



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum  
Avdeling for folkehelsefag

**4BACH kull 2010 - 2013**

Janne Elisabeth Finli, Sigrid Folgerø og Stine Høiberg Aas  
Veileder: Liv Bekkeli

## Demens og utfordrende atferd

## Challenging behavior and dementia

Ord: 13 147

Bachelor i sykepleie, 2010

2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

## Sammendrag

Denne oppgaven tar for seg utfordrende atferd hos personer med demens, og hvordan sykepleiere kan forebygge denne typen atferd gjennom kunnskap, kommunikasjonsmetoder og tillitt. Problemstillingen lyder:

Hvordan kan sykepleiere forebygge utfordrende atferd hos personer med demens i en skjermet enhet?

Oppgaven bygger på en litteraturstudie som metode, der fagartikler, forskning, selvvalgt litteratur og pensumlitteratur fremstilles og settes opp imot hverandre i en drøfting. Oppgaven legger vekt på viktigheten av kunnskap om demens, kommunikasjon og holdninger hos sykepleieren, og hvordan denne kunnskapen hjelper sykepleieren til å forstå den demente som individ. Oppgaven konkluderer med at gjennom å ha kunnskap og skape et menneske til menneske forhold gjennom kommunikasjonsmetoder som verbal og nonverbal kommunikasjon, berøring, reminisens, validering og realitetsorientering, vil man som sykepleier kunne klare å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens.

# Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	2
1.0 Innledning .....	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	5
1.2 Presentasjon av problemstillingen .....	5
1.3 Oppgavens avgrensninger .....	6
1.4 Oppgavens disposisjon .....	8
2.0 Metode .....	9
2.1 Valg av metode .....	9
2.2 Vurdering av selvvalgt litteratur .....	10
2.3 Litteratursøk .....	12
2.3.1 Søkestrategi .....	13
2.3.2 Fremgangsmåte for artikkelsøk .....	13
2.3.3 Presentasjon av forskningsartikler .....	15
2.3.4 Presentasjon av fagartikler .....	16
2.4 Kildekritikk .....	17
3.0 Presentasjon av begreper i problemstillingen .....	18
3.1 Joyce Travelbees sykepleierteori .....	18
3.2 Hva er forebygging? .....	20
3.3 Utfordrende atferd .....	22
3.3.1 Kommunikasjonsproblemer .....	22
3.3.2 Fysiske årsaker til utfordrende atferd .....	23
3.3.3 Psykologiske og atferdsmessige symptomer på utfordrende atferd .....	24
3.4 Hva er demens .....	27
3.4.1 Primære degenerative hjernesykdommer .....	28
3.4.2 Vaskulære demenser .....	29
3.4.3 Sekundære demenser .....	29
3.4.4 Symptomer på demens .....	30
4.0 Hvordan kan sykepleiere forebygge utfordrende atferd hos personer med demens i en skjermet enhet? .....	33
4.1 Det innledende møte .....	33
4.2 Fremvekst av identiteter .....	37
4.3 Empatifasen .....	39
4.4 Sympatifasen .....	43
4.5 Gjensidig forståelse og kontakt .....	44
5.0 Konklusjon .....	44
6.0 Referanseliste .....	45

## 1.0 Innledning

I aldersgruppen over 65 år, regner man med at det er om lag 70 000 personer som lider av en demensdiagnose. Tallet på eldre i befolkningen stiger, og dermed stiger også tallet på antall demente i samfunnet. Om dagens utvikling fortsetter, vil tallet på demente være oppe i ca. 160 000 demente i år 2050 (Folkehelseinstituttet, 2013). Dette fører til store utfordringer i demensomsorgen, en av de største utfordringene vil være å rekruttere nok sosial- og helsepersonell til omsorgstjenestene og geriatrien (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

Demens betegnes ikke som én sykdom, men en gruppe av ulike sykdommer i hjernen. Alle sykdomstilstandene gir omtrent like symptomer i den kognitive svikten (Rokstad, 2000). Personer som rammes av demens, vil over tid bli dårligere, dette på grunn av at sykdommen er progredierende og irreversibel. Dette fører til at personene til slutt vil være helt avhengig av hjelp og omsorg. Demens er en sykdom med et veldig sammensatt sykdomsbilde, noe som igjen vil gi svikt i flere funksjonsområder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

Symptomer på demens er nedsatt hukommelse, nedsatt orienteringsevne, og nedsatt tanke og kommunikasjonsferdigheter. Noen personer utvikler også personlighetsforandringer som dårligere dømmekraft, apati, hemningsløshet, aggressivitet, mangel på empati, depresjon, mistenksomhet, vrangforestillinger og tvangsmessig atferd (Ibid, s. 11).

Personer som utvikler atferdsmessige symptomer i forhold til sin demensdiagnose, trenger et spesielt tilrettelagt tilbud i enheter med små forsterkede forhold og personale med tilstrekkelig kompetanse. For å få til dette er man avhengig av samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Dette er viktig i forhold til kompetanseutvikling, og for å komme frem til gode tiltak og løsninger i demensomsorgen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006).

En skjermet enhet er en liten avdeling med få personer. Den er tilrettelagt personer som lider av en demensdiagnose (Forskrift for sykehjem m. v., 1988). I en skjermet enhet er det viktig med et stabilt personale og små og oversiktlige miljøer. Dette fører til forutsigbarhet i hverdagen, noe som kan bidra til å øke personenes trygghetsfølelse og en økning i mestring og funksjonsnivå (Engerdal, Haugen, 2009).

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Vi har valgt temaet demens og utfordrende atferd. Dette har vi valgt siden vi har erfaring fra dette området. Vi har også erfart hvordan mangel på kunnskap hos sykepleiere påvirker pasientenes atferd i en negativ retning. Derfor ønsker vi å belyse og finne ut av hvilke tiltak man kan bruke for å forebygge denne atferden.

Vi har også alle vært på samme praksissted i psykiatrien. Dette var en skjermet enhet med forsterkning, der de fleste pasientene hadde utfordrende atferd. Dette gjorde oss oppmerksomme på viktigheten av god kunnskap og kompetanse på området. Siden vi alle var på samme praksissted, vil vi også ha mange av de samme erfaringene angående demens og atferd, noe som vil være en hjelp i utarbeidelsen av oppgaven.

Vi har derfor valgt å fordype oss i dette temaet for å få mer kunnskap om, å belyse tilstanden utfordrende atferd hos demente og foreslå ulike tiltak man kan iverksette for å forhindre denne type atferd. Demens er en utbredt sykdomstilstand som de fleste sykepleiere møter på uansett hvor man jobber.

## **1.2 Presentasjon av problemstillingen**

Vi ønsker å finne ut av hvilke tiltak man kan bruke for å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens. Dette har gitt oss problemstillingen:

**Hvordan kan sykepleiere forebygge utfordrende atferd hos personer med demens i en skjermet enhet?**

## 1.3 Oppgavens avgrensninger

Vi har fått klare retningslinjer i forhold størrelse og tidsbruk på denne oppgaven. Derfor er vi nødt til å gjøre noen avgrensninger for å komme i mål, og for å få et dypdykk ned i problemstillingen.

Vi har valgt å forholde oss til etnisk norske personer over 65 år. Dette har vi valgt for å avgrense oppgaven til eldre demente med langtkommen demens.

Når vi har gått gjennom litteraturen vi har valgt å bruke, har vi kommet borti flere atferdsbegreper. Begreper som problematferd, avvikende atferd, aggressiv atferd, utagerende atferd og utfordrende atferd brukes om hverandre i litteraturen. Vi har valgt å bruke begrepet utfordrende atferd siden det beskriver flere typer atferdsproblemer.

Vi har også avgrenset oppgaven til en dement person som bor i en skjermet enhet. Dette har vi valgt siden denne boformen skal i følge litteraturen være spesielt tilpasset den gruppen personer vi beskriver. Vi kommer ikke til å gjøre rede for hva en skjermet enhet er, eller hvordan den er tilrettelagt. Vi velger å gjøre dette på grunn av ordbegrensningen. Grunnen til at vi skriver at den demente bor i en skjermet enhet, er fordi man er avhengig av at personen bor i institusjon for å få kontinuitet på tiltakene vi drøfter.

I kapittelet som tar for seg begrepet forebygge, vil vi først skrive om hva forebyggende helsearbeid er. Deretter vil vi beskrive helsefremmende forebygging, dette er den biten av forebygging vi legger mest vekt på når oppgavens tema bygger på hvilke tiltak som kan forebygge utfordrende atferd. Vi velger også dette siden helsefremmende forebygging bygger på å fremme livskvalitet, trivsel og overskudd, noe som igjen kan være resultatet av tiltakene vi vil drøfte.

I kapittelet der overskriften er begrepet sykepleie, vil vi ikke legge frem hva generell sykepleie er, men gi en redegjørelse for prinsippene i Joyce Travelbee sykepleieteoretiske synspunkt. Vi vil vinkle dette opp imot problemstillingen i drøftingsdelen. Vi har valgt å bruke hennes teori for å underbygge våre egne syn, samt bruke hennes fem metoder for å oppnå et menneske til menneske forhold, for å besvare problemstillingen. Vi nevner hennes teoretiske grunnlag igjennom drøftingen, men det kommer ikke til å være med en full beskrivelse av hennes

prinsipper i denne delen av oppgaven, når vi vil dekke dette i teoridelen. Travelbee bruker betegnelsen pasient i sin teori, men vi velger å bruke begrepet person.

Når vi har gått igjennom litteraturen vi har funnet, er det også mange tiltak når det kommer til medisinerer av utfordrende atferd. Vi har valgt å se bort ifra dette, når vi mener at det er mer hensiktsmessig å prøve andre metoder før man mediserer atferden. Det vi mener med dette er at det er mye mer hensiktsmessig med kognitiv terapi som for eksempel realitetsorientering og reminisens for å stoppe den utfordrende atferden, enn det er å gi personen for eksempel beroligende tabletter. Det er selvfølgelig mange medisiner som er nødvendig om personen med demens i tillegg har psykiske problemer. Men som nevnt vil vi ha fokus på den kognitive behandlingen av atferd.

På grunn av oppgavens ordbegrensning har vi valgt ikke å skrive noe om Lewy-body demens i teoridelen av oppgaven. Denne typen demens kan også gi utfordrende atferd, men vi ser ikke plass til det i oppgaven. Vi velger også å gjøre dette siden vi har fokus på den utfordrende atferden, og ikke de forskjellige demenssykdommene.

## 1.4 Oppgavens disposisjon

I dette kapitlet vil det bli presentert en gjennomgang av hva som står skrevet i de forskjellige kapitlene.

Før kapittel 1 kommer det et sammendrag av oppgaven.

I kapittel 1 kommer det en innledning av oppgaven, valg av tema, presentasjon av problemstilling og avgrensning av stoffet.

I kapittel 2 presenteres valg av metode, beskrivelse av anvendt litteratur og begrunnelse for valg av disse samt relevans for oppgaven og kildekritikk.

I kapittel 3 presenteres en redegjørelse for begrepene i problemstillingen. Disse begrepene er sykepleie, forebygge, utfordrende atferd og demens.

I kapittel 4 drøftes problemstillingen opp imot teorien i kapittel 3. Drøftingen bygger på Travelbees fem metoder for å skape et menneske til menneske forhold, og hvordan man gjennom å skape dette kan forebygge utfordrende atferd hos personer med demens. Det blir presentert ulike tiltak i forbindelse av hver av hennes metoder.

På slutten av oppgaven kommer en referanseliste.

Oppgavens kapitler er delt inn i underkapitler, dette for å få bedre oversikt over stoffet, samt gjøre oppgaven mer lesbar.



## **2.0 Metode**

I dette kapittelet vil det redegjøres for hvilken metode det er brukt i oppgaven, en beskrivelse av anvendt litteratur og begrunnelse for valg av disse, fremgangsmåte for litteratursøk og kildekritikk av artiklene.

Metode kan defineres som en fremgangsmåte, eller et middel til å komme frem til ny kunnskap og løse problemer. Alle fremgangsmåter som har dette som hensikt, defineres som en metode. En metode forteller oss hvordan vi skal gå frem for å anskaffe oss nødvendig kunnskap (Dalland, 2012).

### **2.1 Valg av metode**

For å få svar på problemstillingen er det anvendt en litteraturstudie. En litteraturstudie bygger på skriftlige kilder, men kan også bygge på opplevelser fra praksis. Man må gå inn i litteraturen for å få svar på spørsmål, og styrke sin kunnskap om temaet det skrives om (Dalland, 2012).

For å finne relevant litteratur til å besvare problemstillingen har vi gått gjennom pensumlitteraturen, selvvalgt litteratur, fagartikler og forskningsartikler. Som sykepleierstudenter har vi erfaring fra fem forskjellige praksisperioder, og disse erfaringen vil vi dra inn i drøftingen av oppgaven. Det vil særlig bli lagt vekt på erfaringer fra psykiatripraksis på skjermet enhet med forsterkning, siden disse erfaringen er direkte knyttet opp mot valg av tema.

## 2.2 Vurdering av selvvalgt litteratur

I dette underkapittelet blir det presentert en beskrivelse av den selvvalgte litteraturen vi har brukt for å besvare problemstillingen, og hvorfor vi har valgt å bruke disse.

For å finne bøkene vi bruker i oppgaven gikk til Høgskolen i Hedmark sitt bibliotek. Her fant vi mange bøker av relevans. Vi har også lånt bøker av avdelingsleder på praksisplass.

Vi valgte å bruke boken til Engerdal og Haugen (2009) mye i teoridelen av oppgaven. Denne boken beskriver alle aspekter av demens. Den tar også for seg utfordrende atferd og symptomer og årsaker til dette. Dette gjør den relevant for oppgaven siden det er viktig at vi beskriver hva demens er, og hvilke symptomer denne lidelsen medfører, samt hva utfordrende atferd innebærer. Når vi har gått igjennom litteraturen vi har funnet, blir det også referert mye til denne boken i annen litteratur. Dette gjør at vi ser på boken som svært troverdig og en god kilde.

Boken til Rokstad og Smebye (2008) handler om hvordan man møter personer med en demensdiagnose, og hvordan man skal forholde seg til denne befolkningsgruppen. Dette gjør denne boken relevant for besvarelsen av problemstillingen, siden det er viktig at vi beskriver ulike metoder, og hva man skal legge vekt på i samhandling med personer med demens. Denne boken vil også hjelpe oss med å svare på hvordan man kan forebygge utfordrende atferd gjennom kroppsspråk og kommunikasjon. Rokstad og Smebye er kjente navn i demenslitteraturen, og de har vært med på å skrive flere bøker om demens. Dette gjør at vi ser på boken som en god kilde.

Samuelson (2008) handler om kommunikasjon og samspill, hukommelse og effekten av ulike følelser. Denne boken er relevant siden den belyser ulike følelsesaspekter og hvordan disse påvirker mennesket, noe som direkte kan overføres til hvorfor utfordrende atferd oppstår, og dette gjør den relevant for vår oppgave.

Karoliussen og Smebye (2000) er også brukt en del i teoridelen av oppgaven. De henviser en del til boken til Engerdal og Haugen, og dette gjør at vi ser den som troverdig og relevant, samt at Smebye som nevnt er et kjent navn i demenslitteraturen. Denne handler blant annet om aldringsprosessen, fakta om demens og symptomer.

Boken til Joyce Travelbee (2005) er også meget relevant for oppgaven vår, siden vi har valgt å bruke hennes sykepleieteori til å besvare oppgaven. Denne boken er oversatt til norsk av Kari Marie Thorbjørnsen. Dette er primærlitteratur, og dette gjør den svært troverdig i motsetning til andre bøker der hennes teori blir presentert, der man får forfatterens tolkning av hennes teori, og ikke selve teorien.

Rapporten til Selnes (2003) tar for seg etableringen av en skjermet enhet med forsterkning på Økern sykehjem i Oslo. Den beskriver også årsaker til utfordrende atferd hos personer med demens, samt tiltak for å forebygge denne atferden. Denne er veldig relevant for oppgaven vår siden den går rett inn på det temaet vi skriver om.

Ken Heap (2012) skriver mye om ulike kommunikasjonsmetoder med eldre i sin bok, og dette gjør boken relevant siden de forebyggende tiltakene vi vil drøfte bygger mye på kommunikasjon. Han skriver også en del om noen av disse tiltakene og metodene. Vi ser på denne boken som en troverdig kilde siden han blir referert til i blant annet pensumboken om kommunikasjon skrevet av Eide & Eide (2012).

Jan-Olav Henriksen & Arne Johan Vetlesen (2006) skriver om forholdet mellom sykepleier og pasient, og hvordan man skal unngå at man kommer for nære i relasjonen. Dette er relevant for besvarelsen av problemstillingen siden det er viktig å holde relasjonen profesjonell.

## 2.3 Litteratursøk

I dette underkapittelet vil det bli presentert hvilken metode forskningsartiklene vi har valgt og bruke, benytter. I tillegg blir det gjort rede for kriteriene for utvelgelse av artiklene.

Med litteratursøk mener vi å finne relevante fag- og forskningsartikler som vi kan bruke for å få svar på problemstillingen. Dette innebærer søkeord, databaser, picoskjema, avgrensning av søkene for å få mest mulig relevant forskning og faglitteratur.

Vi har valgt å bruke kvalitativ forskning for å svare på problemstillingen. Vi har valgt dette siden de forskningsartiklene vi fant, er bygd opp etter kvalitativ forskningsmetode.

Kvalitativ forskningsmetode vil si at forskeren går i dybden på temaet, får frem det som er spesielt eller avvikende, forskeren ser fenomenet innenfra, formidler forståelse gjennom fremstilling av funn og datainnsamlingen skjer direkte med fagfeltet. «*Kvalitativ metode tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle*» (Dalland, 2012, s. 112).

I motsetning står kvantitativ metode som gir data i form av målbare enheter, slik som statistikk. Et eksempel kan være hvor stor del av befolkninger som blir rammet av hjerneslag (Ibid, s. 112).

De inklusjonskriteriene vi hadde fokus på i utvelgelsen av forskning, var at artiklene skulle ha høy vitenskapelig kvalitet, og være relevante og være med på å besvare problemstillingen vår. De artiklene vi har valgt å bruke møter disse kriteriene.

Eksklusjonskriteriene var jo selvfølgelig om artiklene ikke var av relevans for besvarelsen av problemstillingen, og at de ikke var av høy vitenskapelig kvalitet.

### 2.3.1 Søkestrategi

I dette underkapittelet vil de bli beskrevet den strategien vi valgte å bruke for å finne relevant forskning. Herunder kommer presentasjon av databaser, søkeord, antall treff og avgrensning av søkene.

Vi brukte første uke av bachelorperioden på å søke artikler. Til å begynne med laget vi et PICO-skjema for å finne relevante søkeord vi skulle bruke i søkene. Et PICO-skjema er et verktøy som brukes til å dele opp problemstillingen i enkelt-ord eller fenomener. I vårt tilfelle blir dette Patient/problem: Demens, Intervention: Utfordrende atferd, Comparison: Atferd og Outcome: Forebygge. Vi brukte også en del andre søkeord relatert til temaet vi skriver om som reminisens, realitetsorientering og validering. Siden det er et krav med engelske forskningsartikler brukte vi databasen svemed+ for å finne MeSH-termer, altså engelske oversettelser av søkeordene.

Databasene vi brukte for å søke artikler er svemed+, Pubmed, bibsys, sykepleien.no, tidsskriftet.no og folkehelseinstituttet. Gjennom bibliotekets sider fikk vi tilgang til EBSCOShost, og gjennom denne siden valgte vi å gå inn på Cinahl with full text.

### 2.3.2 Fremgangsmåte for artikkelsøk

I dette underkapittelet presenteres fremgangsmåten for artikkelsøk, søkeord og antall treff.

Vi fant en forskningsartikkel som var relevant for oppgaven ved å kombinere søkeordene demens og atferd, i databasen svemed+, da fikk vi 59 treff. Artikkelen vi fant ligger opprinnelig inne på Idunn.no. Den heter «*Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen – Pleieres perspektiv*» Skrevet av May-Karin Rognstad & Dagfinn Nåden (2011).

Vi leste gjennom mange litteraturlister på artikler vi fant, og merket oss en som var av interesse. Den het «*Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens (TID)*» skrevet av Bjørn Lichtwarck (2009). Vi gikk deretter inn i svemed+ og brukte søkeordet Intervensjonsmodell og fikk 1 treff. Det var artikkelen vi var på utkikk etter. Det gikk ikke an å lese artikkelen fra svemed+ sine databaser, så vi valgte å søke på den inne på

Google, der fant vi den med en gang. Artikkelen er publisert i tidsskriftet *Aldring og helse* opprinnelig, og treffet på Google førte oss til denne siden.

Vi gikk inn på folkehelseinstituttet og brukte søkeordet demens, og vi avgrenset søket til faktaartikler. Da fikk vi opp 13 treff. På side 1 fant vi faktaark om diagrammer og statistikk. Vi gikk litt ned på siden til vi fant demens, og da fikk vi opp denne artikkelen «*Fakta om demens*»(2013) med ukjent forfatter.

Vi gikk inn på regjeringen.no og valgte deretter helse- og omsorgsdepartementet, der søkte vi på demens, litt ned på første siden fant vi omsorgsplan 2015. Da vi trykket på denne, kom vi inn på denne rapporten, og på høyre side inne på siden sto det en liste over hurtigvalg. Der fant vi demensplan 2015, og da fikk vi opp delplanen *Demensplan 2015 «Den gode dagen»* (2007).

Vi gikk inn på regjeringen.no og valgte deretter å gå inn på helse og omsorgsdepartementet, og der søkte vi på demens. Litt ned på side 2 fant vi *Stortingsmelding nr. 25 mestringsmuligheter og mening* (2006). Vi lastet deretter ned PDF-filen av meldingen.

Vi gikk inn på lovdata.no og søkte på skjermet enhet, og da fant vi forskriften: *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie* (1988) med en gang.

Da vi skulle finne definisjon og stoff om forebygging, gikk vi inn på siden forebygging.no. Der fant vi artikkelen «*Hva er forebygging?*» skrevet av Vegard A. Schanche (2005).

Vi gikk inn på cinahl gjennom bibliotekets sider. Der brukte vi søkeordene validation, therapy og dementia. På dette søket fikk vi 30 treff. Etter å ha gått gjennom artiklene fant vi to av interesse. Den første heter *interventions for confusion and dementia 2: reality orientation* (1998) skrevet av Phillip Woodrow. Og den andre heter *VERA framework: communicating with people who have dementia* (2011) skrevet av Amanda Blackhall, Dave Hawkes, David Hingley & Steven Wood.

Vi brukte også søkeordene reminiscence, therapy og dementia inne på cinahl. Da fikk vi 50 treff. Ut ifra disse artiklene fant vi en av interesse. Denne heter *Cognitive therapy as a tool for caring for the elderly confused person* (1993), Skrevet av Sally Hitch.

### **2.3.3 Presentasjon av forskningsartikler**

I dette underkapittelet vil forskningsartiklene vi har brukt bli presentert, og hvorfor disse er relevante for vår oppgave.

#### ***Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen – Pleieres perspektiv (2011)***

Denne artikkelen tar for seg hvordan pleiere opplever å jobbe med personer med demens og aggressiv atferd. Hvilke utfordringer man kommer opp i, og viktigheten av kompetanse hos personellet. Det vektlegges kunnskap og erfaring i denne studien. Hensikten med denne studien var å kartlegge personalets opplevelse av å jobbe med personer med demens og utfordrende atferd, og belyse personalets behov for mer kunnskap, for å kunne ivareta personenes verdighet. Studien bygger på intervjuer av tolv omsorgsgivere i norske sykehjem.

Dette gjør denne studien relevant for å løse vår problemstilling, for vi har selv erfart hvordan mangel på kunnskap påvirker atferd hos personer med demens.

#### ***Interventions for confusion and dementia 2: reality orientation (1998)***

Denne artikkelen tar for seg alle aspekter av realitetsorientering. Den beskriver hvordan realitetsorientering som verktøy ble til og drøfter styrker og svakheter av metoden. Den tar også for seg hvordan realitetsorientering virker inn på personer med langtkommen demens.

Dette gjør artikkelen svært relevant for oppgaven siden vi skriver om eldre demente med langtkommen demens. Artikkelen beskriver hvordan realitetsorientering kan forårsake utfordrende atferd.

#### ***VERA framework: communicating with people who have dementia (2011)***

Denne artikkelen presenterer flere metoder for å komme i kontakt med personer med demens. Den tar for en steg-for-steg-prosess for kommunikasjon med demente, for å få til en tillitsfull samhandling. Den beskriver godt validering som metode, samt fordeler med denne metoden for å redusere forvirring ved demens.

Dette gjør artikkelen relevant for oppgaven siden validering er en sentral metode for å forebygge utfordrende atferd.

### ***Cognitive therapy as a tool for caring for the elderly confused person (1993)***

Denne artikkelen tar for seg forskjellige kognitive metoder for å redusere forvirring hos eldre. Den tar for seg kommunikasjonsmetodene realitetsorientering, validering og reminisens.

Dette gjør denne artikkelen aktuell for svar av problemstillingen, siden vi bruker disse metodene for å forebygge utfordrende atferd.

## **2.3.4 Presentasjon av fagartikler**

I dette underkapittelet vil fagartiklene vi har brukt bli presentert, det vil også bli sagt noe om hvorfor disse er relevant for vår oppgave.

### ***Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens (TID) (2009)***

Dette er en fagartikkel som er relevant for oppgaven siden den handler om miljøterapi på sykehjem i forhold til demente med utfordrende atferd. Den beskriver også hva demens er.

### ***Fakta om demens (2013)***

Denne er relevant for oppgaven siden det er viktig å ha med hva demens er, og hvilke framtidsutsikter sykdommen har.

### ***Demensplan 2015 «Den gode dagen» (2007)***

Denne delplanen er relevant for oppgaven vår siden den tar for seg utvikling og planlegning av demensomsorgen i fremtiden.

### ***Stortingsmelding nr. 25 mestring, muligheter og mening (2006)***

Denne meldingen er relevant for oppgaven siden den tar for seg de ulike utfordringene vi står ovenfor i demensomsorgen, og tiltak man kan iverksette for å gjøre dette lettere.

### ***Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (1988)***



Denne forskriften sier noe om opprettelse av skjermet enhet for demente, og hva dette innebærer. Denne er relevant siden oppgaven handler om utfordrende adferd hos personer med demens i en skjermet enhet.

### ***Hva er forebygging? (2005)***

Denne artikkelen er relevant for oppgaven siden vi må begrunne hva forebygging er, for å belyse og få svart på problemstillingen.

## **2.4 Kildekritikk**

Kildekritikk defineres som evnen til å vise at man er i stand til å forholde seg kritisk til det materialet man bruker i en oppgave, og være kritisk til kriteriene man har benyttet for utvelgelse av kildemateriale. Hensikten med kildekritikk er å belyse refleksjoner man gjør seg for utvelgelsen av relevant stoff som belyser problemstillingen, samt at leseren skal få ta del i denne biten av oppgaveprosessen (Dalland, 2012).

Når vi søkte etter artikler og forskning til å belyse problemstillingen holdt vi oss kritiske til de treffene vi fant, vi så på relevans for problemstilling, om kilden var troverdig og om artiklene var av nyere dato. De forskningsartiklene vi valgte ut tar for seg forskjellige tiltak for å forebygge forvirring og utfordrende atferd hos demente. En av artiklene tar også for seg hvordan pleieres kunnskap og holdning påvirker dementes atferd. Dette gjør artiklene direkte relevant for besvarelse av problemstillingen. Vi vurderer også artiklene som relevante og troverdige for mye av funnene sier det samme som det står i våre pensumbøker.

Vi har brukt en norsk forskningsartikkel og tre engelske. Alle disse er skrevet i siste tiår. Ut ifra dette ser vi på funnene som fortsatt gjeldene i dagens samfunn. Det var mye stoff og finne om kognitiv terapi til demente, så utvelgelsesprosessen tok en del tid, og vi brukte lang tid på å finne gode og relevante artikler.

Vi har benyttet oss av både primærkilder og sekundærkilder. Vi vet det negative med å bruke sekundærkilder, da dette vil være tolkninger av opprinnelig litteratur. Vi har brukt sekundærkilde der vi ikke fant primærkilden.

### 3.0 Presentasjon av begreper i problemstillingen

I dette kapittelet redegjøres det for begrepene sykepleie, forebygge, utfordrende atferd og demens. Dette gir grunnlaget for drøftingen av problemstillingen senere i oppgaven.

#### 3.1 Joyce Travelbees sykepleierteori

Joyce Travelbee er en sykepleieteoretiker med hovedfokus på enkeltmennesket, og har et individualistisk menneskesyn. Teorien hennes er bygd på eksistensialistisk filosofi, noe som er tydelig i hvordan hun velger å beskrive sykepleien:

*«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene»* (Travelbee, 2005 s. 29).

Det bevisste og nære menneske til menneskeforholdet mellom individet og sykepleieren, er sykepleierens viktigste redskap. Travelbee får frem i sin teori at personlige erfaringer rundt sykdom og lidelse er veldig viktig. Hun mener at mennesket har en unik måte å tilegne seg livserfaringer på, og søket etter mening i alle livets erfaringer. Målet for sykepleien er å hjelpe individet til å finne mening i situasjonen (Ibid s. 31-39).

Bakgrunn for Travelbees teori er at hun mente at sykepleieren hadde mistet empatien og engasjementet, så det var et behov for å få tilbake sykepleiens omsorgsfunksjon (Ibid, s.21-25).

Travelbee har fem utviklingsfaser for å skape et godt menneske til menneske forhold. Den første fasen er det innledende møte, der to personer som ikke kjenner hverandre møtes. I denne fasen oppleves førsteinntrykket. Fase to handler om fremvekst av identiteter.

Personlighet og identitet til den syke personen og sykepleieren kommer frem for hverandre og man knytter et bånd. Forståelsen av pasientens situasjon er fremtredende. Empati er den tredje fasen. *«Empati er en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer. Det er i sak evnen til å gå inn i eller dele og forstå et annets individs psykologiske tilstand i et bestemt øyeblikk»* (Ibid, s. 193). Nærhet og forståelse av følelser hos den andre blir klarert og dette er noe som ikke skjer uten videre. Empati er avhengig av at individene, altså pasienten og

sykepleieren har like erfaringer. Sympatifasen er den fjerde og er et resultat av empatien, det er et ønske om å hjelpe den som lider, og sykepleier kjenner på individets lidelse. Og den siste fasen går på gjensidig forståelse og kontakt, når man har vært igjennom alle disse fasene vil et menneske til menneske forhold være skapt. Man har etablert et gjensidig og nært forhold (Ibid, s. 211).

Travelbee sier også noe om kommunikasjon i sin teori. Hun mener at kommunikasjon er et av de viktigste redskapene sykepleieren har. *«Kommunikasjon er en gjensidig prosess. Det er den prosessen sykepleieren bruker for å søke å gi informasjon, og det midlet den syke og hans familie bruker for å få hjelp.»* (Ibid, s.137).

Travelbee mener at sykepleierens hensikt er å finne mening i sykdom og lidelse, og mestre dette. For å klare dette vil kommunikasjon være viktig, og dette vil hjelpe i å opprette et menneske til menneske forhold. Hun mener at for å kommunisere godt nok, må kommunikasjonen inneholde bestemte forutsetninger som kunnskap, sensitivitet, «timing» og evnen til å bruke å mestre dette riktig (Ibid, s.139-140).

Travelbee beskriver to metoder for sykepleie i sin teori. Disse er terapeutisk bruk av seg selv, og disiplinert tilnærming.

Hun mener at for at man skal få best mulig effekt av kommunikasjonen og sykepleien, er en terapeutisk bruk av seg selv viktig. Det vil si at den bevisste bruken av personlighet og kunnskap vil bidra til å hjelpe den syke med dens plager. Dette krever engasjement, disiplin, selvinstinkt, forståelse og tolkning av handlinger (Ibid, s.44-47).

Den andre sykepleiemetoden er en disiplinert intellektuell tilnærming. Dette er en metode for å identifisere sykepleiebehov, slik at man kan planlegge tiltak og finne en løsning til å oppfylle den sykes behov. (Ibid, s. 42-43).

## 3.2 Hva er forebygging?

Begrepet «forebyggende arbeid» har ingen klar definisjon. Hva som ligger i begrepet vil variere i hva slags tenkning og tradisjon som ligger til grunn for arbeidet. Som eksempel kan nevnes om det er forskingsarbeid eller gjennomføring av enkelte tiltak. Tiltak som fremmer livskvalitet og mestring, eller forsøker å begrense uønsket utvikling av sykdom, er ulike former for forebyggende helsearbeid (Schancke, V. A, 2005).

Vegard A. Schancke (2005) sier det «"Forebygging" dreier seg altså både om å "vanne roser" og "luke ugress"(Schancke, 2001). Grovt sett står en overfor to tradisjoner/perspektiver når det gjelder forebyggende arbeid: Det sykdomsforebyggende ("luke") og det helsefremmende ("vanne") perspektivet».

Hermeneutikken, altså tolkningslære der man prøver å forstå fenomener og handlinger ved å knytte dem opp mot hensikt og intensjon, harmonerer med den helsefremmende tradisjonen. Empowerment er også et nøkkelbegrep som kommer under begrepet helsefremming. Helsefremming står for, og vektlegger en mer bredspektret tilnærming av problemer, og ikke kun enkelttiltak (Ibid, s.2).

*"Empowerment er et mål, en metode som passer så vel for den profesjonelle som den ikke-profesjonelle og en pedagogisk, sosial og helsefremmende strategi. Empowerment handler om makt og maktesløshet sett ut fra at maktesløsheten ikke bare er et individuelt problem, men i høy grad sosialt, økonomisk og kulturelt betinget. Empowerment er å styrke den makt den enkelte eller gruppen måtte være i besittelse av for å endre og påvirke uhensiktsmessige forhold. Målet er at personene mer effektivt kan styre sine liv mot egne mål og behov. Det er en direkte forbindelse mellom empowerment og frigjøring" (Ibid, s. 2).*

Forebygging kan også deles inn i tre nivåer. Der det første nivået vil være primærforebygging. Dette nivået innebærer at man skal hindre sykdom og skade, og at man skal styrke helsen til befolkningen generelt. Eksempler på dette kan være vaksinasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Det neste nivået i det forebyggende helsearbeidet vil være sekundærforebygging. Under dette begrepet vil man finne arbeid som handler om å hindre tilbakefall eller stoppe sykdommen (Ibid).

Tertiærforebygging tar for seg hvordan man kan sikre best mulig liv med den helsesvikten som foreligger, og forhindre forverring av sykdommen (Ibid). Dette kan innebære og skape best mulig livskvalitet, og mestring for personer med demens, gjennom flere tiltak.

### **3.3 Utfordrende atferd**

I dette kapitlet vil det presenteres hva utfordrende atferd innebærer, og ulike faktorer som kan medvirke til denne typen atferd, som kommunikasjonsproblemer og fysiske plager. Det vil også bli presentert psykiatriske og atferdsmessige symptomer på utfordrende atferd.

Psykologiske og atferdsmessige symptomer ved demens, har utfordrende atferd som fellesbetegnelse. Atferdsmessige symptomer innebærer alle ikke-motoriske og ikke-kognitive symptomene. Angst, vrangforestillinger, depresjon og hallusinasjoner er begreper som omfatter de psykiske symptomene. Atferdssymptomer som seksuelt utfordrende atferd, agitasjon, vandring, roping, aggresjon og apati regnes også under begrepet utfordrende atferd (Lichtwarck, 2009).

Utfordrende atferdsendringer er reaksjoner på endret livssituasjon. Dette kommer av hjerneorganiske forandringer, svekket mulighet for kommunikasjon og livsutfoldelse, og atferdsendringer hos mennesker i omgivelsene. Symptomene på utfordrende atferd blir mer tydelig desto lengre ut i sykdomsforløpet personen er (Rokstad, 2008).

#### **3.3.1 Kommunikasjonsproblemer**

I dette underkapitlet vil det bli beskrevet hvordan kommunikasjonsproblemer kan være en bakenforliggende årsak til den utfordrende atferden hos personer med demens.

Som nevnt tidligere har personer med demens en omfattende funksjonssvikt, og dette vil også medføre at personene vil ha problemer med å kommunisere med omgivelsene. Nedsatt oppmerksomhetsevne rammer personer med demens, og dette vil igjen øke kommunikasjonsproblemene. Som mennesker har vi alle et behov om å forstå, og å bli forstått. Personer med demens kan som nevnt ha problemer med begge disse grunnleggende behovene, noe som vil føre til at personen føler seg helt alene i sin egen verden. Dette vil igjen resultere i en ensomhet som kan føre til en indre tomhet og angst (Selnes, 2003).

Man kan se på utfordrende atferd hos personer med demens som et rop om hjelp eller et ønske om oppmerksomhet. Atferd er kommunikasjon, og dette kan være den eneste måten den demente klarer å skape kontakt eller gjøre seg forstått på. Det vil også være en

bakenforliggende trang til å føle felleskap og samhold. Om personens atferd uttrykker aggresjon, kan dette bety «se meg!», «hvorfor skjønner du ikke hva jeg vil?» eller «Hjelp meg!». Det kan også være en måte å få oppmerksomhet og oppnå en reaksjon fra omgivelsene, dette kan igjen være med på fylle ensomhetsfølelsen og den innvendige tomhetsfølelsen (Ibid, s.18).

Om den demente personen kommer med verbale uttrykk og atferd, er det viktig å ta dette på alvor, da det som oftest ligger en bakenforliggende årsak til atferden. Når man ikke skjønner informasjon som blir gitt, eller hva som skjer i en gitt situasjon, vil den demente bli redd og protestere. I slike situasjoner vil den demente svare med en desperasjon og den eneste måten han eller hun enda mester, nemlig utfordrende atferd i form av fysisk karakter (Ibid, s. 18).

### **3.3.2 Fysiske årsaker til utfordrende atferd**

I dette underkapittelet blir det presentert hvordan fysiske årsaker eller plager i form av sykdom, smerte og sansesvikt påvirker den demente personens atferd.

En direkte årsak til utfordrende atferd ved demens vil være selve hjerneskaden, denne skaden fører som nevnt tidligere til svikt i de psykologiske funksjonene i hjernen. En slik skade vil kunne utløse primitive reaksjoner hos personen (Ibid, s. 16).

Det kan også være fysiske årsaker som skaper atferden. Om personen med demens opplever følelse av sykdom, smerte eller ubehag, vil tolkningen av disse følelsene være begrenset siden de ikke har forståelse av at det faktisk er noe galt fysisk. Dette skyldes den intellektuelle svikten demensdiagnosen fører med seg. Siden de ikke klarer å definere hva som plager dem, vil ubehaget føre til irritabilitet, noe som igjen kan utvikle seg til aggresjon (Ibid, s. 17).

Kreftsykdommer, hjerte-kar lidelser, infeksjoner og muskel- og skjelettsykdommer er sykdommer man må være obs på når det kommer til personer med demens som får en utfordrende atferd. Atferd i form av utagering eller aggresjon kan også skyldes sult, obstipasjon, tørste og lignende. Svikt i sansene som syn og hørsel vil også virke inn på atferden, og dette gjør at personen ikke lenger klarer å ha oversikt over omgivelsene, og forholde seg til tid og sted eller egen identitet (Ibid, s. 17).

### 3.3.3 Psykologiske og atferdsmessige symptomer på utfordrende atferd

I dette underkapittelet vil det bli presentert psykologisk og atferdsmessige symptomer på demens. De symptomene som blir beskrevet er depresjon og tilbaketrekning, angst og katastrofereaksjon, vrangforestillinger, illusjoner og hallusinasjoner, personlighetsendring, apati, interesseløshet og rastløs motorisk atferd, irritabilitet og aggressivitet, repeterende handlinger, roping og klamring og forandret døgnrytme (Engedal & Haugen, 2009).

Depresjon kan defineres som en sinnstilstand med symptomer som motløshet, hjelpeløshet og tristhet. Eldre blir ofte rammet av depresjon. En årsak til dette kan være at eldre ofte har et sammensatt sykdomsbilde, noe som kan resultere i en tapsreaksjon. De kan føle at de ikke lenger mestrer hverdagen og dens utfordringer (Berentsen, 2009).

Årsakene til depresjon hos demente er svikt i mestringsevnen og det å tilpasse seg tapet, samt endringene i hjernen. Hos demente opptrer depresjon hyppig, og de har en redusert evne til å formidle symptomer grunnet svikt i både kommunikasjon, språk og den intellektuelle funksjonen. Den demente kan ha en atypisk måte å formidle symptomer på, som sinne, irritabilitet og uro, men man kan ikke være sikker på at disse symptomene skyldes depresjon eller andre tilstander (Engedal & Haugen, 2009). Om den demente trekker seg tilbake og unnviker sosial kontakt, samt om han eller hun viser lite initiativ i dagliglivet kan dette være symptomer på depresjon. Den demente kan også oppleve å få en forsinket sorgreaksjon om en tidligere ubearbeidet hendelse dukker opp i bevissthets (Rokstad & Smebye, 2000).

Vigdis Drivdal Berentsen (2009, s. 360) sier «*med angst i psykiatriske betydning mener vi en diffus, indre uro uten kjent årsak. En føler seg engstelig, men vet ikke hvorfor, og rent fornuftmessig er det ingen grunn til å engste seg*».

Angst opptrer også hyppig hos demente, den manglende evnen til å holde oversikten over seg selv og ha forståelse for sin framtid kan være utløsende årsaker. Å være alene, som når man skal legge seg, kan fremkalle følelsen av å være helt alene i hele verden. Dette kan føre til at tanker om hvor en eventuell ektefelle er kan dukke opp. Det er ofte i slike sammenhenger den demente kan bli urolig, og vandrer på leting etter ektefellen (Engedal & Haugen, 2009).



Situasjoner der en dement person ikke forstår, blir aggressiv eller redd og setter seg i motverge eller flykter unna, er en katastrofereaksjon, altså en panikkliggende angst (Ibid, s. 46).

Vrangforestillinger defineres som utrolige eller usanne påstander en person fremstiller, personen vil ikke bli påvirket av bevis eller motargumenter på at hans eller hennes påstand er uriktig (Berentsen, 2009).

Det at en person med demens vil ut i fjøset for å melke kua, sitter og venter på at barnet skal komme hjem fra skolen, eller vil hjem til mor, er en vrangforestilling som skyldes tidsforskyvning, men det kan også være et uttrykk for savn. Personer med demens har vanskeligheter med å skille mellom for eksempel TV og virkelighet, slik at personene de ser på tv blir oppfattet som en virkelighet, altså at personene er i rommet. Dette er et symptom man kan observere om personen lider av illusjoner (Engerdal & Haugen 2009). Vigdis Drivdal Berentsen (2009, s.361) sier at «*illusjoner er mistolkninger av sanseinntrykk, særlig synsinntrykk, og er ikke det samme om hallusinasjoner*».

Det som er beskrevet i avsnittet over er ikke en psykotisk forestilling, men en manglende forståelse av virkeligheten. Men når personen får sjalusiparanoide ideer, eller blir mistenksom ved å bli bestjålet, er dette av psykotisk natur og dette kan komme av utrygghet. Man bør være oppmerksom på delirium ved samtidig opptreden av hallusinasjoner og vrangforestillinger (Engerdal og Haugen, 2009). Om en person har hallusinasjoner vil vedkommende høre eller se ting som omgivelsene ikke opplever (Berentsen, 2009).

Det at personer med demens endrer personlighet, kommer av skader i hjernen og av psykologisk natur. Ved skader i hjernen vil det gi en svikt i mestringsevnen og handlingsmønsteret hos den demente blir primitivt. Desto lenger man kommer ut i demensforløpet vil også den intellektuelle svikten øke, og personen vil miste både evnen til å forstå sammenhenger, og vedkommende vil miste dømmekraften (Engerdal & Haugen, 2009).

Man kan oppleve at en person med demens blir passiv og apatisk, og disse atferdsforandringene er noen av de hyppigste. Symptomer på dette kan være at personen ikke følger med i samtaler, slutter med strikking og løsning av kryssord og andre hobbyvirksomheter. Personen følger ikke med på hva som skjer i omgivelsene, og blir ofte mer stillesittende. De motoriske endringene kan også utløses i rastløshet og motorisk

urolighet. De kan reise seg opp og ned av stolen for å se ut vinduet og vandre korridorene opp og ned dagen lang. Man kan også se at de tørket støv, stabler aviser og rydder i hyller. Dette kan være uttrykk for at de har vært vant til husarbeid og savner sine daglige aktiviteter (Ibid, s. 47).

Irritabilitet og aggressivitet er en atferd det er vanskelig å forholde seg til. Det er en del faktorer som medvirker til denne type atferd, og disse faktorene er grad og type demens, personlighet, miljøfaktorer, angst, samhandling mellom person og miljø og dårlig forståelse over egen svikt (Ibid, s. 47).

Angrepsaggressivitet er en type atferd og vil si at personen med demens reagerer aggressivt uten forvarsel. Ved delirium eller psykose hos personen kan voldelig angrepsatferd oppstå. Dette kan også oppstå hvor angrepsatferd har vært et faktum tidligere i livet. Når en person misforstår en situasjon, at han eller hun føler seg såret, krenket, frustrert og skamfull, eller gjenopplever en vond hendelse kan en person med demens reagere med forsvarsaggressivitet. Dette oppstår som oftest ved samhandling mellom personen med demens og personer i miljøet (Ibid, s. 48).

En annen atferd som kan oppstå hos personer med demens og som det er vanskelig å forstå er repeterende handlinger som roping. Om det er en type selvstimulering eller om det en måte å kommunisere på er vanskelig å fastslå. Det er en forskjell på ropingen. Man kan oppleve at personene roper uten at man klarer å stoppe det, og uavhengig av om det er andre personer til stede. Andre kan rope stereotypt som «hallo, hallo» uten å ta pause i mellom. Det er ofte slik at personen selv ikke er klar over at han eller hun roper, og dermed er det også vanskelig å stoppe denne atferden (Ibid, s.48).

Personer med demens som ofte blir sittende stille, sliter med å konsentrere seg. De med manglende oppmerksomhet har ofte en tendens til å «duppe av» flere ganger om dagen. Dette gjør at innsovning om kvelden blir vanskelig, og at de ofte våkner i løpet av natten. Hvis døgnrytmen endres brått hos demente personer kan årsaken være delirium, eller annen somatisk sykdom, og dette gjør utredning svært viktig (Ibid, s. 48).

### 3.4 Hva er demens

I dette kapitlet vil det bli redegjort for de ulike demenssykdommene, som degenerative hjernesykdommer, vaskulær demens og sekundær demens. Det vil ikke bli gått i dybden på alle de ulike sykdommene, men gis en beskrivelse av hva de ulike lidelsene er. Det vil også bli beskrevet de ulike symptomene på demens.

Helt tilbake i norrøn tid hadde demens mange navn knyttet til seg. Det ble beskrevet som «gammeltullet» eller «gammelmannsvås». Personer som ble oppfattet som glemsk og forvirret, ble ofte knyttet opp mot mystisk og overnaturlig kunnskap. Dette går tilbake til at demens ble beskrevet som en lidelse som har noe uvirkelig over seg (Engerdal & Haugen, 2009).

I nyere tid har det også vært mange ulike navn og begreper på demens, som for eksempel «senil», «åreforkalket», «å gå i barndommen» og «bli rørete». Disse betegnelsene viser at det er mangel på kunnskap hos «mannen i gata», og at sykdommen opptar mange, men at det likevel fortsatt eksisterer uvitenhet og forvirring om lidelsen (Ibid, s. 15).

Demens er ikke klassifisert som én sykdom, men en gruppe av hjerneorganiske sykdommer. Sykdommene kjennetegnes ved at den kognitive svikten er progredierende, irreversibel og kronisk. Symptombildet er noe varierende, men alle sykdommene griper inn i en rekke psykologiske og emosjonelle funksjoner, og alle gir en viss grad av mental svikt (Karoliussen & Smebye, 2000).

Den vanligste formen for demens er demens av Alzheimer type, og denne sykdommen utgjør ca. 60 % av tilfellene. 25 % av tilfellene utgjøres av vaskulære demenser, og demenser som er alkoholbettinget utgjør 5-7 %. De siste 7-12 % klassifiseres som andre hjerneorganiske sykdommer som gir demens (Ibid, s. 537).

### 3.4.1 Primære degenerative hjernesykdommer

I dette underkapittelet presenteres de ulike diagnosene som går under primære degenerative hjernesykdommer.

Dersom den degenerative hjernesykdommen alltid fører til demens, blir betegnelsen primær degenerativ demens brukt. Eksempler på disse sykdommene er Alzheimers og frontotemporallappsdemens(Engerdal & Haugen, 2009).

Ved Alzheimers sykdom oppstår det forandring i hjernen i form av atrofiering i kortikale og subkortikale områder i storehjernen, og disse forandringene sees som en effekt av celledød. Hos personer med Alzheimer dannes det nevrofibrillære floker inne i hjernen. Normalt vil cellene ha proteinholdige fibre som løper parallelt, men ved Alzheimers sykdom tvinner fibre seg sammen og danner floker (Karoliussen & Smebye, 2000).

Senile plakk danner seg utenfor cellene, og dette plaket består av en proteinkjerne, også kalt beta-amyloid. Plaket gjør slik at nervecelleutløpere brytes ned. Dette fører til en rekke nevrokjemiske forandringer, signalsubstanser reduseres, noe som igjen gjør at overføringen av impulser mellom nervecellene går langsommere eller opphører helt (Ibid, s.539). Disse forandringene ser man ofte temporalt, parietalt og frontalt hos personer med sen debut av sykdommen (etter 65 år) (Engedal & Haugen, 2009).

Frontotemporallappsdemens er en demensform som rammer frontallappene i hjernen. Denne sykdommen utvikler seg på samme måte som Alzheimers sykdom, men i motsetning til Alzheimers der store deler av hjernen er rammet av celledød, er omfanget av skaden hos frontotemporallappsdemens begrenset til pannelappene og tinningslappene (Ibid, s.101).

Personlighetsforandringer er de første tegnene på frontallappsdemens. Noen blir ukritiske i væremåte, mister hemninger og blir oppfarende og urolige. Et annet symptombilde er mer preget av passivitet, tilbaketrekning og initiativløshet. De mister innsikten av konsekvensene for valg, og får store problemer med problemløsning. Personene får karakteristiske avvik i språket ved at de gjerne gjentar stereotype fraser om og om igjen. Senere i sykdommen kan personene kun si enkeltord, og til slutt bli helt ordløse. Personene kan også henge seg opp i hendelser og utsagn fra andre, også kalt perseverasjon (Karoliussen & Smebye, 2000).

### 3.4.2 Vaskulære demenser

I dette underkapittelet vil det bli presentert hva vaskulære demenser er, og hva som kan forårsake disse sykdommene.

Vaskulær demens er en fellesbetegnelse der flere sykdomstilstander kan forårsake en demenslidelse. Disse sykdomstilstandene er skade i hjernens blodkar og deretter manglende blodtilførsel til hjernen, noe som igjen gjør at hjernen får for lite oksygen. Man kan også få vaskulære demenser etter ett eller flere hjerneslag, hvor årsakene kan være lavt væsketrykk, blødning, emboli og trombose (Rokstad, 2008).

Mange får slag uten å utvikle demens, så det er ingen direkte sammenheng mellom disse faktorene. Dersom personene får massivt hjerneslag, eller flere hjerneslag er risikoen for å utvikle en demensdiagnose større. Det er ofte ulike symptomer på demens som følge av hjerneslag, alt etter som hvor i hjernen skaden sitter. Diagnosene stilles på følgende kriterier:

*«Det må foreligge en demens med brå start og trinnvis forverring. Det må kunne påvises fokale nevrologiske utfall. Det må ut fra sykehistorien eller kliniske undersøkelser påvises eller antas at en cerebrovaskulær sykdom er årsaken til demensen.»* (Rokstad, 2008. s. 35)

Hvis personene har sykdommer i de små blodkarene i hjernen kan man utvikle subkortikal vaskulær demens, og eksempler på slik sykdom er status lacunaris og Binswangers sykdom. Disse sykdommene forekommer ved diabetes mellitus og ubehandlet langvarig forhøyet blodtrykk (ibid. s. 35).

### 3.4.3 Sekundære demenser

Når andre sykdommer ligger til grunn for demensdiagnosen, kalles det sekundær demens. Slike sykdommer kan være alkoholmisbruk, tumor, infeksjoner i sentralnervesystemet, normaltrykkshydrocefalus, ernæringssvikt, skader og metabolske forstyrrelser, vitaminmangel og encefalitt (Engerdal & Haugen, 2009).

### 3.4.4 Symptomer på demens

Symptomer på demens kan deles inn i de tre hovedgrupper, motoriske symptomer, kognitive symptomer og atferdsmessige symptomer (Rokstad, 2008). I dette kapitlet vil det bli presentert motoriske og kognitive symptomer. Det vil ikke bli beskrevet symptomer ved utfordrende atferd eller atferdsmessige symptomer i dette kapitlet da dette blir mer grundig beskrevet i et eget kapittel. Det blir også tatt høyde for at symptomene er veldig individuelle i forhold til hvilken demensdiagnose og i hvilken fase av sykdommen personen befinner seg i (Ibid, s. 40). Men i dette kapitlet blir symptomene presentert uavhengig av dette, for å få en oversikt over de forskjellige symptomene personer med demens kan ha.

Motoriske symptomer på demens kan defineres som muskelstyringsproblemer. Personen vil få problemer med koordineringen av bevegelser. Glidende og hensiktsmessige bevegelser blir vanskelig å samordne, og balansesvikt og svikt i avstandsberegning er fremtredende. Dette sees ved at personen kan få problemer med å sette seg ned, og reise seg opp igjen (Ibid, s. 44).

Siden det er redusert produksjon av dopamin i hjernen ved demens, kan personen få symptomer som treghet, rigiditet, parkinsonistisk gange og tremor. Personen vil da bli oppfattet som «treg» og «stiv» (Engerdal & Haugen, 2009).

Etter som sykdommen progredierer, vil de naturlige funksjonene som styrer urin og avføring svikte, og det fører til at personen utvikler inkontinens (Ibid, s. 50).

Kognitive symptomer betegnes som redusert oppmerksomhet, problemer med læring og hukommelse, språklige problemer, handlingssvikt, agnosi og visuokonstruktiv svikt (Rokstad, 2008).

Normal oppmerksomhetsfunksjon vil si at personen har evne til å utføre en oppgave uten å bli distraheret, at man er våken og oppmerksom på omgivelsene og har evne til å skille mellom viktig og uviktig informasjon. Fokuseret oppmerksomhet vil si at personen klarer å holde fokus på en oppgave over tid. Delt oppmerksomhet betegnes som en egenskap der man klarer å holde oversikt over flere ting på en gang. Hos en person med demens vil noen, eller alle disse funksjonene være redusert eller ikke eksisterende (Ibid, s. 41).

Svekket oppmerksomhet i form av stimuli overfor den ene eller andre siden av kroppen betegnes som neglekt. Personen vil ikke oppfatte berøring, smerte, ting og hendelser som skjer

på den siden personen har neglekt ovenfor. Dette vil ikke si at personen har synsfeltutfall på den siden han har neglekt, men at oppmerksomheten er rettet mot den «friske» siden (Karoliussen & Smebye, 2000).

Hos personer med demens vil sviktende hukommelse alltid være gjeldene, og det vil foreligge svikt i både korttids og langtids hukommelsen. Hos alle mennesker er gjenkallingsevnen dårligere enn gjenkjenningsevnen, men hos personer med demens er dette enda mer tydelig. Gjenkjenningsevnen kan være tilstede, men evnen til gjenkalling er helt borte. Dette kommer tydelig frem i dette eksempelet: «*Tora kunne ikke si meg hva hennes eneste datter heter. Men når datteren står i døren, smilet Tora strålende og presenterer meg for sin datter Astrid og forteller at hun er lærer og har to barn*» (Karoliussen & Smebye, 2000 s. 544).

Episodisk hukommelse betegnes som evnen til å huske spesielle hendelser knyttet til tid, sted, og personlige opplevelser. Semantisk hukommelse betegnes som evnen til å huske generell informasjon og faktakunnskap. Prosedural hukommelse er gjenkallingen av godt lærte handlinger som utføres automatisk. Prospektiv hukommelse er evnen til å planlegge hendelser. Disse evnene er svekket hos en person med demens (Engedal & Haugen, 2009).

Personer med demens kan også utvikle språkproblemer også kalt afasi. Slike språkproblemer kan deles opp i de tre hovedgrupper. Motorisk afasi, sensorisk afasi og anomisk afasi (Ibid, s. 40).

Når en person har motorisk afasi, blir talen ofte usammenhengende grunnet at ordproduksjonen svikter. Personen blir da sittende lenge å lete etter ord, og vedkommende kan bli usikker, gjentakende og nølende i talen (Ibid, s. 40).

Sensorisk afasi kjennetegnes ved at personen snakker flytende, men at innholdet i setningene gir liten mening ved at personen bytter ut ord. De har også vanskeligheter med å forstå andre, og ved å lese (Ibid, s. 40).

Om en person har normal tale, men har problemer med å uttrykke seg fordi han eller hun ikke husker navnet på ting, kalles det anomisk afasi. Personen vil da bruke mange ord for å forklare tingen de mener, som for eksempel at «sånn ting man har drikke i» når de skal beskrive vannglass (Karoliussen & Smebye, 2000).

Handlingssvikt er sviktende praktiske ferdigheter. Den demente vil ha vanskeligheter med å planlegge å koordinere hverdagslige gjøremål. I kjeden fra sansing til handling kan en dement

person få problemer med ett eller flere ledd. Dette skyldes sviktende evne til kognitiv bearbeiding og sviktende sanseoppfatning, begge disse skyldes redusert hukommelse. Selv om den demente har full førlighet og forståelse av hva som skal gjøres, svikter evnen til å utføre praktiske handlinger. Dette kalles apraksi og forekommer ved langtkommen demens (Rokstad, 2008).

Selv om den sensoriske funksjonen er intakt, kan personer med demens ha vanskeligheter med å identifisere eller gjenkjenne ulike objekter, og dette kalles agnosi. Det finnes to typer agnosi, der visuell agnosi handler om at personen ikke klarer å bruke gjenstander på rett måte, som for eksempel å spise suppe med gaffel. Hørselagnosi eller auditiv agnosi gjør at personen har manglende evne til å gjenkjenne lyder (Ibid, s. 43).

Visuokonstruktiv svikt er redusert forståelse av og handling i rom. Dette medfører at personen kan ha problemer med å orientere seg. Et eksempel på dette vil være at personen ikke klarer å finne veien hjem igjen etter en tur på butikken (Ibid, s. 43).



## 4.0 Hvordan kan sykepleiere forebygge utfordrende atferd hos personer med demens i en skjermet enhet?

I dette kapitlet vil Travelbees fem metoder for å skape et menneske til menneske forhold bli presentert. Det vil ligge til grunn for drøftingen av hvordan man kan forebygge utfordrende atferd gjennom å skape et menneske til menneske forhold. Yrkesetiske retningslinjer, ego-styrkende sykepleie og sykepleier- pasient felleskapet vil underbygge de fem metodene og være med å drøfte de ulike tiltakene. Det vil også bli drøftet omkring hvordan sykepleiernes kunnskaper og holdninger kan påvirker atferd hos demente.

### 4.1 Det innledende møte

I dette underkapitlet presenteres første møte med den demente personen. Her vil det bli presentert viktigheten av å skape tillit med den demensrammede, gjennom kommunikasjon, forberedelse og holdninger.

Travelbee sier noe om kommunikasjon i sin teori. Dette er noe som oppstår mellom sykepleieren og personen når de samtaler og når de er tause, bevisst eller ubevisst. Hun sier at dette er en prosess hvor kommunikasjon hjelper de å etablere et menneske til menneske forhold (Travelbee, 2005).

For å skape et gjensidig tillitsforhold med den demente personen, må man ha fokus og kunnskap om kommunikasjon. På enklest vis kan kommunikasjon defineres som «*utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter*» (Eide & Eide, 2012., s. 17). Begrepet kommunikasjon kommer av det latinske *comunicare*, som betyr å delaktiggjøre en annen, ha forbindelse med, å gjøre noe felles (Ibid, s. 17).

Vi har to typer kommunikasjon verbal og nonverbal. Verbal kommunikasjon kan forklares som alt som blir sagt muntlig med ord, budskapet og innholdet (Samuelsen, 2008). Nonverbal kommunikasjon kan forklares som å opprettholde øyekontakt, fysisk berøring, håndbevegelser og kroppsholdning. Spontane reaksjoner som et utålmodig kremt, en bekymret rynke og et vennlig smil er det som defineres som nonverbale uttrykksformer. Slike reaksjoner kan være ubevisste for en selv, for man merker som oftest ikke selv hvordan sitt eget kroppsspråk er. Alle disse uttrykksformene formidler et budskap til den andre, og er ofte tydeligere enn å

bruke ord. Gode nonverbale kommunikasjonsferdigheter er spesielt viktig når man arbeider med personer med betydelig kognitiv svikt, som demente. Dette er fordi den nonverbale kommunikasjonen kan ha større gjennomslag hos den demente personen, enn den verbal kommunikasjon har (Eide & Eide, 2012).

Det er også flere kommunikasjonsmetoder som er viktig å ha kunnskap om i samhandling med demente. Disse metodene er reminisens, validering og realitetsorientering. Disse metodene er et godt verktøy å bruke for å forebygge utfordrende atferd. Metodene vil bli presenter senere i oppgaven.

Travelbee sier at når en sykepleier møter et menneske for første gang, vil man fort gjøre seg opp meninger om vedkommende. Man vil bygge opp antakelser og observere menneskets handlinger (Travelbee, 2005). For eksempel om en eldre dement person sitter og roper etter mor, vil man kunne tenke det at personen helt har mistet kontakten med virkeligheten. Derfor er det viktig å legge eventuelle fordommer til side og møte personen med en åpen og aksepterende holdning, for dette kan føre til at personen selv viser åpenhet, og et tillitsforhold skapes lettere (Hummelvold, 2012).

For å klare å legge fordommene til side er det viktig å reflektere over sin egen holdning i forhold til den demente. Man kan gjerne bruke kolleger til felles refleksjon og avklaring av spørsmål (Ibid, s.434). Det er også viktig å tilegne seg mest mulig kunnskap om demens, for jo mer kunnskap man har, jo færre fordommer. Lederen for sykepleiertjenesten har et overordnet ansvar for å sikre at personalet har tilstrekkelig kompetanse innen fagområdet. Dette kommer tydelig frem i yrkesetiske retningslinjer kapittel 1.5: *«Ledere av sykepleietjenester har et særskilt ansvar for å skape rom for fagutvikling og etisk refleksjon, og bruker yrkesetiske retnings - linjer som et styringsverktøy.»*. Dette innebærer å kurse personalet i demens og kommunikasjonsmetoder. For å få til dette er det viktig å ha et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten, på denne måten vil man ha den nyeste kunnskapen tilgjengelig. Dette vil føre til at sykepleieren vil ha mer kunnskap, og dermed være rustet til å legge sine fordommer til side og være i stand til å møte den demente med en åpen og aksepterende holdning.

Det er viktig at sykepleieren har kunnskap om demens og utfordrende atferd, for at man skal kunne forebygge. Kunnskap fører til trygghet blant pleiere, og dette speiles hos pasienten. Når

man møter en dement person med trygghet, vil dette berolige personen, og man vil kunne yte verdig omsorg (Rognstad & Nåden, 2011).

Vi har selv erfart hvordan mangel på kunnskap om hvordan man skal takle utfordrende atferd, påvirker den dementes atferd i en negativ retning. Når man ikke har kunnskap om metoder for å takle denne typen atferd skaper det usikkerhet og redsel hos omsorgsgiverne, noe som den demte vil plukke opp, og det vil dermed skape utrygghet hos han eller henne. Dette fører til at atferden ofte tilspisser seg mer, og man får en uhensiktsmessig reaksjon. I Rognstad og Nåden (2011) kommer det tydelig frem at omsorgspersoner som jobber med atferdsutfordringer søker etter og etterlyser mer kompetanse på området, og de sier selv at de føler seg maktesløse, mislykket og triste når de blir eksponert for vold og aggresjon, og ikke vet hvordan de skal avverge situasjonen.

Det er viktig at sykepleieren forbereder seg til møte med den demte. Det er en nødvendighet å legge seg selv til side og fokusere her og nå på den demte, altså må man legge sine personlige følelser og tanker til side, og fokusere på samtalen man skal utføre med den demte. Dette er uavhengig om man kjenner personen, eller om man møter personen for første gang, da det vil foreligge svikt i både langtids- og korttidshukommelsen (Samuelsen, 2008).

For å forberede seg til det første møte med en dement person må sykepleieren planlegge flere aspekter av samtalen, og dette innebærer det praktiske, fysiske og mentale miljøet. Den fysiske og praktiske delen av planlegningen innebærer å finne et egnet rom for samtalen. Her bør det ikke være mye interiør, eller andre fysiske forstyrrelser som kan trekke oppmerksomheten bort fra selve samtalen (Hummelvold, 2012). Dette er spesielt viktig i forhold til den demte, der oppmerksomhetsevnen vil være svekket. Man må også gå inn i pasientjournal for å tilegne seg mest mulig kunnskap om den demte. Sykepleieren må også stille seg noen reflekterende spørsmål i forkant av samtalen som for eksempel: *«maker jeg å handle ut ifra det faktum at det første møtet med den demte er enestående?»* Man må være klar på at man har kompetansen til å utføre samtalen, og at det ikke er noen distraksjoner i sykepleierens personlige liv som kan spille inn på samværet, som for eksempel et samlivsbrudd.

Når man møter den demte for første gang er det viktig å ta kontakt med personen foran fra, opprettholde øyekontakt og deretter håndhilse på personen. Dette er viktig for ikke å

overrumple personen, da dette kan føre til at vedkommende blir redd, noe som vil resultere i utfordrende atferd. Man må være oppmerksom på håndtrykkets fasthet og temperaturen på hendene. Er de kalde og klamme, vil håndtrykket være ubehagelig (Selnes, 2003).

Det er viktig å bruke korte og enkle setninger når man kommuniserer med den demente. Man må alltid starte setninger med personens navn, og deretter presentere seg selv. Dessuten må man også ta seg god tid slik at personen får tid til å oppfatte hva som blir sagt, og gjenta setningene i sin helhet om de ikke blir forstått, og dermed sørge for at personen får tid til å respondere. Det er også viktig å være oppmerksom på kroppsholdning, så man må være avslappet og gi et positivt og respekterende helhetsuttrykk av seg selv (Selnes, 2003). Altså, kroppsspråket må reflektere det man sier.

Når man bruker disse teknikkene anvender man kommunikasjonsmetoden realitetsorientering. Ved å bruke personens navn, og sitt eget vil personen bli trukket tilbake til virkeligheten. Det er også lønnsomt å påpeke hvor mye klokken er, og hvilken dag det er. Dette er individuell realitetsorientering. Realitetsorientering bygger på det prinsipp å få den forvirrede tilbake til virkeligheten. Realitetsorientering i miljøet bygger på oversiktlige omgivelser, store klokker, skilt på dørene og tavler som viser dato (Woodrow, 1998).

For å møte den andre på en oppmuntrende, bekreftende og beskyttende måte må man praktisere kommunikasjonsmetodene validering, realitetsorientering og reminisens. Man må vise interesse for det den demente sier, erkjenner personens følelser og vise at man forstår. Dette vil være med å skape trygghet og tillit hos den andre personen. Om man klarer å oppnå et tillitsforhold med den demente, vil den gode følelsen av dette sitte igjen i personen selv etter at samtalen er glemt (Selnes, 2003). Dette kalles kroppsminne, for følelser og minner vil sitte igjen i kroppen (Samuelsen, 2008) På denne måten vil den andre kunne åpne seg og dele følelser og tanker. Dette er den viktigste funksjonen til nonverbal kommunikasjon. Dette vil bli styrket av noe man kaller kongruent, altså at det er samsvar mellom det som blir sagt, og det nonverbale uttrykket (Eide & Eide, 2012). Et eksempel på kongruent er hvis man er vennlig i tale, må dette gjenspeiles med smil og vennlig kroppsspråk.

Under det første møtet med en dement person er det viktig at sykepleieren kartlegger og observerer personens handlingsmønster og atferd. Det finnes ulike redskaper for å kartlegge atferd og livskvalitet. Ved hjelp av skjema for atferdsregistrering og livskvalitet vil sykepleieren få informasjon om ulike situasjoner som kan trigge og utløse en utfordrende

atferd. Signaler som blir gitt av den demente blir på denne måten plukket opp tidligere, og man kan forebygge at utfordrende atferd oppstår ved å sette inn nødvendige tiltak (Selnes, 2003). Pårørende er også en god kilde til informasjon om den dementes liv og atferd. De pårørende er de som kjenner personen best, selv om den demente ofte har personlighetsforandringer vil pårørende være en god kilde til livserfaringer og hendelser som tidligere har trigget utfordrende atferd (Ibid, s. 76).

## 4.2 Fremvekst av identiteter

I dette underkapittelet vil den andre fasen av Travelbees metode for et menneske til menneske forhold bli beskrevet. Og det vil bli trukket inn reminisens som metode for å skape dette forholdet, samt hvordan man kan bruke dette som verktøy til å forebygge utfordrende atferd. Det vil også legges vekt på hvordan sykepleierens holdninger og kunnskaper påvirker atferd hos demente personer.

Joyce Travelbee sier i sin teori at det er viktig å verdsette den andre som et unikt individ, altså se personen bak sykdommen, og på denne måten klare å knytte seg til hverandre. Sykepleieren begynner nå å fange opp hvordan individet tenker, føler og oppfatter situasjonen, og hun mener det er viktig å legge seg selv til side og konsentrere seg om den syke (Travelbee, 2005). Dette fanger sykepleieren opp via kommunikasjonsmetoden reminisens.

For at man skal klare å se den andres personlighet og identitet, er fokuset på reminisens viktig. Denne metoden hjelper oss med å få tak i individet bak sykdommen gjennom beretninger fra den syke personens liv. Et eksempel på dette er om den demente og sykepleieren ser på bilder fra personens liv, og gjennom dette få den demente til å fortelle om personene på bildet, og hendelsen det gjelder. Dette vil få frem følelser, av både sorg og glede, og sykepleieren fanger opp viktig informasjon om personens liv og erfaringer (Heap, 2012). Når man bruker reminisens som metode, er det også viktig å bruke en annen kommunikasjonsmetode, validering. Denne metoden blir beskrevet senere i oppgaven.

Reminisens defineres som formidling og gjenkallelse av minner, altså minneaktivitet hos demente. Reminisens hjelper den demente til å styre følelsen av identitet, og holde fast på hvem de er, selv om den kognitive svikten medfører svikt i alle aspekter av hukommelsen. Selv om den demente ikke vet hvor han eller hun er, hvilket år det er, eller hvilke dag, vil

reminisens hjelpe personen til å huske sin identitet(Heap, 2012). De som praktiserer reminisens hevder at denne metoden kan gi økt selvtillit, og livskvalitet, men noen studier hevder det at denne metoden kan gi psykologisk stress. Dette er fordi at den demente vil kunne huske minner som gav sorg og fortvilelse. Dette kan igjen gi utfordrende atferd (Hitch, 1993).

Som sykepleiere må man lære seg å se på personens gjenkalling av minner som viktig og interessant. På denne måten vil man gi uttrykk for at personens minner, altså liv er spennende og viktig. For å klare å vise interesse for hva den andre forteller må man være delaktig i samtalen, stille spørsmål, vise respekt for hva den andre forteller, være engasjert og man må vise interesse både verbalt og gjennom kroppsspråk, altså respektfull lytting. Dette vil ligge til grunn for å skape et menneske til menneske forhold. Denne samtalemetodikken består ikke bare av respektfull lytting, men et utgangspunkt til å se den dementes beretning på en søken etter identitet, og at sykepleieren oppfatter identiteten til vedkommende. Derfor er det viktig at sykepleiere viser bekreftelse gjennom verbal og nonverbal kommunikasjon (Heap, 2012).

Hos demente personer kan opplevelse av egen identitet, selvstyring og egenverd være truet på grunn av den kognitive svikten. Dette viser igjen hvor viktig det er å ta «minnene» på alvor. Om man ikke tar «minnene» på alvor, kan den demente personen se på likegyldigheten som en avvisning av den enkeltes bilde av seg selv (Ibid, s. 164). Dette kan igjen føre til en tapsreaksjon, som igjen kan føre til depresjon og angst hos den demente, noe som igjen kan føre til utfordrende atferd.

Reminisens kan også forebygge utfordrende atferd ved å bruke metoden som avledning når den utfordrende atferden er et faktum. Når man avleder, styrer man personen vekk fra et tema og over til et annet. Altså, man avleder personen ved å snakke om minner når en annen situasjon eller samtale resulterer i utfordrende atferd. Vi opplevde dette når vi var i praksis på skjermet enhet med forsterkning. Vi hadde en pasient som var veldig opptatt av hvor ektefellen var, vedkommende spurte om dette om og om igjen. Ved å få pasienten til å snakke om minner vedkommende hadde om ektefellen, klarte vi å bryte den utfordrende atferden.

Som sykepleier har man et overordnet ansvar til å gi helhetlig og verdig omsorg. Dette kommer tydelig frem i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2011) i kapittel 2: *«Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, her - under retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket»*. Selv

om selvbestemmelsesretten til demente personer ofte er svekket, er det viktig at man som sykepleier prøver å opprettholde denne funksjonen ved å la den demente bestemme over «små» ting i hverdagen, som eksempel farge på klær og pålegg på brødskiva. Dette vil igjen gjøre at personen føler eierskap over eget liv, som igjen vil fremme integritet og mestring.

Ved svekket selvbestemmelsesrett mener vi samtykkekompetanse. Vedkommende må ha tilstrekkelig kompetanse til å kunne ta avgjørelser for å basere helsehjelpen på den dementes eget samtykke. Vedkommende må være kompetent til å forstå konsekvensene og innholdet av ulike handlingsvalg, for bare på denne måten vil samtykke være gyldig. Evnen til å forstå konsekvensene kan variere i ulike situasjoner. Dermed kan samtykkekompetansen bortfalle delvis eller helt, om personen åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, for eksempel ved fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemming (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

### **4.3 Empatifasen**

I dette underkapittelet vil man begrunne viktigheten av empati for å skape et menneske til menneske forhold. Det vil også bli trukket inn kommunikasjonsmetoden validering, som verktøy for å forebygge utfordrende atferd hos demente, da denne metoden bygger på empati, og det å klare å sette seg inn i den andres situasjon. Ego- styrkende sykepleie vil også bli anvendt i dette underkapittelet, og det kommer kun til å bli beskrevet prinsippet nærhet og avstand.

Travelbee mener at empati er et fenomen som finner sted mellom to eller flere individer, da dette er et resultat av man har evnen til å leve seg inn i, og forstå hva den andre tenker og føler. Empatien er en bevisst prosess, og individene er klar over denne følelsen. Det er viktig å forstå, og ha kontakt med hverandre slik at noe meningsfylt formidles (Travelbee, 2005). Hos demente vil ikke empatien være bevisst, og da er det sykepleieren som har ansvaret for å skape denne relasjonen.

Kari Martinsen er en sykepleieteoretiker som sier at sykepleierfaget er bygd opp rundt omsorg, og hun mener at omsorg kjennetegnes ved å ha et mellommenneskelig forhold til en annen. Dette ligger i tråd med det Travelbee skriver i sin teori om det nære menneske til menneske forholdet. Martinsen har et annet syn på det som Travelbee beskriver i sin empatifase, hvor

hun sier at empatien er en bevisst prosess. Martinsen sier at mennesker kan komme opp i situasjoner hvor man er avhengig av hjelp fra andre, og at sykepleieren ikke skal vente seg noe tilbake, fordi i tilfeller som dette er det sykepleieren som har ansvar for å yte omsorg på best mulig måte (Kirkevold, 2009).

Ved empati i yrkesmessigsammenheng er det viktig at sykepleieren skjønner at i prinsippet går empatien én vei. Som sykepleier skal man gi den andre en følelse av at man ønsker å forstå seg på vedkommende, uten å forvente å få empati tilbake (Samuelsen, 2008).

*«Ego-styrkende terapi er en måte å hjelpe mennesker som i øyeblikket eller varig har sviktende egofungering, at jeg grensene er svake og derved jeg resursene lite tilgjengelig»* (Strand, 2011). Ego-styrkende sykepleie forsøker å forsterke og utvikle de jeg-resursene personen allerede har.

Under empatifasen vil prinsippet nærhet og avstand i ego- styrkende sykepleie være sentralt siden dette prinsippet bygger på empati.

Liv Strand (2011) beskriver empati på denne måten:

*«empati er således evne til å oppfatte den hjelpetrengendes private verden 'som om' den var din egen, uten å miste 'som om' – kvaliteten, å oppfatte pasientens sinne, skrekk eller forvirring 'som om' den var din egen, uten at dine egne følelser begrenser dine handlinger»*

Altså må man vise «passe» interesse for personenes følelser og opplevelse av sykdom. Man må balansere mellom ytterpunktene av nærhet og avstand. Dette krever mye kunnskap om nærhet og distanse hos sykepleieren og styring av egne følelser. Det hjelper også å vite hvor den dementes fysiske og psykiske grenser vanligvis går, selv om dette kan være situasjonsbetinget (Ibid, s.80). For å kunne balansere mellom nærhet og avstand må sykepleieren være bevisst på sin maktrolle, slik at denne ikke misbrukes. Maktforholdet mellom sykepleier og den demente er asymmetrisk. Sykepleieren sitter med den faglige posisjonen, noe som gjør pleieren den mektige i samhandlingen. Tillitsforholdet bygger på at sykepleieren er en autoritet som innehar kunnskap som den demente ikke har (Samuelsen, 2008).

Som sykepleier må man være container for den dementes projiseringer av følelser.

Sykepleieren tar altså til seg følelsene til den andre, for dermed å avlaste vedkommende for de



vonde følelsene. Dette kan være vanskelig, siden det kan føre til at sykepleieren kommer for nær den demente. Derfor er det viktig at sykepleieren viser klare grenser for seg selv, slik at autonomien ikke trues. Sykepleieren må ivareta adskiltheten mellom seg selv som individ og den demente som individ. Dette gjøres ved at sykepleieren tydelig markerer sin egen autonomi (Hendriksen & Vetlesen, 2006).

Sykepleieren må ikke prøve å identifisere seg med den syke, da dette vil føre til at man kommer for nært, og egen følelse og egne private løsninger vil styre. Distanserer man seg for mye, har man ikke muligheten til å bli berørt av den andres problemer og følelser, noe som bli feil i den andre retningen. Dermed krever empati både nærhet og distanse (Strand, 2011).

Eksempel på om man kommer for nær kan være om sykepleieren får en følelse av den demente som en «bestemorfigur», eller at den demente ser på sykepleieren som «barnebarn». Et eksempel på at man er for distansert, er om sykepleieren ikke evner å se den demente som et individ, og kun har fokus på sine egne arbeidsoppgaver, for man vil da ikke erkjenne den andres følelser og behov for omsorg og nærhet.

Empati har både et emosjonelt og kognitivt aspekt. Empati er resultatet av en prosess der man vurderer den andres situasjon, og hva han eller hun trenger, kontakter sine følelser, kunnskap og erfaringer og samler opplysninger (Ibid, s. 80).

Validering bygger på å nå inn til den dementes følelsesmessige og personlige verden. Denne kommunikasjonsmetoden har som hensikt å skape oppmerksomhet rundt hvordan personens følelser ligger til grunn for atferd og handlinger. Gjennom validering må sykepleieren prøve å forstå hvordan personen virkelighetsoppfatning er, vise aksept for denne virkeligheten og ikke motsi eller argumentere for at dette er feil (Blackhall, Hawkes, Hingley & Wood, 2011).

Gjennom å sette seg inn i personens følelser og virkelighetsoppfatning, vil sykepleieren kunne forstå hvorfor personens atferd er slik den er. Et eksempel er om personen ofte våkner tidlig og går til døren, kan denne atferden gjenspeiles i at han eller hun tidligere sto opp tidlig for å lufte hunden (Ibid, 2011). Når man skjønner den bakenforliggende årsaken til atferden gjennom validering vil sykepleieren kunne bruke andre metoder for å kommunisere med den demente for å stoppe atferden, for eksempel reminisens som tidligere beskrevet.

Når man klarer å akseptere den andres virkelighet, uansett atferd, vil man vise personen empati og forståelse, noe som igjen vil være med på skape en terapeutisk samhandling, altså

man vil skape en relasjon som virker terapeutisk på den demente. Igjen vil det skape et menneske til menneske forhold basert på forståelse og tillitt (Ibid, 2011).

Validering bygger ofte på minner og opplevelse fra fortiden, altså at personens virkelighet ikke samsvarer med nåtiden. Om sykepleieren prøver å tvinge den demente tilbake til virkeligheten gjennom realitetsorientering, vil en viktig tillitsprosess stanses. Mens validering har som hensikt å unngå å motsi personens virkelighetsoppfatning, og heller forstå at dette er virkelig for personen, har realitetsorientering som hensikt å bringe den demente tilbake til vår felles virkelighet (Heap, 2012).

Forskjellene mellom validering og realitetsorientering har blitt diskutert mye. I disse diskusjonene ble realitetsorientering beskrevet som en brutal og intensiv måte å bringe den demente tilbake til virkeligheten på. Dette blir satt i kontrasten av valideringens vektlegging av respekt og aksept (Ibid, s. 133).

Den kanskje største svakheten til realitetsorientering er at man antyder at det kun er én virkelighet som er riktig, og verre enn dette er at dette er virkeligheten til sykepleieren. Dette blir en svakhet siden realitet kun er den enkeltes persepsjon, og derfor er det viktig at sykepleieren prøver å forstå den andres virkelighetsoppfatning som sann i stedet for å påtvinge personens sin virkelighet (Woodrow, 1998).

Om den demente får sin egen virkelighet forstyrret gjennom realitetsorientering og tvinges til å se sykepleierens virkelighet, kan personen oppleve en følelse av stress. Om personen har langtkommen demens kan personen ha vanskeligheter med å gjenkjenne stressfølelsen. Dette kan føre til at den demente reagerer på den eneste måten han eller hun fortsatt klarer, altså gjennom sinne og aggresjon (Ibid, 1998). Dette gjør at realitetsorientering er en uhensiktsmessig metode å bruke hos personer med langtkommen demens, som nesten alltid befinner seg i en forvirret tilstand.

De negative effektene av realitetsorientering, er noe vi har erfart i praksis. Vi hadde en pasient som var veldig inne i sin egen verden. Vedkommende ville ofte hjem, siden hun måtte være der når barna kom hjem fra skolen og mannen fra arbeidet. En pleier fortalte da personen at barna var blitt voksne, og at mannen var død. Dette resulterte i at pasienten ble veldig lei seg, frustrert og sint. Vedkommende trampet sint med bena, og var stygg i ordbruken. Ved å bruke realitetsorientering på denne måten påfører man den demente unødvendige tapsfølelse og

sorg. Og selv om hendelsen blir glemt fort, vil følelsen sitte igjen i kroppen. Dette er tidligere beskrevet som kroppsminner.

## 4.4 Sympatifasen

I dette underkapittelet vil begrepet sympati bli beskrevet, og hva sympati i sykepleiesituasjoner betyr. Det vil også bli presenter viktigheten av berøring som kommunikasjonsmetode for å forebygge utfordrende atferd.

Travelbee sier at sympati og medfølelse, ikke er en fase i prosessen der man blir kjent med hverandre, men at det er et resultat av empatiprosessen. Her forsterkes forholdet mellom sykepleier og den demente. Sykepleieren kommuniserer med personen gjennom medfølelse, dette betyr at sykepleieren nå ser den demente som et individ, og at sykepleieren hjelper den demente for den personen han eller hun er. Sykepleieren viser medfølelse og sympati gjennom nonverbale uttrykk som blikk, bevegelser og måten sykepleieren utfører hjelpen på gjennom berøring og kroppsspråk (Travelbee, 2005).

*«Travelbee definerer sympati i sykepleiesituasjoner som en holdning eller innstilling, en måte å føle og tenke på, som kommuniseres til pasienten, en holdning av dyp personlig omtanke og interesse.»* (Eide & Eide, s. 138). Sykepleieren oppfatter den demente som en person, og ønsker å hjelpe vedkommende, ikke fordi dette forventes av sykepleieren, men siden vedkommende nå føler omsorg for den demente, altså en grunnleggende trang til å lindre personens lidelser (Ibid, s. 138).

For å forsterke relasjonen mellom den demente og sykepleieren, er berøring som kommunikasjonsmetode viktig. Dette er fordi berøring gir budskapet «jeg ser du har det vondt» eller «du er ikke alene». Det er også en metode for å forsikre seg om at man har den dementes oppmerksomhet under samtalen (Heap, 2012). Med berøring mener man å holde hånden, stryke over ryggen og lignende. De delene av kroppen som sykepleieren oftest berører under samhandling med den demente er hendene, armene og ryggen, altså det man kaller «sosiale soner». Hos demente som har svekket evne til å forstå og bruke ord, er berøring en viktig måte å kommunisere på. Dette fordi berøringen kan si mer enn ord (Karoliussen og Smebye, 2000).

Denne type berøring vil gi en følelse av trygghet og respekt hos den demente, og man føler seg ivaretatt. Dette vil igjen kunne forebygge utfordrende atferd. Man må imidlertid være oppmerksom på at den demente kanskje ikke ønsker berøring, da dette kan skyldes episoder tidligere i livet der berøring har gitt en negativ opplevelse, som for eksempel overgrep. Derfor er det som nevnt tidligere viktig å samle mest mulig informasjon om den dementes liv gjennom kommunikasjonsmetoden reminisens (Ibid, s. 670-673). Om berøringen gir en negativ følelse, vil den demente føle seg truet og forsvarsløs, den demente går inn i forsvarsmodus og dette kan resultere i utfordrende atferd.

## **4.5 Gjensidig forståelse og kontakt**

I dette underkapittelet vil det bli presentert om det er mulig å skape et menneske til menneske forhold med en dement person.

Travelbee sier at når sykepleieren og individet har gått gjennom fasene det innledende møte, fremvekst av identiteter, empati og sympati og medfølelse får man opplevelsen av gjensidig forståelse og kontakt- dette tilsammen utgjør menneske til menneske forholdet. Dette handler om hvordan de oppfatter hverandre. Hun sier også i sin teori at opplevelsen av menneske til menneske forholdet kan være ulike for sykepleieren og den demente, fordi de er to adskilte og ulike personer som deler noen erfaringer (Travelbee, 2005).

Meningsfull kommunikasjon med den demte vil være meget vanskelig, og i noen situasjoner umulig, fordi den demente befinner seg i en varig forvirringstilstand, samt at kommunikasjonsferdighetene har blitt svekket på grunn av den kognitive svikten. Dermed vil det være vanskelig å skape gjensidig forståelse og kontakt med den demente. Man vil kunne skape kontakt i øyeblikkene, men det vil ikke være varig når den demente vil glemme samtalen og sykepleieren (Heap, 2012). Altså, det vil være vanskelig å skape et menneske til menneske forhold med en dement person.

## **5.0 Konklusjon**

Det er vanskelig for sykepleiere å håndtere utfordrende atferd, og ofte ser man bare atferdssymptomene. Om man fokuserer på symptomene vil man gjerne behandle disse, og man glemmer å se etter faktorer som utløser atferden, altså man ser ikke personen bak sykdommen (Engerdal og Haugen, 2009).

For at man som sykepleier skal kunne klare å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens, må man ha kunnskap om sykdommens symptomer og progresjon, hvordan dette virker inn på samhandlingen med andre mennesker, og kunnskaper om den dementes liv og erfaringer.

Man må ha kunnskap om kommunikasjonsmetodene reminisens, realitetsorientering og validering og klare å kombinere metodene. Man må ha kunnskap om verbal og nonverbal kommunikasjon, samt vite betydningen av berøring. Om man har denne kunnskapen vil den demente få en styrket følelse av identitet, trygghet, respekt, samhørighet og verdighet, og dette resulterer i forebygging av den utfordrende atferden.

Sykepleieren må også ha kunnskap om de negative sidene ved kommunikasjonsmetodene. De kan være med på å skape utfordrende atferd. Man kan overstige den dementes grenser ved å gå innenfor intimsone ved berøring, og man kan ta opp temaer som er såre for personen å snakke om. Man kan også utløse utfordrende atferd ved at den nonverbale kommunikasjonen, altså kroppsspråket ikke samsvarer med det man sier. Man må også huske på at selv om en kommunikasjonsmetode virker atferdsforebyggende hos en dement, vil ikke dette bety at den vil virke hos en annen, så pleien må altså være individuelt tilpasset.

Altså, alt spiller ut i hvilke kunnskaper sykepleieren innehar, og om vedkommende klarer å se personen bak demensdiagnosen.

## **6.0 Referanseliste**

Berentsen, V. D. (2008) Kognitiv svikt og demens. I M, Kirkevold, K, Brodtkorb & A. H, Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*. (1. utg., s. 350-382). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS

\*Blackhall, D. Hawkes, D. Hingley & S. Wood. (2011). *VERA framework: communicating with people who have dementia*. Lokalisert på:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=269f6231-f940-4744-99a7-d533c4202cda%40sessionmgr4&vid=8&hid=14> ( 5 sider)

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Engedal, K & Haugen, P K. (2009). *Demens – fakta og utfordringer*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse. (130 sider)

Eide & Eide. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner- samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2 utg, 6. opplag) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

\*Folkehelseinstituttet. (2013). *Demens- faktaark*. Lokalisert på:

[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List\\_6212&Main\\_6157=6263:0:25,5980:1:0:0:::0:0&MainContent\\_6263=6464:0:25,5981:1:0:0:::0:0&List\\_6212=6218:0:25,5987:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,5980:1:0:0:::0:0&MainContent_6263=6464:0:25,5981:1:0:0:::0:0&List_6212=6218:0:25,5987:1:0:0:::0:0) (3 sider)

\*Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. (1988). *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie etter lov om helse- og omsorgstjenester*. (FOR-1988-11-14-932). Lokalisert på: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-19881114-0932.html> (1 side)

\*Heap, K. (2012). *Samtalen i eldreomsorgen- kommunikasjon- minner- kriser- sorg*. (4 utg.) Oslo: Kommuneforlaget AS (139 sider)

\*Henriksen, J-O & Vetlesen, A.J. (2006) *Nærhet og distanse- grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

\*Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Demensplan 2015 «den gode dagen»*. Lokalisert på:

[http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan\\_2015/Demensplan2015.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/Demensplan2015.pdf) (8 sider)

\*Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Lov om folkehelsearbeid*. Lokalisert på:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-90-l-20102011/8/2.html?id=638551> (1 side)

\*Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Mestring, muligheter og mening – framtidens omsorgsutfordringer*. (St. meld.nr. 25, 2005-2006). Lokalisert på:

<http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20052006/025/PDFS/STM200520060025000DDDPD FS.pdf> (5 sider)

\*Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet*. Lokalisert

på: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-9/5/1/2.html?id=647641> (1 side)

\*Hitch, S. (1993). *Cognitiv therapy as a tool for caring for the elderly confused person*.

Lokalisert på: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e210fb40-a4cf-4cf9-b746-0df2f178916c%40sessionmgr15&vid=13&hid=24> (6 sider)

Hummelvold, J.K (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt- psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*.

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

\*Karoliussen, M & Smebye, K. L. (2000). *Eldre, aldring og sykepleie*. Oslo: Gyldendal

Akademisk. (95 sider)

\*Kirkevold, M. (2009). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Norsk

Forlag AS (8 sider)

\*Lichtwarck, B. (2009). *Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens*

(TID). Lokalisert på: <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=2268> (4 sider)

Norsk sykepleierforbund (2007). *Yrkesetiske retningslinjer, ICN kodex*. Oslo: Norsk

Sykepleierforbund.

\*Rokstad, A.M. M. (2008). Hva er demens? I Rokstad, A.M. M & Smebye, K. L (Red.),

*Personer med demens- møte og samhandling*. ( 1 utg., s. 28-45) Oslo: Akribe AS (17 sider)

\*Rokstad, A.M. M. (2008). Utfordrende atferd. I Rokstad, A. M. M & Smebye, K. L (Red.),

*Personer med demens- møte og samhandling*. (1 utg., s. 180-206) Oslo: Akribe AS (26 sider)

\*Rognstad, M & Nåden, D. (2011). *Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen – pleieres perspektiv*. Lokalisert på: <http://www.idunn.no/ts/nsf/2011/02/art06> (7 sider)

\*Samuelson, G.G. (2008). *Kunsten i samspill- fra ord til handling*. (3. opplag) Oslo: Kommuneforlaget AS (5 sider)

\*Schancke, V. A. (2005) *Hva er forebygging*. Lokalisert på: <http://www.forebygging.no/en/Metode/Forebygging--hva-og-hvordan/Forebygging---fra-forskning-til-praksis/Hva-er-forebygging/> (3 sider)

\*Selnes, K. (2003). *Toleranse og ferdighet- etablering og drift av en forsterket enhet for personer med demens*. SEM: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens (10 sider)

Strand, L. (2011). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet – psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

\*Travelbee, J. (2005). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (1. utg.,- 4 opplag) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (100 sider)

\*Woodrow, P. (1998). *Intervention for confusion and dementia 2: reality orientation*. Lokalisert på: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=269f6231-f940-4744-99a7-d533c4202cda%40sessionmgr4&vid=12&hid=14> (3 sider)

Totalt antall sider i selvvalgt litteratur: 577.