



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for helsefag

Ajkuna Rabben

## Fordypningsoppgaven

# ”Utfordrende atferd hos personer med demens”

Videreutdanning i eldreomsorg med vekt på psykisk helse

2013

Antall ord 10 486

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA  NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA  NEI

## Innhold

Innhold .....	2
1.0 INNLEDNING .....	4
1.1 Presentasjon og begrunnelse for valg av problemstilling .....	4
1.2 Avgrensning og presisering av oppgaven .....	5
2.0 METODE.....	6
2.1 Datainnsamling.....	6
2.2 Forskningsfunn og dataanalyse .....	6
2.3 Etikk .....	8
3.0 TEORETISK FORSTÅELSESRAMME .....	9
3.1 Demens.....	9
3.1.1 Forståelse av demens .....	9
3.1.2 Symptomer ved demens .....	10
3.2 UFORDRENDE ATFERD.....	11
3.2.1 Forståelse av ufordrende atferd .....	11
3.2.2 Utfordrende atferd og helsepersonells rolle.....	12
3.3 KOMMUNIKASJON.....	12
3.3.1 Kommunikasjon – en stor faglig utfordring .....	12
3.4 Kommunikasjonsprinsipper i demensomsorgen.....	13
3.4.1 Validering.....	13
3.4.2 Reminisens .....	14
3.4.3 Realitetsorientering.....	14
3.5 PERSONSENTRET OMSORG .....	14
3.5.1 Forståelse av personsentrert omsorg .....	15
3.5.2 Pasientens psykologiske behov .....	15
3.6 MILJØBEHANDLING OG MILJØTERAPI.....	15

3.6.1 Forståelse av miljøbehandling.....	16
3.6.2 Pasientens psykososiale miljøet.....	16
4.0 HVORDAN KAN SYKEPLEIERE FOREBYGGE UTORDRENDE ATFERD HOS PERSONER MEN DEMENS, VED Å BRUKE PERSONSENTRETT OMSORG SOM GRUNNLAG FOR MILJØBEHANDLING? .....	18
4.1 Hvordan kan sykepleier ivareta faktorer som bidrar til bedre hverdag for personer med demens? .....	18
4.2 Hvordan kan sykepleieren forstå pasientens atferd som kommunikasjon? .....	21
4.3 Hvordan kan sykepleieren ivareta behovet for personsentrert omsorg?.....	23
4.3.1 Hvordan ivaretar sykepleieren psykologiske behov for personer med demens?.....	25
4.4 Hvordan tilrettelegger sykepleier for individuelt tilpasset miljøbehandling?.....	27
4.4.1 Hvordan ivaretar sykepleieren det psykososiale miljøet for personer med demens? .....	29
5.0 KONKLUSJON .....	32
5.1 Videre utfordringer .....	33
6.0 Litteraturliste .....	34

## 1.0 INNLEDNING

Gjennom mitt arbeid i eldreomsorgen har jeg flere ganger opplevd at pasienter ofte har utfordrende atferd. Da tenker jeg på pasienter som på grunn av en eller annet demenstype får symptomer på forstyrret atferd, og som gjør at de ikke kan bo hjemme på grunn av fare for seg selv eller andre. Atferdsmessige og følelsesmessige endringer er en del av symptombildet ved demenssykdom. Når man får diagnose demens, knyttes det ofte til usikker livssituasjon og frykt for fremtiden (Engedal 2008). Å miste grepet på tilværelsen og bli avhengig av andres hjelp oppleves som en stor trussel. Psykologisk behandling av demens har ett eller flere av følgende mål; å begrense destruktiv atferd, å øke og opprettholde positiv atferd, å fremme hukommelse, for å minimalisere effekter av hukommelsessvikt og å lindre symptomer på depresjon og angst (Engedal & Haugen 2009). Ettersom atferdsproblemer er vanlig hos personer med demens, er terapi direkte rettet mot atferd en virkningsfull innfallsvinkel. Miljøbehandling og miljøterapi til personer med demens er en av de viktige satsingsområder i eldre omsorg, og spesielt i sykehjem. Det er også et av utviklingsprogram i Demensplan 2015 (Helse - og omsorgsdepartementet), (Rokstad 2012). Ett av flere sentrale for helsepersonell blir å redusere forekomsten av atferdsmessige symptomer ved hjelp av miljøbehandling og personsentrert omsorg. I min daglige arbeid ved skjermet enhet for personer med demens, ser jeg ofte forekomst av utfordrende atferd. Hensikten med denne litteraturstudie er få innblikk i symptomer ved demenssykdom. Videre legger jeg vekt på kommunikasjons prinsipper som metode for å forebygge utfordrende atferd med hjelp av personsentrert omsorg som grunnlag for miljøbehandling i sykehjem.

### 1.1 Presentasjon og begrunnelse for valg av problemstilling

I de siste årene har det vært større interesse for de atferdsmessige og følelsesmessige symptomene som er knyttet til utviklingen av demens. I tillegg til de kognitive symptomene som opptrer, vil de fleste personer med demens få endringer i atferdsmønstrer og følelsesmessige reaksjoner.

Ut i fra dette har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

***”Hvordan kan sykepleiere forebygge utfordrende atferd hos personer med demens”?***

Som sykepleier ønsker jeg mere kunnskap om hva personsentrert omsorg og miljøbehandling er, og hva slags tiltak helsepersonell kan sette i verk for pasienten med demens i den daglige

arbeidet. For meg er et viktig at pasientens subjektive opplevelse er positiv ved å bo på institusjon. Gjennom mitt arbeid i eldreomsorgen har jeg opplevd at pasienter har ulike former for utfordrende atferd. Det kan arte seg som verbal og fysisk utagering, indre uro, slag, spark og lignende. Irritabel og aggressiv atferd forekommer hos noen pasienter. Utfordrende atferd kan få konsekvenser for alle, både for pasienten selv, andre beboere, pårørende og personalet. Årsakene er ytterst komplekse. Det mest utløsende faktor for utfordrende atferd kan være at pasienten mangler forståelse av egen svikt. Det andre er sviktende samhandling mellom pasient og miljø.

## **1.2 Avgrensning og presisering av oppgaven**

Jeg har valgt å avgrense problemstilling til å gjelde personer med demens i sykehjem. Jeg bruker betegnelsen helsepersonell og med den mener jeg både sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, men det er sykepleieren som har det sykepleiefaglige ansvaret i sykehjem. Gjennom sykdomsutviklingen får personer med demens atferdsendringer, som i faglitteratur kalles symptomer ved demens. Sykepleierens holdninger og handlinger har stor betydning for den faglige standarden som råder i sykehjemmet. Det kan være personlig utfordring å skape meningsfull relasjon til pasienten, og samtidig ha gode kommunikasjonsferdigheter. God kommunikasjon kjennetegnes av åpen og tillitsfull dialog mellom pleier og pasient. Jeg har i denne oppgaven konsentrert meg om noen kommunikasjonsprinsipper i demensomsorgen. Videre skriver jeg om personsentrert omsorg som er viktig kunnskap i demensomsorgen der det fokuseres på å se, hele mennesket på ethvert tidspunkt i demensforløpet. Psykologiske behov hos personer med demens ses ut i fra Kitwoods fem store behov, der kjærlighet er sentral, er med i oppgaven. Miljøbehandling er aktivitetsrettet form for behandling og jeg tar for meg pasientens psykososiale miljø i sykehjem, der Gundersons fem elementer regnes som avgjørende i et terapeutisk miljø. I denne oppgaven har jeg ikke skrevet spesielt mye om pårørende til personer med demens, men har tatt pårørendes viktige funksjon der det var naturlig å skrive om i oppgaven. Jeg vet at pårørende er viktige nære personer i pasienten liv, men har valgt å begrense oppgaven ut i fra problemstilling. Det er viktig for alle mennesker å bli sett og forstått. Det gjelder ikke minst i alderdommen også, når mange personer med demens opplever, at meningsinnholdet i livet utfordres. Det forsknings artikler som er relevante til min problemstilling er tatt med i oppgaven.

## 2.0 METODE

Ifølge Dalland (2007) er metode en fremgangsmetode, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Denne oppgaven er en teoretisk tilnærming til problemstillingen, og Høyskolens krav er litteraturstudie. I oppgaven er det brukt funn fra nyere forskning som kan belyse min problemstilling.

### 2.1 Datainnsamling

For å belyse problemstilling velger jeg bruk av primær og sekundær litteratur. Videre har jeg søkt annen faglitteratur som er tilgjengelig på biblioteket og på arbeidsplassen min. En av kravene til denne oppgaven var å inkludere forskningsartikler. Søket mitt etter artikler startet på bibliotekportalen til hiem sine hjemme sider. Jeg velger Helsebiblioteket og Cochrane Library. Først måtte jeg finne passende søkeord og søkekombinasjoner. Jeg brukte engelsk søkeord som validation therapy, reminiscence therapy. Person-centred care og milieu therapy, older people. De ulike søkekombinasjoner kunne gi ulik mengde treff, alt fra flere tusen til noen få. Ved høy antall treff om et tema, kom det beskjed om, at jeg måtte legge på nye søkeord eller at det måtte stå, ”or”, eller ”and”, i mellom søkeordene. Dette for å få mindre treff og mer relevante forskningsartikler. Etter at jeg hadde fått en vis mengde artikler, gikk jeg gjennom listen i databasen for å prøve å finne passende artikler. Det jeg først så på, var, artiklenes oversikt og hvem forfattere er. Hvis overskriften kunne settes i sammenheng med min problemstilling, ble artiklenes sammendrag lest.

### 2.2 Forskningsfunn og dataanalyse

I følge Dalland (2007) er analyse en gransknings arbeid der utfordringer ligger i å finne ut hva materiale har å fortelle. Jeg har tatt med forskings artikler eller studier som var relevante for min problemstilling. Kritisk vurdering av artikler ble gjort ved å følge sjekklisten for kvantitative studier.

Forsknings artikkel fra Neal med flere (2009) *Validation therapy for dementia*, eller kalt på norsk; *Validerings terapi for personer med demens* og er kvantitativ forskning. Bakgrunn for forskning er at validerings terapi ble utviklet av Naomi Feil mellom 1963 og 1980 for eldre personer med kognitiv svikt. Utgangspunktet er tilnærmings arbeidet med personer med demens. Terapien i forskningen er basert på det generelle prinsippet om validering, som er ak-

sept av virkelighet og personlig sannhet av pasientens opplevelse her og nå. Målet var å evaluere effekten av validerings terapi i arbeid med personer som har diagnose demens eller kognitiv svikt. Tre studier som oppfylte kravene til denne forskning var fra USA (Peoples 1982, Robb 1986, Tolesand 1997) og omfattet data i alt, fra 116 pasienter. Det er ikke tilstrekkelig bevis fra de tre randomiserte studier for å tillate noen konklusjon om effekten av validerings terapi for personer med demens. Ut i fra de tre forskningsstudier, er det ikke tilstrekkelig bevis på om det er merkbart statistiske forskjeller av validerings terapi eller en annen terapi.

Forsknings artikkel fra Woods, med flere (2009). *Reminiscence therapy for dementia*, eller kalt på norsk; *Reminisens terapi for personer med demens* og er kvantitativ forskning. Bakgrunn for reminisensterapi innebærer drøftning av tidligere aktiviteter og opplevelse med en annen person eller i gruppe. er å fremme personens minner fra tidligere liv, der pasienter oppfordres til å snakke om tidligere hendelser minst en gang i uken. Reminisens er populær i demensomsorgen, og er høyt verdsatt av personalet og personer som deltar i forskning. I alt ble det gjort 5 studier, der bare 4 hadde utvinnbar data, og studium omfatter 144 pasienter. Målet er å vurdere virkning av reminisens terapi for personer med demens i institusjon. Der personer får individuell og regelmessig hjelp, eller i grupper, til å minnes på sitt tidligere liv med hjelp av bilder, musikk og video. Det ble registret en bedre relasjon mellom omsorgsgiveren og pasienten, der ingen skadelige effekter ble identifisert på resultatmål.

Forsknings artikkel fra Mohler, med flere (2012) *Personaly – tailored improving psychosocial antcomers inlong – term care*, eller kalt på norsk; *Personlig skreddersydd aktivitet for å bedre psykososial funksjon for personer med demens i sykehjem* og er en kvantitativ forskning. Bakgrunn for forskning er at det har vist seg at personer med demens som bor i sykehjem ikke er engasjert i meningsfulle aktiviteter, eller involvert i sosiale sammenhenger. Aktiviteter som tilbys på sykehjemmet er for eksempel at pasienter kan se på TV eller lytte til musikk, som både den ene eller den andre er tilpasset pasientens kognitive status. Understimulering kan medføre større utfordrende atferd, for eksempel apati, kjedsomhet depresjon, ensomhet og uro. Målet for forskning er å vurdere effekten av tiltak som tilbyr personlig skreddersydd aktiviteter for å bedre psykososialt funksjon hos personer med demens.

## 2.3 Etikk

Med etikk mener jeg i denne oppgaven holdninger og handlinger til helsepersonell i møte med den syke og pliktene det medfører. Grunnleggeren av etikken innen sykepleie, nemlig Florence Nightingale viser til tradisjon innenfor yrkesetikken, der etikken fått en utforming som en plikt, og løftet skulle sverges var knyttet til religiøs tro. I dag er de fleste yrkesetiske retningslinjene uformet som verdigrunnlag og normer for yrkesutøvelsen som gir rom for bruk av skjønn og refleksjon (Hansen & Lingås 2005).

Definisjon på etikk er:

*”Etikk er de normene vi uttrykker, de holdningene vi viser og den måten vi oppfører oss på etter at vi har gjennomtenkt en utfordring eller et handlingsvalg. Gjennomtenkingen skjer på grunnlag av verdier som vi bevisst har valgt å tilslutte oss.”*(Hansen & Lingås 2005).

Etikk dreier seg om å velge handlinger. Hva er rett og hva er galt? Når vi ikke vet svaret på slike spørsmål, har vi etisk problem (Rokstad & Smebye 2008). Tidligere var helsetjenestene preget av paternalisme eller faderlig omsorg, der helsepersonell tar de avgjørelsene de mener er best for pasienten (Hansen & Lingås 2005). For helsepersonell handler yrkesetikk om de normene og det verdigrunnlaget som gjelder for en yrkesgruppe eller et fagområde. Yrkesetiske prinsipper for helsepersonell er taushetsplikt, personvern og integritet (Hansen & Lingås 2005).



### 3.0 TEORETISK FORSTÅELSESRAMME

Teoretisk forståelsesramme sier noe om faglige innholdet i denne oppgaven. Med faglige innhold mener jeg, teori som er valgt for å få svar på problemstillingen. Under punkt 3.1 skriver jeg innføring om demens.

#### 3.1 Demens

Demens og ulike utviklingstrinn i demensforløpet vil gi forskjellige utslag i psykologisk, atferdsmessig og motorisk fungering. Å få diagnose demens er en alvorlig sykdom som fører til hjelpeløshet hos den syke. I denne oppgaven vil jeg presentere noen viktigste områder hvor det generelt inntreffer endringer ved demens. Punkt 3.1.1 og 3.1.2 sier noe om forståelse og symptomer på demens

##### 3.1.1 Forståelse av demens

Opp gjennom tidene har demens hatt mange navn knyttet til seg. For eksempel navn som "gammeltullet," eller "gammelmannsvås." Å være glemsk og forvirret ble sett som overnaturlig. Det har sammenheng til at demens blir sett som en lidelse, med noe uvirkelig over seg der personer mentalt forsvinner gradvis. I dag har vi en mindre mystisk oppfatning av demens, men begrepene som brukes er fortsatt mange. Det snakkes om å gå "i barndommen," eller "bli senil," de fleste ellers forbinder demens med glemsomme gamle mennesker som har mistet fotfeste i tilværelsen (Engedal & Haugen 2009).

Engedal definerer demens slik;

*"Demens er et hjerneorganisk syndrom og en fellesbetegnelse på en rekke sykelige tilstander som er kjennetegnet ved ervervet kognitiv svikt, svikt av emosjonell kontroll og sviktende funksjonsevne i forhold til dagliglivets funksjoner."* (Engedal 2008).

At en person har demens, innebærer ikke at denne sykdommen er det eneste ved person, grunnleggende for helsepersonell er å la den enkelte personen tre frem på tross av sin sykdom (Kitwood 2012). Demens er en psykiatrisk diagnose der generelle intellektuelle funksjoner som abstrakt og fleksibel tankegang blir redusert. Sykdommen er i dag den hyppigste årsak til at eldre innlegges på sykehjem og den fjerde hyppigste dødsårsak hos eldre over 65 år (Engedal 2008). Antall eldre med demens øker i takt med antall eldre og at det i år 2050 sannsynligvis vil være Norge, 150000 personer med demens. Økt levealder gjør at mange lever lenge nokk til å få demens (Roksatd & Smebye 2008).

### 3.1. 2 Symptomer ved demens

Ved gjennomgang av symptombilde må det tas høyde for store individuelle forskjeller i hva slags sykdom det er som gir demenssykdommen, og i hvilken fase av sykdomsutviklingen den enkelte befinner seg i. Den utfordrende atferden med bortfall av hemninger fører til store problemer i sosiale sammenhenger og som er spesielt vanskelige, for pårørende. Atferdmessige og følelsesmessige endringer er en del av symptombilde ved demenssykdom og omtales ofte som atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens (Engedal & Haugen 2009). Kognitive, atferdsmessige og motoriske symptomer vil derfor opptre i ulik grad og form hos den enkelte personen. Ved å bruke betegnelsen utfordrende atferd understrekes det at løsningen ligger i forståelsen av selve atferden og at tiltakene går ut på å justere miljøfaktorer (Rokstad & Smebye 2008).

Ulike typer demens og ulike utviklingstrinn i demensforløpet vil gi forskjellige symptomer, men grov sett kan man dele forandringer i tre hovedgrupper av symptomer; kognitive, atferdsmessige og psykologiske og motoriske symptomer. **Kognitive** symptomer ved demens er sviktende hukommelse, oppmerksomhet, handlingsvikt, apraksi, agnosi, språkvansker (Engedal & Haugen 2009). Hukommelsen forutsetter læring, det er evnen til å hente frem lært materiale. Litteratur om hukommelsen skiller ofte mellom korttids – og langtidshukommelsen. Korttidshukommelsen er kun av sekunder varighet, men langtidshukommelsen strekker seg fra minutter til dager og år. Språkproblemer kalles afasi, og er delt i tre hovedgrupper, motorisk afasi, sensorisk afasi og anomisk afasi. Apraksi er manglende evne til å utføre praktiske handlinger (Engedal & Haugen 2009). **Atferdsmessige** symptomer ved demens er depresjon og tilbaketrekking, angst, vrangforestillinger, hallusinasjoner, rastløshet - motorisk uro og vandring, apati og interesseløshet, repeterende handlinger – roping, irritabilitet og aggressivitet (Engedal & Haugen 2009). Symptomene har ulik form, alt etter hvilken sykdom som forårsaker demenstilstanden. Depresjon og tilbaketrekking ses hyppig ved demens, og kan være betinget av både psykologiske og biologiske faktorer. Angst forekommer hyppig ved demens, personer kan få problemer med å holde oversikt over egen situasjon (Rokstad & Smebye 2008). Agitert atferd defineres som upassende verbal eller motorisk aktivitet. Noen av vrangforestillinger skyldes tidsforskyvning. Apati og interesseløshet arter seg at pasienten sitter stille og følger ikke med i situasjonen. Irritabilitet og aggresjon betegnes som vanskelig og utfordrende atferd. **Motoriske** symptomer ved demens, er manglende evne til å koordinere bevegelser, muskeltivhet, balansesvikt og inkontinens (Engedal & Haugen 2009). Evnen til å koordinere bevegelser svikter disse symptomene kommer vanligvis et stykke ut i demensfor-

løpet (Rokstad & Smebye (2008). En annen årsak til ufordrende atferd er delirium som er somatisk utløsende årsak, og kan forveksles med demens (Engedal & Haugen 2009).

## **3.2 UFORDRENDE ATFERD**

Ved at det er flere personer med demens har økt kunnskap gitt større oppmerksomhet på demenssykdommer i sin alminnelighet, som medvirket til holdningsendringer både hos pårørende og helsepersonell. Personer med demens har som følge at sykdomsutvikling, utfordrende atferd og det står under punkt 3.2. Forståelsen av utfordrende atferd er under punkt 3.2.1 og utfordrende atferd og helsepersonells rolle er under punkt 3.2.2.

### **3.2.1 Forståelse av ufordrende atferd**

I 1996 holdt Internasjonal Psychogeriatric Association (IPA) en konferanse hvor man konkluderte med at atferdsproblemer og psykologisk symptomer ved demens er vanlige og må ses på som en del av demenssyndromet (Engedal & Haugen 2009). På denne konferansen oppstår begrepet ”*Adferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens*”(APSD).

APSD defineres som;

*”En betegnelse for å beskrive det mangfoldet av psykologiske reaksjoner, psykiatriske symptomer og episoder med atferd som oppstår hos personer med demens, uavhengig av årsak.”*(Engedal og Haugen 2009).

Ved å fokusere på symptomene er det en fare for av en behandler symptomene og ikke den bakenforliggende årsaken. Å betegne problemene som vanskelig atferd kan gjøre at årsaken blir plassert hos personen som har demens. Det kan være andre forhold i miljøet som er årsaken til ufordrende atferd. Adferden kan ses som en utfordring, dermed kan fokus settes på samhandling og andre miljøfaktorer, og ikke bare forhold som kan knyttes til demenssykdommen (Engedal & Haugen 2009).

### **3.2.2 Utfordrende atferd og helsepersonells rolle**

Forebygging av utfordrende atferd ved demens er kanskje den største utfordringen. I demensomsorgen vurderer helsepersonell atferden og hvor plagsomme atferdsymptomer er for pasienten. Helsepersonalet må være føre var (Engedal & Haugen 2009). Symptomer ved utfordrende atferd kan blant annet være vrangforestillinger som omhandler at folk stjeler fra en, pasienter gjenkjenner ikke huset sitt. Angst forekommer gjennom hele sykdomsforløpet og kan arte seg i at pasienten er engstelig, og gir uttrykk for redsel, for å bli forlatt (Rokstad & Smebye 2008). Helsepersonell har sentral rolle i demensomsorgen når det er snakk om å forebygge utfordrende atferd. Tillit blir det bærende elementet i omsorg, som forutsetter engasjement og innlevelse (Miljøhefte 2011). Sykepleierens holdninger er uttrykk for respekt og erkjennelse av den andre, ut i fra livssituasjon. Handlinger har stor betydning for den faglige standarden som råder i sykehjemmet. Verdigrunnlag avspeiler vårt menneskesyn som innebærer et humanistisk perspektiv på mennesket (Martinsen 2003). Det helhetlige menneskesynet bygger på relasjon med pasienten der pasienten ses som en helhet. Ulike metoder for utfordrende atferd og tiltak må skreddersys for den enkelte (Rokstad 2012). I boken av Hummelvoll beskriver Pasquali, Arnold og DeBasio holistisk tilnærming av sykepleie. Holistisk forståelse der man ser mennesket som et biologisk, psykologisk, intellektuelt, åndelig og sosiokulturelt vesen (Hummelvoll 2001).

## **3.3 KOMMUNIKASJON**

I denne oppgaven tar jeg for meg profesjonell kommunikasjon i den daglige arbeidet i demensomsorgen, som er hjelpende og pasientrettet. I praksis er empati helt nødvendig for å kunne kommunisere godt, samtidig er det viktig at pleieren hjelper pasienten til å forbinde fortid med nåtid. Under punket 3.3.1 er det kommunikasjon som en stor utfordring. Kommunikasjonsprinsipper i demensomsorgen er under punkt 3.4 som er etterfulgt av tre punkter; om validering 3.4.1, reminisens 3.4.2, realitetsorientering 3.4.3.

### **3.3.1 Kommunikasjon – en stor faglig utfordring**

For å forebygge utfordrende atferd dreier det seg om i denne sammenheng, om kommunikasjon mellom pasient og personalet. Joyce Travelbee som er sykepleier, har i sitt store arbeid *Interpersonal Aspekts of Nursing (1966 revurdert utgave 1971)* vektlegger betydningen av personlig kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Å utvikle et menneske – til - men-

nesket – forhold er dermed å møte pasientens behov, pårørende eller andre involverte og dermed oppfylle sykepleierens hensikt (Eide & Eide 2007). En grunnleggende forutsetning er at helsepersonell har evner til å samtale på en hensiktsmessig måte. Kommunikasjon ses som en bro ut av dens isolasjon og inn i den andres isolasjon (Heap 2002).

Definisjon på kommunikasjon;

*”Kommunikasjon mener å formidle mening ved å gi, motta og utveksle signaler av forskjellig art” (Heap 2002).*

Demens utfordrer kommunikasjonsprosessen gjennom de generelle kognitive og språklige svikten som sykdommen innebærer. Omsorgens vesen i all kommunikasjon mellom pasient og pleier handler om tillit, forståelse og empati (Jacobsen & Homelien 2011). Kommunikasjon er en helt sentral prosess i alt vårt samvær, og er helt avgjørende for utfallet av våre møter med hverandre. Selv om mennesker er i besittelse av et verbalt kommunikasjonsmiddel signaliserer vi, og formidler også mye av det vi føler, gjennom ansiktsuttrykket og kroppsspråket. I den daglige omsorgen for personer med demens har nonverbalt kommunikasjon stor betydning, spesielt deres troverdighet som uttrykk for meninger og holdninger. Pasientens atferd kan i seg selv betraktes som kommunikasjon (Heap 2002). Pasienten gjør ting, den handler – og signaliserer sin vilje. Slik kommunikasjon er viktig og innholdsrik. Det pasienten gjør, er noen ganger i strid med det den sier, slik at atferden kan faktisk være et klarere og mer pålitelig kommunikasjonsmiddel enn ordene deres (Heap 2002).

### **3.4 Kommunikasjonsprinsipper i demensomsorgen**

Jeg kan ikke forlate emnet kommunikasjon og demens uten å si noe om validering, reminisens og realitetsorientering. I tradisjonell faglitteratur om kommunikasjon og demens er de tre, betegnet som terapiformer. Både valideringsterapi, reminisenssterapi og realitetsorienteringsterapi anvendes overfor personer som er inne i en demensprosess, eller plages av hukommelsessvikt og forvirring (Rokstad & Smebye 2008).

#### **3.4.1 Validering**

Validering er ikke opptatt av hva som er reell og sann informasjon, men hva som er pasientens fokus og opplevelse her og nå. I utvikling av samarbeids – og behandlingsmåter overfor personer med demente er det utviklet valideringsterapi. Denne tilnærmingen er formulert av den amerikanske sosionomen Naomi Fail (1982), som mener at forvirring og orienteringssvikt

hos personer med demens kan være uttrykk for opplevelser som ikke er ferdig behandlet (Heap 2002). Valideringsterapi hviler på de prinsippene som allerede er lagt til grunn for tilnærming til kontaktforholdet mellom helsepersonell og pasienten (Heap 2002).

### **3.4.2 Reminisens**

Enten vi er unge gamle eller middelaldrende kommer minner uanmeldte minner om fortiden hyppig opp i våre tanker. Mennesker generelt elsker å snakke om sin fortid. Denne tendensen synes å øke med alderen (Heap 2002). Reminisens, og det norske ordet erindring er minnearbeid og tar utgangspunktet i evnen til å hente personlige hendelser fra tidligere liv. Erik H. Eriksons åtte livsstadier er passerer fra fødselen til alderdommen (Heap 2002). Helsepersonell bruker minnearbeid for å minne pasienter om deres tidligere selvtillit og kompetanse, som så kan innvirke positivt på deres selvfølelse i dag (Rokstad & Smebye 2008). Primært fokuserer reminisens på positive minner.

### **3.4.3 Realitetsorientering**

Jeg ønsker å gjøre rede for realitetsorienteringsterapi men velger ikke å bruke den videre i oppgaven. Pasienter med langtkommet demens og som er på en skjermet enhet har liten eller ingen nytte av denne form for terapi. Realitetsorientering er utviklet 1960 – årene. Personer med demens er ikke alltid oppdatert med hensyn til tid og situasjon. Realitetsorientering er ikke lenger patent, drøm og virkelighet, nåtid og fortid blandes på forskjellige måter og skaper utfordringer for pasienten (Rokstad & Smebye 2008). Realitetsterapi som informasjonsstil som konsekvent navngir de objektene i omgivelsene, og tidspunktene som er aktuelt i vår samhandling med pasienten (Heap 2002).

## **3.5 PERSONSENTRET OMSORG**

Personsentret omsorg er et verdigrunnlag og en omsorgsfilosofi, som legger vekt på grunnleggende behovene vi mennesker har for trøst, identitet, tiknytning, beskjefligelse og inklusjon. Disse fem behovene kan oppsummeres i behov for kjærlighet. Det handler også om å se personen med demens som en person med følelser, rettigheter, ønsker og en livshistorie som preger denne ene personen. Under punkt 3.5.1 og 3.5.2 er det forståelse av personsentret omsorg og pasientens psykologiske behov.

### 3.5.1 Forståelse av personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg ble først introdusert av den britiske sosialpsykologen Tom Kitwood (1937-1998). Han tar opp temaet ”å være en person” i tilknytning til demensutvikling og han bruker begrepet personhood. På tross av kognitive svekkelse hos pasienten med demens er det alltid mulig å etablere kontakt og et møte ansikt til ansikt (Rokstad & Smebye 2008). Personhood eller personverd, defineres som den verdi eller status som tildeles et menneske av andre i mellommenneskelige relasjoner. Det innebærer gjenkjennelse, respekt og tillit (Rokstad 2012). I en konkretisering av innholdet i begrepet personsentrert omsorg vektlegger D. Brooker som har arbeidet i en årrekke med T. Kitwood, viktigheten av å basere demensomsorgen på et verdigrunnlag som verdsetter pasienten som et fullverdig medlem av samfunnet, har en individuell tilnærming som anerkjenner det unike hos hver enkelt. Det legges vekt på persons identitet, hvem person er, og hva slags fortid han/hun har hatt (Rokstad & Smebye 2008).

### 3.5.2 Pasientens psykologiske behov

De viktigste psykologiske behov hos personer med demens er; *trøst, tilknytning, inklusjon, beskjeftigelse og identitet*. I sentrum av disse står kjærlighet. Å *trøste* et menneske er å sørge for å gi varme og styrke til en person som lider. Dette orde er i sin opprinnelse betydningen av ømhet, nærvær, lindring av smerter og sorg (Kitwood 2012). *Tilknytning* tilhører en utpreget sosial art og det viser seg tydeligst på den måten at mennesker etablerer følelsesmessige bånd eller tilknytning. *Inklusjon* gjenspeiler personens sosiale natur der det knyttes forhold mellom mennesker, og å være en del av gruppen var essensielt for det å overleve (Kitwood 2012). *Beskjeftigelse* har med det å være opptatt med noe, holde på med noe som er viktig og meningsfylt. Det motsatte er en tilstand av kjedsomhet, apati og nytteløshet. *Identitet* er å vite hvem en er kognitivt og følelsesmessig (Kitwood 2012).

## 3.6 MILJØBEHANDLING OG MILJØTERAPI

Ofte nevnes miljøbehandling i forbindelse med personsentrert omsorg. Generelt vil jeg si at personsentrert omsorg tar i bruk miljøbehandling. Miljøbehandling innebærer ulike typer aktiviteter på individuelt nivå som legger vekt på aktiviteter for personen der målet er at han/hun skal fungere best mulig og samtidig trives. Under punkt 3.6.1 og 3.6.2 er det forståelse av miljøbehandling og pasientens psykososiale miljø.

### 3.6.1 Forståelse av miljøbehandling

Begrepene miljøbehandling og miljøterapi vil i denne oppgaven bli brukt synonymt. Mennesket lever i samhandling med sine omgivelser, og på denne måten skaper individ og miljø hverandre (Miljøhefte 2011). Miljøbehandling kan, like lite som alt annet behandling, snu sykdomsutviklingen for personer med demens. Miljøbehandling er en form for behandling som legger vekt på de terapeutiske prosessene som mobiliseres og iverksettes i det miljøet pasienten befinner seg i (Rokstad & Smebye 2008).

Definisjon på miljøterapi:

*”Miljøet skapes av personalets holdninger, handlinger, ytringer, tanker og følelser, slik disse viser seg i samspill med pasientene og oppleves av disse. Miljøet skapes av bidrag fra pasienter og personell innenfor, bygningsmessige og rommessige rammer, hvor også bygningens beliggenhet og fysiske omgivelser er en virksom faktor. For mennesker med psykisk sykdom er miljøterapi å være å handle i og utenfor postmiljøet over tid” (Miljøterapihefte 2011).*

Med miljøterapeutiske tiltak menes eksempelvis bruk av musikk, bruk av lukt og sansestimuleringstiltak, måltider og påkledning med mer (Engedal & Haugen 2009). Det er aktivitetsrettet miljøbehandling som generelt tar sikte for å bedre pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter (Rokstad & Smebye 2008). Helsepersonell har en nøkkelrolle i å bygge relasjoner og skape en kultur som støtter. Miljøterapi er en behandlingsform som betegner planlagt bruk av det som skjer mellom pasient og personalet døgnet rundt (Miljøhefte 2011).

### 3.6.2 Pasientens psykososiale miljøet

Gunderson (1978) beskriver i sin artikkel ”Defining the therapeutic milieu” fem prosesser **beskyttelse, struktur, støtte, engasjement og gyldiggjøring** (Miljøhefte 2011). Gunderson viser at disse prosessene eksisterer i alle behandlingsmiljø, uavhengig av størrelse og varighet på oppholdet.

**Beskyttelse** er planlagte handlinger og ytringer i miljøet som sikrer fysisk velvære, og som letter belastningen med utilstrekkelig selvkontroll. Å skape beskyttelse vil si skjerme eller ta hånd om (Miljøhefte 2011). Trygghetsbehovet kan kreve at pasienter med forvirringsatferd og motorisk uro hindres i å gå ut (Rokstad & Smebye 2008). **Struktur** er beviste, planlagte ytringer og handlinger i miljøet som skaper forutsigbarhet over tid (gjennom dager og uker), og som skaper forutsigbarhet for sted og situasjon (Miljøterapihefte 2011). Struktur for den en-



kelte vektlegges når pasienten har nådd et funksjonsnivå der pasienten gradvis skal ta mer ansvar for seg selv (Miljøhefte 2011). Struktur gir holdepunkt for døgnrytme og aktivitetsplan for dagen (Rokstad & Smebye 2008).

Å gi **Støtte** er bevisste, planlagte handlinger og ytringer i miljøet som fører til at pasienten føler seg bedre og mer fornøyd, og som øker selvfølelsen. Opplevelsen av støtte skal få pasientene til å føle velvære og sikkerhet. For stor vekt på støtte kan øke pasientens følelse av utilstrekkelighet og avhengighet (Miljøhefte 2011). Ved manglende støtte i miljøet vil noen pasienter føle utrygghet, og det kan oppstå utfordrende atferd (Rokstad & Smebye 2008).

**Engasjement** ”involvement” er bevisste, planlagte handlinger og ytringer i miljøet som fører til at pasienten knytter seg aktivt til sitt sosiale miljø innenfor og utenfor avdelingen (Miljøterapihefte 2011). Engasjement er fellesskap, samhandling eller aktivitet. Pasienten kommer i en handlende fase. Personalet kan ta utgangspunkt i pasientens forhistorie, og se på ressurser hos den enkelte (Rokstad & Smebye 2008). **Gyldiggjøring** ”validation” er bevisste og planlagte handlinger og ytringer i miljøet som bekrefter pasientens individualitet og egenart. Gyldiggjøring er også anerkjennelse og bekreftelse (Miljøhefte 2011). I gyldiggjørings prosess kreves det individuell plan for oppfølging og behandling (Rokstad & Smebye 2008).

## **4.0 HVORDAN KAN SYKEPLEIERE FOREBYGGE UTORDRENDE ATFERD HOS PERSONER MEN DEMENS, VED Å BRUKE PERSONSENTRETT OMSORG SOM GRUNNLAG FOR MILJØBEHANDLING?**

For å belyse problemstillingen har jeg delt drøftningsdelen underproblemstillinger. Underproblemstillinger tar utgangspunktet i underpunkt; 4.1 Hvordan kan sykepleier ivareta faktorer som bidrar til bedre hverdag for personer med demens? og i underpunkt; 4.2 Hvordan kan sykepleier forstå pasientens atferd som kommunikasjon? Videre tar jeg Kitwoods personsentrert omsorg, som er i underpunkt; 4.3 Hvordan kan sykepleier ivareta behovet for personsentrert omsorg? og i underpunkt; 4.3.1 Hvordan ivaretar sykepleier psykologiske behov hos personer med demens? Deretter tar jeg Gundersons psykososiale miljøet, som er i underpunkt; 4.4 Hvordan tilrettelegger sykepleier for individuelt tilpasset miljøbehandling? og i underpunkt 4.4.1 Hvordan ivaretar sykepleier det psykososiale miljøet for personer med demens? Teorien vil bli analysert og drøftet opp mot disse problemstillingene og egne erfaringer fra praksis.

### **4.1 Hvordan kan sykepleier ivareta faktorer som bidrar til bedre hverdag for personer med demens?**

I en travel hverdag og uten personalet til stedet, kan utfordrende atferd forekomme. For å forebygge utfordrende atferd er det avgjørende at pleiere er til stedet i miljøet. Det andre er at helsepersonell bør kjenne til de ulike risikofaktorene, som kan oppstå i miljøet. Pasienten har på sin side på grunn av sykdommen, liten eller ingen evne til å forholde seg til miljøet rundt seg. Selv om pasienten har fått sykdommen demens, er det noe unikt ved personen (Kitwood 2012). Ulike typer demens og ulike utviklings trinn i demensforløpet vil gi forskjellige utslag i kognitive, atferdsmessig og mororisk fungering. Det er pårørende som først merker forandringer i atferden. Det er væremåten hos en person som endrer seg, de tenker og oppfører seg annerledes en før. Atferdsendringer knyttet til en demensutvikling har hatt ulike betegnelser, som vanskelig atferd, aggressiv atferd og voldelig atferd (Engedal 2008). Atferdsendringene som observeres i avdeling bør ikke betraktes som unormale eller avvikende. God kommunikasjon kjennetegnes av åpen og tillitsfull dialog, og dårlig kommunikasjon er derimot preget av lukkethet og usikkerhet (Heap 2002). Det er viktig å ha et mål for kommunikasjon. I møte

med personer med demens er kommunikasjon sjelden enkelt, entydig eller fri for misforståelser og følelsesmessige reaksjoner (Rokstad & Smebye 2008). I min daglige arbeid ser jeg, at sykepleieren må være oppmerksom på hvordan pasienten klarer å forstå det sykepleieren prøver å formidle. Det er viktig å observere pasientens kropp språket, for eksempel ansiktsuttrykk. Det andre som bør observeres er pasientens fysiske reaksjon, blir pasienten rolig når sykepleieren kommuniserer med den, eller blir pasienten fysisk utagerende. For pasienten vil forekomst av følelsesmessige og atferdsmessige endringer være mer regelen enn unntaket ved demens.

Pasienten som flytter til sykeheimen har for eksempel ikke evner eller forutsetninger til å holde oversikt over hvor den befinner seg. Pasienten vil ofte ut av avdelingen fordi han/hun ikke forstår avgrensede omgivelser (Garsjø 2010). I min daglige arbeid på skjermet enhet ser jeg at nye pasienten som søker utveig for å komme seg ut. Det er ofte pasienten som har stor trang til å gå/vandre eller har indre uro. Disse pasienter prøver å komme vekk fra sin situasjon, fordi de har liten eller ingen innsikt i sin sykdom. Det er viktig å møte nye pasienter med forståelse og innlevelsesevnen, med å bruke validering vil sykepleieren ivareta pasientens situasjon der og da.

Validering vektlegger pasientens emosjonelle verden. Ut i fra forskning ser vi at validering kan hjelpe til å redusere stress og angst. Det viktigste helsepersonell skal gjøre er å lytte til pasientens emosjonelle uttrykk, uten å etterlyse sannheten eller faktaopplysninger. Personen bør møtes med respekt og empati, i stede for å bli korrigeret (Rokstad & Smebye 2008). For å forstå hva den utfordrende atferd uttrykker, må en bredd kartlegging av pasientens bakgrunnsfaktorer. Relevante bakgrunnsfaktorer er hjerneorganiske forandringer ved demenssykdommen og kognitive endringer. Det er viktig å vite noe om andre helsemessige faktorer som somatisk helse, sansefunksjon og psykososiale faktorer. Det å vite noe om pasientens livserfaring, relasjoner til andre og kontakt med pårørende er viktig får helsepersonell, når de skal ha samtaler med pasienter (Rokstad & Smebye 2008). Ved å bruke reminisens kan helsepersonell bekrefte og anerkjenne pasientens meddelelser. Pleierne kan ved hjelp av utforskende spørsmål som; hvem, hva og hvordan bidra til å gyldiggjøre de følelsesmessige aspektene ved pasientens kommunikasjon. Dette er betegnelser for måter å tilnærme seg kommunikasjon med personer med demens. Validering og reminisens anvendes i en stor del av våre institusjoner for eldre, og er oftest betegnet som terapiformer. Validering og reminisens har egentlig mer preg av samtalemeter enn av endringsrettede behandlingsteknikker (Heap 2002).

Å ha evner til å forstå atferdsmessige og følelsesmessige reaksjoner hos pasienten med demens, må innfalsvinkelen være bredd og åpen. Samtidig er det mye som tyder på at nettopp ivaretagelse av pasientens selvbylde er en fundamental forutsetning for at pasienten skal bevare sin sosiale funksjon og psykisk helse (Heap 2002). Det er viktig at helsepersonell lytter til pasienten, det vil si aktiv lytting. Det innebærer å oppmuntre, vise respekt og gi hjelp. I denne forbindelsen er øyekontakt viktig. En annen side ved helsepersonels lyttende funksjon i kontaktforholdet har med samhandling å gjøre. For å forstå pasientens atferdsendring er det av betydning å nevne personlige forhold som trivsel, dagsform og opplevelsen av situasjon. Atferden kan skyldes udekkede behov, eller det kan være en reaksjon på omgivelsenes urimelige reaksjoner eller krav. Ufordrende atferd hos personer med demens må ikke betraktes som avvik, men som normale reaksjoner der pasientens prøver å formidle noe. Atferd er reaksjoner på indre og ytre stimuli, og atferd som oppleves som problematisk for omgivelsene, kan være pasientens måte å kommunisere lite tilfredsstillende livssituasjon (Rokstad & Smebye 2008).

Det vil si at behovet for å kommunisere med andre ligger dypt i oss, og ingenting tyder på at dette behovet blir mindre under demensutviklingen. Det kan være et forsøk fra pasientens side på å meddele seg til omgivelsene, en kommunikasjonskanal når for eksempel tradisjonelle kanaler som verbalspråket forsvinner. Å bli forstått er vesentlig for menneskers selvbekreftelse og derfor en forutsetning for samhandling. Redusert evne til språklig kommunikasjon hos pasienten kalles afasi. Det å ha afasi, arter seg slik at pasienten har redusert evne til forstå språket og pasienten kan ikke bruke språket til å uttrykke seg. Å etablere kontakt med pasienter med demens og forstå hva hun eller han prøver å formidle med sin adferd og utsagn, er ikke lett (Eide & Eide 1999).

Derfor er det av stor betydning for pasienten å gjenopplive viktige historier fra livet sitt, med den atferden og utsagn de klarer å formidle. Her er det viktig å ta i bruk reminisens. Denne kan gi kontinuitet på sykehjemmet. Det vil også gi sammenheng og tydeliggjøre hvem pasienten er. Personer med demens har svekket kortidshukommelse, men langtidshukommelsen er ofte mer intakt. Minne arbeid er svært givende og kan dreie seg om barndommens rike, foreldre, søsken og familie. Det kan være minner fra krigen, konfirmasjon, kongefamilie, utdanning, venner og hobbyer med mer. Alle pasienter har sine personlige versjoner av disse temaene. Minne arbeid fokuserer først og fremst på positive minner (Heap 2002). Minner kan også komme frem med sansestimulering, som bruk av musikk, smak, lukt, bilder og gjenstander. For å kunne møte pasienten der den er, vil det være nødvendig med både empatisk innlevelse

og faglig innsikt. Dette handler om holdninger og handlinger hos personalet, og må ses ut i fra holistisk og humanistisk tilnærming til pasientens situasjon (Hummelvoll 2001).

## 4.2 Hvordan kan sykepleieren forstå pasientens atferd som kommunikasjon?

Som nevnt i teoridelen er det viktig å presentere de områdene hvor det generelt inntreffer endringer ved demens, og man kan inndele forandringer i tre hovedgrupper av symptomer; Kognitive, atferdsmessige og motoriske symptomer. For at helsepersonell skal oppnå god og meningsfull kommunikasjon, trenger de å vite noe om bakgrunnen til pasienten. Det vil si anamneseskjema. Innhenting av opplysninger om pasienten før personen kom til sykeheimen er viktig hjelpemiddel (Engedal & Haugen 2009).

*Kognitive symptomer* er blant annet sviktende hukommelse og er viktig kjennetegn på demens. Hukommelse kan komme til uttrykk på forskjellige måter og psykologisk kartlegging av hukommelsens funksjoner vil inngå som en viktig del av demensutredningen. Tradisjonelt skiller man hukommelse i kortidshukommelse og langtidshukommelse. Kortidshukommelse med sekunders varighet og langtidshukommelsen over minutter, dager og år. Den såkalte tidsforvirring, der personen har mistet skillet mellom før og nå og beveger seg i følelsetid. Pasienten har problemer med å huske tidligere hendelser, men følelsesinnhold huskes godt og oppleves som virkelige i dag (Engedal 2008). Validering er viktig her, fordi den understreker ubetinget aksept og verdsetning av den eldre personen (Heap 2002). En må søke å forstå personen fra hans eller hennes perspektiv, og møte hver enkelt på det vedkommende er opptatt av.

Oppmerksomhet hører til kognitive symptomer, og er en grunnleggende mental funksjon. Når oppmerksomhetsevnen er nedsatt, vil prestasjonsevnen svekkes i forhold til problemløsning og hukommelse (Engedal & Haugen 2009). Sviktende oppmerksomhet er i dagliglivet kanskje den vanligste årsaken til det som kalles menneskelig svikt. Det vil si i forbindelsen med ulykker. Apraksi hos personer med demens og handlingssvikt er svikt i dagliglivet, og er noe som tidlig oppstår ved demens. Svikten er tydelig, og gjelder bruk av gjenstander, husarbeid og matlaging. Ved apraksi vet personen hva som skal gjøres, men er ikke i stand til å utføre bevegelsene som er nødvendige. Dette er mer synlig i forhold til personlig hygiene og matlaging, for eksempel det å gre håret, bruke tannbørste, kle på seg og skjære brød går ikke automatisk. Ut i fra min daglige arbeid ser jeg at pasienten med apraksi får ofte veiledning i personlig hygiene. Pasienten er som regel veldig spreke fysisk men mangler forståelse for å bru-

ke gjenstander, og å gjøre ting i riktig rekkefølge. Under en morgen stell vil for eksempel, pasienten stå ved vasken og vaske seg. Sykepleieren gir en vaskeklut av gangen og veileder pasienten med enkle setninger, til å ha vaskeluten i vannet for man kan vaske seg. Viktig her er å gi pasienten en ren vaskeklut og vaskekluten skal vakes i rennende vann, for vask i ansikt og overkropp, og underkroppen fra livet og ned. Hvis pasienten med apraksi ikke for veiledning under personlig hygiene, vil pasienten risikere å bruke vaskeklut fra vask i underlivet til å vaske ansiktet med den. Reminisensarbeidet er viktig her, fordi den har evnet til å hente frem minner fra tidligere. Pasienten har den minne om personlig hygiene i seg men får den ikke frem uten hjelp. Ut i fra forskning om reminisens ser vi at alle personer med demens som deltok på samlinger hadde en positiv opplevelsen at seg selv, og en tilfredshet av minner fra sitt liv. For mange personer med demens er det en stor trygghet, at personalet formidler eller, er en slags garantist for den kunnskapen de selv har vansker med å hente frem. Pasienten kan huske hvordan han/hun kan gre håret, hvis de blir vist det (Heap 2002).

Språkvansker er også vanlig problem hos personer med demens. Det er arter seg med ordleting og redusert taleflyt. Det er to typer kommunikasjon, verbalt og nonverbalt kommunikasjon. Den effekt de verbale og nonverbale tegn har på mottageren, er vesentlige for forståelse av kommunikasjon som helhet. I demensomsorgen er nonverbal kommunikasjon av stor betydning. Det nonverbale gir mulighet til å formidle flere budskap samtidig. Det er en indre spontan reaksjon på beviste og ubeviste kroppslige uttrykk på følelser og stemninger (Martinsen 2003). Språkvansker "afasi" som følge av hjerneskade er en vanskelig tilstand der personer med demens prøver å kommunisere verbalt. Agnosi er manglende evner til å gjenkjenne eller identifisere objekter til tross for intakt sensorisk funksjon, pasienten kan for eksempel bruke tannbørste som kam (Engedal & Haugen 2009).

*Atferdsmessige symptomer* ved demens er depresjon og tilbaketrekning. Sviktende evne til å mestre og å tilpasse seg tap er den sentrale utløsende årsaken. Noen pasienter med demens har emosjonell inkontinens, eller patologisk gråt. Pasienter brister i gråt selv ved samtale om helt dagligdagse ting. Diagnosen depresjon er vanskelig å stille, fordi pasienter har språk- og generell kommunikasjonssvikt (Engedal & Haugen 2009). Angst blir en fremtredende følelse for pasienter som har sviktende evne til å sørge for seg selv. Å være alene fremkaller angst, spesielt hvis en ikke husker fra det ene øyeblikket til den andre (Engedal 2008). Vrangforestillinger og hallusinasjoner kan oppstå ved alle demenssykdommene. Den vanlige vrangforestillingen skyldes tidsforskyvning. En del pasienter har forestilling at mor og far lever, og andre har manglende evne til å forstå forskjell på opplevelse sett på TV og i virkeligheten. Apati,

interesseløshet er den hyppigste adferdsendring ved demens. Pasienter blir mer og mer stille-sittende og føler ikke med. De fleste pasienter slutter med hobbyvirksomheter, de leser ikke avis og løser ikke kryssord (Engedal & Haugen 2009). Andre pasienter får motoriske endringen som resulterer i rastløshet og motorisk uro. Noen har en tendens til å vandre og går opp og ned i korridorene på sykehjemmet. Andre pasienter finner det meningsfylt å tørke støv, vaske bord og stoler. Slik rastløshet og uro kan mange ganger være uttrykk for at personen savner sine vanlige aktiviteter (Engedal & Haugen 2009). Ut i fra min daglige arbeid ser jeg, at det å gi pasienten mulighet til å være med for å rydde fra bordet etter måltider kan forebygge uro og det gir en god følelse hos pasienten å være deltagende og nyttig.

For noen pasienter kan motorisk atferd være ett av flere symptomer ved delirium. Uro og hyperaktivitet krever god observasjon og utredning. Det er ikke lett å vurdere smerter hos personer med demens når det verbale språket er redusert. Pasienten er ikke alltid i stand til å gjenkjenne kroppslige smerter og beskrive dem på en forståelig måte for andre. Personer med demens føler frykt i relasjon til smerteopplevelse, fordi de har vanskelig for å knytte smerteopplevelsen til en årsak (Rokstad & Smebye 2008).

*Motoriske symptomer* hos personer med demens er manglende evne til å koordinere bevegelser. Evne til å beregne avstander og samordne muskulaturen til hensiktsmessige og glidende bevegelser er vanskelig (Engedal & Haugen 2009). Andre problemer som skuldes sviktende muskelkoordineringer er til praktiske evnen til å bruke kniv og gaffel. Parkinsonistisk gange og treghet kan oppstå fordi det foreligger redusert produksjon av dopamin. Inkontinens er vanlig svikt hos personer med demens. Kontrollmekanismen for de naturlige funksjonene svikter og fører til inkontinens både for urin og avføring. Dette er en funksjonssvikt som ofte gjør stell og pleie i eget hjem vanskelig (Engedal & Haugen 2009).

### **4.3 Hvordan kan sykepleieren ivareta behovet for personsentrert omsorg?**

Gjennom å skrive denne oppgaven vil jeg som sykepleier få bedre forståelse om personsentrert omsorg som er viktig til å forbygge ufordrende atferd og samtidig bevare pasientens identitet. Kitwoods uttalte ønske har vart å endre demensomsorgen fra fokus på sykdommen til fokus på personen.

Målet med personsentrert omsorg er å ta anerkjenne pasientens verdi som mennesket. Pasientens atferd må forstås ut i fra vedkommendes perspektiv og oppfatning. Relasjon til pasienten må prioriteres like mye som de oppgavene som skal gjøres (Rokstad 2012). For at personsentrert omsorg skal være nyttig for pasienten, er det viktig å vite om pasientens bakgrunn. Det vil si anamnese skjema, som inneholder informasjon om pasientens liv og vaner (Rokstad & Smebye 2008). Personsentrert omsorg innebærer at man som helsepersonell ser og behandler pasienten som en person, det vil si en person som har egen opplevelse, og selvfølelse for rettigheter. Personfokusering har konsekvenser for miljøbehandling og betyr å individualisere behandlingen. Hjelp og støtte må gis på bakgrunn av kjennskap til pasientens opplevelse av situasjon. Ufordringen ligger i å fange opp signaler, slik at de tiltak som iverksettes, i størst mulig grad reflekterer pasientens behov (Rokstad & Smebye 2008). Helsepersonell som arbeider i demensomsorgen er blitt eksperter på å behandle fremmede individer, uten å ta hensyn til at dette er mennesker som har levd et langt og innholdsrik liv. Selv om demens er en hjerneorganisk lidelse, utelukker ikke det at den gamle fortsatt er en person som aktivt reagerer og tilpasser seg sykdommen (Engedal og Haugen 2009).

Det unike ved personen bygges på innsamling av informasjon om pasientens bakgrunn, diagnose, helsemessige forhold og reaksjon til omgivelsene. Å være en person refererer til selve personbegrepet betyr å ha individualitet, en personlig identitet og integritet (Kiwood 2012). For å kunne bevare personen bør helsepersonell kartlegge type atferd som er karakteristisk for denne ene pasienten. Noen pasienter har en tendens til å vandre og går opp og ned korridorene på sykehjemmet, og andre går fram og tilbake på stuegulvet dagen lang. Videre kan pasientens atferds varighet være forskjellig fra person til person. For noen pasienter kan tidspunkt på døgnet og atferden være utrykk for at man savner sine vanlige aktiviteter. Ut i fra forskning om ser vi at det å tilby skreddersydd aktivitet til personer med demens tar primært sikte å forbedre psykososiale utfall, for eksempel utfordrende atferd eller livskvalitet, og ikke for å øke kognitiv funksjon eller for å forbedre spesielle ferdigheter.

Uansett hvilke situasjoner atferd oppstår og hvem eller hva atferden er rettet mot, bør helsepersonell ta være på personen som helhet (Rokstad & Smebye 2008). I tillegg til opplysningen om pasienten tidligere vaner og hobbyer, som helsepersonell har fått vite ved å lese anamnese skjema, er det nødvendig å ta mer spesifikk og detaljert observasjon og kartlegging av pasientens atferd i sykehjemmet. Ett enklere ruteregistreringsskjema kan for eksempel brukes der pleierne kan registrere døgnvariasjoner på en oversiktlig og enkelt måte. Den atferden som skal registreres bestemmes gjennom bruk av fargekoder (Rokstad & Smebye 2008). På denne



måten får pleierne en mer begrenset oversikt over hvilke situasjoner atferden opptrer i, men den kan gi raskt oversikt over effekten av tiltak som iverksettes. Ut i fra ett enkelt skjema vil man blant vandrerne ofte finne mennesker som aldri har trivdes med å sitte i ro. Andre ganger kan den motoriske atferden være ett av flere symptomer ved delirium, som vil kreve utredning på somatiske problemer (Engedal 2008). Ut i fra min daglige arbeid som sykepleier ser jeg at pasienten kan ofte være urolig på samme tid på dagen. Viktig her er at sykepleieren kjenner pasientens bakgrunn godt, slik at hun vet hva som gjør pasienten urolig. Personer med demens har ikke kortidshukommelsen, og husker ikke at for eksempel; ungene deres er voksne personer. Hvis de lever konstant i fortiden vil det bety at de er vant til å vente på barna sine, for de kan spise middag. Hvis sykepleieren vet at en pasient er urolig hver dag for hun spiser middag, kan en samtale om hennes/hans barn beroliggjøre henne/ham. Av og til er det nokk å si at; ”dine barn vet et du er her, og at det stå bra til med dem”. Pasienten kan puste lettet over en slik informasjon og spise i fred og ro.

Pleierens atferd som kan forebygge og dempe utfordrende atferd hos personer med demens er en empatisk, rolig og omsorgsfull holdning til pasienten. Videre er det viktig å fremme pasientens individualitet (Rokstad & Smebye 2008). Når pasienten virker desorientert for både tid, sted og egen situasjon er det viktig at helsepersonell ivaretar pasienten og gir trygghet gjennom validering. Unngå å avbryte pasienten og lytte til den. På denne måten kan pasienten få mulighet til å uttrykke seg og få kontroll over egen tilværelse (Engedal & Haugen 2009). Pasienter kan på grunn av språkvansker vise følelsesmessige reaksjoner som tilbaketrekning eller aggresjon. Aggresjon kan bli rettet mot personalet og andre pasienter på sykehjemmet. Personalet og pårørende må være beviste hvordan de kommuniserer med pasienten, både det verbale og nonverbale språket må være tydelig og forenklet. En bør bruke korte og tydelige setninger. Ved å øke kunnskap om demens og, om det enkelte person kan vi oppnå bedre mulighet for samspill. Det vil si å skape gode relasjoner, samtidig samarbeide om å finne frem til gode løsninger. Helsepersonell må ikke rette sin oppmerksomhet bare mot sykdommen eller funksjonsvikt hos personer med demens, men rette oppmerksomhet mot frisk side og ressurser (Rokstad & Smebye 2008).

#### **4.3.1 Hvordan ivaretar sykepleieren psykologiske behov for personer med demens?**

Grunnlegende behov påvirkes av de kognitive endringene som skjer, men kan i tillegg tolkes som et resultat av tapte ressurser og sammenbrudd, i psykologiske forsvar som medfører at

personen opplever sorg, engstelse, sinne, frustrasjon, frykt eller dyp forvirring (Rokstad & Smebye 2008). **Trøst** handler om å gi ømhet, nærhet og lindring. Det er også trygghetsfremmende og minsker angst. I møte med person med demens som trenger trøst kreves det evnen til ”å være til stedet” å stå psykologisk til rådighet og gi full oppmerksomhet. Tilstedeværelse er den kvaliteten som understøtter alle ekte forhold og ethvert jeg – du – møte (Rokstad & Smebye 2008). Å trøste et annet menneske er å sørge for å gi varme og styrke, som kan sette vedkommende i stand til å holde på seg selv som helhet, når denne er i fare for å bryte sammen (Kitwood 2012). Trøst er med å hjelpe en pasient med å slappe av. Den kan gis gjennom fysisk berøring, som å holde en engstelig person i hånden, eller gjennom trøstende ord eller gester. Ut i fra min daglige arbeid som sykepleier ser at noen pasienter har behov for nærhet, det kan for eksempel, i mange tilfeller være nokk at sykepleieren setter seg ned sammen med pasienten. Viktig for sykepleier blir å passe på at pasienten trenger også å være litt for seg selv, og vite når hun kan trekke seg tilbake. **Tilknytning** relaterer seg til fellesskapsfølelse, samhørighet, omsorg, tillit og relasjoner. Menneske hører til en sosial art, og det viser seg tydelig på den måten hvor vi etablerer følelsesmessige bånd eller tilknytninger. Tilknytning betyr også trygghet i relasjoner, der en person føler at man har tillit til andre som man kan komme til, når man har behov for det. For personer med demens kan tilknytning til andre personer, for eksempel helsepersonell, være så sterk som det var i tidlig barndom, der pasienten var knyttet til sine foreldre (Kitwood 2012). Ut i fra min daglige arbeid som sykepleier er det viktig å være sammen med pasienten og lage en hyggelig stund for den. Det kan for eksempel, være en enkelt samtale eller en tur ute sammen med pasienten, som vil gi personen en god opplevelse av tilknytning, vi gjør noe sammen som to personer, og ikke som pasient og pleier. **Inklusjon** handler om å være en del av eller å bli brakt inn i den sosiale verden, enten fysisk eller verbalt. En kan være del av en familie eller en gruppe pasienter. Hos personer med demens kommer behovet for inklusjon akutt opp på overflaten, i form av oppmerksomhets søkende atferd. Det kan være å klamre seg til andre personer, eller i forskjellige former for protest og sammenbrudd. Hvis behovet for inklusjon ikke oppfylles vil personer med demens gå i forfall og trekke seg tilbake i isolasjon. Hvis behovet for inklusjon oppfylles kan en person med demens, bli i stand til å delta som fyllverdig medlem av en gruppe (Kitwood 2012). Ut i fra min praksis ser jeg behovet for inklusjon fra pasienten side. Noen pasienter kan ha intensiv søk etter personalets oppmerksomhet, demmes behov er viktigst al alle andre, og må tilfredstilles øyeblikkelig. Det er viktig at personalet er til stedet, for å ivareta personens individuelle ønske, men samtidig passe på at ikke bære en pasient får for mye oppmerksomhet. Viktig med grensesetning men samtidig bevare personens væremåte.

**Beskjeftigelse** relaterer seg til å være involvert i aktivitet på en måte som er personlig meningsfull. Dette innebærer også til å ha en følelse av innflytelse, som handler om å ha kontroll over seg og få ting til å skje. For pasienten med demens betyr dette å kunne ha medvirkning og innflytelse på hva slags aktiviteter en kan delta (Kitwood 2012). Å være beskjeftiget på en måte som gir mening, og der pasienten med demens får bruke sine evner og krefter, er viktig. Det motsatte er kjedsommelighet, apati og opplevelsen av å være nytteløs (Rokstad & Smebye 2008). Ut i fra min praksis ser jeg at pasienter som ønsker å gjøre noe som betyr mye for dem personlig, blir det tilrettelagt slik at de kan delta på det. For eksempel, kan pasienten følges på sangstunder hver Fredag av personalet eller pårørende, eller spille kort på ettermiddager. **Identitet** er å vite hvem man er, når en er født. Kampen for å holde på seg selv, og frykt for å miste kontakten med egen identitet kan være vanlig hos personer med demens. Identiteten er mer avhengig av hvordan omgivelsene legger til rette for den, enn av selve demenssykdommen (Rokstad & Smebye 2008). Det dreier seg om å ha livshistorie som bevares og opprettholdes enten av personen med demens eller av andre. Den primære oppgave i demensomsorgen er å opprettholde den personlige identiteten til tross av sviktende mental funksjon (Kitwood 2012). Ut i fra min praksis som sykepleier er det å bevare identiteten viktig og absolutt høyeste oppgaven. Hvis pasienten glemmer på hver han eller hun er, har de rett til å vite hvem de er, hva hans/hennes navn er eller fødselsdag, har han/hun familie, navn på familied medlemmer og hva personen har arbeidet med. Sykepleierens oppgave er å få personen, hvis mulig, å vekke minner, på hvem den er og hva den har gjort tidligere.

#### **4.4 Hvordan tilrettelegger sykepleier for individuelt tilpasset miljøbehandling?**

Å skape glede og trivsel er viktig mål, der målsetningen tilpasses pasientens forutsetninger. Aktiviteter hører naturlig med i tilretteleggingen av et behandlingsmiljø for personer med demens og kan knyttes til dagliglivets gjøremål. Utfordringen blir å identifisere det eller de tiltak som er egnet for den enkelte pasienten på et gitt tidspunkt, i en gitt mengde og på en god måte.

I individuelt tilpasset miljøbehandling vektlegges identitetsbevarende tiltak. I denne sammenheng betyr det kontakt, samspill, stimulering, skjerming og tilrettelegging. Individuell behandling må planlegges og gjennomføres på bakgrunn av det en vet om den enkelte pasien-

tens behov og ressurser (Rokstad & Smebye 2008). Miljøbehandling av personer med demens har som mål å redusere negative følelser av sykdommen, og bidra til en kvalitativt bedre hverdag for de som er rammet. Behandlingen dreier seg om å individualisere tiltakene. For å kunne gjøre det riktige for den enkelte pasient, må helsepersonell ta utgangspunkt i personens bakgrunn og hvordan tilværelsen oppleves her og nå (Engedal & Haugen 2009). I individuell miljøbehandling vektlegges identitetsbevarende tiltak, kontakt og samspill. Behandlingsopplegget har definerte mål, tiltak, evalueringer og tilpasninger. Slik individuell behandling utformes ofte etter den tradisjonelle problemløsningsmodellen, det vil si modellen som tar utgangspunkt i et definert problem og gjør kartlegging, analyse og vurdering (Rokstad & Smebye 2008). Med miljøbehandling menes å sette den enkelte pasienten i stand til å bruke sine ressurser maksimalt og bidra til å opprettholde selvstendighet så lenge som mulig. Miljøtiltak omfatter et bredt spekter av tiltak fra mindre fysiske forandringer til mer omfattende tiltak, som hele miljøet. Tiltakene må evalueres fortløpende, og det må vurderes om tiltakene skal fortsette, endres eller opphøres (Engedal & Haugen 2009). Kartlegging av behov for bistand og tilrettelegging av tilpasset aktivitet er nødvendig for å forebygge passivitet og manglende opplevelse av mestring. For å lykkes med aktivisering, er det avgjørende at personalet har tro på at aktivitet er positiv. Da må behov og tempoet tilpasses pasienten. Noen av pasientene har behov for en--til--en--aktivisering. Det kan være aktiviteter som å vanne blomster, lese, se på bilder eller gå tur. Hensikten med aktivisering blant annet er å skape tilhørighet. Videre er det viktig å legge vekt på å dempe uro, skape glede og stimulere sansene. Helsepersonell kan tilrettelegge til sosial samvær, og med det avlede fra sorg og smerte (Rokstad & Smebye 2008). Ut i fra min arbeid som sykepleier ser jeg behovet for aktivisering daglig. Pasienten kan være rastløs, og det er viktig å gå en tur med akkurat denne pasienten hver ettermiddag. Viktig er her å vite hvor langt pasienten kan gå og hva slags hjelpemidler den bruker.

Mennesker er aktivt av natur, men muligheten for selvstendig aktivisering påvirkes av sykdommen. Personer med demens har behov for å være aktive, for å bruke sine ressurser og være i samspill med andre og omgivelsene (Rokstad & Smebye 2008). Miljøbehandling kan bidra til å forsinke demensutvikling og innenfor mulighetens rammer bedre funksjonsevnen på viktige områder. Eksempler kan være at en person med demens, når forholdene legges til rette, blir mer selvhjupen under måltider og påkledning. Derfor er den daglige egenpleie en fin mulighet for aktiv deltagelse fra pasientens side. Å stå opp, stelle seg, velge klær, kle på seg, re opp seng er eksempler på noen av hverdagslige aktiviteter. For det enkelte mennesket er viktig å bli involvert, og å ha medbestemmelse (Engedal & Haugen 2009). Det er viktig å

være oppmerksom på at for høye forventninger om effekten av tiltak er uheldig både for pasienten, pårørende og personalet. Får høye og urealistiske krav til pasienten kan oppleves som enda en konfrontasjon med egen utilstrekkelighet, og kan resultere i at opplevelsen av å mislykkes blir forsterket (Engedal & Haugen 2009). Man kan spørre seg; er det alltid ønskelig å sette i gang miljøtiltak for personer med demens? Hvis det er ønskelig, så burde det være miljøtiltak som fremmer pasientens selvbilde. Hensikten med aktiviseringen for pasienten bør være noe som gir innhold i hverdagen og skape glede. Videre er det viktig for pasienten å vedlikeholde ferdigheter i den tempo en selv føler å mestre (Rokstad & Smebye 2008).

#### 4.4.1 Hvordan ivaretar sykepleieren det psykososiale miljøet for personer med demens?

De psykososiale rammebetingelser omfatter enhetens atmosfære og ofte omtalt som pleiekultur. Det innebærer blant annet kunnskap, menneskesyn, holdninger og verdier hos personale. Organisering og gjennomføring av individuelt tilpasset miljøbehandling er avgjørende her (Rokstad 2012). Å tilrettelegge omgivelsene for personer med demens må gjøres på den måten at pasienten mester sine omgivelser til tross for sykdom. Denne tilnærmingen skiller seg fra medisinsk tenkning, idet en fokuserer på gjenværende ressurser hos personen, i stedet for sykdomsprosessen (Rokstad & Smebye 2008). Det fysiske miljøet er rammene omkring det psykososiale miljøet, og det har mye å si om rammene gir gode eller mindre gode betingelsen. Å skape *beskyttelse* i miljø for personer med demens er en balansegang. Det vil si mellom behovet for å kompensere for sviktende funksjon og ved å ta en viss styring og kontroll over pasientens aktiviteter. Behovet for aktivitet må veies opp mot pasientens autonomi (Rokstad & Smebye 2008). Når en pasient skal beskyttes, er sykepleieren ofte eller kontinuerlig til stedet hos pasienten for å berolige, støtte eller for å sette grenser. Beskyttelsestiltakene kan deles opp i to hovedgrupper, ivaretagelse og kontrolltiltak. Et eksempel på tiltak hvor slik ivaretagelse tilstrebes er hjelp til personlig hygiene og ernæringsbehov. En viktig del av beskyttelse vil være å utøve kontrolltiltak, for eksempel pasienten som er i en kaotisk indre tilstand og ute av stand til selvkontroll (Miljøterapihefte 2011). Ut i fra min praksis ser jeg behovet for beskyttelse for pasienter. Noen ganger kan det være uproblematisk å følge pasienten på en tur ute i nærområdet hvor det er barn til stedet. Hvis pasienten viser antydning for uro eller høylytt språkbruk, er det viktig å følge pasienten inn i avdeling på en beskyttende og omsorgsfylt måte. Pasienten klarer ikke lenger å forholde seg til stort og uoversiktlig uteareal, og bør følges inn i mindre og tryggere omgivelsene. **Struktur** er alle sider med miljøet som gjør det forutsigbar og trygg. Målet med struktur er at pasienten skal tilegne seg sosialt akseptert at-

ferd. Miljøterapiens struktur skal fremme dette ved å gi pasienten mulighet til privat liv og sosialisering (Miljøterapihefte 2011). Strukturen gir holdepunkt for døgnrytme og en aktivitetsplan for dagen, men muligheter for meningsfylt aktivitet. Rutiner må balanseres med fleksibilitet, for å kunne møte pasientens individuelle behov (Rokstad & Smebye 2008). Eksepler på struktur er en døgnrytmeplan for en pasient, som går ut på bestemt klokkeslett og bestemt gjøremål, det vil si at frokost for denne pasienten vil for eksempel være fra Kl. 08.30 til 09.00. For personer med demens er det viktig at tidspunktet blir holdt, slik at tilværelsen er forutsigbar. Uppresise tidspunkt og lite punktlighet skaper et utflytende og utrygg miljø. Grensesetting er også et strukturtiltak, men som i mange tilfeller fører til utagering og aggresjon (Miljøterapihefte 2011). Ut i fra min praksis ser jeg at noen pasienter har ikke evner på grunn av sykdom å forholde seg til nye omgivelser. Det er viktig å tilrettelegge for at pasienten, at den ikke utsettes for mye stimuli, men passe på at pasienten alltid kan være der han/hun selv føler mest trygghet og velvære. **Støtte** har som mål å redusere angst og bidra til opplevd tillit, trygghet og egenverd. Får å kunne gi pasient støtte er sykepleieren avhengig av å forstå eller vite hvilke behov pasienter har. Støtte kan være å motivere pasienten til å delta i aktiviteter der er nærliggende å tro at personen vil lykkes (Miljøterapihefte 2011). For eksempel har pasienten større skanse til å lykkes i aktiviteter han/hun har drevet med tidligere i livet. Under støtteprosessen vil brukermedvirkning komme sterkt inn, og det vil vise pasienten at helsepersoner er til å stole på. På en annen side kan for mye støtte gi pasienten følelse av å være avhengig av kontinuerlig støtte. Identitet kan støttes gjennom aktiv bruk av reminisens, der minner og kommunikasjon er en avgjørende forutsetning for at pasienten opplever støtte og forståelse (Rokstad & Smebye 2008). Ut i fra min praksis ser jeg at noen pasient trenger støtte i helt vanlige dagligdagse gjøremål. Pasienten som klarer å skjøre ergometersykkel, har for eksempel behov for støtte for den setter seg på sykkelen, og det er behov at sykepleieren er til stedet hele tiden mens pasienten sykler. Pasienten som klarer selv å sykle, vi føle trygghet at sykepleieren er til stedet, og sykepleieren kan vise tillit til pasienten, at dette greier han/hun fin.

**Engasjement** innebærer at pasienten skal i denne fasen handle aktivt og opparbeide mestringfølelse i sosiale sammenhenger, og i større grad ta ansvar for sine handlinger. Engasjement kan styrke pasientens følelse av kompetanse og igjennom dette øke selvrespekten (Miljøterapihefte 2011). Det er viktig å hjelpe pasientene til å etablere kontakt seg i mellom. Her er viktig å velge deltakere til en gruppeaktivitet som har tilnærmet sammen ønske om aktivitet (Rokstad & Smebye 2008). Engasjement skal bidra til at pasienten kjenner seg kompetent, respektert og i stand til å påvirke sine menneskelige relasjoner og bruke seg selv som hand-

lende individ (Miljøterapihefte 2011). Ut i fra min arbeidshverdag ser jeg at pasienten blir glad og tilfreds når han/hun deltar i for eksempel, kaffestund sammen med andre. Sykepleierens ansvar er å inkludere pasienter i samtalen eller at hun oppfordrer pasienter til å synge sammen. Pasienten må føle at sykepleieren engasjerer seg virkelig og ærlig. **Gyldiggjøring** innebærer å forsterke pasientens individualitet og krever en individuell plan. Gyldiggjøring innebærer også å bygge toleranse for avvikende atferd og sviktende funksjon (Rokstad & Smebye 2008). For å fremme psykisk utvikling må pasienten og sykepleieren jobbe mot samme mål, slik at pasienten opplever å bruke medvirkning. Denne prosessen består av planlagte og bevisste handlinger i miljøet som skal bekrefte pasientens individualitet (Miljøterapihefte 2011). Gyldiggjøringsprosesser kan for eksempel bli særlig spennende når dette arbeidet også inkluderer kreative behandlingsformer som musikkterapi, billedterapi eller andre formingsaktiviteter. (Miljøterapihefte 2011). Ut i fra min praksis ser jeg at pasienten kan prestere mye, når det er en til en kontakt. Sykepleieren må passe på at pasienten får brukermedvirkning slik at det som skal gjøres er etter pasientens ønske.

## 5.0 KONKLUSJON

Livet med dementsykdommen innebærer mange endringer og ufordringer. Pasienten opplever ikke bare endringer hos seg selv, men sykdommen synes også å skape endringer i måten andre ser personen på. I de seinere årene har det kommet mer informasjon om demenssykdom i litteraturen, som gir innblikk i hvordan den som rammes av sykdommen opplever å leve med den. Det er også blitt mer søkelys på demens i media, samtidig har pasienten og pårørende fått mer undervisning fra lokale demensforeninger.

Hverdagen for personer med demens er evig kamp for å mestre tilværelsen, spesielt fordi sykdommen ikke er et synlig handikap. Omgivelsene ser ikke hvor mye av pasientens hjerne er ute av funksjon, og har urealistiske forventninger til personens ferdigheter.

Helsepersonell har viktig rolle i pasientens liv på sykehjemmet. Med dette mener jeg at pasienten har tillit til pleierne, og at pleierne har fortjen. Kommunikasjon er nøkkelen til god samhandling mellom pasient og pleie. Det er viktig at sykepleieren forstår symptomer på utfordrende atferd. Det betyr å ha faglige kunnskaper som skal til for å sette i verk tiltak på et tidligere tidspunkt, nemlig være i forkant av uro og aggresjon.

Som sykepleier respekterer jeg pasienten som en person med rett til å vise sine følelser. Personsentret omsorg er an faglig begrep som betyr nettopp det å sette personen i sentrum, uavhengig av sykdom. Psykologiske behov vil alltid være de viktigste behov hos personer med demens, der personen har behov til å vise, blant annet følelser på sorg og sinne. Miljøbehandling legger vekt på pasientens terapeutiske miljø, som betyr miljø rundt pasienten. Det viktig at pasienter på sykehjemmet har tilrettelagt psykososialt miljø, som blant annet beskyttelse og struktur.

Ut i fra forsknings materiale ser jeg at det er nødvendig å ha en kritisk blick til artikler og tekster av gammel dato, og om det som var forsket tidligere er relevant i dag. Forsknings artikler som validering og reminisens bør forskes mer på, og forskning bør være mer rettet på pasientens subjektive opplevelse av validering og reminisens. Det er viktig at tillegg til pasienten bør forskning inkludere personalet og pårørende som er godt kjent med vedkommende.

Pasient på sykehjemmet må etter min mening tas være på som et handlende subjekt, og ikke som et objekt som bare blir omtalt ut i fra diagnose. Helsepersonell bør være oppmerksomme



på pasienter som er alene og er mindre i kontakt med omgivelsene. Det kan være tegn på apati og interesseløshet og at pasienten kan trekke seg tilbake i ensomhet og depresjon.

Jeg som sykepleier er opptatt av, at helsepersonell har en pleiekultur som ivaretar og fremmer pasientens individuelle særegne behov. Det første skrittet er å lytte til, forsøke å forstå reaksjoner og fange opp behov og ønsker hos pasienten. Å ha personen i sentrum betyr at helsepersonell ser hele mennesket og samtidig ha respekt for pasientens identitet på ethvert tidspunkt i demensforløpet.

## **5.1 Videre utfordringer**

Personer med demens kan på grunn av demenssykdom være lettere i fare for å miste seg selv. Det er helsepersonalets ansvar for å hjelpe pasienten, med å holde på seg selv, sin identitet, sine vaner og hobbyer. Det mest ideelle vil være å sette personsentrert omsorg og miljøbehandling i arbeidssystem. Det vil gi personer med demens stor mulighet til å være den person, den er. Det er av og til vanskelig med idealer og realiteter. Som sykepleier har jeg ofte måtte lære å leve med, at det er stor avstand mellom idealer og realiteter.

Å skrive denne fordypningsoppgaven med akkurat denne problemstilling, har for meg som sykepleier vart av stor betydning. I min daglige arbeid i demensomsorgen vil jeg vektlegge personsentrert omsorg, miljøbehandling og miljøterapi, som vil bidra til å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens, i større grad en det er blitt gjort til nå. Dette fordi jeg ønsker at kunnskaper jeg har tilegnet meg gjennom videregående utdanning, kommer pasienter til gode.

Videre ønsker jeg å bidra med kunnskapen jeg har tilegnet meg om personsentrert omsorg og miljøbehandling på min arbeidsplass, der ledelsen er positiv innstilt til å tilrettelegge for at jeg kan undervise andre ansatte på arbeidsplassen. Jeg har lært mye gjennom de to årene på høyskolen, og læremiljøet har vart engasjerende og inspirerende.

## 6.0 Litteraturliste

Dalland O. (2007). *Metode og oppgavesriving for studenter*. (4.utg). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Engedal K. (2008). *Alderspsykiatri i praksis*. (2.oppl). Forlaget Aldring og helse.

Engedal K. & Haugen P.K.(2009). *Demens – fakta og utfordringer*. (5.utg). Forlage aldring og helse.

Eide H. & Eide T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*.(2.utg), (1.oppl). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Garsjø O.(2010). *Institusjon som hjem og arbeidsplass*. (2.utg),(2.oppl). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hansen Å-M & Lingås L.G. (2005). *Etikk og kommunikasjon*.(1.utg)N. W. DAMM & SØN AS.

Henriksen A.T. Smedvig K. med flere.(2011). *Miljøterapi*. (6.utg), (1.oppl). Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning. Stavanger.

Heap K. (2002). *Samtalen i eldreomsorgen – kommunikasjon – minner – kriser – sorg*. (3.utg). Kommuneforlaget.

Hummelvoll, J. K. (2001). *Helt – ikke stykkevis og delt*. (5.utg), (4.oppl). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Jacobsen R. & Homelien S. (2011). *Pårørende til personer med demens – om å forstå, involvere og støtte*. (1.utg),(1.oppl). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kitwood T. (2012). *En revurdering af demens – personen kommer i førte rekke*. (1.utg),(5.oppl). Dansk udgave: Munksgaard, København.

Neal M. & Wright P.B.(2009). *Validation therapy for dementia*.

Martinsen K. (2009). *Omsorg, sykepleie og medisin*.(2.utg).universitetsforlaget.

Mohler R. Renom A. Renom H. Meyer G.(2012). *Personaly – tailored improving psychosocial antcomers inlong – term care.*

Rokstad A.M.M. (2012). *Bedre hverdag for personer med demens.* Forlag Aldring og helse.

Rokstad A.M.M. & Smebye K.L. (2008).(red). *Personer med demens – møte og samhandling.* (1.utg)(1.oppl). Akribe AS.

Snoek J. E. & Engedal K. (2008). *Psykiatri. Kunnskap. Forståelse. utfordringer* (3.utg). Akribe.

Vatne S. (1998). *Pasienten først?* (2.oppl). Fagforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Woods B. Spector A. Jones C.A. Orrell M. Davies S.P. (2009). *Reminiscence therapy for dementia.*