

Fakultet for Helse- og sosialvitenskap

Maren Kristine Huse Nilsen & Franthresa K. Nyenetue

Bacheloroppgaven

«Å uttrykke seg er ikke alltid lett når andre ikke forstår»

«Expressing oneself is not always easy when others do not understand»

Bachelor i sykepleie, BASY 2015

2018

Veileder: Kari Kvaal

Antall ord: 11 378

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Sammendrag

Problemstilling: «*Hvordan kan sykepleiere, gjennom holdninger og kommunikasjon, bidra til å forebygge utfordrende atferd hos pasienter med demens?*»

Bakgrunn: Vi har opplevd mange positive og negative opplevelser ved bruk av kommunikasjon i utfordrende situasjoner og ønsker gjennom oppgaven å tilegne oss nye kunnskaper.

Hensikt: Å belyse kunnskaper og erfaringer rundt temaet, slik at sykepleiere har forskjellige handlingsalternativer i ulike utfordrende situasjoner. Vi ønsker særlig, gjennom holdninger og kommunikasjon, å se på hvordan dette kan påvirke.

Metode: Oppgaven bygger på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og seks artikler. Fire forskningsartikler, en fagartikkel og en oppsummert forskning. Av disse er to på norsk, mens resten er engelske forskningsartikler.

Teori: Presenterer relevant teori på bakgrunn av vår problemstilling. Teorien tar utgangspunktet i utfordrende atferd, holdninger, kommunikasjon og personsentrert omsorg med sykepleieteoretikere.

Resultat: Resultatene fra forskningsartiklene sier mye om viktigheten av kunnskap og kompetanse, samt hvor avgjørende det er hvordan personalet går inn i situasjonen. Samtidig er også personsentrert omsorg og godt kjennskap til pasientene viktige i mange tilfeller, for å hjelpe pasienten på en god måte.

Konklusjon: For å oppnå en god relasjon og kommunikasjon er det svært viktig å møte pasienten, der den er for øyeblikket, og klare å se mennesket bak selve diagnosen. Å bruke ulike kommunikasjonsmetoder kan være gode verktøy som baserer seg på å se pasienten. Opplevs kommunikasjonen som god, kan det gi en følelse av at deres opplevelser og meninger blir verdsatt. Dette kan skape trygghet og tillitt i utfordrende situasjoner.

Innhold

SAMMENDRAG	2
INNHold	3
1. INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	5
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	6
1.3 OPPGAVENS BEGRENSNINGER	6
1.4 OPPGAVENS HENSIKT	6
1.5 BEGREPSAVKLARINGER	7
1.6 BACHELOROPPGAVENS OPPBYGGNING	8
2. METODE	9
2.1 HVA ER METODE?.....	9
2.1.1 <i>Kvalitativ metode</i>	9
2.1.2 <i>Kvantitativ metode</i>	9
2.2 BEGRUNNELSE AV VALG AV METODE.....	10
2.3 VALG AV LITTERATUR OG LITTERATURSØK	10
2.4 PRESENTASJON AV FORSKNING	11
2.5 KILDEKRITIKK.....	14
2.6 ETISKE OVERVEIELSER	15
3. TEORI.....	17
3.1 DEMENS	17
3.2 UTFORDRENDE ATFERD.....	18
3.2.1 <i>Forebygging</i>	19
3.3 HOLDNINGER	20

3.4	KOMMUNIKASJON	21
3.4.1	<i>Validering</i>	22
3.4.2	<i>Reminisens</i>	23
3.5	SYKEPLEIERTEORI	23
3.5.1	<i>Tom Kittwood</i>	23
3.5.2	<i>Joyce Travelbee</i>	24
4.	DISKUSJON	27
5.	KONKLUSJON	37
6.	LITTERATURLISTE	39
7.	VEDLEGG	42
7.1	VEDLEGG 1.....	42

1. Innledning

Antallet personer med demens vil trolig øke, samt at vi står ovenfor en tid i Norge der det stadig vil bli flere eldre. Når antallet økes kreves det at helsepersonell har økt kunnskap, kompetanse og forståelse for diagnosen, og det som følger med diagnosen. Tilbudene pasientene får, samt organiseringen må være tilstrekkelige nok slik at pasientene føler på en god behandling og ivaretagelse. Helsepersonell skal føle at de strekker til og at de mestrer de oppgavene de står ovenfor (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s.7-9). I dag er det mer enn 80 000 nordmenn som har en demenslidelse, og det forekommer ca. 10 000 nye tilfeller hvert år (Aldring og helse, 2017). I dagens situasjon kommer det frem at tilbudet ikke er godt nok. Når det oppstår situasjoner hos pasientene vet ikke alltid helsepersonell hva som skal gjøres, fordi det er mangel på kunnskap eller at de ikke forstår. Når disse situasjonene oppstår, er en avhengig av å ha forståelsen og kompetansen, samt bruke gode kommunikasjonsmetoder. Det trengs å sette mer fokus på dette slik at tilretteleggingen, kunnskapen og organiseringen kan øke med antallet personer med en demenslidelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s.7-9).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for valg av tema er at gjennom sykepleierstudiet har begge erfaringer fra demensomsorgen. Vi har ofte sett at kommunikasjon kan være avgjørende hvis det skal lykkes hos pasienten der ulike kommunikasjonsformer har fungert både positivt og negativt. Vår opplevelse er at det finnes forskjellig fokus, kunnskap og kompetanse når det oppstår utfordrende situasjoner. Når utfordrende situasjoner har oppstått, og pasientene er svært urolige, er opplevelsen at helsepersonell ofte ikke vet hva de skal gjøre, og at situasjonen ofte forverrer seg. For å berolige situasjonen velger noen for eksempel å ta i bruk medikamentell behandling. Etter de erfaringene vi har fått gjennom de ulike innsynene i demensomsorgen ønsker vi å se på hvordan holdninger og kommunikasjon kan være en tilnæringsmetode for sykepleiere. Gjennom å belyse dette temaet ønsker vi å tilegne oss ny kunnskap, slik at vi som fremtidige sykepleiere kan ta i bruk dette på en god og trygg måte.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Problemstillingen:

“Hvordan kan sykepleiere, gjennom holdninger og kommunikasjon, bidra til å forebygge utfordrende atferd hos pasienter med demens?”

1.3 Oppgavens begrensninger

I denne oppgaven ønsker vi å avgrense problemstillingen til å snakke generelt om demens og personer som bor på institusjon. I metoddelen har vi hatt fokus på å finne artikler som spesielt omhandler kommunikasjonsmetoder, musikk og hva slags påvirkning personale har. Vi ønsker videre å avgrense oppgaven ved å se på hvordan utfordrende situasjoner kan forebygges via holdninger og kommunikasjon. Ved kommunikasjon ønsker vi spesielt å se på hvordan validering og reminisens kan være to kommunikasjonsmetoder som brukes. Samtidig ønsker vi også å dra inn hvordan musikk kan brukes som et verktøy ved situasjoner med utfordrende atferd. Av sykepleierteori ønsker vi å trekke inn Joyce Travelbee og Tom Kittwood, fordi vi mener disse to gjennom sin menneske- til menneske forhold og personsentrert omsorg besvarer vår problemstilling godt. I diskusjonsdelen nevner vi flere erfaringer vi har opplevd i løpet av de tre siste årene på studiet. Dette avgrenser vi til å inneholde erfaringer fra sykehjem og skjermet enhet.

1.4 Oppgavens hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse kunnskaper og erfaringer rundt temaet, slik at sykepleiere har ulike handlingsalternativer når en står i ulike situasjoner. Gjennom oppgaven ønsker vi å gå i dybden på den kunnskapen og forskningen som allerede ligger ute, for å belyse problemstillingen. Ved å gjøre dette kan det øke forståelsen og den faglige kompetansen rundt demens. I tillegg er oppgavens hensikt å sette mer fokus på hvordan kommunikasjon og holdninger kan være med på å påvirke situasjoner som kan oppleves som utfordrende. Ved å sette mer fokus på faglige kommunikasjonsmetoder kan det være med på å gjøre opplevelsen av en utfordrende situasjon annerledes.

1.5 Begrepsavklaringer

Sykepleier – De livsområdene sykepleieren har en spesiell kompetanse til å ivareta er noe av sykepleierens fokus. De sentrale områdene i sykepleierbeskrivelsen er mennesket - pasienten- og hans helsetilstand. De har også pasientens livskvalitet og mestring som sentrale mål (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011, s.16).

Joyce Travelbee mener at selve definisjonen på sykepleie er:

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 2001, s.29).

Holdninger - En god holdning handler om å kjenne til de forandringer som skjer, men samtidig erkjenne det enkelte menneskets ubegrensede verdi uavhengig av rase, klasse eller kognitiv funksjon. Å vise respekt og empati er avgjørende for å holde en god holdning (Henriksen, 2008, s.92).

Kommunikasjon – Kommunikasjon kan defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Begrepet betyr å gjøre noe felles eller delaktiggjøre en annen. Begrepet kan brukes i samtaler med en eller flere personer eller til massekommunikasjon gjennom internett (Eide & Eide, 2007, s.17).

Forebygge - En del av sykepleierens rolle er blant annet å forebygge. Det er en betegnelse der en ønsker å stoppe utviklingen eller forsøke å eliminere en uønsket situasjon. Dette kan for eksempel være å forebygge sykdom, skader, bevare personens helse og livsstil, samt funksjonsnivå (Ranhoff, 2014, s.162).

Utfordrende atferd – Utfordrende atferd er de atferdsendringene som skjer hos en pasient der personens livssituasjon har blitt endret på grunn av forandringer i personens hjerne. Både kommunikasjon og atferd i omgivelsene kan være endret fordi personen opplever en annen situasjon enn tidligere (Rokstad, 2008, s. 181-182).

Pasient - *“En person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle”* (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Demens - Ordet demens er en samlebetegnelse for en langvarig klinisk tilstand som forverres over tid og inkluderer symptomer som hukommelsestap og svekket tankeevne (Rokstad, 2008, s. 28).

1.6 Bacheloroppgavens oppbygging

Først i oppgaven kommer innledningen før vi presenterer valg av metode, samt hvordan forskingen er søkt og valg av pensum- og selvvalgt litteratur. Videre vil hver enkelt forskingsartikkel bli presentert. Deretter kommer teoridelen der vi har fokusert på teori som belyser vår problemstilling. I diskusjonsdelen vil vi drøfte hvordan ulike situasjoner med utfordrende atferd kan løses gjennom holdninger og kommunikasjon ved bruk av teori, forskning og egne eksempler fra praksis. Til slutt kommer det en konklusjon som oppsummerer oppgaven og svarer på vår problemstilling.

2. Metode

2.1 Hva er metode?

Den informasjonen en innhenter for å kunne belyse problemstillingen og som gjør måten å innhente data lettere, kalles for metode. Den sier også noe om hvordan vi kan gå til verks for å skaffe metoden og viser hva som blir brukt for å få frem ny kunnskap. Intervju, observasjon og spørreskjema er tre eksempler på ulike metoder som blir brukt (Dalland, 2017, s.51-54).

Sosiologen Wilhelm Aubert har sitert hva spørsmålet om metode handler om, og han sier det på denne måten:

“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” (Dalland, 2017, s.51).

2.1.1 Kvalitativ metode

Når det fanges opp opplevelser og meninger som ikke lar seg tallfeste eller måle kalles det for en kvalitativ metode. For å kunne få en bedre forståelse av hva slags samfunn vi lever i, og hvordan grupper, enkeltmennesker og institusjoner samhandler er en kvalitativ metode med på å bidra til en bedre forståelse (Dalland, 2017, s.52).

2.1.2 Kvantitativ metode

Ved bruk av en kvantitativ metode gir den oss informasjon om målbare enheter. Når det blir benyttet kvantitativ metode handler det ofte om teller, i form av tall. Dette kan være ved at tall ofte kan gi oss en mulighet for å gi et gjennomsnitt, der vi ofte kan foreta regneoperasjoner (Dalland, 2017, s.52.53).

2.2 Begrunnelse av valg av metode

I vår bacheloroppgave har vi benyttet oss av en kvalitativ metode som litteraturstudie. Grunnen til at vi valgte dette er fordi det gir oss en dypere innsikt på forskning som allerede er tilgjengelig. I tillegg vil de kvalitative forskningsartiklene belyse kunnskap om temaet på en god måte, som vil gi oss oversikt.

2.3 Valg av litteratur og litteratursøk

Litteraturen vi har valgt å bruke er pensum fra de tre siste årene på sykepleierutdanningen. Dette er litteratur vi er kjent med og litteratur vi har brukt tidligere som vi ser på som troverdig. Vi har også brukt noe selvvalgt litteratur for å utvide kunnskapen noe mer og ikke være begrenset med pensumlitteraturen som er tilgjengelig. Den selvvalgte litteraturen som brukes i oppgaven har vi vurdert og mener det er litteratur som bygger opp under vår oppgave. Forskningsartiklene som brukes i oppgaven er valgt på grunnlag av at vi mener de er relevante for vår problemstilling og for diskusjonen.

Når vi har valgt å gjennomføre litteratursøk har vi brukt databaser som vi tidligere har brukt gjennom studiet. Disse databasene er godkjent av Høgskolens bibliotek og vi har brukt databaser som skolen har anbefalt å bruke. Disse databasene er SveMed+, PubMed og Oria. Vi har søkt artikler både på norsk og engelsk, men artiklene på engelsk var mer fullstendig og relevante. Vi har allikevel valgt å ta med to artikler på norsk, da disse var meget relevante for vår problemstilling. Totalt satt vi med ti artikler, men etter å gå gjennom disse systematisk, ved hjelp av sjekklister satt vi igjen med totalt seks. Dette er fire forskningsartikler, en oppsummert forskning og en fagartikkel. Når vi skulle søke forskning brukte vi noen inklusjonskriterier for å gjøre søket mer systematisk. Vi ønsket at det skulle omhandle pasienter med demens, og at artiklene skulle ta for seg pasienter fra institusjon som sykehjem eller skjermet enhet. Dermed ekskluderte vi andre typer pasienter og steder. Forskningen vår står oppført i litteraturlisten, men trykkes det på lenken til flere av forskningene kommer bare sammendraget frem. Det er fordi en må gjennom Oria for å få hentet frem forskningene i fulltekst.

SveMed+ har artikler innenfor helse og medisin, og som er en nordisk database (SveMed+, 2018).

PubMed er en database som har biomedisinsk litteratur, tidsskrifter og elektroniske bøker (PubMed, 2018).

Oria er høgskolen i Innlandet sin egen database som styres av biblioteket (Oria, 2018).

Under nevner vi de ulike søkeordene vi har brukt både på engelsk og norsk. I enkelte av søkeordene har vi i mellom brukt «AND» for å finne mer relevant forskning. For å vise bedre hvordan vi har søkt og tenkt legger vi med et vedlegg. Se siste side.

MeSH termer på engelsk: Dementia, communication and dementia, challenging behavior, nursing staff and nursing home, quality of life, music, music therapy,

MeSH på norsk: Demens, utfordrende atferd, kommunikasjon, musikk, påvirkning musikk til utfordrende atferd.

2.4 Presentasjon av forskning

I denne delen av oppgaven skal vi presentere forskningsartikler, fagartikler, metoder, og funn.

Artikkel 1: «*Conversations between persons with dementia disease living in nursing homes and nurses – qualitative evaluation of an intervention with the validation method*» (2016).

Metode: Metoden som er brukt i artikkelen baserer seg på en kvalitativ metode. Studien gikk opprinnelig ut på at 29 pasienter med demens og 12 helsepersonell skulle ha samtaler sammen. Dette skulle skje over en lenger periode, for å kartlegge hvordan bruken av valideringsmetoden som kommunikasjonsform fungerte. I løpet av ett år ble kun 4 av de 29 pasientene filmet en gang hver måned, der de hadde samtaler med sykepleier. Hensikten med studien var å analysere videoene og se hva slags flyt det ble i samtalene, samt hvor åpne pasientene var til måten sykepleierne kommuniserte på (Söderlund, Cronqvist, Norberg, Ternestedt & Hansebo, 2016, s. 37-47).

Funn: I studien kom det frem at når sykepleierne møtte pasienten, der den var, ble pasienten mer åpen i samtalen. Fikk pasienten styre samtalen og sykepleieren hang seg på det pasienten snakket om, følte den seg mer verdsatt og hørt. Selv om det gjentatte ganger ble skiftet fort mellom temaene i samtale, var det fortsatt viktig at sykepleierne bekreftet pasientens tanker og følelser i øyeblikket. Selv om det i studien kommer frem at pasientene var åpne hadde dette mye med hva slags kommunikasjon sykepleierne valgte å bruke. Det blir nevnt eksempler fra artikkelen der sykepleieren prøver å styre samtalen, samt snakker på en noe nedlatende måte. Da opplevde en fort at pasienten trakk seg tilbake og var lite mottakelig for samtale (Söderlund Et al, 2016, s.37-47).

Artikkel 2: «*Beredt og fleksibel: God omsorg for urolige personer med demens*» (2014).

Metode: I artikkelen ble det brukt kvalitativt design med en deltakende observasjon for å innhente informasjon. Studien gikk ut på å utforske å beskrive hva god omsorg kan være for personer med demens, som lever i en skjermet avdeling. Det var ansatte i to skjermete avdelinger som deltok med 13 ansatte. Feltobservasjonene ble gjennomført på en tidsramme på ca. 3 måneder der det ble gjennomført tre faser. Fase en var beskrivende fase, der omgivelsene og settingen ble beskrevet. Dette ved blant annet innredning, aktiviteter, døgnrytme og atmosfære. Fase to handlet hvordan de ansatte kommuniserte med pasientene og hva slags væremåte de hadde. Fase tre var den selektive fasen, der analyser fra første og andre fase kom frem (Thorvik, Helleberg & Hauge, 2014).

Funn: Det som ble funnet gjennom feltobservasjonene var at dersom personer med demens skulle oppnå god omsorg, var en helt avhengig av ansatte som var beredt, fleksible i sin arbeidsform og hadde gode kunnskaper og kjennskap til pasienten. Funnene ble delt i tre hovedtemaer. Den første var beredt. Fra de ansatte kom på jobb var de alltid beredt på at hva som helt kunne skje. Dette kunne være gjennom skiftninger i pasientens tilstand. Det andre hovedtemaet var fleksibilitet. På forskerne virket det som at de ansatte hadde opparbeidet seg en forståelse og evne til å tåle pasientens opptreden. Det siste hovedtema var kunnskap og kjennskap. Dette gikk ut på at dersom en skulle utøve god omsorg var det viktig med kunnskaper om diagnosen, væremåte og pasientens vaner. I tillegg var det å ha gode kunnskaper om grunnleggende behov sentralt både med tanke på det fysiske og psykososiale (Thorvik Et al, 2014).

Artikkel 3: Atferd er uttrykk for personlige opplevelser: Om kompetanseprogrammet «forståelse og mestring av utfordrende atferd hos personer med demenssykdom» (2015).

En fagartikkel som handler om hvordan pasienter med demens kan oppleves som utfordrende med tanke på deres atferd for personalet på et sykehjem. Artikkelen tar utgangspunkt i et kompetanseprogram som ansatte kan bruke for å se på hvilke handlingsalternativer en har når utfordrende situasjonen oppstår. Hensikten er å forstå hvordan slik atferd kan fremtrede, og at de ansatte kan arbeide for å mestre de utfordringene de møter. Artikkelen tar i bruk Kitwood sin beskrivelse av personsentrert omsorg og hva slags innflytelse det kan ha på utfordrende atferd. I programmet er vår tenkning og våre holdninger et tema som det settes fokus på. Når det skal kartlegges atferd og når vi skal tilnærme oss personen er den forståelse vi har for pasienten med på å påvirke holdningene våre. Er det mer åpenhet rundt personalets tanker og holdninger kan det gjenskape positivitet (Støback, 2015, s. 72-81).

Artikkel 4: «*Identity-supportive nursing of patients with dementia in nursing homes*» (2015).

Metode: Studien tar utgangspunkt i hvordan kunnskaper om pasientens tidligere liv og bakgrunn kan legge til grunn for å ta vare på pasientens identitet, og at personen må sees som den har vært før og fortsatt er. Metoden som ble brukt var intervju av sykepleiere og avdelingsledere på ulike sykehjem. Det ene sykehjemmet var mer moderne, mens det andre lå ute på bygda (Drageset, Normann & Elstad, 2015, s.296-310).

Funn: Det var åpenbare forskjeller mellom de to ulike sykehjemmene. På det som lå på byga var en mer oppdatert, og mer opptatt av å kjenne til pasientens livshistorie. Samtidig var det lettere å kjenne til pasientens historie fordi sykehjemmet lå på en liten plass og alle kjente alle. På det andre sykehjemmet ble det brukt mer hjelpemidler for å få tak i pasientens livshistorie. Det som var felles for begge sykehjemmene var at dersom en kjente til pasientens livshistorie bidro det til å hjelpe da vanskelige situasjoner oppsto (Drageset Et al, 2015, s.296-310).

Artikkel 5: «*The effects of music therapy for older people with dementia*» (2010).

I denne oppsummerte forskningen kommer det fram gjennom flere forskinger hvordan bruk av musikk som form av terapi og avledning kan påvirke en person med demens. De fleste som har forsket på dette har tatt for seg gruppen som lider av moderat grad av Alzheimers. Hovedsakelig de som bor på sykehjem eller skjermet enhet. Det var satt opp flere perioder der helsepersonell som jobbet på avdelingene skulle legge til rette for at pasientene skulle høre på musikk som var kjent for dem noen ganger i uken gjennom noen uker eller måneder. Hensikten var å se om musikkterapi hadde påvirkning på pasientens atferd gjennom disse periodene og etter. Resultatet var at musikk bidro til å redusere aggresjon, irritabilitet og agitasjon. Spesielt da musikken var gjenkjennelig for pasientene. Forskningene viste derimot at musikkterapi ikke varte i lange perioder. Dette var noe en måtte gjennomføre jevnt for å fortsette å se resultater da pasientene hadde episoder med aggresjon og agitasjon etter undersøkelsene var avsluttet (Wall & Duffy, 2010, s.108-113).

Artikkel 6: «*Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care*» (2008).

Metode: Her ønsket en å se sammenhengen mellom utfordrende atferd og hva personalers trivsel og arbeidsmengde påvirket. For å utføre dette ble det tatt i bruk to ulike skalaer (Edvardsson, Sandman, Nay & Karlsson, 2008, s.764-776)

Funn: Der personalet på sykehjemmet opplevde høyt arbeidspress oppstod utfordrende atferd blant pasientene oftere enn ved sykehjem der personalet opplevde lavt arbeidspress. I studien sies det at der det var et godt omsorgsmiljø var forekomsten av utfordrende atferd mindre ved urolighet, vandring, rastløshet og verbale uttrykk (Edvardsson Et al, 2008, s.764-776).

2.5 Kildekritikk

Når en vurderer og karakteriserer den litteraturen som er funnet betyr det at en bruker kildekritikk. Det er viktig å stille seg kritisk til de ulike kildene, for å se om disse er troverdige eller ikke. Kildekritikk handler om å finne den litteraturen som er med på å belyse

problemstillingen, men den skiller også mellom hva som er sannhet og ikke (Dalland, 2017, s.152).

Hensikten med kildekritikken er at leseren skal få ta del i refleksjonene som har blitt gjort rundt litteraturen som belyser problemstillingen og se hva slags relevans og gyldighet litteraturen har (Dalland, 2017, s.158). Når en skal stille seg kritisk både til forskning og selvvalgt litteratur er det viktig at en ser gjennom noen spørsmål. Dette er blant annet hvem som har skrevet teksten, hva formålet er, gyldighet og holdbarhet (Dalland, 2017, s.159-161).

Når vi har søkt forskning har vi prøvd å søke forskning som holdbarheten ikke har vært over ti år. Forskingen vi har funnet er fra 2008-2015. Her er et annet inklusjonskriterie vi har brukt med artikler innenfor tidsrammen nevnt over. I tillegg ønsket vi å bruke artikler som er fagfellessvurderte. Ikke alle artiklene er det, men fler av dem. I tillegg har vi prøvd å bruke fagbøker som er i nyere utgave. Fagbøkene vi har brukt er fra 2001-2017. Vi valgte å bruke disse bøkene fordi de var svært relevante i forhold til oppgaven og den teorien vi har trengt. I tillegg har vi brukt noen bøker i nyere utgave for å sørge for at vi har vært oppdatert med ny kunnskap, og at fagkunnskapen ofte er godt forklart. Den eldste faglitteraturen er Travelbee sin fra 2001, men vi valgte å bruke denne da den er helt sentral for å forklare hennes tenkning.

Vi har brukt faglitteratur der noe har vært pensum, men vi har også brukt selvvalgt litteratur som er bøker som har omhandlet demens, sykepleierteori og kommunikasjon. For å sørge for at den forskningen vi har funnet er faglig relevant har vi underveis brukt sjekklister. Sjekklisterne er hentet både fra folkehelseinstituttet og helsebiblioteket.

2.6 Ethiske overveielser

I Dallands bok henviser han til at det er viktig å gjøre etiske vurderinger og at personopplysninger skal på en sensitiv måte skjermes. Sensitive opplysninger som kommer ut kan andre få tilgang til, og det er hvert enkelt individ som selv avgjør hva som blir sett på som sensitive opplysninger. For å ivareta personens opplysninger er det viktig å

anonymisere. I en bacheloroppgave er det viktig å bruke anonymisering i forbindelse med erfaringer. Dette gjelder i form av personer, men også materiale (Dalland, 2012, s.97-107).

Gjennom bacheloroppgaven har vi også brukt ulike forskingsartikler og anerkjent disse ved å bruke APA- standard der vi henviser til forfatterne og hva vi har valgt å bruke. Her har vi valgt å ta hensyn til det forskningsetiske. I tillegg er eksemplene vi bruker i oppgaven konstruert på erfaringsbakgrunn og byr derfor ikke på forskningsetiske problemstillinger.

3. Teori

3.1 Demens

Utviklingen av diagnosen er svært individuelt. Hos noen kan sykdommen utvikle seg over 10-20 år, hos andre går forløpet raskt. Det er om lag 80 000 nordmenn med demens, men dette er ikke det eksakte antallet ettersom det oppstår minst 10 000 tilstander hvert år (Aldring og Helse, 2017).

Når en langvarig klinisk tilstand forverres over tid, samt at både hukommelseevnen og tankeevnen er nedsatt, kalles det for demens (Rokstad, 2008, s.28). Symptomene for demens kan vi dele inn i kognitive, atferdsmessige og motoriske. Mange av disse symptomene vil være forskjellige for det enkelte individ etter hvilken demenstype de har. De kognitive symptomene er ofte hukommelsestap og svekket evne til å fokusere som pårørende og pasient først bemerker. Atferdsmessige symptomer kan være depresjon, angst, feiltolkninger og økt tendens til irritabilitet og aggressivitet. De motoriske symptomene som merkes mest er ofte muskelstyringsproblemer der evnen til å koordinere bevegelser kan svikte (Rokstad, 2008, s.40-44).

Det finnes ulike demenstyper der blant annet Alzheimers, frontotemporallappsdemens og vaskulær demens er noen av de mest kjente. Vi velger i vår oppgave og ikke gå inn på hver enkelt av disse, da vi i oppgaven velger å fokusere på det generelle ved demens. Men disse tre ulike demenstypene nevnt over kan deles inn i tre forskjellige grader. Mild, moderat og alvorlig. Ved mild grad merkes det endringer hos pasienten som får innvirkning på dagliglivet. I denne fasen kan pasienten greie seg godt dersom faste rutiner og kjente omgivelser er satt på plass. Når en går over i en moderat grad merker pasienten at flere gjøremål blir vanskeligere og behovet for veiledning og konkret hjelp i hverdagen økes. Ved alvorlig grad går pasienten over i en fase der de ikke lenger klarer seg uten hjelp i hverdagen. De vil ha behov for døgntilsyn og omsorg på grunn av økt handlingssvikt og hjelpeløshet (Rokstad, 2008, s.39).

3.2 Utfordrende atferd

Utfordrende atferd blir ofte nevnt i forbindelse med demensutvikling. Grunnen er at atferdsendringer har hatt ulike betegnelser. Vanskelig atferd, aggressiv atferd og voldelig atferd er noen av disse. I dag har mange av de som legges inn på døgnbemannet institusjon utfordret atferd. Mange har bodd hjemme med disse utfordringene, men symptomene og helsetilstanden har forandret seg til den graden at det ikke lenger er forsvarlig å bo hjemme og trenger oppfølging (Rokstad, 2008, s. 181-182).

Ikke bare handler det om at atferdsmessige endringer er annerledes i symptom bildet, men i tillegg vil også de følelsesmessige endringene være påvirket. Når en opplever atferdsendringer eller følelsesmessige reaksjoner er det viktig at sykepleier er åpen og klarer å se at den typen atferd pasienten utfører ofte er et forsøk på å kommunisere. Pasienten kan for eksempel føle at noen grunnleggende behov ikke er dekket (Rokstad, 2008, s. 183).

Når en pasient opplever en situasjon som truende eller at omgivelsene er problematiske, er det ofte pasientens måte å kommunisere på ved å bruke utfordrende atferd. Her blir det viktig som sykepleier å huske at dette er normale reaksjoner en pasient viser, da dette ofte er knyttet til symptomene ved demens. For sykepleieren blir det viktig å forstå pasientens atferd gjennom å gå frem på en rolig og empatisk måte. Det blir viktig å vite hva slags rolle en har som sykepleier og hva slags væremåte en utøver (Rokstad, 2008, s.183).

I 2001 beskrev Cohen-Mansfield tre innfallsvinkler som kan bedre forståelsen av utfordrende atferd. Disse tar utgangspunktet i en læringsmodell som beskriver en lært sammenheng mellom atferden, begivenheter og reaksjonene atferden vekker. Når behovene ikke blir møtt mener hun atferden blir endret og at atferden ofte er lært gjennom pårørende og personale. Dette kan for eksempel være gjennom at pasienten har sett forsterket oppmerksomhet, og tidligere situasjoner med utfordrende atferd. Modellen mener at dersom atferden skal endres, må det skje ved at personalets atferd må endres. Opplever personalet at noen konstant roper vil dette bidra til at personalet blir nødt til å bryte mønsteret ved å gi positiv kontakt når pasienten ikke roper (Rokstad, 2008, s.184).

Som nevnt tidligere er det ofte faktorer som utgjør at personen får utfordret atferd. Disse ser en vanligvis på som nærværende faktorer og bakgrunnsfaktorer. Ved nærværende faktorer er ofte personlige forhold som trivsel, dagsform og opplevelse av situasjon til stede. Kognitive endringer, andre helsemessige faktorer og hjerneorganiske forandringer er eksempler på bakgrunnsfaktorer. Ofte kan også de fysiske omgivelsene ha noe å si for den utfordrende atferden. Dette kan være i form av pasientens miljø, men også hva slags sosialt miljø de har rundt seg (Rokstad, 2008, s.185).

For å forstå den utfordrende atferden er kartlegging helt nødvendig. Den atferden pasienten viser, hvem eller hva den er rettet mot, samt hva atferden går ut på er noen av opplysningene som blir kartlagt. I tillegg er det viktig å observere hvor lenge varigheten er på situasjonene. Dette for å markere om det er et engangstilfelle eller om endringer i pasientens atferd har vært over en lengre periode. Når på døgnet atferden endres er viktig å kartlegge, da det i noen tilfeller er verre på natt enn dag (Rokstad, 2008, s. 185-187).

Som sykepleier er kartlegging viktig, men det å forstå og ha kunnskaper om demens for å forstå den utfordrende atferd er også viktig. For å forstå atferden er typen av demens og lokaliseringen av hjerneskaden avgjørende informasjon. At atferden oppstår kan skyldes utvikling av demens, men også annen helsemessig tilstand. Opplever pasienten problemer med å komme på toalettet eller har smerter kan atferden bli forandret (Rokstad, 2008, s. 189).

3.2.1 Forebygging

Tidligere, i delen om utfordrende atferd, ble det nevnt flere tiltak for å forebygge. Som sykepleier har en mange funksjoner og fokus. En av disse er blant annet helsefremming og forebygging. Forebygging handler om å se reelle problemer, mens helsefremming handler om å opprette tiltak for å ta vare på pasientens livskvalitet, velvære og helse (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011, s.17-18).

Når en pasient føler seg utrygg i situasjonen og ikke forstår det som skjer, er det ofte at atferden endres og pasienten kan utagere. Dette gjøres for å si ifra at situasjonen er dramatisk for pasienten, og at han eller hun vil forsvare seg selv. Å innhente informasjon og se hva som ligger til grunn for den atferden vi ser er viktig. Atferden pasientene viser er ofte

forskjellig fra person til person, så mulige forebyggende tiltak for utfordrende atferd må lages for hver enkelt pasient. Et tiltak som fungerer for en pasient, kan ofte ikke fungere på en annen. Dette betyr at de tiltakene som kommer opp ofte kan brukes som veiledende for personalet, men ikke som en oppskrift (Rokstad, 2008, s. 190). Avspenning kan ofte være en forebyggende funksjon med bruk av musikk. Når en pasient har utfordrende atferd, er stresset eller svært urolig kan ro og hvile bidra til at pasienten kan bearbeide de vonde opplevelsene. Her kommer ofte musikk inn som et trygghetsskapende tiltak. Når en velger musikk skal det være musikk som ofte er kjent for pasienten, som er rolig og som virker beroligende og avslappende. Rytmen er også avgjørende for hvordan den påvirker pasienten. Den skal bidra til å dra ned tempoet i kroppen. Målet med denne typen avspenning er at pasienten skal slippe å bruke energi for å forstå ord, men i stedet kan lukke øynene, slappe av og lytte til musikken (Rokstad, 2008, s.165).

3.3 Holdninger

I problemstillingen vår har vi tatt for oss ordet holdninger i forhold til forebygging. Ofte har mennesker ulike erfaringer fra de fortalte omgivelsene om sin demenslidelse. Noen opplevde at de trakk seg vekk, skammet seg eller protesterte. Disse reaksjonene kommer ofte spontant og ubevisst. Reaksjonene forbindes ofte med de holdninger som samfunnet råder over. Gjennom verdigrunnet og kulturen vi lever i vil det prege hva slags holdninger hver enkelt har (Rokstad, 2008, s.67).

Som sykepleiere og helsepersonell kan en bli preget av hvordan fagfeltet har beskrevet hvordan pasientgruppen med demens er (Rokstad, 2008, s.69). En kan oppleve å få negative holdninger rettet mot demensomsorgen fordi en kanskje tidligere har assosiasjoner til noe en tidligere har opplevd eller at det rett og slett skremmer oss. Disse holdningene kan få oss til å tenke at disse menneskene er sjelløse eller liknende. Når en er sliten og lei øker risikoen for de negative tankene og holdningene. Det er derfor svært viktig å være åpen og som sykepleier være svært bevisst på egne holdninger, og hvordan de kan påvirke. Det blir blant annet i boka til Rokstad og Smeby beskrevet at:

«En god holdning vil være å kjenne til de forandringene demmenssykdommen innebærer, og samtidig erkjenne det enkelte menneskets ubegrensede verdi- uavhengig av klasse, rase eller kognitiv funksjon. Grunnleggende gjelder det å vise respekt, empati og en positiv holdning til den personen vi kommuniserer med» (Henriksen, 2008, s.92).

Den viktigste jobben for sykepleiere blir å legge større vekt på hva slags opplevelser den enkelte har og anerkjenne hver enkelt. Relasjoner må bygges som baserer seg på samarbeid og aktivt jobbe for å fange opp pasientens perspektiv. For å bedre se hva slags ønsker og behov pasienten har må en se hva slags holdninger hver enkelt allerede sitter med og at en selv klarer å endre disse. For å klare å endre holdningene som en har mot personer med demens kan det være avgjørende at pasienten ikke skal observeres, men at sykepleieren heller lærer seg hva demens innebærer. Dette skjer gjennom pasienten med å se hvordan atferden og kommunikasjonsmåten blir påvirket (Rokstad, 2008, s.69).

3.4 Kommunikasjon

Vi har alle en medfødt evne til å kommunisere og i følge Eide & Eide menes det at hjelpende kommunikasjon er en kunst. Den hjelpende kommunikasjonen krever ferdigheter og er til stede for å kunne hjelpe pasienten. Gjennom åpenhet, tillit, forutsetning for nærhet og kontakt samt anerkjennelse er det med på å legge grunnlaget for en god relasjon. I tillegg er det å være lyttende, samt direkte viktige ferdigheter å ha med seg og ferdigheten er avhengig av å bli utviklet over tid gjennom å bli trent opp (Eide & Eide, 2007, s. 12-17).

To måter det er mulig å kommunisere på er gjennom verbal og nonverbal kommunikasjon. Når vi formidler kommunikasjonen gjennom kropp, blick, stemme, gester og har spontane reaksjoner kan det kalles for nonverbal kommunikasjon (Rokstad, 2008, s.91). Når vi kommuniserer med bruk av ord og språk kalles det for verbal kommunikasjon. Vi bruker da språket som en måte å uttrykke og presisere det vi vil formidle (Henriksen, 2008, s.91).

Demens er ofte med på å utfordre kommunikasjonsprosessen. Dette fordi kommunikasjonen mellom pasienten og sykepleieren ofte er preget av at det er svikt i de generelle kognitive og språklige ferdighetene som demens inneholder. Når en skal ha en samtale med personer med

demens skal fokuset være på mennesket og meningen, og mye mindre på selve diagnosen (Henriksen, 2008, s.93).

Det finnes tre hovedbegreper innenfor kommunikasjon for personer med demens som beskriver dypere det som er nevnt ovenfor. Disse er validering, reminisens og realitetsorientering. Vi kommer kun til å nevne to av disse da vi av erfaringsmessige grunner har opplevd at realitetsorientering ofte kan føre til mer uro og usikkerhet, spesielt i utfordrende situasjoner.

3.4.1 Validering

Denne kommunikasjonsmetoden er ikke basert på hva som er sann og reell informasjon, men hva pasientens fokus og opplevelse er i det øyeblikket. Her er det viktig og ikke korrigere personen eller lede dem frem til hva som er realistisk, men heller møte vedkommende der den er ved å bekrefte og anerkjenne det personen uttrykker. Tar en i bruk spørreordene hva, når, hvem, hvor og hvordan kan det bidra til å verdsette de følelsesmessige aspektene med det pasienten kommuniserer (Henriksen, 2008, s.105).

Når en går ut over sin egen referanseramme med sine problemer og bekymringer for å ha en empatisk forståelse for den andre kan dette beskrives som validering. En prøver å søke etter hva slags følelsesuttrykk som ligger bak pasientens utsagn og atferd, samt prøver å kartlegge meningen bak pasientens atferd. Det innebærer å kunne se pasientens atferd som meningsfull mestring og kommunikasjon (Rokstad, 2008, s.76)

Valideringsterapi legger vekt på den emosjonelle verden til personen. Metoden gir veiledning og retningslinjer for kommunikasjon ut fra følelser og meningen bak det som sies. Valideringsmetoden har mer fokus på konflikter som er uløst fra personens tidligere liv. Det er viktig at en lytter til pasienten og legger sine egne meninger til side, samt behov for å korrigere. En som utfører valideringsmetoden skal ha evnen til å forsøke å se og forstå pasienten perspektiv og møte hver enkelt på det individet er opptatt av (Henriksen, 2008, s.106).

3.4.2 *Reminisens*

Når en innhenter meningsfulle og personlige hendelser fra pasientens tidligere liv, kan dette kalles for reminisens. I en situasjon der pasienten er forvirret og usikker på hvem man er, kan det å hente frem meningsfulle minner bidra til å gjenkjenne følelsen av identitet. Når person med demens opplever at deres evne til å formidle og presentere seg er svekket kan reminisens være en god metode som kan hjelpe pasienten. Denne metoden kan også være en god antidepressiv behandling fordi noen pasienter med demens kan falle i en depresjon (Henriksen, 2008, s.104).

Innhenting av dårlige minner eller traumatiske hendelser i pasienten liv er noe en burde styre unna når en driver med minnearbeid. Hovedsakelig skal fokuset være på positive minner, da negative minner kan bidra til uro og endret atferd. Bilder, gjenstander, smak, lukt, musikk kan brukes for å øke mental produksjon (Henriksen, 2008, s.104).

3.5 Sykepleierteori

Vi ønsker i denne delen å ta for oss to sykepleieteoretikere som vi mener belyser problemstillingen vår. Det er Tom Kitwood og Joyce Travelbee.

3.5.1 *Tom Kittwood*

Kitwood sin teori la grunnlaget for personsentrert demensomsorg. Han hadde stor innflytelse på utviklingen av grunnprinsippene som personsentrert omsorg bygger på (Booker, 2013, s.11). Det finnes ulike måter å definere begrepet personsentrert omsorg. Ofte varierer betydningen fra person til person. Noen uttrykker at deres forståelse av personsentrert omsorg handler om individuell omsorg, mens for andre er det verdigrunnlaget (Booker, 2013, s.9).

Som nevnt over har Kitwood noen grunnprinsipper han mener personsentrert omsorg bygger på. Dette er blant annet beskrivelsen av en ny pleiekultur og viktigheten med å bevare personens verd. I tillegg er det å innta perspektivet til personen med demens, samt den utvidede modell for demens også noen av grunnprinsippene. Disse punktene framhever det teoretiske argumentet for personsentrert omsorg på en nyere måte (Booker, 2013, s. 11).

Booker skriver at personsentrert omsorg knyttet til personer med demens er blitt et sammensatt begrep. En kan lettere forstå personsentrert omsorg gjennom VIPS modellen som er hovedelementene i Kitwood sin metode (Booker, 2013, s.9).

VIPS modellen defineres slik:

V Et som anerkjenner menneskets absolutte verdi, uavhengig av alder eller kognitiv funksjon

I En individuell tilnærming som vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske

P Evnen til å forstå verden, sett fra personens perspektiv

S Etablering av et støttende sosialt miljø som dekker personens psykologiske behov (Brooker, 2013, s.9).

Gjennom fagartikkelen “Atferd er uttrykk for personlige opplevelser” kommer det frem at Kitwood bruker VIPS modellen for å fremheve hva personsentrert omsorg kan dreie seg om. Det kan blant annet være å verdsette personer med demens og gi dem omsorg ut fra det som passer hver enkelt individuelt. Det å forstå synspunktene personen gir uttrykk for og at de har et støttende sosialt miljø som er tilrettelagt er minst like viktig. Disse elementene må alle prioriteres likt for at en skal kunne bruke begrepet personsentrert omsorg mener Kitwood (Støback, 2015, s.73).

Slikt nevnt er Kitwood opptatt av å kunne se perspektivet til personen med demens. Han er opptatt av å forsøke å forstå hvordan personen med demens opplever den omsorgen de får. Han har derfor prioritert å kommunisere med de som opplever demens samtidig som han har vært innom sykehjem og dagsenter for å observere livet deres innenfor institusjonen. Kommunikasjon og relasjoner med pasientene la Kitwood stor vekt på, noe som la grunnlag for mye av hans arbeid. Gjennom dette kunne han lettere sette opp kartlegginger og metoder for å gjennomføre personsentrert omsorg (Brooker, 2013, s.14).

3.5.2 Joyce Travelbee

Vi har allerede nevnt Tom Kittwood som en sentral sykepleieteoretiker med sin tenkning og Joyce Travelbee er en annen. Hennes tenkning går ut på de mellommenneskelige aspektene

ved sykepleien. Hun har et menneskesyn der hun mener at ethvert menneske er unikt, uerstattelig og enestående som er forskjellig fra hva alle andre er (Kristoffersen, 2011, s. 216).

Når en serie med hendelser eller at mange ulike erfaringer inntreffer mellom en sykepleier og ett eller flere individ som har behov for hjelpen sykepleieren kan gi, blir ifølge Travelbee kalt en prosess. Hun ser nettopp på sykepleie som denne prosessen. Sykepleierens mål og hensikten er å hjelpe individet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom ved å finne mestring i erfaringene (Travelbee, 2001, s. 41).

Målet med Travelbees tenkning er å finne mestring og finne mening i erfaringer som følger med lidelse og sykdom som kan hjelpe personer. I menneske-til-menneske forholdet er en avhengig å klare å se kjennetegnene ved opplevelsene og erfaringene, slik at de blir ivaretatt. Selv om det etablerer god kontakt er det viktig at en også klarer å dele erfaringer og opplevelser. Dette er noe som skal deles mellom sykepleieren og pasienten, eller de som har behov for sykepleierens tjenester (Travelbee, 2001, s.41).

For å klare å oppnå målet er gjerne etablering av menneske-til menneske forhold helt sentralt. Gjennom dette forholdet er det viktig at rollene som pasient og sykepleier blir overvunnet, slik at en klarer å se hverandre for den en er. For å etablere et forhold er en interaksjonsprosess svært viktig, der forholdet går igjennom ulike faser. Det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt er nevnt som disse fasene (Kristoffersen, 2011, s.217-219).

Det innledende møte er ofte det aller første møte og sykepleier og pasient kjenner hverandre ikke. På grunn av hva som observeres og hva slags forventninger vi har til hverandre, kan det skje at vi dømmer hverandre. Her blir det viktig som sykepleier å bryte mønsteret og klare å se pasienten som person. Videre er det viktig å vise empati. Ved å vise empati i situasjoner med et annet menneske kan det gjøres at en opplever nærhet og kontakt. Sees dette i sammenheng med sykepleie vil en se hvor viktig forståelsen av informasjon er når det gjelder å forstå den andre personens indre opplevelser og ytre atferd (Kristoffersen, 2011, s.220).

Sympati er ofte en holdning eller innstilling på hvordan det tenkes og føles på hva sykepleieren formidler til den andre. Uttrykkes sympati for en annen, viser det at vi er engasjert i pasienten og bryr seg om den. Etablering av gjensidig forståelse og kontakt går ut på at det er et resultat på det som har skjedd i de tidligere fasene, og det utvikles når sykepleieren i handlinger har vist forståelse for pasienten (Kristoffersen, 2001, s. 220-221).

Som sykepleier er kommunikasjon et av de viktigste redskapene når det skal etableres kontakt med mennesker. Travelbee mener at kommunikasjon handler om at mennesker formidler sine tanker og følelser til hverandre. Når en sykepleier kommuniserer med en pasient blir de kjent med hverandre. I denne prosessen må sykepleieren klare å skille ut denne pasienten fra de tidligere pasientene en har hatt, og skille mellom sine egne behov og pasientens behov (Kristoffersen, 2011, s. 221).

Kommunikasjonsteknikker og ferdigheter er noe som må utvikles kontinuerlig, og disse teknikkene er svært verdifulle når det er ønske om å oppnå resultater der det kan oppstå utfordrende situasjoner. Å bruke seg selv terapeutisk, mener Travelbee er et kjennetegn på en profesjonell sykepleier. Ved å gjøre dette kan det forekomme en forandring hos pasienten. I tillegg er det viktig at en sykepleier kan gi en målrettet tilnærming. Ved å bruke sine fagkunnskaper og innsikt vil en klare å se hva slags behov pasienten har, og møte disse på en best mulig måte (Kristoffersen, 2011, s. 222).

4. Diskusjon

I denne diskusjonsdelen av oppgaven ønsker vi å diskutere vår problemstilling «*hvordan kan sykepleiere, gjennom holdninger og kommunikasjon, bidra til å forbygge utfordrende atferd hos personer med demens?*». I teoridelen har vi tatt for oss sentrale elementer av problemstillingen som er viktig for å forstå og kunne se sammenhengen i diskusjonsdelen. Ved bruk av teori, forskning og egne erfaringer skal vi drøfte og se ulike sider av problemstillingen. Til slutt vil vi komme til en konklusjon som oppsummerer det vi har kommet frem til i drøftingen.

Det finnes mange ulike grunner til hvorfor utfordrende atferd oppstår og i situasjoner der pasienten kan føle seg truet, redd, forvirret, utrygg, samt en følelse av og ikke ha kontroll være eksempler på dette (Rokstad, 2008, s.181-183).

I slike situasjoner oppstår det utfordringer som kan være vanskelige for både pasient og sykepleier. Pasientens atferd kan være forandret, som gjør at det å forstå hva som er galt og hvordan vi kan hjelpe kan i noen tilfeller være uklart. For pasienter med demens vil deres evne til å forstå og uttrykke seg gradvis svekkes, og da kommer viktigheten av sykepleierens forståelse og kunnskap. Har personalet kunnskap og forståelse kan dette bidra til å bedre forstå hva pasienten ønsker å uttrykke. Kunnskapen vil gi sykepleiere evnen til å kunne kartlegge for å se helheten i situasjonen. Ved hjelp av kartleggingen skal sykepleieren se om det foreligger andre helsemessige årsaker til atferden eller om det er en gradvis utvikling av diagnosen (Rokstad, 2008, s.189).

En pasient vandrer urolig frem og tilbake i korridoren gjennom store deler av dagen. Han snakker uklart og sykepleier har problemer med å forstå hva han ønsker å uttrykke. Sykepleier prøver å tilnærme seg pasienten ved å få han med tilbake til stuen for å sette seg. Når sykepleier prøver å snu pasienten i korridoren blir han urolig, sint og prøver å slå med den ene armen, mens han sier «nei», «nei», «nei», «går ikke». I denne situasjonen er grunnen til at pasienten er urolig, vandrer og har forandret atferd, fordi han har en urinveisinfeksjon. Han kjenner på blant annet svie nedentil, men får ikke til å uttrykke dette godt nok.

Situasjonen er en reell situasjon som vi ofte har opplevd i praksis. I denne situasjonen kan en lure på hvorfor pasienten er så urolig. Pasienten klarer å uttrykke at han ikke vil tilbake til stuen, men han klarer ikke å uttrykke hvorfor. Dette kan være fordi pasienten for eksempel opplever noe med seg selv som ikke er normalt, men klarer ikke helt å sette ord på det. Vi har i tilfeller opplevd sykepleiere som har vært usikre på hvordan de skal håndtere en slik situasjon på grunn av mangel på kunnskap. Er en faglig oppdatert på diagnosen og utfordrende atferd kan det være lettere å kunne se dypere enn pasientens atferd i øyeblikket. Opplever sykepleieren i denne situasjonen at pasienten har vært ekstra forvirret, vandret mer og opplevd mer utfordrende situasjoner kan en stille spørsmål med sin kunnskap om dette kan skyldes en annen helsemessig årsak enn at pasienten er i en dårlig periode.

For å yte god omsorg er det viktig som sykepleier å være beredt, fleksibel og ha kunnskap og kjennskap til pasienten som vi har nevnt. Dette kommer frem i forskningsartikkelen beredt og fleksibel: «*God omsorg for urolige personer med demens*». Med beredt menes det i artikkelen at personale alltid var på utkikk etter eventuelle situasjoner, og alltid klar når noen trengte hjelp. Var det endringer i pasientens humør eller tilstand tydet dette ofte på at det kunne oppstå en situasjon. Med å være fleksibel mentes det at personale hadde opparbeidet seg en forståelse og evne til å takle pasientens opptreden. Dette betydde at personalet hadde akseptert mange av handlingene pasientene gjorde, og at de forstod hvorfor handlingene ble gjort. Igjen ble det trukket frem viktigheten av kunnskap og kjennskap til pasienten. Skal det utøves god omsorg trengs det kunnskaper og kjennskaper til pasientens væremåte og vaner (Thorvik et al, 2014). Når det snakkes om god omsorg kan vi dra inn Kitwood sitt syn på personsentrert omsorg. Det innebærer å verdsette pasientene, gi individuelt tilpasset omsorg, forstå de synspunktene pasienten gir uttrykk for og legge til rette gjennom et støttende sosialt miljø (Støback, 2015). I fagartikkel *atferd er uttrykk for personlige opplevelser: Om kompetanseprogrammet «forståelse og mestring av utfordrende atferd hos personer med demenssykdom»* tar den også for seg viktigheten av kunnskap og kompetanse. Hensikten med artikkelen er at sykepleiere skal få kunnskap og kjennskap til forskjellige handlingsalternativer når utfordrende atferd oppstår. Programmet legger vekt på at sykepleiere skal få kunnskap om hvordan atferden kan fremtrede, og at sykepleiere kan legge frem sitt syn på de utfordrende situasjonene og deres opplevelser (Støback, 2015).

Artikkelen viser sammenhengen mellom viktige elementer som kan ha stor betydning i måten en sykepleier vil håndtere en utfordrende atferd. Å være faglig oppdatert vil gjøre at sykepleieren blir mer forberedt og fleksibel når situasjoner oppstår, men på en annen side vil en aldri kunne tenke hvordan pasienten blir eller hvordan situasjonen utvikler seg. Er kunnskapene og kompetansen god kan dette føre til at sykepleieren kanskje blir bedre egnet til å takle de ulike situasjonene.

På bakgrunn av artiklene ser vi at for å kunne lykkes med en bedre tilnærming og for å skape god omsorg i utfordrende situasjoner er faglige oppdatering helt nødvendig. Vi ser allikevel at som sykepleier kan det være vanskelig å forebygge utfordrende atferd og at akutte situasjoner kan oppstå. Men ved å være forberedt, gi individuell omsorg og legge til rette for at pasientene kan uttrykke seg kan det være med på å forhindre og forebygge situasjoner der utfordrende atferd oppstår.

Vi har til nå i diskusjonen tatt for oss utfordrende atferd og sett på hvordan en kan gå frem i en situasjon og sett hvor viktig kunnskap er. Som menneske ønsker vi å bli sett, forstått og møtt med respekt. Det er viktig å bli sett som det enkelte mennesket og at vi alle har ulike perspektiv. De holdningene sykepleier viser er det viktig å være bevisst på fordi de kan påvirke pasienten negativt, og er viktige for å forebygge utfordrende atferd (Rokstad, 2008, s.69).

Travelbee bygger under dette på hvor viktig menneske-til menneske forholdet er. I dette forholdet er det viktig at hverandre blir sett, og at verdien i hvert enkelt menneske blir sett. Travelbee ser også på det unike i mennesket (Travelbee, 2001, s.41). For å oppnå en god relasjon mellom sykepleier og pasient avhenger det av at gode holdninger vises fra sykepleieren. Pasienten skal bli møtt med empati, sympati og forståelse (Kristoffersen, 2011, s.217-219). Kitwood mener ut fra VIPS modellen blant annet at en individuell tilnærming skal vektlegge det unike hos hvert enkelt menneske. I tillegg er han opptatt av at evnen til å forstå verden skal bli sett fra personens perspektiv og anerkjenne menneskets absolutte verdi skal gjøres uavhengig av alder eller kognitiv funksjon (Brooker, 2013, s.9).

I en sammenheng med holdninger mener disse to teoretikerne at mennesket skal stå i sentrum, og ikke diagnosen. Mennesket er uerstattelig og enestående. For en sykepleier blir det viktig å møte personen med demens der den er i livet. Her skal situasjonene sees fra

pasientens synspunkt, samt huske at alle er forskjellig. Ofte opplever vi i praksis at sykepleiere har samme holdning ovenfor alle pasienter. Mange har samme behandlingsmetode for alle pasientene da fokuset er pasienten med demens. Travelbee og Kitwood fremhever i deres teori at en skal se pasienten som et eget individ. Ved å gjøre dette kan sykepleiere se situasjonen og sette opp tiltak som passer den enkelte i håp om å forebygge utfordrende atferd. De holdningene vi har ovenfor pasienten i en utfordrende situasjon vil ha mye å si om hvordan vi klare å se pasienten. Er sykepleieren lei og negativ til en pasient som har vandret i korridoren hele vekten kan det ha en påvirkning på hva slag holdning pasienten blir møtt med. Sykepleieren vil da kanskje ikke klare å møte pasienten med respekt og forståelse. Dette er noe vi ofte har opplevd i praksis.

I Støback sin fagartikkel kommer det frem at når personale blir sliten, lei og oppgitt er det da de negative holdningene kan komme. De negative tankene og holdningene kan rettes mot personer med demens. I tilfeller kan også frustrasjon og sinne vises. Det er svært viktig å reflektere og ha samtaler rundt opplevelsen av utfordrende atferd (Støback, 2015). I forskningsartikkelen Edvardsson Et al har skrevet kommer det frem at sammenhengen mellom utfordrende atferd og personellets trivsel og arbeidsmengde er stor. Resultatet av forskningen viste at opplevde personalet høyt arbeidspress var det oftere at utfordrende situasjoner oppsto. Dette kom ofte fordi tålmodigheten var kortere og tilnærmingen for å forhindre slike situasjoner ble dårligere. På sykehjem der personale opplevde lavt arbeidspress, oppsto det færre situasjoner som var utfordrende. Dette på grunn av at personale hadde bedre tid, mindre stresset og hadde muligheten for å ta i bruk tiltak som er mer tidskrevende, men som er effektive for den individuelle pasient (Edvardsson Et al, 2008).

Det artiklene bygger under er noe vi selv har opplevd i praksis. Under praksis på en skjermet enhet for pasienter med demens opplevde vi stor forskjell i hvordan utfordrende atferd ble håndtert. Vi hadde en pasient som gråt og vandret mye gjennom dagen. Hun hadde ikke språk, og fikk derfor ikke til å uttrykke hvorfor hun var lei seg. Når hun hadde perioder der hun vandret og gråt var det vanskelig å berolige henne. Både medpasienter og ansatte reagerte på dette. Det som fungerte mot uroen var når en ansatt kunne ta seg tid og sette seg ned og holde henne i hånden. Dette var noe som fungerte de fleste dagene. Hadde ansatte muligheten til å gi pasienten den oppmerksomheten og nærkontakten hun trengte bidro dette

til å forebygge urolige atferd hos pasienten. De vaktene der det var få ansatte på jobb og de ikke hadde muligheten til å sette seg ned med henne var de dagene hun var mest urolig. Lite fungerte, angsten og uroen økte. Når dette skjedde så en stor forskjell på personalet. De ble slitne og lei, noe som reflekterte over holdningen de hadde når de møtte pasienten.

Dette eksemplet bygger under mye av det teoretikerne og artiklene formidler om personales holdninger ovenfor pasienter med demens. Har sykepleierne de ressursene som skal til for å kunne se individet kan det bidra til å bedre måten vi utfører helsehjelp. God kunnskap og tilstrekkelig ressurser kan føre til bedre holdning blant sykepleiere, som igjen kan føre til en bedre opplevelse for pasienten.

Vi vil nå diskutere kommunikasjonsmetode i møte med personer med demens og hvordan de forskjellige metodene kan bidra til å forebygge utfordrende atferd. Kommunikasjon er utøvende der handlingene blir vist på bakgrunn av kunnskap, forståelse og holdninger.

Vi mennesker har alle behov for å kommunisere, og personer med demens er intet unntak. Som sykepleier må du kunne kommunisere med alle slags mulige pasienter og livssituasjoner. Vi skal kunne forklare, lytte og være åpen ovenfor pasienten.

Kommunikasjon er ferdigheter som krever å bli trent opp for å hjelpe på den beste måten. Sykepleieren har en stor oppgave ved å synliggjøre kommunikasjonen, og sette i gang ulike tiltak for at den andre parten skal forstå (Eide & Eide, 2007, s.12-17).

Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient med demens blir ofte utfordret fordi kommunikasjonen er preget av svikt i kognitive og språklige ferdigheter hos personen med demens, slik vi har nevnt. Blir kommunikasjonen uklar oppstår det ofte forvirring, utrygghet og misforståelser. Opplever pasienten dette kan det føre til utfordrende atferd. Er det trygghet, tillitt og åpenhet mellom sykepleier og pasient vil igjen kommunikasjonen bli tydeligere (Henriksen, 2008, s.91-93).

At budskapet blir forstått av begge parter er etter vår mening svært viktig. Dette er spesielt viktig for personer med demens, da det ofte kan oppsto misforståelser. Travelbee mener at selve kommunikasjonen handler om å formidle sine tanker og følelser til hverandre. Gjennom å kommunisere blir sykepleieren kjent med pasienten. Hun mener videre at god kommunikasjon må trenes opp kontinuerlig og brukes som teknikker, men at disse

teknikkene er svært verdifulle når det oppstår utfordrende situasjoner. I tillegg kan disse også brukes når ting skal formidles på en enkel måte (Kristoffersen, 2011, s.221). Teoretikeren Kitwood bygger under noe av det sammen som Travelbee mener. Han legger stor vekt på kommunikasjon og relasjoner, og mener at gjennom god kommunikasjon, samt en god relasjon vil det gjøre det lettere å kartlegge for å gi hver enkelt personsentrert omsorg (Brooker, 2013, s.14).

Et punkt Travelbee nevner er at kommunikasjon må trenes opp. Kommunikasjon er noe vi mener en aldri vil bli ekspert på. Måten vi kommuniserer vil være avhengig av den situasjonen vi er i og hvem vi kommuniserer med. Som sykepleiere vil vi møte mange forskjellige situasjoner gjennom en vakt der vår kommunikasjonsmåte blir lagt opp for å tilpasse situasjonen. I møte med en pasient med demens er dette noe vi har opplevd gjentatte ganger i praksis. Vi ser at hver enkelt har forskjellige behov for kommunikasjon, mye etter hvilken demensdiagnose de har. I et par av forskningsartiklene vi skal diskutere lenger ned ser vi også behovet for kontinuerlig kommunikasjonstrening blant sykepleiere.

Undersøkelsene som blir gjort krever at personalet gjennomfører kommunikasjonstekniker som validering og reminisens over en lengere periode for å kunne kartlegge effektiviteten. Når sykepleiere bruker tid på å trene på god kommunikasjon vil det øke muligheten til å spre kunnskapen og ferdigheten blant personale. Ofte har vi i praksis opplevd at det er enkelte av personale som har en spesiell god relasjon med enkelte pasienter og at de da ofte har gitt gode tips til andre som ikke lykkes med kommunikasjonen. Dette mener vi er viktig for både pasient og sykepleier. Det å kunne dele på kunnskapen og teknikker vil føre til en bedre opplevelse for pasienten har vi erfart. Dette er noe av det Kitwood formidler. Et godt kommunikasjonsgrunnlag og relasjon med pasienten vil være viktig i hvordan vi ser og møter den enkelte pasienten i en utfordrende situasjon. Derfor er det viktig at sykepleiere kan dele sin kunnskap mellom seg i håp om å bedre pasienten opplevelser med flere.

Kommunikasjonsmetoder som vi har nevnt gjennom oppgaven er validering og reminisens. Disse er sentrale begreper å bruke i kommunikasjon til pasienter med demens. Vi kan først se på begrepet validering. Dette er et begrep som går ut på møte pasienten der den er i øyeblikket. Fokuset er ikke å korrigere pasienten eller legge fokuset på hva som er reelt, men å bekrefte pasientens følelser og tanker i øyeblikket (Henriksen, 2008, s.105). Begrepet validering kan i mange tilfelle underbygge det Kitwood og Travelbee sier om personsentrert

omsorg og mennesket- til mennesket forholdet. Begge understreker at vi skal se pasienten og møte dem der den er. Vi skal kunne se situasjonen fra deres perspektiv og legge til side våre meninger og synspunkt for å kunne gi pasienten en følelse av at deres følelser og meninger er verdsatt. Valideringsmetoden gjør akkurat dette. Den gir pasienten muligheten til å uttrykke seg selv og blir møtt med empati og respekt.

Artikkelen «conversation between persons with dementia disease living in nursing homes and nurses- qualitative evaluation of an intervention with the validation method» viser hvordan bruken av valideringsmetoden kan bidra til å forebygge utfordrende atferd, samt å gi pasienten en følelse av å bli akseptert slik den er. I løpet av en et års periode ble en undersøkelse gjennomført på et sykehjem der sykepleierne hadde en til en samtale med pasientene som deltok i undersøkelsen. Samtalene ble ikke lagt opp på forhånd og sykepleieren skulle inn å snakke med pasienten og bruke validering for å se hvor mottakelig pasientene var for samtalen. Gjennom analysering av videoene som ble tatt av samtalene fikk vi se hvordan sykepleierens holdning og bruk av validering bidro til å gi pasientene lyst til å delta i samtalen. Videoene viste en klar forskjell på hva som fungerte og ikke fungerte. Et eksempel var fra da sykepleieren hadde samtale med en pasienten der hun ikke brukte valideringsmetoden. Da begynte pasienten å spørre etter sønnen, eller tok opp tema som ikke var reelt eller aktuelt for samtalen prøvde sykepleieren å korrigere og realitetsorientere pasienten. Videoanalysen viste da at pasienten trakk seg unna og var lite interessert i å kommunisere med sykepleieren. Måten sykepleieren kommuniserer med pasienten kunne tolkes som noe nedlatende der det virket som om hun prøvde å få fram at pasienten ikke visste hva hun pratet om. Pasienten fikk ikke uttrykke det hun hadde i tankene i øyeblikket noe som bidro til at hun trakk seg unna samtalen og begynte å se ut av vinduet (Söderlund Et al, 2016).

En annen videoanalyse viste det motsatte av forrige situasjon. I denne samtalen hadde vi en sykepleier som tok i bruk valideringsmetoden på en god måte. Hun lyttet til pasienten og fulgte samtalen der pasienten ledet den. Pasienten fikk uttrykke seg selv og ble møtt med respekt og forståelse. Dette førte til at pasienten ble mer åpen i samtalen. De lo og pratet om akkurat det pasienten tok opp, noe som så ut til å gi henne en følelse av trygghet med sykepleieren (Söderlund Et al, 2016).

Disse eksemplene viser hvor god valideringsmetoden er i samtale med en som har demens. Dette er en kommunikasjonsmetode som ikke bare vil fungere for de med diagnosen, men også generelt for mennesker. Vi vil alle bli møtt med respekt og forståelse når vi kommuniserer med noen. Med en demens diagnose står en i fare for at samfunnet ser noe ned på deg og har en annen holdning når de møter deg slik vi har nevnt. Da er det viktig å kunne møte en sykepleier som ser deg som person og erkjenner det du uttrykker til en hver tid. Dette ikke bare i en situasjon der du er rolig slik det blir beskrevet i undersøkelsene over, men også i en situasjon der det oppstår utfordrende atferd. Er pasienten urolig under et stell og uttrykker at «jeg vil ikke» skal ikke sykepleieren tenke at pasienten må stelles på grunn av rutinene, og derfor overse det pasienten uttrykker. En kan eventuelt komme tilbake litt senere eller prøve å kommunisere på en annen måte

Det andre begrepet vi kan ta i bruk, når vi vil bidra til forebygging av utfordrende atferd gjennom kommunikasjon, er reminisens. Reminisensmetoden som vi har nevnt går ut på å innhente viktige og meningsfulle minner hos pasienten som kan bidra til å gi dem en følelse av trygghet og identitet. Det kan tenkes at det å ha sykepleiere som kjenner pasientenes tidligere liv vil være viktig i å kunne hjelpe dem i situasjoner der de er usikre eller forvirret (Henriksen, 2008, s.104). Artikkelen “Identity - supportive nursing of patients with dementia in nursing homes” bygger under denne påstanden. Her er det gjort en undersøkelse på to forskjellige sykehjem, der undersøkelsen gikk ut på hvordan personales kjennskap til pasientens tidligere og nåværende liv kan bidra til å redusere utfordrende atferd. På det sykehjemmet som var lokalisert lengre ut på bygda der personalet kjente pasientene godt var det lettere å forebygge utfordrende atferd med bruk av innhenting av trygge minner fra pasientenes tidligere liv. På det andre sykehjemmet som var plassert i byen var det derimot dårligere kjennskap til pasientenes liv, noe som gjorde det mer utfordrende i situasjoner der pasientene var urolig. Begge sykehjemmene la vekt på godt kjennskap til pasientene og var opptatt av at personalet skulle kjenne pasientene godt. De tok imot hjelp fra pårørende, hadde en bok som het min historie der viktig informasjon fra pasientens liv ble utfylt. Ikke minst var de opptatt av å prate med pasientene og la de uttrykke hvem de var (Drageset Et al, 2015).

Vi kan se på et eksempel der vi ser hvor viktig bruk av reminisens kan bidra til å trygge pasienten i en utfordrende situasjon. Vi hadde en pasient i praksis som plutselig kunne

begynne å gråte og uttrykke at hun ville hjem, fordi foreldrene hennes ikke elsket henne og at de ble sinte på henne om hun kom hjem for sent. Hun hisser seg fort opp når hun tenker på dette og ble mer sint og lei seg om personale prøvde å uttrykke at hun ikke kunne dra hjem fordi hun bodde på sykehjem. Da personale gikk inn i situasjonen med kunnskap om hennes forhold til foreldrene og kunne fortelle henne at foreldrene var glad i henne og at hun hadde et godt forhold til dem ble pasienten roligere og fant trygghet i dette. Personale kunne da snakke om noen fine minner hun hadde med foreldrene, og dette likte pasienten godt som bidro til at situasjonen ikke utviklet seg.

Om vi ser for oss en situasjon der pasienten snakker om sønnen og spør hvor sønnen er, kan sykepleieren med kunnskap om pasientens liv møte pasienten med gode minner om pasientens forhold til sønnen i stedet for å prøve å skifte tema på grunn av mangel på kunnskap om dette. Når dette gjøres brukes reminisens som en kommunikasjonsmetode. Hvis en tenker at en står i akkurat samme situasjon, men velger i stedet å bruke validering møtes pasienten der den akkurat er i øyeblikket. I dette tilfelle vil sykepleieren møte pasienten i situasjonen ved å anerkjenne pasientens følelser, tanker og bekrefte disse. I noen situasjoner kan sykepleieren velge å bruke den metoden som passer best til situasjon, men en kombinasjon av disse to metodene kan også brukes. I en utfordrende situasjon kan det være like viktig å ha kunnskaper om pasientens tidligere liv, men også å klare å anerkjenne pasientens tanker og følelser.

Vi har nå tatt for oss to typer kommunikasjonsmetoder som kan være med på å forebygge i situasjoner med utfordrende atferd. Musikk er en annen type metode som er mye brukt for å berolige og få pasientene til å falle til ro i utfordrende situasjoner. I den oppsummerte forskningen «The effects of music therapy for older people with dementia» kommer det frem at musikk ofte blir brukt som terapi og avledning. Forskningene gikk ofte ut på pasienter med demens som bodde på sykehjem eller skjermet enhet og som hadde en lidelse med moderat grad. Undersøkelsene tok for seg der helsepersonell skulle legge til rette for at pasientene skulle få høre på musikk noen dager i uken i perioder på noen uker og måneder. Her var det selvsagt kjent musikk for pasientene som måtte spilles. Hensikten var å se hva slags påvirkning musikken hadde som terapi på pasientene og hvordan atferden gjennom disse ukene og i ettertid ville eventuelt endre seg. I ettertid kommer det frem at undersøkelsene viste at musikk bidro til å redusere aggresjon og irritabilitet. Samtidig er det

også viktig å være kritisk og dette kommer frem i artikkelen. Forskningen viste at selv om musikk hjalp varte dette kun i kort perioder. Dette er derfor noe som måtte gjennomføres jevnlig, slik at resultatene fortsatt kom da mange av pasientene hadde episoder med aggresjon og utfordret atferd etter at undersøkelsene var ferdige (Michelle Wall, Anita Duffy, 2010).

I sykehjemspraksis 1. året på sykepleierutdanningen hadde vi en pasient som hadde alvorlig grad av demens. Dette var en pasient som hadde mistet språket fullstendig og som ikke hadde mulighet til å uttrykke seg verbalt. Under stellesituasjoner merket vi spesielt uro hos pasienten. Hun ble stiv i kroppen og var tydelig redd da hun ikke viste hva som foregikk. Gjennom informasjon av hennes pårørende fikk vi vite at pasienten alltid har vært glad i musikk, og at dette var noe som beroliget henne når hun ble engstelig. Angst var noe pasienten slet mye med gjennom livet, noe som nå hadde forverret seg med diagnosen. Sykepleieren brukte da musikk som en god avspenningsmetode for pasienten, spesielt under stellesituasjonen. Når vi satt på musikk som var kjent for pasienten, så vi klart hvordan hun lente seg tilbake og slappet av i kroppen. Enkelte ganger klarte hun til og med å synge til sangene, noe som var fint da hun ellers ikke klarte å utstykke seg verbalt. Å stille pasienten ble mye enklere når hun kunne finne trygghet i musikken og sykepleieren.

Dette eksemplet bygger under godt det forskningene har kommet fram til. Bruk av kjent musikk kan være med på å avspenne pasienter i situasjoner er de er redde eller urolige. De kan finne trøst i melodier som de forbinder med gode minner fra deres liv, noe som er utrolig viktig da diagnosen vil føre til hukommelsestap. Dette er en form av reminisensmetoden som vi har skrevet om tidligere. Å kjenne pasienten godt nok til å kunne hente musikk som pasienten liker og er kjent med kan være med å bidra til å forebygge utfordrende atferd. Det er viktig at bruk av musikk skjer jevnt slik at pasienten kan forbinde det med en rutine som hjelper dem i hverdagen. Dette var noe som viste seg viktig hos pasienten i eksemplet over. En kan ikke påstå at musikk vil fungere hver morgen under stell, da en aldri kan vite pasientens atferd, men av erfaring har vi sett at musikk kan være en fin metode og bruke i situasjoner med utfordrende atferd.

5. Konklusjon

Gjennom vår oppgave har vi diskutert hvordan utfordrende atferd kan endres og hva slags faktorer som spiller inn for å kunne endre en situasjon. I diskusjonsdelen ble dette diskutert på bakgrunn av teori, forskning og erfaringer. Her så vi på viktigheten av å arbeide kunnskapsbasert og se hva kunnskap kan bidra med når en utfordrende situasjon oppstår. Noe av det vi kom frem til, var at når sykepleieren kunnskaper og forståelse for pasientens diagnose kan det bidra til at både pasient og sykepleier opplever situasjonen som annerledes. Akkurat som våre nevnte teoretikere mener, er det å se selve mennesket bak diagnosen og møte mennesket akkurat der den er viktig. Det å ha kjennskap til pasientene, samt kunne utøve god omsorg kan i mange tilfeller bidra til å hjelpe pasientene på en god måte.

Oppsummerer vi denne oppgaven er helt klart kommunikasjon en viktig del. De ulike kommunikasjonsmetodene vi har diskutert er metoder som ofte baserer seg på å kunne se pasienten, noe som kommer godt fram i oppgaven. Klarer en å gi dem en følelse av at deres opplevelser og meninger er verdsatt kan det føre til at det skapes trygghet og tillitt som er svært viktig for en sykepleier for å mestre de utfordrende situasjonene best mulig.

For å svare på problemstillingen er det mange faktorer som spiller inn i hvordan en sykepleier vil handle i utfordrende situasjon. Vi har diskutert at manglende kunnskap kan ha en negativ påvirkning og at dårlige arbeidsforhold med dårlig bemanning og høyt arbeidspress også kan påvirke. Samtidig kan vi se at gjennom et godt kunnskapsgrunnlag kan det føre til at sykepleierens forståelse av pasientens atferd kan utvides, som igjen kan føre til at sykepleierens kommunikasjon og holdninger kan bedres i møte med pasienten.

Vi kan igjen konkludere med at for å kunne lykkes med en bedre tilnærming og skape god omsorg i utfordrende situasjoner er faglig oppdateringer helt nødvendig. Vi ser allikevel at som sykepleier kan det være vanskelig å forebygge utfordrende atferd og at akutte situasjoner vil kunne oppstå. Men vi mener at ved å være forberedt, gi individuell omsorg og legge til rette for at pasientene kan uttrykke seg kan det være med på å forhindre og forebygge situasjoner der utfordrende atferd kan oppstå.

Med tanke på veien videre ønsker vi å utøve det vi har lært gjennom å skrive denne bacheloren ute i jobb. Vi ønsker å ta i bruk mer de ulike kommunikasjonsmetodene, da en alltid kan innhente god lærdom rundt kommunikasjon. Vi ønsker samtidig som fremtidige sykepleiere å være lyttende, søkende og trygge i våre roller og håper gjennom denne oppgaven og nettopp klare dette.

6. Litteraturliste

Litteratur merket med * i litteraturlisten er selvvalgt litteratur.

*Aldring og Helse. (2017). Nasjonal kompetansetjeneste, 2017. Hentet fra

<http://www.aldringoghelse.no/demens/demenssykdommer/>

*Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg – Veien til bedre tjenester*. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Drageset, I. Normann, H.K & Elstad, I. (2015). Identity – supportive nursing of patients with dementia in nursing homes. *Nordisk sygeplejeforskning*, 3 (5) 296-310. (15 sider)

Hentet fra: https://www.idunn.no/nsf/2015/03/identity-supportive_nursing_ofpatients_with_dementia_innu

*Edvardsson, D. Sandman, P.O. Nay, R. Karlsson, S. (2008). Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care. *International Psychogeriatrics: Cambridge*, 20 (4), 764-776. (14 sider). Hentet fra: <https://doi.org/10.1017/S1041610208006716>

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Demensplan 2015 «Den gode dagen». Hentet fra

https://www.regjeringen.no/contentassets/80a24704aba7477d946fee1000fcf81f/demensplan_2015.pdf

Henriksen, K. W. (2008). Kommunikasjon. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smeby (Red.), *Personer med demens – møte og samhandling*. (1 utg., s. 87-113). Oslo: Akribe AS.

Kristoffersen, N. J, F. Nordtvedt & E. A. Skaug (2011). Om sykepleie. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: bind 1 – sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar.* (s.15-29). Oslo: Gyldendal Akademisk:

Kristoffersen, N. J (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie: bind 1 – sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar.* (s. 207-270). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Oria (2018). Hentet fra:

<https://www.inn.no/bibliotek>

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2018). Hentet fra:

<https://lovdata.no/>

*PubMed (2018). Hentet fra:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Ranhoff, A. H. (2014). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I Kirkevold, M., Brodtkorb & Ranhoff, A.H. (Red.) *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten.* (2 utg., s.162-173). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Rokstad, A. M. M. (2008). Forståelse som grunnlag for samhandling. I A. M. M. Rokstad & K. L Smeby (Red.), *Personer med demens – møte og samhandling.* (1 utg., s. 60-86). Oslo: Akribe AS.

Rokstad, A. M. M. (2008). Hva er demens? I A. M. M Rokstad & K. L Smeby (Red.), *Personer med demens – møte og samhandling.* (1. utg., s.27- 45). Oslo: Akribe AS.

Rokstad, A. M. M. (2008). Miljøbehandling. I A. M. M Rokstad & K. L Smeby (Red.), *Personer med demens – møte og samhandling.* (1. utg., s.152-179). Oslo: Akribe AS.

Rokstad, A. M. M. (2008). Utfordrende atferd. I A. M. M. Rokstad & K. L Smeby (Red.), *Personer med demens – møte og samhandling.* (1 utg., s. 180- 206). Oslo: Akribe AS.

*Støback, A. M (2015). Atferd er uttrykk for personlige opplevelser: Om kompetanseprogrammet «Forståelse og mestring av utfordrende atferd hos personer med demenssykdom». *Tidsskrift for omsorgsforskning* (10 sider). Hentet fra:

https://www.idunn.no/file/pdf/66784802/atferd_er_uttrykk_for_personlige_opplevelser_-_om_kompetans.pdf

*SveMed+ (2018). Hentet fra:

<https://svemedplus.kib.ki.se/>

*Söderlund, M. A, Cronqvist. A, Norberg. B.M, Ternestedt & G, Hansebo. (2016). Conversations between persons with dementia disease living in nursing homes and nurses – qualitative evaluation of an intervention with the validation method. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16:30, 37-47. (11 sider). Hentet fra:

<https://doi.org/10.1111/scs.12219>

*Thorvik, K. E, Helleberg, K & Hauge, S. (2014). Bredt og fleksibel: God omsorg for urolige personer med demens. *Sykepleien*. (10 sider). Hentet fra:

<https://sykepleien.no/forskning/2014/10/god-omsorg-urolige-personer-med-demens>

*Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Wall, M & Duffy, A. (2010). The effects of music therapy for older people with dementia. *The PubMed Database of systematic Reviews*

<http://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.2.4629>.

7. Vedlegg

7.1 Vedlegg 1

Database	Søkeord	Kombinasjonsord	Treff	Artikkel i fulltekst
Funnet via både SveMed + og PubMed.	Communication	Communication AND dementia	124 treff Artikkel nr. 12	“Conversations between persons with dementia disease living in nursing homes with the validation method”
Sykepleien.no Funnet: 14/4-18	Demens	Demens OG utfordrende atferd	25 treff Artikkel nr. 11	«God omsorg for urolige personer med demens»
SveMed+ Funnet: 14/4-18	Dementia	Dementia AND challenging behavior	307 treff Artikkel nr. 41	Atferd er uttrykk for personlige opplevelser: Om kompetanseprogrammet «Forståelse og mestring av utfordrende atferd hos personer med demenssykdom.
SveMed+ Funnet: 16/4-18	Dementia	Dementia AND challenging behavior	Treff 363 Artikkel nr. 44	“Identity – supportive nursing of patients with dementia in nursing homes”

<p>PubMed.</p> <p>Hentet i fulltekst via oria.</p> <p>Funnet: 14/4-18</p>	<p>Nursing staff, dementia</p>		<p>Treff 2236</p> <p>Artikkel nr. 77</p>	<p>«Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care»</p>
<p>PubMed.</p> <p>Hentet i fulltekst via oria</p> <p>Funnet: 26/4-18</p>	<p>Music</p>	<p>Dementia AND music therapy</p>	<p>466 treff</p> <p>Artikkel nr. 28</p>	<p>“The effects of music therapy for older people with dementia”</p>