

Avdeling for Folkehelse Campus Elverum

4BACH

Julie Karoline Gjerberg Andersen og Mari Grøndahl Pettersen

Veileder: Ingrid Vesterås

Bacheloroppgave Vi er vår fortid!

We are our past!

Antall ord: 13 511

Bachelor i sykepleie BASY2014

2017

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Innhold

INNHold	3
NORSK SAMMENDRAG	5
ENGELSK SAMMENDRAG (ABSTRACT)	6
LIVETS HØST	7
1. INNLEDNING	8
1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING	8
1.2 HENSIKT OG FORMÅL MED OPPGAVEN.....	9
1.3 AVGRENSING AV OPPGAVEN	9
1.4 KLARGJØRING AV BEGREPER	10
1.5 REDEGJØRELSE FOR OPPBYGNING AV OPPGAVE.....	11
2. METODE	13
2.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE	13
2.1.1 <i>Kvalitativ og kvantitativ metode</i>	13
2.2 LITTERATURSØK.....	14
2.3 KILDEKRITIKK	15
2.4 ETISK VURDERING.....	16
3. PRESENTASJON AV VALGT FORSKNING	18
3.1 ARTIKKEL 1	18
3.2 ARTIKKEL 2.....	19
3.3 ARTIKKEL 3.....	19
3.4 ARTIKKEL 4.....	20
4. TEORI	21
4.1 PRESENTASJON AV SYKEPLEIERTEORETIKERE	21
4.1.1 <i>Kari Martinsen</i>	21
4.1.2 <i>Ida Jean Orlando</i>	22
4.2 DEMENSSYKDOM.....	23
4.2.1 <i>Årsak</i>	23
4.2.2 <i>Symptomer og sykdomsutvikling</i>	23
4.2.3 <i>Utfordrende atferd</i>	24

4.3	PSYKOFARMAKA	24
4.4	MILJØBEHANDLING OG KOMMUNIKASJON	25
4.4.1	<i>Kommunikasjon</i>	26
4.4.2	<i>Kommunikasjon ved demenssykdom</i>	26
4.5	SYKEPLEIERS ROLLE	27
4.5.1	<i>Sykepleiers rolle i møtet med pasienter med demenssykdom</i>	28
4.6	PERSONSENTRERT OMSORG	29
5.	HVORDAN KAN SYKEPLEIERE HÅNDBERE UTFORDRENDE ATFERD HOS PASIENTER MED DEMENSSYKDOM VED HJELP AV MILJØBEHANDLING?.....	31
5.1	HVORDAN FORSTÅ PASIENTENS ATFERD?	31
5.2	RELASJONEN MELLOM SYKEPLEIER OG PASIENT.....	34
5.3	REMINISENS SOM MILJØBEHANDLING.....	38
6.	KONKLUSJON.....	46
7.	LITTERATURLISTE.....	47
8.	VEDLEGG 1	51
9.	VEDLEGG 2	52

Norsk sammendrag

Tittel: Vi er vår fortid!

Tema: Økt fokus på individuelt tilrettelagt miljøbehandling til demensrammede pasienter med utfordrende atferd for å redusere bruk av psykofarmaka.

Bakgrunn: En stadig økende eldre befolkning vil sannsynligvis medføre en økning av forekomsten av demenssykdom. Siden utfordrende atferd er en normal del av sykdomsforløpet, vil også dette bli en økende utfordring i fremtiden.

Formål: Formålet med oppgaven er å øke egen kunnskap, kompetanse, innsikt og forståelse rundt demenssykdom og utfordrende atferd, hvor en god relasjon mellom sykepleier og pasient vil kunne bidra til at pasienten får en verdig alderdom i institusjon.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere håndtere utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom ved hjelp av miljøbehandling?

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie som bygger på faglitteratur, forskning, selvvalgt litteratur og egne erfaringer fra praksis.

Konklusjon: Sykepleiere bør ha større fokus på miljøbehandling som reminisens i møtet med demensrammede pasienter. Det er flere faktorer som har betydning for å kunne håndtere og redusere utfordrende atferd. Det er viktig at miljøtiltak blir individuelt tilpasset til hver enkelt, da alle pasienter er unike individer.

Engelsk sammendrag (abstract)

Title: We are our past!

Theme: Increased focus on individually organized milieu treatment for patients with dementia and disruptive behaviour to reduce the use of psychotropic drugs.

Background: An increasing population of elderly will probably result in an increased occurrence of dementia. Disruptive behaviour is a normal part of dementia and will also be a challenge in the future.

Purpose: The purpose with the assignment is to increase our own knowledge, competence, insight and understanding regarding dementia and disruptive behaviour, where a good relationship between the nurse and the patient will contribute to a worthy life in an institution for the patient.

Issue: How can nurses handle disruptive behaviour in patients with dementia by using milieu treatment?

Method: The thesis is a literature study based on literature, research, self-chosen literature and our own experiences from practical studies.

Conclusion: Nurses should have a greater focus on milieu treatment as reminiscence with patients with dementia. There are several factors that may contribute to handle and reduce disruptive behaviour. It is important that milieu treatment is individually organized to each patient, because every patient is a unique individual.

Livets høst

Jeg er lik et tre!
Lik treet ble jeg også til ved et frø.
Lik treet fikk jeg også mange
sår, men vokste videre, mer
motstandsdyktig, mer
hårdhudet, men også myk.
Lik treet fikk jeg også rynker
etter hvert.

Lik treet om høsten mister
jeg også blader. Blader som
forteller hvem jeg er, hva jeg er,
erfaringer har gjort, viten,
hvem jeg er glad i.
Lik treet om høsten, føler jeg
meg også tom, ribbet, fattig,
uten blader.

Livet mitt "faller av".
uten blader, intet liv sier du
vel, men du som ser meg,
kjenner meg.
Vit at, som treet gjemmer på
livskilden i sitt indre har også
jeg en livskraft,
et hjerte som føler.
Jeg blir fortsatt glad, redd,
sint, trist.

Jeg føler at jeg lever, men
bare i øyeblikket.
Der ligger forskjellen på deg
og meg. Vær så snill,
øyeblikket er det eneste jeg har.
Del det med meg!

Kirsti Solheim

1. Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Forekomst av demenssykdom øker med alderen og ses hyppigst hos mennesker over 65 år (Berentsen, 2008, s. 47; Rokstad, 2008a, s. 38). En økning av antall eldre mennesker, vil medføre at det vil bli flere mennesker med demenssykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 18). I dagens samfunn vil økt levealder bidra til at antall mennesker med demenssykdom vil fordobles de neste 30-40 årene. Mange av disse menneskene vil ha behov for kommunale tjenester i form av hjemmetjeneste eller sykehjem i denne perioden av sitt liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 7-8).

Det er estimert at over 77 000 mennesker i Norge har en demenssykdom og at over 80% av menneskene som bor i sykehjem i dag har en demenssykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 18). Atferdsmessige og psykiske symptomer, ofte omtalt som utfordrende atferd forekommer ofte i sammenheng med demenssykdom i varierende grad (Engedal & Haugen, 2009, s. 312). I en norsk studie gjennomført av Selbæk, Kirkevold & Engedal (2007, s. 843) ble det funnet atferdsmessige og psykiske symptomer hos 72% av pasientene.

Bruk av psykofarmaka har blitt et samfunnsaktuelt tema, hvor vi ukentlig kan lese i media om overmedisinering på sykehjem og urolige pasienter. Selbæk et al. (2007, s. 843) viser i sin studie at det ble funnet foreskrevne psykofarmaka til 75% av pasientene rammet av demenssykdom. Vi ser i dag et økende fokus på redusering av medikamentbruk hos pasienter i sykehjem, hvor det i stedet er fokus på psykososiale intervensjoner for å redusere utfordrende atferd hos pasientene. Kommunikasjon som et miljøbehandlingstiltak er et eksempel på en slik intervensjon, hvor man samtidig tilrettelegger for individuelt tilpasset omsorg for hver enkelt pasient.

Tallene over er med på å belyse og begrunne viktigheten av at sykepleiere innehar nødvendig kompetanse og kunnskap om demenssykdom og hvilke tiltak som bør tilrettelegges for denne pasientgruppen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 7-8).

Med utgangspunkt i dette har vi kommet fram til problemstillingen; *Hvordan kan sykepleiere håndtere utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom ved hjelp av miljøbehandling?*

1.2 Hensikt og formål med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å skrive en fordypningsoppgave i sykepleie, i regi av Høgskolen i Innlandet, avdeling Elverum. I praktiske studier har vi som studenter møtt demensrammede pasienter med utfordrende atferd og erfart at disse situasjonene både kan være krevende og utfordrende. Vi har erfart at det i enkelte tilfeller har vært lavere terskel for å gi beroligende medikamenter i stedet for å ta seg tid til å forsøke og berolige pasienten ved hjelp av eksempelvis nærvær og kommunikasjon. Vi er derfor nysgjerrige på og har et ønske om å øke egen kunnskap om hvordan sykepleier kan bruke individuelt tilrettelagte miljøtiltak for å redusere utfordrende atferd og bruken av psykofarmaka. Målet med oppgaven er å øke egen kunnskap, kompetanse, innsikt og forståelse rundt demenssykdom, utfordrende atferd og miljøbehandling, hvor en god relasjon mellom sykepleier og pasient vil kunne bidra til at pasienten får en verdig alderdom i institusjon.

I oppgaven ønsker vi å ha fokus på pasienter med demenssykdom innlagt på sykehjem hvor utfordrende atferd er en utfordring. Vi ønsker også å ha fokus på sykepleiers bruk av kommunikasjon som tilrettelagt miljøbehandling for å redusere utfordrende atferd hos pasienter med demens og bruken av psykofarmaka. Vi mener at dette temaet er svært aktuelt i dagens samfunn og har sykepleiefaglig relevans, da dette er en pasientgruppe vi har møtt i alle praksisperioder gjennom studiet. Dette er med på å vise at sykepleiere vil kunne møte denne pasientgruppen i mange ulike instanser og institusjoner. Utfordrende atferd stiller krav til sykepleier vedrørende kompetanse, erfaring og kunnskap, og det er derfor viktig at sykepleiere innehar kunnskap om temaet og er bevisst på sin rolle i samhandlingen med denne pasientgruppen.

1.3 Avgrensning av oppgaven

Vi har valgt å ha fokus på pasienter i aldersgruppen over 65 år, hvor det er stilt en demensdiagnose, da forekomsten av demenssykdom øker med stigende alder og ses hyppigst hos denne pasientgruppen (Berentsen, 2008, s. 47; Rokstad, 2008a, s. 38). Vi har avgrenset

oppgaven til pasienter innlagt i skjermet langtidsavdeling i sykehjem, da vi har erfaring fra ulike avdelinger i både kommune- og spesialisthelsetjenesten der utfordrende atferd har forekommet hyppig.

I denne oppgaven skriver vi generelt om demenssykdom, og har derfor ikke fokus på de ulike demensdiagnosene. Vi har valgt å rette fokus på symptomene ved sykdommen, spesielt atferdsmessige og psykiske symptomer ved demenssykdom, da vi mener sistnevnte er mest relevant i forhold til vår problemstilling. Vi skriver også kort om årsak og sykdomsutvikling, ettersom dette kan bidra til å gi oss bedre forståelse for pasienter med demenssykdom og deres atferd.

Vi er klar over at det finnes ulike kartleggingsverktøy som kan brukes for å kartlegge pasientens atferd. Vi har besluttet å ikke ha fokus på disse i oppgaven, men nevner kort om noen av disse i drøftingskapittelet.

I oppgaven tar vi for oss miljøbehandling, og skriver generelt om dette. Vi har valgt å ha fokus på kommunikasjon som et miljøtiltak som et alternativ til bruk av psykofarmaka. Vi velger å ha hovedfokus på reminisensarbeid, ettersom at vi har mye erfaring med dette fra praksis samtidig som det er godt dokumentert i litteraturen. Vi kommer allikevel til å nevne validering og realitetsorientering som kommunikasjonsverktøy.

Vi er klar over at lovverk, yrkesetiske retningslinjer og etiske dilemmaer er viktig i forhold til demensrammede pasienter og bruk av psykofarmaka i demensomsorgen. Grunnet oppgavens omfang og disposisjon av tid har vi valgt å ikke ha fokus på dette. Det vil allikevel bli nevnt i korte trekk der det faller naturlig for oppgaven.

1.4 Klargjøring av begreper

Pasient med demenssykdom: Gjennomgående i oppgaven velger vi å bruke begrepene ”pasient”, ”demensrammet pasient”, eller ”pasient med demenssykdom”, og utelukker derfor begrepet ”demente”. Dette er et valg vi har tatt ettersom at vedkommende som er rammet av demenssykdom er mer enn kun sin sykdom. Dette mener vi er etisk riktig.

Sykehjem: Vi har valgt å avgrense oppgaven til pasienter innlagt ved en skjermet langtidsavdeling i sykehjem. Når vi omtaler ordet ”sykehjem” er det denne spesifikke avdelingen vi referer til.

Utfordrende atferd: Når vi omtaler begrepet ”utfordrende atferd” mener vi de atferdsmessige og psykiske symptomene som kommer til syne hos pasienter rammet av demenssykdom. Akronymet ”APSD” vil også bli brukt når vi referer til disse symptomene.

Miljøbehandling: Når vi i drøftingskapittelet bruker begrepet ”miljøbehandling” eller ”miljøtiltak” referer vi til bruk av kommunikasjon som et miljøtiltak.

Psykofarmaka: Legemidlene vi har beskrevet kort i teorikapitlet, har vi valgt å gjennomgående referere til som psykofarmaka. Vi velger dermed og ikke gå nærmere inn på de ulike legemidlene.

Å håndtere: Med begrepet ”håndtere” mener vi hvordan sykepleier kan komme frem til den beste løsningen i møtet med pasienter med utfordrende atferd.

1.5 Redegjørelse for oppbygning av oppgave

I det første kapittelet har vi valgt å begrunne valg av tema og problemstilling og presentere hensikt og formål med oppgaven. Det vil deretter bli gjort rede for avgrensning av oppgaven og et eget kapittel hvor vi tar for oss en klargjøring av begreper anvendt i oppgaven.

Det andre kapittelet er et metodekapittel, der vi innledningsvis legger frem hvilken metode vi har valgt å bruke i oppgaven, henholdsvis litteraturstudie som metode, med et underkapittel omhandlende kvalitativ og kvantitativ metode. Avslutningsvis i dette kapittelet vil det bli presentert en beskrivelse av gjennomgått litteratursøk, kildekritikk for anvendte kilder og en etisk vurdering.

Det tredje kapittelet tar for seg presentasjon av forskningsartiklene som blir anvendt i oppgaven, med en innledende etisk vurdering av utvalgte artikler. Artiklene vil deretter bli presentert i underkapitler. Artiklene er valgt med hensyn til problemstilling og tema og vil bli brukt i drøftingsdelen.

Det fjerde kapittelet tar for seg relevant teori knyttet til problemstillingen. Vi har valgt å anvende teori utformet av to sykepleieteoretikere, henholdsvis Kari Martinsen og Ida Jean Orlando, da vi mener at disse utfyller hverandre i forhold til deres meninger knyttet til kommunikasjon og relasjoner. Videre i kapittelet tar vi for oss demenssykdom, herunder årsak, symptomer og utfordrende atferd, som er viktig for grunnforståelsen av

problemstillingen. Deretter blir det det lagt frem teori omhandlende psykofarmaka og kommunikasjon som miljøbehandling i forhold til demensrammede pasienter. Avslutningsvis vil det bli redegjort for sykepleiers rolle og personsentrert omsorg.

Det femte kapittelet er drøftingsdelen. I denne delen av oppgaven vil vi benytte oss av relevant litteratur, både i form av pensumbøker og selvvalgt litteratur og forskningsartikler, samt egne erfaringer fra praksis for å belyse ulike sider ved problemstillingen. Vi har valgt å drøfte problemstillingen under egne underkapitler, hvor vi først velger å diskutere det vi mener er viktig bakgrunnskunnskap for problemstillingen i forhold til utfordrende atferd og forståelse av atferden. Vi mener at forståelsen for det som drøftes i 5.1 er grunnleggende for det som diskuteres i 5.2 omhandlende relasjoner og kjennskap til pasienten, og avslutningsvis i 5.3 omhandlende reminisens som miljøbehandling.

Det sjette og siste kapittelet tar for seg en konklusjon, hvor vi velger å dra frem hovedpunktene fra drøftingskapittelet.

Vedlagt i oppgaven ligger et utfylt PICO-skjema vi har brukt ved litteratursøk, samt en detaljert oversikt over søkene vi har utført.

2. Metode

”En metode er 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” (Sitert i Dalland, 2014, 111). Metoden vil være til hjelp ved innhenting av relevant informasjon man trenger for å belyse den aktuelle problemstillingen (Dalland, 2014, s. 112).

2.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven har vi brukt litteraturstudie som metode. I tillegg har vi valgt å anvende egne erfaringer fra praktiske studier for å belyse og svare på problemstillingen. I følge Thidemann (2015, s. 79-80) er en litteraturstudie et studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Dette innebærer å samle inn litteratur, gjennomgå denne kritisk og til slutt sammenfatte det hele (Thidemann, 2015, s. 79-80). Et viktig moment er å finne relevant litteratur i forhold til tema og problemstilling, da det er denne kunnskapen problemstillingen skal drøftes rundt (Dalland, 2014, s. 67).

En litteraturstudie kan ha en kvalitativ eller en kvantitativ tilnærming. I følge Thidemann (2015, s. 79), er det ikke alltid slik at forskning baserer seg på kun en spesifikk metode, da de ulike metodene har sine styrker og svakheter. En litteraturstudie kan derfor også basere seg på en kombinasjon av både kvantitative og kvalitative tilnærminger (Thidemann, 2015, s. 79).

2.1.1 Kvalitativ og kvantitativ metode

En kvalitativ metode har til hensikt å samle inn og formidle meninger, erfaringer og opplevelser som ikke lar seg måle av tall og statistikk. Kjennetegn ved metoden er dybdekunnskap, noe som innebærer at vi får mange opplysninger fra få informanter hvor datainnsamlingen skjer i direkte kontakt med feltet og tar sikte på å få frem sammenheng og helhet. Et eksempel på dette er utførelse av dybdeintervju for å få fram erfaringer fra en bestemt pasientgruppe (Dalland, 2014, s. 112-113, s. 140; Thidemann, 2015, s. 78). Kvantitativ metode har til hensikt å samle inn data i form av målbare enheter hvor man innhenter et lite antall opplysninger fra mange informanter (Dalland, 2014, s. 112-113). Dette kan gjøres ved hjelp av spørreskjemaer med faste svaralternativer, systematisk og strukturert observasjon eller eksperimenter (Thidemann, 2015, s 78). I kvantitative metoder

vil datainnsamlingen skje uten direkte kontakt med feltet og er hensiktsmessig når en ønsker eksempelvis representative oversikter, frekvenser og årsak-virknings-forhold (Dalland, 2014, s. 113; Thidemann, 2015, s. 78).

2.2 Litteratursøk

For å finne relevante forskningsartikler har vi valgt å ta utgangspunkt i problemstillingen for å finne relevante emneord, som vi plasserte i PICO-skjemaet (Vedlegg 1). Deretter ble det utført systematiske søk i ulike databaser med ulike kombinasjoner av valgte emneord (Vedlegg 2).

Vi har valgt å bruke databasene CINAHL og SweMed+ fra Høgskolen i Innlandet sin hjemmeside, i tillegg til å søke etter forskning i Sykepleien Forskning. Dette anser vi som troverdige databaser da de er anbefalte og anerkjente databaser. For å finne aktuelle emneord tok vi utgangspunkt i vår problemstilling, og skrev ned aktuelle norske ord vi ønsket å ta i bruk, som blant annet; ”*pasient*”, ”*demens*”, ”*psykososiale intervensjoner*”, ”*reminisens*”, ”*utfordrende atferd*”, ”*sykehjem*” og ”*psykofarmaka*”. Deretter brukte vi Norsk-Engelsk MeSH-database (Helsebiblioteket, s.a.), for å finne de aktuelle emneordene i form av MeSH-termer. MeSH – Medical Subject Headings, er et internasjonalt begrepssystem som gjør det mulig å søke etter felles emneord innen medisin og helsefag (Aasen & Nylund, 2012, s. 2653). I denne databasen søkte vi etter utvalgte norske emneord, og fant i tillegg synonymer til de ulike termene vi kom frem til, for å få flest mulig relevante treff. Deretter plasserte vi emneordene i PICO-skjemaet, for å få et inntrykk av hvordan vi ville kombinere de ulike emneordene og utføre søkene i de ulike databasene.

I søkeprosessen innad i de ulike databasene valgte vi å avgrense våre søk, for å sørge for at vi innhentet den mest relevante forskningen i forhold til vår problemstilling. Vi avgrenset søkene til Full text, for å ha mulighet til å lese hele forskningsartikler. I tillegg valgte vi å avgrense søkene til publikasjoner mellom 2007 til 2017. Dette gjorde at forskningen vi har funnet ikke er eldre enn ti år, og noe som ga oss muligheten til å unngå bruk av foreldet forskning. Vi er allikevel klar over at dette fagfeltet stadig er i utvikling, og at forskning publisert per dags dato er utført tidligere og at dataen nødvendigvis ikke er like ny som publikasjonsdatoen. Videre avgrenset vi søkene til Peer reviewed. Dette gjorde vi for å avgrense forskningstreff til fagfelleurdert forskning. Deretter avgrenset vi søkene til engelsk og skandinaviske språk, samt alder til 65+ da dette var ønsket pasientgruppe.

Avslutningsvis i søkeprosessen valgte vi å avgrense i forhold til geografi, og valgte dermed forskning fra Europa. Dette er land som er sammenliknbare og har en sterk tilknytning til den vestlige kultur og levesett. Vi er allikevel klar over at det vil være forskjeller i blant annet helsetjenester, utbredelse av demens og utfordrende atferd, samt kulturelle forskjeller. Dette er noe vi har tatt høyde for i utvelgelsen av de ulike artiklene.

I utvelgelsen av forskningsartikler, har vi kun benyttet oss av artikler som er oppbygd etter IMRaD-strukturen. IMRaD-strukturen bidrar til at artiklene blir oversiktlige å lese gjennom (Thidemann, 2015, s. 68). For å kvalitetssikre de ulike forskningsartiklene vi har valgt å bruke i oppgaven har tatt i bruk sjekklister fra kunnskapssenteret sine hjemmesider (Kunnskapssenteret, 2014).

2.3 Kildekritikk

I følge Dalland (2014, s. 67) brukes kildekritikk for å fastslå om en kilde er sann. Dette innebærer å vurdere og karakterisere kildene som anvendes i oppgaven. Hensikten med å foreta kritiske vurderinger av anvendt kildemateriale er å bestemme relevans, styrke og begrensninger i den informasjonen man samler inn (Thidemann, 2015, s. 27). Vi har anvendt både primær- og sekundærkilder. Primærkilder vil si den opprinnelige kilden, mens sekundærkilder er kilder som gjennomgår, vurderer og baserer seg på primærkilder (Dalland, 2014, s. 79, s. 86). For å styrke oppgavens troverdighet, har vi tatt hensyn til kildekritikk i søket på faglitteratur og forskning ved å sette ulike kriterier for å finne den mest relevante litteraturen (Dalland, 2014, s. 52).

Vi har vist kildekritikk ved å vektlegge bruk av reliable og valide kilder for å drøfte og svare på problemstillingen. Relabilitet betyr pålitelighet, og innebærer at målinger må utføres korrekt, samt at forekomst av eventuelle feilkilder skal informeres om. Validitet betyr at de anvendte kildene skal være relevante og gyldige for problemstillingen som skal svares på (Dalland, 2014, s. 52). Etersom vi har anvendt selvvalgt litteratur skrevet av forfattere med fagkompetanse innen demens, miljøbehandling og sykepleieteorier, mener vi at disse kildene er pålitelige og dermed også reliable. Den selvvalgte litteraturen og forskningsartiklene vi har benyttet oss av har vi valgt på bakgrunn av relevansen til valgt tema og problemstilling, og disse kildene anses derfor som valide. I utvelgelse av fag og forskning har vi også satt krav til at de skal være av nyere årstall, ikke eldre enn ti år, noe som styrker kildenes validitet ytterligere.

Vi opplever at det er publisert mye forskning omhandlende demenssykdom både nasjonalt og internasjonalt. Allikevel har det tidvis vært vanskelig å finne forskning som har tatt for seg flere aspekter ved vår problemstilling og som har møtt kravet om å være av nyere årstall. Dette kan muligens gjenspeile at det er gjort lite forskning på det vi ønsker å undersøke i denne oppgaven. Vi har derfor besluttet å anvende forskning som omhandler ulike elementer ved problemstillingen vår.

Ved utvelgelse av forskningsartikler har vi hatt som krav at de skal være fagfellevurdert for å forsikre oss om at artiklene er av god kvalitet. Dette vil si at artiklene har blitt vurdert og godkjent av eksperter innenfor det aktuelle fagområdet (Dalland, 2014, s. 78). Artiklene vi har valgt å bruke er oppbygd etter IMRaD-strukturen. IMRaD er en forkortelse for introduksjon(introduction), metode(methods), resultat(results) og(and) diskusjon(discussion), og er den mest brukte oppbygningen av forskningsartikler. Fordelen med denne strukturen er at forskningsartiklene blir mer oversiktlig. Dermed blir lesingen mer effektiv og det blir lettere å finne fram til den informasjonen man er ute etter (Dalland, 2014, s. 79-80; Thidemann, 2015, s. 68). For å vurdere den metodiske kvaliteten på forskningsartiklene har vi tatt i bruk sjekklister hentet fra kunnskapscenteret. Disse sjekklister kan brukes som et hjelpemiddel for å vurdere om en kan stole på resultatene i forskningsartiklene (Kunnskapscenteret, 2014). Ettersom flere av kildene vi har benyttet oss av har blitt skrevet på engelsk, har vi også tatt i bruk ordbøker, som for eksempel Ordnett hentet fra høgskolens nettsider, for å oversette samt definere ord og uttrykk vi var ukjent med. Dette for å unngå misforståelser og mistolking av informasjonen vi har hentet fra kildene. Vi tar allikevel høyde for at dette kan forekomme.

2.4 Etisk vurdering

Etiske vurderinger handler om at personene som deltar i ulike forskningsstudier og utviklingsstudier forblir anonyme og at deres personvern ivaretas (Dalland, 2014, s. 96). Anonymitet er en måte å aidentifisere personene som deltar i en studie, slik at opplysninger ikke kan knyttes til vedkommende (Dalland, 2014, s. 102). Ved studier omhandlende blant annet mennesker skal det søkes om forhåndsgodkjenning fra en Regional etisk komité (REK). De regionale etiske komiteene underligger Den forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), som har som funksjon å veilede og gi råd om forskningsetiske spørsmål (Dalland, 2014, s. 98).

Ved bruk av egne erfaringer vil informasjonen som blir brukt være anonymisert, og det vil derfor bli brukt ord som pasient, samt utelatelse av beskrivelse av tid eller sted. Det vil derfor ikke være mulig å identifisere hvem det er snakk om, eller hvor hendelsen har tatt plass.

3. Presentasjon av valgt forskning

I dette kapittelet vil vi presentere forskningsartiklene vi har valgt å anvende i oppgaven. Disse vil være med å belyse og svare på ulike aspekter ved problemstillingen.

Forskningsartiklene vi har valgt å anvende har alle blitt godkjent av en regional etisk komité. Videre har de fleste studiene beskrevet at det ble gitt informasjon om studien til beboerne og deres pårørende i forkant av studiene. Det blir også presisert at studiene var frivillig å delta i, samt at det ble innhentet frivillig informert samtykke i de ulike studiene og at det var mulig å trekke seg om dette var ønskelig. Det blir også beskrevet i noen av studiene at det ble utført en vurdering av hvilke beboere som var i stand til å utføre blant annet intervjuer. Flere av studiene beskriver også at deltakerne ble forsikret om konfidensiell behandling av deres svar, og bestemmelsene omhandlede anonymisering og taushetsplikt ble overholdt.

3.1 Artikkel 1

The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in norwegian nursing homes er skrevet av Geir Selbæk, Øyvind Kirkevold og Knut Engedal, og ble publisert i tidsskriftet *International Journal of Geriatric Psychiatry*. Dette er en kvantitativ forskningsartikkel hvor forfatterne har benyttet seg av standardiserte intervju med pasientenes primærsykepleiere for å samle inn data. Datainnsamlingen ble utført av fagsykepleiere på 26 ulike sykehjem fordelt i 4 fylker og 18 kommuner i Norge. Til sammen 1163 pasienter møtte kravene til forfatterne og deltok i studien. Demografisk data, pasientenes diagnoser og medisinalister ble hentet fra pasientenes journaler. Intervjuene bestod blant annet av clinical dementia rating scale (CDR) og nevropsykiatrisk evalueringsguide (NPI) for å kartlegge utbredelsen av demenssykdom og utfordrende atferd blant pasientene. Kartlegging av pasientens funksjonsnivå ble også utført (Selbæk et al., 2007, s. 844). Dataen som ble innsamlet ble brukt til å undersøke grad av demens, forekomsten av APSD og bruk av psykofarmaka, samt sammenhengen mellom dette. Forskningen viste at 81% av pasientene hadde demenssykdom, hvor 72% av disse hadde fremtredende APSD symptomer. Frekvensen av disse symptomene økte i takt med graden av demens. Videre viste forskningen at psykofarmaka ble forskrevet til 75% av pasientene med demenssykdom, og at det var en sammenheng mellom forskrevet legemiddel og pasientens symptomer (Selbæk et al., 2007, s. 843). Forfatterne av studien påpekte at

deres kartlegging viste at 81% av pasientene hadde demens, mens det kun var dokumentert at 55,5% av disse hadde en demensdiagnose i sin journal (Selbæk et al., 2007, s. 845).

3.2 Artikkel 2

"Seeing me through my memories": A grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in long-term care er skrevet av Adeline Cooney, Andrew Hunter, Kathy Murphy, Dymrna Casey, Declan Devane, Siobhan Smyth, Laura Dempsey, Edel Murphy, Fionnuala Jordan og Eamon O'shea. Studien ble publisert i 2014 i tidsskriftet *Journal of Clinical Nursing*. Dette er en grounded theory hvor det ble utført dybdeintervjuer med 38 deltakere, derav 11 pasienter med demenssykdom, 5 pårørende, 10 helsefagarbeidere, 9 sykepleiere og 3 avdelingssykepleiere, fordelt på 4 sykehjem i Irland (Cooney et al., 2014, s. 3566). Alle intervjuene ble utført av den samme forskeren, hvor det ble anvendt en emneguide samtidig som det var rom for at intervjuobjektene kunne fortelle sine historier (Cooney et al., 2014, s. 3567). Datainnsamlingen ble brukt til å undersøke betydningen av reminisens for den demensrammede pasienten på sykehjem, og deres relasjon til pårørende og pleiepersonell. I forskningsartikkelen kom det fram at reminisensarbeidet var et relasjonsskapende tiltak som gjorde pleiepersonellet i stand til å bli kjent med pasienten bak demensdiagnosen. Dette medførte bedre samhandling mellom partene, og det gjorde det enklere for pleiepersonell å forstå og imøtekomme pasientens atferd. Studien konkluderte med at reminisensarbeid var et viktig verktøy i samhandling med pasienter med demenssykdom, men at dette er var tiltak som var tidkrevende for pleiepersonell (Cooney et al., 2014, s. 3569-3571).

3.3 Artikkel 3

The value of personalized psychosocial interventions to adress behavioral and psychological symptoms in people with dementia living in care home settings: A systematic review er skrevet av Ingelin Testad, Ann Corbett, Dag Aarsland, Kristin Osland Lexow, Jane Fossey, Bob Woods og Clive Ballard. Artikkelen ble publisert i 2014 i tidsskriftet *International Psychogeriatrics*. Dette er en systematisk oversiktsartikkel hvor artikkelforfatterne ønsket å ha fokus på individualiserte psykososiale intervensjoner hos pasienter med demenssykdom på sykehjem (Testad et al., 2014, s. 1084). Det ble stilt krav til at artiklene skulle være publisert mellom 2000 og 2012 med engelsk språk og at de skulle være fagfellevurderte i

tillegg til at det var flere eksklusjonskriterier (Testad et al., 2014, s. 1084). I utgangspunktet ble det funnet 641 artikler hvorav 40 av disse møtte forfatterens kriterier, og ble brukt i denne oversiktsartikkelen (Testad et al., 2014, s. 1086). Artikkelen som ble inkludert i studien ble utført i 13 forskjellige land, og intervensjonene som ble undersøkt har blitt delt inn i 6 hovedkategorier (Testad et al., 2014, s. 1086). Studiene som ble inkludert i oversiktsartikkelen omhandlet demenssykdom, forekomsten av APSD, samt ulike miljøtiltak og hvilken effekt disse har hatt. Oversiktsartikkelen viser til at individualisert aktivitet, med eller uten interaksjon mellom pasient og pleier, hadde god effekt på pasienter som hadde en uttalt agitasjonsproblematikk. Artikkelen kommer også frem til at reminisensarbeid hadde en positiv effekt på pasientens humør. De resterende miljøtiltakene de ulike studiene har tatt for seg, konkluderer artikkelen med at må forskes videre på, for å kunne konkludere med hvilken effekt de har hatt (Testad et al., 2014, s. 1083).

3.4 Artikkel 4

Nonpharmalogical Interventions to Reduce Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review er skrevet av Alexandra Martini de Oliveira, Marcia Radanovic, Patrícia Cotting Homem de Mello, Patrícia Cardoso Buchain, Adriana Dias Barbosa Vizzotto, Diego L. Celestino, Florindo Stella, Catherine V. Piersol og Orestes V. Forlenza. Artikkelen ble publisert i 2015 i tidsskriftet *BioMed Research International*. Dette er en systematisk oversiktsartikkel, hvor hensikten var å identifisere og oppsummere de mest vesentlige ikke-medikamentelle intervensjonene for APSD. Det ble stilt krav til at artikkelen skulle være publisert mellom 2005 og 2015, at de skulle være engelsk-, spansk- eller portugisiskspråklige i tillegg til å ha passende studiedesign og møte eksklusjonskriterier som forfatterne hadde satt (de Oliveira et al., 2015, s. 2). Det ble inkludert 20 studier som omhandlet demenssykdom, APSD og miljøbehandling. I artikkelen kommer det fram at pasienter ofte ble satt på medikamentell behandling før miljøbehandling hadde blitt utprøvd. Det vises gjennom resultater fra flere av de inkluderte studiene at miljøbehandling har færre uønskede bivirkninger og en positiv effekt på APSD. Artikkelen konkluderer med at miljøbehandlingstiltak bør bli utprøvd før medikamentell behandling blir satt i gang (de Oliveira et al., 2015, s. 7).

4. Teori

I dette kapitlet presenteres relevant teori, som senere vil bli drøftet opp mot problemstillingen.

4.1 Presentasjon av sykepleierteoretikere

4.1.1 Kari Martinsen

Kari Martinsen er en norsk sykepleieteoretiker, som selv omtaler sine teorier som omsorgsfilosofier, der hun vektlegger grunnleggende verdier (Kristoffersen, 2014, s. 247). Hun har kritisert et individualistisk menneskesyn på bekostning av fellesskapet, og har rettet fokus og bygger på en verdiopfatning der relasjoner står sentralt (Kristoffersen, 2014, s. 248-249). Martinsen beskriver omsorg slik:

Omsorg er et ord vi kjenner fra vårt dagligliv. Det er forbundet med å hjelpe og ta hånd om. Omsorg har med nestekjærlighet å gjøre, å handle mot andre som vi vil at andre skal handle mot oss. Det er å bryte egosentrisiteten, å gå ut over seg selv. Det er følelsen av å stå andre nær. (Martinsen, 1989, s. 14).

Martinsen viser til tre aspekter ved omsorgsbegrepet. *Relasjonelt*, som omhandler forholdet mellom to mennesker og deres relasjon. I dette forholdet er den ene forpliktet til å yte hjelp, ut i fra situasjonen den andre befinner seg i, ved å vise engasjement og interesse (Kristoffersen, 2014, s. 254). Dette innebærer i følge Martinsen: "... å forsøke å fortolke den andres realitet, å gripe hva den andre erfarer, å forstå ut fra den andres horisont og møte den andre ut fra hvordan han selv ville ha handlet i situasjonen hvis han kunne" (sitert i Kristoffersen, 2014, s. 254). Videre forteller Martinsen om et *praktisk* aspekt, som omhandler den konkrete og praktiske handlingen, utført på bakgrunn av sykepleiers forståelse av hva som er til det beste for pasienten (Kristoffersen, 2014, s. 255-256). I forhold til dette aspektet henviser hun til den barmhjertige samaritan, som bidrar praktisk og gir hjelp betingelsesløst (Martinsen, 1989, s. 15-16). Det siste aspektet innenfor Martinsens omsorgsbegrep er den *moralske* siden ved sykepleien. Dette aspektet omhandler ansvar for den svake (Martinsen, 1989, s. 17) og å "*handle til den andres beste*" (Kristoffersen, 2014, s. 256).

4.1.2 Ida Jean Orlando

Ida Jean Orlando var en amerikansk sykepleieteoretiker som i sin interaksjonsteori la stor vekt på samhandlingen mellom sykepleier og pasient (Kristoffersen, 2014, s. 209). Orlandos interaksjonsteori består blant annet av begrepet ”sykepleieprosess” som hun beskriver som en reflekterende dialog med pasienten. Hun definerer sykepleieprosessen som interaksjonen mellom tre fundamentale elementer; pasientens atferd, sykepleierens reaksjon og sykepleiers handlinger til fordel for pasienten (Eide & Eide, 2016, s. 133). Videre mente Orlando at det var behov for en bevisstgjøring og refleksjon over sykepleierens kommunikasjon med pasienten. Formålet med sykepleieprosessen slik Orlando beskriver den, er å bli bedre kjent med pasientens situasjon, og dermed bedre kunne yte profesjonell hjelp. For å kunne oppnå dette er det sentralt at sykepleier er bevisst på egne følelser og reaksjoner i møtet med pasienten, da sykepleieren handler ut fra hvordan hun eller han opplever relasjonen. Denne klargjøringsprosessen beskriver Orlando i tre trinn:

1. Sykepleier deler sine reaksjoner, tanker eller følelser med pasienten, for å prøve ut hvor adekvat og presis sykepleierens oppfatning eller reaksjon er.
2. Pasientens reaksjoner vekker nye reaksjoner, som sykepleier utforsker ytterligere for å forstå pasientens situasjon bedre. Formålet med dette er at begge parter kan finne ut hva hver av dem tenker og hvorfor, slik at sykepleier kan få en bedre forståelse av pasientens behov.
3. Når pasientens behov er fastslått, kan sykepleier ta en beslutning om hvilke sykepleiefaglige tiltak som skal iverksettes.

Videre vil det være viktig at sykepleier undersøker hvordan pasienten reagerer på tiltakene som blir iverksatt (Eide & Eide, 2016, s. 133-134).

Ved å vektlegge forholdet mellom sykepleier og pasient slik som beskrevet i sykepleieprosessen, mente Orlando at man kunne sikre en bedre forståelse av pasientens situasjon, og dermed også et bedre fundament for sykepleiefaglig vurdering og valg av tiltak. Hun mente at sykepleie skulle handle om å kartlegge, legge til rette for den enkelte pasient og sørge for at vedkommendes behov for hjelp blir hørt og møtt (Eide & Eide, 2016, s. 130; Masters, 2012, s. 227).

4.2 Demenssykdom

Demens er en samlebetegnelse for en ervervet, irreversibel, progredierende og langvarig klinisk tilstand som oppstår i hjernen. Tilstanden kjennetegnes ved kronisk kognitiv svikt, svekket hukommelse, nedsatt tankeevne og sviktende evner til å utføre dagligdagse gjøremål, i forhold til personens tidligere kognitive funksjonsnivå (Engedal & Haugen, 2009, s. 17-18; Rokstad, 2008a, s. 28). Som tidligere nevnt har nærmere 77 000 mennesker demenssykdom i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 18) og forekomsten av sykdommen øker med stigende alder og ses hyppigst hos mennesker over 65 år (Berentsen, 2008, s. 47; Rokstad, 2008a, s. 38). Symptomene og sykdomsutviklingen ved demenssykdom er individuelle og det vil være store forskjeller fra person til person ut i fra hvilken type demenssykdom de blir rammet av og hvor i sykdomsforløpet de befinner seg (Berentsen, 2008, s. 45; Rokstad, 2008a, s. 28).

4.2.1 Årsak

Det finnes ulike typer demenssykdom, som kan inndeles etter årsaksforhold til sykdommen; degenerativ, vaskulær og sekundær demenssykdom (Rokstad, 2008a, s. 29-30). Ved degenerativ demenssykdom vil hjerneceller gradvis skades og dø i et stort omfang, noe som fører til forandringer i deler av hjernen (Rokstad, 2008a, s. 30; Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 412). Vaskulær demens er en fellesbetegnelse på demenssykdom der årsaken er hjerneinfarkt eller hjerneblødning og dermed manglede blodtilførsel til og oksygenmangel i hjernecellene som gjør at de dør (Rokstad, 2008a, s. 35; Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 414). Sekundær demens kan komme som følge av andre sykdommer eller tilstander (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 414).

4.2.2 Symptomer og sykdomsutvikling

Symptomer ved demenssykdom kan deles inn i kognitive, motoriske og atferdsmessige symptomer, og vil utvikles over tid (Berentsen, 2008, s. 45; Rokstad, 2008a, s. 40). Ved svikt i de kognitive funksjonene vil pasienten kunne oppleve redusert oppmerksomhet, problemer i forhold til læring og hukommelse, språklige vanskeligheter, manglede forståelse og apraksi (Rokstad, 2008a, s. 40-43). De motoriske symptomene forekommer ofte senere i sykdomsforløpet og innebærer blant annet svikt i koordinasjon av bevegelser, balansesvikt og inkontinens (Rokstad, 2008a, s. 44). I takt med den progredierende sykdommen vil også

pasientens atferd endre seg (Engedal, 2008, s. 225). Dette kommer til syne gjennom atferdsmessige symptomer, ved blant annet passivitet, angst, utagering og mistenksomhet (Engedal & Haugen, 2009, s. 44-45).

Sykdomsutviklingen deles inn i tre hovedfaser; mild, moderat og alvorlig grad. Ved mild grad vil pasienten oppleve svekkelser som innvirker på vedkommendes evne til å ta vare på seg selv i dagliglivet. Ved moderat grad av demens vil det bli vanskelig for pasienten å klare seg uten hjelp fra andre, og vedkommende vil ha behov for veiledning og hjelp. Ved alvorlig grad av demens vil pasienten trenge kontinuerlig tilsyn og pleie, da vedkommende er preget av handlingssvikt og hjelpeløshet (Engedal & Haugen, 2009, s. 18; Rokstad, 2008a, s. 39).

4.2.3 Utfordrende atferd

Atferdsmessige og følelsesmessige endringer er en del av symptombildet ved demenssykdom (Rokstad, 2008c, s. 181). Symptomene blir omtalt som atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens, hvor begrepet ”utfordrende atferd” blir brukt som en fellesbetegnelse for disse symptomene som kommer til syne hos pasienten (Engedal & Haugen, 2009, s. 312). Atferden pasienten ytrer kan forstås som en form for kommunikasjon da vedkommendes mulighet for verbal kommunikasjon kan være svekket (Rokstad, 2008c, s. 183).

Utfordrende atferd er vanlig ved alle demenssykdommer og forekommer i varierende grad i alle faser av sykdomsforløpet (Engedal & Haugen, 2009, s. 312; Rokstad, 2008c, s. 182). En norsk studie viste at nærmere to tredjedeler av deltakerne i studien hadde atferdsmessige og psykiske symptomer, hvor symptomene økte med økende alvorlighetsgrad av sykdommen (Selbæk et al., 2007, s. 846; Rokstad, 2008c, s. 182).

De atferdsmessige og psykiske symptomene kan vises som blant annet vrangforestillinger, hallusinasjoner, depresjon, angst, ustabil humør, fysisk aggresjon, irritabilitet og vandring (Rokstad, 2008c, s. 181-182).

4.3 Psykofarmaka

Psykofarmaka kan defineres som legemidler som påvirker psykiske funksjoner, og kan deles inn i hovedgruppene antipsykotiske, antidepressive og beroligende legemidler. Disse

legemidlene blir hyppig brukt i behandlingen av utfordrende atferd hos demensrammede pasienter (Engedal & Haugen, 2009, s. 275; Nylenna, 2012, s. 384).

Ulike legemidler i gruppen psykofarmaka har ulik virkning og bivirkning, men har i hovedsak effekt på pasientens grunnstemning, gir en beroligende effekt og effekt mot vrangforestillinger og hallusinasjoner (Engedal & Haugen, 2009, s. 278, s. 283, s. 288). I tillegg brukes psykofarmaka i behandling mot depresjon og angst (Engedal & Haugen, 2009, s. 288). Det er mange kjente bivirkninger av psykofarmaka, blant annet tretthet, munntørrehet, svimmelhet, endret bevissthet og økende forvirring, samt nedsatt motorisk aktivitet og passivitet (Engedal & Haugen, 2009, s. 280, s. 285).

Ingen av disse legemidlene kan behandle demenssykdom, men kan bidra til å bedre psykiske og atferdsmessige symptomer hos pasienten. Målet med behandlingen med psykofarmaka bør være å redusere symptomer som pasienten lider av, uten at pasienten opplever uønskede bivirkninger i form av generelt funksjonstap eller økt søvnbehov (Engedal & Haugen, 2009, s. 288-289).

4.4 Miljøbehandling og kommunikasjon

Miljøbehandling kan defineres som en behandling med hovedvekt på de terapeutiske prosessene som kan mobiliseres og iverksettes i det miljøet pasienten befinner seg i (Rokstad, 2008b, s. 153). Miljøtiltak omfatter et stort spekter av ulike tiltak, fra små fysiske aktiviteter til større endringer i miljøet rundt pasienten (Engedal & Haugen, 2009, s. 293). Miljøbehandlingen innebærer tilretteleggelse av pasientens omgivelser, hvor hverdagslige aktiviteter som blant annet måltider og egenpleie aktivt brukes for gi pasienten mulighet til å bruke sine egne ressurser og opprettholde selvstendighet så lenge som mulig (Rokstad, 2008b, s. 153).

Miljøbehandling inngår som et viktig element i demensomsorgen hvor omgivelsene tilrettelegges slik at vedkommende kan fungere optimalt til tross for svikten sykdommen medfører (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 427). Miljøbehandling for demensrammede bør tilrettelegges etter pasientens forutsetninger ved å ta utgangspunkt i vedkommendes bakgrunn og hvordan pasienten har det her og nå (Engedal & Haugen, 2009, s. 294; Rokstad, 2008b, s. 153). For demensrammede er minnene og hukommelsen de fremdeles har ofte knyttet til et liv og hendelser som ligger langt tilbake i tid. Psykososial aktivitet som

reminisensarbeid kan derfor være et godt miljøbehandlingstiltak for den demensrammede (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 429). For å tilrettelegge for miljøbehandlingstiltak kan det derfor være en innfallsport å bli kjent med vedkommende og knytte tiltakene opp mot dette (Engedal & Haugen, 2009, s. 295).

På lik linje med andre typer behandling vil ikke miljøbehandlingen reversere sykdomsutviklingen hos den demensrammede. Målet med miljøbehandling vil være å redusere negative følger av sykdommen som ulike atferdsmessige og psykiske symptomer, bidra til å opprettholde vedkommendes funksjonsevner, og øke vedkommendes trivsel, livskvalitet og –glede (Engedal & Haugen, 2009, s. 293; Rokstad, 2008b, s. 153).

4.4.1 Kommunikasjon

Ordet kommunikasjon kommer fra latin, *communicare*, og defineres som å utveksle meningsfulle tegn mellom minimum to parter, og handler om å forstå og bli forstått (Eide & Eide, 2016, s. 17; Wogn-Henriksen, 2008, s. 89).

Kommunikasjon består av et verbalt og non-verbalt språk, hvor verbal kommunikasjon utføres ved bruk av ord og non-verbal kommunikasjon gjør at uttrykksformer kommer til syne gjennom blant annet kroppsspråk og tonefall (Berentsen, 2008, s. 139).

God kommunikasjon gjenspeiles av åpen og tillitsfull dialog, der begge parter opplever en gjensidig forståelse, som kan skape tillit, nærhet og trygghet. Dårlig kommunikasjon preges derimot av uklarhet og lukkethet, hvor resultatet kan være misforståelser og utrygghet (Wogn-Henriksen, 2008, s. 90).

4.4.2 Kommunikasjon ved demenssykdom

Demenssykdom vil kunne medføre både kognitiv og språklig svikt for den rammede pasienten, og vil kunne være en utfordring i forhold til kommunikasjon, og skape utrygghet for vedkommende. Deres evne til å forstå og gjøre seg forstått kan også være påvirket av sykdommen (Wogn-Henriksen, 2008, s. 93).

I følge Nordberg (referert i Eide & Eide, 2016, s. 382), innebærer svekket kognisjon en svikt i persepsjon, oppmerksomhet, forståelse, korttids- og langtidshukommelse, og deres evne til verbal og non-verbal kommunikasjon. Eide & Eide (2016, s. 198-199) og Wogn-Henriksen (2008, s. 91) skriver at ved fremskredne stadier av demens vil det non-verbale aspektet ved

kommunikasjonen få økt betydning. Demenssykdommen svekker deres kognitive forståelse og menneskene rammet av denne sykdommen vil derfor kunne ha et større gjennomslag på den non-verbale delen av språket (Wogn-Henriksen, 2008, s. 91).

I forhold til kommunikasjon med demensrammede pasienter er det tre kommunikasjonsverktøy som blir hyppig brukt; reminisens, validering og realitetsorientering (Wogn-Henriksen, 2008, s. 103).

Validering

Validering er også kjent som bekreftende kommunikasjon (Eide & Eide, 2016, s. 382). Dette kommunikasjonsverktøyet belager seg på at sykepleier skal bekrefte og anerkjenne pasientens meninger og uttalelser (Wogn-Henriksen, 2008, s. 105).

Reminisens

Reminisens er minnearbeid, og innebærer samtaler rundt pasientens liv og historie, ofte brukt i kombinasjon med enkelte gjenstander som eksempelvis musikk og bilder (Eide & Eide, 2016, s. 383). Minnene vil også kunne bidra til at pasienten vil kunne holde fast til sin følelse av verdi og verdighet (Eide & Eide, 2016, s. 293).

Realitetsorientering

Realitetsorientering bygger på informasjon som er reell og sann, i forhold til eksempelvis tid og sted. Enkelte pasienter kan ha en positiv effekt av å bli korrigeret av sykepleier, men det er allikevel viktig å være varsom ved bruk av denne metoden da det kan gjøre pasienten usikker og utrygg (Wogn-Henriksen, 2008, s. 105).

4.5 Sykepleiers rolle

Sykepleiers rolle har blitt beskrevet på flere ulike måter, men felles for disse er at fokuset ligger på møtet med det enkelte mennesket – pasienten og vedkommendes helsetilstand. I møtet med pasienten vil mål som opprettholdelsen av pasientens funksjonsnivå, livskvalitet og mestring stå sentralt. For å imøtekomme disse målene vil det være viktig at sykepleier evner å sette seg inn i pasientens situasjon i tillegg til å ha fagkunnskap. Utgangspunktet for sykepleiervirksomheten er pasientens grunnleggende behov samt vedkommendes

opplevelser av og reaksjoner på sin helsetilstand (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2014, s. 16).

Ved å utdanne seg som sykepleier, påtar man seg et grunnleggende samfunnsmessig ansvar, hvor det også medfølger moralske verdier og idealer. Verdier som nestekjærlig og barmhjertighet står sentralt for yrkesutøvelsen, noe som også står nedfelt i ICNs etiske regler for sykepleiere (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2014, s. 16-17); ”Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert” (Norsk sykepleieforbund [NSF], 2011, s. 7). Yrkesutøvelsen skal være basert på anerkjent fagkunnskap, samtidig som sykepleieren evner å bruke sine sanser bevisst og oppmerksomt i møte med den enkelte pasienten. Dette innebærer å inneha kunnskap om hvilke tiltak som må igangsettes knyttet til de observasjoner sykepleieren gjør for å ivareta pasientens grunnleggende behov (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2014, s. 17).

Følgende grunnleggende funksjonsområder kan identifiseres som sykepleierens funksjons- og ansvarsområde:

1. Helsefremming og forebygging
2. Behandling
3. Lindring
4. Rehabilitering og habilitering
5. Undervisning og veiledning
6. Organisering, administrasjon og ledelse
7. Fagutvikling, kvalitetssikring og forskning

De første fem punktene representerer funksjoner tilknyttet pasienter og pårørende. Punkt 5 er også rettet mot kolleger, studenter og elever, mens punkt 6 og 7 er rettet mot administrasjon og ledelse av sykepleiepersonalet og til utvikling av sykepleiefaget (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2014, s. 17).

4.5.1 Sykepleiers rolle i møtet med pasienter med demenssykdom

I følge Smebye (2008, s. 22) vil måten demenssykdom kommer til uttrykk på være avhengig av både patologiske sykdomsprosesser i hjernen og måten den enkelte blir møtt på av sine omgivelser. Pasientens oppfatning av sykepleieren er avgjørende for hvordan møtet blir (Smebye, 2008, s. 22). Punkt 2.3 i de yrkesetiske retningslinjene sier at sykepleieren skal

ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (NSF, 2011, s. 8). I møtet med pasienter med demens innebærer dette at sykepleieren forholder seg til mer enn bare den kognitive svikten hos pasienten. Pasientens evne til å kommunisere i form av verbale og non-verbale signaler samt atferd må tolkes og forsøkes forstått for å kunne avdekke vedkommendes behov for sykepleie (Smebye, 2008, s. 22). Samtidig er det viktig at sykepleier har kjennskap til pasientens egne ønsker og behov for å kunne gi hjelp og omsorg på pasientens premisser (Smebye, 2008, s. 17). Å ha god kjennskap til pasienten er også et godt hjelpemiddel for å kunne styrke relasjonen mellom sykepleier og pasient, samtidig som det kan være til god støtte for å bevare pasientens identitet og for å tilrettelegge for en stimulerende og meningsfull hverdag (Smebye, 2008, s. 17).

4.6 Personsentrert omsorg

Demensrammede pasienter vil ha en ulik og individuell opplevelse av hvordan sykdommen påvirker dem. Det er derfor viktig at sykepleien til den enkelte pasient blir individuelt tilrettelagt slik at vedkommendes behov i størst mulig grad blir møtt (Brooker, 2013, s. 12). Det er ingen klar definisjon på ”personsentert omsorg”, men hovedtanken bak begrepet omhandler individuelt tilpasset omsorg, et verdigrunnlag og respekt for den demensrammede pasienten (Brooker, 2013, s. 8-9). Begrepet personsentert omsorg beskriver fire hovedpunkter;

Det første hovedpunktet i personsentert omsorg omhandler å verdsette mennesker (Brooker, 2013, s. 20). Det står også for verdigrunnlaget som anerkjenner menneskets verdi, til tross for alder eller kognitiv funksjon (Brooker, 2013, s. 9).

Videre handler personsentert omsorg om viktigheten ved å behandle mennesker som enkeltindivider med fokus på en individuell tilnærming som vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske (Brooker, 2013, s. 9, s. 34). Individuell omsorg krever blant annet en individuell plan, kunnskap om vedkommendes livshistorie og aktivitet (Brooker, 2013, s. 34-35).

Det tredje punktet omhandler å forstå perspektivet til pasienten, inkludert deres syn, forståelse og perspektiv på verden. I forbindelse med dette er kommunikasjon og empati viktige nøkkelord (Brooker, 2013, s. 48).

Det siste punktet under personsentrert omsorg omhandler det sosiale miljøet. Dette elementet tar for seg viktigheten av etableringen av et støttende sosialt miljø som dekker personens psykologiske behov (Brooker, 2013, s. 62).

5. Hvordan kan sykepleiere håndtere utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom ved hjelp av miljøbehandling?

Som tidligere nevnt er det nærmere 77 000 mennesker med demenssykdom i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 18). Selbæk et al. (2007, s. 843) kartla i sin studie at 72% av pasientene hadde atferdsmessige og psykiske symptomer knyttet til demenssykdom. Det ble også funnet at 75% av pasientene hadde fått forskrevet psykofarmaka (Selbæk et al., 2007, s. 843). Med tanke på at befolkningen i Norge stadig er i vekst og antall eldre mennesker vil øke, vil også tallene på forekomst av demens samt atferdsmessige og psykiske symptomer knyttet til demens sannsynligvis øke (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 18-19). I tillegg er det grunn til å tro at forbruket av psykofarmaka også vil øke i takt med dette, om det ikke blir igangsatt tiltak som er rettet mot miljøbehandling. Med andre ord vil vår problemstilling også ha en samfunnsaktuell og sykepleiefaglig relevans både nå og i framtiden.

5.1 Hvordan forstå pasientens atferd?

Etter hvert som demenssykdommen progredierer vil de kognitive og språklige evnene til pasienten påvirke vedkommendes atferd og evne til å kommunisere (Sosial- og helsedirektoratet, 2007, s. 71). I følge Sosial- og helsedirektoratet (2007, s. 71) er tiltak for å håndtere eller redusere utfordrende atferd hos denne pasientgruppen avhengig av at helsepersonell har kunnskaper om årsaken til at slik atferd forekommer. Også kunnskaper om hvordan demenssykdom kan påvirke impuls kontroll, kommunikasjons- og orienteringsevne, samt hva som kan gjøres for å kompensere for dette er sentralt i møtet med disse pasientene (Sosial- og helsedirektoratet, 2007, s. 71).

Forekomsten av atferdsmessige og psykiske symptomer er i følge Selbæk et al. (2007, s. 843) så høy som 72% hos demensrammede pasienter i norske sykehjem. Testad, Aasland & Aasland (2007, s. 919) viser i sin studie til at de har funnet resultater som tyder på at 75,4% av beboerne med demenssykdom hadde agitert atferd minimum en gang i uken. Vi kan dermed se en sammenheng hvor det henholdsvis er funnet at mellom 72%-75,4% av beboerne med demens hadde en form for utfordrende atferd. Ut over dette har vi funnet få studier som underbygger forekomsten av APSD i Norge, og det vil derfor være vanskelig å

fastslå et eksakt tall. De to overnevnte studiene har tatt utgangspunkt i pasienter med en demensdiagnose, men har valgt å ikke skille mellom de ulike diagnosene da de har hatt fokus på APSD i forhold til grad av demenssykdom (Testad et al., 2007, s. 920; Selbæk et al., 2007, s. 843).

I møtet med pasienter med utfordrende atferd vil det være viktig at sykepleier har forståelse for og kunnskaper om hva pasientens atferd signaliserer. "Å forstå den andre betyr å være villig til å lete etter mening bak pasientens atferd eller ytringer" (sitert i Munch, 2008, s. 315). Rokstad (2008c, s. 182-183) mener det er avgjørende at helsepersonell tar utgangspunkt i pasientens opplevelsesverden og har en bred og åpen innfallsvinkel. Som et resultat av at demenssykdommen progredierer vil pasientens atferd og måte å kommunisere på forandre seg, og utfordrende atferd blir snarere regelen enn unntaket. En bør derfor se på atferden som en form for kommunikasjon, et forsøk fra pasientens side å meddele seg til omgivelsene. I tilfeller hvor pasienten ikke kan gi tydelig uttrykk for sine behov, eksempelvis ved demenssykdom, mente Orlando (1995, s. 41-42) at sykepleier måtte observere atferden pasienten ytret og videre undersøke atferden for å få en forståelse av pasientens umøtte behov. Pasientens atferd kan skyldes udekkede behov, eller den kan være en reaksjon på omgivelsenes urimelige reaksjoner eller krav (Rokstad, 2008c, s. 182-183).

Ulike kartleggingsverktøy kan også være gode hjelpemidler for å forstå pasientens atferd. I følge Rokstad (2008c, s. 186-187) er kvantifiserbare data om pasientens atferd en forutsetning for analyse, forståelse og evaluering. Eksempler på slike kartleggingsverktøy kan være nevropsykiatrisk evalueringsguide (NPI) og døgnregistreringsskjema for atferd, noe vi har anvendt i praktiske studier. Ved bruk av disse kartlegges blant annet type atferd, varighet av atferden, tidspunkt på døgnet den forekommer og i hvilke situasjoner den forekommer. Dette er observasjoner vi har erfart kan være gode hjelpemidler for å forstå hva pasienten signaliserer gjennom atferden. Vi ble tidligere kjent med en eldre dame med demenssykdom og kjent APSD. Under innleggelsen ble det utført døgnregistrering, hvor en tydelig kunne se at hun opplevde motorisk uro, verbal aggressivitet og agitasjon, spesielt om morgenen. Grunnet døgnregistreringen ble helsepersonellet oppmerksom på dette, og ved å komme tidlig inn til henne om morgenen så man forskjell på hennes atferd, både i form av varighet og intensitet. Det ble konkludert med at hennes atferd om morgenen kunne skyldes at hun lå våken alene en stund før helsepersonellet kom for å hjelpe henne i stell, på det hun opplevde som et ukjent sted, hvor en følelse av utrygghet sannsynligvis bidro til at hun ytret et sterkt ønske om å dra hjem.

I følge Thorvik, Helleberg & Hauge (2014, s. 240), syntes det å være vesentlig å ha kjennskap til pasientens væremåte og vaner i tillegg til kunnskap om demenssykdom for å lykkes i å hjelpe pasienten. Ved å ha god kjennskap til pasienten, vil det være enklere å tilrettelegge sykepleieutøvelsen til den enkelte og i større grad kunne møte pasientens ønsker og behov. Dette bekrefter også Testad et al. (2007, s. 920), som i sin studie så en mulig sammenheng mellom individuelt tilrettelagt sykepleie og redusert frekvens av aggressiv atferd hos pasientene. Videre poengteres det at manglende forståelse for og manglende evne til å håndtere utfordrende atferd blant annet kan medføre unødvendig bruk av psykofarmaka (Testad et al., 2007, s. 917).

Selbæk et al. (2007, s. 843) har også sett på bruk av psykofarmaka hos pasienter med demenssykdom innlagt i sykehjem. Resultatene fra studien tydet på at 75% av pasientene med demenssykdom hadde fått foreskrevet ulike typer psykofarmaka (Selbæk et al., 2007, s. 843). Studien viste også til at bruken av psykofarmaka økte med grad av demenssykdom (Selbæk et al., 2007, s. 846). Mange av medikamentene som blir foreskrevet til demensrammede pasienter har som virkning å gi en beroligende effekt og påvirker vedkommendes grunnstemning (Engedal & Haugen, 2009, s. 283, s. 288). Det virker til at medikamentelle tiltak kan sees på som en lettvinnt løsning for noen da dette er mindre tidkrevende enn for eksempel miljøtiltak, noe flere av våre medstudenter også har påpekt når vi har diskutert dette temaet. Vi har erfaring med dette fra praktiske studier der det tidvis har blitt gitt ulike psykofarmaka som en løsning på pasientens atferd, før andre intervensjoner er utprøvd. Med bakgrunn i egne erfaringer er det ikke overraskende å lese at forekomsten av bruk av psykofarmaka er nærmere 75% hos demensrammede pasienter, ettersom at vi har hatt flere pasienter i praksis som både har stått på psykofarmaka fast og ved behov. Vi mener at dette tallet er høyt til tross for at bruk av psykofarmaka kan være nødvendig i noen tilfeller. Vi har erfart situasjoner hvor pasienter har vært verbalt aggressiv og agitert, hvor sykepleier har vært tidlig ute med å gi beroligende medikamenter i stedet for andre tiltak, eksempelvis i form av kommunikasjon for å vise forståelse for pasientens situasjon. Samtidig kan være vanskelig å stå i situasjoner hvor pasienten ”utagerer” og vite hvordan en bør håndtere det der og da. Kjelberg (2002, s. 34) skriver dette om det han kaller for ”vanskelig atferd”:

Vanskelig atferd er ikke noe som kommer av seg selv. Atferd har alltid en årsak. Skal vi kunne forebygge, dempe eller fjerne en atferd, må tiltakene rettes inn mot de underliggende årsakene og ikke mot atferden i seg selv.... Hvis vi setter inn tiltak mot

atferden og ikke mot årsakene, vil ofte tiltakene føre til mangelfulle resultater og i mange tilfeller til direkte feilbehandling. (Kjelberg, 2002, s. 34).

Bruk av psykofarmaka alene vil sannsynligvis ikke ha effekt på utfordrende atferd i det lengere løp, ettersom det ikke virker inn på årsakene som påvirker pasientens atferd slik Kjelberg skriver om (2002, s. 34). Som nevnt i teorikapittelet, er dette en legemiddelgruppe som kan medføre en rekke uønskede og ubehagelige bivirkninger for pasienten. Med dette sagt, kan psykofarmaka i noen tilfeller være nødvendig å anvende i enkelte pasienttilfeller i tillegg til andre typer intervensjoner. Dette bekrefter også Lingjærde & Aarre (2015, s. 534-535), som skriver at i tilfeller hvor miljøtiltak ikke er tilstrekkelig for å dempe atferdssymptomer, kan legemidler rettet mot det spesifikke symptomet anvendes. Allikevel beskrives det i studien til de Oliveira et al. (2015, s. 7) at ikke-medikamentelle intervensjoner bør utprøves først. Reminisens er et eksempel på et slikt miljøtiltak hvor vi har erfart at individuelt tilrettelagt minnearbeid kan bidra til økt forståelse mellom pasient og sykepleier samt bedre grunnstemning og humør, noe også Cooney et al. (2014, s. 3569) beskriver i sin studie. På lik linje med psykofarmaka, vil ikke miljøbehandling reversere sykdomsutviklingen, men vil kunne redusere negative følger av demenssykdommen som eksempelvis APSD, og bidra til å øke pasientens trivsel, livskvalitet og –glede (Engedal & Haugen, 2009, s. 293; Rokstad, 2008b, s. 153). Dette belyser viktigheten av å ha de nødvendige kunnskapene både om demenssykdom, utfordrende atferd og psykofarmaka, samt kjennskap til pasienten. Dette bekrefter også Selbæk et al. (2007, s. 848) i sin studie, hvor han poengterer at det er nødvendig å forbedre ferdighetene hos helsepersonell knyttet til bruk av miljøbehandling for å kunne håndtere og redusere APSD.

Litteraturen vi har drøftet i avsnittet over kan bidra til å tydeliggjøre viktigheten av å se sammenhengen mellom bruk av psykofarmaka og utfordrende atferd hos demensrammede pasienter i sykehjem. Som sykepleier på sykehjem er det sentralt å vite hva pasienten signaliserer og kommuniserer gjennom atferden, slik at vedkommende blir forstått og møtt med respekt og verdighet. Kjennskap til pasienten og kunnskap om sykdommen være gode hjelpemidler for å kunne etablere en god relasjon mellom sykepleier og pasient.

5.2 Relasjonen mellom sykepleier og pasient

Å ha kontakt handler om å bekrefte hverandre, og etter at kontakt er etablert kan det skapes en relasjon mellom sykepleier og pasient (Berentsen, 2008, s. 140). Relasjon kommer fra

latinsk, *relatio*, som i utgangspunktet definerer at noe står i forhold til hverandre. I møtet med andre mennesker vil dette bety at man har et forhold eller en forbindelse til hverandre (Eide & Eide, 2016, s. 17). Røkenes & Hanssen (sitert i Munch, 2008, s. 315) skriver dette om relasjonen mellom sykepleier og pasient:

Fagpersonen må kunne gå inn i en relasjon, legge til rette for god kommunikasjon og forholde seg slik at det som skjer, er til det beste for den andre. Dette forutsetter at du møter den andre som et subjekt – et selvstendig handlende individ – og viser respekt for den andres integritet og rett til selvbestemmelse (sitert i Munch, 2008, s. 315).

Kontakt og kommunikasjon er avgjørende i all menneskelig samhandling (Ingebretsen, 2005, s. 68). Det er derfor viktig at sykepleier innehar kunnskap om demenssykdommen og hva dette innebærer. Sykepleier bør også ha en individuell tilnærming til den enkelte pasient, og kjenne til og understøtte den enkeltes livshistorie og nåværende situasjon samt forsøke å sette seg inn i pasientens verden og se ting fra pasientens perspektiv. Dette vil kunne bidra til økt forståelse for den demensrammede og atferden de ytrer, noe som kan danne grunnlaget for en relasjon og som er en viktig del av personsentrert omsorg (Sejerøe-Szatkowski, 2004, s. 37, s. 40; Brooker, 2013, s. 34-35). En god relasjon står også sentralt for at miljøtiltak skal ha effekt, samtidig som miljøtiltak i seg selv kan ha en positiv innvirkning på relasjonen mellom sykepleier og pasient. I studien til Cooney (2014, s. 3569) bidro reminisensarbeid til økt samhandling mellom sykepleier og pasient, hvor pasienten ble mer delaktig, noe som resulterte i en sterkere relasjon dem i mellom.

Artikkelen til Thorvik et al. (2014, s. 240) viser til viktigheten ved å ha kunnskap og kjennskap til pasienten og vedkommendes sykdom for å kunne utøve god omsorg til vedkommende. Denne kunnskapen vil være essensiell da pasientens kommunikasjon ofte vil være preget av vedkommendes livshistorie. Å ha kjennskap til pasienten vil også kunne bidra til økt trygghet for pasienten (Sejerøe-Szatkowski, 2004, s. 37, s. 40). Pasientens evne til å kommunisere både i form av verbal og non-verbal kommunikasjon, samt atferd må tolkes av sykepleier der kunnskap om sykdom og pasientens historie må tas i betraktning. Deretter må dette forsøkes forstått av sykepleier for å kunne få en forståelse for hvorfor vedkommende agerer som han eller hun gjør, og avdekke vedkommendes behov for sykepleie (Smebye, 2008, s. 22). Vi har erfart at tilstrekkelig bakgrunnskunnskap om både sykdommen og vedkommendes historie kan bidra til å skape kontakt med pasienten. På denne måten har vi hatt en innfallspurt i dialog eller samhandling med vedkommende i form

av vedkommendes livshistorie. I praktiske studier har vi opplevd at pasienter blir mer deltakende i samtalen når det har handlet om noe de var kjent med og som hadde betydning for dem, og deres respons var ofte preget av mestring og glede slik vi tolket det.

Evnen til å forstå andre menneskers situasjoner og erfaringer er ofte avgjørende for om pasienten opplever ivaretagelse av sykepleieren. Å stå i en relasjon til et annet menneske innebærer at en selv også påvirkes av den andres situasjon, og har betydning for hvordan vi forstår den andres situasjon (Kristoffersen & Nortvedt, 2014, s. 84). Altruisme innebærer at man handler uegennyttig, der hensikten er å øke en annen persons velbefinnende eller minske vedkommendes ubehag og gjøre noe godt mot en annen for vedkommendes skyld (Kristoffersen & Nortvedt, 2014, s. 89). Denne verdien har sitt grunnlag i barmhjertighet og nestekjærlighet (Kristoffersen & Nortvedt, 2014, s. 89) og kan knyttes opp mot Martinsens omsorgsfilosofi som legger stor vekt på omsorgen for den svake og sykepleiers nestekjærlighet (Martinsen, 1989, s. 17). Martinsen vektlegger i sitt relasjonelle aspekt relasjonen mellom sykepleier og pasient. Hun påpeker at sykepleier i dette forholdet er forpliktet til å yte hjelp, ut i fra situasjonen den andre befinner seg i (Kristoffersen, 2014, s. 254). Videre innebærer dette at sykepleier skal forsøke gjøre seg kjent med pasientens opplevelse av situasjonen, fortolke den andres realitet, gripe hva den andre erfarer og forstå ut fra den andres horisont (Kristoffersen, 2014, s. 254). I følge Martinsen (1989, s. 15-16), var hensikten med dette å bruke sykepleiers forståelse av pasientens erfaringer som utgangspunkt for å iverksette tiltak for å hjelpe pasienten, noe som innebærer det praktiske aspektet av hennes teori (Kristoffersen, 2014, s. 255-256).

I likhet med Martinsen, mente også Orlando at kjennskap til pasienten er en viktig forutsetning for å skape en relasjon og at sykepleieprosessen kunne bidra til å skape et forhold mellom sykepleier og pasient (Eide & Eide, 2016, s. 130). Hennes definisjon av sykepleieprosessen kan anvendes som et hjelpemiddel for å bli bedre kjent med pasienten og vedkommendes behov. Å møte pasienter med utfordrende atferd vil vekke en form for reaksjon hos sykepleieren. Ved og videre utforske de reaksjonene som oppstår i en dialog med pasienten, er tanken at man kan fastslå pasientens behov, for deretter å iverksette sykepleiefaglige tiltak for å møte disse behovene (Eide & Eide, 2016, s. 133). Ved å ha en reflekterende samtale med pasienten og sammen avgjøre hvilke behov pasienten har, vil man i større grad kunne tilrettelegge sykepleien individuelt slik at også pasientens ønsker blir tatt til betraktning (Eide & Eide, 2016, s. 133-134). Orlando vektla også behovet for bevisstgjøring og refleksjon over sykepleiers kommunikasjon (Eide & Eide, 2016, s. 133).

Dette er sentralt i møtet med pasienter med demenssykdom og utfordrende atferd, da tilrettelagt kommunikasjon vil være viktig med tanke på utfordringene demenssykdommen medfører i henhold til pasientens evne til å kommunisere (Eide & Eide, 2016, s. 133).

Martinsen og Orlando har fokus på en god relasjon mellom sykepleier og pasient for å kunne yte hjelp og omsorg på best mulig måte. Orlando presiserer at forståelsen i stor grad bygger på kommunikasjon med vedkommende, mens Martinsen har et generelt fokus på å fortolke situasjonen etter beste evne, og presiserer ikke på hvilken måte dette best kan gjøres (Eide & Eide, 2016, s. 133-134; Kristoffersen, 2014, s. 254). Dette samstemmer godt med det Rokstad (2008c, s. 182-183) beskriver som et avgjørende utgangspunkt for å forstå utfordrende atferd hos pasienter med demens. I tillegg vil en bred innfallsvinkel være sentralt ettersom det ikke alltid er like innlysende hva atferden skyldes. Av erfaringer fra praksis mener vi at det krever tålmodighet og evnen til å håndtere følelser som oppstår i en selv med tanke på at atferden i noen tilfeller kan være rettet mot en selv. Vi har også erfart at ved å gjøre seg kjent med pasientens bakgrunn har det vært lettere å danne en relasjon til vedkommende. Med bedre kjennskap til pasienten, var det i noen tilfeller enklere å forstå hva atferden kunne skyldes, og dermed enklere å uttrykke forståelse for pasientens situasjon. I flere tilfeller virket reminisensarbeid trygghets- og tillitsskapende for pasienten slik vi tolket det. Ved å aktivt bruke reminisens som et verktøy for å dra frem positive minner hos pasienten, bidro dette til å enklere kunne håndtere pasienten atferd, ettersom pasienten ofte ga uttrykk for en følelse av at vi sto på samme side og hadde et felles mål. Med utgangspunkt i dette var det enklere å iverksette tiltak som tok hensyn til pasientens ønsker, samtidig som det fungerte som en ”avledning” fra de faktorene som var årsaken til atferden.

Til tross for at sykepleier skal behandle den demensrammede pasienten som et individ med fokus på verdighet, vil relasjonen mellom sykepleier og pasient være asymmetrisk, da sykepleier innehar kompetanse og kunnskap pasienten ikke har, men er avhengig av (Kristoffersen & Nortvedt, 2014, s. 104-105). Dette kan også ses i sammenheng med Martinsen som forteller at sykepleier er forpliktet til å yte hjelp da pasienten ikke har forutsetninger for å tilfredsstille egne behov (Kristoffersen, 2014, s. 254). Det er derfor viktig at sykepleier handler til det beste for pasienten, og tilrettelegger for at vedkommendes ønsker på best mulig måte blir opprettholdt for at relasjonen skal være gjensidig. Innen demensomsorgen kan dette lede til etiske dilemmaer, om sykepleier ikke har kunnskap om pasientens ønsker og behov (Kristoffersen & Nortvedt, 2014, s. 105).

Studien til Kirchhoff, Gjellebæk & Tangen (2014, s. 232) tar for seg viktigheten ved å skape en relasjon til beboerne i sykehjem. Den etablerte relasjonen mellom sykepleier og pasient, samt beboerne seg imellom, hadde stor betydning for pasientenes trivsel og tilfredshet på sykehjemmet (Kirchhoff et al., 2014, s. 232). Å skape en relasjon til den demensrammede pasienten kan være utfordrende og krevende, men dette varierer fra pasient til pasient, grad av demenssykdom og tidligere livshistorie. Vi mener derfor at å kjenne pasienten og vedkommendes livshistorie og sykdom kan være en inngangsport for å kunne skape en relasjon, noe Thorvik et al. (2014, s. 240) også konkluderte med i sin studie. Vi har opplevd at utfordrende atferd kan oppstå og være til hindring for etableringen av kontakt, men at kunnskap, kjennskap og tålmodighet er viktige nøkkelord for at sykepleier skal kunne identifisere pasientens behov for sykepleie og kunne etablere en relasjon til pasienten. Egne erfaringer tilsier at ved å ta seg god tid til pasientene kan sykepleier bidra til å gi pasienter glede, der de både åpner seg gjennom dialog og tilsynelatende virker mer glade og tilfredse i hverdagen. I forhold til utfordrende atferd har vi også erfart at å skape en relasjon er viktig da sykepleier på dette tidspunktet har gjort seg godt kjent med vedkommendes historie og sykdomsbilde. På denne måten gjennom relasjon og kommunikasjon klarer sykepleier å tilrettelegge for at det blir en positiv opplevelse i hverdagen, i stedet for en opplevelse der vedkommende ikke føler seg møtt eller forstått.

5.3 Reminisens som miljøbehandling

Vi oppfatter alle verden på hver vår måte, og demensrammede pasienter har alle en ulik og individuell opplevelse av hvordan sykdommen påvirker dem (Sejerøe-Szatkowski, 2004, s. 20; Brooker, 2013, s. 12). Kommunikasjon handler om ulike måter å påvirke hverandre på hvor hensikten er å forstå og bli forstått samt å skape kontakt (Berentsen, 2008, s. 140; Wogn-Henriksen, 2008, s. 89).

Ved demenssykdom vil pasientene i varierende grad oppleve kognitiv og språklig svikt og deres evne til å forstå og gjøre seg forstått vil også svekkes (Wogn-Henriksen, 2008, s. 93). Den demensrammede pasienten vil dermed stå i en sårbar situasjon når det gjelder forståelse (Ingebretsen, 2005, s. 28). En kombinasjon av pasientens svekkede kognisjon og manglede forståelse og kunnskap hos sykepleier kan derfor bidra til å skape utrygghet for pasienten (Wogn-Henriksen, 2008, s. 93). Behovet for å kommunisere ligger dypt i oss, og det er ingenting som tyder på at demensrammede pasienter har et mindre behov for å kommunisere

enn andre (Wogn-Henriksen, 2008, s. 93). Eide & Eide (2016, s. 198-199) og Wogn-Henriksen (2008, s. 91) beskriver at ved fremskredne stadier av demenssykdom vil det non-verbale aspektet ved kommunikasjon, som blant annet kroppsspråk få økt betydning. I situasjoner hvor verbal kommunikasjon har vist seg å ha en liten, ingen eller negativ effekt grunnet manglende forståelse, har vi erfart at tonefall og kroppsspråk har vært en bedre og mer effektiv måte å kommunisere på. Allikevel har vi opplevd at manglende kunnskap om kommunikasjon med demensrammede pasienter har ført til manglende forståelse mellom sykepleier og pasient, noe som videre har bidratt til at pasientens utfordrende atferd har eskalert, for eksempel i form av verbal eller fysisk aggresjon.

Både miljøet rundt oss og menneskene vi tilbringer tid sammen med har en innvirkning på hvordan vi har det (Berentsen, 2008, s. 119). Pasienter rammet av demenssykdom vil kunne reagere følelsesmessig på sykdommen og dermed føle seg mislykkede og verdiløse (Engedal & Haugen, 2009, s. 293). Det er derfor viktig å tilrettelegge for et miljø rundt pasienten som gjør at vedkommende føler seg forstått, møtt samt føler glede og mestring (Berentsen, 2008, s. 119). Miljøbehandling og individuelt tilrettelagt omsorg i demensomsorgen omfatter alt fra endringer i det sosiale miljøet til større endringer i miljøet rundt pasienten (Engedal & Haugen, 2009, s. 293). Det sosiale miljøet rundt pasienten vil bestå av andre beboere i avdelingen og helsepersonell, der sykepleier har mulighet til å tilrettelegge det sosiale miljøet for pasienten ved hjelp av kommunikasjon og samspill (Berentsen, 2008, s. 128). Hensikten med miljøtiltak for demensrammede pasienter omhandler å individuelt tilrettelegge for pasienten der tiltak blir satt i gang for å øke vedkommendes trivsel og livskvalitet (Engedal & Haugen, 2009, s. 294). Testad et al. (2014, s. 1095) viser i sin studie til at individuelt tilrettelagt miljøbehandling i form av psykososiale intervensjoner har en effekt på APSD. Dette underbygges også i studien til de Oliveira et al. (2015, s. 7), som forteller at alternative behandlingsmetoder til legemiddelbehandling viser en positiv effekt på atferdsmessige og psykiske symptomer hos pasienter med demenssykdom.

Sykepleiers rolle er beskrevet på flere måter, men et fellestrekk for disse er møtet med det enkelte mennesket, der livskvalitet og mestring står i sentrum (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2014, s. 16). Miljøbehandling bygger på prinsipper fra personsentrert omsorg, med individuell tilrettelegging for den demensrammede pasienten slik at vedkommendes behov blir møtt (Brooker, 2013, s. 12). I personsentrert omsorg legges det også vekt på et godt og tilrettelagt sosialt miljø, preget av respekt og inkludering av den demensrammede pasienten, noe sykepleier er ansvarlig for til hver enkelt pasient (Brooker, 2013, s. 62). Ved at

sykepleier behandler pasienten som et enkeltindivid vil det være en mulighet for at sykepleier lærer pasienten å kjenne og deretter kan danne en relasjon. Når en relasjon er etablert vil det være mulig for sykepleier å kartlegge vedkommendes behov og møte disse behovene med tilrettelagte miljøtiltak. Testad et al. (2007, s. 920) viser til tidligere studier og forklarer at et fokus på personsentrert omsorg i norske sykehjem vil kunne bidra til å redusere agitasjon hos demensrammede pasienter. Det er derfor sentralt at sykepleier muliggjør å se pasienten som et individ, til tross av sykdom og atferd, for at pasienten skal kunne føle seg verdsatt og respektert (Brooker, 2013, s. 9). Dette kan vi også gjenkjenne i Orlandos sykepleieprosess (Eide & Eide, 2016, s. 133-134).

Ettersom miljøbehandling bygger på personsentrert omsorg og dets prinsipper vil denne type behandling være tidkrevende, da sykepleier bør tilrettelegge individuelt for hver enkelt pasient, samt inneha kunnskap og kjennskap til pasienten og vedkommendes sykdom og behov. I tillegg til dette vil det være en fordel om sykepleier har en relasjon til den demensrammede pasienten som er grunnleggende for at miljøbehandling kan ha effekt. Vi har erfart at tidsmangel er en av utfordringene sykepleiere står i daglig, og det kan derfor være vanskelig å velge og bruke tid på miljøbehandling, så lenge det finnes andre alternativer. Kanskje det bør opparbeides holdningsendringer blant helsepersonell i norske sykehjem for å rette et større fokus på miljøbehandling og effekten denne type behandling vil kunne ha for beboerne?

Miljøbehandling kan være så mangt, deriblant psykososiale intervensjoner som samvær og kommunikasjon (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 429). Samtidig som demenssykdommen utvikler seg og utfordrende atferd vises i varierende grad, vil behovet for kontakt med andre mennesker fremdeles være der, og vil ikke påvirkes av sykdommen i lik grad som mange av pasientens evner og funksjoner (Engedal & Haugen, 2009, s. 303).

I forhold til miljøbehandling har sykepleier en nøkkelrolle ved å bygge en relasjon til pasienten og skape et miljø rundt vedkommende som bygger på støtte, involvering og verdsetting av den enkelte pasienten (Rokstad, 2008b, s. 153). Rokstad (2008b, s. 153) skriver at å skape trygghet i miljøet er en balansegang mellom å tilrettelegge for pasienten og skape restriksjoner for at utfordrende atferd ikke skal eskalere. Vi har erfart at et trygt miljø i form av kjente omgivelser kan bidra til at pasienten utagerer i mindre grad da omgivelsene kan virke trygghetsskapende. Videre skriver Rokstad (2008b, s. 154) at struktur og støtte er sentralt for at pasienten skal ha det best mulig der vedkommendes behov blir møtt. Å ha en

plan for dagen med meningsfulle aktiviteter individuelt tilrettelagt for den enkelte, bidrar til at pasienten vil kunne føle seg trygg, imøtekommet og forstått. Relasjonen som er skapt mellom sykepleier og pasient vil bidra til at sykepleier i større grad har mulighet til å støtte og vise forståelse for pasienten gjennom kommunikasjon og samhandling (Rokstad, 2008b, s. 154). Sykepleier har også et viktig ansvar ved å vise engasjement overfor pasienten. Dette bygger på sykepleiers kunnskap om pasientens historie og vil bidra til å videre etablere kontakten og relasjonen mellom sykepleier og pasient, der én-til-én aktivitet som reminisens og samhandling vil være et godt tiltak (Rokstad, 2008b, s. 154).

For å kunne bruke kommunikasjon som miljøbehandling for demensrammede pasienter med utfordrende atferd er det viktig at sykepleier i tillegg til å inneha kunnskap og kjennskap til pasient og sykdom, er bevisst overfor seg selv. Munch (2008, s. 315) skriver at relasjonskompetanse er viktig i demensomsorgen, og handler om at sykepleier har innsikt i egne reaksjoner, hvilke følelser pasienten kan sette i sving hos henne eller ham og hvilke følelser arbeidet med den demensrammede pasienten skaper. Wogn-Henriksen beskriver at dette handler om blant annet empati, tålmodighet og kunnskap (referert i Munch, 2008, s. 315). Dette er faktorer som også står sentralt i reminisensarbeid med pasienter med demenssykdom.

Å være seg selv bevisst beskriver også Orlando i sin interaksjonsteori. Hun mener at sykepleiers reaksjoner og følelser vil ha en effekt på pasienten, og at det derfor er viktig å være bevisst og reflektert i kommunikasjon med pasientene (Eide & Eide, 2016, s. 133). Affektbevissthet er evnen til å være seg bevisst på egne følelser, samt evnen til å selv kunne akseptere disse (Eide & Eide, 2016, s. 49). Om en selv er bevisst og aksepterende overfor egne følelser vil dette kunne bidra til økt forståelse for pasientene og deres følelser. Om en derimot ikke evner å være affektbevisst vil dette kunne sette begrensinger for sykepleier da det vil kunne bli vanskeligere å forstå pasientene, deres følelser og reaksjoner. I tillegg til å evne og forstå og akseptere egne følelser, er en annen viktig faktor for sykepleier å inneha evnen til å kunne håndtere følelsene en selv opplever. Dette kalles affekttoleranse og handler om å selv tørre å kjenne på følelsene uten å reagere med eksempelvis tilbaketrekning eller passivisering (Eide & Eide, 2016, s. 49). Affektbevissthet og affekttoleranse er sentrale egenskaper for sykepleier for å kunne uttrykke empati. Empati i kommunikasjon innebærer blant annet å lytte og å forstå, samt å formidle denne forståelsen til pasienten. Om sykepleier ikke formidler forståelsen tilbake vil ikke empatien komme til syne for pasienten, og kommunikasjonen vil være til lite hjelp (Håkonsen, 2014, s. 223). Empati er også en

betydningsfull egenskap for sykepleier for å kunne oppnå en god relasjon til den demensrammede pasienten (Eide & Eide, 2016, s. 36-37). Dette kan også ses i tilknytning til Martinsens omsorgsfilosofi, som vektlegger evnen til å til bryte egosentrisiteten og oppleve følelsen av å stå andre nær noe sykepleier kan få muligheten til å oppleve ved å være både affektbevisst og –tolerant (Martinsen, 1989, s. 14). Vi har erfart at en aldri helt kan forstå hvordan en annen person har det, men vet en selv hvordan det oppleves å være forvirret eller ikke forstå vil en kunne ha en bedre mulighet til å sette seg inn i pasientens situasjon. Om sykepleier derimot ikke evner om egen affektbevissthet og -toleranse, vil det være vanskeligere å sette seg inn i pasientens situasjon og samtidig vanskeligere for pasienten å føle seg anerkjent og respektert. Samtidig er det viktig å holde det til et profesjonelt nivå der man selv ikke lar sine egne følelser tar overhånd, men heller ikke oppleves som uempatisk av pasient.

Tidlig i studieløpet fikk vi en innføring i ulike kommunikasjonsverktøy som kan brukes i samhandling med personer med demens; reminisens, validering og realitetsorientering. I løpet av tiden som studenter har vi utviklet god kjennskap til disse prinsippene, ettersom vi gjennomgående i tre år har anvendt disse i praksisperiodene. Vi har erfart at de både kan brukes i et forsøk på å skape en relasjon med pasienten, samtidig som man kan bruke det for å forsøke og berolige pasienten, som et alternativ til bruk av psykofarmaka. Erfaringsmessig syns vi at dette er gode hjelpemidler og miljøtiltak, men at pasienter kan respondere ulikt på dem, noe som igjen belyser viktigheten av kjennskap til pasienten.

Gjennom å bruke realitetsorientering som et personsentrert miljøtiltak er målet å orientere pasienten på bakgrunn av sann informasjon der sykepleier korrigerer pasientens vrangforestillinger (Ingebretsen, 2005, s. 15). Heap (2012, s. 125) understøtter dette og skriver at hensikten er å orientere og informere pasienten. Som studenter har vi opplevd realitetsorientering som både effektivt og hjelpende for pasienten om vedkommende er mottakelig for denne type informasjon og har mulighet til å forstå og bearbeide dette. Om pasienten derimot ikke er mottakelig for informasjonen eller mangler forståelse for dette, har vi opplevd dette som et verktøy som ikke hjelper pasienten i særlig stor grad. Vi har opplevd dette som situasjoner der pasienten har følt på utrygghet og ytret mistenksomhet, lite forståelse og agitasjon. Å fortelle en pasient som vil hjem, ”at det er her du bor”, har vi opplevd som ugunstig når vedkommende ikke har forståelse for dette. Å bruke realitetsorientering i slike situasjoner har bidratt til at pasienten tilsynelatende har ytret et større ønske om å dra hjem og kommer med beskyldninger om at personalet lyver til

vedkommende. Vi har også erfart at dette kan virke inn på pasientens selvfølelse, i form av at de tilsynelatende har opplevd å bli sett ned på, der vi som studenter vet hva som er riktig og hva som er til det beste for vedkommende. Ingebretsen (2005, s. 127) skriver at realitetsorientering ofte er et dårlig alternativ hos pasienter med alvorlig grad av demens ettersom at sykdommen har redusert deres mentale evne således at de ikke har mulighet til å forholde seg til den virkelige verden lenger.

Kjelberg (2002, s. 125) skriver at valideringsterapi ble utviklet som en alternativ form for kommunikasjon til realitetsorientering, der pasientene ble møtt med empati, innlevelse og følelsesbearbeiding. Sejerøe-Szatkowski (2004, s. 58) skriver at validering betyr gyldiggjøring av følelser, og beskriver validering som det eneste av kommunikasjonsverktøyene som utelukkende baserer seg på bearbeidelse av den demensrammede pasientens følelser. Validering skal foregå betingelsesløst, der sykepleier bekrefter og understøtter den demensrammedes følelser uten å ta hensyn til virkelighet (Sejerøe-Szatkowski, 2004, s. 58). Som studenter har vi også anvendt validering i praktiske studier. Dette har etter vår oppfatning bidratt til å gi pasienten bekreftelse på det vedkommende ytrer. Ved utfordrende atferd har dette bidratt til å gi pasienten bekreftelse på følelsene vedkommende innehar, og dermed bidratt til at vedkommende har følt seg møtt og forstått og som igjen har ført til at vedkommende har roet seg ned. Testad et al. (2014, s. 1093) skriver at valideringsterapi hadde effekt på pasienter med demenssykdom og utfordrende atferd. De skriver at valideringsterapien viste effekt på atferdsmessige og psykiske symptomer, der blant annet agitasjon og irritabilitet ble redusert ved denne type miljøtiltak (Testad et al., 2014, s. 1093). Vi har erfart at demensrammede pasienter ofte trenger bekreftelse på hvordan de føler seg og har det, og at dette kan bidra til økt forståelse mellom sykepleier og pasient. På denne måten kan man bidra til at pasienten som tidligere har møtt utfordringer med tanke på forståelse nå har muligheten til å føle seg sett og hørt, og at tanker og følelser blir respektert og gyldiggjort.

Av de overnevnte kommunikasjonsprinsippene har vi opplevd at mange reagerer positivt spesielt i forhold til reminisens. Sejerøe-Szatkowski (2004, s. 53) skriver at demensrammede husker fortiden bedre enn nåtiden, og at reminisens derfor er et godt verktøy å bruke. Hun forteller videre at reminisens brukes med den demensrammede pasienten for at vedkommende skal føle trygghet (Sejerøe-Szatkowski 2004, s. 53). I praktiske studier har vi erfart at pasienter har uttrykt en følelse av mestring og glede, ettersom vi har snakket om noe de husker fra egen livshistorie og har god kjennskap til. Samtidig er dette et verktøy som

sykepleier kan ta i bruk for å håndtere utfordrende atferd, i tillegg til at det kan bidra til å skape en relasjon mellom sykepleier og pasient, noe Cooney et al. (2014, s. 3569) også poengterer i sin studie. Dette bekrefter også Testad et al. (2014, s. 1093), som i tillegg mener at reminisensarbeid bidrar til å bedre pasientenes humør.

Reminisens er av stor betydning når demenssykdommen svekker pasientens formidlingsevne (Wogn-Henriksen, 2008, s. 104). I praktiske studier har vi erfart at pasienter ofte ønsker å meddele egne minner og historie. Dette beskriver Heap (2012, s. 158) som et integritetsbevarende tiltak, ettersom at pasientens egen reminisens og erindring kan være et tiltak for å opprettholde egen integritet og identitet. Videre skriver Heap (2012, s. 163) at sykepleier må finne en måte å respondere til pasientens erindring, og at reminisensarbeid dermed kan være hensiktsmessig. Vi har erfart at reminisensarbeid ofte har vært et godt tiltak til demensrammede pasienter, der vi har tilrettelagt for personsentrert omsorg i form av tilrettelegging av det sosiale miljøet samt pasienttilnærming der vi har vektlagt det unike hos pasienten (Brooker, 2013, s. 9, s. 62). I disse situasjonene har vi sett viktigheten av å behandle pasienten som et enkeltindivid, der verdsetting, forståelse og empati har vært viktig (Brooker, 2013, s. 8-9). Vi har tatt oss god tid med pasienten og lyttet til hva vedkommende ønsker å fortelle. Dette mener Wogn-Henriksen (2008, s. 104) er en forutsetning for at sykepleier kan utføre reminisensarbeid med demensrammede pasienter. Sykepleier må evne å lytte til vedkommende, samtidig som hun har rik personkunnskap. Heap (2012, s. 163) underbygger også dette ved å fortelle at sykepleier må lære å betrakte reminisensarbeid som et interessant tiltak, der en bør lytte oppmerksomt til pasientens minner, for deretter å bekrefte dette. Dette kan bidra til å øke pasientens mestring og identitet.

Wogn-Henriksen (2008, s. 104) skriver at hensikten med reminisensarbeid er at pasienten kan hente opp positive minner fra egen livshistorie, noe som kan bidra til å gi vedkommende kontinuitet, sammenheng, samt å tydeliggjøre hvem vedkommende er. Vi har som studenter erfart at ved å bruke reminisens som et individuelt tilrettelagt miljøtiltak har bidratt til å gi pasienten bekreftelse overfor seg selv. Dette har kommet til syne ved glede, der pasienten tilsynelatende har fått en forståelse for at han eller hun nå er blitt gammel, og kan minnes historier fra livet. Vi har også erfart at ved å legge til rette for individuell omsorg, der vi har tatt oss tid til pasienten, har dette bidratt til et bedre humør hos vedkommende der pasienten på ulike måter har ytret at det er godt å få snakke med noen, og dermed har mulighet til å minnes eget liv.

Heap (2012, s. 141) skriver at reminisens kan dukke opp plutselig og uanmeldt for pasienten, som ved blant annet lukt eller en kjent sang. Vi har opplevd at dette både kan være i positiv eller negativ forstand, alt etter som hva pasienten forbinder med minnet. Har erindringen møtt en negativ følelse hos pasienten har dette tidvis ført til utfordrende atferd, der vedkommende har blitt motorisk urolig og tilsynelatende agitert. I disse situasjonene har vi opplevd at reminisensarbeid kan brukes som et verktøy ved å trekke frem positive minner, og dermed som en avledning fra de negative følelsene. Det er viktig å få frem at vi har opplevd at dette kan ha en effekt hos noen, men ikke hos andre. Reminisens og erindring har stor betydning for eldre mennesker da de har mulighet til å holde fast ved sin egen fortid, noe som har bidratt til å utforme den enkeltes identitet. Heap (2012, s. 155) skriver: ”Vi er vår fortid”.

6. Konklusjon

Ettersom den eldre delen av befolkningen vil øke, vil forekomsten av demenssykdom mest sannsynlig også stige i takt med denne utviklingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 18). Siden man kan betrakte atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens som en normal del av sykdomsbildet, kan man anta at dette vil fortsette å være en utfordring i fremtiden. I dagens demensomsorg brukes psykofarmaka hyppig i behandlingen av APSD. På bakgrunn av praktiske erfaringer er vi av den formening at andre ikke-medikamentelle intervensjoner bør utprøves før psykofarmaka, noe flere av forskningsartiklene og litteraturen vi har anvendt i oppgaven også understøtter.

For å svare på problemstillingen mener vi at sykepleiere i større grad bør ha fokus på å ta i bruk miljøbehandling som reminisensarbeid for å kunne håndtere utfordrende atferd hos demensrammede pasienter i sykehjem. Det er flere faktorer som vil være av betydning for å kunne håndtere utfordrende atferd, deriblant kunnskap om pasientens atferd, en god relasjon mellom sykepleier og pasient, kjennskap til pasientens livshistorie, sykepleiers kommunikasjonsegenskaper samt individuelt tilrettelagte miljøtiltak. Vi mener at reminisensarbeid kan være et viktig hjelpemiddel ettersom vi har gode erfaringer med dette fra praktiske studier og som er godt dokumentert i litteraturen.

Avslutningsvis ønsker vi å understreke at det er mange miljøtiltak som er gode tiltak, og at alle demensrammede pasienter er individuelle og unike, og at tiltak derfor må tilpasses den enkelte.

7. Litteraturliste

*Aasen, S. E. & Nylund, M. F. (2012). Opprydning i begrepsjungelen, *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 132(23-24), 2653-2654. <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.12.0968>

*Berentsen, V. D. (2008). *Demensboka: Lærebok for pleie- og omsorgspersonell*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

*Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg: veien til bedre tjenester*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

*Cooney, A., Hunter, A., Murphy, K., Casey, D., Devane, D., Smyth, S., ... O'Shea, E. (2014). "Seeing me through my memories": A grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in long-term care. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23-24), 3564-3574. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12645>

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving* (5. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*de Oliveira, A. M., Radanovic, M., de Mello, P. C. H., Buchain, P. C., Vizotto, A. D. B., Celestino, D. L., ... Forlenza, O. V. (2015). Nonpharmacological Interventions to Reduce Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review. *BioMed Research International*, 2015, 1-9. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/218980>

Eide, H. & Eide, T. (2016). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Engedal, K. (2008). *Alderspsykiatri i praksis* (2. Utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

*Engedal, K. & Haugen, P. K. (2009). *Demens – fakta og utfordringer* (5. Utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

*Heap, K. (2012). *Samtalen i eldreomsorgen: Kommunikasjon – minner – kriser – sorg* (4. Utg.). Oslo: Kommuneforlaget.

*Helsebiblioteket. (s.a.). *MeSH på norsk og engelsk*. Hentet fra <http://mesh.uia.no>

*Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020: Et mer demensvennlig samfunn*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykiatri og psykiske lidelser* (5. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Ingebretsen, R. (2005). *Kommunikasjon ved demens – en arena for samarbeid*. Norsk institutt for Forskning om Oppvekst, Velferd og Aldring (NOVA Rapport 13, 2005). Oslo: Norsk institutt for Forskning om Oppvekt, Velferd og Aldring.

*Kirchhoff, J. W., Gjellebæk, C. & Tangen, M. (2014). Personlige relasjoner har betydning for pasienters tilfredshet på sykehjem. *Sykepleien Forskning*, 9(3), 226-233. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0130>

*Kjelberg, T. (2002). *Når atferd blir vanskelig: Utredning og tiltak ved vanskelig atferd hos aldersdemente*. Oslo: Kommuneforlaget.

Kristoffersen, N. J. (2014). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1: sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. Utg., s. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2014). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1: sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. Utg., s. 83-133). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2014). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1: sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. Utg., s. 15-29). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Kunnskapssenteret. (2014). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>

*Lingjærde, O. & Aarre, T. F. (2015). *Psykofarmaka: medikamentell behandling av psykiske lidelser* (6. utg.). Oslo: Cappelen Damm.

-
- *Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays*. Oslo: Universitetsforlaget.
- *Masters, K. (2012). *Nursing theories: a framework for professional practice*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Munch, M. (2008). Marte Meo som veiledningsmetode. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: møte og samhandling* (s. 312-339). Oslo: Akribe.
- Norsk sykepleieforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- *Nylenna, M. (2012). *Medisinsk ordbok* (7. utg.). Oslo: Kunnskapsforlaget.
- *Orlando, I. J. (1995). *Det dynamiske forhold mellom sygeplejerske og patient: funktion, proces og principper*. København: Munksgaard.
- Rokstad, A. M. M. (2008a). Hva er demens? I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: møte og samhandling* (s. 27-45). Oslo: Akribe.
- Rokstad, A. M. M. (2008b). Miljøbehandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: møte og samhandling* (s. 152-179). Oslo: Akribe.
- Rokstad, A. M. M. (2008c). Utdfordrende atferd. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: møte og samhandling* (s. 180-206). Oslo: Akribe.
- *Sejerøe-Szatkowski, K. (2004). *Demens: Kommunikasjon og samarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *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. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.1749>
- 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. 408-437). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Smebye, K. L. (2008). Å møte personer med demens. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens – møte og samhandling* (s. 13-26). Oslo: Akribe.

*Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Glemsk, men ikke glemt! Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens*. (Rapport IS-1486). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/116/Glemsk-men-ikke-glemt-IS-1486.pdf>

*Testad, I., Aasland, A. M. & Aarsland, D. (2007). Prevalence and correlates of disruptive behavior in patients in Norwegian Nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(9), 916-921. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.1766>

*Testad, I., Corbett, A., Aarsland, D., Lexow, K. O., Fossey, J., Woods, B. & Ballard, C. (2014). The value of personalized psychosocial interventions to adress behavioral and psychological symptoms in people with dementia living in care home settings: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 26(7), 1083-1098. <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610214000131>

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

*Thorvik, K. E., Helleberg, K. & Hauge, S. (2014). Beredt og fleksibel: God omsorg for urolige personer med demens. *Sykepleien Forskning*, 9(3), 236-242. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0140>

Wogn-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 87-113). Oslo: Akribe

8. Vedlegg 1

Problemstilling formuleres som et presist spørsmål:

Hvordan kan sykepleiere håndtere utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom ved hjelp av miljøbehandling?

Hva slags type spørsmål er dette?

- Diagnose Årsak Erfaringer
 Hvordan går det med...? Effekt av tiltak

P Beskriv hvilke populasjon/gruppe det dreier seg om, evt. hva som er problemet:	I Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for):	C Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket:	O Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå:
P Noter engelske søkeord for gruppe/problem	I Noter engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon	C Noter engelske søkeord for evt. sammenligning	O Noter engelske søkeord for utfall
<ul style="list-style-type: none"> • Dementia • Demens • Patient • Nursing home • Nursing homes • Nursing home or long term care facility • Sykehjem 	<ul style="list-style-type: none"> • Reminiscence • Aktivitet • Nonpharmalogical interventions • Psychosocial interventions 		<ul style="list-style-type: none"> • Behavioural symptoms of dementia • Personlig relasjon • BPSD • Disruptive behavior

9. Vedlegg 2

Dato	Databaser	Søkeord	Begrensninger	Ant. treff	Tittel på artikkel
30.03.17	CINAHL	(Dementia OR patient) AND nursing home AND behavioural symptoms of dementia AND psychotropic drugs	Full tekst Årstall etter 2007 Fagfelleverdert	8	<i>The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes</i>
27.03.17	CINAHL	(patient OR dementia) AND disruptive behavior AND nursing home	Full tekst Årstall etter 2007 Fagfelleverdert Engelsk språk Alder 65 + Geografi: Europa	28	<i>Prevalence and correlates of disruptive behavior in patients in Norwegian nursing homes</i>
19.04.17	CINAHL	Dementia AND nursing homes AND bpsd AND psychosocial interventions	Årstall etter 2007 Fagfelleverdert	4	<i>The value of personalized psychosocial interventions to address behavioral and psychosocial symptoms in people with dementia living in care home settings: a systematic review</i>
03.04.17	Sykepleien.no	Personlig relasjon AND sykehjem	Forskning Årstall etter 2007 Fagfelleverdert	18	<i>Personlige relasjoner har betydning for pasienters tilfredshet på sykehjem</i>

07.04.17	CINAHL	Nonpharmalogical interventions AND dementia AND behavioral and psychological symptoms of dementia	Fulltekst Fagfelleverdert Årstall etter 2007	3	<i>Nonpharmalogical interventions to reduce behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review</i>
20.04.17	Sykepleien.no	Aktivitet AND sykehjem AND demens	Forskning Årstall etter 2007 Fagfelleverdert	27	<i>Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet</i>
20.04.17	CINAHL	Reminiscence AND dementia AND nursing home or long term care facility	Fulltekst Årstall etter 2007 Geografi: Europa Engelsk språk Alder 65 + Fagfelleverdert	8	<i>"Seeing me through my memories": a grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in long-term care</i>