærme personen i ord og handling. Gjennom grundig refleksjonen over holdninger og tanker til pasienten med demenssykdom Støback (2015) belyser synspunkter som kan bidra til positive tiltak og til forhold som kan bearbeides videre for å øke forståelsen og mestring av utfordrende atferd. Støback mener at samtale om hvordan personaler omtaler den enkelte pasienten er en faglig mulighet for den nødvendige kompetanse. Lichtward (2009) sitert i Støback (2015) mener at dersom uhensiktsmessige tanker eller tolkninger hos personalet revurderes, kan følelser og atferd overfor pasientene endres og at dette kan noen ganger påvirker pasientens atferd. Støback (2015) også peker på at forståelse kan betegnes som 'fordommer', og det er viktig at slik fordom må være fruktbare og ikke ufruktbare. På en side, ufruktbare fordom kan være for eksempel at pasienten med utfordrende atferd bli beskrevet som en vanskelig person. Fruktbare fordom på den andre side, har større åpenhet og det vil si at utfordrende atferd med demenssykdom har *en årsak* og man prøver å finne årsaken til det, selv om det kan være vanskelig å finne årsaken. Å finne og forstå situasjon som utløses utfordrende atferd er et fokus for refleksjon. Fokus kan da være på å finne ny kunnskap fra forskning og fagutvikling som kan gi oss grunnlag for bedre innsikt i hvordan demens sykdom kan oppleves for den som rammes.

Det andre kompetanseområdet er kartlegging av endret og utfordrende atferd. Rokstad (2008) mener at gjennom kartlegging kan man få kunnskap om den enkelte personen og dermed

forholde seg til menneske bak demensdiagnosen. Det gjør at personaler lettere kan møte individuelle behov og kartlegging kan hjelpe oss til å se om det er et mønster i atferden, og kanskje finne årsaken til atferden. Det er tre steg i kartlegging som er beskrevet i kompetanseprogrammet. Første steget er mengdekartlegging som beskriver omfang av utfordrende atferd. Andre steget er situasjonskartlegging som kan belyse i hvilke situasjoner utfordrende atferd oppstår, hva skjedde før, etter, og hvordan løste personalet situasjonen som oppsto. Dette kan hjelpe personaler å finne mønster som kan gi mulighet til å forebygge vanskelige situasjoner. Dette innebærer at når man kartlegger uro, må man definere hvilken uro man ser etter og på den måten kan man unngå at fysisk tvang ble tatt i bruk. Det tredje steget er dokumentering og analyse av kartleggingen, refleksjon over forståelse og beskrivelse av tiltak. Støback (2015) mente at i noen tilfeller selv om personaler hadde gjort mye kartlegging, de opplevde at den hjulpet ikke. Hun mener at dette skyldes manglende analyse av kartleggingen som dermed stoppet arbeidet opp fordi kartleggingskjemaet ble ikke nærmere vurdert.

Den tredje område er fysisk og verbal tilnærming fra personalet. Støback (2015) mener at som mennesker, har vi alle et personlig rom hvor vi inviterer bare personer vi kjenner godt, som familie og venner. Viss en annen person trenger seg inn i dette rommet, kan det skape reaksjon som angst, ubehag og sinne. En fysisk nærhet kan oppleves både fysisk og mentalt som påtrengende. Det personlig rom er kultur og personavhengig, derfor vil personer reagere noe ulikt ved å ha andre tett på seg. Dette kan også kobles på viktigheten av å bruke pårørende som ressurs på sykehjem som jeg skal presentere i neste tema. Sviktende kognitive evner kan bidra til at mestringsmåter som er opparbeidet gjennom et langt liv svekkes (Engedal, 2008). Dette kan øke forståelse av at pasienter med demenssykdom ikke alltid oppfatter situasjonen på samme måte som friske personer i de samme omgivelsene. De kan dermed reagere uventet med sinne eller redsel. Utfordringen for pasienter med demenssykdom er at oppfatning av hvem som er nær og kjær, og hvem som er fremmed kan være skiftende. Personalets fysiske og verbale tilnærming vil derfor være av stor betydning i den sammenheng. Forståelsen for den personlige rom må derfor snakkes om og øves på. Det er et spørsmål om hvordan vi som har oversikten kan nærme oss pasienten uten å krenke det personlige rom. Det personlige rom er større rett foran enn det er ved siden av oss. Det vil si at vi tåler bedre at noen står ved vår side enn rett foran, noe som peker på viktigheten av posisjon. Støback (2015) peker for eksempel på bruk av *håndgrep*; som ikke skal gi smerter eller skader, men som signalisere vennlighet. Samme gjelder for *språkbruk*; som må stemme overens med handlingen og

signalisere at vi vil vel, og fordrer at vi gjør vel. Personaler kan utarbeidet disse tilnærminger med hverandre og gi respons på situasjonen de opplever sammen. Slik respons vil kunne øke bevisstheten om egen språkbruken i kontakt med pasienten (Støback, 2015).

#### 4.3 Pårørende som en ressurs

Et annet viktig tema som belyser min problemstilling, er rollen som pårørende har i hvordan man utøve sykepleie og gir omsorg til pasient med demens som har utfordrende atferd. Selv om studien til Nakrem og Hynne (2017) hadde til hensikt å utforske de erfaringene pårørende til langtidsbeboere i sykehjem hadde, så kan funnene til den studie også belyser hvordan et godt samarbeid med pårørende kan være en ressurs når man skal gir omsorg til pasient med demens som har utfordrende adferd. Tidligere forskning viser at pårørende kan bidra til psykososialt velvære av sykehjemsbeboere, men som Nakrem og Hynne (2017) tyder, pårørende som ressurs i sykehjemmet kan være betinget av hvordan de erfarer tilbudet til sin nærmeste og hvordan de selv blir møtt på sykehjemmet. Siden et godt samarbeid med pårørende kan også hjelpe pasienter, det er viktig å undersøke hva kan hindrer den samarbeid. Ved å jobbe med disse hindrene kan man bruke pårørende som en ressurs for pasienter med demens. Funnene i Nakrem og Hynne (2017) viser at pårørende selv anså at deres innsats i form av sosial kontakt og praktisk hjelp var verdifull for å ivareta individuelle behov av sine nærmeste. De mente at deltakelse eller samarbeid med sykehjem da kan være i form av samtale med sine nærmeste om deres interesser, og gjennom bilder og deling av felles historie. Det er derfor viktig å bygge en god relasjon mellom ansatte og pårørende ved hjelp av god kommunikasjon, basert på tillit som kan videre være relevant for å bedre forstå pasientene som Travelbees (1999) teori sitert i Kristoffersen m fl. (2016) også peker på.

Nakrem og Hynne (2017) vektlegge sosial kontakt og identitetsbevarende tiltak som et støttepotensiale for helse siden dette bidrar til å danne et helhetsbilde av personen. Dette er veldig sentralt og viktig når man skal jobbe med pasienter som har demens. Studien til Nakrem og Hynne viser at pårørendes opplevelse av trygghet og inkludering kan være et resultat av personsentreringsprosesser og kvalitativ god pleie, mens utrygghet og ekskludering kan medfølge det motsatte. De problematiserer situasjonen til mange pasient som opplever at det sosiale nettverket ble endret ved at de mistet kontakt med dele av tidligere nettverk og få nye sosiale relasjoner i sykehjemmet. I den forbindelse kan det være vanskelig hvis pårørende som pasienter har en sterk tilknytting til, er ikke en del av den nye miljø. Pårørende i studien til Nakrem og Hynne (2017) erfarte at det varierte hvor mye de ble involvert i det sosiale nettverk i sykehjemmet, men flere mente at de opplevde at de ble inkludert i sykehjems

felleskapet. Flere av de pårørende ga uttrykk for at de hadde hatt god kontakt med sine nærmeste før innleggelsen i sykehjemmet og hadde forventninger om å bli sett på som en viktig relasjon for sine nærmeste. Med at pårørende forvente å bli involvert kan det bli lettere å inkludere dem i den graden de kan ved behov. Mange pårørende i studien erfarte også at de bidro med sosial kontakt og stimuli til sine nærmeste og at den støtte, praktisk hjelp og omsorg de bidro med, hadde stor betydning både for dem selv og deres nærmeste. Noen pårørende hadde også engasjert seg i pårørendeforeningen, noe som gjorde at de ble bedre kjent med sykehjemmet og lettere kunne bidra ved behov. Nakrem og Hynne (2017) mener at individuell og personsentrert tilnærming ble styrket av at pårørende bidro med informasjon om deres nærmeste sine interesser fra tidligere liv. De kunne også foreslå tiltak som var spesielt tilpasset til deres nærmeste, og som økte deres velvære. Den informasjonen kan være viktig når man skal gi omsorg til pasient med demens som har utfordrende adferd.

På den andre siden Nakrem og Hynne (2017) studie også viser at noen pårørende opplevde at de ikke ble verdsatt og sett på som en ressurs, men opplevde seg som utenforstående og ekskludert fra sykehjems felleskapet. Å være utenforstående og ikke inkludert var også knyttet til at pårørende hadde erfart at deres nærmeste ikke fikk tilstrekkelig pleie og omsorg eller at den ikke var individuelt tilpasset deres spesielle behov. Opplevelsen av å bli ekskludert som pårørende ble forsterket av ikke å bli sett på som en ressurs i samarbeidet om å sørge for at beboerens liv i sykehjemmet skulle bli best mulig ivaretatt. Den studie viser viktigheten av å samarbeide med pårørende når man skal gi sykepleie til og omsorg for demensrammende pasienter med utfordrende atferd på sykehjem. I den neste tema, jeg skal presentere hva god omsorg betyr for urolig atferd.

#### 4.4 God omsorg for urolig atferd

Thorvik, Helleberg og Haug (2014) har utforsket hva god omsorg kan være i en skjermet avdeling for personer med demens. Bakgrunnen for studie er at den teoretiske beskrivelser av god omsorg kan være vanskelig å anvende i en konkret klinisk situasjon. Dette kaller for mer konkrete beskrivelser av god omsorg med utgangspunkt i godt fag orientert praksis. forfatteriene mener at det er etablert fakta at *ansattes holdninger* til personer med demens og deres *kunnskaper om sykdommen og miljøbehandling* har betydning for forekomsten av uro og utagering. Derfor mestring av slike situasjon og slike pasienter kreves ekspertsykepleier og analytisk kompetanse i tillegg til en forståelse av situasjonen noe som har blitt diskutert av Støback (2015) om nødvendige kompetanse tidligere i den kapittel. God omsorg ifølge Vetlesen og Nortvedt (1996) er synonymt med «moralsk opptreden» som vil si en kompetanse



der de ansatte er i stand til å identifisere hvordan egen persepsjon, dømmekraft og handling påvirker personer med demens. Basert på tidligere forskning, Thorvik, Helleberg og Haug (2014) nevne at god omsorg er preget av respekt, solidaritet og gjensidighet, og at god omsorg betinger individualisert omsorg som legger til rette for fleksibilitet og kontinuitet i omsorgen. I den sammenheng god omsorg beskrives som de ansattes evne til å sanse hva pasienten uttrykker, det vil si å se personen og ikke sykdommen, kommunisere med pasienten både verbalt og nonverbalt og være ansvarlig for pasientens respons på den ansattes væremåte og kommunikasjon.

Funnene i studien til Thorvik, Helleberg og Haug (2014) viser at god omsorg for personer med demens er kjennetegnet av at de ansatte alltid er beredt, er fleksible i sin arbeidsform og tilnærming og har god kunnskap og kjennskap til pasienten. Disse kjennetegnene samsvarer med aktuell forskning og kjente teorier om omsorg for personer med demens. Det første temaet, alltid beredt, mente at ansatte var alltid beredt for at hva som helst kunne skje, det vil si evne til å være i kontinuerlig beredskap fra når man kom på vakt og til de gikk hjem. Dette også handlet om kontinuerlig årvåkenhet for raske skiftninger i pasientens tilstand eller for hva pasienten prøver å uttrykke gjennom kroppsspråk, ord, lyder, kroppsholdning og bevegelser var veldig viktig. Alltid beredt innebar at helsepersonell var på utkikk etter mulighet for å hjelpe pasienten på en god måte.

Den andre faktorer beskrevet i funnene er *fleksibilitet*. Thorvik, Helleberg og Haug (2014) mener at fleksibiliteten viste seg på flere ulike nivåer og i ulike situasjoner. Fleksibiliteten rettet mot pasientene handlet om evne til å tåle pasientens opptreden, for eksempel ved å kunne aksepterte handlinger hos pasienten som virker uforståelige eller uhensiktsmessige. Fleksibilitet også mente at ansatte tålte pasientens avvisning uten å gi opp forsøk på å etablere eller vedlikeholde kontakt og har evne til å tåle uorden i avdelingen. Det å være fleksibel i forhold til etablerte rutiner var også dermed viktig for omsorgen til pasienter med demens. Ansatte hadde tanke om at rutiner ikke skal fungere som en tvangstrøye, men heller som en fleksibel ramme som kun justeres for å passe pasienters situasjonen.

Til slutt viser Thorvik, Helleberg og Haug (2014) studie, viktigheten av kunnskap og kjennskap. Å ha kunnskap om demenslidelser, kunnskap om menneskets grunnleggende behov, både fysiske og psykososiale ved at ansatte kontinuerlig prøvde å tolke hva pasienten hadde behov for, ville eller ønsket. Ansattes kjennskap til de små nyanser i pasientens væremåte og vaner er også dermed viktig for å gir god omsorg til pasienter med demens. For

å lykkes i å hjelpe pasienten, ansattes arbeidsform var preget av å være avhengige av å kjenne kollegaene sine og spille på hverandres kompetanse. Dette var betinget at de kjente hverandres kompetanse så godt. Studien til Thorvik, Helleberg og Haug (2014) konkluderte at god omsorg framsto som en kombinasjon av kunnskap, fleksibilitet og beredskap, der pasientens behov hadde forrang, samt en kollegial raushet der man hjalp hverandre i vanskelige situasjoner. At kunnskap om demenssykdommer og kjennskap til pasientens tidligere liv og nåværende situasjon er viktig, var understreket av informanter.

## 5.0 Drøfting

Hensikt med oppgaven ha vært å belyse hvordan man utøver best omsorgsfull sykepleie til pasienter med demens som har utfordrende atferd, og hvilke kunnskaper som helsepersonell trenger til å utøve omsorgsfull sykepleien. Det er fire viktig tema som har blitt presentert i den oppgaven, bruk av farmakologisk og ikke-farmakologisk behandling for utfordrende atferd, nødvendige kompetansen i forståelse og mestring av utfordrende atferd, pårørende som en ressurs og god omsorg for urolig atferd. I dette kapittelet belyser jeg problemstillingen ved å diskutere sentral temaer ved disse funnene i lys av teori som har blitt presentert i den oppgaven. De sentrale temaer som jeg skal drøfte på tvers av funnene er betydning av personsentrert demensomsorg ved håndtering av utfordrende atferd, forståelse og håndtering av utfordrende atferd gjennom økt kunnskap og tiltak som kan forebygge og moderere utfordrende atferd.

### 5.1 Betydning av personsentrert demensomsorg

Personsentrert demensomsorg innebærer, å verdsette pasienter med demenssykdom, å gi individuelt tilpasset omsorg, å forstå de synspunkter pasienten med demenssykdom gir uttrykk for, og å legge til rette gjennom et støttende sosialt miljø (Rokstad og Røsvik, 2018; Kitwood, 1993). Dilemma kan oppstå i praksis situasjon hvor sykepleier må velge mellom to eller flere uønskede alternativer for å håndtere utfordrende atferd. Studien til Janus m fl., (2017) har forsket på farmakologisk og ikke-farmakologisk behandling preferanser for helsepersonell og pårørende for utfordrende atferd hos pasienter med demens. Selv om bruk av medikament kan ha en umiddelbar effekt på atferd, det er viktig å se hele bildet særlig hvordan dette kan påvirker pasient på lang sikt. Brinchmann (2012, s.43 – 52) mener at en situasjon der det er konflikt mellom pasientens autonomi og sykepleierens profesjonelle plikt til å yte hjelp, må sykepleieren gjøre hva som er beste for pasienten på lang sikt. I noen tilfeller, hva er best på lang sikt kan være uønsket eller at pasienten opplever det krenkende der og da. For helsepersonell, selv om medisin behandling kan har en stor effekt på utfordrende atferd man kan velge å ikke bruke dem for å unngå alvorlige bivirkninger på lang sikt (Janus m fl., 2017), noe som kan øker belastning på jobb siden man må finne andre alternativer som er ikke lett til å roe situasjonen.

Kirkevold (2020) mener at personsentrertomsorg gir muligheter for sosial stimulering og givende relasjoner som kan oppnås ved god kartlegging av besøk av familie og mer interaksjon mellom pasienter og ansatte. Funnene i den oppgaven viser at det er viktig å sette

søkelys på hva er dermed viktig når man skal håndtere utfordrende atferd, for eksempel bivirkninger av medikament kan redusere livskvalitet for pasienter selv om det kan være effektivt for utfordrende atferd. personsentrert omsorg sørge for en holistisk tilnærming ved å se hele mennesket og ikke bare sykdom eller symptomer, og det vil si å legge til rette for at personen skal kunne opprettholde sine ressurser maksimalt, opprettholde sin selvstendighet så lenge som mulig (Rokstad og Røvik, 2018; Epp, 2003; Skovdahl og Berentsen, 2014). Når bruk av medisin kan redusere disse evnene, det er viktig å finne andre alternativer til å håndtere utfordrende atferd.

Kitwood (1999) ha peket på viktigheten av å møte grunnleggende psykologisk behov for å bekrefte pasienters opplevelse av verdi som mennesker. Thorvik, Helleberg og Haug (2014) mener at for å kunne yte god sykepleie til en pasient som har en demenssykdom, er det viktig å kjenne pasientens identitet. Det å vite hvordan pasienten var tidligere, hva han gjorde, og hvordan hverdagen hans var, vil øke forståelsen for pasientens væremåte, særegenheter og behov. Oppgavens analyse derfor viser at pårørende kan være en ressurs for å gir god personsentrert demensomsorg siden pårørendes informasjon av pasienter og deres praksis hjelp kan bidrar til psykososialt velvære for sykehjemsbeboere. Oppgavens funn foreslår viktigheten av å samarbeide med pårørende som en del av personsentrert omsorg og sørge for at dette bidrar til bedring av pasienters livskvalitet. Sentralt til personsentrert omsorg er å ivareta enkelt personens unike verdi, integritet og for å styrke en positiv relasjon til beboernes pårørende (Kitwood, 1993). I lys av en personsentrert omsorg i sykehjem har de pårørende en viktig rolle for å bidra til bevaring av beboerens identitet, selvfølelse og selv og medbestemmelse. Som Nakrem og Hynne (2017) peker på, det er viktig å forstå beboeres personlighet og personlige historie noe som finnes ved å samarbeide med pårørende, siden i mange tilfelle pasienter med demens kan ikke formidler disse selv. For å oppnå best mulig personsentrert omsorg, det er viktig å ha riktig kunnskap for å kunne forstå og håndtere utfordrende atferd som jeg skal diskutere i det neste avsnitt.

## 5.2 Forståelse og håndtering av utfordrende atferd gjennom økt kunnskap

Nortvedt, (2016) mener at sykepleiere skal på basis av kunnskapene kunne handle faglig adekvat, både i forebyggende, behandlende, lindrende, rehabiliterende og habiliterende arbeid, og i pleie og omsorg. Alle artiklene analysert i den studie viser at vår kunnskap om demenslidelser kan være med på å bidra til god omsorg og sykepleie til pasienter med demens som har utfordrende atferd. Travelbee (1971) sykepleie teori ha presisert viktigheten av å bruke disiplinert tilnæringsmåte ved å tenke logisk, reflektere, resonere og overveie.

Travelbee argumentere for Intellektuelle problemløsning i god sykepleieutøvelse som handler om evne til å analysere og å sammenfatte slik at man er i bedre stand til å identifisere og møte andre persons behov. Det forutsettes at kunnskapen medfører handlingskompetanse og gjennom dette, kan sykepleier benytter sine fagkunnskaper og sin innsikt til å finne fram til pasientenes behov for sykepleie og til hvordan behovene skal møtes.

I utøving av personsentrert omsorg diskutert tidligere, er det en forutsetning at personalet har en kompetanse, egnethet og selv innsikt i hvordan de ivaretar både beboere og pårørende på best mulig måte. Molven (2016 s.18) mener at sykepleien er kunnskapsbasert og for å sikre at sykepleiefunksjonen skal kunne ivaretas, det er spesiell kunnskap som skal erverves. Molven (2016) også presisere viktigheten av integrering av faglige og vitenskapelige grunnlag til sykepleier praksis. Funnene i den studie viser at kompetanse kan brukes for å gi personalet handlingsberedskap i utfordrende situasjon (Støback, 2015) men også byr på å overveie mulige løsninger til utfordrende atferd som studie til Janus m fl., (2017) viser. Thorvik, Helleberg og Haug (2014) mener at god omsorg beskrives som ansattes evne til å se personen og ikke sykdommen noe som gå på moralsk opptreden som handler om moralsk persepsjon, dømmekraft og moralsk handling kunnskap. Nortvedt, (2016 s.104 – 107) mener at det er viktig med oppmerksomhet og refleksjon av ens handling til pasienten slik at pasientens iboende verdighet og rettigheter ikke er krenket. Sykepleieren skal handler pasienten i forhold til moralsk sensitivitet og skjønn. Det vil si handlingen styrte av innlevelse og kunnskap på en måte som tar hensyn til den enkelte person og respektfull for personen det gjelder.

Funnene i denne oppgave også viser til relevansen av kunnskap som er individualisert og godt reflektert i håndtering av utfordrende atferd. Støback (2015) og Thorvik, Helleberg og Haug (2014) mener at det er viktig med forståelse av demenslidelse og refleksjoner over holdninger man har til personer med demenssykdom, kartlegging av endret og utfordrende atferd og fysisk og verbal tilnærming fra personalet. Ved målrettet intellektuell tilnærming av Joyce Travelbee kan man oppnå disse kompetansen i praksis. Joyce Travelbee sitert i Kristoffersen m fl. (2016) mener at det er viktig å observere for å kartlegge pasientenes behov noe som ta for seg å analysere årsak til utfordrende atferd og hvordan man kan møte pasientenes behov. Travelbees toeri også viser til viktigheten av å bekrefte eller avkrefte antakelser om hvilke behov pasienten har, slik at man jobbe utenfor hva pasient har behov for å ikke bare hva man tenker pasienten trenge. Etter det kan man vurdere egen mulighet til å møte pasientenes behov eller om pasienten skal henvises til andre helsearbeidere eller instanser. Videre, oppgavens funn peker på viktigheten av å bruke kollega her som ressurs, der man kan spør andre kollega

som kanskje kjenner pasienten best for hjelp hvis det oppstå noen utfordringer. Dette også trengte at ansatte kan samarbeide og fylle på hverandres evne for å gir god omsorg til pasienter. Travelbee's teori også foreslå at ved intellektuell tilnærming kan man legge en plan som omfatte metode, tidspunkt og altanativmøte for hvordan pasientenes sykepleiebehov skal ivaretas og til slutt foretar i etterhånd en evaluering for å finne ut om pasientenes behov helt eller delvis er blitt ivaretatt som Støback (2015) viser. Funnene i denne oppgave kan også reflekteres i Travelbees teori siden tanken er å følge en logisk og systematisk prosess og ha de kunnskaper som denne prosessen forutsetter.

### 5.3 Tiltak som kan forebygge og moderere utfordrende atferd

Mulige tiltak mot utfordrende atferd kan bare brukes veiledende og ikke som oppskrift på grunn av at pasienter er forskjellige og vil ofte ha behov for individuelt tilpasset tiltak (Støback, 2015; Thorvik, Helleberg og Haug, 2014; Rokstad, 2020). Selv om medikamentell behandling av utfordrende atferd kan være effektiv som Janus m fl., (2017) nevner, viser denne oppgave i sin helhet at dette kan gå imot oppnåelse av personsentrert omsorg. Det er derfor viktig å sette søkelys på endringer i miljøet som kan videre påvirke atferd. Rokstad, (2020) mener at man kan sette i gang indirekte behandling ved å involvere pårørende som kan tilby mestringsorientert behandling, psykoterapi og bistand eller avlastning mens personale fokusere på mestringsorientert behandling og holdningsrettet veiledning.

Miljøbehandling av pasienter med demens er krevende og gjør det nødvendig å satse spesielt på opplæring og veiledning av personale og pårørende (Rokstad, 2020). Pasienter med demens vil ofte mangler evne til å sortere impulser og regulere stimuli fra omgivelsene og det kreves faste rutiner, reduserte valgmuligheter og forenklet kommunikasjon for at de skal mestre daglige handlinger (Rokstad, 2020). Dette kreve logisk og systematisk arbeidsmåte som Støback, (2015) og Thorvik, Helleberg og Haug (2014) peker på. Funnene i denne oppgave viser at god kommunikasjon med pasienter med demens er viktig for at man skal være i stand til å forklare, forstå og trøste pasienter (Støback, 2015; Thorvik, Helleberg og Haug, 2014). Demens kan også virker inn på selvbildet når man ha vansker med å mestre daglige gjøremål som kan skaper fortvilelse og et negativt selvbilde for de fleste som ofte føle til depresjon (Rokstad, 2020). Depresjon kan gi seg uttrykk i frustrasjonsutbrudd og i agitert og urolig atferd, men også tilbaketrekking, spisevegring og apati. Det er viktig her å bruke seg selv terapeutisk Ifølge Joyce Travelbee (1971 sitert i Kristoffersen m fl. 2016) ved å gir positive tilbakemeldinger slik at pasientene kan ombygge positivt selvbilde. Det er også viktig med åpenhet, informasjon og hjelpe pasienten til å mestre sosiale sammenhenger. Et miljø

som kan representere tryggheten og tilhørigheten kan gå langt i å roe pasientene. Når sykepleier observerer at utfordrende atferd skyldes søvnforstyrrelse, det kan være viktig med *søvnrutiner* som kan bestå av aktiviteter, unngå å sove på dagtid, stå opp omtrent samme tid hverdag, unngå sterk lys om natten, unngå å være sulten eller innta tungt måltid ved sengetid og lage et fast sengetidsritual (Rokstad, 2020).

Ifølge Joyce Travelbee (1971 sitert i Kristoffersen m fl. 2016) er god kommunikasjon viktig når det gjelder samarbeid med kollegaer, pårørende og pasienter. Som funnene viser, kommunikasjon kan være, verbalt/språkbruk eller ikke verbal. Rokstad, (2020) viser at det er en stor faglig utfordring i forhold til kommunikasjon hos pasienter med demens. Det kan være krav at man må; stiller samme spørsmål om igjen og forteller samme historien om igjen. Det kan også være vanskelig å begynne og følge opp konversasjonen eller å kommunisere når flere er til stede. Personer med demens vil i noen tilfelle mister fokus i samtalen, snakker uavlatelig om gamle dager eller sier ting som ikke er sanne. Dette kreves at man er forberedte på hvordan de kan håndtere slik situasjoner uten å frustrere pasienter.

Som beskrevet tidligere, utfordrende atferd kan oppstå når man har smerte. Siden det er vanskelig for demens pasienter å kommunisere, det er viktig for helsepersonell å være observant mot atferds baserte smerter indikatorer som; ansiktsuttrykk, verbale uttrykk, bevegelse, endring i kontakt med personalet, endring i aktivitetsmønster og endring i mental status som økt forvirring, irritabilitet eller gråt. Når man har god kjennskap til pasienter som Støback (2015) og Thorvik, Helleberg og Haug, (2014) viser, behandling av smerter i den tilfelle kan ha positiv innvirkning på utfordrende atferd. Det er viktig at man er forberedte at for å kunne identifisere dette, må man observere nøye og iverksette prinsippene i god og personsentrert omsorg.

Opgavens funn peker også på relevansen av samarbeid med pårørende for å sikre god omsorg til pasienter med demens (Janus m fl., 2017; Støback, 2015; Nakrem og Hynne, 2017; Thorvik, Helleberg og Haug, 2014). Rokstad (2020) nevne at toveis samarbeid mellom helsepersonell og pårørende kan være støttende både til pasienter og deres pårørende siden pårørende kan bidrar som omsorgsgivere. Det er viktig at pårørende skal få nødvendige informasjon angående pasientens sykdom, hvordan deres familiemedlemmer har det og institusjonen/sykehjem og motivere dem til å bli en del slik at pasienten opplever god livskvaliteten (Rokstad, 2020).

## 6.0 Metodediskusjon

### 6.1 Muligheter og utfordringer med litteraturstudiet

Studien er basert på sekundær datakilde og litteraturstudie som metode har flere fordeler, samtidig som det også har sine ulemper. Med litteraturstudie kan man få tilgang på data med høy kvalitet, samtidig som vi kan analysere forskning og se flere ulike perspektiver noe som tillater nyansert funn uten å gå gjennom feltarbeid, noe som kan være kostbar, men også tidkrevende (Friberg, 2018). I den tilfelle, dette fører til at nye perspektiver kan gi meg ny kunnskap om sykepleie omsorg for demensrammende pasienter med utfordrende atferd på sykehjem. I mitt tilfelle har litteraturstudiet også gitt meg muligheter til å ta i bruk forskning som har fokus på ulike tilnærminger som jeg kan sette sammen til å analysere hva sykepleier kan implementere i daglig praksis. Selv om de forskjellige artikler sette søkelys på ulike tilnærminger det er også store likheter. For eksempel alle artikler peke på betydning av kunnskap, god kommunikasjon, samhandling mellom helse personell og pårørende, men også viktigheten av støttende miljø og relasjon. Dette er en fordel da det styrke reliabilitet av resultatene mine. I at jeg har fått tilgang til forskning publisert i fagfelleverderte artikler, dette er noe jeg kan stole på, men også av høy kvalitet.

Til tross for mulighetene eller fordelene det er også viktig å presisere noen utfordringer som fører med litteraturstudie. En utfordring med litteraturstudie kan være feiltolkning av de funnene jeg har henvende meg til siden jeg har ikke gjort forskningen selv. Det kan være lett for forskere som ser på eksisterende data og samtidig som de vil gi ny hensikt og mening, stå i fare for å feiltolke den informasjonen de har fått tak i. For eksempel, artikkelen til Nakrem og Hynne (2017) har utforske hvilke erfaringer pårørende til langtidsbeboere på sykehjem har, og hvordan imøtekomme og ivareta pårørende som samarbeidspart og ressurs sett i lys av personsentrert omsorg. Artikkelen handler ikke spesielt om demens og utfordrende atferd, men jeg ser at den har stor betydning for å bygge den kjente og nære relasjon som kan være viktig for demensrammende pasient med utfordrende atferd. En annen utfordring med sekundær kilde er at jeg kunne utelatte viktig informasjon og fremheve selektiv forskning, for eksempel forskning som støtter mine synspunkter relatert til min problemstilling, som Friberg (2017, s. 143) har nevnt. Siden min problemstilling er også basert på min erfaring i å jobbe med demensrammende pasienter, jeg har noen synspunkter som kan komme fram i min tolkning av disse artiklene. Dette kan medfører en ulempe ved bruk av litteraturstudie fordi leser må stole på forskernes tolkning av resultatene.



## 6.2 Kildekritikk

En ting som er viktig med forskning er tidsramme og dette kan også by på faktorer som ble brukt når man skal vurdere kvaliteten på kilde. Det er ofte anbefalt å bruke nyere forskning og jeg har valgt å søke på forskning som ikke er eldre enn 15 år for å sikre mest mulig oppdatert forskning innenfor dette temaet. Noe av litteraturen jeg har brukt har likevel vært eldre enn 15 år fordi jeg anser litteraturen som aktuell og relevant for min problemstilling, og som etter nøye vurdering har blitt med i oppgaven. For å sikre kvaliteten på kilde jeg har brukt databaser som er anerkjente og anses derfor som pålitelige. Videre hadde jeg som kriterier for søkene mine at artiklene skulle være fagfelleverdert for å bedre møte kravet om reliabilitet.

En litteraturstudie har visse svakheter som metode. Søkene en gjør vil være påvirket av hva en forsøker å finne ut, og med den tiden man har til rådighet kan det være vanskelig å få et stort nok utvalg i litteratur og forskning til å yte rettferdighet til problemstillingen. Dersom jeg hadde hatt et større utvalg av litteratur kunne jeg også fått andre resultater. Videre i oppgaven gir jeg en presentasjon av artikler brukt i denne oppgaven. Når vi bruker litteraturstudie, er både fagstoff og pensum ofte sekundærlitteratur. Det vil si at teksten er bearbeidet og presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren. Svakheten med sekundærlitteratur er at kilden kan være både oversatt og fortolket. Dette kan føre til at det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg (Dalland, 2017, s. 158-159).

## 7.0 Avslutning

Hensikten med denne oppgaven var å sette søkelys på hvordan man utøver best omsorgsfull sykepleie til pasienter med demens som har utfordrende atferd, og utforske hvilke kunnskaper som helsepersonell trenger til å utøve omsorgsfull sykepleien. Å gi omsorg til personer med demens som har utfordrende atferd krever en helhetlig og personsentrert tilnærming. Det kan være ønske om medisiner, fysiske hindre eller skjerming av personer med utfordrende atferd og i noen tilfeller så øker bruk av tvang dersom kunnskap om atferdsendringer er mangelfull eller dårlig. Sykepleier har en profesjonell plikt til å yte hjelp og gjøre hva som er beste for pasienten på lang sikt. Ved å forske på de forskjellige handlingmåte for utfordrende atferd, kan man bidra til handlingsberedskap av helse personell som jobbe med pasienter med demens som har utfordrende atferd.

Oppgaven viser at god omsorg for personer med demens er kjennetegnet av at man først og fremst sette søkelys på tilnærminger som skal sørge for pasienters velvære på lang sikt og i den forbindelse iverksette individualisert personsentrertomsorg. Videre oppgaven har også vist betydning av kunnskap og de nødvendige kunnskap som trengs for å utøve omsorgsfull sykepleien til pasienter med demens. Disse funnene samsvarer med aktuell forskning og teorier om omsorg for personer med demens.

Det skulle være betydningsfullt å gjennomføre en kvalitativ studie hvor man kan få nyansert kunnskap om hvordan helsepersonell opplever det å gi omsorg til personer med demens. Det er rimelig å anta at økt kunnskap og kompetanse om hvordan sykepleier utøver best omsorgsfull sykepleie til pasienter med demens som har utfordrende atferd vil kunne bidra til økt beredskap for å møte og håndtere utfordrende atferd. Dermed kan dette følge til større muligheter for å imøtekomme pasientenes behov for pleie som opprettholder deres verdighet.

## 8.0 Referanser

- Braun, V., V. Clarke and G. Terry (2012) 'Thematic Analysis', in Cooper, H., P.M. Camic, D.L. Long, A.T. Panter, D. Rindskopf and K.J. Sher (eds) APA Handbook of Research Methods in Psychology, Vol. 2, pp. 57–71. Washington, DC: American Psychological Association.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Brinchmann, B. S. (2012). De fire prinsippers etikk. I BS Brinchmann (Red.). *Etikk i sykepleien*, 3, (43)52.
- Brooker, D. (2007). Personsentrert demensomsorg: Veien til bedre tjenester. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.
- Dalland, O. (2017). Metode og oppgaveskriving: Gyldendal Norsk Forlag AS. *Utgave. Oslo.*
- Dalland, O. (2013). Metode og oppgaveskriving (5. utgave. utg.). 0130. *Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.*
- Eide, H & Eide, T. (2007): *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (Eds.). (2018). *Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling*. Aldring og helse akademisk.
- FHI (2021) Demens. Hentet frå. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), Dags för uppsats. Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten (s. 141–151). Lund: Studentlitteratur
- Gjøra, L., Strand, B. H., Bergh, S., Borza, T., Brækhus, A., Engedal, K., Selbæk, G. (2021). Current and Future Prevalence Estimates of Mild Cognitive Impairment, Dementia, and Its Subtypes in a Population-Based Sample of People 70 Years and Older in Norway: The HUNT Study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 79(3), 1213-
- Janus, S. I., van Manen, J. G., Van Til, J. A., Zuidema, S. U., & IJzerman, M. J. (2017). Pharmacological and non-pharmacological treatment preferences of healthcare

- professionals and proxies for challenging behaviors in patients with dementia. *International psychogeriatrics*, 29(8), 1377.
- Kitwood, T. (1999). En revurdering af demens-personen kommer i første række. Fredrikshavn: Dafolo forlag.
- Kitwood T. (1993) Person and process in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8, 541–545.
- Kirkevold, M & Brodtkorb, K & Ranhoff, A.H (2016) *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten* 2.utgave. Gyldendal Norsk forlag AS
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleie – fag og funksjon. Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt, Eli Anne Skaug og Gro Hjelmeland Grimsbø (Red). *Grunnleggende sykepleie. Bind, 1(3)*.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A., & Grimsbø, G. H. (Eds.). (2016). *Grunnleggende sykepleie bind 3, Pasientfenomener, samfunn og mestring*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Knudsen, L. B. & Larsen, T. A. (2005). Læring i arbeid. Sluttrapport fra et faglig utviklingsprosjekt ved fem sykehjem i Nord- Norge. Høgskolen i Tromsø, Avdeling for helsefag og Undervisningssykehjemmet i Tromsø.
- Martinsen, K. (2015). *Løgstrup & sygeplejen*. Oslo: Cappelen Damm.
- Mjorud, M., Selbaek, G., Bjertness, E., Edwin, T. H., Engedal, K., Knapskog, A. B., & Strand, B. H. (2020). Time from dementia diagnosis to nursing-home admission and death among persons with dementia: A multistate survival analysis. *PloS One*, 15(12), e0243513.
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5. utg.) Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Nakrem, S., & Hynne, A. B. (2017). Pårørende en betinget ressurs? En kvalitativ studie av pårørende til langtidsbeboere i sykehjem sine erfaringer av egen rolle. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(03), 165-175.
- NESH. (2006). *Forskningsetiske Retningslinjer for Samfunnsvitenskap, Jus Og Humaniora*. Oslo, Norway: Norwegian National Committees for Research Ethics.
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke: en innføring i sykepleiens etikk* 2. utgave. S. 104 – 107.

- Rokstad, A. M. M., & Røsvik, J. (2018). Personsentrert omsorg. I K. Engedal & PK Haugen (Red.). *Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling*, 300-314.
- Rokstad, A.M.M & Smebye, K.L (2018) *Personer med demens, møter og samhandling*. Cappelen Damm AS, Oslo, 2020.
- Røsvik, J., & Rokstad, A. M. M. (2020). What are the needs of people with dementia in acute hospital settings, and what interventions are made to meet these needs? A systematic integrative review of the literature. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-20.
- Selbæk, G., Kirkevold, Ø., & Engedal, K. (2007). The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(9), 843-849.
- Strand, B. H., Langballe, E. M., Rosness, T. A., Bergem, A. L., Engedal, K., Nafstad, P., et al. (2014). Age, education and dementia related deaths. The Norwegian Counties Study and The Cohort of Norway. *J Neurol Sci*.
- Strand, B. H., Knapskog AB, Persson K., Holt Edwin T., Bjertness E., et al. (2019). The Loss in Expectation of Life due to Early-Onset Mild Cognitive Impairment and Early-Onset Dementia in Norway. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2019;47(4-6):355-365.
- Skovdahl, K., & Berentsen, V. (2014). Kapittel 29 Kongnitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten* (ss. 408- 437). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Støback, A. M. (2015). Atferd er uttrykk for personlige opplevelser-Om kompetanseprogrammet «Forståelse og mestring av utfordrende atferd hos personer med demenssykdom». *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(01), 72-81.
- Thorvik, K. E., Helleberg, K. M. & Hauge, S. (2014). God omsorg for urolige personer med demens. *Sykepleien forskning* 9(3), 236–242. <https://doi.org/10.4220/sykepleief.2014.0140>
- Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 6 opplag. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.

Tretteteig, S., Vatne, S., & Rokstad, A. (2016). The influence of day care centres for people with dementia on family caregivers: an integrative review of the literature. *Aging & Mental Health*, ss. 450-462.

Ypma-Bakker, M. et al. (2008). *Richtlijn Probleemgedrag [Guideline for the Treatment of Behavioural Disturbances]*. Arnhem: Roos en Roos Press